

# Omgaan met dementerende bewoners

## door verzorgenden in het verpleeghuis

A. Kerkstra  
P.M.A. van Bilsen  
D.D. Otten  
I.M. de Gruijter  
M.G. Weide

oktober 1999

 NIVEL  
bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729

NIVEL-Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568-3500 BN Utrecht- Telefoon: 030 2729700, Fax: 030 2729729

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Omgaan met dementerende bewoners door ziekenverzorgenden in het verpleeghuis  
A. Kerkstra, P.M.A. van Bilsen, D.D. Otten, I.M. de Gruijter, M.G. Weide  
Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 1999  
Met lit.opg.  
ISBN 90-6905-445-0  
Trefw.: verzorgenden, verpleeghuis, dementie

'Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld'.

Lay-out: Marcelle van der Meulen  
Omslag: Mieke Cornelius

## INHOUD

VOORWOORD	5
1 ALGEMENE INLEIDING	7
1.1 Doel van het onderzoek	7
1.2 Achtergrond	7
1.3 Vraagstelling	8
1.4 Opbouw rapport	9
2 DE INTERACTIE TUSSEN VERZORGENDEN EN DEMENTERENDE OUDEREN IN HET VERPLEEGHUIS: EEN LITERATUUROVERZICHT	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Methode	12
2.3 Resultaten	13
2.3.1 Mate van interactie	13
2.3.2 Kwaliteit van de interactie	16
2.3.3 Factoren die de interactie beïnvloeden	17
2.3.4 Ervaren problemen in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis	22
2.4 Conclusies en discussie	24
3 PROBLEMEN ERVAREN DOOR VERZORGENDEN IN DE ONGANG MET DEMENTERENDE BEWONERS IN HET VERPLEEGHUIS	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Methode	29
3.2.1 Steekproef	29
3.2.2 Meetinstrument	30
3.2.3 Analyse	31
3.3 Resultaten	32
3.3.1 Omgangswijze met dementerende bewoners in het verpleeghuis	32
3.3.2 Ervaren problemen met het gedrag van dementerende bewoners	33
3.3.3 Problemen in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis	37
3.3.4 Relatie tussen het toepassen van de omgangsregels en de ervaren problemen	39
3.3.5 Relatie tussen persoonskenmerken en ervaren problemen	40
3.3.6 Relatie tussen organisatiekenmerken en ervaren problemen	42
3.3.7 Invloed van ervaren problemen op de ervaren arbeidstevredenheid, werkverdoening, tevredenheid met werklust, burnout en gezondheid	42
3.4 Conclusies	43
4 DE ROL VAN VERBALE EN NON-VERBALE COMMUNICATIE IN DE ONGANG VAN VERZORGENDEN MET DEMENTERENDE BEWONERS	49
4.1 Inleiding	49
4.1.1 Interactiemodel	50
4.2 Methode	51
4.2.1 Deelnemers aan het onderzoek	51
4.2.2 Procedure van de video-opnamen	55
4.2.3 Observatieschema	55
4.2.4 Betrouwbaarheid van de observaties	60
4.3 Resultaten	61
4.3.1 Verbale communicatie van de verzorgenden en bewoners	61
4.3.2 Non-verbale communicatie van de verzorgenden en bewoners	63
4.3.3 Relatie tussen verbale en non-verbale communicatie	64

4.3.4	Relatie tussen de communicatie en de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg	64
4.3.5	Factoren die gerelateerd zijn aan de communicatie	66
4.4	Conclusies	70
5	OMGANG VAN VERZORGENDEN MET DEMENTERENDE BEWONERS IN HET VERPLEEGHUIS TIJDENS DE WARME MAALTIJD	73
5.1	Inleiding	73
5.2	Methode	74
5.2.1	Procedure van gegevensverzameling	74
5.2.2	Meetinstrumenten	75
5.2.3	Analyses	77
5.3	Resultaten	77
5.3.1	Organisatie van de maaltijden	77
5.3.2	Zorgactiviteiten	78
5.3.3	Verbale en non-verbale communicatie van de verzorgenden	78
5.3.4	De sfeer tijdens de maaltijden en de relatie met zorgactiviteiten en communicatie van de verzorgenden	79
5.4	Conclusies	83
6	DE RELATIE TUSSEN DE GEOBSERVEERDE COMMUNICATIE VAN VERZORGENDEN EN HUN GERAPPORTEERDE OMGANGSWIJZE EN PROBLEMEN MET DEMENTERENDE BEWONERS	85
6.1	Inleiding	85
6.2	Methode	85
6.2.1	Onderzoeksgroep	85
6.2.2	Variabelen en meetinstrumenten	86
6.2.3	Analyse	89
6.3	Resultaten	89
6.3.1	Samenhang tussen toepassen van omgangsregels en geobserveerde communicatie	89
6.3.2	Samenhang tussen ervaren problemen in de zorg voor dementerende bewoners en de geobserveerde communicatie	91
6.3.3	Samenhang tussen arbeidssatisfactie/burnout en geobserveerde communicatie	92
6.4	Conclusies	93
7	NABESCHOUWING	97
7.1	Discussie	97
7.1.1	Problemen in de omgang met dementerende bewoners	97
7.1.2	Communicatie met dementerende bewoners	98
7.1.3	Factoren die gerelateerd zijn aan de omgang(sproblematiek) met dementerende bewoners	100
7.1.4	Invloed van ervaren problemen in de omgangswijze met dementerende bewoners op de arbeidssatisfactie en burnout van verzorgenden	101
7.1.5	Relatie tussen de geobserveerde communicatie van verzorgende en gerapporteerde omgangswijze	102
7.2	Aanbevelingen voor de praktijk	103
7.3	Aanbevelingen voor verder onderzoek	104
	LITERATUUR	105
	BIJLAGE	

## VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van een verkennend onderzoek naar de omgangswijze van verzorgenden met dementerende bewoners in het verpleeghuis en de problemen die ze in de dagelijkse zorg voor deze groep bewoners tegenkomen. Tevens is nagegaan wat de invloed is van de ervaren problemen op de arbeidstevredenheid, gevoelens van 'opgebrand zijn' en ervaren werklast van de verzorgenden. Het initiatief voor het onderzoek lag bij een tweetal stafmedewerkers van Verpleeghuis Amstelhof in Amsterdam. De Directie Ouderenbeleid van het Ministerie van VWS heeft het onderzoek gefinancierd.

Hierbij willen we allereerst de verpleeghuizen en verzorgenden die hun medewerking hebben verleend aan dit onderzoek heel hartelijk danken. Met name gaat onze dank uit naar de verpleeghuizen Amstelhof en Hogewey, waar het observatie-onderzoek heeft plaatsgevonden. We bedanken de contactpersonen uit deze organisaties, maar in het bijzonder alle verzorgenden die hebben deelgenomen. Met de videocamera hebben twee onderzoekers hun werkzaamheden mogen volgen en als het ware 'in hun keuken' mee kunnen kijken. Dit heeft van de verzorgenden veel inzet, flexibiliteit en openheid gevraagd.

Uiteraard willen we ook dank zeggen aan alle bewoners (of familieleden) die hun medewerking hebben verleend bij het maken van de video-opnames en hiervoor toestemming hebben gegeven.

Tot slot worden alle andere personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt bedankt, met name Marcelle van der Meulen voor de secretariële ondersteuning en Harald Abrahamse voor zijn hulp bij de dataverwerking.

Utrecht, oktober 1999



# 1 ALGEMENE INLEIDING

## 1.1 Doel van het onderzoek

Er is weinig bekend over de wijze waarop verzorgenden\* in het verpleeghuis met dementerende bewoners omgaan en welke problemen zij daarin ervaren. Dit terwijl de verzorgenden het grootste aandeel leveren in de zorg voor deze bewoners en bejegening als een belangrijk aspect van kwaliteit wordt beschouwd. Verder blijkt uit met name buitenlands onderzoek onder verpleegkundigen, dat de zorg voor dementerende ouderen gevoelens kunnen oproepen van machteloosheid, nutteloosheid en onzekerheid. Deze gevoelens kunnen leiden tot een lage arbeidstevredenheid en burnout, hetgeen de kwaliteit van zorg niet ten goede komt (Wallis, 1987; Harris, 1989; Rinia, 1993). Met het toenemende aantal dementerende ouderen in onze samenleving en het feit dat er geen medische therapie voor dit syndroom aanwezig is, is het daarom van groot belang meer inzicht te krijgen op welke wijze de omgang met deze bewoners in het verpleeghuis plaatsvindt en eventueel verbeterd kan worden. Dit onderzoek probeert hieraan een bijdrage te leveren. Gezien de stand van kennis op dit terrein heeft het onderzoek een verkennend karakter.

Het doel van het onderzoek is drieledig:

- Het nader inzicht krijgen in de omgang van verzorgenden met dementerende ouderen in het verpleeghuis en de problemen die daarbij een rol spelen;
- nagaan welke factoren samenhangen met de (problemen in) de omgangswijze met de dementerende bewoners;
- onderzoeken in hoeverre ervaren problemen in de omgang met dementerende bewoners invloed hebben op de arbeidstevredenheid, gevoelens van 'opgebrand zijn' en ervaren werklast van verzorgenden.

Om het hierboven geschetste doel te bereiken zullen in dit onderzoek meetinstrumenten worden ontwikkeld. Deze instrumenten kunnen tevens in toekomstig onderzoek gebruikt en verder ontwikkeld worden bij bijvoorbeeld de evaluatie van het invoeren van begeleidingsmethodieken die verzorgenden een houvast kunnen bieden in hun omgang met dementerende bewoners (zie bijv. Kruyver & Kerkstra, 1996). Hierbij gaat het om effecten van een bepaalde begeleidingsmethodiek op de kwaliteit van arbeid (arbeidssatisfactie, ervaren tijdsdruk) van verzorgenden en op de kwaliteit van de door hen verleende zorg (omgangswijze met dementerende bewoners en ervaren problemen daarmee).

## 1.2 Achtergrond

Dementie is een syndroom dat hoofdzakelijk bij ouderen voorkomt. De prevalentie van dementie wordt in Nederland geschat op 6.5%, met een range van 0.4% voor mensen in de leeftijd van 55-59 jaar tot zo'n 40% voor 90-plussers (Hofman e.a., 1995). Met de toenemende vergrijzing zal ook de incidentie van dementie in de nabije toekomst

---

\* In dit rapport wordt om praktische redenen de term 'verzorgende' gebruikt. Hiermee worden de hulpverleners die een opleiding hebben gehad tot (zieken)verzorgende bedoeld en die de dagelijkse zorg aan de bewoners in het verpleeghuis geven.

verder toenemen. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning verwacht men voor de periode 1994-2015 een toename in de incidentie van dementie van 35 tot 45% (RIVM, 1997).

Naar schatting wordt een kwart van de patiënten met het dementiesyndroom uiteindelijk opgenomen in een verpleeghuis. De gemiddelde duur tussen het ontstaan van het syndroom en een opname in een verpleeghuis is circa 5 jaar (Ekkerink, 1994).

Volgens het overzicht van het SIG (1997) verbleven eind september 1996 verbleven in totaal 25.790 verplegingspatiënten in psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen. Bij deze psychogeriatrische verplegingspatiënten is dementie de meest voorkomende hoofddiagnose (bij 81% van de patiënten). Deze patiënten behoeven veel zorg en toezicht, verblijven relatief lang in het verpleeghuis, terwijl de meerderheid (83%) daar blijft tot aan het overlijden (SIG, 1996). Dit betekent dat voor veel psychogeriatrische bewoners het verpleeghuis hun laatste woonomgeving is. Daarom verdient het zoeken naar het meest gunstige en prettige leefklimaat voor deze bewoners dan ook voortdurend aandacht. In dat verband heeft de verpleeghuissector onder andere behoefte aan onderzoek naar de bejegening van de bewoners en naar de omgangsproblematiek met psychogeriatrische bewoners (zie bijv. Diesfeldt, 1993).

### 1.3 Vraagstellingen

Uit het beschreven doel van het onderzoek zijn de volgende vraagstellingen afgeleid, die in dit rapport centraal staan:

1. Wat zijn volgens verzorgenden zelf knelpunten of problemen in de omgang met dementerende bewoners?

Zoals reeds is aangegeven is nog weinig onderzoek verricht op dit terrein. Toch biedt reeds verricht kwalitatief onderzoek (zie bijv. de Lange, 19990; Liukkonen, 1992; Boeije, 1994) wel aanknopingspunten om deze knelpunten/problemen in kaart te brengen. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld omgangsproblemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners of meer algemene problemen in de zorg voor deze bewoners, bijvoorbeeld omgangsproblemen tijdens de ochtendzorg, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid en problemen door gebrek aan waardering door bewoners.

2. Op welke wijze communiceren verzorgenden en dementerende bewoners verbaal en non-verbaal met elkaar?

De omgangswijze tussen verzorgenden en de bewoners zal op twee manieren worden onderzocht. Ten eerste wordt een vragenlijst ontwikkeld waarin verzorgenden wordt gevraagd in hoeverre ze allerlei omgangsregels hanteren tijdens de zorg aan dementerende bewoners. Deze omgangsregels zijn afgeleid van reeds bestaande begeleidingsmethodieken voor dementerende ouderen (Kruyver & Kerkstra, 1996). Ten tweede wordt het omgaan van de verzorgenden met de bewoners tijdens twee situaties die dagelijks terugkeren in het werk van verzorgenden systematisch geobserveerd: tijdens de ochtendzorg en tijdens de warme maaltijd. Aan de hand van een observatieprotocol wordt de verbale en non-verbale communicatie in kaart gebracht.

3. Welke factoren hangen samen met:
  - a. de mate waarin verzorgenden problemen ervaren in de omgang met dementerende bewoners;
  - b. het (geobserveerde) gedrag van de verzorgenden in hun omgang met demente bewoners?



Bij de factoren die mogelijk samenhangen met de omgangswijze en problematiek wordt onderscheid gemaakt tussen bewonerskenmerken (bijvoorbeeld de mate van hulpbehoevendheid), kenmerken van de verzorgenden (bijvoorbeeld mate van ervaring, attitude, opleiding en behoefte aan bijscholing op het terrein van dementie) en situatio-nale kenmerken (aantal bewoners op de afdeling, type zorgtaken dat wordt verricht).

4. In hoeverre hebben de ervaren problemen in de omgangswijze met dementerende bewoners invloed op de arbeidstevredenheid, gevoelens van 'opgebrand zijn', ervaren werklast en gezondheid van verzorgenden?

Zoals bij het doel van het onderzoek is aangegeven zijn er aanwijzingen uit voornamelijk buitenlands onderzoek dat problemen van verpleegkundigen in de zorg voor dementerende ouderen kunnen leiden tot een lagere arbeidssatisfactie en gevoelens van burnout (Rinia, 1993; Wallis, 1987; Harris, 1989). Voor een goed werk en leefklimaat en voor de relatie met de bewoners is het echter van belang dat de arbeidstevredenheid voldoende hoog is en dat de zorgverleners zich gezond voelen (Boumans e.a., 1989).

5. Komt het daadwerkelijk vertoonde gedrag van verzorgenden in de omgang met de dementerende bewoners overeen met de omgangswijze en de problemen die ze zelf hebben aangegeven?

Met deze laatste vraagstelling wordt nagegaan in hoeverre de verschillende gebruikte methoden in dit onderzoek (vragenlijsten en observaties) dezelfde resultaten of juist aanvullende resultaten opleveren. Dit is van belang om in toekomstig onderzoek een beargumenteerde keuze te kunnen maken voor het gebruik van de hier ontwikkelde meetinstrumenten. Bijvoorbeeld als blijkt dat er een duidelijk positief verband aanwezig is tussen wat de verzorgenden zelf rapporteren en hun geobserveerde gedrag, dan kan in een vervolgonderzoek worden volstaan met het afnemen van een vragenlijst, hetgeen veel minder arbeidsintensief is dan de methode van systematische observatie.

## 1.4 Opbouw rapport

Het rapport bestaat uit een aantal hoofdstukken die afzonderlijk als zelfstandig geheel te lezen zijn. In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van een literatuurstudie. Daarin wordt een overzicht gegeven van reeds verricht onderzoek naar de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen in het verpleeghuis. Daarbij komen ook de factoren aan de orde die deze interactie mogelijk beïnvloeden. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van het vragenlijst-onderzoek waarin wordt nagegaan op welke wijze verzorgenden met de dementerende bewoners omgaan en welke problemen ze daarbij ervaren. Tevens wordt onderzocht in hoeverre de ervaren problemen van invloed zijn op de arbeidstevredenheid, gevoelens van burnout, ervaren werklast en gezondheid van verzorgenden. In hoofdstuk 4 en 5 wordt verslag gedaan van het observatie-onderzoek naar de verbale en non-verbale communicatie van verzorgenden en bewoners in twee alledaagse situaties: tijdens de ochtendzorg en tijdens de warme maaltijd. In hoofdstuk 6 wordt nagegaan in hoeverre het daadwerkelijk vertoonde gedrag van de verzorgenden overeenkomt met de omgangswijze en de problemen die ze zelf hebben aangegeven. Het rapport wordt afgesloten met de belangrijkste onderzoeksbevindingen en een beschouwing daarop.

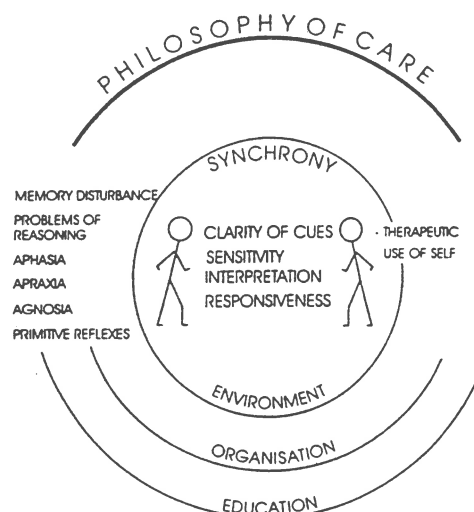


## 2 DE INTERACTIE TUSSEN VERZORGENDEN EN DEMENTERENDE OUDEREN IN HET VERPLEEGHUIS: EEN LITERATUUROVERZICHT\*

### 2.1 Inleiding

In toenemende mate worden omgangsproblemen gesignaleerd met agressieve en of gedragsgestoorde bewoners in verpleeghuizen (Ministerie van WVC, 1991; Sluijs e.a., 1993). Dit terwijl er onvoldoende kennis bestaat over de wijze waarop zorgverleners hiermee om kunnen gaan en de problemen die zij ervaren in de omgang met dementerende bewoners. Hierdoor bestaat in de verpleeghuissector behoefte aan onderzoek naar de omgangsproblematiek met psychogeriatrische bewoners (Ministerie van WVC, 1991; Diesfeldt, 1993; Sluijs e.a., 1993;). De onderzoeken die verricht zijn naar de problemen van verpleegkundigen in de omgang met dementerende ouderen, geven aan dat de zorg voor dementerende ouderen gevoelens van machteloosheid en nuttelosheid kunnen oproepen (Akerlund & Norberg, 1985, 1990; Hallberg & Norberg, 1990; Norberg & Asplund, 1990; Ekman e.a., 1991). Communicatieproblemen tussen zorgverleners en dementerende ouderen worden als een belangrijke oorzaak aangemerkt voor deze gevoelens. Als de communicatie met de patiënt goed verloopt dan beleven verzorgenden meer plezier aan hun werk en ervaren ze minder stress (Kramer & Kerkstra, 1991; Wilkinson, 1991; Rinia, 1993). Het is dan ook voor verzorgenden, die dagelijks het grootste aandeel van de zorg leveren, van groot belang meer inzicht te krijgen in de wijze waarop de interactie met dementerende ouderen in het verpleeghuis positief beïnvloed kan worden, waardoor zij mogelijk minder problemen ervaren. Om inzicht in dit onderwerp te verkrijgen worden eerst de bestaande onderzoeken en publicaties over de interactie van verzorgenden met dementerende ouderen in kaart gebracht. Als onderzoekskader voor deze beschouwing van de literatuur wordt het interactiemodel van Athlin & Norberg (1987a) gehanteerd (zie figuur 1).

Figuur 2.1 Interactiemodel (bron: Athlin & Norberg, 1987a)



\*

Dit hoofdstuk werd eerder als artikel gepubliceerd:  
Bilsen van, P.M.A., D.D.Otten, A.Kerkstra. De interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen in het verpleeghuis. Een literatuuroverzicht. *Verpleegkunde*, 1998, (13), nr.2, 109-127

Dit model, speciaal ontwikkeld om de interactie tussen dementerende ouderen en zorgverleners weer te geven, wordt gekenmerkt door een aantal aspecten. Ten eerste wordt aandacht besteed aan de verbale en nonverbale communicatie tussen de zorgverlener en de dementerende bewoner en het vermogen hiertoe van beide actoren. Deze communicatie wordt beïnvloed door het vermogen om (non)verbale signalen uit te zenden (*clarity of cues*), deze signalen te ontvangen (*sensitivity*) en correct te interpreteren (*interpretation*). Vervolgens moet men over het vermogen beschikken om adequaat op deze boodschap te reageren (*responsiveness*) en de uitwisseling van boodschappen of signalen op elkaar af te stemmen (*synchrony*). Ter verduidelijking: er is dus al sprake van communicatie wanneer één van beide partijen zich (non)verbaal richt tot de ander. Dus ook wanneer de dementerende bewoner niet reageert, terwijl de ziekenverzorgende wel door instructies en aanrakingen iets aan de bewoner duidelijk maakt, is er sprake van communicatie.

Vervolgens laat het model zien dat de communicatie tussen twee mensen in een hulpverleningssituatie bestudeerd moet worden in het licht van persoonskenmerken van beide actoren, de zorgvisie van een organisatie, de manier waarop de zorg is georganiseerd, aard van de woon- en leefomgeving en opleiding van de zorgverlener. De interactie tussen actoren omvat de communicatie met al deze beïnvloedende factoren (Athlin & Norberg, 1987a).

Gebaseerd op het interactiemodel en de toenemende omgangsproblematiek met dementerende ouderen in verpleeghuizen, zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe en in welke mate interacteren verzorgenden met dementerende bewoners in het verpleeghuis?
2. Welke factoren beïnvloeden de mate en de kwaliteit van de interactie tussen dementerende bewoners en verzorgenden?
3. Welke problemen ervaren verzorgenden in de interactie met dementerende bewoners in het verpleeghuis?

## 2.2 Methode

Bij het zoeken van relevante en recente literatuur is gebruik gemaakt van vier databases, te weten MEDLINE, het literatuurbestand van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, PSYCLIT en Nursing and Allied Health Literature. Deze databestanden zijn bestudeerd over de afgelopen 10 jaar. Literatuur van vóór 1985 waar veelvuldig naar verwezen wordt in latere publikaties is ook bestudeerd. De volgende Engelse trefwoorden en trefwoordencombinaties zijn bij deze zoekactie gehanteerd: dementia-nursing, communication, behaviour, observation, interaction, dementia-nursing and communication, dementia-nursing and behaviour. Tevens zijn enkele Nederlandse zoektermen toegepast: dementie, verpleeghuiszorg, communicatie en gedrag.

Er bleek nauwelijks onderzoek te bestaan over de interactie tussen specifiek verzorgenden in relatie tot dementerende verpleeghuisbewoners. Daarom is de selectie van literatuur ten eerste niet beperkt gebleven tot verzorgenden maar is ook overig verplegend personeel erin opgenomen. Daar waar specifiek verwezen wordt naar het gedrag van verzorgenden wordt dit vermeld. Ten tweede zijn van de buitenlandse literatuur ook onderzoeken geselecteerd die betrekking hebben op interacties met dementerende ouderen op (psychogeriatrische) afdelingen van ziekenhuizen.

Bij het selecteren van relevante literatuur hebben we ons beperkt tot *observatieonderzoeken* naar de interactie tussen verplegend personeel en dementerende ouderen, waarbij gebruik is gemaakt van de methode van systematische niet-participerende observatie, soms aan de hand van video-opnamen. Systematische observatie wordt door van de Sande (1984) gedefinieerd als "observatie met gebruik van moleculaire gedragseenheden, georganiseerd in een categorieënsysteem". Voor deze selectiecriteria is gekozen omdat (non)verbaal gedrag niet voldoende betrouwbaar en systematisch kan worden vastgelegd met behulp van vragenlijsten of interviews (Steiner, 1966). Mensen gedragen zich immers veelal anders dan ze zeggen te doen. Daarnaast is het ondoenlijk om tijdens participerende observaties (non)verbale gedragingen systematisch en betrouwbaar vast te leggen (Oliver & Redfern, 1991). Op basis van deze criteria zijn uiteindelijk 14 relevante onderzoeken geselecteerd.

Alleen ter beantwoording van onderzoeksvraag 3 zijn ook onderzoeken opgenomen, waarbij gebruik is gemaakt van participerende observaties, interviews en vragenlijsten bij hulpverleners.

## 2.3 Resultaten

Centraal in het model van Athlin & Norberg (1987a) staat de interactie tussen de dementerende ouderen en zorgverleners. In de bestudeerde studies wordt veelal onderscheid gemaakt tussen de kwantiteit en de kwaliteit van de interactie tussen zorgverleners en dementerende ouderen. De kwantiteit van interactie wordt meestal uitgedrukt in een frequentie-maat (aantal keer in een bepaalde periode) of een proportie-maat (proportie tijd besteed aan interactie ten opzichte van de totale geobserveerde tijd). Tevens wordt de mate waarin de zorgverlener reageert op signalen van de bewoner dan wel het initiatief neemt tot interactie beschouwd als een kwantiteitsmaat. Bij de kwaliteit van de interactie richt men zich op de aard van de boodschap (bijv. vragen stellen of instructies geven) en de nonverbale gedragingen (bijv. aanraken, lachen, fronsen) die door de zorgverlener geuit worden. Een samenvatting van de literatuur over deze aspecten van interactie staat vermeld in tabel 1. In deze tabel staat gedetailleerde informatie over de setting waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden, de onderzoeksmethode, de onderzoekspopulatie, betrouwbaarheid en validiteit. In de tekst zal met name aandacht aan de belangrijkste gerapporteerde bevindingen worden besteed.

### 2.3.1 Mate van interactie

Een aantal onderzoekers concludeert op basis van hun resultaten dat zorgverleners weinig interacteren met (dementerende) ouderen, die verblijven op een (geriatrie)-afdeling van een verpleeg- dan wel ziekenhuis (Armstrong-Esther & Browne, 1986; Salmon, 1993; Armstrong-Esther e.a., 1994). Zo besteden verpleegkundigen slechts 10,7% van hun tijd aan het interacteren met ouderen op een geriatrie afdeling (Armstrong-Esther & Browne, 1986). In een latere studie, waarin de mate van interactie op geriatrie afdelingen is bestudeerd buiten verzorgingstaken om, wordt eveneens de mate van interactie gering bevonden (Armstrong-Esther e.a., 1994). Uit de resultaten blijkt dat de dementerende ouderen bijna de helft van hun tijd alleen doorbrengen (45%) en als ze interacteren gebeurt dit vaker met anderen (34%) dan met hun verzorgers (21%). Tevens constateren Armstrong-Esther e.a. (1994) dat verzorgenden wanneer ze niet een bepaalde zorgtaak hoeven uit te voeren zoals wassen of eten geven, niet deelnemen aan sociale activiteiten of een informeel gesprek met de patiënten voeren.

Tabel 2.1

## Overzicht van onderzoek betreffende kwantiteit en kwaliteit van de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen

Bron	Wat is onderzocht	Setting en steekproef	Methode en meetinstrumenten	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Armstrong-Esther & Browne (1986)	<b>Kwantiteit en kwaliteit</b> - van de interactie van verzorgenden met ouderen	10 'heldere' ouderen 6 licht verwarde ouderen 7 verwarde of demente ouderen (volgens Cognitive Assessment Scale) verblijvend op een geriatrie afdeling, allen vrouw.  118 verzorgenden op 7 geriatrie en 4 psychogeriatrische afdelingen	Directe niet-participerende observatie ('time sampling') van aan- of afwezigheid van 3 categorieën gedragingen (lichaamshouding bewoner, activiteiten bewoner, interacties bewoner en verzorger). Observatie gedurende 40 min. per bewoner, waarbij om de 15 sec. werd geobserveerd	Geen gegevens gerapporteerd	<b>Kwantiteit:</b> Verzorgers interacteren slechts 10,7% van de geobserveerde tijd met bewoners. Tijdens de observatieperiode vind er 25 keer interactie plaats tussen verzorgenden en 'heldere' bewoners, en 11 keer tussen verzorgenden en verwarde of demente bewoners. Verzorgenden nemen minder initiatief tot interactie met verwarde of demente bewoners dan met heldere bewoners  <b>Kwaliteit:</b> Er worden aan de bewoners significant minder vragen gesteld door de verzorgenden dan instructies en bevelen gegeven. Het contrast tussen vragen stellen en instructies/bevelen geven is het grootst voor de groep (licht) verwarde bewoners. Door de verzorgenden wordt nauwelijks gereageerd op gedrag van bewoners
Armstrong-Esther, Sandlands & Miller (1989)	<b>Kwantiteit en kwaliteit</b> van de interactie met ouderen	90 ouderen, waarvan 74 dement, die verblijven op 3 chirurgische en 2 algemene interne afdelingen van een ziekenhuis  82 verpleegkundigen, assistenten en vrijwilligers (respons is 79%)	Directe niet-participerende observatie gedurende 10 min. per patiënt. Het gedrag van de patiënt (lichaamshouding, activiteiten) en de interactie tussen patiënt en verzorgenden werd geobserveerd	Geen gegevens gerapporteerd	<b>Kwantiteit:</b> Gedurende 41% van de geobserveerde tijd vindt er geen interactie tussen verzorgenden en patiënten plaats. Verzorger initieert significant meer interactie met licht verwarde patiënten (6,5 min. van 10 min.), vergeleken met 2,5 min. met alerte patiënten en 0,7 min. met verwarde patiënten, $F(2,87)=43$ , $p<0,05$
Armstrong-Esther, Browne, McAfee (1994)	<b>Kwantiteit</b> van interactie	8 'heldere' ouderen 8 verwarde ouderen 8 demente ouderen (volgens Clifton Assessment Procedure of the Elderly) langdurend verblijvend op 2 acute geriatrie afdelingen en 2 psychiatrie afdelingen  306 verzorgenden	Directe niet-participerende observatie (event-recorder) gedurende 30 min. per bewoner buiten normale verzorgingsactiviteiten om, over een periode van 2 weken. Observatie gericht op gedrag van bewoners, interactie tussen bewoners en verzorgenden, interactie tussen bewoners en anderen (niet verzorgenden)	Geen gegevens gerapporteerd	<b>Kwantiteit:</b> 45% van de geobserveerde tijd brengen de bewoners alleen door. Er vindt minder interactie plaats tussen bewoners en verzorgenden (21%) dan tussen bewoners en anderen (34%). Verzorgenden interacteren het meest met dementerende bewoners (21%), en veel minder met verwarde (14%) en heldere bewoners (7%)
Ekman, Norberg, Viltanen, Winblad (1991)	<b>Kwantiteit</b> van interactie door na te gaan hoeveel tijd binnen een taakgerichte zorgbenadering wordt besteed aan: - directe patiëntenzorg - de zorg voor ernstige dementerende ouderen vergeleken met niet-dementerende patiënten	21 demente en niet-demente patiënten in een geriatrie kliniek  21 gediplomeerde en leerling verzorgenden	Tijdmeting van tijd besteed aan verschillende zorgtaken en activiteiten	Percentage overeenkomst tussen genoteerde tijd door verzorgenden en daadwerkelijke werktijd was 95%	<b>Kwantiteit:</b> Verzorgenden besteden minder tijd aan de zorg voor dementerende patiënten dan aan de zorg voor niet-dementerende patiënten, met dezelfde mate van ADL-afhankelijkheid. Verzorgenden tonen minder initiatief tot interactie met dementerende dan met niet-dementerende patiënten

Tabel 2.1

## Overzicht van onderzoek betreffende kwantiteit en kwaliteit van de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen (vervolg)

Bron	Wat is onderzocht	Setting en steekproef	Methode en meetinstrumenten	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Liukkonen (1992)	Kwaliteit van interactie door het in kaart brengen van: - kenmerkende gedragspatronen dementerende bewoners in verzorgingssituaties - verpleegkundige activiteiten in basiszorg - hoe basiszorg ten uitvoer wordt gebracht	Ouderen (aantal onbekend) verblijvend op een afdeling van een bejaardentehuis, verpleegafdeling van een gezondheidscentrum, ziekenhuisafdeling, psychogeriatrische afdeling 52 verpleegkundigen	Observatie van basiszorg voor dementerende patiënten, en de kenmerkende eigenschappen van deze patiënten. In totaal 95 uur observatie door 1 onderzoeker  Interview met verpleegkundigen (duur 1,5-3,5 uur)  Gegevensverzameling via triangulation-techniek	Geen gegevens gerapporteerd	Kwaliteit: Interactie tussen patiënten en verzorgenden vrij oppervlakkig en routinematig, gericht op de lichamelijke verzorging, en gekenmerkt door weinig conversatie met de patiënt. Dit geldt met name voor passieve patiënten
Ort & Philips (1992)	Kwaliteit van interactie tijdens het toedienen van voedsel Scala van (ineffectieve) activiteiten van verzorgers tijdens het toedienen van voedsel Scala van gedragingen van bewoners tijdens het toedienen van voedsel	10 demente bewoners op een psychogeriatrische afdeling die hulp bij eten nodig hebben 11 verzorgenden die hulp bieden tijdens het eten	Beschrijvend onderzoek van omgevingsfactoren en video-observaties gedurende 29 middag- en avondmaaltijden	Geen gegevens gerapporteerd	Kwaliteit: Verzorgenden reageren vaak niet adequaat op signalen van bewoners. Tijdens de perioden tussen het eten geven in zijn er veel veranderingen en onderbrekingen. De activiteiten direct gericht op het toedienen van voedsel verlopen systematisch
Salmon (1993)	Kwaliteit en kwantiteit van interacties tussen verzorgenden en oudere patiënten bezien in relatie tot attitude zorgverlener en zorgsituatie tijdens basiszorg en activiteitenprogramma's	47 demente patiënten verblijvend op 2 psychogeriatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis 4 verpleegkundigen 5 stafverpleegkundigen 8 ziekenverzorgenden 10 verpleegkundige-assistenten	Directe niet-participerende observatie (time-sampling) gedurende 12 maal 10 min. (middels observatie-schema) (totaal aantal observaties: 1540 met een gemiddelde van 57 per verzorgende) van: - Kwaliteit van interactie verzorgende en patiënt (positief, neutraal, negatief) - Gedrag verzorgende (16 categorieën), uitgedrukt in proporties	Observatie Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieert tussen 74% en 82% (tussen 2 observatoren)	Kwantiteit: In 36 % van de observaties worden interacties waargenomen. Van deze interacties: 80 % lich. verzorging, 18 % tijdens activiteitenprogramma's, 2 % overig  Kwaliteit: Van alle geobserveerde interacties wordt 33 % als positief beoordeeld, 1 % als negatief, en rest als neutraal. Tijdens activiteitenprogramma's hogere proportie positieve interacties met patiënten (54 %) dan tijdens routinezorg (33 %). $F(1,24)=4.63$ , $p<0.05$
de Wilde & Bot (1989)	Kwaliteit van interactie: het gebruik van 'secondary babytalk' tijdens het communiceren met ouderen	10 ouderen verblijvend op 3 afdelingen van een psychogeriatrisch verpleeghuis 6 ziekenverzorgenden	Interacties zijn op band opgenomen met behulp van een draadloze microfoon. De conversaties van de verzorgers met 'heldere' ouderen, demente ouderen en een controlegroep (collega's) zijn met elkaar vergeleken	Geen gegevens gerapporteerd	Kwaliteit: Verbale uitingen tegen zowel 'heldere' als demente ouderen, hebben meer kenmerken van babytalk dan uitingen tegen collega's. Tijdens gesprekken met demente ouderen wordt meer vereenvoudigde taal gebruikt

Uit de observaties van Salmon (1993) blijkt dat er gedurende 36% van de observaties interactie plaatsvond tussen de verzorgenden en dementerende ouderen. 80% van deze interacties had betrekking op fysieke verzorging (medicatie, maaltijden en aankleden), 18% vond plaats tijdens activiteitenprogramma's gebaseerd op realiteitsoriëntatie en 2% stond los van verzorging dan wel activiteitenprogramma's.

Wanneer we de mate van interactie met dementerende ouderen vergelijken met de mate van interactie met ouderen die cognitief normaal functioneren, dan blijkt doorgaans dat met dementerende ouderen minder wordt geïnteracteed (Amstrong-Esther & Browne, 1986; Amstrong-Esther e.a., 1989; Ekman e.a. 1991). Uit de observatiegegevens van Amstrong-Esther & Browne (1986) blijkt dat de verpleegkundigen gedurende de 40 minuten observatietijd 25 keer met bewoners (N=10) interacteerden die niet in de war waren ('helder') en slechts 11 keer met bewoners (N=7) die in de war of dement waren. In het onderzoek is niet aangegeven hoe vaak met de patiënten die 'licht in de war' (N=6) waren werd geïnteracteed. Bovendien blijkt dat de verzorgenden ook statistisch significant minder vaak het initiatief namen tot interactie dan wel reageerden op signalen van dementerende ouderen vergeleken met de overige ouderen uit de onderzoekspopulatie (Amstrong-Esther & Browne, 1986). Amstrong-Esther e.a. (1989) constateren dat 0,7 minuten van de geobserveerde 10 minuten met de dementerende patiënten geïnteracteed werd, terwijl met 'heldere' patiënten 2,5 minuten en met licht verwarde patiënten 6,5 minuten geïnteracteed werd.

Ook de tijd die verzorgenden besteden aan zorgtaken (wassen, aankleden etc) kan gezien worden als een maat voor de kwantiteit van de interactie. Zo komen Ekman e.a. (1991) tot de conclusie dat er minder tijd besteed wordt aan de zorg voor dementerende ouderen vergeleken met niet-dementerende ouderen, ondanks het feit dat beide groepen wat betreft mate van hulpbehoefendheid vergelijkbaar waren. Tevens werd veel minder vaak door zorgverleners een gesprek met dementerende ouderen geïnitieerd.

In echter één studie is gevonden dat er juist met de dementerende bewoners meer werd geïnteracteed dan met niet-dementerende bewoners (Amstrong-Esther e.a., 1994). In dit onderzoek vertoonden de verzorgenden 21% van de observatietijd interacties met dementerende bewoners, 14% met licht verwarde bewoners en 7% met heldere bewoners.

### **2.3.2 Kwaliteit van de interactie**

Om de kwaliteit van de interactie te bepalen maakt Salmon (1993) onderscheid in positieve (informerende, vragen stellen, algemene conversatie), negatieve (bevelen, instructies geven, berispen) en neutrale (niet als positief of negatief beoordeeld) interactie. Uit de resultaten blijkt dat 33% van de interacties met dementerende ouderen positief was (1% bleek negatief en werd in het onderzoek buiten beschouwing gelaten). De proportie positieve interacties was het grootst tijdens de speciale activiteitenprogramma's, vergeleken met momenten waarin uitsluitend zorg wordt geboden.

Amstrong-Esther & Browne (1986) en Amstrong-Esther e.a. (1989,1994) maken onderscheid tussen instructies en berispingen enerzijds en (informatieve) vragen stellen anderzijds. Hoe meer vragen worden gesteld en hoe minder instructies worden gegeven, hoe beter volgens hen de kwaliteit van de interactie. Ook wanneer verzorgenden reageren op initiatieven tot contact van de ouderen is er sprake van een kwalitatief goede interactie. Uit de resultaten blijkt dat er aan geriatrische bewoners significant minder vragen werden gesteld dan dat er instructies en bevelen werden gegeven. Het contrast tussen vragen stellen en instructie en/of bevelen geven was het grootst voor de patiëntengroepen 'dementerenden' en 'licht verward (niet-dementerenden)'. Met 'heldere' patiënten werden meer gesprekken gevoerd. Uit de gegevens blijkt tevens dat



door de verpleging nauwelijks gereageerd werd op het gedrag van de patiënten, zelfs niet als dit gedrag bijzonder storend was, bijvoorbeeld repetitief gedrag gericht op het trekken van aandacht (Amstrong-Esther & Browne, 1986). Ook Ort & Philips (1992) concluderen naar aanleiding van een exploratieve, beschrijvende studie waarbij video-opnamen waren gemaakt tijdens maaltijden, dat de meeste verzorgenden niet adequaat reageerden op signalen van dementerende bewoners. De gedragingen van de bewoners om de verzorgenden te laten zien dat ze wilden eten, zoals mond openen, naar voren leunen, reiken naar voedsel etc. werden niet gezien of niet als zodanig herkend. Ook blijkt dat de verzorgenden die de dementerende ouderen te eten gaven, geen duidelijke signalen gaven om de bewoners te stimuleren tot eten, zoals eten op lepel doen, naar de bewoner toeleunen, naam bewoner noemen en de bewoner ter oriëntatie aanraken. Dit gaat, zo zeggen Ort & Philips, ten koste van de kwaliteit van de interactie tijdens het eten.

Liukkonen (1992) constateert op basis van interviews met verpleegkundigen en observaties van de basiszorg, dat de interactie tussen de dementerende bewoners in hetzij een bejaardenhuis dan wel psychogeriatrische afdeling, als oppervlakkig en routinematig gekenmerkt kan worden en gericht is op de dagelijkse zorgtaken (zoals voeden, wassen, de houding van de bewoner controleren en taken die met de uitscheiding te maken hebben). Bij het verrichten van deze zorgtaken werken de verpleegkundigen 'robotachtig' waarbij de interactie gekenmerkt wordt door weinig conversatie, gebrek aan warmte, intimiteit en of vriendelijkheid. Tevens constateert Liukkonen dat naarmate de patiënt passiever is de verpleegkundigen vaker voorbij gaan aan vrijwillige activiteiten (activiteiten die niet strikt noodzakelijk zijn, maar wel in hoge mate bijdragen aan het welzijn en geluk van de patiënt binnen de instelling, zoals het buiten de afdeling gaan, nagels verzorgen, haar kappen en lichamelijk contact) en zich in plaats daarvan voornamelijk richten op de dagelijkse routine.

Ook de taal van verzorgenden tegen dementerende ouderen kan gezien worden als een kwalitatief aspect van de interactie. Het gebruik van vereenvoudigde taal, of te wel 'secondary' of 'displaced babytalk' door verzorgenden, kan bij de dementerende ouderen leiden tot gevoelens van incompetentie en verminderde levensvoldoening (de Wilde & Bot, 1989). Uit het onderzoek van de Wilde & Bot (1989) blijkt dat naarmate een patiënt meer hulpbehoevend en minder lichamelijk actief en psychisch valide is, de verzorgenden het taalgebruik aanpassen, op een wijze die overeenkomsten vertoont met spraak gericht op kinderen. Uitingen tegen ouderen die niet mentaal alert zijn, bevatten meer vraagwoorden en vaker de gebiedende wijs dan uitingen tegen ouderen die mentaal niets mankeren of uitingen tegen de onderzoeker of een collega.

### 2.3.3 Factoren die de interactie beïnvloeden

Zoals het model van Athlin & Norberg (1987a) al liet zien, is de interactie tussen dementerende ouderen en verzorgenden niet een op zichzelf staand proces, maar kan deze beïnvloed worden door factoren die te maken hebben met interactiepartners zelf, de werkomgeving en de organisatie van de zorg. Zo concludeert Boeije (1994) dat werkdruk, het spanningsveld tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, de fysieke en psychische beperkingen van de bewoner de interactie bemoeilijken. Ekman e.a. (1991) veronderstellen dat door de communicatiestoornissen van dementerende ouderen, zorgverleners zelden of nooit een praatje met dementerende ouderen maken. Ook kennisgebrek over dementie waardoor zorgverleners kunnen denken dat communicatie met dementerende ouderen niet nodig is, belemmert contact (Ekman & Norberg 1988; Melchers, 1985; Ekman e.a. 1991; Savelkoul e.a. 1993). Volgens van Ort en Philips (1992) beïnvloedt een chaotische werkomgeving, veroorzaakt door radio en televisie, alsmede een taakgerichte werkhouding tijdens de maaltijd, de interactie

negatief. In diverse studies wordt bovendien gesuggereerd dat bepaalde arbeidsomstandigheden (werkdruk, werktijden) de interactie beïnvloeden (Hallberg e.a. 1990b; Savelkoul e.a. 1993; Boumans & Harmsen, 1993/1994; Armstrong-Esther e.a., 1994; Boeije & Casparie, 1994; de Lange & Rippen 1994). De studies die systematisch het verband tussen een bepaalde factor (onafhankelijke variabele) en de kwantiteit en kwaliteit van interactie (afhankelijke variabelen) hebben onderzocht worden in het nu volgende besproken. In tabel 2 zijn deze onderzoeken schematisch weergegeven. Het onderscheid in factoren volgens Athlin & Norberg (1987a) wordt hierbij aangehouden, te beginnen met factor(en) gerelateerd aan de dementerende ouderen.

### ***Dementerende bewoner***

*Gedragsstoornis:* Hallberg e.a. (1990b) zijn door middel van een gecontroleerde studie nagegaan hoe een bepaalde gedragsstoornis bij (dementerende) ouderen, namelijk 'vocal disruptive behaviour', de interactie met zorgverleners beïnvloedt. Ouderen die dit gedrag vertonen zijn regelmatig voor langere perioden lawaaiig en luidruchtig, herhalen constant woorden, zinnen of geluiden. De zorg voor de experimentele groep bestaande uit 37 bewoners met 'vocal disruptive behaviour' is vergeleken met een controlegroep, eveneens bestaande uit 37 bewoners die dit gedrag niet vertoonden. Meer dan de helft van de bewoners in beide groepen was dement. Ondanks het feit dat de experimentele groep voor de fysieke verzorging meer afhankelijk was van de verpleging en meer zorg behoefde, verschilde de tijd die aan fysieke verzorging werd besteed niet significant tussen beide groepen. Bovendien werd er gedurende activiteiten buiten de verzorging om, minder tijd besteed aan de experimentele groep.

### ***Zorgverlener***

*Attitude:* Salmon (1993) heeft de relatie tussen attitude van zorgverleners en interactie met dementerende ouderen onderzocht door 27 zorgverleners op psycho-geriatrische afdelingen te observeren en een vragenlijst over hun attitude af te nemen. Op basis van de bevindingen concludeert Salmon dat er geen verband bestaat tussen de attitude en de mate en kwaliteit van interactie.

*Kennis:* Kennis van zorgverleners over dementie en de manier waarop het beste met dementerende ouderen kan worden omgegaan wordt gezien als voorwaarde voor kwalitatief goede zorg aan dementerende ouderen.

Kihlgren e.a. (1990, 1993, 1994) zijn nagegaan in hoeverre bijscholing vanuit een bepaalde visie ('integrity promoting care-training'), de kwaliteit en kwantiteit van de interactie tussen dementerende ouderen en verzorgenden bevordert. Naast lezingen over de aandoening dementie en aanverwante onderwerpen (interpersoonlijke relaties, verouderingsproces, interactie, communicatie, omgeving van de mens) werden ook groepsdiscussies over deze onderwerpen gehouden. De effecten van deze bijscholing zijn in twee zorgsituaties onderzocht: tijdens sociale activiteiten (Kihlgren e.a. 1990) en ochtendzorg (Kihlgren e.a. 1993, 1994). Beide keren is een veldexperiment uitgevoerd met een interventie-afdeling en een controle-afdeling. De interventie-afdeling en de controle-afdeling waren afdelingen van verschillende verpleeghuizen, maar vergelijkbaar op variabelen als het aantal patiënten, hoeveelheid personeel, ernst van de dementie en mate van ADL-beperkingen van de patiënten. Uit de studies blijkt dat de interactie op de interventie-afdeling vergeleken met de controle-afdeling verbeterde. Tijdens sociale activiteiten was er sprake van een meer levendige sfeer doordat de bewoners niet meer voor lange perioden alleen zaten en nu deelnamen aan de activiteiten (Kihlgren e.a. 1990).

Tabel 2.2

## Overzicht van onderzoek betreffende factoren die de kwantiteit en kwaliteit van de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen beïnvloeden

Bron	Beïnvloedende factor	Setting en steekproef	Methode en meetinstrumenten	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Athlin & Norberg (1987)	<b>Organisatie</b> <b>Zorgbenadering:</b> patiëntgerichte manier van werken vergeleken met een taakgerichte manier van werken tijdens het toedienen van voedsel aan zwaar demente ouderen	6 ernstig demente vrouwen met ernstige voedingsproblemen in een verzorgingsstehuis  4 verzorgenden met minimaal 2 jaar werkervaring in de verzorging	<b>Video-observaties</b> van 3 maaltijden, verspreid over 14 maaltijden, met behulp van 2 camera's (één gericht op de bewoner, en één gericht op gehele situatie met de verzorger 'en face'): - Gedrag bewoner - Ervaringen met bewoner - Vaardigheden bewoner  <b>Semi-structureerd interview</b> (opgenomen op band) met verzorgenden: - Interpretaties van gedrag, ervaringen, en vaardigheden bewoner - Gevoelens ten aanzien van gedrag, ervaringen, en vaardigheden bewoner	Geen gegevens gerapporteerd	Door patiëntgericht in plaats van taakgericht te gaan werken blijken de verzorgenden beter in staat te zijn om het gedrag en de uitingen van de bewoner te interpreteren en hierop adequaat te reageren. Hierdoor verbeterde de interactie zowel wat betreft het uitvoeren van de zorgtaken (hier: het toedienen van voedsel) als ten aanzien van het relationele aspect
Athlin, Norberg, Asplund (1990)	<b>Organisatie</b> <b>Zorgbenadering:</b> invloed van een taak- dan wel patiëntgerichte manier van werken op de waarneming en interpretatie van zorgverleners van het eetgedrag van dementerende patiënten	23 zwaar dementerende patiënten met ernstige eetproblemen in ziekenhuizen  62 verzorgenden	<b>Interviews</b> (91) met verzorgenden over het toedienen van voedsel aan zwaar dementerende patiënten. Ervaringen en interpretaties door verzorgenden van het gedrag, de ervaringen, en de vaardigheden van patiënten.	Geen gegevens gerapporteerd	Bij patiëntgerichte benadering neemt de betrokkenheid van de verzorgenden toe, waardoor verzorgenden beter in staat zijn het gedrag van de demente ouderen te interpreteren
Ekman, Norberg, Viitonen, Winblad (1991)	<b>Zorgverlener</b> <b>Functie:</b> invloed van de functie op de duur van de interactie	21 demente en niet-demente patiënten in een geriatrische kliniek  21 gediplomeerde en leerling verzorgenden	<b>Tijdmeting</b> van tijd besteed aan verschillende zorgtaken en activiteiten (20 tijdmetingen per taak)	Percentage overeenkomst tussen genoteerde tijd en werktijd was 95%	De hoogst opgeleide zorgverleners besteden het minste tijd aan directe patiëntenzorg. Verpleegkundigen besteden 35% van de tijd aan directe patiëntenzorg, ziekenverzorgenden 48% van hun tijd en verpleeghulpverleners 55% van de tijd
Hallberg, Norberg, Eriksson (1990)	<b>Demente bewoner</b> <b>Gedragstoornis</b> namelijk 'vocal disruptive behaviour'	64 patiënten verblijvend op de psychogeriatrische afdelingen van verschillende ziekenhuizen  Experimentele groep: 37 patiënten met luihruchtig gedrag (als zodanig door verzorgenden geïdentificeerd), Controlegroep: 37 patiënten  Beide groepen zijn gematcht op afdeling en sexe. Meer dan 50% in beide groepen diagnose: Alzheimer	<b>Directe niet participerende observaties</b> gedurende 5 keer 45 min. per patiënt. Hierbij zijn de volgende activiteiten/gedragingen gescoord: - Zorgactiviteiten - Gedrag - Interacties verzorgers-patiënt	Interobserver-betrouwbaarheid: - Aantal activ.: Kappa = 0.61 - Type activ.: Kappa = 0.92 - Lengte activ.: Spearman rank correlation = 0.82	Geen significant verschil in hoeveelheid verleende zorg tussen experimentele en controlegroep, ondanks het feit dat de experimentele groep meer zorg behoefde. Gedurende verschillende activiteiten buiten de verzorging om wordt er minder tijd besteed aan de experimentele groep. Door verzorgenden worden minder pogingen gedaan luihruchtige patiënten te betrekken bij verschillende activiteiten

Tabel 2.2

## Overzicht van onderzoek betreffende factoren die de kwantiteit en kwaliteit van de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen beïnvloeden (vervolg)

Bron	Beïnvloedende factor	Setting en steekproef	Methode en meetinstrumenten	Betrouwbaarheid en validiteit	Bevindingen
Kihlgren, Hellgren, Norberg, Bråne, Karlsson (1990)	<b>Zorgverlener</b> Kenni's Bijscholing in 'integrity promoting care' ter vergroting van de kennis over dementie en begrip voor demente ouderen	12 licht tot matig demente ouderen 33 ernstig demente ouderen (volgens de Mini Mental State Examination) verblijvend op 2 afdelingen van verschillende verpleeghuizen (1 interventie afdeling en 1 controle afdeling)	Veld-experiment met een interventie- en een controle-afdeling  Video-observaties van de interactie tussen zorgverleners en bewoners tijdens sociale activiteiten (zowel ochtend als middag), vanuit zoveel mogelijk vaste camerapositie (1 camera). In totaal 6 uur video-opnames van vóór de interventie, en 6 uur na de interventie, over periode van 4 weken	Geen kwantitatieve gegevens gerapporteerd, slechts vermeld dat de overeenstemming tussen observatoren goed was	Door de bijscholing is de sfeer op de afdeling verbeterd doordat de bewoners meer deelnemen aan activiteiten en niet meer lange periodes alleen zitten. De zorgverleners zijn beter in staat om begrijpelijk met de bewoners te communiceren, en om te reageren op uitingen van de bewoners
Kihlgren, Norberg, Bråne, Engström, Melin (1993)	<b>Zorgverlener</b> Kenni's Bijscholing in 'integrity promoting care' ter vergroting van de kennis over dementie en begrip voor demente ouderen	10 zwaar demente ouderen (volgens Mini Mental State Examination) met ernstige stoornissen in ADL-functies verblijvend op 2 verpleeghuisafdelingen (n=5 op interventie afdeling en n=5 op controle afdeling)	Veld-experiment met een interventie- en een controle-afdeling  Video-observaties van de interactie tussen iedere bewoner met iedere zorgverlener (5*5) zowel voor als na de interventie (2*25) op beide afdelingen (2*50). Vervolgens dubbel blind geanalyseerd met behulp van een observatieschema	Percentage overeenkomst tussen observatoren: 83%	Verbetering van de kwaliteit van de interactie tussen zorgverleners en bewoners. De zorgverleners oriënteren de bewoners beter op de zorgsituatie, hebben meer aandacht voor uiterlijke verzorging van bewoners, meer verbaal contact en bieden de bewoners meer mogelijkheden om zelf beslissingen te nemen en aan activiteiten deel te nemen
Kihlgren, Hellgren, Norberg, Karlsson (1994)	<b>Zorgverlener</b> Kenni's Bijscholing in 'integrity promoting care' ter vergroting van de kennis over dementie en begrip voor demente ouderen	5 zwaar demente ouderen (volgens Mini Mental State Examination) met ernstige stoornissen in ADL-functies verblijvend op een verpleeghuisafdeling	Video-observaties van de interactie tussen iedere patiënt met iedere verzorger (5x5) tijdens de ochtendverzorging. 24 sessies opgenomen vóór de training en 25 na de training. Vervolgens dubbel blind geanalyseerd.	15% van de sessies door 2 beoordelaars geanalyseerd, waarbij vrijwel overal overeenstemming over bestond	Na de training een hoger percentage positieve interacties (84%) dan vóór de training (42%)
Salmon (1993)	<b>Zorgverlener</b> Attitude van de zorgverleners  <b>Persoonlijke kenmerken</b> van de zorgverleners (functie)  <b>Omgeving</b> <b>Interactiesituatie</b> namelijk basiszorg en activiteitenprogramma's.	47 demente patiënten verblijvend op 2 psychogeriatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis.  4 verpleegkundigen 5 stafverpleegkundigen 8 ziekenverzorgenden 10 verpleegkundige-assistenten	Directe niet-participerende observatie (time-sampling) gedurende 12 maal 10 min. (middels observatie-schema) (totaal aantal observaties: 1540 met een gemiddelde van 57 per verzorgende) van: - Kwaliteit van interactie verzorgende en patiënt (positief, neutraal, negatief) - Gedrag verzorgende (16 categorieën), uitgedrukt in proporties  Vragenlijst verzorgenden Attitude ten opzichte van ouderen en ten opzichte van behandelingsfilosofie	Observatie Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieert tussen 74% en 82% (tussen 2 observatoren)	<b>Attitude:</b> Geen verband aangetoond tussen attitude en kwantiteit en kwaliteit van interactie  <b>Persoonlijke kenmerken (functie):</b> Gediplomeerde verpleegkundigen vertonen hogere proportie positieve interacties ( $F(2,24) = 4.14, p < 0.05$ ) Gediplomeerden vergeleken met leerlingen en assistenten, hebben minste interacties met patiënten, $F(2,24) = 2.58, p < 0.10$  <b>Interactiesituatie:</b> Tijdens activiteitenprogramma's hogere proportie positieve interacties met patiënten (54% dan tijdens routinezorg (33%). $F(1,24) = 4.63, p < 0.05$

De zorgverleners gingen na de bijscholing ook vaker bij de bewoners zitten om een praatje te maken. De zorgverleners van de interventie-afdeling bleken ook beter in staat om begrijpelijk te communiceren met de bewoners, te reageren op initiatieven van de bewoners en de bewoners tijd en ruimte te geven om eigen beslissingen te nemen. Tijdens de ochtendzorg oriënteerden de zorgverleners van de interventie-afdeling de bewoners beter op de zorgsituatie, hadden ze meer aandacht voor de uiterlijke verzorging van de bewoners, meer verbaal contact en gaven ze de bewoners veel meer mogelijkheden om zelf beslissingen te nemen of deel te nemen in activiteiten (Kihlgren e.a. 1993). De bewoners van de interventie-afdeling gingen hierdoor beter meewerken en zich ook verbaal meer uiten.

Later hebben Kihlgren e.a. (1994) de video-opnamen van de ochtendzorg nogmaals geanalyseerd. Voordat de training plaatsvond was het aantal negatieve en neutrale interactiepatronen in de meerderheid (58%), terwijl na de training de positieve patronen in de meerderheid waren (84%). Dit betekent dat de zorgverleners de bewoners meer zijn gaan zien als gelijkwaardige partners tijdens het communiceren, respect en geduld tonen en de initiatieven van de bewoners ondersteunen. Op deze manier wordt de bewoner aangemoedigd om zelf beslissingen te nemen en mee te werken tijdens de zorg. De bewoners gaan meer zelf doen waardoor hun eigenwaarde groeit en depressies en angst afnemen.

*Persoonlijke kenmerken verzorgenden:* In diverse publikaties wordt verondersteld dat een aantal persoonlijke gegevens/kenmerken van de verzorgenden (leeftijd, geslacht, functie, omvang dienstverband, aantal jaren werkervaring, ervaring in de eigen omgeving met dementie) invloed heeft op de interactie met dementerende bejaarden (Ekman, e.a. 1991; Salmon, 1993; Savelkoul e.a., 1993; Boumans & Harmsen, 1993/1994; Boeije & Casparie, 1994). Slechts in enkele studies is dit verband systematisch onderzocht. De functie van zorgverleners blijkt samen te hangen met de mate van interactie (Ekman e.a. 1991; Salmon 1993). Zo hebben verpleegkundigen, vergeleken met verzorgenden en verpleeghulpen, minder contact met patiënten. Door het verschil in functieomschrijving en bijbehorende takenpakket besteden verpleegkundigen slechts 35% van hun tijd aan direct patiëntencontact vergeleken met 48% van de tijd door verzorgenden en 55% van de tijd door verpleegkundige-assistenten (Ekman e.a., 1991).

### **Omgeving**

*Interactiesituatie:* Salmon (1993) is nagegaan of de proportie positieve interactie met ouderen verschilt tijdens het uitvoeren van zorgactiviteiten en activiteitenprogramma's gebaseerd op realiteitsoriëntatie. Uit de observaties op psychogeriatric afdelingen met voornamelijk dementerende ouderen blijkt, dat de proportie positieve interacties het grootst was gedurende het activiteitenprogramma vergeleken met momenten waarin de bewoners fysiek werden verzorgd. Opgemerkt dient te worden dat dit een studie zonder controlegroep was.

### **Organisatie**

*Organisatie van de zorg:* In een aantal onderzoeken is nagegaan in hoeverre de manier van werken (taakgericht of patiëntgericht werken) invloed heeft op de mate en of kwaliteit van interactie. Hierbij wordt verondersteld dat een patiëntgerichte manier van werken de interactie met de patiënt bevordert, doordat de totale zorgverlening (ook niet-lichamelijke zorg) rondom één patiënt op de voorgrond staat. De zorgverleners voelen zich hierdoor meer betrokken en verantwoordelijk voor de patiënten voor wie zij zorg dragen. Een aantal exploratieve observatiesstudies toont aan dat een patiëntgerichte manier van werken de interactie tussen zorgverleners en dementerende ouderen bevorderde, doordat de zorg minder fragmentarisch werd aangeboden, de patiënt met

minder verschillende verzorgers werd geconfronteerd, er meer belangstelling was voor niet-lichamelijke behoeften en tenslotte de betrokkenheid van de verzorger bij de patiënt groter was (Athlin & Norberg, 1987b; Athlin e.a., 1990). De verzorgenden waren daarnaast beter in staat om het eetgedrag van de dementerende ouderen te interpreteren en hun gedrag of voedingstactiek hierop aan te passen. De eetproblemen namen hierdoor af en bovendien ervoeren de zorgverleners hun rol als 'voeder' veel positiever.

#### **2.3.4 Ervaren problemen in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis**

Wanneer we de literatuur bezien kunnen twee oorzaken voor mogelijke problemen van verzorgenden worden onderscheiden: problemen die direct te maken hebben met de specifieke uitingen en gedragingen behorende bij de aandoening dementie en problemen die gerelateerd zijn aan de werkomgeving en organisatie van de zorg in het verpleeghuis.

##### ***Problematische uitingen en gedragingen die bij dementie kunnen voorkomen***

Hallberg & Norberg (1993) zijn door middel van vragenlijsten bij 38 zorgverleners werkzaam in de psychogeriatricie nagegaan, in hoeverre zij het moeilijk dan wel makkelijk vinden om met de symptomen en gedragingen inherent aan dementie om te gaan. Tijdens interviews is gevraagd welke emoties dit bij de verpleegkundigen oproept. Uit de resultaten bleek dat de zorgverleners vaak worden geconfronteerd met bewoners die onrustig en of tegendraads zijn. Met deze gedragingen hebben de zorgverleners echter weinig moeite. De verpleegkundigen hebben echter wel moeite met de zinloosheid van het leven van dementerende ouderen en de (dood)strijd die ze veelal leveren, mede omdat de ouderen zich hierdoor vaker aanstoetgevend, agressief, of angstig gaan gedragen. Dit roept bij de verpleegkundigen negatieve gevoelens op van moedeloosheid en machteloosheid. Ekman e.a. (1991) rapporteren na interviews met 21 verpleegkundigen werkzaam in een geriatrische kliniek, dat de 17 verpleegkundigen die aangeven meer moeite te hebben met de verzorging van dementerende bewoners vergeleken met niet-dementerende ouderen, dit wijten aan problemen in de communicatie. Het niet (goed) kunnen communiceren met dementerende ouderen roept bij 14 van de 17 respondenten negatieve reacties op; ze voelen zich machteloos, opgebrand, ontevreden over hun werk, tekortschieten en nutteloos. Hierdoor verliezen ze hun betrokkenheid bij het werk en de bewoners. Naast communicatieproblemen speelt ook mee dat de dementerende ouderen vaker agressief zijn hetgeen contact bemoeilijkt. Ekman & Norberg (1988) concluderen dat de communicatieproblemen mede het gevolg zijn van weinig kennis over het verleden van de dementerende ouderen, waardoor het veel moeilijker is om de signalen van de ouderen te interpreteren en te begrijpen. Quayhagen & Quayhagen (1988) stellen vast dat 'het steeds opnieuw stellen van vragen' door dementerenden een communicatiestoornis is die voor de zorgverleners erg stressvol is.

Eetproblemen bij dementerende ouderen vinden verzorgenden ook problematisch (o.a. Athlin & Norberg, 1987b; Norberg e.a., 1988; Athlin e.a., 1990; Watson, 1993, 1994a,b). Wanneer de dementerende ouderen weigeren te eten, niet meer (kunnen) kauwen of slikken, het eten uitspugen, zich verzetten tegen hulp, zich agressief of juist angstig gedragen, dan roept dit bij de verzorgenden gevoelens van ongerustheid, frustratie en onzekerheid op. Het is namelijk met name moeilijk om de reden van deze gedragingen te achterhalen (Athlin & Norberg, 1987b; Norberg e.a. 1988; Athlin, e.a. 1990; Osborn & Marschall, 1993). Het weigeren van voedsel kan bijvoorbeeld duiden op een gebrek aan eetlust of op het onvermogen om te slikken. Onzekerheid over de meest adequate

reactie is het gevolg. Athlin e.a. (1990) concluderen dat verzorgenden hierdoor vermijdingsgedrag kunnen gaan vertonen om niet geconfronteerd te hoeven worden met deze eetproblemen.

Tenslotte benadrukt Bosch (1990, 1993) dat het verschil in werkelijkheidsbeleving tussen dementerende ouderen en verzorgenden ook tot negatieve gevoelens bij de verzorgenden kan leiden. Doordat in de werkelijkheidsbeleving van dementerende vrouwen boven de 80 jaar het verpleeghuis niet als thuis wordt ervaren, raken de verzorgenden geïrriteerd, voelen zich machteloos en hebben het gevoel te falen. Het lukt hun immers niet om op de afdeling een thuis te scheppen voor de bewoners.

### ***Werkomgeving en organisatie van de zorg***

Hoewel patiëntgericht werken de interactie lijkt te bevorderen, brengt het tevens het gevaar met zich mee dat de zorgverleners té betrokken raken bij de bewoners of overspoeld worden door de emotionele indrukken en ervaringen die ze opdoen. Problemen of negatieve gevoelens ontstaan wanneer de zorgverleners niet in staat zijn om de nodige beroepsmatige afstand te behouden en hierover niet binnen de organisatie te kunnen praten (Hallberg & Norberg 1990; Boeije & Casparie, 1994; Kuremyr, e.a.1994; Verhoeven & Lambregts, 1994). Boeije & Casparie (1994), de Lange en Rippen (1994) en Kuremyr e.a. (1994) geven aan dat een taakgerichte manier van werken daarentegen kan leiden tot schuldgevoelens bij de zorgverleners, omdat ze te veel gericht zijn op de zorgtaken dan op een relatie met de dementerende bewoners.

Voor verzorgenden is het tevens moeilijk om een uitdaging te vinden in een omgeving die zo nu en dan door hen als triest en deprimerend wordt getypeerd (Boeije & Casparie, 1994). Een groot deel van de bewoners bevindt zich immers in een uitzichtloze situatie waarin buiten dagelijkse verzorging en onderdak niet meer geboden kan worden. De verzorgenden trekken zich deze tekortkoming aan en bestempelen het verpleeghuis als een noodoplossing waar niemand voor zijn plezier verblijft. Boeije & Casparie merken ook op dat verzorgenden zich vaker onwennig en onzeker voelen in de omgang met dementerenden door stigmatisering van de 'gehandicapte mens'. Bewoners die blind, doof, lichamelijk gehandicapt en/of dement zijn tellen in 'onze' samenleving niet helemaal mee, waardoor zowel de gehandicapte mens als de zorgverlener zich niet goed raad weet met zijn houding. De verzorgende is bijvoorbeeld bang om overdreven belangstelling te tonen of juist het probleem te negeren. Akerlund & Norberg (1985) benadrukken de problemen die zorgverleners ervaren wanneer de dementerende ouderen niet meer in staat zijn autonoom beslissingen te nemen en de zorgverlener dit moet doen. Hierdoor kunnen zogenaamde 'double bind'- situaties ontstaan wanneer de keuzemogelijkheden met elkaar conflicteren. Wanneer bijvoorbeeld de dementerende oudere weigert te eten is de regel 'de patiënt in leven houden' strijdig met de regel 'de patiënt geen kwaad berokkenen, pijn doen', omdat het in leven houden van de patiënt in dit geval betekent dat het eten met dwang moet worden toegediend hetgeen voor de patiënt een onprettige ervaring kan zijn. Dit kan leiden tot gevoelens van onzekerheid, angst en schuld bij de zorgverleners. Opgemerkt wordt dat het praten over deze innerlijke verscheurdheid essentieel is, zodat prioriteiten gesteld kunnen worden en negatieve gevoelens gereduceerd. Bovendien kan kennis over het verleden van de ouderen ertoe bijdragen dat de verzorgenden beter kan inschatten wat de dementerende oudere in deze situatie wil (Ekman & Norberg, 1988) .

## 2.4 Conclusies en discussie

In toenemende mate wordt het belang van interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen onderkend. In deze studie is aan de hand van drie onderzoeksvragen literatuur op dit terrein in kaart gebracht. Ten eerste is bekeken hoe en in welke mate verzorgenden met dementerende bewoners interacteren. Uit de bestudeerde observatie-onderzoeken blijkt dat er in het algemeen weinig en vaak ook onvoldoende adequaat wordt gecommuniceerd met dementerende ouderen in het verpleeghuis. Zo wordt er weinig tijd besteed aan interactie met name buiten de verzorgingstaken om. De interactie tijdens de verzorgingstaken wordt veelal gekenmerkt door weinig conversatie en intimiteit. Er worden bijvoorbeeld minder vragen gesteld dan instructies en bevelen gegeven, waardoor de dementerende ouderen weinig worden gestimuleerd en geactiveerd om eigen beslissingen te nemen, zelfzorgactiviteiten uit te voeren en hun wensen en behoeften kenbaar te maken. Tevens reageren verzorgenden niet altijd op signalen en (storend) gedrag van bewoners en worden bewoners niet altijd als gelijkwaardige gesprekspartners bejegend.

De tweede onderzoeksvraag beoogde inzicht te geven in de factoren die een rol spelen in de mate en kwaliteit van de interactie. Helaas is hier weinig systematisch observatie-onderzoek naar verricht. Uit de weinige studies die er zijn, lijken bijscholing van de zorgverleners en een patiëntgerichte organisatie van de zorg een positieve invloed te hebben, terwijl gedragsstoornissen van de bewoners de omgang negatief kunnen beïnvloeden. Meer onderzoek hiernaar is geboden.

Tenslotte, de derde onderzoeksvraag betreffende de ervaren problemen van de verzorgenden in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis. Ter beantwoording van deze vraag zijn ook onderzoeken opgenomen waarbij van vragenlijsten en interviews gebruik is gemaakt. Geconcludeerd kan worden dat verzorgenden met name problemen ervaren met agressie en communicatie-stoornissen van de bewoners. Ook het moeilijk kunnen achterhalen van de oorzaak van eetproblemen, zoals eten weigeren, uitspugen van eten en verzetten tegen hulp, ervaren verzorgenden als problematisch. De emotionele belasting van verzorgenden, door een te grote betrokkenheid bij de bewoners, komt ook naar voren als een probleem in de zorg. Dit probleem ontstaat wanneer zorgverleners niet in staat zijn om de nodige beroepsmatige afstand te behouden en hierover niet kunnen praten binnen de organisatie.

Een eerste kanttekening die bij de weergegeven observatie-onderzoeken kan worden gemaakt is dat er weinig wordt gerapporteerd over de betrouwbaarheid van de observaties en geen aandacht wordt besteed aan de (inhouds)validiteit van de gebruikte observatieprotocollen. Hierdoor is het vaak lastig om de resultaten goed te interpreteren en is het moeilijk in te schatten welk belang aan de conclusies moet worden toegekend.

Verder is het opvallend dat in de bestudeerde literatuur met name aandacht is voor aspecten als: is er interactie, wie neemt hiertoe het initiatief, hoe wordt hierop gereageerd en hoe is de kwaliteit? Om een globale indruk te krijgen van de interactie is aandacht voor deze aspecten van essentieel belang. Het is echter zeer goed mogelijk om meer gedetailleerde informatie over het interactieproces te onderzoeken. Zo kan het al verrichtte onderzoek naar de communicatie tussen artsen en patiënten (zie voor een overzicht Bensing, 1991) en het onderzoek naar communicatie tussen verpleegkundigen en oudere cliënten (Caris-Verhallen e.a., 1997) vele aanknopingspunten bieden. In deze onderzoeken naar het interactieproces wordt onderscheid gemaakt tussen (non)verbale uitingen gericht op de taak die de zorgverlener ten uitvoer brengt (instrumentele uitingen) en (non)verbale uitingen bedoeld om een vertrouwensrelatie op te bouwen en betrokkenheid te tonen (affectieve uitingen). Binnen deze instrumentele en affectieve



uitingen worden verschillende categorieën onderscheiden die zicht geven op de inhoud van het gezegde en de lading waarmee iets gezegd wordt. De al ontwikkelde observatieschema's (o.a. Roter, 1989) bedoeld om het interactieproces tussen artsen en patiënten in kaart te brengen zouden als richtlijn kunnen dienen om een observatieschema te ontwikkelen voor de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen. Opgemerkt dient te worden dat deze schema's wel aangepast moeten worden aan de specifieke kenmerken van de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen, waarbij met name rekening gehouden moet worden met deze specifieke zorgsituatie, de ziekte dementie en bijbehorende gedragskenmerken en communicatiestoornissen.

De in dit literatuuronderzoek opgenomen studies richten zich met name op verbale uitingen van beide actoren tijdens de interactie. Zoals Athlin en Norberg (1987a) in hun interactiemodel aangeven, is een ander belangrijk onderdeel de non-verbale communicatie. Met name in de interactie met dementerende ouderen kunnen zowel instrumentele als affectieve aanrakingen een belangrijke rol spelen in de communicatie. Opvallend is dan dat voor zover bekend geen onderzoek naar de aanrakingen tussen verzorgenden en dementerende ouderen is gedaan. Zeker gezien de bevindingen van Burton & Heller (1964) en Preston (1973) dat de behoefte aan aanrakingen, de behoefte aan verbale communicatie kan overstijgen wanneer de persoon in de war dan wel dement is. Aanraken kan dan de aangewezen methode zijn om contact te maken, de dementerende ouderen te oriënteren, te instrueren, te troosten of gerust te stellen. De studies die 'aanraken' als onderdeel van het interactieproces hebben onderzocht bij verzorgenden en ouderen die cognitief normaal functioneren, kunnen aanknopingspunten bieden voor een dergelijk onderzoek bij dementerende ouderen (Oliver & Redfern, 1991; Edwards & Noller, 1993; McCann & McKenna, 1993).

Nog een aspect dat ontbreekt in het bestudeerde onderzoek is een beschrijving van de emotionele context van de geobserveerde interactie, hetgeen gemeten kan worden aan de hand van de zogenaamde affectmaten (Roter, 1989). Affectmaten zoals boosheid, angst, warmte en interesse geven een beeld van de sfeer waarin de interactie plaatsvindt (Bensing, 1991; Roter, 1991). Naast bovengenoemde affectmaten zijn ook de affectmaten betutteling en betrokken houding in deze specifieke zorgsituatie van belang (Caris-Verhallen e.a. 1997). Zoals bij de beschrijving van de resultaten al aan de orde kwam, is een betrokken hulpverlener beter in staat de vaak subtiele (non)verbale uitingen van dementerende ouderen op te pikken. Wanneer de hulpverlener de dementerende oudere betuttelt (bijvoorbeeld 'omaatje', toonhoogte) kan dit ten koste gaan van de eigenwaarde van de bewoner (Wilde, de & de Bot, 1989).

Afgezien van bovengenoemde kanttekeningen dient ook te worden opgemerkt dat alle observatiestudies afkomstig zijn uit het buitenland en de bevindingen dus niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse situatie en de wijze waarop verzorgenden in Nederland omgaan met dementerende ouderen. Nederlands onderzoek waarin de methode van systematische observatie wordt gehanteerd zou hierover meer duidelijkheid kunnen geven.

Na bestudering van de literatuur kan geconcludeerd worden dat het onderzoeksterrein naar de interactie tussen dementerende ouderen en verzorgenden nog een relatief onontgonnen gebied is. In toekomstig onderzoek is het van belang dat er aandacht wordt geschonken aan het grotere kader waarbinnen de interactie tussen twee partijen zich afspeelt. Het interactiemodel van Athlin en Norberg (1987a) kan hiervoor als uitgangspunt dienen. De hieruit voortvloeiende kennis kan binnen de verzorging aangewend worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dit komt ten goede aan het werkplezier van de verzorgenden en het leefklimaat in het verpleeghuis.



### **3 PROBLEMEN ERVAREN DOOR VERZORGENDEN IN DE ONGANG MET DEMENTERENDE BEWONERS IN HET VERPLEEGHUIS**

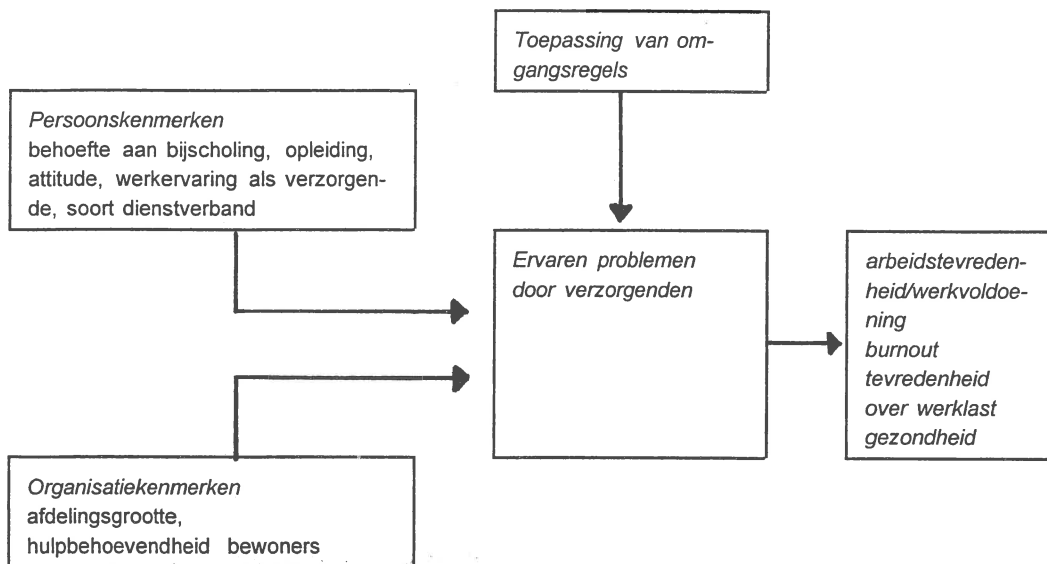
#### **3.1 Inleiding**

In de verpleeghuissector bestaat veel behoefte aan onderzoek naar de omgangsproblematiek met psychogeriatrische bewoners (Diesfeldt, 1993; Ministerie van WVC, 1991; Sluijs e.a., 1993; Veer de & Kerkstra, 1997). Mede als gevolg van de stijgende prevalentie en de relatief lange intramurale opname van dementerende ouderen, worden in verpleeghuizen in toenemende mate omgangsproblemen gesignaleerd met agressieve en of gedragsgestoorde bewoners. Dit terwijl er weinig kennis bestaat over de wijze waarop hulpverleners hierop moeten reageren (Sluijs e.a., 1993).

In verpleeghuizen leveren verzorgenden een groot aandeel in de zorg voor dementerende bewoners. Qua onderzoek zijn verzorgenden van dementerende ouderen een onderbelichte groep hulpverleners: er is nauwelijks iets bekend over de problemen die ze ervaren in de omgang met dementerende bewoners. Uit publicaties over onderzoek dat met name bij verpleegkundigen is uitgevoerd, bleek in hoofdstuk 2 dat vooral de communicatieve beperkingen van dementerende ouderen gevoelens oproepen van machteloosheid, nutteloosheid, onzekerheid en bezorgdheid (Akerlund & Norberg, 1985 en 1990; Ekman e.a., 1991; Hallberg e.a., 1990, Norberg & Asplund, 1990). Deze gevoelens kunnen, als er geen aandacht aan geschonken wordt, leiden tot stress, een lage arbeidstevredenheid en burnout (Aström e.a., 1987; Kramer & Kerkstra, 1991; Rinia, 1993), hetgeen de kwaliteit van zorg niet ten goede komt (Wallis, 1987; Harris, 1989). Voor een goed therapeutisch werk- en leefklimaat en voor de relatie met de patiënt is het van belang dat de arbeidstevredenheid voldoende hoog is, de mate van stress laag en dat zorgverleners zich gezond voelen (Boumans e.a., 1989). Een ander gevolg van de communicatieproblemen in de omgang met dementerende ouderen is dat zorgverleners hierdoor geneigd zijn meer afstand te nemen tot de bewoners, hetgeen de communicatieproblemen alleen maar verergert (Ekman e.a., 1991). Een geringe betrokkenheid kan, evenals een te sterke betrokkenheid, leiden tot gevoelens van burnout (Kuremyr e.a., 1994). Ook werkdruk in het langdurig zorg verlenen aan ouderen op een verblijfsafdeling, kan leiden tot ontevredenheid van zorgverleners met hun werk (Carr & Kazanowski, 1994), hetgeen ten koste gaat van het contact met de ouderen. Deze aspecten zijn tot nu toe slechts kleinschalig en kwalitatief onderzocht bij de groep ziekenverzorgenden in relatie tot de zorg voor dementerende ouderen (Boeije, 1994; Boeije & Casparie, 1994; Buijssen, 1988; De Lange, 1990). De resultaten van deze kwalitatieve studies wijzen echter wel in dezelfde richting als bovengenoemde studies uitgevoerd bij verpleegkundigen.

Om zicht te krijgen op de omgangsproblematiek van ziekenverzorgenden met dementerende ouderen is een onderzoek verricht waarbij werd uitgegaan van het onderzoeksmodel, zoals weergegeven in figuur 3.1.

Figuur 3.1      Onderzoeksmodel



Op basis van het onderzoeksmodel zijn de volgende vijf vraagstellingen geformuleerd:

1. Hoe gaan verzorgenden om met dementerende bewoners in het verpleeghuis, in hoeverre worden omgangsregels toegepast?
2. Ervaren verzorgenden problemen in de omgang met dementerende bewoners, en zo ja in welke mate?
3. Is er een relatie tussen de mate waarin de verzorgenden de omgangsregels toepassen en de mate waarin ze problemen ervaren?
4. Bestaat er een verband tussen bepaalde persoonskenmerken van verzorgenden en organisatiekenmerken enerzijds en ervaren problematiek door verzorgenden anderzijds?
5. In hoeverre hebben de ervaren problemen in de omgangswijze met dementerende bewoners invloed op de arbeidstevredenheid, gevoelens van burnout, ervaren werklast en gezondheid van verzorgenden?

Centraal in het onderzoeksmodel staat de relatie tussen de toepassing van bepaalde omgangsregels, persoons- en organisatiekenmerken en ervaren problemen door ziekenverzorgenden enerzijds, en de gevolgen van deze problemen op arbeidstevredenheid, gevoelens van burnout, ervaren werklast en gezondheid van verzorgenden anderzijds.

Verondersteld wordt dat de toepassing van omgangsregels, welke direct zijn afgeleid van een aantal begeleidingsmethodieken (realiteitsoriëntatietraining (ROT), psychomotorische therapie, snoezelen, passiviteiten van het dagelijkse leven (PDL), de validerende benadering, warme zorg, activiteitengroepen, gedragstherapeutische benadering) (Kruyver & Kerkstra, 1996), de verzorgenden houvast biedt waardoor ze minder problemen ervaren. Er is echter tot nu toe weinig onderzoek verricht naar de effecten van de genoemde begeleidingsmethodieken. Ervaringsgericht en exploratief onderzoek wijst erop dat de begeleidingsmethodieken inderdaad een positieve uitwerking kunnen hebben op het gedrag van dementerende bewoners en de arbeidstevredenheid van de verzorgenden (Kruyver & Kerkstra, 1996). Op grond daarvan wordt in de eerste plaats verwacht dat de mate waarin verzorgenden de omgangsregels toepassen negatief zal samenhangen met de hoeveelheid problemen die zij ervaren in de omgang met

dementerende bewoners. Ten tweede wordt verwacht dat naarmate verzorgenden meer problemen ervaren, zij minder plezier in hun werk zullen hebben, meer last van gevoelens van 'opgebrand zijn' (burnout) hebben, een hogere werkdruk ervaren en zich minder gezond voelen.

*Persoonskenmerken.* Naast de manier waarop met dementerende ouderen wordt omgegaan, zijn er aanwijzingen dat een aantal persoonskenmerken invloed kunnen hebben op de door verzorgenden ervaren problemen in de zorg voor dementerende ouderen. Hoewel hier slechts beperkt onderzoek naar is verricht, zijn er indicaties dat verzorgenden die veel *ervaring* hebben op psychogeriatrische afdelingen beter in staat zijn om te gaan met de specifieke gedragingen van dementerende ouderen en aanverwante problematiek, vergeleken met verzorgenden die geen of weinig ervaring hebben (Boeije, 1994; Boumans & Harmsen, 1993/94). Daarnaast wordt het beschikken over voldoende *kennis* van dementie gezien als voorwaarde om adequate zorg te verlenen (Athlin & Norberg, 1987; Savelkoul & Kok, 1993). Verzorgenden geven echter zelf aan dat hun kennis van dementie onvoldoende is (Ekman, e.a., 1991; Savelkoul & Kok, 1993). Verwacht wordt daarom dat verzorgenden die aangeven behoefte te hebben aan bijscholing over dementie en hieraan gerelateerd onderwerpen, meer problemen ervaren in de omgang met dementerende ouderen. In de literatuur wordt verder verondersteld dat de *attitude* van de zorgverleners ten aanzien van de zorg voor dementerende ouderen, samenhangt met (problemen in) de omgangswijze met deze bewoners (o.a. Armstrong-Esther & Brown, 1986; Armstrong-Esther e.a., 1989; 1994; Salmon, 1993; Savelkoul, 1992). Het betreft hier met name de attitude ten aanzien van de invulling van de zorg, oftewel het belang dat men aan verschillende zorgtaken toekent (Armstrong-Esther & Brown, 1986). Verwacht wordt dat verzorgenden die veel belang toekennen aan 'praten met dementerende bewoners' minder problemen zullen ervaren in de omgang met de bewoners. Tenslotte kan *de opleiding* en het *soort dienstverband* (voltijds/deeltijds werken, wisselende of vaste diensten) een relatie vertonen met de ervaren problemen. Hierover kunnen echter geen verwachtingen worden geformuleerd omdat daar nog weinig onderzoek naar is verricht.

*Organisatiekenmerken.* De relatie die wordt verondersteld tussen organisatiekenmerken en de problemen die verzorgenden ervaren, hangt samen met de grootte van de afdeling en de zorgzwaarte van de bewoners. Zo wordt verwacht dat verzorgenden die op een grote afdeling (met veel bewoners) werkzaam zijn en/of zorg dragen voor zeer ernstig demente ouderen met een hoge mate van hulpbehoefendheid, meer problemen in hun werk ervaren vergeleken met zorgverleners die voor minder hulpbehoevende demente ouderen zorg dragen en/of op kleine afdelingen werken. Afgezien van het feit dat de fysieke verzorging van zeer hulpbehoevende ouderen zwaarder is, functioneren deze ouderen tevens op lager cognitief en sociaal niveau (Boeije, 1994).

## 3.2 Methode

### 3.2.1 Steekproef

Acht verpleeghuizen die niet systematisch een bepaalde begeleidingsmethodiek toepassen bij dementerende bewoners, zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek. De reden hiervoor is te voorkomen dat in het onderzoek het effect van een bepaalde begeleidingsmethodiek werd gemeten, hetgeen niet de bedoeling van het onderzoek was. Zes van deze verpleeghuizen gaven te kennen mee te willen werken. Vervolgens is aan 355 verzorgenden werkzaam op de psychogeriatrische afdelingen van deze verpleeghuizen een vragenlijst verstuurd. Drie verpleeghuizen zijn gecombineerd, dat wil zeggen dat ze zowel psychogeriatrische als somatische afdelingen

hebben. De overige drie verpleeghuizen hebben uitsluitend psychogeriatrische afdelingen. In drie verpleeghuizen zijn zes psychogeriatrische afdelingen aanwezig, in de overige verpleeghuizen zijn dat er drie, vijf en vijftien. Het aantal psychogeriatrische bewoners per verpleeghuis varieert van 93 tot 207, met een gemiddelde van 145.

Na twee herinneringsbrieven hebben 214 verzorgenden de vragenlijst ingevuld en geretourneerd (respons 60,3%). Echter niet alle vragenlijsten bleken geschikt voor analyse doordat een deel was ingevuld door zorgverleners die niet werken als verzorgenden, een aantal verzorgenden alleen werken op de dagbehandeling waardoor ze een groot aantal vragen over dagelijkse verzorging niet goed konden beantwoorden en een aantal verzorgenden een aantal persoonskenmerken hebben verzuimd in te vullen. In totaal zijn derhalve de vragenlijsten van 196 verzorgenden (55,2%) geanalyseerd.

Het overgrote deel van de ziekenverzorgenden is vrouw (91%). De gemiddelde leeftijd is 32 jaar (sd. 8,6). Dit komt overeen met landelijke gegevens, waaruit blijkt dat in 1996 92% binnen de verpleeghuissector vrouw was en de gemiddelde leeftijd 33 jaar was (Windt van der e.a., 1998). De respondenten werken gemiddeld 5,5 jaar als ziekenverzorgenden (sd. 5,6), waarvan gemiddeld 4,5 jaar (sd. 3,9) op een psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis. De meeste respondenten (73,1%) zorgen voor bewoners met een verschillende mate van hulpbehoefendheid (gedifferentieerde afdelingen). De overige verzorgenden (26,9%) verlenen zorg op een afdeling met bewoners van uitsluitend één hulpbehoefendheidsniveau. Hiervan zorgt 63,8% van de verzorgenden voor bewoners die 'erg hulpbehoevend' zijn en 19,2% voor 'heel erg hulpbehoevende' bewoners. De overige respondenten dragen zorg voor matig (25,5%) of licht (0,5%) hulpbehoevende bewoners.

### 3.2.2 Meetinstrument

Op basis van literatuurstudie (zie hoofdstuk 2) en het onderzoeksmodel is een vragenlijst ontwikkeld. Na een proefafname bij 73 verzorgenden hebben nog enige aanpassingen plaatsgevonden. De vragenlijst, zoals gebruikt in dit onderzoek, bestaat uit de volgende onderdelen:

*Toepassen van omgangsregels:* Om na te gaan hoe ziekenverzorgenden omgaan met dementerende bewoners in het verpleeghuis zijn 46 uitspraken geformuleerd over manieren waarop verzorgenden kunnen omgaan met dementerende bewoners. Deze 'omgangsregels' zijn afgeleid van begeleidingsmethodieken die steeds vaker toegepast worden in de psychogeriatrische zorgverlening (Kruyver & Kerkstra, 1996). Per omgangsregel moesten de respondenten aangeven op een 4-puntsschaal hoe vaak ze deze regel toepassen (variërend van 'zelden of nooit' tot 'heel vaak tot altijd'). Voorbeelden van regels zijn: 'ik houd bij de verzorging rekening met (vroegere) gewoonten van een demente bewoner', 'wanneer ik een demente bewoner duidelijk wil maken wat ik ga doen, doe ik de handelingen voor' en 'ik gebruik aanrakingen om contact te leggen met een demente bewoner'. Omdat sommige begeleidingsmethodieken overlap vertonen, zijn de omgangsregels niet qua methodiek onderscheiden maar gecategoriseerd op basis van de achterliggende gedachtegang. In totaal zijn 8 categorieën onderscheiden (zie tabel 1). Tevens dient te worden opgemerkt dat de omgangsregels in categorie 1 'het stimuleren en activeren van dementerende bewoners om het contact met de werkelijkheid terug te vinden' zich onderscheiden van de overige categorieën omgangsregels. Van de regels in categorie 1 wordt namelijk verwacht dat ze zo min mogelijk in het verpleeghuis worden toegepast, aangezien deze regels worden aanbevolen bij licht demente ouderen, terwijl de regels uit de overige categorieën idealiter zo vaak mogelijk worden toegepast. De interne consistentie (Cronbach's  $\alpha$ ) van de regels in categorie 1 is niet hoog ( $\alpha=.62$ ), terwijl de interne consistentie van de overige regels hoog is ( $\alpha=.86$ ).

*Problemen met gedragingen:* Om na te gaan in hoeverre verzorgenden moeite hebben met bepaalde gedragingen van dementerende ouderen, zijn 77 gedragingen aan de verzorgenden voorgelegd. Per gedraging hebben de verzorgenden op een vijf-puntsschaal aangegeven hoeveel moeite ze hiermee hebben (van 'geen moeite mee' tot 'heel veel moeite mee'). Wanneer een gedraging volgens de verzorgenden nooit voorkomt bestond de mogelijkheid om 'niet van toepassing' in te vullen. Voorbeelden van gedragingen zijn: agressief gedrag, verdwalen, weigeren te eten. Na factoranalyse zijn de gedragingen gegroepeerd in 12 gedragsclusters, die samen 67,3% van de variantie verklaren. De interne consistentie van de verschillende clusters is redelijk tot goed en loopt uiteen van  $\alpha=.73$  tot  $\alpha=.88$ .

*Algemene problemen in de omgang:* Om zicht te krijgen op meer algemene problemen in de zorg voor dementerende ouderen, moesten de verzorgenden bij 46 stellingen aangegeven in hoeverre ze het hiermee (on)eens zijn. De antwoordcategorieën (vijf-puntsschaal) lopen uiteen van 'volstrekt niet mee eens' tot 'volstrekt mee eens'. Voorbeelden van stellingen zijn 'ik voel me machteloos wanneer ik demente bewoners niet begrijp', 'ik vind het moeilijk om te overleggen met de familie van demente bewoners', 'ik hecht me emotioneel teveel aan demente bewoners voor wie ik zorg draag'. Factoranalyse leverde 6 groepen van problemen op, die samen 52,2% van de variantie verklaren. De interne consistentie van de 6 factoren varieerde tussen de  $\alpha=.64$  en  $\alpha=.84$ , waarbij 5 factoren een  $\alpha$  hebben van groter dan .71 hetgeen goed te noemen is.

Om de gevolgen van de ervaren problemen op arbeidstevredenheid, ervaren werkdruk, gezondheid en gevoelens van 'opgebrand zijn' te meten zijn bestaande meetinstrumenten, die in eerder onderzoek betrouwbaar en valide zijn bevonden, aan de vragenlijst toegevoegd.

*Eigen werkwaardering en arbeidstevredenheid:* De verkorte vragenlijst van Boumans is gebruikt om de eigen werkwaardering en arbeidstevredenheid te meten (Andringa, 1990). Ter bepaling van de eigen werkwaardering moesten de verzorgenden bij 16 stellingen aangegeven in hoeverre ze het (on)eens zijn met deze uitspraken. De arbeidstevredenheid wordt bepaald aan de hand van hoe tevreden (vijf-puntsschaal) de respondenten zijn met verschillende aspecten in hun werk (bijv. promotiemogelijkheden, contacten met collega's en de bewoners voor wie ze zorg dragen). Deze verkorte schalen zijn een goede afspiegeling van de oorspronkelijke schalen met een goede interne consistentie: uitgezonderd de schaal 'contact met demente bewoners' ( $\alpha=.68$ ) hebben de overige schalen een  $\alpha > .76$ .

*Tevredenheid met de werklust* is bepaald aan de hand van de korte vragenlijst (5 items) van Ruijters & Stevens (1992/93). De interne consistentie is goed met een Cronbach's  $\alpha$  van .76.

*Burnout:* Voor het meten van burnout is de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory in de vragenlijst opgenomen (Schaufeli & van Dierendonck, 1994). Burnout bevat drie dimensies: emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en depersonalisatie. De lijst bestaat uit 22 uitspraken waarbij de respondenten moesten aangegeven hoe vaak (variërend van 'nooit' tot 'altijd') zij zich bijvoorbeeld geestelijk uitgeput voelen na het werk. Uitgezonderd de dimensie 'depersonalisatie' (Cronbach's  $\alpha=.60$ ) is de interne consistentie van de overige dimensies 'emotionele uitputting' ( $\alpha=.82$ ) en 'persoonlijke bekwaamheid' ( $\alpha=.75$ ) goed gebleken. Aan deze vragenlijst is een vraag over de ervaren algemene gezondheidstoestand toegevoegd (vier antwoordmogelijkheden van 'heel slecht' tot 'heel goed').

In het onderzoeksmodel zijn tevens een aantal persoon- en organisatiekenmerken weergegeven die mogelijk een relatie vertonen met de mate waarin verzorgenden problemen ervaren in de zorg voor dementerende bewoners. Daarom zijn ook een aantal vragen over deze kenmerken gesteld.

*Persoons- en organisatiekenmerken:* Naast leeftijd en geslacht is gevraagd naar soort opleiding, functie, voltijds/deeltijds werken, wisselende of vaste diensten, aantal jaren werkervaring in de psychogeriatric en naar de behoefte aan bijscholing over dementie. Om zicht te krijgen op de attitude van de verzorgenden is aan de verzorgenden gevraagd aan te geven hoe belangrijk zij bepaalde zorgtaken vinden in de zorg voor dementerende ouderen. Hiertoe is de schaal van Armstrong-Esther & Browne (1986) (Armstrong-Esther e.a., 1989; Armstrong-Esther e.a., 1994) in het Nederlands vertaald en opgenomen in de vragenlijst. Het is de bedoeling dat de verzorgenden vier zorgtaken (het geven van lichamelijke verzorging, het praten met bewoners, het geven van verpleegtechnische verzorging en hulp bieden bij maaltijden en drinken) rangordenen op basis van hoe belangrijk zij deze taken vinden. De taak die ze het meest belangrijk vinden, krijgt het cijfer 1. De overige taken moeten in aflopende volgorde worden genummerd, waarbij de taak die ze het minst belangrijk vinden een 4 krijgt. Tenslotte is gevraagd naar het aantal bewoners op de afdeling en de mate van hulpbehoefte van die bewoners.

### 3.2.3 Analyse

De resultaten op onderzoeksvragen 1 en 2 worden beschrijvend weergegeven. Dat wil zeggen dat het percentage verzorgenden dat handelt volgens een bepaalde omgangsregel dan wel een bepaald probleem ervaart, beschreven wordt. Om de mogelijk ervaren problemen gestructureerd te beschrijven zijn factoranalyses uitgevoerd, gevolgd door varimaxrotatie. Gestreefd is naar een zo hoog mogelijke interne consistentie en verklaarde variantie van de aldus geconstrueerde schalen. Om de gegevens te kunnen gebruiken voor vervolganalyses is per schaal een somscore berekend.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 3 zijn Pearson's product-moment correlaties berekend tussen de mate waarin de omgangsregels worden toegepast en de ervaren problemen door de verzorgenden. Om onderzoeksvraag 4, het verband tussen bepaalde persoonskenmerken van verzorgenden en organisatiekenmerken enerzijds en ervaren problematiek door verzorgenden anderzijds, te beantwoorden zijn Pearson's product-moment correlaties berekend en variantie-analyses uitgevoerd. Om de invloed van de verschillende problemen op de ervaren arbeidstevredenheid, werkvervulling, burnout, gezondheid, tevredenheid met werklust te bepalen, is een stapsgewijze multiple regressieanalyse uitgevoerd (onderzoeksvraag 5).

## 3.3 Resultaten

### 3.3.1 Omgangswijze met dementerende bewoners in het verpleeghuis

In tabel 3.1 is het percentage verzorgenden weergegeven dat zegt een bepaalde omgangsregel in de praktijk toe te passen.

Wanneer we de regels bezien die door minder dan 80% wordt toegepast, valt op dat dit bij 6 van de 7 regels van categorie 1 het geval is. Het principe 'het stimuleren en activeren van demente bewoners om het contact met de werkelijkheid terug te vinden of te behouden' is in het handelen van de verzorgenden in het verpleeghuis nauwelijks terug te vinden. Wel belonen de meeste verzorgenden gewenst gedrag van de bewoners. Daarentegen zien we dat verzorgenden doorgaans wel meegaan in de belevingswereld van de demente ouderen (categorie 2), door zich in te leven in de



gedachten en gevoelens van de bewoners en door inzicht te krijgen in de achtergrond van de bewoners. Ze gaan echter minder vaak in de belevingswereld mee, wanneer het verhaal van de demente bewoner qua inhoud niet klopt.

Meer dan 80% van de ziekenverzorgenden zegt vaak tot altijd resterende vaardigheden te activeren (categorie 3). Het vermogen van bewoners om zelf beslissingen te nemen wordt echter minder vaak geactiveerd; 29% van de ziekenverzorgenden doet dit nooit of soms.

Verder komt naar voren dat verzorgenden met name door het letten op non-verbale signalen (zoals gebaren en gezichtsuitdrukkingen van bewoners), de toon waarop ze de bewoners aanspreken en het stellen van eenvoudige vragen, proberen rekening te houden met de beperkingen van de bewoners. Daarnaast blijkt dat ongeveer een kwart van de verzorgenden het taalgebruik niet aan past en niet of zelden nagaat of de dementerende oudere het gezegde begrepen heeft.

De meeste verzorgenden proberen wel vaak contact te initiëren met dementerende ouderen (categorie 5), bijvoorbeeld door herinneringen van de bewoners te gebruiken. Wat betreft de non-verbale communicatie worden vooral aanrakingen gebruikt om contact te maken. Opvallend is dat 59% van de ziekenverzorgenden nooit of soms vraagt hoe een bewoner aangesproken wil worden. Men houdt de familie op de hoogte van veranderingen in de zorg, maar een meerderheid betreft de familie niet actief bij de verzorging (categorie 6).

Doorgaans respecteren de verzorgenden tijdens de verzorging de bewoners in hun eigenheid waarbij rekening wordt gehouden met hun beperkingen en mogelijkheden (categorie 7). Zo houden de verzorgenden rekening met wat de ouderen nog kunnen, hun vroegere gewoonten, vertellen ze wat ze gaan doen en blijven ze in het gezichtsveld van de ouderen, zodat ze de aanwezigheid van de verzorgenden niet kunnen vergeten. Meer dan de helft van de verzorgenden doet echter nooit of maar soms handelingen voor ter verduidelijking van hetgeen ze gaan doen. Ruim 40% voorkomt bovendien veelal niet dat de bewoners tijdens de verzorging worden afgeleid door radio of tv. Tenslotte hanteert een kwart van de verzorgenden geen vaste dagindeling in de zorg en stemt ruim 40% de zorg niet af op hun collega's (categorie 8).

### **3.3.2 Ervaren problemen met het gedrag van dementerende bewoners**

Verzorgenden hebben problemen met een aantal specifieke gedragingen van dementerende bewoners, zo blijkt uit de resultaten (zie voor een overzicht tabel 3.2). Hieronder wordt met name ingegaan op die gedragingen waarvan minimaal 20% van de verzorgenden heeft aangegeven veel moeite te hebben.

Veel verzorgenden hebben moeite met agressief gedrag van dementerende bewoners, met name wanneer de bewoners fysiek agressief zijn dan wel dreigen met agressie. Verder geeft een derde tot bijna de helft van de ziekenverzorgenden aan veel tot heel veel moeite te hebben met aanstootgevend gedrag zoals naaktlopen, urineren op willekeurige plaatsen, smeren met ontlasting en handtastelijkheden. Met onfatsoenlijk gedrag van dementerende ouderen hebben minder verzorgenden moeite. Alleen het omgaan met onbehoorlijk taalgebruik van bewoners vindt 25% van de verzorgenden moeilijk. Ruim 40% van de verzorgenden heeft moeite met demente ouderen die depressief dan wel angstig zijn. Eveneens hebben veel verzorgenden problemen met gedragingen die de communicatie bemoeilijken. Zo vindt 41% het moeilijk wanneer bewoners hen niet duidelijk kunnen maken wat ze bedoelen. In mindere mate (ongeveer een kwart) vinden ze het moeilijk om te gaan met bewoners die geen gesprek kunnen voeren, de hele dag zwijgen of niet met medebewoners kunnen praten.

Tabel 3.1 Toepassing van omgangsregels door ziekenverzorgenden (N=196)\*

Ongangsregels in de omgang met demente bewoners in het verpleeghuis, onderverdeeld in 8 categorieën	% nooit tot soms	% vaak tot altijd
1. Het stimuleren en activeren van demente bewoners om het contact met de werkelijkheid terug te vinden of te behouden, door het aanbieden van realistische informatie, het corrigeren van foute handelingen of uitspraken, het bekrachtigen van adequaat gedrag en het negeren van storend gedrag (7 items)		
- Storend gedrag van demente ouderen neger ik	91,8	7,7
- Ik confronteer demente bewoners met de realiteit	43,4	56,6
- Ik stel bewoners vragen over het recente verleden	62,8	37,2
- Ik verbeter demente bewoners wanneer hij/zij iets vertelt wat niet waar is	94,4	5,6
- Wanneer een demente bewoner mij iets vertelt wat niet klopt, dan zeg ik dat hij/zij ongelijk heeft	93,4	6,6
- Ik corrigeer handelingen wanneer deze niet goed door de demente bewoners worden uitgevoerd	57,7	42,3
- Ik beloon gewenst gedrag van een demente bewoner door hem/haar een compliment te maken	15,7	83,7
2. Het bevestigen van de beleavingswereld van de demente bewoner als werkelijkheid door als ziekenverzorgende je in te leven in gedachten en gevoelens en demente ouderen (5 items)		
- Ik sluit aan bij het verhaal van een demente bewoner, ook al weet ik dat de inhoud ervan niet klopt	39,3	60,7
- Ik informeer bij de familie van een demente bewoner naar vroegere gewoontes, interesses en voorkeuren	10,7	89,3
- Ik probeer me in te leven in de gedachten en gevoelens van een demente bewoner	8,7	91,3
- Ik richt me op de gevoelens die doorklinken in het verhaal van een demente bewoner in plaats van op de feiten	11,7	88,3
- Bij het interpreteren van gedrag houd ik rekening met de achtergrond van een demente bewoner	11,7	88,3
3. Het stimuleren en activeren van de resterende vaardigheden van demente ouderen (3 items)		
- Ik stimuleer demente bewoners om zelf beslissingen te nemen	29,1	70,9
- Ik probeer demente bewoners te activeren	13,3	86,2
- Ik stimuleer een demente bewoner tijdens dagelijkse activiteiten zoveel mogelijk zelf te doen	11,2	88,8
4. Tijdens het communiceren rekening houden met beperkingen van de demente ouderen, door te letten op non-verbale signalen, gebruik te maken van eenvoudige taal en eenduidige vragen te stellen (6 items)		
- Ik spreek eenvoudige taal wanneer ik met een demente bewoner praat	23,5	76,5
- Wanneer ik een demente iets ga vertellen ga ik na of hij/zij me begrepen heeft	31,1	68,4
- Ik knuffel met demente bewoners	30,6	68,9
- Ik let op niet-verbale signalen van een demente bewoner	5,1	94,9
- Ik let op de toon waarop ik iets tegen een bewoner zeg	6,6	93,4
- De vragen die ik stel aan een demente bewoner zijn eenvoudig te beantwoorden	13,3	86,7
5. Contact maken met demente bewoners (7 items)		
- Ik vraag een bewoner hoe hij/zij aangesproken wil worden	59,2	40,3
- Ik gebruik niet-verbale signalen om contact te maken.	31,6	67,9
- Ik maak gebruik van muziek, licht geuren e.d. om contact te maken met demente bewoners	63,3	36,7
- Ik probeer contact te maken met bewoners die zelf geen contact zoeken	8,2	91,8
- Ik gebruik aanrakingen om contact te leggen met een demente bewoner	17,3	82,7
- Ik gebruik herinneringen van een demente bewoner om een praatje met hem/haar te maken	13,3	86,7

Tabel 3.1 Toepassing van omgangsregels door ziekenverzorgenden (N=196)\* (vervolg)

Ongangsregels in de omgang met demente bewoners in het verpleeghuis, onderverdeeld in 8 categorieën	% nooit tot soms	% vaak tot altijd
- Ik maak tijd voor een praatje met de bewoners	9,7	90,3
6. Het betrekken van de familie bij de verzorging en begeleiding van een dement familielid (2 items)		
- Ik betrek de familie bij de verzorging van hun demente familielid	56,1	43,4
- Ik houd de familie op de hoogte van veranderingen in de zorg voor hun demente familielid	9,7	89,8
7. Tijdens de verzorging de demente bewoners respecteren in hun eigenheid door rekening te houden met hun beperkingen en mogelijkheden (9 items)		
- Wanneer ik een demente bewoner duidelijk wil maken wat ik ga doen doe ik de handeling voor	54,6	45,4
- Ik voorkom dat een demente bewoner tijdens de verzorging afgeleid wordt door bijvoorbeeld tv of radio	41,8	57,1
- Ik houd bij activiteiten rekening met wat een demente bewoner zelf kan	3,6	96,4
- Ik houd bij de verzorging rekening met (vroegere) gewoonten van een demente bewoner	14,3	85,7
- Ik probeer tijdens de verzorging in het zicht te blijven van een demente bewoner	7,7	92,3
- Als ik de kamer van een bewoner binnenkom, zeg ik wat ik kom doen	6,6	91,8
- Ik ga na wat een bewoner nog zelf kan	2,0	98,0
- Ik vertel een demente bewoner wat ik ga doen voordat ik iets ga doen	2,6	96,4
- Ik pas de verzorging aan het tempo van een demente bewoner aan	11,2	88,8
8. Het aanbieden van structuur (2 items)		
- Ik hanteer een vaste dagindeling in de zorg voor demente bewoners	25,0	75
- Ik probeer de zorg op dezelfde manier aan te bieden als mijn collega's	41,8	57,7

\* Vijf items zijn na item-analyse verwijderd

Verder hebben veel verzorgenden moeite met bewoners die tijdens het eten slikproblemen hebben (53%), het eten uitspugen (25%), of de mond open laten staan waardoor het eten eruit valt (22%).

Ruim 26% respectievelijk 33% van de ziekenverzorgenden vindt het moeilijk om te gaan met bewoners die steeds naar huis willen en hun familieleden niet meer herkennen. Over het algemeen hebben weinig verzorgenden moeite met psychiatrische symptomen die bij dementie kunnen voorkomen, zoals achterdocht, dwanghandelingen, en hallucineren. Wel heeft 31% van de verzorgenden er moeite mee wanneer bewoners last hebben van wanen.

Tabel 3.2 Ervaren problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners (N=196)\*

Gedragingen van bewoners	% met veel tot heel veel moeite	% met geen tot nauwelijks moeite	% dat aan-geeft dat het gedrag nooit voor-komt
<b>1. Gedragingen tijdens ochtendzorg (9 items)</b>			
- verbale agressie	23,0	75,0	2,0
- bang zijn om uit bed te vallen	5,6	90,3	3,6
- niet willen meewerken	18,4	79,1	2,0
- de aandacht er niet bij kunnen houden	2,0	95,9	2,0
- weigeren om zich te douchen	8,7	88,8	2,6
- angstig zijn	19,4	78,1	2,6
- ongeduldig zijn	11,2	86,2	2,6
- kreunen	6,6	90,8	2,6
- suffen	3,6	94,4	2,0
<b>2. Onrust (6 items)</b>			
- 's nachts onrustig zijn	20,9	77,6	1,0
- constant rommelen	13,3	86,7	-
- rond dwalen	5,1	94,9	-
- loopdrang	4,1	95,9	-
- zelfde handelingen herhalen	5,1	93,9	0,5
- snel huilen	18,9	81,1	-
<b>3. Agressie (7 items)</b>			
- zich hinderlijk gedragen ten opzichte van medebewoners	44,4	55,6	-
- zich verzetten tegen de verzorging	27,6	71,9	0,5
- fysiek agressief zijn	51,0	49,0	-
- het personeel en medebewoners bedreigen met agressie	55,1	43,9	1,0
- verbaal agressief zijn	25,0	74,5	0,5
- agressief zijn tijdens de ochtendzorg (slaan, knijpen, bijten, spugen)	51,5	46,4	2,0
- plotseling kwaad worden	15,3	84,7	-
<b>4. Psychiatrische symptomen (6 items)</b>			
- wanen hebben	30,6	65,3	4,1
- verzamelwoede	6,1	90,8	2,6
- hallucineren	5,6	93,4	1,0
- achterdochtig	19,4	79,6	1,0
- niet aan activiteiten mee doen	8,2	90,8	1,0
- spullen kwijt zijn	10,2	88,3	1,0
<b>5. Aanstoetgevend gedrag (5 items)</b>			
- naakt lopen	35,2	61,2	3,6
- op willekeurige plaatsen urineren	30,6	68,4	1,0
- met ontlasting smeren	48,0	51,5	0,5
- handtastelijk zijn	43,9	46,4	9,2
- kleding losknopen	11,2	88,3	0,5
<b>6. Gedragingen tijdens het eten (5 items)</b>			
- eten uitspugen	25,5	73,5	1,0
- niet in staat zijn om te slikken	53,1	42,9	3,6
- de mond open laten staan zodat het eten eruit valt	22,4	71,4	6,1
- aandacht niet bij het eten kunnen houden	7,7	90,3	2,0
- motorische problemen bij het verplaatsen van eten van bord naar mond	6,6	91,8	1,5
<b>7. Claimend gedrag (3 items)</b>			
- steeds dezelfde vragen stellen	7,7	92,3	-
- constant dezelfde woorden of zinnen herhalen	15,8	84,2	-
- zich afhankelijk en klagerig opstellen	19,4	80,1	-

Tabel 3.2 Ervaren problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners (N=196) (vervolg)

Gedragingen van bewoners	% met veel tot heel veel moeite	% met geen tot nauwelijks moeite	% dat aan-geeft dat het gedrag nooit voor-komt
8. Oriëntatiestoornissen (4 items)			
- steeds naar huis willen	26,5	73,5	-
- familieleden niet herkennen	33,7	65,8	0,5
- in het verleden leven	9,2	90,3	0,5
- steeds vragen waar hij/zij momenteel is	9,2	90,8	-
9. Depressie (6 items)			
- pogingen ondernemen om weg te lopen	28,1	68,4	3,1
- depressief of apathisch zijn	43,4	56,6	-
- angstig zijn	45,4	54,1	0,5
- doodswensen uiten	42,9	53,6	2,6
- sterk wisselen in stemmingen	12,8	86,2	1,0
- niet willen eten	13,3	86,2	0,5
10. Onfatsoenlijk gedrag (3 items)			
- onbehoorlijke taal spreken	25,5	71,9	2,6
- erg slordig op uiterlijk	16,8	79,1	3,6
- ongepast reageren	10,7	85,2	3,6
11. Sociaal isolement (4 items)			
- de hele dag zwijgen	25,0	72,4	2,6
- niet met andere bewoners kunnen praten	22,4	75,0	2,6
- confabuleren	3,1	96,4	0,5
- niet op naam reageren	18,9	77,0	3,6
12. Taalstoornis (2 items)			
- geen gesprek kunnen voeren	24,0	76,0	-
- niet duidelijk kunnen maken wat ze willen of bedoelen	40,8	59,2	-

\* De 77 gedragingen zijn na factoranalyse teruggebracht tot 60 gedragingen onderverdeeld in 12 categorieën.

### 3.3.3 Problemen in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis

Tabel 3.3 geeft een overzicht van verschillende aspecten van de zorg aan dementerende bewoners waarmee verzorgenden al dan niet problemen hebben.

Tabel 3.3 Problemen in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis  
(N=196)\*

Ervaren problemen in de omgang met demente bewoners in het verpleeghuis, onderverdeeld in 6 categorieën	% mee eens	% mee oneens
<b>1. Problemen in omgang met demente bewoners en hun familieleden (16 items)</b>		
- ik vind het moeilijk om kritiek te krijgen van de familie van demente bewoner	20,4	79,6
- ik heb problemen met het inschatten van wat een demente bewoner wil	6,1	93,9
- ik heb geen problemen in de omgang met familieleden van demente bewoners	6,1	93,4
- ik heb het gevoel dat de familie van demente bewoners teveel van me verwacht	8,7	90,3
- ik vind het moeilijk om met demente bewoners te knuffelen	7,1	92,9
- ik vind het vermoedend om maar te raden wat een demente bewoner wil	7,7	92,3
- ik vind het vervelend wanneer contact met een demente bewoner alleen nog mogelijk is door middel van aanraking	12,8	87,2
- ik vind het belastend om rekening te houden met de wensen van de familieleden	6,6	92,9
- ik kan goed beoordelen wat een demente bewoner nog zelfstandig kan	2,6	96,9
- ik vind het moeilijk wanneer de familie zelf een aandeel van de zorg wil doen	2,0	97,4
- door het lage tempo van demente bewoners word ik vaak ongeduldig	5,1	94,1
- ik vind het frustrerend om demente bewoners zoveel mogelijk zelf te laten doen	3,6	95,4
- ik vind het moeilijk te beoordelen in hoeverre demente bewoners zelfstandig kunnen eten	1,0	98,5
- ik stel betrokkenheid van de familie op prijs	2,0	97,4
- ik voel me niet gewaardeerd door de familie	4,6	95,4
- ik vind het moeilijk om te overleggen met de familie van de demente bewoners	3,6	96,4
<b>2. Spanning tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand (7 items)</b>		
- ik kan het werk in mijn vrije tijd slecht van me afzetten	5,1	94,9
- ik trek me het lot van de demente bewoners teveel aan	7,1	92,9
- problemen met demente bewoners kan ik goed van me afzetten	7,1	92,9
- ik hecht me emotioneel teveel aan demente bewoners voor zie ik zorg draag	11,2	88,8
- ik heb geen problemen met het vinden van een evenwicht tussen betrokkenheid en professionele afstand	6,6	93,4
- ik vind dat ik teveel met mijn werk bezig ben	6,1	93,4
- bij het overliden van een demente bewoner van mijn afdeling ben ik altijd verdrietig	13,8	85,2
<b>3. Gebrek aan tijd (5 items)</b>		
- ik houd onvoldoende tijd over om aandacht te schenken aan demente bewoners	41,8	58,2
- ik heb onvoldoende tijd om demente bewoners te helpen met eten	26,5	73,0
- ik vind het vervelend wanneer ik de hele dag alleen bezig ben met het uitvoeren van zorgtaken	30,6	68,4
- door gebrek aan tijd heb ik het gevoel tekort te schieten in de zorg voor demente bewoners	54,6	45,4
- ik heb onvoldoende tijd voor activiteiten met demente bewoners	60,7	39,3
<b>4. Gevoel van machteloosheid in de zorg voor demente bewoners (16 items)</b>		
- ik heb het gevoel dat ik tekortschiet in de zorg voor demente bewoners	21,9	77,6
- ik maak me ongerust wanneer demente bewoners niet willen eten	31,1	68,4
- ik voel me machteloos wanneer ik demente bewoners niet begrijp	41,8	58,2
- als ik geen contact kan krijgen met demente bewoners, dan ervaar ik dat als een gemis	31,1	68,9
- ik heb doorgaans geen problemen in het leggen van contact met demente bewoners	4,6	95,4
- ik voel me zeker bij het verzorgen van demente bewoners	4,6	95,4
- ik weet hoe ik moet reageren op het gedrag van demente bewoners	4,1	95,9
- ik voel me vaak machteloos in de zorg voor demente bewoners	18,9	80,1
- ik weet niet of ik mijn werk goed doe	3,1	96,9
- ik weet zeker dat ik mijn werk goed doe	3,6	96,4
- ik weet niet wat ik moet doen wanneer een demente bewoner niet wil eten	2,6	97,4
- ik twijfel regelmatig of ik demente bewoners wel goed begrijp	7,1	92,9
- ik doe wat ik kan voor de demente bewoners op mijn afdeling	1,5	98,0
- ik weet hoe ik moet reageren in moeilijke situaties	4,1	95,4
- ik weet meestal wel hoe een demente bewoner zich voelt	15,3	83,7
- het communiceren met demente bewoners ervaar ik vaak als problematisch	2,0	97,4

Tabel 3.3 Problemen in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis (N=196)\* (vervolg)

Ervaren problemen in de omgang met demente bewoners in het verpleeghuis, onderverdeeld in 6 categorieën	% mee eens	% mee oneens
5. Problemen met stervensbegeleiding en opvang familie (3 items)		
- ik heb moeite met het geven van stervensbegeleiding	13,3	86,2
- ik vind het moeilijk om de familie op te vangen wanneer een bewoner terminaal is	13,8	86,2
- ik voel met onzeker in het begeleiden van terminale demente bewoners	6,6	93,4
6. Problemen door gebrek aan waardering/dankbaarheid van de bewoners (4 items)		
- ik krijg van de demente bewoners veel waardering voor mijn werk	10,7	89,3
- ik lever een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van demente bewoners	2,0	97,4
- ik beteken slechts weinig in het leven van demente bewoners	4,6	94,4
- ik krijg van demente bewoners niet het gevoel dat ze me dankbaar zijn	2,6	96,9

\* Sommige percentages tellen niet op tot 100%, hetgeen veroorzaakt wordt door missings (niet in de tabel).

Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de verzorgenden (meer dan 80%) eigenlijk geen problemen heeft in de omgang met dementerende bewoners en hun familieleden; ze kunnen goed inschatten wat de bewoners willen of nog zelfstandig kunnen en ze vinden het niet problematisch om middels aanrakingen contact te maken of te hebben met de bewoners. Ook de omgang met familie levert geen problemen op; ze hebben niet het gevoel dat de familie te veel verwacht van de verzorgenden, vinden het niet belastend om rekening te houden met de wensen van de familie of wanneer de familie een aandeel in de zorg wil. Bovendien stellen de verzorgenden de betrokkenheid van de familie op prijs. Het enige aspect waar ze problemen mee hebben is het ontvangen van kritiek van de familie; 20% van de verzorgenden ervaart dit als moeilijk. Verder hebben de verzorgenden geen problemen met het vinden van een evenwicht tussen professionele afstand en betrokkenheid. Het gebrek aan tijd voor extra zorg is echter wel een bron van problemen. Zo vindt 42% van de verzorgenden dat ze onvoldoende tijd overhouden om de bewoners aandacht te geven en 61% dat ze onvoldoende tijd hebben om activiteiten met de bewoners te doen. De verzorgenden vinden het dan ook vervelend dat ze de hele dag alleen maar bezig zijn met zorgtaken. Door dit tijdgebrek heeft 55% het gevoel tekort te schieten in de zorg voor dementerende bewoners.

Zoals verder uit de resultaten blijkt ervaart 42% van de verzorgenden een gevoel van machteloosheid in de zorg voor dementerende ouderen wanneer ze geen contact kunnen maken met de ouderen en ze daardoor niet begrijpen. Daarentegen hebben weinig verzorgenden problemen ten gevolge van een eventueel gebrek aan waardering van de bewoners of familie.

### 3.3.4 Relatie tussen het toepassen van de omgangsregels en de ervaren problemen

Vervolgens is gekeken of de mate waarin verzorgenden de omgangsregels toepassen verband houdt met de problemen die ze ervaren met gedragingen van dementerende ouderen en in de omgang met deze ouderen (vraagstelling 3). Hiertoe is allereerst de gemiddelde toepassing van de omgangsregels berekend (somscore gedeeld door aantal items), waarbij onderscheid is gemaakt tussen de omgangsregels in categorie 1 'het stimuleren en activeren van demente bewoners om het contact met de werkelijkheid terug te vinden' en de overige omgangsregels (zie meetinstrumenten). De gemiddelde toepassing van de omgangsregels uit categorie 1 resp. de overige regels

was 2,4 en 3,1 op een schaal van 1 tot 4. Dit betekent dat de regels uit de categorie 1 inderdaad minder vaak worden toegepast door de verzorgenden vergeleken met de regels in de overige categorieën.

Uit de berekende correlaties blijkt dat de omgangsregels uit categorie 1 met geen van de ervaren problemen samenhangt. Het toepassen van de overige omgangsregels correleert ook niet met de ervaren problemen met specifieke gedragingen, maar wél met de meer algemene problemen in de omgang met dementerende ouderen. Namelijk, hoe vaker de verzorgenden handelen volgens de omgangsregels hoe minder problemen ze ervaren in de omgang met bewoners en hun familieleden (Pearson's product-moment correlatie:  $r = -.38$ ,  $p < 0.01$ ) met gevoelens van machteloosheid en onzekerheid ( $r = -.21$ ,  $p < 0.001$ ), met stervensbegeleiding ( $r = -.30$ ,  $p < 0.001$ ) en gebrek aan waardering van de bewoners ( $r = -.29$ ,  $p < 0.001$ ).

### 3.3.5 Relatie tussen persoonskenmerken en ervaren problemen

Tevens is gekeken in hoeverre een aantal persoonskenmerken van de verzorgenden samenhangen met bovengenoemde problemen (vraagstelling 4). Hiervoor zijn eerst per 'probleem-schaal' de gemiddelde somscores berekend (zie tabel 3.4 en 3.5).

Tabel 3.4 Somscores van ervaren problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners (N=196)

Problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners	Totale somscore, gemiddeld over aantal respondenten (range)	Gemiddelde somscore over aantal items (range 1-5)	Cronbach's $\alpha$
<i>Gedragingen tijdens ochtendzorg; angstig, verbale agressie, verzet, afwezig</i>	21,36 (9-45)	2,4	0,88
<i>Onrustig; loopdrang, dwalen, herhalen van handelingen</i>	14,36 (6-30)	2,4	0,88
<i>Agressie; fysieke agressie, dreigen, verzetten</i>	22,10 (7-35)	3,2	0,88
<i>Psychiatrische symptomen; wanen, hallucinaties, achterdocht, verzamelhoede</i>	14,14 (6-30)	2,4	0,79
<i>Aanstootgevend gedrag; naaktlopen, urineren, ontlasting smeren</i>	11,61 (4-20)	2,9	0,82
<i>Gedragingen tijdens het eten; afwezig, verzet, motorische problemen</i>	31,45 (5-25)	2,7	0,79
<i>Claimen; afhankelijk en klagerig, steeds aandacht vragen</i>	7,24 (3-15)	2,4	0,73
<i>Oriëntatiestoornissen; in plaats, tijd en persoon</i>	9,68 (4-20)	2,4	0,77
<i>Depressie; depressief, apathisch, doodswensen uiten, angstig</i>	17,26 (6-30)	2,9	0,82
<i>Onfatsoenlijk gedrag; ongepast reageren, ongepaste taal, slordig uiterlijk</i>	7,78 (2,9)	2,6	0,73
<i>Sociaal isolement; zwijgen, niet reageren op contact</i>	9,87 (2,5)	2,5	0,79
<i>Taalstoornis; geen gesprek kunnen voeren, wensen niet duidelijk kunnen maken</i>	5,69 (2-10)	2,8	0,75

\* Uit deze schaal is 'handastelijkheid' verwijderd aangezien deze variabele relatief veel missings had (zie tabel 3.2) en daardoor de betrouwbaarheid van de schaal verkleinde.



Tabel 3.5 Somscores van ervaren problemen in omgang met dementerende bewoners (N=196)

Problemen met:	Totale somscore, gemiddeld over aantal respondenten (range)	Gemiddelde somscore over aantal items (range 1-5)	Cronbach's $\alpha$
1 rekening houden met familie en beperkingen bewoners	14,6 (7-35)	2,1	0,73
2 spanning tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand	9,7 (5-25)	1,9	0,73
3 gebrek aan tijd voor extra zorg	10,1 (3-15)	3,4	0,83
4 gevoel van machteloosheid in de zorg voor dementerende bewoners	12,0 (5-25)	2,4	0,64
5 stervensbegeleiding en opvangen van familie	4,2 (2-10)	2,1	0,84
6 weinig waardering/dankbaarheid van de bewoners	3,6 (2-10)	1,8	0,71

*Opleiding:* Om de samenhang tussen de genoten opleiding en ervaren problemen te bepalen zijn drie groepen verzorgenden onderscheiden: verzorgenden die alleen een in-service opleiding hebben gevolgd, ziekenverzorgenden die een in-service opleiding hebben gevolgd en daarnaast nog een andere opleiding hebben afgemaakt en tenslotte verzorgenden die geen in-service opleiding hebben gevolgd maar bijvoorbeeld MBO-vp of MBO-zv. Vervolgens is een multivariate variantie-analyse uitgevoerd waarbij de problemen de afhankelijke variabelen vormen. De aard van de opleiding blijkt niet samen te hangen met de ervaren problemen met gedragingen van dementerende ouderen en problemen inherent aan de zorg voor deze groep bewoners.

*Werkervaring:* Er blijkt een negatieve lineaire samenhang te bestaan tussen het aantal jaren werkervaring op een psychogeriatrische afdeling en problemen met het geven van stervensbegeleiding en opvang van familie (probleem 5, tabel 3.5), dwz. naarmate ziekenverzorgenden langer werkervaring hebben op een psychogeriatrische afdeling, ervaren ze significant minder problemen met stervensbegeleiding (Pearson's product-moment correlatie:  $r = -.25$ ,  $p = 0.01$ ). Met de overige problemen werd geen samenhang gevonden.

*Omvang dienstverband:* Er blijkt geen verband te bestaan tussen het aantal uren dat een verzorgende werkt en de mate van ervaren problemen.

*Wisselende en vaste diensten:* Vergeleken is of verzorgenden met wisselende onregelmatige diensten meer of minder problemen ervaren dan verzorgenden die vaste diensten draaien. Uit een multivariate variantie-analyse blijkt dat verzorgenden met wisselende diensten significant meer problemen ervaren in de omgang met demente ouderen ( $F(6,186) = 3.22$ ;  $p = 0.005$ ). Uit de univariate analyses blijkt dat dit effect vooral veroorzaakt wordt doordat verzorgenden met wisselende diensten meer problemen hebben met het spanningsveld tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand ( $F(1,188) = 4.47$ ;  $p = 0.04$ ), gebrek aan tijd ( $F(1,188) = 7.56$ ;  $p = 0.007$ ), gevoelens van machteloosheid ( $F(1,188) = 3.59$ ;  $p = 0.06$ ) en het geven van stervensbegeleiding en opvang familie ( $F(1,188) = 6.57$ ;  $p = 0.01$ ). Met problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners vertoont het type dienstverband geen samenhang.

*Behoeftte aan bijscholing:* Eveneens is getoetst of ziekenverzorgenden die aangeven behoefte te hebben aan bijscholing op het gebied van dementie meer problemen ervaren dan ziekenverzorgenden die deze behoefte niet hebben. Dit blijkt niet het geval te zijn na het uitvoeren van een multivariate analyse. Uit de univariate analyses blijkt echter wel dat ervaren problemen met agressie ( $F(1,142) = 5.42$ ;  $p = 0.021$ ), psychiatri-

sche stoornissen ( $F(1,142)=9.28$ ;  $p=0.003$ ), aanstootgevend gedrag ( $F(1,142)=4.82$ ;  $p=0.03$ ), oriëntatiestoornissen ( $F(1,142)=5.13$ ;  $p=0.025$ ) en depressief gedrag ( $F(1,142)=6.21$ ;  $p=0.014$ ) significant samenhangt met behoefte aan bijscholing.

*Attitude:* Tenslotte is nagegaan in hoeverre de attitude van de verzorgenden ten aanzien van de eerder genoemde vier zorgtaken (zie 'meetinstrumenten') samenhangt met de ervaren problemen. Gekeken is of verzorgenden die 'het praten met bewoners' het meest belangrijk vinden, minder problemen hebben in de omgang met en gedragingen van demente bewoners, vergeleken met verzorgenden die één van de overige drie zorgtaken als het meest belangrijk aanmerken. Uit de multivariate variantie-analyse blijkt geen significant effect. Uit de univariate analyses blijkt dat de verzorgenden die het 'praten met bewoners' het meest belangrijk vinden significant minder problemen hebben met de ochtendzorg ( $F(1,135)=8.53$ ;  $p=0.04$ ), onrustig gedrag ( $F(1,135)=10.42$ ;  $p=0.04$ ), psychiatrische stoornissen ( $F(1,135)=5.85$ ;  $p=0.04$ ), aanstootgevend gedrag ( $F(1,135)=4.97$ ;  $p=0.04$ ), claimend gedrag ( $F(1,135)=5.77$ ;  $p=0.04$ ), eetstoornissen ( $F(1,135)=4.82$ ;  $p=0.04$ ) en onfatsoenlijk gedrag ( $F(1,135)=4.27$ ;  $p=0.04$ ).

### **3.3.6 Relatie tussen organisatiekenmerken en ervaren problemen**

Om na te gaan of het aantal bewoners dat op een afdeling verblijft, samenhangt met de mate waarin verzorgenden problemen ervaren zijn correlaties berekend tussen deze variabelen. De verwachting was dat hoe meer bewoners op een afdeling verblijven, hoe meer problemen de verzorgenden ervaren. De bevindingen sluiten voor een deel aan bij deze verwachting, namelijk het aantal bewoners blijkt positief samen te hangen met de ervaren problemen ten gevolge van gebrek aan tijd voor extra zorg ( $r= .40$ ,  $p=0.001$ ). Tevens hangt het positief samen met problemen door gevoelens van machteloosheid in de zorg voor demente bewoners ( $r= .24$ ,  $p=0.01$ ). Met de overige problemen bestaat geen samenhang. Hoewel verwacht werd dat de mate van hulpbehoefendheid van de bewoners positief zou samenhangen met de ervaren problemen, werd er geen significant verband gevonden tussen deze variabelen. Echter, opgemerkt dient te worden dat de meeste verzorgenden zorg dragen voor zwaar hulpbehoevende demente bewoners en dat deze variabele derhalve sterk scheef verdeeld was.

### **3.3.7 Invloed van ervaren problemen op de ervaren arbeidstevredenheid, werkvolvoening, tevredenheid met werklust, burnout en gezondheid**

Om de mate waarin de verzorgenden tevreden zijn met het werk dan wel last hebben van burnout en gezondheidsproblemen, te bepalen zijn de somscores op de diverse schalen berekend (zie tabel 3.6). Deze somscores laten zien dat verzorgenden redelijk tevreden zijn over hun werk; de gemiddelde somscore totale arbeidstevredenheid is 3.5. Het meest tevreden zijn de verzorgenden over de contacten met collega's en dementerende bewoners. Tevens hebben de verzorgenden een hoge werkvolvoening en zijn ze redelijk tevreden over de werklust. Op de schalen emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid, de drie schalen van burnout, scoren de ziekenverzorgenden respectievelijk 1.8, 1.1 en 4.1. Wanneer we dit vergelijken met de normscores bij verpleegkundigen dan scoren de ziekenverzorgenden gemiddeld (Schaufeli & van Dierendonck, 1994). Opgemerkt dient te worden dat met de schaal depersonalisatie geen verdere analyses zijn uitgevoerd, aangezien de Cronbach's  $\alpha$  te laag was ( $\alpha=.60$ )

Om na te gaan in hoeverre de eerder genoemde problemen verband houden met deze persoonlijke en werkeffecten (arbeidstevredenheid, algemene werkvolvoening, werklust, burnout en gezondheid), zijn stapsgewijze multiple regressie-analyses uitgevoerd. De

somscores vormen daarin de afhankelijke variabelen en de scores op de problemen de onafhankelijke variabelen. Alleen de variabelen met een significante gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt ( $\beta$ ) zijn in tabel 3. 7 gepresenteerd ( $p < 0.05$ ).

Uit de regressieanalyses blijkt dat de ervaren problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners vrijwel geen invloed hebben op de arbeidstevredenheid, gevoelens van burnout e.d. Deze variabele heeft alleen invloed op de mate van tevredenheid met het contact met bewoners. De verklaarde variantie is echter klein. Dit in tegenstelling tot het probleem met gebrek aan tijd. Deze variabele hangt met bijna iedere afhankelijke variabele samen en heeft vooral een sterk negatieve invloed op de tevredenheid over de werklust, tevredenheid met kwaliteit van zorg en de totale arbeidstevredenheid. Bovendien blijkt er een sterk verband te bestaan tussen de meer algemene problemen in de omgang met bewoners en familie en de twee burnout dimensies emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid. Dat wil zeggen hoe meer problemen hoe hoger de emotionele uitputting en hoe lager de gevoelens van persoonlijke bekwaamheid.

Tabel 3.6 Gemiddelde somscores op de werkdrukvariabelen voor de verzorgenden (N=196)

	Totale somscore, gemiddeld over aantal respondenten (range)	Gemiddelde somscore over aantal items (range 1-5)	Cronbach's $\alpha$
<b>Tevredenheid met:</b>			
Groeimogelijkheden	10.6 (3-15)	3.5	0.79
Promotiemogelijkheden	9.0 (3-15)	3.0	0.85
Contacten collega's	12.0 (3-15)	4.0	0.81
Contact met leidinggevende	10.6 (3-15)	3.5	0.86
Contact met demente bewoners	11.0 (3-15)	3.7	0.68
Kwaliteit van zorg	9.6 (3-15)	3.2	0.86
Totale arbeidstevredenheid	74.9 (21-105)	3.5	0.90
<hr/>			
Werkwaardering; algemene werkvolvoening	12.5 (3-15)	4.2	0.76
<hr/>			
Tevredenheid over werklust	15.7 (5-25)	3.1	0.80
<hr/>			
Burnout		(range 0-6)	
Emotionele uitputting	16.6 (0-54)	1.8	0.82
Persoonlijke bekwaamheid	33.2 (0-48)	4.1	0.75
Depersonalisatie	5.3 (0-30)	1.1	0.60
<hr/>			
Gezondheidstoestand	4.1 (1-5)	-	-

### 3.4 Conclusies

Uit dit vragenlijstonderzoek blijkt dat verzorgenden duidelijke ideeën hebben over de wijze waarop het beste met dementerende bewoners kan worden omgegaan. De meeste omgangsregels worden door meer dan 80% van de verzorgenden heel vaak tot altijd toegepast. Zo gaan verzorgenden doorgaans mee in de belevingswereld van de bewoners en proberen ze resterende vaardigheden van de bewoners te activeren. Daarnaast proberen ze vaak contact te initiëren, bijvoorbeeld door samen met de bewoner herinneringen op te halen. Daarentegen passen verzorgenden omgangsregels die betrekking hebben op het stimuleren en activeren van bewoners om het contact met de werkelijkheid te behouden zelden toe.

Tabel 3.7 Resultaten van stepwise multiple regressie-analyses met de problemen in de omgang met demente bewoners en met gedragingen als onafhankelijke variabelen en arbeidstevredenheid e.d. als afhankelijke variabelen voor de totale groep (N=196).

Onafhankelijke variabelen	β per afhankelijke variabele											
	Tevredenheid van zorg	Tevredenheid met kwaliteit van zorg	Tevredenheid met contact met bewoners	Tevredenheid met contact met leidinggevenden	Tevredenheid met collega's	Tevredenheid met groei mogelijkheden	Tevredenheid met promotie mogelijkheden	Algemene werkvol-doening	Emotionele uitputting	Persoonlijke bekwaamheid	Tevredenheid over werklust	Gezondheid
Problemen met gedragingen	-	-	-.31	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problemen in omgang met bewoners en hun familie	-.30	-.16	-	-	-.22	-.31	-.26	-.35	.29	-.38	-.15	-
Problemen in vinden van evenwicht tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand	-	-	-	-	-	-	-	-.15	.47	-.22	-	-.34
Problemen met gebrek aan tijd voor extra zorg	-.40	-.66	-	-.29	-	-.22	-.31	-.20	.19	-.17	-.74	-
Problemen door gevoelens van machteloosheid en onzekerheid	-	-.13	-	-	-	-	-	-	.21	-.24	-	-
Problemen in het geven van stervensbegeleiding	-	-.16	-	-	-	-.17	-	-	.23	-.30	-	-
Problemen met het gevoel niet gewaardeerd te worden door bewoners	-.18	-.25	-.19	-	-	-.19	-.23	-.23	.24	-.30	-.16	-
Verklaarde variantie (R <sup>2</sup> )	.28	.52	.09	.08	.05	.20	.16	.24	.46	.42	.57	.11

Waarschijnlijk komt dit door het feit dat de meeste verzorgenden zorg dragen voor ernstig dementerende ouderen, terwijl realiteitsoriëntatie het meest geschikt is voor ouderen met een lichte vorm van dementie (Buijssen, 1991). Ook het vermogen van de bewoners om zelf beslissingen te nemen wordt minder vaak geactiveerd. Tenslotte is het opvallend dat bijna 60% van de verzorgenden zelden vraagt hoe een bewoner aangesproken wil worden. Dit kan het gevolg zijn van het beleid in het verpleeghuis (altijd aanspreken met u, mevrouw en achternaam).

Verder komt naar voren dat verzorgenden problemen ervaren in de omgang met dementerende bewoners in het verpleeghuis. Met name hebben ze moeite met een aantal specifieke gedragingen van de bewoners. Zo hebben veel verzorgenden moeite met agressief gedrag van de dementerende bewoners, vooral als de bewoners fysiek agressief zijn dan wel dreigen met agressie. Tevens geven veel verzorgenden aan moeite te hebben met aanstootgevend gedrag zoals naaktlopen, smeren met ontlasting, urineren op willekeurige plaatsen, en uitingen van depressief gedrag. Veel minder verzorgenden geven aan met de meer algemene aspecten in de zorg voor dementerende ouderen problemen te hebben, met uitzondering van het probleem voortdurend te weinig tijd te hebben. Het tijdgebrek om met name extra zorg te geven, zoals het geven van aandacht en het ondernemen van activiteiten met de bewoners, ervaren veel verzorgenden als problematisch. Ongeveer een derde van de verzorgenden ervaart daarnaast gevoelens van machteloosheid in de zorg voor deze groep bewoners.

Terugkomend op het onderzoeksmodel, weergegeven in de inleiding van dit hoofdstuk, kunnen we op basis van de resultaten concluderen dat de mate waarin de omgangsregels worden toegepast door verzorgenden niet samenhangt met de ervaren problematiek met specifieke gedragingen van dementerende bewoners, maar wél samenhangt met de meer algemene problemen in de omgang. Hoe meer de verzorgenden handelen volgens de omgangsregels, met uitzondering van de omgangsregels die tot doel hebben de bewoners te stimuleren het contact met de realiteit te houden, hoe minder problemen ze ervaren in de omgang met bewoners en hun familieleden, met gevoelens van machteloosheid en onzekerheid, met stervensbegeleiding en gebrek aan waardering van de bewoners. Het gegeven dat de omgangsregels vrij algemeen van aard zijn en niet zijn toegespitst op specifieke gedragingen van demente ouderen, verklaart mogelijk dit resultaat. Tevens onderstreept het de noodzaak om naast de omgangsregels, verzorgenden handvatten te bieden in de omgang met specifieke gedragingen van dementerende ouderen.

Uit de resultaten blijkt ook dat de problemen die verzorgenden ervaren met bepaalde specifieke gedragingen van dementerende bewoners vrijwel geen invloed hebben op de mate van arbeidstevredenheid, gevoelens van burnout e.d. Daarentegen worden de twee burnout dimensies, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid sterk door de meer algemene problemen in de omgang met en de zorg voor dementerende bewoners beïnvloed. Dit betekent dat de verzorgenden zich minder persoonlijk bekwaam en meer emotioneel uitgeput voelen naarmate ze deze problemen meer ervaren. Dat deze problemen tevens niet ten goede komen aan de kwaliteit van zorg wordt door de resultaten bevestigd. Naarmate de verzorgenden meer problemen ervaren zijn ze minder tevreden over de kwaliteit van zorg en is hun arbeidssatisfactie lager. Vooral het gebrek aan tijd voor extra zorg hangt sterk samen met de tevredenheid over de kwaliteit van zorg en werklust.

Opvallend is dat verzorgenden aangeven dat ze vaker problemen hebben met

specifieke gedragingen van de bewoners dan algemene problemen hebben in de zorg voor dementerende bewoners, maar dat juist de algemene problemen zoals tijdsdruk, spanning tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, omgangsproblemen met bewoners en familie en het gevoel niet gewaardeerd te worden door bewoners, samenhangen met gevoelens van burnout, lage arbeidssatisfactie en ontevredenheid met de kwaliteit van zorg.

Wanneer we deze bevindingen vergelijken met de eerder verricht onderzoek (zie 3.1) onder verpleegkundigen, dan stemmen de uitkomsten overeen. Evenals verpleegkundigen, ervaren verzorgenden problemen in de zorg voor dementerende bewoners in het verpleeghuis en zijn deze ervaren problemen van invloed op de arbeidstevredenheid, burnout, werklast en werkvervoldoening. Tevens ondersteunen de resultaten de bevindingen uit de kwalitatieve studies naar de problemen van verzorgenden in de zorg voor dementerende ouderen (Boeije, 1994; Boeije & Casparie, 1994; Buijssen, 1988; De Lange, 1990). Overeenkomstig eerdere resultaten blijken ziekenverzorgenden problemen te hebben met de werkdruk, en met gevoelens van onzekerheid en machteloosheid.

Verder blijkt uit de resultaten dat zoals verwacht, een aantal persoonskenmerken van de verzorgenden samenhangen met de mate waarin verzorgenden problemen ervaren. Zo ervaren verzorgenden die meer werkervaring hebben op een psychogeriatrische afdeling significant minder problemen met het geven van stervensbegeleiding. Verzorgenden die wisselende diensten draaien ervaren daarentegen meer problemen in de omgang met dementerende ouderen vergeleken met verzorgenden die vaste diensten hebben. Ze hebben meer problemen met het spanningsveld tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid en het geven van stervensbegeleiding en opvang van familie. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de verzorgenden door de wisselende diensten een grotere diversiteit in zorg maar ook in problematiek ervaren. Tevens lijkt het waarschijnlijk dat de zorg door verzorgenden met vaste diensten meer voorspelbaar is, beter gestructureerd en er een betere scheiding mogelijk is tussen werk en privé.

De verwachting dat verzorgenden met behoefte aan bijscholing meer problemen ervaren dan verzorgenden die deze behoefte niet hebben, kan op grond van de resultaten niet zonder meer bevestigd worden. Bijscholing heeft namelijk geen multivariaat effect op problemen met specifieke gedragingen en algemene problemen in de zorg voor mensen met dementie. Uit de univariate analyses blijkt echter dat verzorgenden die bijscholing wensen meer problemen hebben met agressief, aanstootgevend, depressief gedrag, psychiatrische symptomen en oriëntatiestoornissen. De aard van de opleiding, omvang van het dienstverband en de attitude van verzorgenden blijken daarentegen niet samen te hangen met ervaren problemen in de zorg voor dementerende ouderen.

Tot slot werd in het kader van het onderzoeksmodel nagegaan of een tweetal organisatiekenmerken samenhangen met ervaren problematiek. Dit blijkt het geval te zijn voor het aantal bewoners op de afdeling waarvoor de verzorgenden zorg dragen. Het aantal bewoners blijkt positief samen te hangen met het probleem 'gebrek aan tijd' en gevoelens van machteloosheid in de zorg voor dementerende bewoners. Alhoewel het de verwachting was dat de mate van hulpbehoefte van de bewoners positief zou samenhangen met de ervaren problemen, werd er geen significant verband tussen deze variabelen gevonden.

Tenslotte nog een aantal kanttekeningen bij de gehanteerde vragenlijst. Zoals al eerder aan de orde is geweest, zijn de gedeelten van de vragenlijst die direct betrekking hebben op de problemen en omgang met dementerende bewoners speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld en alleen tijdens een proefafname bij een beperkt aantal verzorgenden in het veld uitgetest. Met name de lengte van de vragenlijst is wellicht een oorzaak geweest van de niet al te hoge respons (60%). Bovendien, zo blijkt uit de resultaten, kan de vragenlijst nog verbeterd worden. Zo is de totale verklaarde variantie van de vragen naar de problemen die de verzorgenden ervaren niet al te hoog. Daarentegen is de interne consistentie van de verschillende schalen die de vragenlijst bevat redelijk tot goed.

Tijdens de proefafname werd aan de verzorgenden gevraagd aan te geven of zij nog onderdelen in de vragenlijst misten die van essentieel belang zijn in de zorg voor dementerende ouderen. Dit om de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst vast te stellen. Naar aanleiding van hun opmerkingen is de vragenlijst aangepast, waarbij met name meer vragen zijn gesteld over de omgang met familie van dementerende ouderen. In de definitieve vragenlijst zijn geen opmerkingen meer van dien aard door de verzorgenden geplaatst.

Ook dient te worden opgemerkt dat een vragenlijst een geschikt instrument is om de mate van ervaren problemen, arbeidstevredenheid, burnout e.d. vast te stellen, maar voor het meten van gedrag (toepassen van omgangsregels) beperkingen kent. Het nadeel van een vragenlijst is immers dat hetgeen de verzorgenden zeggen te doen, niet altijd hoeft overeen te stemmen met hun daadwerkelijke gedrag. Daarentegen geven de bevindingen wel informatie over de intentie van de verzorgenden om zich op een bepaalde manier te gedragen in de omgang met dementerende ouderen. Op welke wijze verzorgenden daadwerkelijk met dementerende bewoners omgaan wordt in de volgende twee hoofdstukken beschreven. Door middel van systematische observatie wordt de communicatie van de verzorgenden en de bewoners tijdens de ochtendzorg en de warme maaltijd bestudeerd.





## 4 DE ROL VAN VERBALE EN NON-VERBALE COMMUNICATIE IN DE OMGANG VAN VERZORGENDEN MET DEMENTERENDE BEWONERS

### 4.1 Inleiding

Contact met dementerende ouderen wordt bemoeilijkt doordat het vermogen om te communiceren afneemt door stoornissen in het uiten en/of het begrip van taal. Het wordt hierdoor steeds lastiger om te praten met dementerende ouderen dan wel te begrijpen welke wensen, behoeften of problemen zij ervaren. Ter voorkoming van snelle progressie van het dementie-syndroom en daarmee samenhangend het communicatievermogen, is het van belang dat verzorgenden, familie en naasten blijven communiceren met demente ouderen ondanks het feit dat dit vaak moeizaam verloopt (zie o.a. Buijssen & Razenberg, 1991; Buijssen, 1992; Savelkoul, 1992; de Lange, 1990; Farran & Keane-Hagerty, 1989). Deze gedachtegang vormt eveneens het uitgangspunt van begeleidingsmethodieken zoals realiteitsoriëntatietraining (ROT), snoezelen en de validerende benadering, speciaal ontwikkeld om verzorgenden meer houvast te bieden in de omgang met dementerende ouderen (Kruyver & Kerkstra, 1996).

De manier van communiceren dient echter wel aangepast te worden aan de cognitieve beperkingen van demente bewoners. Zo moeten verbale boodschappen bij voorkeur helder, bondig en in simpele taal worden uitgesproken (Marchello, e.a. 1995; de Lange & Rippen, 1994; Farran & Keane-Hagerty, 1989). Naarmate het dementeringsproces vordert wordt het voor de betreffende ouderen steeds moeilijker gevoelens, wensen en behoeften in woorden te vertalen. Tevens wordt het voor de ouderen steeds moeilijker dan wel onmogelijk woorden van de zorgverleners te begrijpen. Op zo'n moment wordt non-verbale communicatie voor een goed begrip van hetgeen de interactiepartners bedoelen van essentieel belang (Preston, 1973; Burnside, 1973). De verzorgenden moeten zich dan ook bewust zijn van het belang van non-verbale communicatie zoals bijv. toonzetting, aanrakingen en gezichtsuitdrukkingen in het zorgproces voor dementerende ouderen (Farran & Keane-Hagerty, 1989; de Lange, 1990; Savelkoul, 1992; Geelen, 1994; Liukkonen, 1992; van Gennip, 1991; Lange & Rippen, 1994; Buijssen, 1992; Buijssen & Razenberg, 1991; Marchello, e.a., 1995).

Verbale communicatie is alle gedrag waarbij via de taal boodschappen worden overgebracht. Wanneer verzorgenden met bewoners communiceren moeten vaak verschillende doelen worden bereikt. Zo moet de bewoner verzorgd worden en heeft daarmee een behoefte aan informatie en advies. Verder is het nodig om vragen of problemen in te schatten of op te lossen. Om aan deze behoeften van bewoners te voldoen is instrumentele communicatie nodig. Daarnaast hebben veel bewoners ook behoefte aan een vertrouwensrelatie met hun zorgverlener, waarin steun, begrip en empathie wordt geboden. Om aan deze behoefte te voldoen is affectieve communicatie van belang (Bensing, 1991; Moore & Gilbert, 1995; Caris-Verhallen e.a., 1997).

Onder non-verbale communicatie wordt gedrag verstaan dat boodschappen overdraagt zonder het gebruik van taal, zoals bijvoorbeeld aanraken, aankijken en lichaamshouding en alle vormen van vocale non-verbale gedrag (bijvoorbeeld toonhoogte, intonatie en spreeknelheid) (Oliver & Redfern, 1991). Non-verbale 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).

Uit de eerste functie blijkt dat non-verbale communicatie veelal affectief van aard is en een positieve bijdrage kan leveren aan de opbouw van een goede relatie met de bewoner. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om gedragingen als aankijken, (glim)lachen, aanraken en bekrachtigend hoofdknikken (Heintzman e.a., 1993). Non-verbale communicatie kan ook een instrumenteel karakter hebben, bijvoorbeeld een bewoner aanraken omdat een taak moet worden uitgevoerd, bijvoorbeeld tijdens het wassen of aantrekken van de kousen. Wanneer we de literatuur bezien over de interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen (zie hoofdstuk 2) dan valt op dat in onderzoek aan de rol van non-verbale communicatie vrijwel geen aandacht wordt besteed. Dit terwijl verondersteld wordt dat de behoefte van dementerende ouderen aan non-verbale communicatie en dan met name aanrakingen, te zijner tijd de behoefte aan verbale communicatie vervangt (Burnside, 1973; Preston 1973).

In het vorige hoofdstuk is weergegeven op welke wijze verzorgenden zelf aangeven dat ze met de dementerende bewoners omgaan. In dit hoofdstuk proberen we zicht te krijgen op de rol van verbale en non-verbale communicatie in de daadwerkelijke interactie tussen verzorgenden en bewoners. Daartoe is een verkennend observatieonderzoek uitgevoerd in twee verpleeghuizen. Tijdens de ochtendzorg (wassen en aankleden) zijn video-opnamen gemaakt die naderhand systematisch zijn geobserveerd.

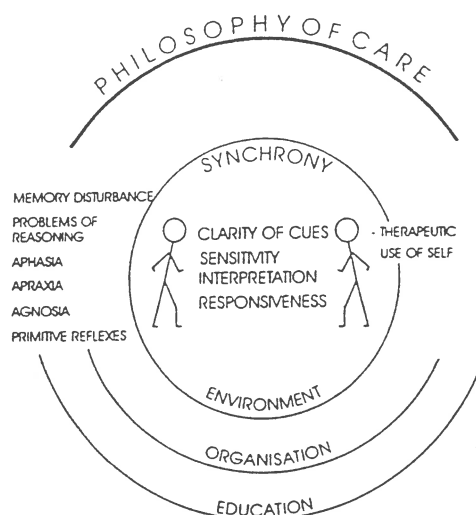
#### 4.1.1 Interactiemodel

Als onderzoekskader voor deze observatiestudie is evenals bij de literatuurstudie in hoofdstuk 2, het interactiemodel van Athlin & Norberg (1987) gehanteerd (zie figuur 1). Dit model, speciaal ontwikkeld om de interactie tussen dementerende ouderen en zorgverleners te beschrijven, wordt gekenmerkt door een aantal aspecten. Ten eerste wordt aandacht besteed aan de verbale en non-verbale communicatie tussen de zorgverlener en de dementerende bewoner en het vermogen hiertoe van beide actoren. Het is immers van belang dat wanneer er gecommuniceerd wordt, beide partijen beschikken over het vermogen om (non)verbale signalen uit te zenden (*clarity of cues*), deze signalen te ontvangen (*sensitivity*) en correct te interpreteren (*interpretation*). Vervolgens moet men over het vermogen beschikken om adequaat op een boodschap te reageren (*responsiveness*) en de uitwisseling van boodschappen of signalen op elkaar af te stemmen (*synchrony*). Vervolgens laat het model zien dat de communicatie tussen twee mensen in een hulpverleningssituatie bestudeerd moet worden in het licht van bijvoorbeeld persoonkenmerken van beide actoren (mate van zorgbehoefte van bewoner, mate van ervaring verzorgende), zorgvisie van de organisatie, de manier waarop de zorg is georganiseerd, aard van de woon- en leefomgeving en opleiding van de zorgverlener.

Om zicht te krijgen op de communicatie in de omgang tussen dementerende bewoners en verzorgenden tijdens de ochtendzorg in het verpleeghuis worden op basis van het bovenstaande model de volgende vraagstellingen onderzocht:

1. Op welke wijze communiceren verzorgenden en dementerende bewoners verbaal met elkaar?
2. In welke mate maken verzorgenden en dementerende bewoners gebruik van non-verbale communicatie dat wil zeggen van aankijken, instrumentele en affectieve aanrakingen?

Figuur 4.1 Interactiemodel (bron: Athlin & Norberg, 1987a)



3. Op welke wijze is de verbale communicatie gerelateerd aan de non-verbale communicatie van de verzorgenden en dementerende bewoners?
4. Is er een samenhang tussen de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg en de communicatie van verzorgenden en bewoners?
5. Op welke wijze is de communicatie gerelateerd aan factoren als het type verpleeghuis, de zorgtaken die verricht worden, de mate van hulpbehoefendheid van de bewoners en de opleiding en ervaring van de verzorgenden?

## 4.2 Methode

Voor dit onderzoek werden video-opnames gemaakt van de communicatie tussen verzorgenden en dementerende bewoners tijdens de ochtendzorg in twee verpleeghuizen. Voor deze methode is gekozen omdat voor het betrouwbaar observeren van (non)verbale communicatie video-opnames noodzakelijk zijn (Oliver & Redfern, 1991).

### 4.2.1 Deelnemers aan het onderzoek

Aan het onderzoek hebben 46 verzorgenden en 117 bewoners van psychogeriatrische afdelingen van twee verpleeghuizen deelgenomen. Voordat de achtergrondgegevens van de deelnemers worden beschreven, wordt eerst wat algemene informatie over deze verpleeghuizen gegeven.

#### *Verpleeghuis 1*

Verpleeghuis 1 is een gecombineerd verpleeghuis in het hart van Amsterdam met 210 bedden voor somatische zorg en 140 bedden voor psychogeriatric. Er zijn in totaal vijf psychogeriatric afdelingen variërend in grootte. Zo zijn er drie kleine afdelingen met gemiddeld 24 bewoners en twee grote afdelingen met gemiddeld 34 bewoners. Het gemiddeld aantal verzorgenden per psychogeriatric afdeling is 11,8 (incl. eerste verzorgenden). Het zorgsysteem is patiëntgericht, dat wil zeggen dat de totale zorgverlening (ook de niet-lichamelijke zorg) rondom één bewoner op de voorgrond staat. De zorgverleners voelen zich hierdoor meer betrokken en verantwoordelijk voor de

bewoners voor wie zij zorg dragen. Naast bewonerstoeiwijzing wordt gebruik gemaakt van een zorgdossier en is er geregeld een multidisciplinair overleg. Plaatsing op een afdeling is niet afhankelijk van zorgzwaarte (op begeleidings-, verzorgings- of verpleegingsniveau), dit betekent dat op één afdeling bewoners wonen die verschillen qua zorgzwaarte (Lambregts, 1996).

### *Verpleeghuis 2*

Verpleeghuis 2 is een psychogeriatrisch verpleeghuis in Weesp met 160 bedden verdeeld over 15 woongroepen. Het gemiddeld aantal bewoners per woongroep is 11. Het aantal zorgverleners per woongroep is 5,4 zorgkundigen\*\* en 1,8 verpleegkundigen. Evenals in verpleeghuis 1 wordt op een patiëntgerichte manier zorg geboden aan de bewoners. Daarnaast is in verpleeghuis 2 kleinschalig wonen en differentiatie naar leefstijl geïntroduceerd. Leidraad is het wonen met zorg, waarbij de nadruk ligt op het sociaal-relatieve (in tegenstelling tot het medische) model. Concreet betekent dit dat de bewoners in een kleinschalige woongroep hun leven en huishouding met behulp van verzorgers voortzetten volgens hun eigen norm en zingeving. De leefstijl van voor de opname wordt op deze manier wijze zoveel mogelijk in stand gehouden. Ook interieur, huishouding en dagbesteding worden op de leefstijl afgestemd. Zaken die de keuze voor een bepaalde woongroep bepalen zijn onder andere: beroepsachtergrond, hobby's, godsdienstige overtuiging, recent en eerder verleden. De aard van leven dat men geleid heeft voor opname is bepalend voor plaatsing in een groep, niet de zorgzwaarte (Teunissen, 1995).

Het belangrijkste verschil tussen de twee verpleeghuizen is derhalve dat de bewoners in verpleeghuis 2, in tegenstelling tot in verpleeghuis 1, in kleine groepen wonen die gedifferentieerd zijn naar leefstijl.

### *Verzorgenden*

In beide verpleeghuizen hebben 23 verzorgenden deelgenomen aan de video-opnamen. De deelname geschiedde op vrijwillige basis. In beide verpleeghuizen betreft het een derde deel van het totaal aantal verzorgenden van de psychogeriatrische afdelingen.

Van 34 verzorgenden is informatie beschikbaar over achtergrondkenmerken (zie tabel 4.1.). Twaalf verzorgenden waren niet bereid om naast de medewerking aan de video-opnamen ook een schriftelijke vragenlijst in te vullen.

Qua leeftijd, geslacht, opleiding en aantal jaren ervaring verschillen de verzorgenden uit de twee verpleeghuizen niet van elkaar.

---

\* In verpleeghuis 2 wordt niet gesproken over afdelingen maar woongroepen.

\*\* In verpleeghuis 2 wordt niet gesproken over (eerste) ziekenverzorgenden maar over zorgkundigen, junior en senior case-managers. De leiding van de wooneenheid is in handen van de senior case-manager. Deze manager is de belangenbehartiger van de bewoners van de woongroep. Hij of zij zet de middelen en diensten van de organisatie optimaal in voor de bewoners. De senior case-manager wordt geassisteerd door de junior case-manager, die een beroepsopleiding heeft op MBO/HBO-niveau, en zorgkundigen die een opleiding op MBO-niveau hebben gevolgd. Voor de leesbaarheid van dit rapport zal echter in plaats van de term zorgkundige overal verzorgende worden gebruikt.

Tabel 4.1. Gegevens over geslacht, leeftijd, opleiding, aantal jaren ervaring en aantal jaren in huidige functie van de deelnemende verzorgenden (N=34)

	Verpleeghuis 2 N=17	Verpleeghuis 1 N=17	Totaal N=34
vrouw	16	14	30
man	1	3	4
gemiddelde leeftijd (sd)	35,4 (8,5)	33,4 (7,8)	34,4 (8,1)
opleiding			
inservice opleiding	4	10	14
inservice opleiding plus*	6	3	9
MBO-opleiding (bijv. -ZV,-VP,-IW,-AW)	6	2	8
HBO opleiding of verpleegkundige-A	0	2	2
anders**	1	0	1
gemiddeld aantal jaren werkervaring (sd)	6,4 (4,2)	6,9 (3,2)	6,6 (3,7)

\* Deze verzorgenden hebben een in-service opleiding gevolgd en daarnaast nog een andere opleiding afgemaakt, bijv. een MDGO of MBO-opleiding.

\*\* Deze verzorgende heeft alleen maar aangegeven dat ze een opleiding tot eerste verzorgende heeft gevolgd zonder aan te geven wat de vooropleiding is.

### Bewoners

In beide verpleeghuizen is aan de bewoners<sup>\*</sup> dan wel aan hun contactpersonen, doorgaans familieleden, toestemming gevraagd voor het maken van video-opnamen in het kader van het onderzoek.

In Verpleeghuis 1 hebben 69 van de 140 bewoners/contactpersonen (49,3%) schriftelijke toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. Van deze 69 bewoners zijn uiteindelijk 55 bewoners gefilmd. De belangrijkste reden dat een aantal bewoners niet gefilmd zijn is dat de verzorgenden die aan hen waren toegewezen niet in het onderzoek participeerden. Verder waren enkele bewoners inmiddels overleden of overgeplaatst naar een ander verpleeghuis.

\* Wanneer de demente bewoners zelf niet in staat waren om toestemming te geven dan werd aan de contactpersoon van deze bewoner schriftelijke toestemming gevraagd.

Van de contactpersonen van de 160 bewoners van Verpleeghuis 2 heeft 89% (n=140) schriftelijk toestemming gegeven voor het maken van video-opnamen\*. Vanwege de reden dat niet alle verzorgenden deelnamen aan het onderzoek zijn er 62 bewoners in het onderzoek betrokken.

Omdat uit ander observatie-onderzoek van het NIVEL is gebleken dat de meeste hulpverleners de eerste 5 à 10 minuten er nog aan moeten wennen dat hun handelen met behulp van een video-camera wordt opgenomen, is bij iedere verzorgende het contact met de eerste bewoner 's ochtends wel opgenomen, maar naderhand niet geobserveerd. Wanneer er maar één opname van een verzorgende was gemaakt is deze wel geobserveerd. Uiteindelijk zijn 77 (65,8%) van de 117 zorgcontacten door 46 verzorgenden geobserveerd (41 bewoners van verpleeghuis 2 en 36 bewoners van verpleeghuis 1). De gemiddelde leeftijd van deze bewoners, waarvan 59 vrouwen en 18 mannen, is 84,5 jaar (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 Achtergrondkenmerken van de bewoners (n=77)

Persoonskenmerken dementerende bewoners (N=77)	Verpleeghuis 1	Verpleeghuis 2
Aantal bewoners	36	41
Geslacht		
vrouw	26	33
man	10	8
Gemiddelde leeftijd (sd)	83,7 (7,5)	85,2 (6,3)

Aan de hand van de ZorgIndexGeriatriclijst die ingevuld is door de verzorgenden vlak na de video-opname met de betreffende bewoner, is de mate van zorgbehoefte van de bewoners in cognitief, sociaal en fysiek opzicht bepaald. Deze lijst is ontwikkeld in verpleeghuis Mariahoeve en op hanteerbaarheid en betrouwbaarheid onderzocht (Gallé, 1992). Een hogere score betekent daarbij een grotere mate van zorgbehoefte (zie tabel 4.3).

\* Vergeleken met verpleeghuis 1 hebben veel meer contactpersonen in Hogewey schriftelijk toestemming gegeven voor de video-opnames (49,3% versus 88,7%). Vanwege de vele publiciteit rondom de werkwijze in verpleeghuis 2 enige tijd geleden, zijn met de contactpersonen van de demente bewoners al voor dit onderzoek afspraken gemaakt over onderzoek, televisie- of video-opnames in het verpleeghuis, foto's etc. Alleen wanneer de contactpersonen expliciet bezwaar maakten is de schriftelijke toestemming ingetrokken.

Tabel 4.3 Mate van zorgbehoefte van de bewoners (n=76)\*

ZIG	Verpleeghuis 2	Verpleeghuis 1	F-waarde	p-waarde
	gemiddelde score (somscore)	gemiddelde score (somscore)		
	(range 6-24)	(range 6-24)		
Cognitieve index	16,3 (2,7)	18,5 (3,1)	F(1,75)= 7,2	p=.009
Sociale index	13,0 (2,2)	16,6 (2,8)	F(1,75)=17,0	p=.000
Fysieke index	15,3 (2,5)	17,9 (3,0)	F(1,75)=6,7	p=.012
	(range 18-72)	(range 18-72)		
Totale zorgindex	44,6 (2,5)	53,0 (2,9)	F(1,75)=12,9	p=.001
Gemiddelde zorgduur ( in minuten) tijdens ochtend zorg per bewoner (observatie)	21,90	20,37	F(1,76)=1,4	p=.232

\* 1 case is missing

De leeftijd en geslachtsverdeling van de bewoners verschilt niet tussen de beide verpleeghuizen, hun zorgbehoefte echter wel. De dementerende bewoners in verpleeghuis 2 functioneren gemiddeld significant beter op fysiek, cognitief en sociaal niveau. De duur van de ochtendzorg verschilt niet significant, met andere woorden het verschil in zorgbehoefte komt niet tot uitdrukking in de daadwerkelijke tijd die 's ochtends besteed wordt aan het wassen en aankleden van de bewoners.

#### 4.2.2 Procedure van de video-opnamen

Voor het maken van de video-opnamen is gebruik gemaakt van een bemande camera. Hiervoor is gekozen omdat de zorg regelmatig op verschillende locaties plaatsvindt. Zo wordt de bewoner nadat deze gewekt is veelal verplaatst van de slaapkamer naar de douche of een wasruimte. Het is dus van belang dat de filmer mobiel was. Bovendien bleek tijdens proefopnamen dat de ruimtes, vooral in de slaapkamer, vaak erg smal zijn waardoor het onmogelijk was een vaste camera te installeren. Het gebruik van extra verlichting was niet mogelijk gezien de kleine ruimtes of onwenselijk omdat andere bewoners dan ook gestoord zouden worden zodra de zorg in bed plaatsvond. Hierdoor zijn sommige video-opnamen onderbelicht waardoor sommige non-verbale gedragingen moeilijk te bestuderen waren.

#### 4.2.3 Observatieschema

Het observatieschema dat gebruikt werd is grotendeels gebaseerd op het Roter's Interaction Analysis System (RIAS) (Roter, 1989). Caris-Verhallen, de Gruijter & Kerkstra (1997) hebben het RIAS, dat oorspronkelijk werd ontwikkeld voor onderzoek naar arts-patiënt communicatie, enigszins aangepast voor de verpleegkundige praktijk.

Deze aanpassingen zijn in het observatieschema in dit onderzoek meegenomen. Daarnaast is het schema toegespitst op de specifieke onderzoekspopulatie in dit onderzoek. Allereerst is rekening gehouden met het feit dat de bewoners die geobserveerd worden dement zijn. Dementie veroorzaakt dusdanige gedragingen en stoornissen in taal en geheugen, dat communicatie bemoeilijkt wordt. Bovendien is bij het aanpassen van het observatieschema rekening gehouden met aanbevelingen uit de praktijk toegespitst op de omgang van verzorgenden met dementerende ouderen (Kruyver & Kerkstra, 1996). Voorbeelden van deze aanbevelingen zijn: meegaan in de belevingswereld van de bewoners, de bewoners zoveel mogelijk stimuleren en/of activeren om eigen beslissingen te nemen c.q. handelingen te verrichten (met name zelfzorgactiviteiten), steeds uitleggen wat je als verzorgende gaat doen, etc. Deze aspecten komen dan ook terug in het observatiesysteem (zie Bijlage 1, tabel 4.4 voor een overzicht van de categorieën).

Met het RIAS worden alle verbale uitingen gescoord in 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 (Bensing, 1991; Caris-Verhallen, e.a., 1997). Binnen het RIAS wordt zowel aandacht besteed aan de mate waarin de hulpverlener zijn/haar betrokkenheid toont en emotionele steun geeft (affectieve communicatie) en aan het maken van sturende opmerkingen, het stellen van open en gesloten vragen, het geven van informatie en adviezen (instrumentele communicatie). Beide typen van verbale communicatie zijn van belang voor verplegen en verzorgen (Caris-Verhallen, e.a., 1997).

Het observatieschema bestaat uit zes onderdelen: (1) verbale communicatie, (2) non-verbale communicatie, (3) spreektijd, (4) tijd dat verzorgende en bewoner samen in beeld zijn, (5) de zorgactiviteiten; en een (6) beoordelingsschaal waarmee een beeld wordt verkregen van de sociaal-emotionele context van het contact (affectmaten). De observaties zijn geautomatiseerd ingevoerd met behulp van computerprogramma CAMERA. CAMERA is speciaal ontwikkeld om dit soort informatie op een systematische manier te verwerken om het vervolgens te kunnen analyseren. Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende onderdelen van het observatieschema.

#### *(1) Verbale communicatie*

Na hiërarchische clusteranalyse zijn de oorspronkelijke 24 verbale categorieën van de dementerende bewoners en 29 verbale categorieën van de verzorgenden (zie Bijlage 1, tabel 4.4 voor een overzicht en beschrijving van de categorieën) teruggebracht tot 8 respectievelijk 11 verbale clusters.

Voor de *bewoners* zijn dit de volgende clusters:

- (1) Informatie uitwisselen/sociale conversatie, dwz. uitingen gericht op het verkrijgen of geven van informatie over de verzorging, het wonen in een verpleeghuis en het leven van alle dag (categorieën sociale conversatie, uitingen om na te gaan of men de ander goed begrepen heeft, open en gesloten vragen om informatie, eens zijn, om verduidelijking vragen, informatie geven, instructies geven, psychosociale vragen en psychosociale informatie geven)
- (2) Verzoek, dit zijn verbale uitingen waarin de bewoner een expliciet verzoek doet (categorie verzoek uiten).
- (3) Affectieve communicatie, dwz. verbale uitingen waaruit blijkt dat de bewoner zich dusdanig veilig en op zijn gemak voelt zodat deze grapjes durft te maken en zich durft te uiten, maar ook aan kan geven het oneens te zijn met de verzorgenden (



categorieën grapjes maken, oneens zijn, bezorgdheid tonen, parafraseren en geruststellen).

- (4) Waardering en dankbaarheid, hiermee worden verbale uitingen bedoeld die aangeven dat de bewoner de zorg waardeert door het geven van complimenten en uiten van dankbaarheid (categorieën waardering/complimentjes geven).
- (5) Weerstand, dwz. verbale communicatie waarmee weerstand tegen de zorg worden geuit (categorie verzet uiten).
- (6) Monologe communicatie, dwz. uitingen die niet gericht zijn tot iemand (categorie monologe uitingen).
- (7) Communicatie gericht op derden, m.a.w. niet gericht op de verzorgende die de ochtendzorg geeft (categorie verbale uitingen gericht op derden).
- (8) Onbegrijpelijke communicatie, hiermee worden verbale uitingen bedoeld die taaltechnisch onbegrijpelijk zijn (categorie onbegrijpelijk praten).

Voor de verzorgenden worden 11 verbale clusters onderscheiden:

#### **Instrumentele communicatie**

- (1) Richtinggevende communicatie, dwz. uitingen gericht op het geven van structuur aan het zorgcontact en vragen om bevestigingen aan de bewoner of interpretaties kloppen (categorieën instemmen, oriënterende opmerkingen, nagaan of men de bewoner goed begrepen heeft, vragen stellen over de ochtendzorg, instructies geven, parafraseren)
- (2) Stimuleren zelfzorg, dwz. uitingen gericht op het activeren van de bewoner tot zelfzorg (categorieën activeren tot zelfzorg, corrigeren, goedkeuring geven).
- (3) Stimuleren tot uiting mening, dwz. uitingen gericht op het stimuleren van de assertiviteit van de bewoner, waarmee de verzorgende laat zien respect te hebben voor de mening en mogelijkheden van de bewoner (door geen instructie te geven maar iets netjes te vragen) (categorieën verzoek uiten, stimuleren door expliciet naar een mening te vragen).
- (4) Testen kennis. Dit zijn uitingen gericht op het testen van de bewoner van hetgeen deze nog weet (categorie testen van kennis).

#### **Affectieve communicatie**

- (5) Informatie uitwisselen/sociale conversatie dwz. het geven van informatie over de zorg, leven in het verpleeghuis en het leven van alledag (categorieën sociale conversatie, grapjes maken, psychosociale informatie vragen, (psychosociale informatie geven)
- (6) Samenwerking, dwz. uitingen die aangeven dat de verzorgenden en bewoners samenwerken in het volbrengen van de taak (categorie samenwerking).
- (7) Affectieve communicatie, dwz. uitingen waarmee affectie, bezorgdheid en betrokkenheid wordt getoond (categorieën bezorgdheid tonen, geruststellen, om verduidelijking vragen)
- (8) Inleven in gevoelens, dwz. uitingen waarbij de verzorgenden laat merken mee te voelen met de bewoner en deze gevoelens begrijpt (categorie empathie tonen).
- (9) Meegaan in de belevingswereld. Dit zijn uitingen waaruit blijkt dat de verzorgende meegaat in de belevingswereld van de bewoners, ook al strookt die werkelijkheid niet met de 'realiteit' (categorie meegaan in de belevingswereld).

#### **Overige**

- (10) Monologe communicatie, dwz. uitingen die niet gericht zijn tot iemand.
- (11) Communicatie gericht tot derden, m.a.w. niet gericht tot de bewoner die de ochtendzorg ontvangt.

### *(2) Non-verbale communicatie*

In het observatieschema zijn drie non-verbale gedragscategorieën opgenomen: aankijken, instrumenteel aanraken en affectief aanraken.

- Aankijken is in navolging van Caris-Verhallen e.a. (1997) gedefinieerd als de tijd dat de verzorgende naar het gezicht van de bewoner kijkt.
- Instrumentele aanraken is fysiek contact dat noodzakelijk is om een bepaalde taak uit te voeren (bijvoorbeeld bij het aankleden de arm vastpakken)
- Affectief aanraken door de verzorgende of demente bewoner gebeurt spontaan en drukt een zekere mate van genegenheid uit (Le May & Redfern, 1987). Bijvoorbeeld een verzorgende die een arm om de bewoner legt om haar/hem te troosten. Het kan ook zijn dat de bewoner uit dankbaarheid voor de ontvangen zorg de verzorgende een kus geeft. Ook dan is sprake van affectief aanraken, ditmaal door de bewoner.

In tegenstelling tot de studie van Caris-Verhallen e.a. (1997) zijn niet de non-verbale gedragingen toewenden, knikken en glimlachen in het observatieschema opgenomen. Deze gedragingen waren in deze zorgsetting niet betrouwbaar te observeren omdat de video-opnamen soms onderbelicht waren waardoor de nuances in het gezicht zeer moeilijk te zien waren.

### *(3) Spreektijd*

Om zicht te krijgen op de mate waarin gesproken werd tijdens de ochtendzorg is ook de spreektijd van zowel de verzorgende als de bewoner geobserveerd. De spreektijd is de tijd dat de verzorgende, respectievelijk de bewoner aan het woord is tijdens de ochtendzorg.

### *(4) Tijd samen in beeld*

Omdat het niet mogelijk was de verzorgende en bewoner altijd samen in beeld te filmen, is de totale tijd genoteerd dat ze samen in beeld waren, om zodoende een betrouwbare indicatie te geven van de non-verbale categorieën (als proportie van de tijd dat het gedrag ook daadwerkelijk te scoren is). Bijvoorbeeld de verzorgenden verlaten vaak de ruimte om een rolstoel, verpleegmateriaal of medicijnen te halen. Het belang van de categorie 'tijd samen in beeld' is van minder belang voor de observatie van het verbaal gedrag, spreektijd en de zorgactiviteiten die worden verricht. Vaak praat de verzorgende namelijk gewoon door terwijl ze aan de andere kant van de kamer is of is aan het geluid goed te horen wat ze is aan het doen (waskommen vullen, of kleren pakken). Bovendien vertellen de verzorgenden de bewoners doorgaans wat ze gaan doen wanneer ze de ruimte verlaten. De filmers hebben tevens tijdens het filmen logboekjes bijgehouden waarin dit soort momenten zijn beschreven, bijv. verzorgende verlaat ruimte om tillift te halen.

### *(5) Zorgactiviteiten*

De aard en de duur van de zorgactiviteiten zijn tijdens de ochtendzorg geobserveerd. De volgende zorgtaken zijn hierbij onderscheiden:

- Introductie van de ochtendzorg. Alle activiteiten en uitingen gericht op het voorbereiden van de bewoner op de ochtendzorg (begroeten, wekken, aangeven door verzorgende wat er gaat gebeuren).
- Lichamelijk hygiënische zorg. Hieronder wordt verstaan: uitkleden en aankleden, wassen en afdrogen bewoner op bed, aan de wastafel of onder de douche, nagels knippen en/of schoon maken, tandenpoetsen/gebitt reinigen, scheren, haar verzorgen (kammen), toiletteren, aanbrengen van parfum/aftershave of make-up, insmeren met bodylotion en sieraden omdoen.

- Verpleegtechnische zorg zoals injectie geven/medicijnen toedienen, zalf en/of poeder aanbrengen in het kader van medische behandeling of ter voorkoming van wondjes, klysma geven, decubitus verzorgen, en dergelijke.
- Huishoudelijke activiteiten zoals klaarzetten van waskommen, handdoeken, kleding, e.d., alsmede bed opmaken/verschonen, slaapkamer/douche/badkamer opruimen
- Verplaatsen van bewoner naar andere ruimte. Tijdens de ochtendzorg wordt de bewoner soms naar een andere ruimte gebracht om daar naar het toilet te gaan en/of aan de wastafel gewassen te worden. Ook wanneer de bewoner in bad of onder de douche gaat wordt de bewoner naar een andere ruimte gebracht.
- Restcategorie, namelijk alle activiteiten die niet in bovenstaande categorieën zijn onder te brengen.

#### *(6) Globale affectmaten*

De non-verbale categorieën zoals deze hierboven werden omschreven zijn niet uitputtend als het gaat om het non-verbale gedrag dat intermenselijke verhoudingen weergeeft. Daarom werd tevens door de observatoren een oordeel gegeven over de emotionele context en de sfeer tijdens de ochtendzorg. Dit werd gedaan aan de hand van de 'globale affectmaten' (Roter, 1989). De globale affectmaten zijn ingedeeld in vijf affectieve dimensies: boosheid/geïrriteerdheid, gespannenheid/nervositeit, interesse/bezorgdheid, dominantie/assertiviteit en warmte/vriendelijkheid. Een oordeel over deze affectieve dimensies wordt gegeven op zes punts Likert schalen (1=weinig, 6=veel). Naar aanleiding van eerdere onderzoeken (Bensing, 1991; Caris-Verhallen e.a., 1997) zijn echter wel een aantal aanpassingen gemaakt. Op basis van het onderzoek van Bensing (1991) is de affectmaat 'assertiviteit en (sociale) dominantie' voor de verzorgenden niet in het observatieschema opgenomen, omdat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze affectmaat erg laag was. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt doordat dominantie een negatieve waardering heeft en assertiviteit daarentegen een positieve, terwijl ze wel allebei in één maat zijn opgenomen. Wel is deze affectmaat, weliswaar uitsluitend gedefinieerd als 'assertiviteit' opgenomen voor het gedrag van de bewoners om zodoende inzicht te krijgen in hoeverre de bewoners nog in staat zijn om iets in te brengen tegen situaties die hun niet bevallen of die ze anders willen zien. Een voorbeeld van assertief gedrag van de bewoner, ontleend uit de praktijk, is het moment waarop de bewoner te kennen geeft de jurk die de verzorgende voor haar heeft uitgezocht niet aan te willen omdat ze zin heeft in een vrolijke jurk in plaats van 'die saaie grijze'. Op zo'n moment vertoont de bewoner assertief gedrag. Daarnaast hebben Caris-Verhallen e.a. (1997) een tweetal affectmaten, relevant voor de verpleegkundige praktijk, toegevoegd aan de oorspronkelijke affectmaten van het RIAS, namelijk 'betuttelen/ongelijkwaardige houding' en 'betrokken houding'. Dit omdat beide affecten worden beschouwd als belangrijke aspecten van bejegening. Uit respect voor de bewoner is het van groot belang dat de bewoner als een volwassen persoon wordt benaderd en niet als ongelijkwaardig wordt behandeld. Zo zal ook de betrokkenheid van de zorgverlener in belangrijke mate de kwaliteit van de omgang beïnvloeden. Tenslotte is de affectmaat 'respect/discretie/privacy' in het observatieschema opgenomen, om na te gaan of de bewoner discreet door de verzorgende wordt behandeld dan wel als persoon in zijn waarde wordt gelaten. Een respectvolle benadering maakt immers onderdeel uit van een correcte bejegening. Er is sprake van discreet handelen wanneer de verzorgende geen misbruik maakt van de geestelijke of fysieke beperking van de bewoner. Voorbeelden van weinig respectvolle gedragingen zijn: iemand op de hak nemen, voor de gek houden, fluisteren in nabijheid van slechthorende bewoner, grapjes maken over bewoner naar collega etc. Het onderwerp 'privacy', hetgeen nauw

samenhangt met respect, is eveneens van groot belang, hetgeen blijkt uit de discussie over verpleeghuiszorg (RVZ, 1996; VWS, 1996). Gezien het feit dat de bewoners veelal niet beschikken over een eigen ruimte is het van belang dat binnen de huidige zorgsetting de privacy van de bewoners zoveel mogelijk gewaarborgd wordt. Hierbij dient gedacht te worden aan bijvoorbeeld het sluiten van de gordijnen, de mate waarin de bewoner tijdens het wassen 'te kijk zit' voor anderen, of de bewoner onnodig in zijn/haar blootje zit.

Samengevat zijn in dit onderzoek de volgende affectmaten beoordeeld door de observatoren:

- Boosheid/geïrriteerdheid: een hoge score betekent kortaf zijn, onvriendelijk kijken, veel tegenwerpingen maken, zuchten, met boze klank in stem toespreken (verzorgende/bewoner).
- Gespannenheid/nervositeit: veel zorgen uiten, hakkelen, onrustig bewegen (verzorgende/bewoner).
- Interesse/bezorgdheid: begrip tonen, vragen naar mening van ander, goed luisteren, veel persoonlijke opmerkingen plaatsen (verzorgende/bewoner).
- Warmte/vriendelijkheid: de tijd nemen, veel glimlachen en knikken (verzorgende/bewoner).
- Betuttelen/ongelijkwaardige houding: spreken op hoge toon, verkleinwoorden gebruiken (ommatje, mevrouwtje), iemand ongevraagd tutoyeren, erg langzaam spreken, overdreven articuleren, 'we'-taal hanteren en de ander niet de kans geven initiatief te nemen (verzorgende).
- Betrokken houding: instemmend knikken, toewenden naar bewoner, luisterhouding (verzorgende).
- Respect/discretie/privacy: de fysieke en geestelijke beperking van de bewoner respecteren door bijv. geen grappig bedoelde opmerkingen hierover te maken, geduldig te zijn wanneer bewoner zelf handelingen verricht (niet uit handen nemen), niet over het hoofd van de bewoner met collegae praten etc. (verzorgende).
- Assertiviteit: initiatief nemen, mening uiten, wensen en gevoelens duidelijk maken (bewoner).

#### 4.2.4 Betrouwbaarheid van de observaties

De video-opnamen werden geobserveerd door twee observatoren. Om na te gaan in hoeverre beide observatoren op eenzelfde manier de verschillende categorieën hebben gescoord is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bepaald. Daartoe zijn acht zorgcontacten (iets meer dan 10% van de totaal geobserveerd video-opnamen) door beide observatoren geobserveerd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is berekend met Pearson's produkt moment correlaties (zie Bijlage 1, tabel 4.4 en tabel 4.5). Bij de verbale categorieën werd daarbij uitgegaan van frequenties en bij de non-verbale categorieën en de spreektijd van de duur.

Uit tabel 4.4 blijkt dat interobservator-betrouwbaarheid van de meeste verbale categorieën redelijk tot goed is, behalve voor de categorieën oneens zijn (bewoners), verzoek uiten (verzorgenden) en nagaan of men de ander goed begrepen heeft (bewoners). Van een aantal categorieën kon de mate van overeenstemming tussen de observatoren niet berekend worden omdat deze in de acht contacten niet of nauwelijks gescoord zijn.

De betrouwbaarheidscoëfficiënten van het geobserveerde non-verbale gedrag en de affectmaten zijn in het algemeen hoog met uitzondering van de instrumentele aanrakingen door de bewoners, en de affectmaten interesse/bezorgdheid en warmte/vriendelijk-

heid van de bewoners (zie tabel 4.5). De verklaring voor de lage betrouwbaarheid van instrumentele aanrakingen door de bewoners is gelegen in het feit dat het bijzonder moeilijk was te beoordelen of een aanraking van een bewoner instrumenteel was, dwz. betrekking had op de zorgtaak. Bovendien speelt mee dat deze categorie slechts heel weinig voor kwam en niet in alle zorgcontacten is gescoord. De affectmaten interesse en warmte van de bewoners bleken moeilijk te observeren. Met name wanneer een bewoner weinig of niets zei.

## 4.3 Resultaten

### 4.3.1 Verbale communicatie van de verzorgenden en bewoners

De gemiddelde spreekduur van de verzorgenden tijdens de ochtendzorg was 3.55 minuten (sd. 1.62) en van de bewoners 2.68 minuten (sd. 2.72). De contacten tijdens de ochtendzorg duurden gemiddeld 21.2 minuten. Dit betekent dat door de verzorgenden gemiddeld tijdens 17% van de tijd werd gesproken en door de bewoners 13% van de tijd. Uitgaande van de totale gemiddelde spreektijd (6,23 minuten), is er sprake van verbale communicatie gedurende bijna 30% van totale zorgtijd.

Er bestaat een significant positief verband tussen de spreektijd van de bewoners en die van de verzorgenden ( $r = .40$ ;  $p = .00$ ). Verder blijkt dat naar mate bewoners meer sociale beperkingen kennen, de spreektijd korter is ( $r = -.28$ ,  $p = .02$ ). De mate van cognitieve en fysieke beperkingen vertonen daarentegen geen significante samenhang met de spreektijd van de bewoners. Bij de verzorgenden werd dezelfde relatie gevonden: de spreektijd van de verzorgenden is korter naarmate de bewoners ernstiger sociale beperkingen hebben ( $r = -.22$ ,  $p = .05$ ).

#### **Verbale communicatie van de bewoners**

In tabel 4.6 wordt een overzicht gegeven van het verbale gedrag van de bewoners tijdens de ochtendzorg. Omdat de zorgcontacten verschillen in duur is per cluster een proportionele score weergegeven, dwz. het aantal uitingen in het betreffende cluster, gedeeld door het totaal aantal uitingen van de bewoner maal 100%. Zoals uit de tabel blijkt zijn de meeste verbale uitingen van de bewoners gericht op het uitwisselen van informatie over de zorg, gevoelens en het leven in een verpleeghuis (50,3%). Ook de sociale conversatie valt hieronder. Verder worden veel verbale uitingen van de bewoners als affectief aangemerkt dat wil zeggen verbale uitingen die bijdragen aan een gemoedelijke en prettige sfeer zoals humor, parafraserende en geruststellende opmerkingen waarbij de bewoner zich gelijkwaardig toont aan de verzorgende. Een aanzienlijk deel van de verbale uitingen door de bewoners is onbegrijpelijk (11,8%). Wat ook opvalt is dat verbale weerstand tegen de zorg weinig voorkomt. Uit de sterk uiteenlopende standaard deviatie (en spreiding) blijkt echter dat er grote verschillen zijn tussen de bewoners. Zo uit de ene bewoner geen enkele verzet tegen de zorg terwijl dit soort uitingen bij andere contacten meer dan 10% uitmaken. Tenslotte komt naar voren dat de bewoners zelden een verzoek uiten.

Tabel 4.6 Verbale communicatie van dementerende bewoners tijdens de ochtendzorg (n=77 zorgcontacten)

verbale clusters bewoners	%	standaard deviatie
informatie uitwisseling/sociale conversatie	50.3	24.5
affectieve communicatie	13.8	13.4
uiten waardering en dankbaarheid	1.2	3.5
uiten van een verzoek	0.1	0.3
uitingen waarmee weerstand tegen de zorg wordt geuit	1.8	11.6
monologe communicatie	2.6	11.0
communicatie gericht op derden	1.4	3.6
onbegrijpelijk verbale uitingen	11.8	21.4

### **Verbale communicatie van de verzorgenden**

In tabel 4.7 staat een beschrijving van de verbale uitingen gemaakt door de verzorgenden tijdens de ochtendzorg. De meeste verbale uitingen die de verzorgenden maken zijn instrumenteel van aard en zijn bedoeld om het zorgcontact zoveel mogelijk te structureren (62,3%). Dit betekent dat de verzorgenden veel instructies geven en oriënterende opmerkingen plaatsen. Bovendien gaan de verzorgenden na of de bewoner begrijpt wat bedoeld wordt en checken ze regelmatig of zijzelf de boodschap van de bewoners wel goed interpreteren. Hieruit blijkt dat de verzorgenden de omgangsregel 'het respecteren van de bewoners in hun eigenheid door rekening te houden met hun beperkingen en mogelijkheden' (zie hoofdstuk 3) frequent toepassen. Met name geven verzorgenden van te voren aan wat de volgende stap is tijdens de zorgverlening. Verder zien we dat de verzorgenden zich inspannen om contact te maken met de bewoners, door bijvoorbeeld een praatje te maken. Er wordt veel informatie uitgewisseld over de zorg, het leven in het verpleeghuis en over alledaagse zaken (sociale conversatie).

Wanneer we de andere omgangsregels in ogenschouw nemen zijn deze minder duidelijk traceerbaar in de verbale uitingen van de verzorgenden. Zo worden niet veel verbale uitingen gemaakt om de bewoners te activeren tot zelfzorg of tot het uiten van een eigen mening. Tevens waren er weinig verbale uitingen waaruit blijkt dat de verzorgenden meegaan in de belevingswereld van de bewoners. Daarentegen wordt, geheel in overeenstemming met de omgangsregels, vrijwel niet nagegaan of de bewoners nog over bepaalde kennis beschikken.

Tussen de verbale communicatie van de verzorgenden en bewoners zijn slechts enkele verbanden gevonden (niet in tabel). Zo blijkt dat verzorgenden vooral meegaan in de belevingswereld van de bewoner tijdens contacten waarin de bewoners relatief vaak onbegrijpelijk praten ( $r = .24$ ,  $p = .04$ ). Dit wijst erop dat verzorgenden vooral meegaan in de belevingswereld van bewoners in een vergevorderd stadium van dementie. Verder komt naar voren dat affectieve communicatie van de verzorgenden samengaat met meer affectieve communicatie van de bewoners ( $r = .24$ ,  $p = .04$ ) en juist met minder informatie uitwisselen door de bewoners ( $r = -.25$ ,  $p = .04$ ). Het stimuleren van zelfzorg door verzorgenden gaat samen met het uiten van waardering door bewoners ( $r = .24$ ,  $p = .04$ ), terwijl het stimuleren tot het uiten van een mening door de verzorgenden samengaat met informatie uitwisselen door bewoners ( $r = .28$ ,  $p = .05$ ) en het praten tegen derden door bewoners ( $r = .33$ ,  $p = .003$ ).

Tabel 4.7 Verbale communicatie van de verzorgenden tijdens de ochtendzorg (n= 77 zorgcontacten)

verbale clusters verzorgenden	gemiddeld	standaard deviatie
<b>Instrumentele communicatie</b>		
richtinggevende communicatie	62.3	9.7
stimuleren zelfzorg	6.7	5.4
stimuleren tot uiting mening	1.4	1.6
testen kennis	0.1	0.2
<b>affectieve communicatie</b>		
informatie uitwisselen/sociale conversatie	13.1	7.4
samenwerking	0.1	0.3
affectieve communicatie	6.5	4.8
inleven in gevoelens	0.1	0.4
meegaan in de belevingswereld	0.2	0.6
<b>overige</b>		
monologe opmerkingen	1.9	3.3
communicatie gericht op derden	4.5	7.1

#### 4.3.2 Non-verbale communicatie van verzorgenden en bewoners

In 14% van de tijd dat de verzorgende en bewoner samen in beeld zijn, wordt de bewoner aangekeken door de verzorgende. In alle contacten kijkt de verzorgende de bewoner minstens 1 keer aan (zie tabel 4.8).

De bewoners worden door de verzorgenden vaak instrumenteel aangeraakt. Gezien de zorgsituatie waarin de video-opnamen zijn gemaakt, is dit resultaat niet verwonderlijk. Gedurende 49% van de tijd dat de verzorgende en bewoner samen in beeld zijn is sprake van een instrumentele aanraking door de verzorgende. Wat betreft de affectieve aanrakingen door de verzorgende is dit maar 5% van de tijd. In 8 van de 77 contacten wordt de bewoner niet één keer door de verzorgende affectief aangeraakt.

Tabel 4.8 Overzicht van non-verbale communicatie tussen de verzorgenden en demente bewoners in het verpleeghuis tijdens 77 zorgcontacten

	Aantal contacten waarin dit gedrag voorkomt (%)	Gemiddelde proportionele duur ten opzichte van samen in beeld (%)	Standaard deviatie
Aankijken door verzorgende	77 (100%)	14%	10%
Affectief aanraken door verzorgende	69 (89,6%)	5%	5%
Instrumenteel aanraken door verzorgende	77 (100%)	49%	16%
Affectief aanraken door bewoner	44 (57,1%)	1%	4%
Instrumenteel aanraken door bewoner	38 (49,4%)	2%	4%

De bewoners raken de verzorgenden beduidend minder aan. Slechts in 1% van de tijd dat de verzorgende en de bewoner samen in beeld zijn, raakt de bewoner de verzorgende instrumenteel aan. In 38 contacten (49,4%) is er een moment waarop de

bewoner lichamelijk contact maakt met de verzorgende dat instrumenteel van aard is. Affectieve aanrakingen door de bewoner vinden een fractie vaker plaats, namelijk in 2% van de tijd dat ze samen in beeld zijn. In meer dan de helft van de contacten komt het voor dat de bewoner de verzorgende op een affectieve manier aanraakt.

#### 4.3.3 Relatie tussen verbale en non-verbale communicatie

Vervolgens is nagegaan op welke wijze de verbale communicatie gerelateerd is aan de non-verbale communicatie van de verzorgenden en bewoners (vraagstelling 3). Uit tabel 4.9 blijkt dat er een positieve relatie is tussen aankijken door de verzorgende en de mate van affectieve communicatie en het meegaan in de belevingswereld van de bewoner. Echter naarmate er meer richtinggevende communicatie plaatsvindt, kijkt de verzorgende juist minder naar de bewoner. Dit komt doordat richtinggevende communicatie vooral geuit wordt tijdens het verlenen van lichamelijk-hygiënische zorg. De verzorgenden raken de bewoner vooral instrumenteel aan terwijl ze meegaan in de belevingswereld van de bewoner. Ook hier geldt dat het meegaan in de belevingswereld van de bewoner vooral plaatsvindt tijdens de lichamelijk hygiënische zorg. De bewoners worden daarentegen minder vaak instrumenteel aangeraakt, wanneer de verzorgenden hen stimuleert tot zelfzorg, bijvoorbeeld om zelf een bloes aan te trekken. Tussen affectief aanraken en de verbale communicatie van de verzorgenden werd geen verband gevonden.

Tussen de verbale en non-verbale communicatie van de bewoners werd slechts één significante correlatie gevonden: de bewoners raken de verzorgenden vooral instrumenteel aan, wanneer ze onbegrijpelijk communiceren.

Tabel 4.9 Overzicht van correlaties van verbale categorieën en non-verbale communicatie van de verzorgenden (n=77 zorgcontacten)

	instrumenteel aanraken	affectief aanraken	aankijken
<b>instrumentele communicatie</b>			
richtinggevende communicatie	.03	.15	-.22*
stimuleren zelfzorg	-.23*	.04	-.16
stimuleren uiting mening	-.10	-.09	.20
testen kennis	-.02	-.03	.08
<b>affectieve communicatie</b>			
informatie/sociale conversatie	-.05	.05	.18
samenwerken	.15	-.11	-.07
affectieve communicatie	.05	.19	.23*
inleven gevoelens	.19	-.03	.07
meegaan belevingswereld	.27**	.07	.40**
<b>overige</b>			
monologe communicatie	.18	-.18	-.07
communicatie derden	-.01	-.21	-.01

\* significantieniveau van  $p < .05$

\*\* significantieniveau van  $p < .01$

#### 4.3.4 Relatie tussen de communicatie en de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg

Zoals eerder werd vermeld (zie 4.2.3) hebben de observatoren ook een globaal oordeel gegeven over de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg. Daarbij is zowel het gedrag van de verzorgende als dat van de bewoner in beschouwing genomen.



Uit de resultaten blijkt dat er overeenkomsten zijn tussen het beoordeelde gedrag van de verzorgenden en bewoners (zie tabel 4.10). Boosheid of geïrriteerdheid en weinig respectvol gedrag van de verzorgende gaat samen met boosheid of geïrriteerdheid van de bewoner. Omgekeerd gaat interesse, warmte en een betrokken houding van de verzorgende samen met interesse en vriendelijkheid van de bewoner. Verzorgenden en bewoners 'spiegelen' en versterken elkaars gedrag als het ware.

Tabel 4.10 Correlaties tussen affectmaten van verzorgenden en affectmaten van de bewoners (n=77 zorgcontacten)

	Boosheid/ geïrriteerd- heid bewo- ner	Angst/ nervositeit bewoner	Interesse/ bezorgd- heid bewo- ner	Warmte/ vriendelijk- heid bewo- ner	Assertiviteit bewoner
Boosheid/geïrriteerd- heid verzorgende	.50**	.14	-.11	-.22	.19
Angst/nervositeit verzorgende	.06	.05	.06	-.00	-.12
Interesse/bezorgdheid verzorgende	-.18	.19	.41**	.51**	.08
Warmte/vriendelijkheid verzorgende	-.22	.12	.33*	.45**	.06
Betuttelen/ongelijkw- aardige houding ver- zorgende	.23	.15	-.10	-.16	-.10
Betrokken houding verzorgende	-.21	.26	.44**	.53**	.12
Respect/discretie/p- rivacy verzorgende	-.31*	.05	.35	.46	-.01

\* p<.01  
\*\* p<.001

Vervolgens is nagegaan op welke wijze de communicatie gerelateerd is aan de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg (vraagstelling 4).

Uit de resultaten valt af te leiden dat met name in contacten waar de verzorgenden veel informatie uitwisselen en sociale conversatie voeren met de bewoners, de houding van de verzorgenden als meer geïnteresseerd ( $r = .42$ ), vriendelijk/warm ( $r = .38$ ), betrokken ( $r = .40$ ) en respectvol ( $r = .38$ ) wordt beoordeeld (in alle gevallen  $p < .01$ ). Daarnaast worden zij in deze contacten juist als minder betutteld beschouwd ( $r = -.33$ ,  $p < .05$ ). Tijdens contacten waarin verzorgenden relatief veel in zichzelf praten worden zij als meer geïrriteerd ( $r = .36$ ) en juist als minder respectvol ( $r = -.30$ ) beoordeeld door de observatoren. De andere verbale gedragscategorieën laten niet tot nauwelijks een samenhang zien met de globale affectmaten.

Bij de bewoners zien we ook enkele relaties tussen hun verbale gedrag en het oordeel van de observatoren op de globale effectmaten. Tijdens contacten waarin bewoners relatief veel informatie uitwisselen of sociaal converseren met verzorgenden of verzoeken uiten worden zij als meer assertief beschouwd ( $r = .31$ , resp.  $r = .34$ ,  $p < .05$ ).

Het uiten van waardering door de bewoners gaat samen met een hoger oordeel op vriendelijkheid ( $r = .36$ ,  $p < .05$ ); terwijl als bewoners relatief veel weerstand tegen de zorg vertonen, ze door de observatoren als bozer of meer geïrriteerd worden beoordeeld ( $r = .36$ ,  $p < .05$ ). In contacten waar bewoners veel met anderen dan de verzorgende die hen verzorgt communiceert, worden ze als minder geïnteresseerd beoordeeld ( $r = -.37$ ,  $p < .05$ ).

In tabel 4.11 wordt weergegeven in welke mate de non-verbale communicatie van de verzorgenden samenhangt met de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg.

Uit de resultaten komt naar voren dat vooral het affectief aanraken van bewoners samenhangt met de affectmaten: Affectief aanraken door de verzorgende correleert significant positief met de affectmaten interesse, vriendelijkheid, betrokken houding en negatief met een betuttelde houding. Het affectief aanraken speelt blijkbaar een rol in het bepalen of iemand vriendelijk, betrokken en gelijkwaardig met de bewoner omgaat. Instrumenteel aanraken door de verzorgende hangt positief samen met betuttelen. En tenslotte houdt het aankijkgedrag van de verzorgende verband met de mate waarin de verzorgende als vriendelijk wordt aangemerkt.

Wat het non-verbale gedrag van de bewoners betreft komt alleen naar voren dat bewoners die de verzorgende affectief aanraken als assertiever worden beoordeeld ( $r = .24$ ,  $p < .05$ )

Tabel 4.11 Correlaties tussen non-verbaal gedrag en de affectmaten van de verzorgenden tijdens 77 zorgcontacten

	Boosheid/ geïrriteerdheid	Angst/ nervositeit	Interesse/ bezorgdheid	Warmte/ vriendelijkheid	Betuttelen/ ongelijkwaardige houding	Betrokken houding	Respect/ discretie/ privacy
Aankijken	.08	.20	.19	.25*	.02	.20	-.01
Affectief aanraken	-.21	-.13	.27*	.35**	-.26*	.31**	.21
Instrumenteel aanraken	-.02	-.04	.07	.19	.25*	.09	-.14

\*  $p < .05$     \*\*  $p < .01$

#### 4.3.5 Factoren die gerelateerd zijn aan de communicatie

Aan de standaarddeviaties in tabel 4.7 en 4.8 is te zien dat communicatie per zorgcontact erg kan verschillen. Daarom is, gebaseerd op het interactiemodel van Athlin en Norberg (1987) nagegaan in welke mate de setting (type verpleeghuis), de zorgtaken, het fysiek, cognitief en sociaal functioneren van de bewoners en de opleiding en ervaring van de verzorgenden gerelateerd zijn aan de (non)verbale communicatie tijdens de ochtendzorg (vraagstelling 5).

*Setting.* Wat betreft de verbale communicatie komt naar voren dat de verzorgenden in verpleeghuis 1 tijdens de ochtendzorg significant vaker de bewoners stimuleren tot zelfzorg, vaker nagaan wat de bewoners nog weten en vaker praten terwijl ze zich tot niemand richten vergeleken met de verzorgenden uit verpleeghuis 2 (zie tabel 4.12).

Verder is er een tendens ( $p < .10$ ) dat de verzorgenden uit verpleeghuis 1 meer affectief communiceren, terwijl de verzorgenden uit verpleeghuis 2 vaker richting geven aan het zorgcontact, door middel van structurerende opmerkingen, instructies geven en nagaan of men de bewoner goed begrepen heeft.

Tussen de bewoners van beide verpleeghuizen werd slechts één significant verschil gevonden: de bewoners in verpleeghuis 1 bieden vaker verbale weerstand tegen de ochtendzorg (18,5% van alle uitingen) dan de bewoners in verpleeghuis 2 (9,5%) ( $t = -2.92$ ;  $p = .005$ ).

Het enige significante verschil dat gevonden werd met betrekking tot de non-verbale communicatie is dat de bewoners in verpleeghuis 2 de verzorgenden vaker affectief aanraken dan in verpleeghuis 1, in respectievelijk 3% en 1% van de tijd dat ze samen in beeld zijn ( $t = 2.57$ ,  $p = .01$ ). Hieruit blijkt dat de verschillen in zorgvisie tussen de verpleeghuizen nauwelijks naar voren komen in de wijze van communiceren van de verzorgenden.

Tabel 4.12 Verschillen in verbale communicatie van de verzorgenden tussen de verpleeghuizen (proportionele scores)

	verpleeghuis 2 (n=41) gemiddelde	verpleeghuis 1 (n=36) gemiddelde	t-waarde	p
<b>instrumentele communicatie</b>				
richtinggevende communicatie	64.1	60.2	1.79	.08
stimuleren zelfzorg	5.6	8.0	-2.03	.05
stimuleren uiting mening	1.5	1.2	.62	.54
testen kennis	.04	.16	-2.03	.05
<b>affectieve communicatie</b>				
informatie/sociale conversatie	14.5	11.6	1.65	.10
samenwerken	.04	.13	-1.47	.15
affectieve communicatie	5.7	7.5	-1.75	.09
inleven gevoelens	.13	.03	1.04	.28
meegaan belevingswereld	.16	.19	-.27	.79
<b>overige</b>				
monologe communicatie	1.2	2.6	-1.94	.05
communicatie derden	4.4	4.6	-.10	.92

**Zorgtaken.** Tijdens de ochtendzorg namen de verschillende zorgtaken de volgende tijd in beslag: aan de introductie van de ochtendzorg werd gemiddeld 2% van de tijd besteed; aan de lichamelijk-hygiënische zorgverlening 63%; aan de verpleegtechnische zorg 2%; aan huishoudelijke activiteiten zoals slaapkamer of badkamer opruimen 20%; aan het verplaatsen van de bewoner 3%; en aan overige activiteiten 12%.

In tabel 4.13 is te zien dat er slechts enkele relaties zijn gevonden tussen de verbale communicatie van de verzorgenden en de zorgtaken die ze uitvoeren. Tijdens het geven van lichamelijk-hygiënische zorg zoals het wassen en aankleden van de bewoners vertonen verzorgenden relatief vaker verbaal gedrag waarmee ze richting geven aan het zorg contact (bijvoorbeeld: "dan ga ik nu uw voeten wassen") en waarmee ze de bewoners stimuleren tot zelfzorgactiviteiten (bijvoorbeeld: "probeert u zelf maar eens uw vest aan te trekken"). Daarentegen praten verzorgenden relatief minder vaak in zichzelf tijdens de lichamelijk-hygiënische zorgverlening. Tijdens verrichten van verpleegtechnische taken zoals medicijnen toedienen praten de verzorgenden juist relatief vaker in zichzelf of tegen derden en maken ze minder vaak een praatje met de bewoner die ze op dat moment verzorgen. Tenslotte vindt het nagaan van wat de bewoner nog weet over zijn/haar vroegere leven relatief vaak plaats tijdens

het opruimen van de badkamer of slaapkamer (huishoudelijke activiteiten).

Bij de bewoners werd slechts één significante correlatie gevonden tussen het verbale gedrag en de zorgtaken: bewoners uiten relatief vaak waardering of dankbaarheid terwijl de verzorgenden huishoudelijke activiteiten verrichten ( $r = .25$ ,  $p = .03$ ). Dit is meestal aan het eind van het zorgcontact. Echter gezien het grote aantal correlaties (48) dat hier is berekend, is het in hoge mate waarschijnlijk dat dit gevonden verband op toeval berust.

Tabel 4.13 Correlaties tussen verbale communicatie van de verzorgenden en de zorgtaken die worden uitgevoerd tijdens de ochtendzorg (n=77 contacten)

	lich. introd. zorg	verpl. hyg. zorg	techn. zorg	huish. activiteiten	ver- plaatsen	rest
<b>instrumentele communicatie</b>						
richtinggevende communicatie	-.11	.29**	-.18	-.17	.18	-.16
stimuleren zelfzorg	-.08	.27*	.09	.01	.05	-.16
stimuleren uiting mening	.15	-.11	-.02	-.10	.04	.05
testen kennis	.10	.07	-.10	.29**	-.08	-.12
<b>affektieve communicatie</b>						
informatie/sociale conversatie	.04	-.12	-.23*	.17	.00	.08
samenwerken	.02	-.02	.05	-.02	-.15	.03
affektieve communicatie	.20	-.15	-.10	.16	-.11	.05
inleven gevoelens	-.06	.06	-.11	-.02	.01	-.05
meegaan belevingswereld	.17	.09	-.14	-.06	-.04	.01
<b>overige</b>						
monologe communicatie	.01	-.40**	.38**	.16	-.22	.16
communicatie derden	.00	-.03	.32**	-.19	-.04	.09

\* significantieniveau van  $p < .05$

\*\* significantieniveau van  $p < .01$

Wat de relatie tussen de zorgtaken en het non-verbale gedrag betreft komt uit tabel 4.14 naar voren dat verzorgenden de bewoners vooral aankijken tijdens de introductie van de ochtendzorg. Affektieve aanrakingen door de verzorgenden vinden met name plaats tijdens de lichamelijk-hygiënische zorg en tijdens het verplaatsen van bewoners en juist minder tijdens verpleegtechnische zorg. De bewoners raken de verzorgenden het meest affektief aan tijdens het verplaatsen. Tenslotte raken verzorgenden de bewoners minder instrumenteel aan tijdens huishoudelijke activiteiten, hetgeen voor de hand ligt, en tijdens het verplaatsen van de bewoners.

Tabel 4.14 Correlaties tussen non-verbale communicatie en de zorgtaken die worden uitgevoerd tijdens de ochtendzorg (n=77)

	aankijken zv	affektief aanraken zv	instrumenteel aanraken zv	affektief aanraken bw	instrumenteel aanraken bw
introductie ochtendzorg	.28**	.19	.05	-.16	-.10
lich. hygiënische zorg	-.18	.30**	-.17	.21	-.13
verpleegtechn. zorg	.03	-.26*	.02	-.13	-.04
huishoudelijke act.	-.21	-.20	-.31**	-.06	-.04
verplaatsen bewoner	-.05	.51**	-.29**	.53**	-.09
restcategorie	.26*	-.10	.32**	-.25*	.19

\* significantieniveau van  $p < .05$

\*\* significantieniveau van  $p < .01$

*Mate van zorgbehoevendheid van de bewoners.* In tabel 4.15 is de relatie tussen de mate van zorgbehoevendheid van de bewoners en de (non)verbale communicatie weergegeven. Daaruit blijkt dat verzorgenden minder informatie uitwisselen en sociaal communiceren met de bewoners, naarmate de bewoners hulpbehoevender zijn in cognitief en sociaal opzicht. Verder komt naar voren dat de verzorgenden vaker in zichzelf praten naarmate bewoners fysiek en sociaal meer hulpbehoevend zijn. En tenslotte zien we dat verzorgenden vooral bij fysiek hulpbehoevende bewoners verbale uitingen gericht op samenwerking tonen.

Wat betreft de non-verbale communicatie blijkt dat verzorgenden de bewoners vaker instrumenteel aanraken naarmate de bewoners hulpbehoevender zijn in cognitief, sociaal of lichamenlijk opzicht. Dit betekent dat meer hulpbehoevende bewoners vaker geholpen worden met bijvoorbeeld wassen en aankleden door de verzorgenden. Verder is te zien dat naarmate de bewoners hulpbehoevender zijn in fysiek en sociaal opzicht, zij de verzorgenden minder vaak affectief aanraken.

Tabel 4.15 Correlaties tussen (non)verbale communicatie van de verzorgenden en de mate van zorgbehoevendheid van de bewoners (n= 77 zorg-contacten)

	cognitieve index	fysieke index	sociale index
<b>verbale communicatie</b>			
<b>instrumentele communicatie</b>			
richtinggevende communicatie	.12	-.05	.08
stimuleren zelfzorg	.12	-.18	-.06
stimuleren uiting mening	-.16	-.09	.02
testen kennis	-.07	-.14	-.12
<b>affectieve communicatie</b>			
informatie/sociale conversatie	-.30**	-.22	-.36**
samenwerken	.14	.26*	.22
affectieve communicatie	.01	-.01	.09
inleven gevoelens			
meegaan belevingswereld	.02	-.17	.05
<b>overige</b>			
monologe communicatie	.24	.42**	.51**
communicatie derden	-.06	.22	-.04
<b>non-verbale communicatie</b>			
aankijken door verzorgende	.13	.17	.10
affectief aanraken door verzorgende	.07	-.19	-.03
instrumenteel aanraken door ziekenverz.	.47**	.58**	.41**
affectief aanraken door bewoner	-.19	-.35*	-.23*
instrumenteel aanraken door bewoner	.17	.19	.11

\* significantieniveau van  $p < .05$

\*\* significantieniveau van  $p < .001$

*Opleiding en ervaring van verzorgenden.* Tussen de mate van ervaring en het type opleiding van de verzorgenden en wijze van communiceren werden geen significante verbanden gevonden. De enige uitzondering is dat de opleiding van de verzorgenden positief correleert met de mate waarin bewoners en verzorgenden elkaar affectief aanraken ( $r = .40$ ,  $p = .02$ , respectievelijk  $r = .36$ ,  $p = .04$ ). Dit betekent dat naarmate de opleiding van de verzorgende hoger is, bewoners en verzorgenden elkaar vaker affectief aanraken. Gezien het grote aantal toetsingen dat is verricht, kan dit verband op toeval berusten.

## 4.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is door middel van een verkennend observatie-onderzoek aandacht besteed aan de verbale en non-verbale communicatie van verzorgenden en dementerende bewoners tijdens de ochtendzorg in twee verpleeghuizen. Tijdens de ochtendzorg worden bewoners geholpen bij het opstaan, wassen of douchen en het aankleden. Verder verrichten de verzorgenden enige verpleegtechnische taken zoals het toedienen van medicijnen, het voorkomen of verzorgen van decubitus en huishoudelijke activiteiten zoals het bed verschonen en de badkamer opruimen.

Uit de resultaten komt naar voren dat de *verbale communicatie* van de verzorgenden vooral instrumenteel van aard is. De meeste verbale uitingen zijn bedoeld om de ochtendzorg zoveel mogelijk te structureren. Dit betekent dat de verzorgenden veel instructies geven en oriënterende opmerkingen maken, zoals "Ik ga nu uw rug wassen". Bovendien gaan verzorgenden regelmatig na of de bewoners begrijpen wat bedoeld wordt en checken ze regelmatig of zijzelf de boodschap van de bewoners wel goed interpreteren. Hieruit blijkt dat de verzorgenden de bewoners respecteren door rekening te houden met hun beperkingen en mogelijkheden.

Daarnaast wisselen de verzorgenden en bewoners veel informatie uit over de zorg, het leven in het verpleeghuis en over alledaagse zaken. Opvallend is dat de informatie uitwisseling over de zorg en de toestand van de bewoner en sociale conversatie tijdens de ochtendzorg als het ware in elkaar overlopen en daardoor sterk met elkaar samenhangen. Dit in tegenstelling tot het onderzoek van Caris-Verhallen e.a. (1987) onder verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, waar sociale conversatie en communicatie over onderwerpen die met verpleging, verzorging of gezondheid te maken hebben twee verschillende clusters bleken te zijn. Een plausibele verklaring is dat voor deze groep bewoners in het verpleeghuis het dagelijks leven en zorg heel nauw met elkaar verweven is.

Verder wordt ongeveer 14% van de uitingen van de bewoners als affectieve communicatie aangemerkt. Dit betreft verbale uitingen die bijdragen aan een gemoedelijke en prettige sfeer zoals humor en geruststellende opmerkingen. Tenslotte is bijna 12% van de uitingen van de bewoners onbegrijpelijk, hetgeen erop wijst dat deze bewoners leiden aan een ernstige vorm van dementie, en is er een grote variatie in de mate waarin bewoners zich verbaal verzetten tegen de zorg.

Tijdens de ochtendzorg kijken verzorgenden de bewoners relatief weinig aan. Dit gebeurt namelijk gemiddeld slechts in 14% van de tijd. In het onderzoek van Caris-Verhallen e.a. (1997) keken verpleegkundigen en verzorgenden tijdens de zorgverlening in de thuiszorg en het verzorgingshuis hun cliënten gemiddeld in ruim 40% van de tijd aan. Daarentegen worden de bewoners in het verpleeghuis veel vaker instrumenteel aangeraakt (gedurende 49% van de tijd) dan in de thuiszorg en het verzorgingshuis (20%). Beide verschillen hangen zeer waarschijnlijk samen met het feit dat de bewoners in het verpleeghuis veel hulpbehoevender zijn en daardoor intensiever moeten worden geholpen met wassen, aankleden e.d. Affectief aanraken van bewoners door de verzorgenden komt in 5% van de tijd voor. Dit is ruim twee keer zoveel als in de thuiszorg en het verzorgingshuis werd gevonden (Caris-Verhallen e.a., 1997). Een verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn dat affectieve aanrakingen bij ernstig demente ouderen voor een deel in de plaats komt voor verbale communicatie (Burnside, 1973; Preston, 1973).

De bevinding dat verzorgenden de bewoners veel vaker instrumenteel dan affectief aanraken stemt overeen met hetgeen in eerder onderzoek werd gevonden (Le May & Redfern, 1987; Oliver & Redfern, 1991; McCann & McKenna, 1993).

Verder bleek uit de resultaten dat de non-verbale communicatie van de verzorgenden aan hun verbale communicatie gerelateerd is. Verzorgenden kijken de bewoners vooral aan tijdens affectieve verbale communicatie en terwijl ze meegaan in de belevingswereld van de bewoners, en minder tijdens richtinggevende communicatie. Instrumenteel aanraken gebeurt vooral terwijl verzorgenden meegaan in de belevingswereld van de bewoner. Dit is te verklaren doordat meegaan in de belevingswereld van de bewoner vooral plaatsvindt tijdens de lichamelijk-hygiënische zorg. Tussen het verbale en non-verbale gedrag van de bewoners werd nauwelijks een relatie gevonden.

De non-verbale gedragingen vertonen niet zo'n sterke relatie met het globale oordeel van de observatoren over de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg. Een aantal verbale communicatieclusters laten sterkere verbanden zien. Zo blijkt dat een verzorgende als meer geïnteresseerd, vriendelijk/warm, betrokken en respectvol en juist als minder betuttelend wordt beschouwd wanneer zij meer informatie met de bewoners uitwisselt en sociale conversatie voert. Daarnaast worden verzorgenden die relatief veel in zichzelf praten als meer geïrriteerd en als minder respectvol beoordeeld.

Tenslotte werd in dit hoofdstuk nagegaan of bewonerskenmerken (mate van zorgbehoefte), hulpverlenerskenmerken (opleiding en ervaring) en kenmerken van de situatie (type verpleeghuis en zorgtaken) samenhangen met de wijze waarop verzorgenden en bewoners met elkaar communiceren.

Ten aanzien van de *bewonerskenmerken* blijkt dat de mate van hulpbehoevendheid van de bewoners gerelateerd is aan de communicatie van de verzorgenden. Verzorgenden wisselen minder informatie uit en maken minder een praatje met de bewoners, naarmate de bewoners hulpbehoevender zijn in cognitief en sociaal opzicht. Verder kwam naar voren dat verzorgenden vaker in zichzelf praten naarmate bewoners fysiek en sociaal hulpbehoevend zijn, terwijl ze vooral bij fysiek hulpbehoevende bewoners meer verbale uitingen maken die gericht zijn op samenwerking. Wat betreft de non-verbale communicatie blijkt dat verzorgenden de bewoners vaker instrumenteel aanraken naarmate de bewoners hulpbehoevender zijn in cognitief, sociaal of lichamelijk opzicht. Dit betekent dat meer hulpbehoevende bewoners vaker geholpen worden met bijvoorbeeld wassen en aankleden door de verzorgenden.

*Hulpverlenerskenmerken:* Tussen het type opleiding en de mate van ervaring van verzorgenden enerzijds en de wijze waarop ze communiceren met de bewoners tijdens de ochtendzorg zijn geen verbanden gevonden.

Wat betreft de *situationele kenmerken* werden zowel verschillen gevonden in het (non-)verbale gedrag van de verzorgenden tussen de twee verpleeghuizen als relaties met de taken die worden uitgevoerd tijdens de ochtendzorg. Ten aanzien van de verschillen tussen verpleeghuizen kwam naar voren dat de verzorgenden in verpleeghuis 1 tijdens de ochtendzorg significant vaker de bewoners stimuleren tot zelfzorg, vaker nagaan wat de bewoners nog weten en vaker praten terwijl ze zich tot niemand richten vergeleken met de verzorgenden uit verpleeghuis 2. De bewoners van verpleeghuis 1 boden vaker verbale weerstand tijdens de ochtendzorg, terwijl de bewoners uit verpleeghuis 2 de verzorgenden vaker affectief aanraakten. Het is echter onduidelijk in hoeverre deze enkele gevonden verschillen toe te schrijven zijn aan het verschil tussen de verpleeghuizen met betrekking tot kleinschalig wonen en leefstijldifferentiatie.

Tussen de verbale communicatie van de verzorgenden en de zorgtaken die ze uitvoeren zijn slechts enkele relaties gevonden. Tijdens het geven van lichamelijk-hygiënische zorg zoals het wassen en aankleden van de bewoners vertonen verzor-

genden relatief vaker verbaal gedrag waarmee ze richting geven aan het zorgcontact (bijvoorbeeld: "dan ga ik nu uw voeten wassen") en waarmee ze de bewoners stimuleren tot zelfzorgactiviteiten (bijvoorbeeld: "probeert u zelf maar eens uw vest aan te trekken"). Daarentegen praten verzorgenden relatief minder vaak in zichzelf tijdens de lichamelijk-hygiënische zorgverlening. Tijdens verrichten van verpleegtechnische taken zoals medicijnen toedienen praten de verzorgenden juist relatief vaker in zichzelf of tegen derden en maken ze minder vaak een praatje met de bewoner die ze op dat moment verzorgen. Tenslotte vindt het nagaan van wat de bewoner nog weet over zijn/haar vroegere leven relatief vaak plaats tijdens het opruimen van de badkamer of slaapkamer (huishoudelijke activiteiten) aan het eind van het zorgcontact.

Wat de relatie tussen de zorgtaken en het non-verbale gedrag betreft kwam naar voren dat verzorgenden de bewoners vooral aankijken tijdens de introductie van de ochtendzorg. Affectieve aanrakingen door de verzorgenden vinden met name plaats tijdens de lichamelijk hygiënische zorg en tijdens het verplaatsen van bewoners en juist minder tijdens verpleegtechnische zorg. De bewoners raken de verzorgenden het meest affectief aan tijdens het verplaatsen. Verder raken verzorgenden de bewoners minder instrumenteel aan tijdens huishoudelijke activiteiten en tijdens het verplaatsen van de bewoners.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de wijze waarop verzorgenden en bewoners met elkaar communiceren tijdens de ochtendzorg samenhangt met de mate van hulpbehoefendheid van de bewoner, de zorgtaken die verricht worden en het type verpleeghuis, en niet met de aard van de opleiding en ervaring van de verzorgenden.



## 5 OMGANG VAN VERZORGENDEN MET DEMENTERENDE BEWONERS IN HET VERPLEEGHUIS TIJDENS DE WARME MAALTIJD

### 5.1. Inleiding

Evenals het verzorgen van bewoners tijdens het opstaan 's ochtends is het helpen van de bewoners bij het eten van de warme maaltijd een hulpverleningssituatie die dagelijks terugkeert in het werk van verzorgenden. Daarom zijn de verzorgenden tevens geobserveerd tijdens de warme maaltijd van de bewoners. Voor de verpleeghuisbewoners is het nuttigen van de warme maaltijd is een belangrijk moment van de dag. Het is van belang dat ze zich goed voeden en daarnaast is het een sociaal gebeuren (Blaser Bonnel, 1993; Defloor, 1995). Echter, door functiebeperkingen van dementerende bewoners kan de maaltijd tevens een bron van problemen zijn, zowel voor de dementerenden als de verzorgenden (de Lange, 1990; Michaelsson, 1987; Asplund, 1989; Norberg, 1990). Zo kunnen dementerende bewoners vergeten, voordat de maaltijd begint, dat het tijd is om te eten en waarom ze zitten te wachten aan de eettafel. Het komt ook voor dat de opgediende maaltijd niet als voedsel wordt herkend. Het gebruiken van bestek wordt bemoeilijkt doordat dementerenden vaak niet meer in staat zijn voorwerpen in hun betekenis te herkennen. Door concentratiestoornissen verlaten ze de tafel voortijdig of beginnen ze opnieuw te eten ook al is de maaltijd afgelopen. Als gevolg van het voortschrijdende proces van dementie waardoor primitieve reflexen afnemen, maar ook door de frustratie die dit vaak bij de bewoners oproept, komt het voor dat de bewoners weigeren te eten, niet meer (kunnen) kauwen of slikken, het eten uitspugen, zich verzetten tegen hulp, zich agressief of juist angstig gedragen. Naast deze taak-gerelateerde problemen doen zich ook meer relationele problemen voor tijdens de maaltijd. Bijvoorbeeld, Ort en Philips (1992) concluderen naar aanleiding van een exploratieve, beschrijvende studie waarbij video-opnamen zijn gemaakt tijdens maaltijden, dat de meeste verzorgenden niet adequaat reageerden op signalen van dementerende bewoners. De gedragingen van bewoners om de verzorgenden te laten merken dat ze willen eten zoals de mond openen, naar voren leunen, reiken naar voedsel etc. werden niet gezien of niet als zodanig herkend. Ook bleek dat de verzorgenden die de dementerende bewoners begeleidden met de maaltijd, geen duidelijke signalen gaven om de bewoners te stimuleren tot eten, zoals eten op lepel doen, naar de bewoner toe leunen, naam van de bewoner noemen en de bewoner ter oriëntatie aanraken. Dit gaat volgens Ort en Philips ten koste van de kwaliteit van de interactie tijdens het eten.

Uit het kwalitatieve onderzoek van de Lange (1990) kwam naar voren dat tijdens de maaltijd nauwelijks rekening gehouden wordt met de wensen en behoeften van de dementerende bewoners omdat de maaltijd een druk tijdstip is waarop door vaak te weinig mensen veel werk moet worden verzet. In het literatuuroverzicht van Defloor (1995) is volgens Rudman (1989) 30 à 35 minuten nodig om een patiënt op een adequate wijze te helpen bij de voeding. Wanneer voeden een routine wordt, verschuift de aandacht van de zorgverlener van de patiënt naar de taak. De patiënt wordt als een object gezien. Er wordt niet meer ingegaan op zijn signalen. Op deze wijze vermijdt de zorgverlener geconfronteerd te worden met de spanning die het te eten geven van dementerende ouderen met zich mee kan brengen (Athlin & Asplund, 1990).

Naast de manier waarop de maaltijd is georganiseerd is ook de omgeving waarin de

maaltijd wordt genuttigd belangrijk voor dementerende ouderen, aangezien zij sterk kunnen reageren op prikkels uit die omgeving. Onderzoek wees uit dat maaltijden die werden genuttigd in een rustige omgeving een verbetering liet zien van het eetgedrag. Omgevingsfactoren zoals attractieve eetruimten met goede verlichting en temperatuur zijn belangrijk om de maaltijden zo aangenaam mogelijk te maken en helpen mee een klimaat te scheppen waarin bejaarden zich goed voelen. Aanwezigheid van televisie, radio, kinderen, dieren of telefoon kunnen demente bejaarden afleiden en doen stoppen met eten. Geagiteerde bewoners kunnen voor zoveel afleiding zorgen voor andere bewoners dat ze bij voorkeur afgezonderd dienen te worden. Uit onderzoek bleek dat draaien van voorkeursmuziek de onrust wegnam (Norberg 1986).

### *Onderzoeksvragen*

Op grond van het voorgaande wordt in dit hoofdstuk in een beschrijvend en exploratief onderzoek nagegaan hoe de warme maaltijden in twee verpleeghuizen verlopen en op welke wijze de verzorgenden omgaan met de dementerende bewoners tijdens de maaltijden. De volgende onderzoeksvragen komen aan de orde:

1. Hoe zijn de maaltijden in twee verpleeghuizen georganiseerd en welke activiteiten worden door verzorgenden verricht tijdens maaltijden van dementerende bewoners?
2. Op welke manier communiceren de verzorgenden -zowel verbaal als nonverbaal- met de dementerende bewoners?
3. Is er een relatie tussen de communicatie van de verzorgenden en de sfeer tijdens de maaltijden?

## **5.2 Methode**

### **5.2.1 Procedure van gegevensverzameling**

Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk zijn in twee verpleeghuizen van in totaal 46 verzorgenden video-opnamen gemaakt tijdens de ochtendzorg. Vijf en veertig van deze verzorgenden zijn ook geobserveerd tijdens de warme maaltijd van de bewoners, dat wil zeggen dat tijdens een maaltijd de communicatie van één verzorgende werd geobserveerd. In verpleeghuis 1 had echter ongeveer de helft van de dementerende bewoners en/of familieleden geen toestemming gegeven voor de video-opnamen. Bij het maken van een proefopname bleek dat het onmogelijk was de bewoners die geen toestemming hadden gegeven uit beeld te houden, omdat de bewoners in één grote eetzaal eten verspreid over meerdere tafels. Bovendien vonden de verzorgenden het te belastend voor met name de bewoners om ze voor één keer een andere plek toe te bedelen. Om deze redenen zijn de maaltijden in verpleeghuis 1 direct geobserveerd door middel van niet participerende observatie. De bevindingen tijdens de observaties zijn op een speciaal daarvoor ontwikkeld registratieformulier genoteerd (zie 5.2.2 meetinstrumenten). Omdat in verpleeghuis 2 vrijwel alle bewoners toestemming hadden gegeven voor het onderzoek, zijn daar de verzorgenden tijdens de warme maaltijd wel gefilmd. Naderhand zijn deze maaltijden geobserveerd vanaf videoband. Om de vergelijkbaarheid van de observaties in beide verpleeghuizen zo goed mogelijk te garanderen zijn ook de gefilmde maaltijden in één keer geobserveerd en genoteerd op hetzelfde registratieformulier.

Gezien de observatiemethode en de zorgsituatie lenen deze observaties zich niet voor een even uitgebreide inhoudelijke analyse van de verbale communicatie als tijdens de ochtendzorg. Doordat de verzorgenden tijdens de maaltijd verschillende bewoners

helpen (eten uitdelen, opscheppen, vlees snijden en helpen met eten) is het niet goed mogelijk het verbale gedrag van de verzorgenden heel gedetailleerd te volgen. Aangezien alle gedragingen en activiteiten in één ronde te observeren moesten zijn, is het gedrag van alleen de verzorgende geobserveerd. Tenslotte heeft de gevolgde procedure als consequentie dat er geen interbeoordelaars-betrouwbaarheid van de observaties kan worden berekend, omdat de verzorgenden tijdens de maaltijden slechts door één persoon zijn geobserveerd.

### 5.2.2 Meetinstrument

Van de verzorgenden werden de volgende zaken tijdens de maaltijden geobserveerd: (1) verrichte zorgactiviteiten; (2) verbale communicatie; (3) non-verbale communicatie; (4) globaal oordeel over de emotionele context en de sfeer tijdens de maaltijd. Dit werd evenals tijdens de ochtendzorg gedaan aan de hand van de 'globale affectmaten'. Daarnaast werden de volgende gegevens genoteerd: de totale duur van de maaltijd, het aantal aanwezige verzorgenden tijdens het uitdelen van de maaltijden en het aantal aanwezige verzorgenden tijdens de maaltijden zelf, het aantal bewoners dat aanwezig was, het aantal tafels waaraan gegeten werd, het gemiddeld aantal bewoners per tafel en de mate waarin de maaltijd onrustig verliep.

#### *Zorgactiviteiten*

De zorgactiviteiten die door de verzorgenden werden verricht tijdens de maaltijden zijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

1. *Eten opscheppen/opdienen of helpen bij opscheppen.* De maaltijd opscheppen (hoofdgerecht en nagerecht), het plaatsen van het dienblad met eten voor de bewoner, de bewoner helpen bij het opscheppen. Ook het inschenken van vla/yoghurt in kommetjes wordt gescoord in deze categorie.
2. *Hulp bieden bij het eten.* Verzorgende helpt de bewoner bij het eten door het vlees te snijden, het eten te prakken, de bewoner een lepel geven wanneer eten met een vork niet lukt, bestek in handen geven etc. De bewoner eet in principe zelf en de verzorgende verricht uitsluitend handelingen ter ondersteuning.
3. *Bewoner te eten geven.* De verzorgende geeft de bewoner te eten, brengt met vork of lepel voedsel naar de mond van de bewoner.
4. *Huishoudelijke activiteiten.* De verzorgende doet terwijl de bewoners nog eten, al wat huishoudelijke handelingen zoals het afruimen van de borden/dienblad, eetgerei afspoelen, pannen in de week zetten, vloer dweilen etc.
5. *Supervisie.* Terwijl de bewoners de maaltijd nuttigen, verricht de verzorgende geen specifieke handelingen gericht op de maaltijd. De verzorgende houdt de bewoners gezelschap en ondersteunt eventueel verbaal, maar doet niet zelf iets in de zin van afruimen etc.
6. *Ruimte verlaten.* Wanneer de verzorgende, die geobserveerd wordt, de ruimte verlaat wordt dit genoteerd.
7. *Rest.* Activiteiten die niet in bovenstaande categorieën zijn onder te brengen. Voorbeelden: Telefoon beantwoorden, collega's te woord staan, medicijnen uitdelen.

#### *Verbale communicatie*

Bij het observeren van de verbale communicatie van de verzorgende tijdens de maaltijd werden de volgende categorieën onderscheiden:

- (1) *Affectief*
  - Sociale conversatie/persoonlijke opmerkingen

- Humor, grapjes maken
  - Goedkeuring en complimenten
- (2) *Instrumenteel*
- Oriënterende opmerkingen en overgangswaarden; uitingen die aangeven wat er gaat gebeuren ('Gaaf u ziffen dan kan ik het eten opscheppen')
  - Instructies; instructies aan de bewoners met betrekking tot de maaltijd ('Gebruik uw vork om te eten')
  - Activeren/aansporen; activeren van de bewoner tot zelfzorgactiviteiten betreffende de maaltijd ('Neem nog een hapje')
  - Informatieve vragen; vragen van verzorgenden aan bewoners omtrent de maaltijd ('Heeft u genoeg gehad?')
- (3) *Overig*
- Reactie op initiatief van bewoner.
  - Onverstaanbaar praten; uitingen die niet te verstaan zijn door bijvoorbeeld mompelen of geluiden (radio, tv, eetgerei)
  - Praten met collega's; tijdens de maaltijd praat de verzorgende met collega's.

#### *Non-verbale communicatie*

Wat betreft de non-verbale communicatie was het alleen mogelijk het aanraken van de bewoners door de verzorgende te observeren. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen:

- Affectief aanraken dat wil zeggen, aanrakingen die niet noodzakelijk zijn, maar waarmee de zorgverlener wil laten blijken dat ze om de bewoner geeft (bijvoorbeeld een arm om iemand heen slaan wanneer deze verdrietig is).
- Instrumenteel aanraken; dit zijn de door de zorgverlener gemaakte aanrakingen, noodzakelijk om een bepaalde activiteit te kunnen verrichten (bijvoorbeeld bij het aangeven van een lepel, de hand van een bewoner vastpakken).

#### *Affectmaten*

De affectmaten zoals beschreven in hoofdstuk 4 werden ook tijdens de maaltijden gescoord door de observatoren. Er werd een oordeel gegeven over de mate van boosheid/geïrriteerdheid, angst/nervositeit, interesse/bezorgdheid, warmte/vriendelijkheid, betuttelen/ongelijkwaardigheid, betrokken houding, respect/discretie/privacy van de verzorgenden.

#### *Mate van onrust tijdens de maaltijd*

Uit het literatuuroverzicht van Defloor (1995) blijkt dat het van belang is voor dementerende bewoners dat de maaltijd in alle rust kan plaatsvinden, zodat ze zich op het eten kunnen concentreren en niet afgeleid worden. Het is belangrijk dat de maaltijd in een vertrouwde aangename omgeving plaatsvindt en dat er voldoende tijd wordt genomen om afhankelijke bewoners op adequate wijze te helpen bij het eten.

Omdat 'rust' tijdens de maaltijd zo belangrijk is voor demente bewoners, is een 'onrustmaat' aan het observatieschema toegevoegd. Deze maat diende na het observeren van de banden op een vijfpuntsschaal gescoord te worden. Tevens werd aangegeven welke gebeurtenissen bijdroegen aan de onrustige sfeer. Uit de literatuur werd een negental verstorende gebeurtenissen geselecteerd:

1. Bewoners die tussentijds van tafel willen opstaan en de ruimte willen verlaten
2. Luidruchtige bewoners
3. Verzorgenden die de ruimte tussentijds verlaten
4. Andere verzorgenden die tussentijds de ruimte binnenkomen

5. 'Wissel' van de ploeg
6. Verzorgenden die veel met elkaar praten
7. Lawaai: tv of radio hard aan
8. Telefoon
9. Anders (andere gebeurtenissen die niet zijn in te delen in de voorgaande categorieën)

Bij de observaties werd per gebeurtenis aangegeven of deze wel of niet voorkwam tijdens de maaltijd.

### 5.2.3 Analyses

Allereerst werden beschrijvende analyses uitgevoerd om een beeld te krijgen van de zorgactiviteiten, verbale en non-verbale communicatie, affectmaten, onrustmaat en verstorende gebeurtenissen. De lengte van de maaltijden varieerde van 14 minuten tot drie kwartier. Om te kunnen standaardiseren werd daarom indien nodig uitgegaan van proportionele scores.

De observaties werden verricht in twee verpleeghuizen. Verschillen tussen de twee verpleeghuizen met betrekking tot de organisatie van de maaltijden, de verrichte activiteiten, verbale en non-verbale communicatie en de affectmaten werden getoetst met behulp van t-toetsen. Verschillen tussen de verpleeghuizen met betrekking tot het vóórkomen van de verstorende gebeurtenissen (ja, het komt voor; nee, het komt niet voor) werden vanwege het nominale niveau met de chi-kwadraat toets berekend. Verder werd onderscheid gemaakt tussen maaltijden waar wel (35 maaltijden) en waar geen verstorende gebeurtenissen (10 maaltijden) plaatsvonden. Bij het berekenen van verschillen tussen deze maaltijden is gebruik gemaakt van de Mann-Whitney toets. Vanwege het kleine aantal geobserveerde maaltijden waarin geen verstorende gebeurtenissen plaatsvonden is voor deze toets gekozen. Verbanden tussen verschillende variabelen zijn berekend met Pearsons product-moment correlaties.

## 5.3 Resultaten

### 5.3.1 Organisatie van de maaltijden

In verpleeghuis 1 wordt elke dag de maaltijd tussen 12.00 en 13.00 uur geserveerd. De verzorgenden kunnen op een afgesproken tijdstip de etenskar gaan ophalen bij de restauratiedienst van het verpleeghuis. In deze etenskar bevinden zich op naam van de bewoner de dienbladen met maaltijden (hoofd- en nagerecht). Het begin van de maaltijd bestaat dan ook uit het uitdelen van de dienbladen aan de bewoners.

De eetkamers van de bewoners in verpleeghuis 1 zijn groot. Veelal eten ongeveer 18 bewoners, verspreid over zes tafels in één ruimte. Tijdens het uitdelen van de maaltijden zijn meestal vier tot vijf verzorgenden aanwezig en tijdens de maaltijd vier verzorgenden. De maaltijden duurden in totaal gemiddeld 31 minuten (sd = 6,4 minuten).

Het tijdstip waarop in verpleeghuis 2 de maaltijd wordt genuttigd verschilt per leefstijl-groep. In verpleeghuis 2 eten de meeste leefstijlgroepen 's avonds warm en slechts enkele groepen 's middags, afhankelijk van wat de bewoners gewend zijn of prettiger vinden. Tevens wordt de warme maaltijd (hoofdgerecht en nagerecht) door de verzorgenden, al dan niet met hulp van de bewoners op de afdeling bereid. Iedere leefstijl-groep beschikt over een keukenblok of maakt gebruik van de mobiele keuken (gasfornuis etc. op wielen).

De bewoners eten in de woonkamer of keuken. Dit varieert per groep. Per maaltijd en tijdens het opdienen zijn per leefstijlgroep ( gemiddeld 9 bewoners) drie verzorgenden

aanwezig. Het eten wordt in verpleeghuis 2 uit schalen aan tafel opgediend. De bewoners scheppen voorzover mogelijk zelf op. De verzorgenden bieden hulp daar waar nodig is. De maaltijden duurden gemiddeld 34 minuten (sd=5.8 minuten).

### 5.3.2 Zorgactiviteiten

In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van de activiteiten die door de verzorgenden werden verricht tijdens de maaltijden. De meeste tijd werd besteed aan het te eten geven van de bewoners (25%) en het opscheppen van het eten (20%). In verpleeghuis 2 nam dit laatste relatief minder tijd in beslag (17%) dan in verpleeghuis 1 (22%). In verpleeghuis 2 werd bijna een kwart van de tijd (24%) besteed aan supervisie terwijl dit in verpleeghuis 1 significant lager was (9%). In verpleeghuis 2 liepen verzorgenden bijvoorbeeld vaker rond om te zien of ze hulp kunnen bieden bij het eten.

Tabel 5.1 Overzicht van zorgactiviteiten tijdens de maaltijd in gemiddelde proportionele scores van de totale geobserveerde tijd

	verpleeg- huis 2 (n=23)		verpleeg- huis 1 (n=22)		Totaal (N=45)	
	gemiddel- de	sd.	gemiddel- de	sd.	gemiddel- de	sd.
Eten opscheppen	.17*	(.09)	.22	(.08)	.20	(.08)
Hulp bieden bij eten	.07	(.05)	.05	(.06)	.06	(.05)
Te eten geven	.20	(.21)	.31	(.20)	.25	(.21)
Huishoudelijke act.	.19	(.12)	.15	(.10)	.17	(.11)
Supervisie	.24**	(.22)	.09	(.10)	.17	(.19)
Ruimte verlaten	.05	(.08)	.11	(.07)	.08	(.08)
Rest	.05	(.06)	.04	(.06)	.05	(.06)

\* p < 0.05

\*\* p < 0.01

### 5.3.3 Verbale en non-verbale communicatie van de verzorgenden

In tabel 5.2 is te zien hoe de verbale communicatie van de verzorgenden met de bewoners verloopt tijdens de maaltijden (vraagstelling 2). De meeste uitingen (62%) van de verzorgenden zijn instrumenteel van aard. Hierbij gaat het vooral om het maken van oriënterende opmerkingen zoals "hier is uw eten", "kijk eens worteltjes, kip en aardappelen" of het stellen van informatieve vragen, zoals "wilt u nog een toetje?". Affectieve communicatie vindt in 17% van de uitingen plaats. Dit betreft dan met name sociale conversatie zoals bijvoorbeeld een praatje over het weer, voetballen en 't eten thuis. Daarnaast praten de verzorgenden regelmatig met collega's (15%).

In beide verpleeghuizen worden het vaakst oriënterende opmerkingen gemaakt. In verpleeghuis 1 wordt tijdens de maaltijd relatief vaker tegen collega's gesproken dan in verpleeghuis 2 maar anderzijds wordt in verpleeghuis 1 relatief vaker gereageerd op initiatieven van bewoners. In verpleeghuis 2 wordt relatief vaker een praatje met bewoners gehouden en worden vaker informatieve vragen gesteld.

Tabel 5.2 Overzicht verbale uitingen tijdens de maaltijden in gemiddelde proportionele scores van het totaal aantal uitingen

	verpleeg- huis 2 (n=23)		verpleeg- huis 1 (n=22)		Totaal (N=45)	
	gemiddel- de	sd.	gemiddel- de	sd.	gemiddel- de	sd.
<b>Affectief</b>						
Sociale conversatie/ persoonlijke opmer- kingen	.16**	(.09)	.06	(.06)	.11	(.09)
Grapjes	.02	(.02)	.03	(.02)	.02	(.02)
Goedkeuring/compli- menten	.04	(.02)	.04	(.03)	.04	(.02)
<b>Instrumenteel</b>						
Oriënterende opmerkin- gen	.31	(.06)	.28	(.09)	.30	(.08)
Informatieve vragen	.24**	(.07)	.18	(.06)	.21	(.07)
Activeren/aansporen	.06	(.04)	.06	(.04)	.06	(.04)
Instructies	.04	(.02)	.06	(.05)	.05	(.04)
<b>Overig</b>						
Reactie op initiatief bewoner	.02**	(.03)	.07	(.03)	.04	(.04)
Onverstaanbaar	.02	(.02)	.03	(.04)	.02	(.03)
Praten met collega's	.09**	(.07)	.21	(.12)	.15	(.11)

\*\* p &lt; 0.01

Wat betreft het non-verbale gedrag van de verzorgenden tijdens de maaltijden werd het aanraken van de bewoners geobserveerd. De verzorgende helpt bijvoorbeeld een bewoner met het snijden van vlees door de hand van de bewoner vast te houden (instrumenteel) of slaat een arm om de schouders van een bewoner ter bemoediging (affectief). Uit de resultaten blijkt dat de verzorgenden de bewoners tijdens de maaltijd gemiddeld even vaak affectief (7 keer) als instrumenteel (6 keer) aanraken.

#### 5.3.4 De sfeer tijdens de maaltijden en de relatie met zorgactiviteiten en communicatie van de verzorgenden

Om de sfeer van de maaltijd weer te geven hebben de observatoren een globale indruk over de onrust tijdens de maaltijd gegeven. De schaal loopt van 1 'zeer rustig' tot 5 'zeer onrustig'. Gemiddeld werden de maaltijden gezien als redelijk rustig met een score van 2.76. In verpleeghuis 2 werden de maaltijden gemiddeld als iets rustiger beoordeeld (2.48) dan in verpleeghuis 1 (3.05). Het verschil is echter niet significant.

Een aantal gebeurtenissen draagt bij aan het al dan niet rustig verlopen van de maaltijd. Tijdens de observaties werd per gebeurtenis aangegeven of het wel of niet voorkwam. In tabel 5.3 is te zien tijdens hoeveel maaltijden versturende gebeurtenissen voorkwamen.

Verzorgenden die tijdens de maaltijd de ruimte verlaten (49% van de maaltijden) en bewoners die tijdens de maaltijd willen opstaan en de ruimte willen verlaten (36% van de maaltijden) kwamen het vaakst voor als versturende factoren. Tussen de twee verpleeghuizen zijn twee verschillen gevonden. Bij 55% van de maaltijden in verpleeghuis 1 waren luidruchtige bewoners aanwezig tegenover 13% in verpleeghuis 2. In

verpleeghuis 1 praatten de verzorgenden ook vaker tegen elkaar (50%).

Tabel 5.3 Overzicht verstorende gebeurtenissen tijdens de maaltijd

	verpleeghuis 2 (N=23) %	verpleeghuis 1 (N=22) %	Totaal (N=45) %
Bewoners die tussentijds van tafel willen opstaan en de ruimte willen verlaten	48	23	36
Luidruchtige bewoners	13**	55	33
Verzorgenden die de ruimte tussentijds verlaten	39	59	49
Andere verzorgenden die tussentijds de ruimte binnen komen	35	32	33
'Wissel' van de ploeg	9	18	13
Verzorgenden die veel met elkaar praten	17*	50	33
Lawaai: tv of radio hard aan	17	14	16
Telefoon	17	23	20
Anders	17	32	24

\* p < 0.05

\*\* p < 0.01

Het vóórkomen van de verstorende gebeurtenissen kan gerelateerd zijn aan de zorgactiviteiten die tijdens de maaltijd worden verricht, de communicatie en de affect-maten van de verzorgenden. Uit tabel 5.4 komt naar voren dat bij rustige maaltijden de geobserveerde verzorgenden minder vaak de ruimte verlaten en relatief minder tijd besteden aan allerlei 'rest'-activiteiten zoals het klaarzetten van medicatie voor de bewoners.

Tabel 5.4 Overzicht zorgactiviteiten tijdens rustige en onrustige maaltijden, in gemiddelde proportionele scores van de totale geobserveerde tijd

	Geen verstorende gebeurtenissen (N=10)		Verstorende gebeurtenissen (N=35)	
	gemiddelde	St.dev	gemiddelde	St.dev
Eten opscheppen	.20	(.06)	.19	(.09)
Hulp bieden bij eten	.05	(.06)	.06	(.05)
Te eten geven	.22	(.23)	.26	(.21)
Huishoudelijke activiteiten	.23	(.12)	.15	(.10)
Supervisie	.22	(.21)	.15	(.18)
Ruimte verlaten	.03*	(.04)	.09	(.08)
Restactiviteiten	.00**	(.01)	.06	(.06)

\* p < 0.05

\*\* p < 0.01

Wat de verbale communicatie betreft zien we dat met name de affectieve communicatie anders is tijdens rustige maaltijden dan tijdens onrustige maaltijden (tabel 5.5). Tijdens rustige maaltijden worden er relatief meer sociale conversatie gevoerd en



grapjes gemaakt.

Tabel 5.5 Overzicht van de verbale uitingen tijdens rustige en onrustige maaltijden, in gemiddelde proportionele scores van het totaal aantal uitingen

	Geen verstorende gebeurtenis- sen (N=10)	St.dev	Verstorende gebeurtenis- sen(N=35)	St.dev
<b>Affectief</b>				
Sociale conversatie/persoonlijke opmerkingen	.17*	(.11)	.10	(.08)
Grappjes	.03*	(.02)	.02	(.02)
Goedkeuring/complimenten	.05	(.03)	.03	(.02)
<b>Instrumenteel</b>				
Oriënterende opmerkingen	.30	(.06)	.30	(.09)
Informatieve vragen	.21	(.06)	.21	(.07)
Activeren/aansporen	.08	(.05)	.05	(.04)
Instructies	.04	(.01)	.05	(.04)
<b>Overig</b>				
Reactie op bewoner	.02*	(.03)	.05	(.04)
Onverstaanbaar	.01*	(.01)	.03	(.04)
Praten met collega's	.10	(.07)	.16	(.12)

\* p < 0.05

Evenals tijdens de ochtendzorg (zie hoofdstuk 4) hebben de observatoren aan de hand van een aantal affectmaten een oordeel gegeven over de emotionele context, de sfeer van de maaltijden. Een lage score op deze affectmaten betekent dat de verzorgenden bepaald gedrag nauwelijks of niet laten zien, een hoge score wil zeggen dat een verzorgende heel vaak het betreffende gedrag vertoont. Tabel 5.6 geeft een overzicht van deze affectmaten. Het algemene oordeel van de observatoren over de verzorgenden laat zien dat de verzorgenden nauwelijks als boos/geïrriteerd (1.42) of angstig (1.18) werden beoordeeld, maar meer als vriendelijk (4.25) en geïnteresseerd (4.00). Tussen de twee verpleeghuizen waren nauwelijks verschillen. De verzorgenden in verpleeghuis 2 werden alleen als iets minder boos/geïrriteerd beoordeeld dan in verpleeghuis 1, dit verschil was niet significant.

Verder blijkt dat de verzorgenden tijdens rustige maaltijden nauwelijks anders werden beoordeeld door de observatoren dan tijdens onrustige maaltijden. Uit tabel 5.7 komt naar voren dat tijdens onrustige maaltijden de verzorgenden als bozer/geïrriteerder werden beoordeeld dan tijdens rustige maaltijden. Voor de andere affectmaten zijn er geen verschillen.

Tabel 5.6 Overzicht affectmaten van de verzorgenden (N=45) tijdens de warme maaltijd

	gemiddelde	St.dev.
Boosheid/geïrriteerdheid	1.43	(.87)
Angst/nervositeit	1.18	(.53)
Interesse/bezorgdheid	4.00	(1.13)
Warmte/vriendelijkheid	4.25	(1.26)
Betuttelen	1.64	(1.11)
Betrokken houding	3.98	(1.37)
Respect/discretie/privacy	3.87	(1.38)

Tabel 5.7 Overzicht affectmaten van de verzorgenden tijdens rustige en onrustige maaltijden

	Geen versturende gebeurtenissen (N=10)		Verstorende gebeurtenissen (N=35)	
	gemiddelde	St.dev	gemiddelde	St.dev
Boosheid/geïrriteerdheid	1.00**	(.00)	1.54	(.95)
Angst/nervositeit	1.00	(.00)	1.23	(.60)
Interesse/bezorgdheid	4.40	(1.08)	3.89	(1.13)
Warmte/vriendelijkheid	4.90	(.99)	4.06	(1.28)
Betuttelen	1.40	(.84)	1.71	(1.18)
Betrokken houding	4.50	(1.08)	3.83	(1.42)
Respect/discretie/privacy	4.50	(1.08)	3.69	(1.41)

\*\* p < 0.01

Tenslotte raakten de verzorgenden tijdens onrustige maaltijden de bewoners gemiddeld vaker instrumenteel aan (6.4) dan tijdens rustige maaltijden (2.4; p=0.02). Wat betreft affectieve aanrakingen was er geen verschil.

De relaties tussen de verbale communicatie en de affectmaten van de verzorgenden zijn weergegeven in tabel 5.8. Hieruit blijkt dat affectieve verbale communicatie globaal gezien meer samenhangt met affectmaten die warmte en betrokkenheid betreffen en de instrumentele communicatie daar juist een negatieve samenhang mee vertoont. Meer specifiek werd persoonlijke en/of sociale conversatie vooral gevoerd door geïnteresseerde, bezorgde verzorgenden die warm en vriendelijk overkomen, een betrokken houding hebben en die respect tonen voor de dementerende ouderen. Wat betreft het instrumentele verbale gedrag laat het geven van instructies juist een tegengesteld beeld zien. Verzorgenden die veel instructies gaven tijdens de maaltijd, werden als bozer/geïrriteerder en juist als minder vriendelijk, respectvol, geïnteresseerd of betrokken bij de bewoners beoordeeld. Naarmate verzorgenden vaker met collega's praatten tijdens de maaltijd werden ze als minder respectvol voor de bewoners beoordeeld. Bovendien kwamen deze verzorgenden als minder warm en vriendelijk over.

Tabel 5.8 Correlaties tussen verbale uitingen en de affectmaten van de verzorgenden (N=45)

	Boosheid/ geïrriteerdheid	Angst/nervositeit	Interesse/bezorgdheid	Warmte/vriendelijkheid	Betuttelen/ongelijkheid	Betrokken houding	Respect
<b>Affectief</b>							
Sociale conversatie/ persoonlijke opmerkingen	-.18	-.17	.34*	.43**	-.07	.38**	.34*
Grapjes	-.38**	-.28	.14	.22	.06	.15	.15
Goedkeuring/complimenten	.00	.20	.06	.00	-.03	-.05	.05
<b>Instrumenteel</b>							
Oriënterende opmerkingen	.18	.09	.11	.08	-.13	-.02	.10
Informatieve vragen	.01	-.17	-.04	-.10	-.26	.05	.12
Activeren/aansporen	-.10	-.05	.02	.03	-.07	.08	.05
Instructies	.28*	.15	-.35*	-.41*	.22	-.42*	-.32*
<b>Overig</b>							
Reactie op bewoner	-.11	.05	.09	.03	-.01	-.02	-.08
Onverstaanbaar	-.23	.24	.02	.00	-.06	.00	-.03
Praten met collega's	.11	.03	-.31*	-.24*	.19	-.24	-.37**

\* p &lt; 0.05

\*\* p &lt; 0.01

## 5.4 Conclusies

In dit hoofdstuk werd op basis van een exploratief observatie-onderzoek in twee verpleeghuizen een overzicht gegeven van de organisatie en de verrichte zorgactiviteiten van verzorgenden tijdens de warme maaltijd van dementerende bewoners. Er werd geobserveerd op welke wijze 45 verzorgenden met de dementerende ouderen communiceren en hoe de sfeer is tijdens de maaltijd. Verder werd de relatie tussen de communicatie en de sfeer tijdens de maaltijd onderzocht. Hier worden de belangrijkste resultaten samengevat.

Gemiddeld duurden de warme maaltijden van de dementerende bewoners 32 minuten. Dit is in overeenstemming met wat elders gevonden is. Bijvoorbeeld Rudman (1989) gaf aan dat ongeveer 30 à 35 minuten nodig zijn voor deze arbeidsintensieve taak. De zorgactiviteiten die door de verzorgenden tijdens de maaltijd het meest werden verricht zijn eten opscheppen voor de bewoners en de bewoners te eten geven. Verder hielden de verzorgenden in verpleeghuis 2 de bewoners gezelschap terwijl zij de maaltijd nuttigden en ondersteunden zij de bewoners eventueel verbaal bij het eten. De verbale

communicatie van de verzorgenden met de bewoners was tijdens de maaltijden, evenals tijdens de ochtendzorg, vooral instrumenteel gericht (62% van het totaal aantal uitingen) , dat wil zeggen er werden met name oriënterende opmerkingen gemaakt zoals "kijk, hier is uw lepel" , of informatieve vragen gesteld als "heeft u genoeg gehad?" Affectieve communicatie van de verzorgenden vond in 17% van de uitingen plaats. Het betrof hier vooral sociale communicatie met de bewoners en het geven van complimentjes, zoals "goed zo, u heeft uw bord helemaal leeg gegeten". Daarnaast werd door de verzorgenden tijdens de maaltijd ook veel met collega's gepraat. In verpleeghuis 1 kwam dit meer voor dan in verpleeghuis 2. De bewoners werden tenslotte even vaak instrumenteel aangeraakt, bijvoorbeeld door de hand vast te houden om de lepel naar de mond van de bewoner te brengen, als affectief aangeraakt.

Tijdens bijna 80% van de maaltijden deden zich een of meerdere gebeurtenissen voor die de rust van de maaltijden verstoorden. Het ging hier vooral om verzorgenden die de eetzaal tussentijds verlaten, andere verzorgenden die tijdens de maaltijd binnen komen, verzorgenden die veel met elkaar praten en bewoners die tijdens de maaltijd van tafel op willen staan. De verbale communicatie van de verzorgenden wordt hierdoor beïnvloed, in die zin dat tijdens rustige maaltijden verzorgenden meer sociaal converseerden en grapjes maakten met de bewoners. Ook werden de verzorgenden tijdens onrustige maaltijden als meer geïrriteerd beoordeeld door de observatoren.

Tenslotte werden relaties gevonden tussen de verbale communicatie van de verzorgenden en de sociaal emotionele sfeer tijdens de maaltijden: verzorgenden die vaker een praatje met de bewoners maakten werden als geïnteresseerder, vriendelijker, respectvol en als meer betrokken bij de bewoners beoordeeld, terwijl dit bij verzorgenden die veel instructies aan de bewoners gaven juist minder het geval was.

## 6 DE RELATIE TUSSEN DE GEOBSERVEERDE COMMUNICATIE VAN VERZORGENDEN EN HUN GERAPPORTEERDE ONGANGSWIJZE EN PROBLEMEN MET DEMENTERENDE BEWONERS

### 6.1 Inleiding

In dit onderzoek is bij verzorgenden op twee verschillende manieren geïnventariseerd op welke wijze zij omgaan met de dementerende bewoners die zij verzorgen. Ten eerste is hen gevraagd in hoeverre zij omgangsregels hanteren in de verzorging van dementerende ouderen, welke problemen zij ervaren in de omgang met deze ouderen, hoe tevreden zij zijn over hun werk en in welke mate zij last hebben van burnout. De resultaten hiervan zijn in hoofdstuk 3 besproken. Ten tweede is de verbale en non-verbale communicatie van verzorgenden tijdens de ochtendzorg en de warme maaltijd geobserveerd, waarvan in hoofdstuk 4 en 5 verslag is gedaan. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de samenhang van de geobserveerde communicatie met hetgeen de verzorgenden zelf hebben aangegeven over hun omgangswijze met de bewoners. Vastgesteld wordt, voor zover dat mogelijk is, hoe valide het gerapporteerde gedrag van verzorgenden is. Dit is van belang met het oog op toekomstig evaluatie-onderzoek naar de effecten van implementatie van begeleidingsmethodieken. Indien blijkt dat er een duidelijk positief verband aanwezig is tussen wat verzorgenden zelf rapporteren en hun geobserveerde gedrag, dan kan in een dergelijk onderzoek worden volstaan met het afnemen van een vragenlijst. Blijkt het verband echter gering, dan dienen er, naast een inventarisatie van de ervaren problemen, observaties plaats te vinden.

De onderzoeksvragen die beantwoord zullen worden zijn:

1. In hoeverre komt de geobserveerde communicatie van verzorgenden overeen met de mate waarin zij naar eigen zeggen omgangsregels toepassen?
2. Bestaat er een samenhang tussen de door verzorgenden ervaren problemen in hun omgang met dementerende bewoners en hun geobserveerde communicatie?
3. Bestaat er een samenhang tussen de arbeidssatisfactie en burnout van verzorgenden en hun geobserveerde communicatie?

### 6.2 Methode

#### 6.2.1 Onderzoeksgroep

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn de geobserveerde contacten met dementerende bewoners tijdens de ochtendzorg geselecteerd van die verzorgenden van wie ook vragenlijstgegevens beschikbaar waren. Dit betrof 57 contacten van 34 verzorgenden (11 verzorgenden met 1 en 23 met 2 contacten). De observaties tijdens de maaltijden zijn buiten beschouwing gelaten, omdat deze minder uitgebreid zijn en slechts door één observator zijn verricht, waardoor geen interobservator-betrouwbaarheid kon worden bepaald.

#### *Verzorgenden*

De groep verzorgenden bestaat uit vier mannen en 30 vrouwen, die gemiddeld 34,4 jaar zijn (sd 8,1). Zij hebben gemiddeld 6,6 jaar werkervaring (sd 3,7). Het aantal bewoners op de afdeling waar de verzorgenden werken varieert van 10 tot 35 (gemid-

deld 24). Naar eigen zeggen werken zeven verzorgenden (21%) op een afdeling met bewoners die niet verschillen in hulpbehoevendheid, van wie twee uitsluitend met matig, vier met erg en één met heel erg hulpbehoevende bewoners. De overige 27 (21%) werken op een afdeling met bewoners die verschillen in de mate van hulpbehoevendheid.

### ***Bewoners***

De groep bewoners die tijdens deze contacten zijn geobserveerd bestaat uit 13 mannen (23%) en 44 vrouwen (77%) met een gemiddelde leeftijd van 84,6 jaar (sd 6,9). Op de cognitieve, fysieke en sociale index van de ZorgindexGeriatric-lijst die mate van hulpbehoevendheid meet, heeft de groep een score van respectievelijk 17,5 (sd 3,9), 17,1 (sd 4,5) en 15,2 (sd 4,4). Op deze indexen zijn scores mogelijk van 6 tot 24, hetgeen betekent dat de dementerende bewoners in dit onderzoek erg hulpbehoevende ouderen zijn.

## **6.2.2 Variabelen en meetinstrumenten**

### ***Vragenlijstgegevens***

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van gegevens die verzorgenden zelf hebben verstrekt over het toepassen van omgangsregels, de problemen die zij ervaren in de omgang met bewoners en hun arbeidsatisfactie en burnout. Hierna volgt een korte beschrijving. Voor een uitgebreid overzicht van de schalen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

### ***Toepassing omgangsregels***

Voor het toepassen van omgangsregels is gebruik gemaakt van een vragenlijst waarin acht categorieën omgangsregels voor het omgaan met dementerende bewoners zijn opgenomen. Twee van deze categorieën, namelijk 'het betrekken van de familie bij de zorg en begeleiding' en 'het aanbieden van een vaste structuur in de zorg', worden buiten beschouwing gelaten, omdat deze omgangsregels niet geobserveerd kunnen worden tijdens één zorgcontact. Deze omgangsregels zijn breder. In hoofdstuk 3 is bij de analyses uitsluitend een onderscheid gemaakt tussen de items van de categorie die realiteitsoriëntatie training (ROT) meten en de overige items. In dit hoofdstuk worden de zes categorieën (schalen) wel onderscheiden, omdat dan een betere vergelijking mogelijk is tussen het gerapporteerde gedrag en de geobserveerde communicatiecategorieën. Een voorbeeld is de observatiecategorie 'meegaan in de belevingswereld van de dementerende bewoner'; een van de categorieën van gerapporteerde omgangsregels heeft ook op dit aspect betrekking.

In tabel 6.1 wordt een aantal beschrijvende gegevens van de zes schalen van de omgangsregels gepresenteerd. De betrouwbaarheid van de schalen (coëfficiënt alpha) is berekend over alle verzorgenden die de vragenlijst hebben ingevuld (n=196). Alle schalen zijn voldoende betrouwbaar (>.60) met uitzondering van schaal 4 (communicatie aanpassen aan bewoner, alpha= .45). Voor de analyses is wel gebruik gemaakt van de somscore op de zes items die communicatie betreffen, maar hierbij kan dus niet van een schaal gesproken worden.

Tabel 6.1 Toepassen omgangsregels in de omgang met demente bewoners (n=34 verzorgenden)

beschrijving	aantal items	gemiddelde somscore	range	gem (1-4)	alpha (n=196)
1. realiteitsoriëntatie training (ROT)	6	14.9	6-24	2.5	0.63
2. meegaan belevingswereld bewoner	5	16.9	5-20	3.4	0.62
3. activeren/stimuleren bewoner	3	9.4	3-12	3.1	0.65
4. communicatie aanpassen aan bewoner	6	19.7	6-24	3.3	0.45
5. contact maken met bewoner	7	21.7	7-28	3.1	0.65
6. rekening houden met beperkingen bewoner	9	30.1	9-36	3.3	0.63
7. omgangsregels totaal (zonder ROT)	30	98.0	30-120	3.3	0.86

Verder valt uit de tabel af te lezen dat de geobserveerde verzorgenden (n=34) verhoudingsgewijs minder vaak omgangsregels hanteren die vallen onder de realiteitsoriëntatie training (gemiddelde score 2.5 versus 3.1 tot 3.4 op de overige schalen). Dit komt overeen met de bevindingen bij de totale groep ondervraagde verzorgenden (zie hoofdstuk 3).

#### *Ervaren problemen*

In hoofdstuk 3 zijn verschillende schalen beschreven die problemen van verzorgenden met specifiek gedrag van bewoners meten. Omdat het geobserveerde gedrag tijdens de ochtendzorg plaatsvindt, is hier uitsluitend gebruik gemaakt van de schaal die problemen met gedragingen tijdens de ochtendzorg meet. Daarnaast is gebruik gemaakt van vijf schalen die betrekking hebben op algemene problemen in de zorg die verzorgenden ervaren, en die niet gebonden zijn aan een specifieke situatie. Dit zijn problemen met beperkingen van bewoners, ervaren spanning tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid in de zorg voor demente bewoners en problemen door gebrek aan waardering/dankbaarheid van bewoners (zie verder hoofdstuk 3). Verwacht mag worden dat deze problemen, juist omdat ze niet situatiespecifiek zijn, samen kunnen hangen met gedrag in willekeurig welke situatie, en dat is dan ook de reden om ze in dit hoofdstuk mee te nemen.

#### *Arbeidssatisfactie/burnout*

Voor het meten van arbeidssatisfactie is gebruik gemaakt van vier schalen die respectievelijk totale arbeidstevredenheid, tevredenheid met de kwaliteit van zorg, tevredenheid met het contact met dementerende bewoners en tevredenheid met de werklust meten. Burnout is gemeten met behulp van twee schalen die respectievelijk emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid meten (zie verder hoofdstuk 3).

#### *Observatiegegevens*

Van de observatiegegevens zijn voor dit hoofdstuk gegevens gebruikt over de verbale communicatie, de non-verbale communicatie en de affectmaten. Er is uitsluitend gekeken naar de gegevens van verzorgenden.

#### *Verbale communicatie*

In het onderzoek zijn 11 verbale clusters onderscheiden. Sommige clusters komen echter slechts in een klein deel van de contacten van de onderzoeksgroep voor. Het aantal uitingen is per cluster omgezet in het percentage dat ze deel uitmaken van het totaal aantal uitingen. Dit percentage is binnen de onderzoeksgroep soms zeer scheef verdeeld.

Uit tabel 6.2 valt af te lezen dat cluster 8, inleven gevoelens, slechts in 10% van de contacten voorkomt en bovendien zeer scheef verdeeld is. Op basis hiervan is besloten dit cluster niet in de verdere analyses mee te nemen.

Tabel 6.2 Verbale communicatie van de verzorgenden tijdens de ochtendzorg (n=57 contacten)

beschrijving	n contacten		gem % totaal	scheef- heid
	wel	(%)		
<b>instrumentele communicatie</b>				
1. richtinggevende communicatie	57	100	63.5	.14
2. stimulering zelfzorg	54	95	6.4	.53
3. stimulering eigen mening	85	74	1.5	1.41
4. testen kennis	9	16	0.1	2.95
<b>affectieve communicatie</b>				
5. informatie/sociale conversatie	57	100	12.6	.73
6. samenwerken	10	17	0.2	3.88
7. affectieve communicatie	57	100	6.1	1.38
8. inleven gevoelens	6	10	0.1	6.67
9. meegaan belevingswereld	8	14	0.2	3.88
<b>overige</b>				
10. monologe communicatie	41	72	2.2	2.91
11. communicatie derden	49	86	4.2	2.42

#### *Non-verbale communicatie*

Er zijn drie non-verbale gedragingen onderscheiden: aankijken, instrumentaal aanraken en affectief aanraken door de verzorgende. Voor elk gedrag is een omrekening gemaakt naar het percentage dat dit uitmaakt van de totale hoeveelheid tijd dat de verzorgende en bewoner samen in beeld waren. Enkele beschrijvende gegevens zijn gepresenteerd in tabel 6.3. Alle drie gedragingen zijn in de vervolganalyses meegenomen.

Tabel 6.3 Non-verbale communicatie van de verzorgenden tijdens de ochtendzorg (n=57 contacten)

beschrijving	n contacten		gem % in beeld	scheef- heid
	wel	(%)		
1. aankijken	57	100	12.9	.72
2. affectief aanraken	51	89	4.6	1.40
3. instrumenteel aanraken	57	100	50.7	-.43

#### *Affectmaten*

Er zijn 7 globale affectmaten die een indruk geven van de wijze waarop de ziekenverzorgende zich -emotioneel- gedroeg tijdens de ochtendzorg. De maten zijn tot stand gekomen op basis van het oordeel van de observator. Deze moest aangeven of deze emotie/dit gedrag 'niet', 'nagenoeg niet', 'enigszins', 'tamelijk veel', 'veel' of 'zeer veel' voorkwam (schaal van 1-6). In tabel 6.4 wordt een overzicht gegeven.



Tabel 6.4 Affectmaten van de verzorgenden tijdens de ochtendzorg (n=57)

beschrijving	n contacten		gem (1-6)	scheef- heid
	<u>wel</u>	(%)		
1. boosheid/geïrriteerdheid	11	19	1.4	2.26
2. angst/nervositeit	3	5	1.1	4.98
3. interesse/bezorgdheid	57	100	4.0	-.06
4. warmte/vriendelijkheid	57	100	4.3	.17
5. betuttelen/ongelijkwaardigheid	67	42	1.8	1.29
6. betrokken houding	57	100	4.0	-.15
7. respect/discretie/privacy	57	100	4.1	-.03

Omdat de affectmaat 'angst/nervositeit' slechts in 5% van de contacten voorkwam en - daardoor- zeer scheef verdeeld is, is deze niet in de verdere analyses meegenomen.

### 6.2.3 Analyse

Om de samenhang tussen het geobserveerde gedrag van verpleegkundigen en het toepassen van omgangregels, ervaren problemen en arbeidstevredenheid/burnout vast te stellen, dient rekening gehouden te worden met andere factoren die dit gedrag kunnen beïnvloeden. De hulpbehoevendheid van de bewoner is zo'n factor. Naarmate bewoners hulpbehoevender zijn en minder zelf kunnen of aanspreekbaar zijn zullen verzorgenden hun gedrag aanpassen. In hoofdstuk 4 is dan ook een samenhang vastgesteld tussen de mate van hulpbehoevendheid van de bewoner en een aantal clusters van verbaal en non-verbaal gedrag. Het betreft de clusters informatie uitwisselen, samenwerken, monologe communicatie, instrumenteel aanraken en betuttelende houding. Voor de analyses is bij deze clusters gecorrigeerd voor mate van hulpbehoevendheid door middel van partiële correlatie. Voor de overige clusters zijn gewone correlaties berekend. Vanwege deze correctie voor hulpbehoevendheid, is gekozen voor analyses op het niveau van het contact (hetgeen gelijk staat aan het niveau van de patiënt, daar elk contact met een andere patiënt plaatsvond).

## 6.3 Resultaten

### 6.3.1 Samenhang tussen toepassen van omgangsregels en de geobserveerde communicatie

#### *Verbale communicatie*

Er zijn slechts enkele samenhangen gevonden tussen de geobserveerde verbale communicatie van de verzorgenden en de mate waarin zij zelf aangeven omgangsregels toe te passen. Slechts het geobserveerde verbale gedrag 'stimuleren van zelfzorgactiviteiten' hangt samen met de mate waarin verzorgenden aangeven bepaalde omgangsregels toe te passen. Zelfzorg van dementerende bewoners wordt minder vaak gestimuleerd door verzorgenden die relatief veel volgens de realiteitsoriëntatie benadering zeggen te werken, maar juist meer door verzorgenden die, naar eigen zeggen, verhoudingsgewijs veel meegaan in de belevingswereld van de bewoners, rekening houden met de eigenheid en de beperkingen van bewoners, en in het algemeen de bewoners wat meer 'tegenmoet' komen (tabel 6.5). Voor het overige zijn geen samenhangen gevonden.

Tabel 6.5 Correlaties tussen het toepassen van omgangsregels en geobserveerde communicatie (n=57 contacten)

	ROT	beleving	activeren	commun	contact	beperkingen	totaal
<b>verbale communicatie</b>							
- richtinggev. communicatie	.09	-.17	-.03	.00	.04	-.01	-.02
- stimulering zelfzorg	-.28*	.35**	.11	.20	.17	.27*	.31*
- stimulering eigen mening	-.18	.14	.15	.01	.09	-.15	.03
- testen kennis	.09	.10	-.05	.03	-.09	.04	.01
- informatie uitwisselen <sup>1</sup>	-.18 (-.08)	-.01 (-.07)	-.15 (-.06)	-.12 (-.12)	-.10 (-.14)	.00 (-.01)	-.09(-.11)
- samenwerken <sup>1</sup>	-.05 (-.00)	.01 (-.03)	.11 (.03)	.10 (.09)	.01 (.00)	.07 (.02)	.07(.02)
- affectieve communicatie	-.03	.07	-.12	-.01	.03	-.10	-.01
- meegaan belevingswereld	.16	.01	.07	.10	-.05	.01	.02
- monologe communicatie <sup>1</sup>	-.02 (.04)	.09 (-.04)	.22 (-.02)	.01 (-.04)	-.02 (-.07)	-.20 (-.30*)	-.00(-.16)
- communicatie derden	.15	-.01	.10	.03	.10	.03	.04
<b>non-verbale communicatie</b>							
- aankijken	-.25	.19	-.13	-.04	.03	-.11	-.00
- instrumenteel aanraken <sup>1</sup>	.06 (.06)	-.14 (-.02)	-.16 (-.21)	.08 (.13)	-.17 (-.03)	-.06 (.03)	-.12(.00)
- affectief aanraken	-.19	.08	-.06	-.10	.11	.26	.15
<b>affectmaten</b>							
- boosheid/geïrriteerdheid	-.08	-.21	-.06	-.15	-.16	-.43**	-.31*
- interesse/bezorgdheid	-.12	.39**	.18	.19	.29*	.29*	.36**
- warmte/vriendelijkheid	-.26*	.32*	.11	.09	.19	.25	.27*
- betuttelen/ongelijkwaard. <sup>1</sup>	-.04 (-.04)	-.05 (.01)	-.27* (-.27*)	.19 (.22)	-.01 (.05)	-.18 (-.10)	-.10(-.02)
- betrokken houding	-.14	.42**	.15	.21	.29*	.34*	.40**
- respect/discretie/privacy	-.19	.37**	.20	.05	.35**	.38**	.38**

\*\* p<.01

\* p<.05

<sup>1</sup> partiële correlaties met correctie voor de mate van cognitieve, fysieke en sociale hulpbehoefendheid van de bewoner, ongecorrigeerde correlaties tussen haakjes

### Non-verbale communicatie

Er is geen samenhang gevonden tussen de mate waarin verzorgenden naar eigen zeggen omgangsregels toepassen en hun non-verbale communicatie (tabel 6.5).

### Affectmaten

Het duidelijkst is de samenhang tussen het toepassen van omgangsregels en de houding van de verzorgende die de emotionele context en de sfeer van het contact tijdens de ochtendzorg bepaalt (tabel 6.5). Naarmate verzorgenden in hun omgang met dementerende bewoners meer uitgaan van de principes van de realiteitsoriëntatie benadering, komen ze minder warm en vriendelijk over. Het toepassen van de overige omgangsregels hangt juist positief samen met een positieve houding. Verzorgenden die deze regels toepassen worden minder vaak als geïrriteerd beoordeeld en komen geïnteresseerder of bezorgder en vriendelijker over. Ook wordt hun houding als meer betrokken beoordeeld en zijn de beoordelaars van mening dat ze meer respect voor de bewoners tonen. Dat geldt vooral voor verzorgenden die zeggen mee te gaan in de belevingswereld van bewoners, contact proberen te maken met bewoners en rekening zeggen te houden met de beperkingen van bewoners. Verder komt de houding van verzorgenden die zeggen de resterende vaardigheden van bewoners te stimuleren of te activeren minder betuttelend over.

### 6.3.2 Samenhang tussen ervaren problemen in de zorg voor dementerende bewoners en de geobserveerde communicatie

#### Verbale communicatie

Er is een tweetal samenhangen vastgesteld tussen de problemen die verzorgenden ervaren en hun geobserveerde verbale communicatie met demente bewoners (zie tabel 6.6). Verzorgenden die problemen hebben met de spanning tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, structureren het contact met de bewoners tijdens de ochtendzorg minder vaak door middel van verbale uitingen. Verder bestaat de communicatie van verzorgenden die problemen hebben met het gebrek aan waardering en dankbaarheid van bewoners, minder uit het uitwisselen van informatie over dagelijkse gebeurtenissen.

#### Non-verbale communicatie

Verzorgenden die problemen hebben met specifieke gedragingen van bewoners tijdens de ochtendzorg, raken hen minder instrumenteel aan; verzorgenden die problemen hebben met de beperkingen van bewoners raken hen minder affectief aan (tabel 6.6). Dat laatste geldt eveneens voor verzorgenden die zich onvoldoende gewaardeerd voelen door bewoners; zij raken bewoners niet alleen minder affectief aan, maar kijken hen bovendien minder aan tijdens het contact.

Tabel 6.6 Correlaties tussen ervaren problemen in de zorg voor dementerende bewoners en geobserveerde communicatie (n= 57 contacten)

	problemen met specifiek gedrag				algemene problemen	
	ochtendzorg	beperkingen	afstand	tijd	machteloos	waardering
<b>verbale communicatie</b>						
- richtinggev. commun.	-.02	-.14	-.30*	.01	-.12	.13
- stimulering zelfzorg	.16	-.09	.05	.02	.17	.16
- stimulering eig.mening	.17	.03	.21	-.02	-.07	-.10
- testen kennis	.02	.19	.03	.12	-.10	.18
- info.uitwisselen <sup>1</sup>	-.20(-.18)	-.02 (.10)	.06 (.14)	-.08 (-.10)	.10 (-.02)	-.36** (-.37**)
- samenwerken <sup>1</sup>	-.03 (-.01)	-.19 (-.22)	.04 (.02)	.21 (.21)	.08 (.12)	.15 (.18)
- affect.comunicatie	-.18	.11	.03	-.04	.00	.04
- meegaan belevingsw.	-.09	.13	.05	.07	-.15	.01
- monolog.commun. <sup>1</sup>	.03 (.03)	-.01 (-.08)	.21 (.11)	-.02 (.07)	-.01 (.10)	-.06 (.16)
- commun.derden	.11	.14	.08	-.02	-.12	-.11
<b>nonverbale communicatie</b>						
- aankijken	-.01	-.17	.12	-.20	-.20	-.27*
- affectief aanraken	-.17	-.27*	-.07	-.18	-.13	-.34**
- instrum.aanraken <sup>1</sup>	-.32* (-.19)	.08 (-.13)	-.14 (-.21)	.07 (.03)	-.15 (-.02)	.08 (.12)
<b>affectmaten</b>						
- boosheid/ geïrriteerdheid	-.01	.15	.27*	-.00	.18	.07
- interesse/ bezorgdheid	.19	-.07	.16	-.04	-.00	-.29*
- warmte/ vriendelijkheid	.07	-.19	.17	-.01	.00	-.27*
- betuttelen/ ongelijkwaardheid <sup>1</sup>	-.22 (-.18)	.03 (-.06)	-.05 (-.09)	-.04 (-.06)	-.25* (-.20)	.35** (.34**)
- betrokken houding	.20	-.09	.09	-.07	-.00	-.35**
- respect/discretie/ privacy	.09	-.01	.17	-.24	.01	-.35**

\*\* p<.01

\* p<.05

<sup>1</sup> partiële correlaties met correctie voor de mate van cognitieve, fysieke en sociale hulpbehoefendheid van de bewoner, ongecorrigeerde correlaties tussen haakjes

### Affectmaten

Ook de houding van verzorgenden hangt in belangrijke mate samen met de mate waarin zij gebrek aan waardering en dankbaarheid ondervinden van bewoners (tabel 6.6). Verzorgenden die hier problemen mee hebben, komen minder geïnteresseerd, warm, betrokken en respectvol over, en hun houding wordt als meer betuttelend beoordeeld. Verzorgenden die een gevoel van machteloosheid ondervinden in de zorg voor bewoners, worden juist als minder betuttelend beoordeeld. Ten slotte lijken verzorgenden die problemen hebben met de spanning tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, wat vaker geïrriteerd.

### 6.3.3 Samenhang tussen arbeidssatisfactie/burnout en geobserveerde communicatie

#### Verbale communicatie

Verzorgenden die tevreden zijn met hun werk wisselen meer informatie uit met bewoners, stimuleren hen vaker een eigen mening te hebben en testen hun kennis minder vaak, dan verzorgenden die minder tevreden zijn (tabel 6.7). Tevredenheid met de kwaliteit van de zorg die de verzorgende kan verlenen hangt eveneens positief samen met het uitwisselen van informatie, maar negatief met verbale uitingen die aangeven dat verzorgenden en bewoners samenwerken aan het uitvoeren van een taak. Er is geen verband geconstateerd tussen tevredenheid over het contact met de patiënt, dan wel tevredenheid over de werklust en de geobserveerde verbale communicatie van de verzorgenden. Ook tussen de twee dimensies van burnout, gevoelens van emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid, en de geobserveerde verbale communicatie zijn geen samenhangen gevonden.

Tabel 6.7 Correlaties arbeidssatisfactie/burnout met geobserveerde communicatie (n= 57 contacten)

	arbeidssatisfactie arbtevrede totaal	tevreden kwazorg	tevreden patiënt	burnout tevreden werklust	uitputting	persoon bekwaam
<b>verbale communicatie</b>						
- richtinggev.commun.	-.09	-.14	.11	-.19	-.05	.13
- stimulering zelfzorg	.03	.02	.03	.00	.05	.15
- stimul.eigen mening	.30*	.08	.15	.16	.16	.00
- testen kennis	-.32*	-.00	.02	-.22	-.05	.03
- informatie uitwisselen <sup>1</sup>	.31* (.27*)	.35** (.42**)	.01 (-.06)	.08 (.11)	.09 (.02)	.11 (.06)
- samenwerken <sup>1</sup>	-.08 (-.13)	-.26* (-.31*)	.15 (.10)	-.14 (-.19)	.15 (.18)	.11 (.08)
- affec.communicatie	-.16	-.08	.02	-.17	-.00	-.15
- meegaan belevingswereld	-.22	-.11	.11	-.07	.01	-.03
- monolog.commun. <sup>1</sup>	.15 (-.04)	.00 (-.28*)	.21 (.13)	.08 (-.13)	.15 (.26)	-.05 (-.12)
- commun.derden	-.08	-.03	-.12	-.13	-.09	.10
<b>nonverbale communicatie</b>						
- aankijken	.34*	.32*	.27*	.30*	.06	.10
- affect.aanraken	.20	.27*	.20	.26*	-.23	.25
- instrum.aanraken <sup>1</sup>	-.05 (-.05)	-.08 (-.15)	.08 (.02)	-.12 (-.10)	.06 (.07)	-.17 (-.05)
<b>affectmaten</b>						
- boosheid/geïrriteerdheid	-.04	-.14	.09	.00	.08	-.25
- interesse/bezorgdheid	.36**	.33*	.16	.13	.18	.34**
- warmte/vriendelijkheid	.30*	.24	.15	.03	.13	.28*
- betuttelen/ongelijkw. <sup>1</sup>	-.19 (-.16)	-.11 (-.09)	.12 (.10)	.08 (.09)	-.19 (-.19)	-.04 (.02)
- betrokken houding	.36**	.35**	.12	.12	.10	.35**
- respect/discretie/privacy	.39**	.45**	.07	.26	.13	.19

\*\* p<.01

\* p<.05

<sup>1</sup> partiële correlaties met correctie voor de mate van cognitieve, fysieke en sociale hulpbehoefendheid van de bewoner, ongecorrigeerde correlaties tussen haakjes

#### *Non-verbale communicatie*

Er bestaat een duidelijk verband tussen arbeidssatisfactie en de geobserveerde non-verbale communicatie (tabel 6.7). Tevreden verzorgenden kijken dementerende bewoners tijdens het contact vaker aan dan verzorgenden met een lage arbeidstevredenheid. Ook raken zij bewoners vaker affectief aan, met name verzorgenden die tevreden zijn met de kwaliteit van zorg die zij kunnen verlenen en met hun werklust.

Tussen de twee dimensies van burnout en de geobserveerde non-verbale communicatie zijn geen significante samenhangen vastgesteld.

#### *Affectmaten*

Ten slotte blijkt er een duidelijk verband te bestaan tussen arbeidssatisfactie en de beoordeelde houding van de verzorgenden (tabel 6.7). Naarmate verzorgenden meer tevreden zijn met hun werk in het algemeen en de kwaliteit van zorg die zij verlenen, des te meer wordt hun gedrag beoordeeld als geïnteresseerd/bezorgd, warm/vriendelijk, betrokken en respectvol tegenover de bewoner die zij verzorgen. Tevredenheid over het contact met de bewoners en over de werklust zijn echter niet gerelateerd aan de beoordeelde houding van de verzorgenden tijdens de ochtendzorg.

De mate waarin verzorgenden zich persoonlijk bekwaam voelen hangt duidelijk samen met hun beoordeelde houding. Verzorgenden die zich bekwaam voelen hebben een meer geïnteresseerde, warmere en betrokken houding tijdens de ochtendzorg dan verzorgenden die zich minder bekwaam voelen. Er is echter geen verband gevonden tussen de mate waarin verzorgenden zich emotioneel uitgeput voelen en hun houding.

## **6.4 Conclusies**

Op basis van het voorgaande moet de eerste onderzoeksvraag naar de samenhang tussen de geobserveerde communicatie van verzorgenden en de mate waarin ze naar eigen zeggen omgangsregels toepassen, voornamelijk negatief beantwoord worden. Er zijn nauwelijks samenhangen gevonden tussen het gerapporteerde gedrag en de geobserveerde verbale en non-verbale communicatie met de bewoners tijdens de ochtendzorg. Wel is een verband geconstateerd tussen het gerapporteerde gedrag en de houding van verzorgenden zoals deze beoordeeld is door observatoren. Hierbij gaat het echter niet zozeer om concreet gedrag, maar om de houding van de verzorgenden die de emotionele context en de sfeer van het contact tijdens de ochtendzorg bepaalt.

Dit gebrek aan samenhang lijkt op het eerste gezicht te wijzen op een discrepantie tussen gerapporteerd en geobserveerd gedrag, omdat toch een aantal omgangsregels terug te vinden is in de verbale categorieën van de geobserveerde communicatie. Zo is de realiteitsoriëntatie benadering erop gericht dementerende bewoners te stimuleren en te activeren om het contact met de werkelijkheid terug te vinden door het aanbieden van realistische informatie, het stellen van vragen over het recente verleden, en het corrigeren van foute handelingen of uitspraken. Deze regels passen bij het testen van kennis van dementerende bewoners, maar juist niet bij communicatie waarin de verzorgende meegaat in de belevingswereld van de bewoners. Er zijn echter geen samenhangen gevonden tussen het werken volgens de realiteitsoriëntatie benadering en deze vorm van verbale communicatie tijdens de ochtendzorg. Verder zou een samenhang verwacht kunnen worden tussen het gerapporteerde en geobserveerde gedrag wat betreft het meegaan in de belevingswereld van dementerende bewoners en het activeren en stimuleren van bewoners (bijvoorbeeld om zelf beslissingen te nemen en dingen zelf te doen).

Bij nader inzien is het echter de vraag of dit inderdaad wijst op een discrepantie tussen gerapporteerd en geobserveerd gedrag, of dat er andere factoren een rol spelen. In de eerste plaats geven verzorgenden in het algemeen aan weinig de principes van de realiteitsoriëntatie benadering toe te passen. Ook uit de observaties komt naar voren dat het testen van kennis van bewoners erg weinig gebeurt (slechts in 16% van de contacten). Dit maakt het lastiger een mogelijk verband vast te stellen. Verder komen verbale uitingen waaruit blijkt dat de verzorgende meegaat in de belevingswereld van de bewoner, slechts in 14% van de contacten voor, terwijl ruim 60% van de onder-vraagde verzorgenden zegt dit vaak te doen. Hier zou van een discrepantie tussen gerapporteerd en geobserveerd gedrag sprake kunnen zijn, maar een mogelijke andere verklaring is dat situaties waarin verzorgenden dit verbale gedrag daadwerkelijk konden vertonen, erg weinig voorkwamen tijdens de ochtendzorg. Dat zou betekenen dat bij het merendeel van de verzorgenden dit gedrag niet geobserveerd kón worden, waardoor een eventueel verband tussen gerapporteerd en geobserveerd gedrag moeilijk vastgesteld kan worden. Een andere verklaring is dat de vragenlijst die de omgangsregel 'meegaan in de belevingswereld van de bewoner' meet, een breder spectrum aan activiteiten omvat dan de verbale observatiecategorie. De activiteiten uit de vragenlijst hebben meer betrekking op de houding van de verzorgende. Voorbeelden zijn 'zich inleven in de gedachten en gevoelens van een dementerende bewoner', 'zich richten op gevoelens die in een verhaal doorklinken in plaats van op feiten' en 'bij de interpretatie van gedrag rekening houden met de achtergrond van de bewoner'. Dit verklaart tevens de gevonden samenhang tussen deze vragenlijstgegevens en de beoordeelde houding van de verzorgenden door de observatoren.

Het feit dat er geen samenhang gevonden is tussen gerapporteerd gedrag ten aanzien van het activeren en stimuleren van bewoners en de geobserveerde verbale communicatie op dit punt zou op eenzelfde wijze verklaard kunnen worden. Wel is het opvallend dat andere door de verzorgenden gerapporteerd omgangsregels ('meegaan in de belevingswereld' en 'rekening houden met beperkingen van dementerende bewoners') wel een samenhang vertonen met het geobserveerde stimuleren van zelfzorg.

Wat de geobserveerde non-verbale communicatie betreft zou een samenhang verwacht kunnen worden met het gerapporteerde toepassen van de omgangsregels 'tijdens het communiceren rekening houden met de beperkingen van de dementerende bewoners' en 'contact maken met dementerende bewoners'. In de activiteiten die betrekking hebben op deze omgangsregels wordt namelijk expliciet verwezen naar non-verbale communicatie (knuffelen, gebruik maken van aanrakingen). Het betreft echter telkens slechts één aspect van het cluster van omgangsregels, en het is het dan ook niet duidelijk of er inderdaad sprake is van een discrepantie.

De belangrijkste conclusie die we op basis van het voorgaande kunnen trekken is dat het in dit onderzoek niet goed mogelijk is gebleken het gerapporteerd gedrag door de verzorgenden ten aanzien het toepassen van omgangsregels te valideren door dit te vergelijken met hun geobserveerde verbale en non-verbale communicatie. Het ziet ernaar uit dat bepaalde situaties tijdens de ochtendzorg te weinig voorkomen, en bepaald gedrag dus te weinig geobserveerd kan worden, om een vergelijking met gerapporteerd gedrag mogelijk te maken. Verder zijn de activiteiten die behoren bij een bepaalde omgangsregel, vaak breder en algemener dan een specifieke geobserveerde verbale communicatiecategorie.

Zoals gezegd is wel een duidelijke samenhang geconstateerd tussen de mate waarin verzorgenden zelf aangeven dat ze de omgangsregels toepassen en de beoordeling

van de houding van de verzorgende door de observatoren die de affectieve sfeer tijdens de ochtendzorg bepaalt. Het lijkt er op dat gerapporteerd gedrag vooral verwijst naar de houding van de verzorgende. Dit geeft in ieder geval aan dat het belangrijk is in observatie-onderzoek niet alleen te kijken naar concrete communicatie, maar ook de context waarin de communicatie plaatsvindt mee te nemen.

Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag naar de samenhang tussen ervaren problemen in de zorg voor dementerende bewoners en de geobserveerde communicatie, luidt -ten dele- bevestigend. Het verband is echter niet voor alle soorten problemen even sterk aanwezig. Ervaren problemen met specifieke gedragingen tijdens de ochtendzorg vinden uitsluitend hun weerslag in minder instrumenteel aanraken. Van de meer ervaren algemene problemen in de zorg voor dementerende bewoners heeft met name het gevoel door bewoners weinig gewaardeerd te worden een -negatieve-samenhang met de geobserveerde communicatie en houding van verzorgenden. Dat ligt ook voor de hand, omdat deze problemen direct voortvloeien uit het contact met bewoners.

Tot slot is een duidelijk positief verband gevonden tussen arbeidssatisfactie van verzorgenden en hun geobserveerde -met name- non-verbale gedrag en houding tegenover dementerende bewoners (onderzoeksvraag 3). Het gaat hierbij vooral om algemene tevredenheid met het werk en tevredenheid met de kwaliteit van zorg die verleend kan worden; tevredenheid over de werklust (werkdruk) en het contact met de bewoner zijn minder van belang. Vooral dat laatste is opmerkelijk in het licht van de eerdere bevinding dat met name de problemen die voortvloeien uit gevoel door bewoners niet gewaardeerd te worden duidelijk samenhang vertoonden met het gedrag en de houding van verzorgenden.

Gevoelens van burnout hangen nauwelijks samen met het geobserveerde gedrag van verzorgenden. Wel is het gevoel van persoonlijke bekwaamheid van belang voor de houding die men tegenover bewoners heeft. Verzorgenden die zich op dat punt zekerder voelen, uiten dit in een positieve houding.





## 7 NABESCHOUWING

In deze exploratieve studie werd onderzocht op welke wijze verzorgenden in het verpleeghuis omgaan met dementerende bewoners en welke problemen zij daarin ervaren. De omgangswijze van verzorgenden werd met twee methoden onderzocht: met een vragenlijst en door middel van systematische observaties. Daarnaast werd nagegaan welke factoren samenhangen met de omgangswijze en de ervaren problemen. Vervolgens is gekeken in hoeverre de ervaren problemen in de zorg voor dementerende bewoners invloed hebben op de arbeidssatisfactie, gevoelens van burnout, ervaren werklast en gezondheid van verzorgenden. Tot slot werd onderzocht in hoeverre de geobserveerde communicatie met de bewoners van de verzorgenden overeenkomt met de omgangswijze en de problemen die ze zelf in de vragenlijst hebben aangegeven.

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen. Op grond daarvan worden aanbevelingen gedaan voor de dagelijkse praktijk in verpleeghuizen en voor toekomstig onderzoek op dit terrein.

### 7.1 Discussie

In dit onderzoek werd aandacht besteed aan de volgende vraagstellingen:

1. Wat zijn volgens verzorgenden zelf knelpunten of problemen in de omgang met dementerende bewoners?
2. Op welke wijze communiceren verzorgenden en dementerende bewoners verbaal en non-verbaal met elkaar?
3. Welke factoren hangen samen met:
  - a. de mate waarin verzorgenden problemen ervaren in de omgang met dementerende bewoners;
  - b. het (geobserveerde) gedrag van de verzorgenden in hun omgang met dementerende bewoners?
4. In hoeverre hebben de ervaren problemen in de omgangswijze met dementerende bewoners invloed op de arbeidstevredenheid, gevoelens van 'opgebrand zijn', ervaren werklast en gezondheid van verzorgenden?
5. Komt het daadwerkelijk vertoonde gedrag van verzorgenden in de omgang met de dementerende bewoners overeen met de omgangswijze en de problemen die ze zelf hebben aangegeven?

#### 7.1.1 Problemen in de omgang met dementerende bewoners

Bij de ervaren problemen van verzorgenden werd op basis van de literatuur onderscheid gemaakt tussen twee soorten problemen: (1) Problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners zoals agressief, aanstootgevend of depressief gedrag; en (2) meer algemene problemen in de omgang en zorg voor deze groep bewoners, bijvoorbeeld omgangsproblemen tijdens de ochtendzorg, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid en problemen door gebrek aan waardering door bewoners.

Uit de resultaten bleek dat verzorgenden met name moeite hebben met een aantal specifieke gedragingen van de bewoners. Zo hebben veel verzorgenden moeite met

agressief gedrag van de dementerende bewoners, vooral als de bewoners fysiek agressief zijn dan wel dreigen met agressie. Tevens geven veel verzorgenden aan moeite te hebben met aanstootgevend gedrag zoals naaktlopen, smeren met ontlasting, urineren op willekeurige plaatsen, en met uitingen van depressief (bijvoorbeeld het uiten van doodswensen) of angstig gedrag. Veel minder verzorgenden geven aan met de meer algemene aspecten in de zorg voor dementerende ouderen problemen te hebben, met uitzondering van het probleem voortdurend te weinig tijd te hebben. Het tijdgebrek om met name extra zorg te geven, zoals het geven van aandacht en het ondernemen van activiteiten met de bewoners, ervaren veel verzorgenden als problematisch. Ongeveer een derde van de verzorgenden ervaart daarnaast gevoelens van machteloosheid in de zorg voor deze groep bewoners.

Deze bevindingen stemmen overeen met resultaten uit eerder verricht onderzoek. Zo vonden Halberg & Norberg (1993) dat aanstootgevend, agressief of angstig gedrag van dementerende ouderen bij verpleegkundigen gevoelens van machteloosheid en moedeloosheid oproepen. Wat het voortdurende gevoel van tijdgebrek van verzorgenden betreft, bleek ook uit het onderzoek van Boeije (1994) dat aandacht voor verpleeghuisbewoners wordt bemoeilijkt door de druk van het nooit eindigende werk.

Het gevoel van voortdurend te weinig tijd te hebben voor de bewoners impliceert dat verzorgenden regelmatig keuzes moeten maken tussen de bewoners zo snel mogelijk te helpen of te proberen zich aan te passen bij het tempo van de bewoners en de aandacht te geven waar bewoners om vragen.

### **7.1.2 Communicatie met dementerende bewoners**

De wijze waarop verzorgenden met de dementerende bewoners omgaan werd op twee manieren onderzocht. Ten eerste is een vragenlijst ontwikkeld waarin verzorgenden werd gevraagd in hoeverre ze allerlei omgangsregels hanteren tijdens de zorg aan dementerende bewoners. Deze omgangsregels zijn afgeleid van reeds bestaande begeleidingsmethodieken, zoals de realiteitsoriëntatie benadering, de validerende benadering en snoezelen, voor dementerende ouderen (Kruyver & Kerkstra, 1996). Ten tweede werd het omgaan van verzorgenden met de bewoners tijdens twee situaties die dagelijks terugkeren in hun werk, systematisch geobserveerd: tijdens de ochtendzorg en tijdens de warme maaltijd. Aan de hand van een observatieprotocol werd de verbale en non-verbale communicatie in kaart gebracht. Voor deze tweede benadering werd gekozen omdat (non)verbale communicatie niet voldoende systematisch en betrouwbaar kan worden vastgelegd met een vragenlijst. Daarnaast speelt het probleem van validiteit: mensen gedragen zich soms anders dan ze zeggen te doen, bijvoorbeeld doordat ze zich er niet van bewust zijn of door sociale wenselijkheid (Steiner, 1966).

Uit het vragenlijstonderzoek kan geconcludeerd worden dat verzorgenden duidelijke ideeën hebben over de wijze waarop het beste met dementerende bewoners kan worden omgegaan. Meer dan 80% van de verzorgenden gaf aan de meeste omgangsregels heel vaak tot altijd toe te passen. Zo zeggen verzorgenden doorgaans mee te gaan in de belevingswereld van de bewoners en proberen ze resterende vaardigheden van de bewoners te activeren. Daarnaast proberen ze vaak contact te initiëren, bijvoorbeeld door samen met de bewoner herinneringen op te halen. Daarentegen gaven verzorgenden aan, dat ze omgangsregels die betrekking hebben op 'het stimuleren en activeren van bewoners om het contact met de werkelijkheid te behouden' zelden toepassen. Waarschijnlijk komt dit door het feit dat de meeste verzorgenden zorg dragen voor ernstig dementerende ouderen, terwijl realiteitsoriëntatie het meest geschikt is voor ouderen met een lichte vorm van dementie (Buijssen, 1991).

Ook het vermogen van de bewoners om zelf beslissingen te nemen wordt minder vaak geactiveerd. Tenslotte was het opvallend dat bijna 60% van de verzorgenden aangaf zelden te vragen hoe een bewoner aangesproken wil worden. Dit kan het gevolg zijn van het beleid in het verpleeghuis (altijd aanspreken met u, mevrouw en achternaam).

Daarnaast bleek uit de observaties tijdens de ochtendzorg dat de meeste verbale uitingen die de verzorgenden maken instrumenteel van aard zijn en bedoeld om het zorgcontact zoveel mogelijk te structureren (hetzelfde gold tijdens de warme maaltijd). Dit betekent dat verzorgenden veel instructies geven en oriënterende opmerkingen plaatsen. Bovendien gaan verzorgenden na of de bewoner begrijpt wat bedoeld wordt en checken ze regelmatig of zijzelf de boodschap van de bewoners wel goed interpreteren. Hieruit blijkt dat de verzorgenden de omgangsregel 'het respecteren van de bewoners in hun eigenheid door rekening te houden met hun beperkingen en mogelijkheden' frequent toepassen. Met name geven verzorgenden van te voren aan wat de volgende stap is tijdens de zorgverlening. Verder werd gevonden dat verzorgenden zich inspinnen om contact te maken met de bewoners, door bijvoorbeeld een praatje te maken. Er wordt veel informatie uitgewisseld over de zorg, het leven in het verpleeghuis en over alledaagse zaken (sociale conversatie). Dit resultaat is nogal opvallend, omdat het afwijkt van vrij algemeen geformuleerde conclusies in vergelijkbare buitenlandse onderzoeken onder verpleegkundigen (Amstrong-Esther e.a. 1989, 1994; Liukkonen, 1992). Veelal wordt aangegeven dat de communicatie met cliënten minimaal is en bovendien erg oppervlakkig.

Wanneer we de andere omgangsregels in ogenschouw nemen waren deze minder duidelijk traceerbaar in de verbale uitingen van de verzorgenden tijdens de ochtendzorg. Zo werden niet veel verbale uitingen gemaakt om de bewoners te activeren tot zelfzorg of tot het uiten van een eigen mening. Tevens waren er weinig verbale uitingen waaruit blijkt dat de verzorgenden meegaan in de belevingswereld van de bewoners. Daarentegen werd, geheel in overeenstemming met de omgangsregels voor deze ernstig dementerende bewoners, vrijwel niet nagegaan of de bewoners nog over bepaalde kennis beschikken.

Tussen de verbale communicatie van verzorgenden en bewoners werden slechts enkele verbanden gevonden. Zo bleek bijvoorbeeld dat verzorgenden vooral meegaan in de belevingswereld van de bewoner tijdens contacten waarin de bewoners relatief vaak onbegrijpelijk praten. Dit wijst erop dat verzorgenden vooral meegaan in de belevingswereld van bewoners in een vergevorderd stadium van dementie. Verder kwam naar voren dat affectieve communicatie van de verzorgenden samengaat met meer affectieve communicatie van de bewoners, en dat het stimuleren van zelfzorg door verzorgenden samengaat met het uiten van waardering door bewoners.

Wat de geobserveerde non-verbale communicatie tijdens de ochtendzorg betreft, kan worden geconcludeerd dat verzorgenden de bewoners relatief weinig aankijken. Dit gebeurde namelijk gemiddeld slechts in 14% van de tijd. In het onderzoek van Caris-Verhallen e.a. (1997) keken verpleegkundigen en verzorgenden tijdens de zorgverlening in de thuiszorg en het verzorgingshuis hun cliënten gemiddeld in ruim 40% van de tijd aan. Daarentegen worden de bewoners in het verpleeghuis veel vaker instrumenteel aangeraakt (gedurende 49% van de tijd) dan in de thuiszorg en het verzorgingshuis (20%). Beide verschillen hangen zeer waarschijnlijk samen met het feit dat de bewoners in het verpleeghuis veel hulpbehoevender zijn en daardoor intensiever moeten worden geholpen met wassen, aankleden e.d. Affectief aanraken van bewoners door de verzorgenden kwam in 5% van de tijd voor. Dit is ruim twee keer zoveel als in de thuiszorg en het verzorgingshuis werd gevonden (Caris-Verhallen e.a., 1997). Een

verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn dat affectieve aanrakingen bij ernstig demente ouderen voor een deel in de plaats komt voor verbale communicatie (Burnside, 1973; Preston, 1973). De bevinding dat verzorgenden de bewoners veel vaker instrumenteel dan affectief aanraken stemt overeen met hetgeen in eerder onderzoek werd gevonden (Le May & Redfern, 1987; Oliver & Redfern, 1991; McCann & McKenna, 1993).

Tot slot bleek dat de non-verbale communicatie van de verzorgenden aan hun verbale communicatie gerelateerd is. Verzorgenden kijken de bewoners vooral aan tijdens affectieve verbale communicatie en terwijl ze meegaan in de belevingswereld van de bewoners, en minder tijdens richtinggevende communicatie. Instrumenteel aanraken gebeurt vooral terwijl verzorgenden tijdens de lichamelijk-hygiënische zorg meegaan in de belevingswereld van de bewoner. Tussen het verbale en non-verbale gedrag van de bewoners werd nauwelijks een relatie gevonden.

### **7.1.3 Factoren die gerelateerd zijn aan de omgang(sproblematiek) met dementerende bewoners**

In het vragenlijstonderzoek werd nagegaan in hoeverre het toepassen van de omgangsregels, een aantal persoonskenmerken van de verzorgenden en een tweetal kenmerken van de afdeling (aantal bewoners en mate van hulpbehoefte bewoners) waar de verzorgenden werkzaam zijn, gerelateerd zijn aan de ervaren problemen in de omgang met de bewoners.

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd dat de mate waarin de omgangsregels worden toegepast door verzorgenden niet samenhangt met de ervaren problematiek met specifieke gedragingen van dementerende bewoners, maar wél met de meer algemene problemen in de omgang. Hoe meer de verzorgenden handelen volgens de omgangsregels, met uitzondering van de omgangsregels die tot doel hebben de bewoners te stimuleren het contact met de realiteit te houden, hoe minder problemen ze ervaren in de omgang met bewoners en hun familieleden, met gevoelens van machteloosheid en onzekerheid, met stervensbegeleiding en met gebrek aan waardering van de bewoners. Het gegeven dat de omgangsregels vrij algemeen van aard zijn en niet zijn toegespitst op specifieke gedragingen van dementerende ouderen, verklaart mogelijk dit resultaat. Tevens onderstreept het de noodzaak om naast de omgangsregels, verzorgenden handvatten te bieden in de omgang met specifieke gedragingen van dementerende ouderen.

Verder bleek dat twee kenmerken van de verzorgenden (ervaring en type dienst) duidelijk samenhangen met de mate waarin zij problemen ervaren. Zo ervaren verzorgenden die meer werkervaring hebben op een psychogeriatrische afdeling significant minder problemen met het geven van stervensbegeleiding. Verzorgenden die wisselende diensten draaien ervaren daarentegen meer problemen in de omgang met dementerende ouderen vergeleken met verzorgenden die vaste diensten hebben. Ze hebben meer problemen met het spanningsveld tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid en het geven van stervensbegeleiding en opvang van familie. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de verzorgenden door de wisselende diensten een grotere diversiteit in zorg maar ook in problematiek ervaren. Tevens lijkt het waarschijnlijk dat de zorg door verzorgenden met vaste diensten meer voorspelbaar is, beter gestructureerd en er een betere scheiding mogelijk is tussen werk en privé. Tenslotte zijn er aanwijzingen, hoewel minder duidelijk, dat verzorgenden met behoefte aan bijscholing meer problemen hebben met een aantal specifieke gedragingen: agressief, aanstootgevend, depressief gedrag, psychiatrische symptomen en oriëntatiestoornissen. De aard van de opleiding, omvang van het dienstverband en de attitude van verzorgenden bleken

daarentegen niet samen te hangen met ervaren problemen in de zorg voor dementerende ouderen.

Wat de afdelingskenmerken betreft, bleek alleen het aantal bewoners positief samen te hangen met het probleem 'gebrek aan tijd' en gevoelens van machteloosheid in de zorg voor dementerende bewoners.

Op basis van het observatie-onderzoek kan geconcludeerd worden dat de wijze waarop verzorgenden en bewoners met elkaar communiceren tijdens de ochtendzorg met name samenhangt met de mate van hulpbehoevendheid van de bewoner en de zorgtaken die verricht worden en niet met de aard van de opleiding en ervaring van de verzorgenden.

Verzorgenden wisselden minder informatie uit, maakten minder een praatje en spraken vaker in zichzelf naarmate de bewoners hulpbehoevender zijn in met name sociaal opzicht. En verder bleek dat verzorgenden vooral bij fysiek hulpbehoevende bewoners verbale uitingen gericht op samenwerking tonen dwz. dat deze bewoners gestimuleerd werden om zo goed mogelijk mee te werken bij de fysiek inspannende hygiënische zorg.

Tussen de verbale communicatie van verzorgenden en de zorgtaken die ze uitvoeren werden enkele relaties gevonden. Tijdens het geven van lichamelijk-hygiënische zorg zoals het wassen en aankleden van de bewoners vertoonden verzorgenden relatief vaker verbaal gedrag waarmee ze richting geven aan de zorg (bijvoorbeeld: "dan ga ik nu uw voeten wassen") en waarmee ze de bewoners stimuleren tot zelfzorgactiviteiten (bijvoorbeeld: "probeert u zelf maar eens uw vest aan te trekken"). Daarentegen praatten verzorgenden relatief minder vaak in zichzelf tijdens de lichamelijk-hygiënische zorgverlening. Tijdens het verrichten van verpleegtechnische taken zoals medicijnen toedienen praatten de verzorgenden juist relatief vaker in zichzelf of tegen derden en maakten ze minder vaak een praatje met de bewoner die ze op dat moment verzorgen. Tenslotte vond het nagaan van wat de bewoner nog weet over zijn/haar vroegere leven relatief vaak plaats tijdens het opruimen van de badkamer of slaapkamer.

#### **7.1.4 Invloed van ervaren problemen in de omgangswijze met dementerende bewoners op de arbeidssatisfactie en burnout van verzorgenden**

Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat de ervaren problemen met specifieke gedragingen van dementerende bewoners vrijwel geen invloed hebben op de arbeidstevredenheid, gevoelens van burnout en ervaren gezondheid van verzorgenden. Deze problemen hebben alleen een negatieve invloed op de mate van tevredenheid met het contact met bewoners. De verklaarde variantie is echter klein. Dit in tegenstelling tot het probleem met gebrek aan tijd. Dit probleem hangt met bijna iedere afhankelijke variabele samen en heeft vooral een sterk negatieve invloed op de tevredenheid over de werklust, tevredenheid met kwaliteit van zorg en de totale arbeidstevredenheid. Dit betekent dat verzorgenden die voortdurend een gebrek aan tijd ervaren om aandacht te geven aan de bewoners, ontevreden zijn over de werklust en kwaliteit van zorg en een lagere arbeidssatisfactie hebben. Verzorgenden die problemen hebben in het vinden van evenwicht tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, problemen ervaren in de omgang met bewoners en familie, problemen met het gevoel te hebben niet gewaardeerd te worden door de bewoners en problemen te hebben in het geven van stervensbegeleiding, zijn meer emotioneel uitgeput en voelen zich minder bekwaam (burnout).

De geobserveerde communicatie van verzorgenden hangt vooral samen met arbeidssatisfactie en nauwelijks met gevoelens van burnout. Verzorgenden die tevreden zijn met hun werk wisselden meer informatie uit met bewoners, stimuleerden hen vaker een

eigen mening te hebben en testten hun kennis minder vaak, dan verzorgenden die minder tevreden zijn. Verder keken tevreden verzorgenden de dementerende bewoners tijdens het contact vaker aan dan verzorgenden met een lage arbeidstevredenheid. Ook raakten zij bewoners vaker affectief aan. Ten slotte bleek een duidelijk verband te bestaan tussen arbeidssatisfactie en de beoordeelde houding van de verzorgenden. Naarmate verzorgenden meer tevreden zijn met hun werk in het algemeen en met de kwaliteit van zorg die zij verlenen, des te meer werd hun gedrag beoordeeld als geïnteresseerd/bezorgd, warm/vriendelijk, betrokken en respectvol tegenover de bewoner die zij verzorgen. Derhalve kan geconcludeerd worden dat ervaren problemen in de zorg voor dementerenden leiden tot een lagere arbeidstevredenheid en gevoelens van burnout, en dat een hogere arbeidstevredenheid zich uit in positieve interacties met de bewoners.

#### **7.1.5 Relatie tussen de geobserveerde communicatie van verzorgenden en hun gerapporteerde omgangswijze**

Omdat onderzoek naar de omgangswijze van verzorgenden met dementerende bewoners in het verpleeghuis nog een onontgonnen gebied is, dienden in dit onderzoek meetinstrumenten ontwikkeld te worden. Deze instrumenten kunnen tevens in toekomstig onderzoek gebruikt en verder ontwikkeld worden bij bijvoorbeeld de evaluatie van het invoeren van begeleidingsmethodieken die verzorgenden een houvast kunnen bieden in de zorg voor deze groep bewoners. Zoals vermeld is op twee manieren onderzocht op welke wijze verzorgenden met de bewoners omgaan. Ten eerste is hen gevraagd in hoeverre zij omgangsregels, die afgeleid zijn van verschillende begeleidingsmethodieken, hanteren in de zorg voor dementerende bewoners. Ten tweede is hun communicatie met de bewoners systematisch geobserveerd tijdens de ochtendzorg. Door te kijken naar de samenhang tussen de geobserveerde communicatie en hetgeen verzorgenden zelf hebben aangegeven over hun omgangswijze, kan worden nagegaan hoe valide het gerapporteerde gedrag van verzorgenden is. Dit is van belang met het oog op toekomstig evaluatie-onderzoek naar de effecten van implementatie van begeleidingsmethodieken. Indien blijkt dat er een duidelijk positief verband aanwezig is tussen wat verzorgenden zelf rapporteren en hun geobserveerde gedrag, dan kan in een dergelijk onderzoek worden volstaan met het afnemen van een vragenlijst, hetgeen minder tijdrovend is dan de methode van systematische observatie. Blijkt het verband echter gering, en wil men nagaan in of er sprake is van gedragsveranderingen dan dienen er, naast een inventarisatie van de ervaren problemen, observaties plaats te vinden.

De resultaten lieten zien dat er nauwelijks samenhangen waren tussen het gerapporteerde gedrag en de geobserveerde verbale en non-verbale communicatie met de bewoners tijdens de ochtendzorg. De belangrijkste conclusie die we op basis daarvan kunnen trekken is dat het in dit onderzoek niet goed mogelijk is gebleken het gerapporteerde gedrag door de verzorgenden ten aanzien het toepassen van omgangsregels te valideren door dit te vergelijken met hun geobserveerde verbale en non-verbale communicatie. De reden hiervoor is dat bepaalde situaties tijdens de ochtendzorg te weinig voorkomen, en bepaald gedrag dus te weinig geobserveerd kan worden, om een vergelijking met gerapporteerde gedrag mogelijk te maken. Verder zijn de activiteiten die behoren bij een bepaalde omgangsregel, vaak breder en algemener dan een specifieke geobserveerde verbale communicatiecategorie.

Wel werd een duidelijke samenhang geconstateerd tussen de mate waarin verzorgenden zelf aangeven dat ze de omgangsregels toepassen en de beoordeling van de houding van de verzorgenden, door de observatoren, die de affectieve sfeer tijdens de

ochtendzorg bepaalt. Het lijkt er op dat gerapporteerd gedrag vooral verwijst naar de houding van de verzorgende. Dit geeft in ieder geval aan dat het belangrijk is in observatie-onderzoek niet alleen te kijken naar concrete communicatie, maar ook de context waarin de communicatie plaatsvindt mee te nemen.

Tot slot bleek dat van de ervaren problemen in de zorg voor dementerende bewoners, met name het gevoel door bewoners weinig gewaardeerd te worden een negatieve samenhang heeft met de geobserveerde communicatie en houding van verzorgenden. Verzorgenden die problemen hebben met het gebrek aan waardering en dankbaarheid van bewoners, wisselden minder informatie uit met de bewoners over de zorg en dagelijkse gebeurtenissen, raakten de bewoners minder affectief aan en keken hen ook minder aan. Verder kwamen deze verzorgenden als minder geïnteresseerd, warm, betrokken en respectvol over, en werd hun houding als meer betuttelend beoordeeld.

## **7.2 Aanbevelingen voor de praktijk**

Hoewel de aandacht voor bejegening in de gezondheidszorg groeit, is onderzoek waarbij concrete communicatieve gedragingen worden geobserveerd en geanalyseerd tot op heden schaars geweest (Caris-Verhallen e.a., 1997). Uit het hier beschreven onderzoek blijkt dat uit dergelijke studies waardevol materiaal en interessante bevindingen naar voren komen met betrekking tot de omgang(s)problematiek van verzorgenden met dementerende bewoners in het verpleeghuis. In het bijzonder omdat de observatiegegevens gecombineerd konden worden met ervaringen van de verzorgenden zelf.

De bevinding in dit onderzoek dat verzorgenden duidelijke ideeën hebben over de wijze waarop het beste met dementerende bewoners kan worden omgegaan, is positief te noemen. Veel verzorgenden geven aan de meeste omgangsregels toe te passen. Ook uit de observaties bleek dat verzorgenden proberen rekening te houden met de beperkingen en mogelijkheden van de bewoners en zich inspannen om contact te maken met de bewoners door bijvoorbeeld een praatje te maken. Voor deze dementerende ouderen die in het verpleeghuis wonen is het heel belangrijk dat ze aandacht krijgen op deze positieve manier. 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 opleiding, bijscholing en werkbegeleiding van verzorgenden.

Een andere belangrijke bevinding is dat naar mate verzorgenden vaker omgangsregels, die afgeleid zijn van bestaande begeleidingsmethodieken, toepassen, zij minder algemene problemen in de omgang en de zorg voor dementerende ouderen ervaren. Ook bleek dat wanneer verzorgenden geen problemen hebben met de waardering die ze van de bewoners ontvangen, zij op een meer positieve wijze met de bewoners communiceren. En in het verlengde hiervan blijkt dat de ervaren problemen leiden tot een lagere arbeidssatisfactie en meer gevoelens van burnout bij de verzorgenden.

Gezien het feit dat het tekort aan verzorgenden in verpleeghuizen in de komende jaren alleen maar zal toenemen (Westerhoven van, 1998), is het niet alleen van belang dat nieuwkomers instromen in deze sector, maar ook is het erg belangrijk dat de huidige verzorgenden plezier in hun werk houden en niet 'opgebrand' raken. Ons onderzoek laat zien dat daarvoor nodig is om in de verzorgenden te investeren, hen handvatten door middel van bij- en nascholing (bijvoorbeeld hoe ze met specifieke probleemgedragingen van dementerende bewoners om moeten gaan), werkbegeleiding en multi-disciplinair overleg, te bieden voor een effectieve omgang met deze zwaar zorgbehoevende bewoners. Dit zal niet alleen ten goede komen aan hun arbeidsvreugde, maar ook aan de kwaliteit van zorg.

### 7.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

In dit onderzoek zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt voor de dataverzameling. Voor het meten van arbeidssatisfactie, burnout, tevredenheid met werklust en ervaren gezondheid bij verzorgenden is gebruik gemaakt van betrouwbare en valide vragenlijsten die in eerder onderzoek ontwikkeld zijn en tevens bij andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg zijn toegepast (Boumans e.a., 1989; Schaufeli & Dierendonck, 1994; Ruijters & Stevens, 1992/1993). Ook binnen dit onderzoek bleken de diverse schalen in deze vragenlijsten voldoende intern consistent.

Om na te gaan in hoeverre verzorgenden verschillende omgangsregels, die afgeleid zijn van bestaande begeleidingsmethodieken, toepassen en welke problemen ze ervaren in de zorg voor dementerende ouderen is in dit onderzoek een vragenlijst ontwikkeld. In een vooronderzoek werd de inhoudsvaliditeit van deze lijst bepaald. In dit onderzoek bleek de interne consistentie van de verschillende schalen die de vragenlijst bevat redelijk tot goed. De vragenlijst leverde veel relevante informatie op. De lengte van de vragenlijst is echter nogal lang. In vervolgonderzoek dient deze vragenlijst verder ontwikkeld te worden, en dient te worden nagegaan op welke wijze dit instrument betrouwbaar en valide kan worden ingekort.

Daarnaast is met behulp van de methode van systematische observatie de communicatie tussen verzorgenden en bewoners geobserveerd, waarbij een voor deze doelgroep aangepaste versie van het RIAS (Roter, 1989) is gebruikt. Dit observatieprotocol richt zich op verbale communicatie, non-verbale communicatie en bevat een beoordelingsschaal waarmee een oordeel wordt gegeven over de affectieve sfeer tijdens het zorgcontact. De coëfficiënten voor de inter-observatorbetrouwbaarheid laten zien dat het systeem voldoende betrouwbaar is. Verder bleek dat elke uiting van de verzorgende en van de bewoner in te delen was in een van de elkaar uitsluitende observatiecategorïeën. Nader onderzoek zal echter moeten laten zien of dit observatiesysteem ook voldoende gevoelig is om beoogde gedragsveranderingen van verzorgenden ten gevolge van bijvoorbeeld een scholing in de omgang met deze groep ouderen vast te kunnen stellen.

Uit het bovenstaande blijkt dat nader onderzoek nodig is om de hier gebruikte meetinstrumenten verder te ontwikkelen. Daarnaast kan onderzoek een belangrijke bijdrage leveren aan de theorievorming en ontwikkeling van onderwijs en bijscholing op het gebied van omgaan met dementerende ouderen. Ten eerste kan onderzoek, zoals hier beschreven, zichtbaar maken hoe verzorgenden met bewoners communiceren en wat daaraan verbeterd kan worden. Ten tweede kan door middel van onderzoek worden nagegaan of interventies op dit gebied effect sorteren.



## LITERATUUR

Åkerlund, B.M., Norberg, A. An ethical analysis of double bind conflicts as experienced by care workers feeding severely demented patients. *International Journal of Nursing Studies*; 22, 1985 no.3.p.207-216

Åkerlund, B.M., Norberg, A. Powerlessness in terminal care of demented patients: an exploratory study. *Omega*; 21, 1990, p.15-19

Andringa, M.U. De maat genomen. Doctoraalscriptie Beleid en Beheer van de gezondheidszorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990

Armstrong-Esther, C.A., Browne, K.D. The influence of elderly patients' mental impairment on nurse-patient interaction. *Journal of Advanced Nursing*; 11, 1986, p.379-387

Armstrong-Esther, C.A., Brown, 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., Sandilands, M.L., Miller D. Attitudes and behaviours of nurses towards the elderly in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*; 14, 1989, p.34-41

Aström, S., Norberg, A., Nilsson, M., Winblad, B. Tedium among personnel working with geriatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 1, 1987, p.117-123

Athlin, E., Norberg, A. Caregivers' attitudes to and interpretations of the behaviour of severely demented patients during feeding in a patient assignment care system. *International Journal of Nursing Studies*; 24, 1987b, p.145-153

Athlin, E., Norberg, A. Interaction between the severely demented patient and his caregiver during feeding. A theoretical model. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 1, 1987, no.3/4.p.117-123

Athlin, E., Norberg, A., Asplund, K. Caregivers' perceptions and interpretations of severely demented patients during feeding in a task assignment system. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 4, 1990, no.4, p.147-155

Athlin, E., Norberg, A., Axelsson, K., Möller, A., Nordström, G. Aberrant eating behavior in elderly Parkinsonian patients with and without dementia: Analysis of video-recorded meals. *Research in Nursing & Health*; 12, 1989, 41-51

Bensing, J.M. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice. Utrecht: NIVEL, 1991

Blaser Bonnel, W. The nursing home group dining room: Managing the work of eating. *Journal of Nutrition for the elderly*; 13(1), 1993, 1-10

Boeije, H.R. Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden. Utrecht: De Tijdstroom, 1994

Boeije, H.R., Casparie, A.F. Inzicht in problemen verzorgenden stap naar zorgverbetering. *Tijdschrift voor verzorgenden*; 12, 1994, p.370-374

Bosch, C. Methodologische reflecties op een onderzoeksproces volgens de grounded theory benadering. In: Goethals, A.L.J., Nievaard, A.C., eds. *Gezondheid en hulpverlening II*. Amsterdam: SISWO, 1993, p.11-29

Bosch, C.F.M. De grounded theory benadering in een onderzoek op psycho-geriatrische verpleegafdelingen. In: Francke, A.L., ed. *Kwalitatief onderzoek in de verpleegkunde*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 1990, p.11-74

- Boumans, N.P.G., Harmsen, A. Taken van verzorgenden in een verpleeghuis: Een onderzoek naar taken en reacties van verzorgenden. *Verpleegkunde*; 2, 1993/1994, p.92-104
- Boumans, N.P.G., Landeweerd, J.A., Houtem J.H.M. van. Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen. Factoren betrouwbaarheidsanalyse van een meetinstrument. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 67, 1989, no.6, p.199-203
- Buijssen, H., Razenberg, T. Dementie. Een praktische handreiking voor de omgang met Alzheimer patiënten. Meppel: Boom, 1991.
- Buijssen, H. De heldere eenvoud van dementie. Waarom de demente zich zo anders gedraagt. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 1992, nr. 4, 104-109.
- Buijssen, H. Patient verward, hulpverlener in de war. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*; 42, 1988, p.669-672
- Burton, A., Heller, L.G. The touching of the body. *The Psychoanalytic Review*; 51, 1964, no.1, p.122-134
- Caris-Verhallen, W.M.C.M., Gruyter, I.M. de, Kerkstra, A. Kwaliteit van de communicatie tussen verplegenden en oudere patiënten onderzocht. Utrecht: NIVEL, 1997
- Carr, K., Kazanowski, M.K. Factors affecting job satisfaction of nurses who work in longterm-term care. *Journal of Advanced Nursing*; 19, 1994, p.878-883
- Defloor, T. De voeding van demente bejaarden, opgenomen in tehuizen; een literatuuroverzicht. *Verpleegkunde*; 2, 1995, p.86-97
- Diesfeldt, H.F.A. Wetenschapsbevordering en psychogeriatrische zorg. In: Cools, H.J.M., Bosman, J.M. (Red.). *Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen*. Utrecht: NIVEL, Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen, 1993
- Edwards, H., Noller Perceptions of overaccommodation used by nurses in communication with the elderly. *Journal of language and Social Psychology*; 12, 1993, no.3, p.207-223
- Ekman, S.L., Norberg, A. The autonomy of demented patients: interviews with caregivers. *Journal of Medical Ethics*; 14, 1988, p.184-187
- Ekman, S., Norberg, A., Viitanen, M., Winblad, B. Care of demented patients with severe communication problems. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 5, 1991, no.3, p.163-170
- Farran, C.J., Keane-Hagerty, E. Communicating effectively with dementia patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 1989, (27), nr. 5, p.13 -16.
- Geelen, R. Inkleiden van aankleden (1). Verzorgen van demente ouderen: een verkenning. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 1994, nr. 1, p.23-26.
- Gennip van, J. Ik moet het aanrommelen van de cliënt ondersteunen. *Tijdschrift voor Gezinsverzorging*, 1991, februari, p.7-9.
- Hallberg, I.R., Norberg, A. Staff's interpretation of the experiences behind vocally disruptive behaviour in severely demented patients and their feelings about it. An explorative study. *International Journal of Aging and Human Development*; 31, 1990, p.297-307
- Hallberg, I.R., Norberg, A., Eriksson, S. A comparison between the care of vocally disruptive patients and that of other residents at psychogeriatric wards. *Journal of Advanced Nursing*; 15, 1990, p.410-416
- Hallberg, I.R., Norberg, A. Strain among nurses and their emotional reactions during 1 year of systematic clinical. *Journal of Advanced Nursing*; 18, 1993, p.1860-1875
- Harris, R.B. Reviewing nursing stress according to a proposed coping-adaption framework. *Advances in Nursing Science*; 11, 1989, p.12-28

- Kihlgren, M., Norberg, A., Bråne, G., Karlsson, I., 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
- Kihlgren, M., Hallgren, A., Norberg, A., Bråne, G., Karlsson, I. Effects of the training of integrity promotion care on the interaction at a long-term ward. Analysis of video-recorded social activities. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 4, 1990, no.1, p.21-28
- Kihlgren, M., Hallgren, A., Norberg, A., Karlsson, I. Integrity promoting care of demented patients: patterns of interaction during morning. *International Journal of Aging and Human Development*; 39, 1994, p.303-319
- Kramer, K., Kerkstra, A. *Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingstehuis*. Utrecht: NIVEL, 1991
- Kruyver, I., Kerkstra, A. *Begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners: een overzicht*. Utrecht: NIVEL, 1996
- Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Astrom, S., Karlsson, I. Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented. *Journal of Advanced Nursing*; 19, 1994, p.670-679
- Lambregts, J.A.M. *Patiënt gericht verplegen en kwaliteit van zorg (1996)*. Verpleeghuis Amstelhof: Amsterdam
- Lange, J. de. *Vergeten in het verpleeghuis. Demeterende ouderen, hun verzorgenden en familieleden*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1990
- Lange, J. de, Rippen, H. Veel animo voor bijscholing over depressie en dementie. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*; 22, 1994, no.6.p.17-19
- Le May, A.C., Redfern S.J. A study of non-verbal communication between nurses and elderly patients. In: *Research in the nursing care of elderly people*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 1987. 171-189.
- Liukkonen, A. Basic care of demented patients living in institutions. *Journal of Clinical Nursing*; 1, 1992, p.345-350
- Marchello, V., Boczko, F., Shelkey, M. Progressive dementia: Strategies to manage new problem behaviors. *Geriatrics*, 1995, (50), nr. 3, p.40-43.
- McCann, 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, 1993, p.838-846
- Melchers, R. De demente bejaarde thuis: wat heeft de eerste lijn te bieden? *Maatschappelijke Gezondheidszorg*; 13 1985, p.6-10
- Michaelsson, E., Norberg, A., Norberg, B. Feeding methods for demented patients in end stage of life. *Geriatric Nursing*; 4/5, 1987, p.69-73
- Ministerie van WVC. *Nota Kwaliteit van Zorg*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991
- Nesbitt Blondis, M., Jackson, B.E. (1978). *Zonder woorden: nonverbale communicatie met patiënten*. Haarlem: Uitgeverij de Toorts.
- Norberg, A., Backstrom, A., Athlin, E., Norberg, B. Food refusal amongst nursing home patients as conceptualized by nurses' aids and enrolled nurses, an interview study. *Journal of Advanced Nursing*; 13, 1988, p.478-483
- Norberg, A., Asplund, K. Caregivers' experience of caring for severely demented patients. *Western Journal of Nursing Research*; 12, 1990, p.75-84
- Norberg, A., Backstrom, A., Athlin, E., Norberg, B. Food refusal amongst nursing home patients as conceptualized by nurses' aids and enrolled nurses: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*; 13, 1988, p.478-483

- Norberg, A., Athlin, E. Eating problems in severely demented patients. *Nursing Clinics of North America*; 24, 1989, no.3, p.781-787
- 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
- Ort, S. van, Phillips, L. Feeding nursing home residents with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*; 1992, p.249-253
- Ort, S. Van, Phillips, L. Feeding nursing home residents with Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing*; 9/10, 1992, p.249-253
- Osborn, C.L., Marshall, M.J. Verrichtingen van verpleeghuisbewoners bij zelfstandig eten (Self-feeding performance in nursing home residents). *Verpleegkundig Perspectief*; 6, 1993, p.41-51
- Osborn, C.L., Marshall, M.J. Self-feeding performance in nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*; 19, 1993, no.3, p7-14. vertaald door: Seunke, W.H. Verrichtingen van verpleeghuisbewoners bij zelfstandig eten. *Verpleegkundig Perspectief*; 6, 1993, p.41-51
- Preston, T. When words fail. *American Journal of Nursing*; 73, 1973, no.12, p.2064-2066
- Quayhagen, M.P., Quayhagen, M. Alzheimer's stress: coping with the caregiving role. *The gerontologist*; 28, 1988, p.391-396
- Rinia, F. De invoeringsfase van de realiteitsoriëntatie en validerende benadering voorbij: een evaluatie. In: Blom, M., Kuin, Y., Hendriks, H. (red). *Ouder worden '93*. Utrecht: NIZW, 1993
- Roter, D. The Roter Interaction Analysis System (RIAS). *Coding Manual*, Baltimore, MD, 1991
- Ruijters, R.F.M., Stevens, F.C.J. Organisatiestructuur, rolonduidelijkheid, arbeidssatisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen. *Verpleegkunde*; 1, 1992/1993, p.106-114
- RVZ. Persoonlijke levensfeer. Privacy in verpleeghuizen. Zoetermeer: RVZ, 1996.
- 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
- Sande, van de, J.P. Gedragsobservatie. Een inleiding tot systematisch observeren. Groningen: Wolters-Noordhoff bv, 1984
- Sandman, P.O., Norberg, A., Adolfsson, R., Eriksson, S, e.a. Prevalence and characteristics of persons with dependency on feeding at institutions for elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 4(3), 1990, p.121-127
- Savelkoul, M.E.J., Commissaris, C.J.A.M., Kok, G.J. Omgang met demente bewoners in het verzorgingshuis: een exploratief onderzoek naar gedrag en gedragsdeterminanten van verzorgend personeel. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*; 24, 1993, no.6, p.228-235
- Savelkoul, M. De omgang met demente bejaarden in het verzorgingstehuis. Maastricht: Doctoraalscriptie Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- Schaufeli, W.B., Dierendonck, D. Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NI). *Gedrag en Gezondheid*; 22, 1994, no.4, p.153-171
- SIG. Jaarboek Verpleeghuizen 1994. Culemborg: Technipress BV., 1995.
- Sluijs, E.M., Kerkstra, A., Zee, J. van der. Advies prioriteiten in het verpleeghuiszorg en onderzoek. Utrecht: NIVEL, 1993
- Teunissen, W. Andere zorg voor dementerenden. Van instelling naar zorgonderneming. Weesp: Verpleeghuis Hogewey, 1995.

- Verhoeven, A.H.M, Lambregts, J.A.M. Telkens weer een stapje verder. Over patiëntgericht werken in het verpleeghuis. Tijdschrift voor Verzorgenden; 1, 1994, p.2-7
- VWS. Privacy in verpleeghuizen. Beleidsbrief aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Den Haag: SDU, 1996.
- Wallis, D. Satisfaction, stress and performance: issues for occupational psychology in the 'caring professions'. *Work and Stress*; 1, 1987, p.113-128
- Watson, R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: perspectives and problems. *Journal of Advanced Nursing*; 18, 1993, p.25-31
- Watson, R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: replication and validation of the EdFED Scale #1. *Journal of Advanced Nursing*; 19, 1994b, p.850-855
- Watson, R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: developing a scale. *Journal of Advanced Nursing*; 19, 1994a, p.257-263
- Watson, W.H. The meanings of touch: Geriatric nursing. *Journal of Communication* 1975, 25 (3), p.104-112
- Watson, R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: perspectives and problems. *Journal of Advanced Nursing*; 18, 1993, p.25-31
- Watson, R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: replication and clinical significance of the EdFED scale #1. *Journal of Advanced Nursing*; 19(5), 1994b, p.850-855
- Watson, R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: developing a scale. *Journal of Advanced Nursing*; 19(2), 1994a, p.257-263
- Wilde, I. de, Bot, K. de. Taal van verzorgenden tegen ouderen in een psychogeriatrisch verpleeghuis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*; 20, 1989, p.97-100
- Wilkinson. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*; 16, 1991, p.677-688



## Bijlage 1 Overzicht van de verbale en non-verbale observatiecategorïën en de betrouwbaarheidscoëfficiënten

Tabel 4.4 Overzicht van de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de verbale observatiecategorïën

Verbale categorieën	Inter-observatorbetrouwbaarheid van 2 observatoren (Pearsons r) n=8 zorgcontacten	Variabele-naam <sup>1</sup>	Toelichting verbale categorie
<b>Affectieve communicatie</b>			
<i>begroetingen, sociale conversatie, persoonlijke opmerkingen</i>	.97** .98**	pers_zv pers_bw	Begroetingen, uitingen om het contact te beginnen ('goedemorgen, lekker geslapen?') en reacties op deze begroetingen. Conversatie over sociale onderwerpen die niet betrekking hebben op de ochtendzorg, m.a.w gesprekken over koetjes en kalfjes ('vanavond is er voetbal op televisie'). Ook persoonlijke opmerkingen vallen onder deze categorie ('was het gezellig met uw dochter gisteren?')
<i>grapjes maken, lachen</i>	.80 .88*	joke_zv joke_bw	Grappjes maken om de ander te amuseren Lachen als antwoord op grapje of als reactie op actie van ander
<i>waardering, goedkeuring, complimentjes geven</i>	.87* .99**	comp_zv comp_bw	Complimenten geven ('dat heeft u goed gedaan zeg') Dankbaarheid en waardering tonen ('dank u wel, zuster') Elke uiting van goedkeuring, beloning, prijzen, respect tonen, bewondering ('alstublieft' en 'dank u wel' horen hier ook bij)
<i>begrip tonen, uitingen van interesse, eens zijn</i>	.93** .91*	agre_zv agre_bw	* Uitingen die begrip, instemming of interesse tonen. Uitingen ter stimulering van de ander (Ja goed, oké, zeker etc). * Laten zien dat iemand het gesprek volgt ('hmmmm') * Verontschuldigungen die niet slaan op de bezorgdheid voor de ander ('sorry dat ik zo laat ben') * Het maken van excuses die aangeven dat men bezorgd is voor de gevoelens van de ander ('het spijt me dat ik u pijn moet doen')

Verbale categorieën	Inter-observatorbetrouwbaarheid van 2 observatoren (Pearsons r) n=8 zorgcontacten	Variabele-naam <sup>1</sup>	Toelichting verbale categorie
<i>bezorgdheid uiten/tonen</i>	.73 1.00**	conc_zv conc_bw	Bezorgdheid voor de ander tonen ('dit ziet er niet goed uit'), of eigen gevoelens van bezorgdheid ('ik heb zo'n pijn gehad').
<i>parafraseren</i>	.95** .93**	para_zv para_bw	Bevestiging of herhaling van hetgeen de ander impliciet of expliciet heeft aangegeven (het gaat hier om de feitelijke inhoud van het gezegde). Het geven van feedback op de essentie van de verbale boodschap
<i>gevoelsreflecties geven, empathie tonen</i>	-	empa_zv	Herhaling, interpretatie of benoeming van de emotionele toestand van de ander bedoeld om 'inleven' en 'meeleven' te tonen en de emotionele uitingen van de ander te stimuleren ('ik kan me voorstellen dat u het daar erg moeilijk mee heeft').
<i>geruststellen en optimisme tonen</i>	.98** -	reas_zv reas_bw	Uitingen van optimisme, aanmoediging, opluchting of geruststelling. Hierbij moet een gevoelslading aanwezig zijn (intonatie), meer dan alleen informatief.
<i>partnership/samenwerking</i>	-	part_zv	Samenwerking tussen de verzorgende en de bewoner ('zo, dat hebben we weer goed samen gedaan')
<i>oneens zijn</i>	.88* .54	disa_zv disa_bw	Elke uiting die wijst op een verschil van mening, afkeuring, klagen, verwerping of ongelooft. Tevens uitingen die de uitspraak van de ander tegenspreken.
<i>verzet uiten</i>	1.00**	resu_bw	Uitingen van verzet door bewoner waaruit blijkt dat deze niet wil meewerken aan het zorgproces ('ik wil niet gewassen worden', 'blijf van me af', 'nee!')
<i>meegaan in de belevingswereld, niet corrigeren</i>	-	expe_zv	Elke uiting waaruit blijkt dat de verzorgende zich verplaatst in de beleving van de werkelijkheid door de bewoner en deze beleving niet tegensprekt. (bewoner 90 jaar oud: 'mijn moeder komt vanmiddag op bezoek', de verzorgende: 'wat gezellig voor u')
<b>Instrumentele communicatie</b> <i>oriënterende opmerkingen en overgangswor- den</i>	.96** .99**	orie_zv orie_bw	Uitingen die aangeven wat gaat gebeuren, markering van of overgang naar ander onderwerp of fase in het gesprek/verzorging ('even uw schoenen aandoen, dan gaan we naar de eetzaal voor ontbijt')



Verbale categorieën	Inter-observatorbetrouwbaarheid van 2 observatoren (Pearsons r) n=8 zorgcontacten	Variabele-naam <sup>1</sup>	Toelichting verbale categorie
<i>verzoek uiten</i>	.58 1.00**	requ_zv requ_bw	Het uiten van een verzoek door de verzorgende ('wilt u nog even wachten zodat ik eerst uw buurvrouw kan verzorgen?') Het uiten van een verzoek door de bewoner ('wilt u mijn haar vandaag in een knot doen')
<i>instructies geven</i>	.70 .98**	inst_zv inst_bw	Instructies met betrekking tot de ochtendzorg. Hierbij wordt aan de ander geen keuze gelaten (verg. het uiten van een verzoek) ('doe uw arm omhoog', 'doe mijn haar vandaag in een knot')
<i>om verduidelijking vragen</i>	.78 .95**	bids_zv bids_bw	Vragen om herhaling van het gezegde of verduidelijking ervan. Deze verbale uitingen volgen direct na de uitspraak die niet begrepen is (verzorgende: 'gaat u mee naar de badkamer?'; bewoner 'Wat zegt u?')
<i>uitingen om na te gaan of men de ander goed begrepen heeft</i>	.94** .54	aund_zv aund_bw	Uitingen die bedoeld zijn om er zeker van te zijn dat de ander het begrepen heeft of heeft gevolgd. Ook toestemming of instemming vragen ('u vindt het goed dat ik u ga wassen, hè?'). Het gaat hier echt om vragen naar een bevestiging of men het goed begrepen heeft.
<i>activeren tot zelfzorg</i>	.97**	acti_zv	Activeren bewoner tot zelfzorgactiviteiten ('probeer u eerst zelf uw gezicht te wassen')
<i>stimuleren door expliciet te vragen naar een mening</i>	.93**	stim_zv	Stimuleren bewoner tot het nemen van beslissingen ('welke jurk wilt u aan?', 'wilt u gedouched of op bed gewassen worden?')
<i>gesloten informatieve vraag over ochtendzorg of 'medische conditie</i>	.98** .78	(car_zv (car_bw	Gesloten vragen naar specifieke omstandigheden die ochtendzorg mogelijk beïnvloeden ('heeft u nog pijn aan uw knie?')
<i>open informatieve vraag over ochtendzorg en 'medische conditie'</i>	- 1.00*	?car_zv ?car_bw	Open vragen naar specifieke omstandigheden betreffende de ochtendzorg
<i>gesloten psychosociale vraag</i>	.93** 1.00**	(lif_zv (lif_bw	Gesloten vragen naar informatie omtrent gevoelens, (vroegere) levensstijl ('ging u vroeger ook altijd onder de douche?')

Verbale categorieën	Inter-observatorbetrouwbaarheid van 2 observatoren (Pearsons r) n=8 zorgcontacten	Variabelenaam <sup>1</sup>	Toelichting verbale categorie
<i>open psychosociale vraag</i>	.33 1.00**	?lif_zv ?lif_bw	Open vragen naar informatie omtrent gevoelens, (vroegere) leefstijl
<i>informatie geven over ochtendzorg en 'medische conditie</i>	.90** .79	icar_zv icar_bw	Informatie geven over ochtendzorg of 'medische' conditie ('ik heb pijn aan mijn knie')
<i>psychosociale informatie geven</i>	.74 .95**	ilif_zv ilif_bw	Informatie geven over gevoelens, levensstijl e.d ('ik heb douchen nooit prettig gevonden')
<i>testen van kennis</i>	-	test_zv	Nagaan wat de bewoner nog weet over zijn/ haar vroegere leven ('wanneer bent u geboren')
<i>corrigeren, kritiek geven</i>	-	corr_zv	Elke uiting die wijst op een correctie van handelingen en belevingswereld van de bewoner ('nee, dat doet u verkeerd, dat moet zó'; 'uw moeder leeft niet meer')
<i>meegaan in de belevingswereld, niet corrigeren</i>	-	expe_zv	Elke uiting waaruit blijkt dat de verzorgende zich verplaatst in de beleving van de werkelijkheid door de bewoner en deze beleving niet tegenspreekt. (bewoner 90 jaar oud: 'mijn moeder komt vanmiddag op bezoek'; de verzorgende: 'wat gezellig voor u')
<b>Overige</b>			
<i>monologe uitingen, niet gericht op ander</i>	.90* -	mono_zv mono_bw	in zichzelf praten
<i>verbale uitingen gericht op anderen</i>	.96** 1.00**	thir_zv thir_bw	Elke uiting gericht op iemand anders dan de bewoner en verzorgenden in het zorgproces, bijvoorbeeld collega, medebewoner, filmer
<i>onbegrijpelijk praten</i>	1.00**	inco_bw	Onbegrijpelijk taalgebruik als gevolg van afasie ('groen paaltje, schilderij koffie?')
<i>rest</i>	.84* .98**	rest_zv rest_bw	alle overige uitingen die niet in bovenstaande categorieën te scoren zijn. Alle uitingen die direct betrekking hadden op de filmsituaties zijn in deze categorie gescoord.

<sup>1</sup> De variabelenaam bestaat uit een afkorting van de gedragscategorie met daarachter een indicator voor de persoon waarvoor de score geldt: '\_zv' staat voor 'verzorgende' en '\_bw' staat voor 'bewoner'.

\* p < .01

\*\* p < .001

Tabel 4.5 Overzicht van de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de non-verbale categorieën, de spreektijd en de affectmaten

Variabelen	Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid Pearsons r
<u>non-verbale categorieën</u>	
aankijkgedrag/blikrichting van de verzorgende samen in beeld	.96**
instrumentele aanrakingen verzorgende	.97**
instrumentele aanrakingen bewoner	.45
affectieve aanrakingen verzorgende	.96**
affectieve aanrakingen bewoner	.99**
<u>spreektijd</u>	
spreektijd verzorgende	.99**
spreektijd bewoner	.96**
<u>affectmaten verzorgende</u>	
Boosheid/ geïrriteerheid	1.00**
Angst/nervositeit	1.00**
Interesse/bezorgdheid	.71
Warmte/vriendelijkheid	.79
Betuttelen/ongelijkwaardige houding	.85
Betrokken houding	.71
Respect/discretie/privacy	.71
<u>Affectmaten bewoner</u>	
Boosheid/geïrriteerheid	1.00**
Angst/nervositeit	.93*
Interesse/bezorgdheid	.44
Warmte/vriendelijkheid	.42
Assertiviteit	.94*

\* p&lt;.01

\*\* p&lt;.001

Enkele recente NIVEL-rapporten:

**Bewonerspanel Verpleeghuizen.**

**Een haalbaarheidsstudie aan de hand van een onderzoek naar privacy in verpleeghuizen.**

**Auteurs: A. de Veer, A. Kerkstra**

**Utrecht: NIVEL, 1998, 126 pag., fl. 23,00**

Het betrekken van de mening van gebruikers van zorg bij het beleid staat in de belangstelling bij beleidmakers en hulpverleners. Het in het leven roepen van een panel van gebruikers biedt de mogelijkheid om regelmatig en op een efficiënte manier meningen en ervaringen te peilen. Ook in de verpleeghuiszorgsector bestaat behoefte aan feedback van bewoners in verpleeghuizen. Dit rapport beschrijft de haalbaarheid van een panel van verpleeghuisbewoners. Verschillende mogelijkheden zijn onderzocht door één keer 'proef te draaien' met twee soorten panels. Een panel bestond uit de leden van cliëntenraden van verpleeghuizen en één panel bestond uit een aselechte steekproef van bewoners. De panelleden werden bevraagd over de privacy in het verpleeghuis. Het rapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft de haalbaarheid van een bewonerspanel verpleeghuizen. In het tweede deel staat het oordeel van de bewoners over de privacy centraal.

**Nurse-Patiënt communication in elderly care.**

**An observation study of verbal and nonverbal communication in nursing practice**

**Auteur: W.M.C.M. Caris-Verhallen**

**Utrecht: NIVEL, 308 pag., fl. 50,00**

De studie waarover in dit proefschrift wordt gerapporteerd heeft een tweeledig doel. Allereerst wordt inzicht verkregen in de wijze waarop verplegenden met oudere cliënten communiceren. Tevens wordt een training communicatievaardigheden geëvalueerd.

Het onderzoek vond plaats in een organisatie voor thuiszorg en in een verzorgingshuis. Daar werden van 47 verplegenden 300 zorgcontacten op video opgenomen. Deze videobanden werden geobserveerd en geanalyseerd. Op grond daarvan werd zowel verbale als nonverbale communicatie in kaart gebracht.