

Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen

A.P.A. van Beek
C. Wagner
D.H.M. Frijters
P.M.M. Spreeuwenberg
P.P. Groenewegen
M.W. Ribbe

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van ZonMw, programma Ouderenzorg

ISBN 90-6905-707-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaan de schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Inhoud	3
Voorwoord	7
1 Inleiding	9
1.1 Achtergronden van het onderzoek	9
1.2 Doelstelling van het onderzoek	10
1.3 Indeling van het rapport	12
2 Methode	13
2.1 Werving van afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen	13
2.2 Informed consent van bewoners op de afdelingen	15
2.3 Uitkomstmaten van kwaliteit van zorg	16
2.3.1 Minimum Data Set van het Resident Assessment Instrument	17
2.3.2 Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten	18
2.3.3 Observaties van kwaliteit van zorg	19
2.3.4 Factoranalyse van de observatielijst	20
2.4 Afdelingskenmerken die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden	21
2.4.1 Analyse van zorgdossiers	22
2.4.2 Vragenlijst medewerkers	23
2.5 Data-analyse	24
3 De bewoners, afdelingen en medewerkers	25
3.1 Sociaal demografische en ziektekenmerken van bewoners	25
3.2 Kenmerken van de afdeling	28
3.2.1 Grootte van de afdelingen	28
3.2.2 Aanwezigheid van richtlijnen	29
3.2.3 Volledigheid van de zorgdossiers	31
3.3 Medewerkers op de afdeling	33
3.4 Samenvatting	37

4	Woonomgeving	39
4.1	Observaties van de woonomgeving	39
4.2	Sfeer	42
4.3	Autonomie	44
4.4	Veiligheid	47
4.5	De invloed van afdelingskenmerken op de woonomgeving van bewoners	49
4.5.1	De sfeer en geboden autonomie van de afdelingen	50
4.5.2	Veiligheid van de afdelingen	53
4.6	Samenvatting	56
5	Gezondheidstoestand van bewoners	59
5.1	Problemen met voedselinname	59
5.2	Probleemgedrag	61
5.3	Decubitus en overige huidproblemen	63
5.4	Medicijngebruik van bewoners	64
5.5	Psychosociaal welbevinden van bewoners	65
5.6	De gedragstoestand van bewoners	67
5.7	De invloed van afdelingskenmerken op de gezondheidstoestand van bewoners	67
5.8	Samenvatting	76
6	Beïnvloedbaarheid van kwaliteit van zorg	79
6.1	Beïnvloedbaarheid van kwaliteit van zorg	79
6.1.1	Belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg	80
6.1.2	De beïnvloedbaarheid van aspecten van kwaliteit van zorg	81
6.1.3	Bevorderende en belemmerende factoren voor kwaliteit van zorg	83
6.2	Bruikbaarheid van de rapportages	85
6.2.1	Terugkoppeling van de resultaten	85
6.2.2	Bruikbaarheid van rapportages	86
6.3	Samenvatting	88

7 Conclusie en beschouwing	89
7.1 Conclusies	89
7.2 Kanttekeningen bij het onderzoek en aanbevelingen voor de toekomst	93
Literatuur	97
BIJLAGE 1 Sfeer op de afdeling	101

Voorwoord

In dit rapport vindt u de resultaten van een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van ZonMw onder het programma Ouderenzorg.

In het onderzoek stond de vraag centraal of de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen verschilt, en zo ja, hoe deze verschillen kunnen worden verklaard. In eerder onderzoek onder somatische verpleeghuisbewoners zijn verschillen in kwaliteit van zorg aangetoond, maar konden op instellingsniveau weinig verklarende factoren worden gevonden. Het onderhavige onderzoek borduurt voort op de bestaande kennis, maar kent ook een aantal nieuwe elementen, zoals uitgebreide observaties op afdelingen.

In het rapport wordt extra aandacht besteed aan de afdelingen en teams die de zorg verlenen en de wijze waarop zij invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van de geleverde zorg.

De resultaten laten zien dat ondanks de specifieke individuele kenmerken van psychogeriatrische bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen er verschillen in kwaliteit van zorg waarneembaar zijn in de onderzochte afdelingen. Met name de onderzochte afdelingen in verzorgingshuizen bieden gemiddeld een betere kwaliteit van zorg voor wat betreft de sfeer, autonomie en veiligheid (zoals geboden door het personeel) van bewoners. In de middag is in verpleeghuizen de veiligheid die door het personeel wordt geboden lager.

Voor wat betreft de gezondheidstoestand van bewoners zijn er eveneens verschillen tussen afdelingen aanwezig. Deze verschillen verdwijnen echter gedeeltelijk wanneer wordt gecorrigeerd voor individuele kenmerken van bewoners zoals de zorgbehoefte, leeftijd en geslacht. In tegenstelling tot de verwachtingen draagt meer steun van collega's en leidinggevende niet bij aan meer kwaliteit van zorg van de woonomgeving op de afdelingen. Al eerder bleek dat te weinig steun eveneens nadelig is voor de kwaliteit van zorg. Wanneer men zich wil richten op het verbeteren van de kwaliteit van zorg op de afdeling, is het dus belangrijk een juiste balans te vinden.

Gedurende het onderzoek zijn afdelingen geïnformeerd over de kwaliteit van zorg door middel van individuele terugrapportages, spiegelrapporten en best-practice bijeenkomsten. Deze terugkoppeling door middel van rapportages en best-practice bijeenkomsten bleek goed bruikbaar voor het opzetten van verbeterinitiatieven op de afdeling.

Velen hebben direct en indirect aan dit rapport een bijdrage geleverd. Ruim 500 bewoners met psychogeriatrische problemen zijn in dit onderzoek betrokken. Ook de

medewerkers en afdelingshoofden van de 37 afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen waren zeer gastvrij gedurende de drie dagen dat de onderzoekers aanwezig waren op de afdeling. Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld bestaande uit dhr. drs. A. Eliëns (AVVV), dhr. drs. R.F. Wiewel (NVVA), dhr. dr. P.P.M. Harteloh (Erasmus Universiteit), mw. drs. C. van Sprundel (Arcares) en mw. R. van Vliet (IGZ). Wij danken iedereen die aan het onderzoek heeft meegewerkt voor hun waardevolle bijdrage.

Wij hopen dat u als lezer van dit rapport meer inzicht krijgt in de verschillen in kwaliteit van zorg voor PG-bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen en dat u de informatie kunt gebruiken om de zorg (op punten) verder te verbeteren.

Utrecht, december 2004

Mw. Dr. C. Wagner,

Programmaleider Kwaliteit en Organisatie

1 Inleiding

1.1 Achtergronden van het onderzoek

Bewoners met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen vormen een kwetsbare groep in onze samenleving. Mensen met dementie kunnen hun wensen en behoeften moeilijk kenbaar maken en zij worden vaak geconfronteerd met een continue achteruitgang in hun cognitieve en fysieke gesteldheid. Het aantal mensen met dementie zal in de nabije toekomst sterk toenemen. In 2002 waren er zo'n 175.000 mensen met dementie in Nederland. In 2010 zal dit aantal toenemen tot 207.000. In 2050 zal het aantal mensen met dementie verder toenemen tot 412.000 (Gezondheidsraad, 2002). Hierdoor zullen meer en meer mensen met dementie worden opgenomen in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Langdurige zorg voor ouderen met dementie wordt met name verstrekt door verpleeghuizen op psychogeriatrische afdelingen. Op deze gesloten BOPZ¹-afdelingen wonen bewoners met psychogeriatrische problemen in groepsverband. Vaak delen de bewoners een slaapkamer met één of meerdere bewoners en maken zij gebruik van gezamenlijke huiskamers op de afdeling. In toenemende mate wordt ook psychogeriatrische verpleeghuiszorg gegeven in verzorgingshuizen. Zo bieden een groot aantal verzorgingshuizen de mogelijkheid tot groepsverzorging. Deze groepsverzorging bestaat uit huiskamerprojecten waarin bewoners een vaste dagindeling wordt geboden met maaltijden en verschillende activiteiten. Bewoners wonen hierbij in hun eigen appartement in het verzorgingshuis. Een aantal verzorgingshuizen beschikt over een gesloten BOPZ-afdeling, waarin verpleeghuiszorg wordt geboden aan bewoners met psychogeriatrische problemen. Ook deze afdelingen beschikken over slaapkamers en gezamenlijke huiskamers. Vaak hebben bewoners beschikking over hun eigen (slaap)kamer op de afdeling.

Medewerkers op afdelingen voor bewoners met dementie werken onder moeilijke omstandigheden waarin een beperkte communicatie met bewoners mogelijk is en waarin kwaliteit van zorgverlening zich niet uit in een verbetering van de gezondheidstoestand van bewoners. Gedurende de laatste jaren is bovendien de zorgbehoefte van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen toegenomen, wat onder andere heeft geleid tot meer werkdruk voor medewerkers op de afdeling.

Tegelijkertijd ontstaat een toenemend tekort aan verzorgenden. De grote steden kampen dan ook geregeld met personeelstekorten, niet te vervullen vacatures en ziekteverzuim.

Uit een onlangs verschenen rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg blijkt dat de zorgverlening in verpleeghuizen met name voor bewoners met psychogeriatrische problemen op bepaalde punten tekort schiet. Zo blijkt dat op een kwart van de bezochte afdelingen er onvoldoende hulp aanwezig is bij de maaltijden

¹ Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen

en door gebrek aan toezicht in de huiskamers wordt tweederde van de psychogeriatrische bewoners soms gefixeerd (Rapport IGZ, 2004). De druk op de kwaliteit van zorg wordt ook onderschreven door medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen. Door de hoge werkdruk en personeelstekorten vinden verzorgenden dat zij onvoldoende zorg kunnen bieden aan bewoners (Factsheet AVVV, 2004).

De laatste jaren is de aandacht voor de groep bewoners met psychogeriatrische problemen toegenomen. Zo is bijvoorbeeld een richtlijn ontwikkeld voor het begeleiden van dementerenden met depressief, apathisch en agressief gedrag (Verkaik et al., 2003) en ook in de Benchmark V&V wordt aandacht besteed aan de zorgverlening voor ouderen met psychogeriatrische problemen.

Kwaliteit van zorg kan worden gedefinieerd als de mate waarin de zorgverlening voldoet aan door de bewoner geformuleerde en door hulpverleners gesignaleerde behoeften, en de kans op ongewenste uitkomsten vermindert. Uit eerder onderzoek in verpleeghuizen is gebleken dat er grote verschillen bestaan in klinische uitkomsten en de door cliënten ervaren kwaliteit van zorg tussen verpleeghuizen (Wagner, 1999; Klein Ikkink en Wagner, 2000). Deze verschillen in kwaliteit van zorg kunnen maar gedeeltelijk worden verklaard door kenmerken van bewoners en de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem op instellingsniveau. Het vermoeden bestaat dat afdelingsgebonden kenmerken zoals structuur, cultuur en deskundigheid bepalend zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Op dit moment ontbreekt inzicht in de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen op afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen en daarnaast is er behoefte aan meer inzicht in de factoren die de kwaliteit van zorg op de afdeling bepalen. Dit geldt zowel voor individuele kenmerken van bewoners als voor kenmerken van de afdeling.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het verschaffen van meer inzicht in de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen, de verschillen tussen afdelingen en de factoren die daarop van invloed zijn.

Uitgaande van deze doelstelling zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat is de kwaliteit van zorg voor psychogeriatrische bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen?
2. In hoeverre bestaan er verschillen in kwaliteit van zorg tussen afdelingen, rekening houdend met specifieke eigenschappen van bewoners?
3. In hoeverre kunnen de verschillen in kwaliteit van zorg verklaard worden door kenmerken van de afdeling?
4. In hoeverre zijn verschillen in kwaliteit van zorg volgens hulpverleners te beïnvloeden?

Het betreft een cross-sectioneel onderzoek waarbij gegevens zijn verzameld op 37 afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Per instelling kon één afdeling aan het onderzoek deelnemen. Dit waren zowel gesloten afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen, als psychogeriatrische groepsverzorging in verzorgingshuizen. Kwaliteit van zorg is op twee manieren onderzocht. Ten eerste is de woonomgeving voor ouderen met psychogeriatrische problemen onderzocht. Aspecten van de woonomgeving zijn de sfeer op de afdeling, de geboden autonomie op de afdeling en de geboden veiligheid op de afdeling. Ten tweede is de gezondheidstoestand van bewoners vastgesteld middels een aantal ongewenste klinische uitkomsten. Bewoners in verpleeghuizen hebben vaak te maken met een continue achteruitgang in hun gezondheidstoestand (Gerritsen, 2004). Het meten van de gezondheidstoestand middels verbeteringen in de gezondheid is dan ook vaak niet aan de orde. In dit onderzoek zijn derhalve een aantal ongewenste klinische uitkomsten gedefinieerd: gewichtsverlies, probleemgedrag, medicijngebruik, decubitus en een laag psychosociaal welbevinden. Bij een goede zorgverlening zouden deze ongewenste uitkomsten heel weinig mogen voorkomen. Wat in deze ‘weinig’ is, valt moeilijk te zeggen omdat er geen gouden standaard is en het resultaat mede beïnvloed wordt door onderliggende ziektes en co-morbiditeit. Door afdelingen te vergelijken zijn desondanks uitspraken mogelijk over relatief veel en weinig voorkomende ongewenste klinische uitkomsten.

Gedurende het onderzoek is gebruik gemaakt van een groot aantal meetinstrumenten en onderzoeksmethoden om een volledig beeld van de afdeling te krijgen. Zo is onder andere gebruik gemaakt van observaties, interviews met medewerkers en diverse vragenlijsten met betrekking tot de bewoners en de medewerkers. Alle gegevens van het onderzoek zijn telkens op één moment verzameld. Deze diversiteit in methoden en opzet van de gegevensverzameling maakt het mogelijk de kwaliteit van zorg goed in kaart te brengen en tegelijkertijd kenmerken van de afdeling die de kwaliteit van zorg beïnvloeden vast te stellen.

Voor het verklaren van verschillen tussen afdelingen zijn de volgende hypothesen opgesteld:

- Afdelingen met meer verzorgenden en vrijwilligers per bewoner bieden een betere kwaliteit van zorg;
- Op kleine afdelingen wordt een betere kwaliteit van zorg geboden;
- Afdelingen met volledige zorgdossiers bieden een betere kwaliteit van zorg;
- Op afdelingen die werken met specifieke richtlijnen voor decubitus, medicijngebruik, gewichtsverlies en probleemgedrag komen decubitus, veel medicatie, probleemgedrag en ongewenst gewichtsverlies minder voor.

Daarnaast wordt ook de mogelijke invloed van werkbelevingskenmerken van medewerkers bestudeerd. De werkbelevingskenmerken bestaan uit de ervaren werkdruk, de ervaren sociale steun van de leidinggevende en de ervaren sociale steun van collega's. Ten behoeve van deze aspecten zijn aan de hand van literatuur (de Jonge et al. 1994) de volgende hypothesen opgesteld:

- Op afdelingen waar de medewerkers een hoge werkdruk ervaren, is de kwaliteit van zorg minder goed;

- Op afdelingen waar medewerkers veel sociale steun ervaren van hun collega's, is de kwaliteit van de zorgverlening beter;
- Op afdelingen waar medewerkers veel sociale steun van hun leidinggevende ervaren is de kwaliteit van zorg beter.

Als over de kwaliteit van zorg wordt gesproken, gaat het om de woonomgeving van bewoners en de aanwezigheid van ongewenste klinische uitkomsten.

1.3 Indeling van het rapport

Dit rapport bestaat uit 7 hoofdstukken. Hoofdstuk 2 beschrijft de werving van de afdelingen en bewoners, de verschillende onderzoeksmethoden en meetinstrumenten. Daarnaast wordt de data-analyse beschreven. In hoofdstuk 3 worden enkele kenmerken van de onderzochte bewoners, afdelingen en medewerkers van de afdeling beschreven. Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten met betrekking tot de woonomgeving van bewoners als maat voor kwaliteit van zorg. Hierbij wordt tevens ingegaan op kenmerken van de afdeling die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. Hoofdstuk 5 gaat in op de gezondheidstoestand van bewoners als kwaliteitsmaat, aan de hand van ongewenste klinische uitkomsten. Hierbij wordt tevens aandacht besteed aan kenmerken van bewoners die de resultaten kunnen beïnvloeden en kenmerken van de afdeling die de kwaliteit van zorg beïnvloeden. Hoofdstuk 6 beschrijft de mate waarin afdelingshoofden de kwaliteit van zorg beïnvloedbaar vinden. Tenslotte volgen in hoofdstuk 7 de conclusies van dit rapport, enkele kanttekeningen bij het onderzoek en aanbevelingen voor de toekomst.

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. In paragraaf 2.1 en 2.2. wordt ingegaan op de werving van afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen en de informed consent van bewoners. Paragraaf 2.3 beschrijft vervolgens de verschillende uitkomstmaten waarmee kwaliteit van zorg in het onderzoek is gemeten en de gebruikte meetinstrumenten. In paragraaf 2.4 komen de kenmerken van de afdeling die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden aan de orde. In deze paragraaf wordt tevens aandacht besteed aan de meetinstrumenten om deze afdelingskenmerken vast te stellen. In paragraaf 2.5 komt tenslotte de data-analyse van het onderzoek aan bod.

2.1 Werving van afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen

Het onderzoek is uitgevoerd in verpleeg- en verzorgingshuizen in vier WZV² (deel)regio's: West-Brabant, Rotterdam, Amsterdam en de regio Stedendriehoek. In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel werd uitgegaan van drie regio's: West-Brabant, Stedendriehoek en Rotterdam. Omdat verwacht werd dat deelname van instellingen in de regio Rotterdam zou tegenvallen, wegens de zorgproblematiek in de grote steden zoals personeelstekorten, is ook de regio Amsterdam in het onderzoek te betrekken.

De keuze voor de regio's is gebaseerd op verschillen in stedelijkheid en geloofsovertuiging. Zowel de stedelijkheid als de geloofsovertuiging kunnen een rol spelen in de kwaliteit van zorg. Zo kunnen er in de grote steden problemen zijn met personeelstekorten en wachtlijstproblematiek waardoor bewoners met een grotere zorgbehoefte worden opgenomen. De geloofsovertuiging van bewoners en medewerkers kan een rol spelen in de overeenkomsten in normen en waarden. Dit kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorg op de afdelingen.

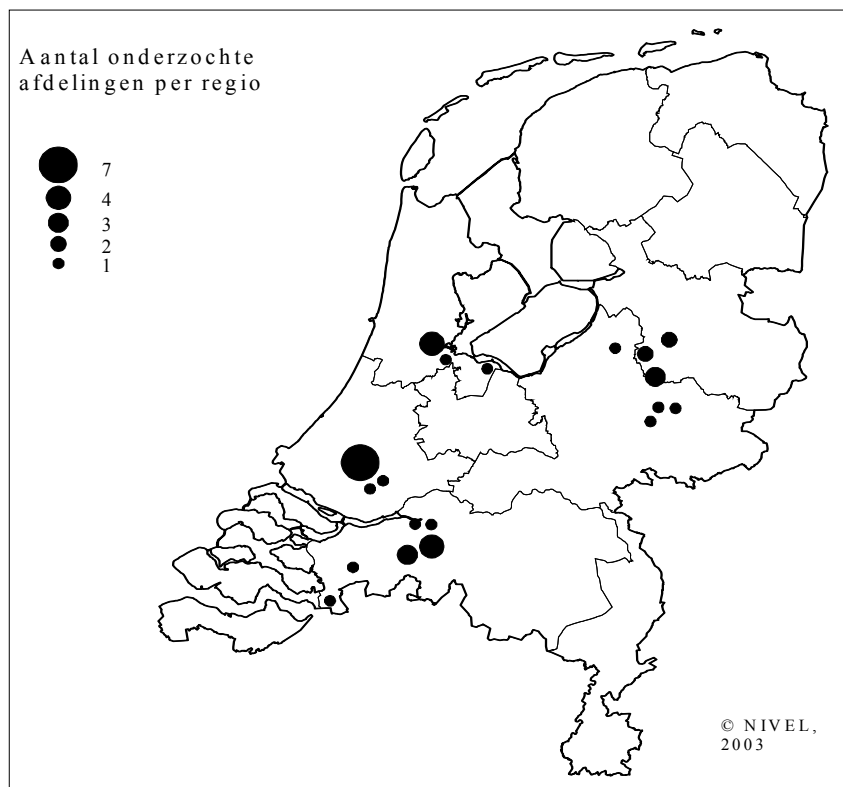
De regio's Rotterdam en Amsterdam kunnen worden getypeerd als sterk stedelijk. In de regio's West-Brabant en Stedendriehoek is overwegend sprake van matig/ weinig stedelijke gemeenten. De geloofsovertuiging kan grofweg worden omschreven als overwegend Rooms-katholiek (West-Brabant), Gereformeerd/ Nederlands Hervormd en Rooms-katholiek (Stedendriehoek) en meer divers (Rotterdam, Amsterdam). Vanwege de haalbaarheid van het onderzoek is ook de reisafstand ten opzichte van Utrecht bij de keuze voor de regio's meegenomen.

² Wet Ziekenhuis Voorzieningen

Alle instellingen, die intramurale zorg bieden aan ouderen met psychogeriatrische problemen, in de vier WZV-regio's³ hebben in de zomer van 2002 een brief ontvangen waarin het doel en de opzet van het onderzoek werd uitgelegd. Instellingen konden vervolgens, wanneer zij geïnteresseerd waren in het onderzoek, een informatiepakket aanvragen door middel van een antwoordformulier. Het informatiepakket bestond uit een overzicht van de gehanteerde meetinstrumenten, de planning van de gegevensverzameling op de afdeling, informatie over de privacy van gegevens en een deelnameformulier. 46 instellingen hebben het informatiepakket aangevraagd door middel van het antwoordformulier. Op het antwoordformulier was tevens een mogelijkheid om aan te geven waarom men geen informatiepakket van het onderzoek wenste te ontvangen. De voornaamste redenen om het informatiepakket niet aan te vragen waren tijdsgebrek, verhuizing, of recente deelname aan een ander onderzoek (onder andere het Benchmarkonderzoek V&V).

In totaal hebben 37⁴ instellingen zich definitief met het deelnameformulier aangemeld. Figuur 2.1 geeft een overzicht van de instellingen in de verschillende regio's. In de regio Amsterdam en Rotterdam hebben respectievelijk 6 en 9 instellingen aan het onderzoek meegewerkt. In de regio's West-Brabant en Stedendriehoek hebben 11 instellingen aan het onderzoek deelgenomen.

Figuur 2.1 aantal onderzochte afdelingen per regio



³ Een uitzondering is gemaakt voor de regio Amsterdam. In deze regio heeft één grote stichting zich voor het onderzoek aangemeld.

⁴ In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel werd uitgegaan van 33 instellingen.

Per instelling werd telkens één afdeling onderzocht. Instellingen waren vrij zelf deze afdeling aan te wijzen, mits er aan een minimumeis van aantal bewoners werd voldaan⁵. Het minimum aantal bewoners op de afdeling was door de onderzoekers gesteld op 10 bewoners. Iedere afdeling ontving een tegemoetkoming van €150,- voor deelname aan het onderzoek.

In verpleeghuizen waren alle deelnemende afdelingen gesloten BOPZ⁶-afdelingen. In verzorgingshuizen namen BOPZ-afdelingen en groepsverzorgingsprojecten deel aan het onderzoek. Groepsverzorgingsprojecten, ook wel projecten voor aanvullende verpleeghuiszorg of meerzorg genoemd, bieden bewoners met psychogeriatrische problemen een vaste dagstructuur. Bewoners, die hiervoor geïndiceerd zijn, wonen in hun eigen appartement, maar kunnen deelnemen aan activiteiten in de huiskamer van de groepsverzorging. Ook nuttigen zij meestal de maaltijden in de huiskamer van de groepsverzorging. Tabel 2.1 geeft een overzicht van het aantal groepsverzorgingsprojecten en BOPZ- afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen per regio.

Tabel 2.1 Aantal en soort afdelingen per regio

	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen		Totaal
	BOPZ-afdelingen	BOPZ-afdelingen	Groepsverzorging	
Rotterdam	5	4	0	9
Amsterdam	3	0	3	6
Stedendriehoek	3	2	6	11
West-Brabant	5	4	2	11
Totaal	16	10	11	37

2.2 Informed consent van bewoners op de afdelingen

Ten behoeve van het onderzoek is, na de werving van de afdeling, schriftelijk toestemming gevraagd aan familieleden van de bewoners. Wegens de cognitieve problemen was het voor bewoners immers niet mogelijk zelf toestemming te geven voor het onderzoek.

De eerste contactpersoon van de bewoner ontving, via de afdeling, een brief met informatie over het onderzoek en een toestemmingsformulier. Enkel bewoners waarvoor een toestemmingsformulier is ingevuld en geretourneerd, zijn in het onderzoek geïnccludeerd. Zowel bij het vaststellen van de gezondheidstoestand van bewoners, als bij het vaststellen van de kwaliteit van de woonomgeving is enkel uitgegaan van bewoners van wie informed consent is verkregen.

Het aantal bewoners waarvoor toestemming is verkregen verschilt per afdeling. Op grotere afdelingen oversteeg het aantal toestemmingsformulieren vaak de praktische mogelijkheden van het onderzoek. Op deze afdeling zijn zoveel mogelijk bewoners in het onderzoek betrokken. Op kleinere afdelingen hebben, in een aantal gevallen, alle bewoners aan het onderzoek deelgenomen. Wanneer niet van alle bewoners een

⁵ In verzorgingshuizen is vaak slechts één gesloten afdeling of één groepsverzorgingsproject aanwezig.

⁶ Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen

toestemmingsformulier was ingevuld, werd aan het afdelingshoofd gevraagd of de deelnemende bewoners een goede afspiegeling vormden van de afdeling. Op alle afdelingen was dit het geval. In het vervolg zal worden gesproken over ‘bewoners’. Dit betreft in alle gevallen personen van wie informed consent is verkregen. In totaal zijn gegevens verzameld van 502⁷ bewoners. Dit is 63,4% van de 792 bewoners die tijdens de gegevensverzameling op de afdelingen verbleven. Tabel 2.2 toont het aantal deelnemende bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 2.2 Aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen dat aan het onderzoek heeft deelgenomen

	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	
	N (%)	N (%)	Totaal
Aantal onderzochte bewoners	249 (49,6%)	253 (50,4%)	502 (100%)

2.3 Uitkomstmaten van kwaliteit van zorg

Deze paragraaf behandelt de belangrijkste uitkomstmaten van het onderzoek. In het onderzoek wordt kwaliteit van zorg onder andere vastgesteld door het meten van ongewenste klinische uitkomsten bij bewoners. Er is gekozen voor ongewenste uitkomsten omdat bewoners met psychogeriatrische problemen vaak te maken hebben met een continue achteruitgang in de cognitieve en lichamelijke functies en daarmee samenhangend, een achteruitgang in de gezondheidstoestand. Het meten van een gezondheidsverbetering is derhalve niet aan de orde.

De ongewenste klinische uitkomsten als indicatoren voor de kwaliteit van zorg in dit onderzoek zijn: probleemgedrag, gewichtsverlies, decubitus, medicijngebruik en een laag psychosociaal welbevinden. Tabel 2.3 geeft een overzicht van de uitkomstmaten van kwaliteit van zorg en de gehanteerde meetinstrumenten.

In de periode oktober 2002- juni 2003 zijn de afdelingen bezocht door twee onderzoekers: één vaste onderzoeker en één van de stagiaires van het onderzoek⁸. De gegevensverzameling nam telkens drie dagen per afdeling in beslag; op de meeste afdelingen werd de gegevensverzameling binnen één week afgerond om de continuïteit van het onderzoek te waarborgen. Tijdens de gegevensverzameling is gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten om een zo volledig mogelijk beeld van de afdeling te krijgen. Hieronder worden de gehanteerde meetinstrumenten kort besproken.

⁷ Dit is het aantal bewoners waarvoor de Minimum Data Set is ingevuld. Het aantal bewoners waarvoor de overige meetinstrumenten zijn ingevuld kan hiervan iets afwijken.

⁸ Een stagiaire vanuit de Erasmus Universiteit Rotterdam, de overige zeven stagiaires vanuit de Universiteit Utrecht. Op 4 afdelingen is het onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers van het NIVEL.

Tabel 2.3 Uitkomstmaten van kwaliteit van zorg

Uitkomstmaten van kwaliteit van zorg	Meetinstrument
Gezondheidstoestand van bewoners	
• Probleemgedrag	MDS 2.1
• Gewichtsverlies	„
• Decubitus	„
• Veel medicijngebruik	„
• Laag Psychosociaal welbevinden	„
• Gedragstoestand van bewoners	BOP
Uitkomstmaten van kwaliteit van zorg	
Woonomgeving	
• Sfeer op de afdeling	Observatielijst
• Autonomie van bewoners	„
• Veiligheid van bewoners	„

2.3.1 *Minimum Data Set van het Resident Assessment Instrument*

De gezondheidstoestand van bewoners is vastgesteld met de Minimum Data Set 2.1 (MDS) van het Resident Assessment Instrument voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Met de MDS kunnen een aantal klinische uitkomstmaten worden vastgesteld zoals ongewenst gewichtsverlies, decubitus, probleemgedrag en medicijngebruik. Naast klinische uitkomstmaten wordt met de MDS het psychisch, lichamelijk en sociaal emotioneel functioneren van bewoners gemeten. Vanuit de MDS kan de LZV⁹ zorgindex worden berekend en in de MDS worden tevens enkele sociaal demografische kenmerken van bewoners geregistreerd.

In eerder onderzoek is de MDS gebruikt en is de toepasbaarheid in verpleeghuizen onderzocht (Holtkamp, 2003; Meijer et al., 1999). De MDS is als instrument internationaal erkend en gevalideerd (Frederikson et al., 1996). De MDS is in het onderzoek afgenomen door middel van een interview met een medewerker¹⁰ van de afdeling. In de meeste gevallen was dit de contactverzorgende of EVV'er¹¹ van de bewoner. Daarnaast is gebruik gemaakt van dossieronderzoek. De gegevens van de MDS zijn vervolgens ingevoerd in een RAI-database middels GINO-software.

De uitkomstmaten in dit onderzoek zijn als volgt, vanuit de RAI, gedefinieerd: *Probleemgedrag* gaat in op een aantal gedragssymptomen van bewoners in de laatste 7 dagen voordat de MDS werd afgenomen. Probleemgedrag bestaat uit één of meer van de volgende gedragstypen: zwerfgedrag, verbaal en lichamelijk lastigvallen van anderen, sociaal ongepast/ storend gedrag en verzet tegen zorg. In de multi-level

⁹ Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen

¹⁰ Op drie afdelingen werd reeds gewerkt met het RAI en de MDS. Recente gegevens van bewoners zijn op deze afdelingen overgenomen van een computeruitdraai. Daarna is de MDS kort doorgesproken met een verzorgende om de accuraatheid van de gegevens vast te stellen.

¹¹ Eerst Verantwoordelijke Verzorgende

analyses (zie hoofdstuk 5) is uitgegaan van het aantal probleemgedragingen van bewoners.

Gewichtsverlies is gedefinieerd als een gewichtsafname van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% procent of meer in de laatste 180 dagen. Mogelijk gewichtsverlies is genoteerd in de MDS vanuit het dossier of, wanneer het gewicht niet regelmatig werd geregistreerd, nagevraagd in het interview met de medewerker.

Decubitus meet de aanwezigheid van decubitus in de week voorafgaande aan de afname van de MDS. In de MDS worden 4 graden van decubitus onderscheiden:

- Graad 1: een blijvend stuk rode huid (zonder dat de huid kapot is) dat niet verdwijnt wanneer de druk erop is opgeheven;
- Graad 2: een gedeeltelijk dikteverlies van de huid dat zich klinisch als een ontveling, blaas of ondiep gat voordoet;
- Graad 3: de volledige huiddikte is verloren gegaan. De onderliggende weefsels liggen bloot. Dit doet zich voor als een diep gat met of zonder ondermijning van naastgelegen weefsels;
- Graad 4: De volledige huiddikte en het onderhuids weefsel zijn verloren gegaan. Spieren en/of bot liggen bloot.

Daarnaast is de verblijfsduur op de afdeling en een mogelijke ziekenhuisopname van de bewoner geregistreerd. Bewoners die gedurende de laatste maand in het ziekenhuis waren opgenomen zijn voor deze maat geëxcludeerd.

Medicijngebruik is gedefinieerd als het gebruik van 9 of meer medicijnen in de week voorafgaande aan de afname van de MDS. Het medicijngebruik is geregistreerd vanuit de zorgdossiers of de gebruikte medicijnlijsten op de afdeling.

Laag psychosociaal welbevinden bestaat uit de aanwezigheid van een of meer problemen in psychosociaal welbevinden zoals deze met de MDS zijn gemeten. Deze problemen bestaan uit: een bedekt/ openlijk conflict met of herhaalde kritiek op zorgverleners, niet blij zijn met kamergenoot of andere bewoners, het uiten van een openlijk conflict/ boosheid met familie/vrienden, geen persoonlijk contact met familie/vrienden, een recent verlies van naast familielid/ vriend en het zich niet gemakkelijk aanpassen aan veranderende routines. In de multi-level analyses (zie hoofdstuk 5) is uitgegaan van het aantal problemen van bewoners in het psychosociaal welbevinden.

2.3.2 *Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten*

Het gedrag van de bewoners is gemeten met de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP; van der Kam et al., 1971). De BOP meet een aantal gedragsaspecten: hulpbehoefendheid (23 items), agressief gedrag (5 items), lichamelijke invaliditeit (3 items), depressief gedrag (3 items), psychische invaliditeit (4 items) en inactiviteit (7 items).

De BOP is een valide en betrouwbaar meetinstrument (Diesfeldt, 1981) en de lijst biedt de mogelijkheid om op een snelle en heldere manier het gedrag van bewoners te

beoordelen (Melchior et al., 1992). Met de BOP is binnen verpleeghuizen veel ervaring op gedaan.

De BOP is voor iedere bewoner ingevuld door twee medewerkers van de afdeling gedurende de drie dagen van gegevensverzameling. Op een aantal afdelingen was het niet mogelijk om de BOP door twee medewerkers te laten invullen wegens tijdgebrek. Op deze afdelingen is de BOP door één medewerker ingevuld.

2.3.3 *Observaties van kwaliteit van zorg*

Gedurende de drie dagen van gegevensverzameling zijn systematisch observaties uitgevoerd door de onderzoekers aan de hand van een, voor het onderzoek, opgestelde observatielijst.

De observatielijst bestaat uit 32 items met 5 antwoordmogelijkheden variërend van 1 tot 5, waarbij 5 staat voor de meest positieve score. De observatielijst richt zich op verschillende aspecten van de woonomgeving van bewoners, zoals de bejegening van bewoners, het aanbod van zinvolle bezigheden, de geboden autonomie en de geboden veiligheid van de afdeling. De observatielijst sluit aan op een observatielijst van Wagner en van Oort (2000) die is gebaseerd op aspecten van kwaliteit van zorg zoals deze zijn bepaald door Rantz et.al. (1998) en de behoeftegebieden zoals deze zijn gedefinieerd door het LOC (1999). Rantz et.al. beschrijft verschillende aspecten van kwaliteit van zorg die geobserveerd kunnen worden: de interactie tussen bewoners en medewerkers, de sfeer op de afdeling, de woonomgeving, de individuele zorgverlening, kenmerken van de medewerkers en de veiligheid op de afdeling. De behoeftegebieden van het LOC gaan in op de mate waarin bewoners een eigen leven kunnen leiden, een verzorgd uiterlijk hebben en persoonlijke aandacht krijgen. Daarnaast gaan de behoeftegebieden in op het toiletbezoek, veiligheid, wonen en eten en drinken van bewoners. Ook de autonomie van bewoners is geobserveerd. Autonomie is de mate waarin bewoners in staat worden gesteld een eigen leven te leiden en keuzes te maken (Van Sprundel en Van Thiel, 1996). Om de items van de observatielijst te ordenen is een factoranalyse uitgevoerd. In paragraaf 2.3.4 wordt de factoranalyse besproken.

De scorelijst is door twee¹² onderzoekers ingevuld op drie verschillende momenten. De onderzoekers observeerden telkens dezelfde situatie. Na een observatieperiode van 20 á 30 minuten hebben de onderzoekers afzonderlijk de scorelijst ingevuld. Na invulling werd de observatielijst besproken en werden de scores eventueel aangepast. De observatiemomenten zijn van tevoren vastgesteld en representeren drie belangrijke momenten in de zorgverlening: de zorgverlening in de ochtend (rond 9.00 uur), de middagmaaltijd (rond 12.00 uur) en de middag (rond 15.00- 15.30 uur), vaak is dit tevens het moment van dienstoverdracht op de gesloten afdelingen.

Naast de systematische analyses met de observatielijst zijn ook incidentele observaties uitgevoerd waarin verschillende situaties, zoals activiteiten en de

¹² Op twee afdelingen werd het onderzoek uitgevoerd door één onderzoeker. In dit geval is op zes verschillende momenten geobserveerd.

ochtendzorg, zijn geobserveerd. Ten behoeve van de incidentele observaties is een observatieprotocol opgesteld. Een aantal observatieverslagen van de incidentele observaties zijn ter illustratie toegevoegd aan hoofdstuk 4.

2.3.4 Factoranalyse van de observatielijst

De gegevens van de observatielijst zijn door middel van een factoranalyse gestructureerd.

In totaal is 222 maal geobserveerd op 37 afdelingen. Twee onderzoekers observeerden telkens dezelfde situatie. Dit betekent dat er op 111 momenten is geobserveerd.

Door middel van een factoranalyse is onderzocht welke vragen samengevoegd kunnen worden tot één aspect van kwaliteit van zorg met betrekking tot de woonomgeving.

Bij de factoranalyse is in eerste instantie uitgegaan van alle items. Twee items zijn verwijderd omdat zij niet goed van toepassing waren op de doelgroep. Er is gekozen voor factoren met een hoge interne consistentie.

Uit de factoranalyse (Varimax rotatie) komen drie aspecten naar voren. Deze aspecten zijn: de sfeer op de afdeling, de geboden autonomie en de geboden veiligheid. De geboden veiligheid is onderverdeeld in twee gedeelten: de veiligheid van de omgeving en de veiligheid geboden door de medewerkers. Alle aspecten samen verklaren, met 16 items, in totaal 67% van de variantie in de kwaliteit van zorg. Naast de aspecten staat in tabel 2.5 cronbach's alpha vermeld; een maat voor interne consistentie. De interne consistentie van de aspecten sfeer en autonomie is ruim voldoende met een alpha van .89 en .84. De betrouwbaarheid van de beide schalen van veiligheid is voldoende (alpha=.68)

De sfeer op de afdeling wordt gevormd door 7 items (zie tabel 2.4). De eerste 4 items gaan in op de omgang tussen medewerkers en bewoners. Ook de mate waarin medewerkers proberen functies van bewoners te herstellen draagt bij aan de sfeer op de afdeling. Daarnaast is het voor de sfeer op de afdeling belangrijk dat de afdeling een huiselijke en levendige indruk maakt.

De geboden autonomie van bewoners is vast te stellen door de score op 3 items. Allereerst zijn dit de grootte van de kamers van bewoners en de mate waarin kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt. De mogelijkheid om zich terug te kunnen trekken op de afdeling is ook van belang voor de autonomie van bewoners. Deze ruimte kan bestaan uit de kamers van bewoners maar bijvoorbeeld ook uit een zitje op de gang van een verpleeghuis.

De veiligheid van bewoners is onder te verdelen in de veiligheid van de omgeving en de geboden veiligheid door medewerkers. Voor de veiligheid van de omgeving is het van belang dat de afdeling is opgeruimd: de afdeling is netjes en daardoor goed begaanbaar voor bewoners. Daarnaast is het van belang dat de afdeling goed is onderhouden en dat de afdeling goed wordt verlicht. De geboden veiligheid door medewerkers wordt gevormd door de aanwezigheid van het personeel en de mate

waarin het personeel actief voor bewoners zorgt. Daarnaast speelt de mate waarin medewerkers de bewoners bij naam noemen een rol. Omdat bewoners met dementie vaak de verzorgenden en overige bewoners niet herkennen of bij naam kunnen aanspreken is het waarschijnlijk extra belangrijk dat medewerkers aangeven dat zij de bewoners reeds kennen.

Tabel 2.4 Aspecten van kwaliteit van zorg en de daarbij horende items aan de hand van de factoranalyse (Varimax rotatie). Tussen haakjes staat de interne consistentie van de aspecten vermeld.

Woonomgeving

Sfeer op de afdeling (alpha= .89)

Personeel gaat met bewoners vriendschappelijk gesprek aan
Personeel neemt voldoende tijd voor bewoners
Personeel behandelt bewoners respectvol
Personeel en bewoners lijken op hun gemak bij elkaar
Personeel actief aan het werk met bewoners om functies te herstellen
Afdeling maakt een levendige indruk
Afdeling maakt een huiselijke indruk

Geboden autonomie (alpha= .84)

Kamers van bewoners zijn voldoende ruim
Kamers van bewoners zijn persoonlijk gemaakt
Bewoners hebben een ruimte om zich terug te trekken

Veiligheid*Veiligheid van de omgeving* (alpha=.68)

Kamers, gangen en publieke ruimten zijn netjes en niet volgepropt
Gebouwen, terreinen en meubels zijn goed onderhouden
Omgeving is goed verlicht

Veiligheid geboden door personeel (alpha=.68)

Personeel is zichtbaar aanwezig
Personeel is actief voor bewoners aan het zorgen
Personeel noemt bewoners bij hun naam

2.4 Afdelingskenmerken die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden

Een van de doelen van dit onderzoek is na te gaan of afdelingskenmerken van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Tabel 2.5 geeft een overzicht van de afdelingskenmerken (en de gebruikte onderzoeksmethoden) zoals deze in dit onderzoek zijn gemeten. De gegevens zijn afkomstig uit een interview met het afdelingshoofd, dossieronderzoek en de vragenlijst onder medewerkers.

De eerste afdelingskenmerken gaan in op de grootte van de afdelingen. Het type afdeling hangt samen met de grootte van afdeling. Gesloten afdelingen bieden zorg aan meer bewoners dan groepsverzorgingsprojecten. Uiteraard kan het aantal bewoners per afdeling verschillen. Vandaar dat het aantal bewoners als afdelingskenmerk is meegenomen. Het aantal huiskamers en het aantal medewerkers zijn gedeeltelijk afhankelijk van het aantal bewoners. Echter, het aantal huiskamers wordt tevens bepaald door de ruimtelijke indeling van de afdeling en het aantal medewerkers is onder andere afhankelijk van het aantal parttime werkenden. Het aantal vrijwilligers op de afdeling is minder afhankelijk van het aantal bewoners en het aantal medewerkers.

Aan de afdelinghoofden is tevens gevraagd met welke richtlijnen/ protocollen er gewerkt wordt op de afdeling. Daarbij is specifiek aandacht besteed aan richtlijnen/protocollen met betrekking tot de ongewenste klinische uitkomsten: decubitus, gewichtsverlies, medicijngebruik en probleemgedrag.

Tabel 2.5 Afdelingskenmerken die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit van zorg

Afdelingskenmerken	
• Type afdeling	Interview afdelingshoofd
• Aantal bewoners	„
• Aantal huiskamers	„
• Aantal medewerkers	„
• Aantal vrijwilligers	„
• Aanwezigheid richtlijn voor decubitus	„
• Aanwezigheid richtlijn voor gewichtsverlies	„
• Aanwezigheid richtlijn voor medicijngebruik	„
• Aanwezigheid richtlijn voor probleemgedrag	„
• Volledigheid zorgdossiers	Dossieronderzoek
• Samenwerking op de afdeling	Vragenlijst medewerkers
• Ervaren werkdruk	„
• Sociale steun van leidinggevende	„
• Sociale steun van collega's	„

2.4.1 *Analyse van zorgdossiers*

Om de gezondheidstoestand van bewoners zo optimaal mogelijk te houden en tijdig problemen te signaleren is het zorgdossier van groot belang.

Tijdens het onderzoek zijn de dossiers van bewoners geanalyseerd door de onderzoekers. De analyse van de zorgdossiers bestond uit een aantal stappen. Allereerst is gekeken welke onderwerpen of aandachtsgebieden in het dossier aan bod komen. Van tevoren zijn 18 aandachtsgebieden gedefinieerd: persoonsgegevens, gewoonten/routine, identificatie en achtergrondinformatie, relatie met familie, cognitief functioneren, communicatiepatronen en gehoor, gezichtsvermogen, stemmings- en gedragspatronen, psychosociaal welbevinden, lichamelijk functioneren en structurele problemen, uitscheiding, diagnose van ziekten, toestand van mond/gebit/voeding, conditie van de huid, activiteiten/verrichtingenpatroon,

medicijngebruik, speciale behandelingen en procedures, ontslagmogelijkheden en algehele toestand van bewoners. De registratie van deze gegevens in het zorgdossier is met name van belang voor ouderen met psychogeriatrische problemen, omdat zijzelf nauwelijks meer informatie kunnen verstrekken.

Vervolgens is gecontroleerd of er op de aandachtsgebieden problemen zijn geconstateerd bij de bewoner en of zorgdoelen voor de bewoners zijn vastgesteld. Daarna is nagegaan of evaluatiemomenten van zorgdoelen zijn vastgesteld en of zorgdoelen eventueel zijn behaald.

Als laatste zijn de zorgdossiers beoordeeld op volledigheid, herhaling, methodische manier van handelen, lettergrootte, leesbaarheid, overzichtelijkheid, helderheid en de benodigde tijd om de juiste informatie te achterhalen. Voor de analyse van het zorgdossier is gebruik gemaakt van een vooraf voor dit onderzoek opgesteld registratieformulier. Het registratieformulier sluit aan bij de registratie van dossiers zoals deze is gehanteerd door Wagner en Van Oort (2000).

2.4.2 *Vragenlijst medewerkers*

Tijdens de gegevensverzameling is onder medewerkers een vragenlijst uitgereikt. In de vragenlijst wordt allereerst gevraagd naar enkele sociaal demografische en werkgerelateerde kenmerken van medewerkers. Zo is bijvoorbeeld gevraagd naar de leeftijd van de medewerkers, geloofsovertuiging, woonplaats, opleidingsniveau, functie en het aantal jaren dat men werkzaam is op de afdeling.

Daarnaast komt een aantal aspecten rondom de werkbeleving van medewerkers aan de orde, zoals de sociale steun die medewerkers ontvangen van collega's en hun leidinggevende, de samenwerking tussen medewerkers en de werkmotivatie en ervaren werkdruk van medewerkers. De vragen over sociale steun en ervaren werkdruk zijn afkomstig uit de vragenlijst 'Afdelingsorganisatie, werk en werkbeleving' van de Universiteit Maastricht, (Tummers et al, 2001). De sociale steun die medewerkers ontvangen van hun leidinggevende en collega's is gemeten door telkens 5 vragen. De vragen gaan in op de verstandhouding met de leidinggevende en collega's, de aanwezigheid van conflicten, het bespreken van problemen, de mate waarin men gewaardeerd wordt en het kunnen rekenen op anderen wanneer men het moeilijker krijgt. De vragen worden gescoord op een 4-puntschaal variërend van 1 (nooit) tot en met 4 (altijd). De schalen zijn afgeleid van de 'Vragenlijst Organisatie Stress Doetinchem (VOS-D; De Jonge, 1995). De werkmotivatie is vastgesteld aan de hand van 6 vragen. De vragen gaan in op de mate waarin medewerkers vinden dat zij hun werk goed uitvoeren en de mate waarin zij voldoening ervaren in hun werk. De vragen worden gescoord op een 5-puntsschaal, variërend van geheel mee oneens tot geheel mee eens. Ervaren werkdruk is gemeten aan de hand van 8 vragen en is ontwikkeld door de Jonge et al. (zie de Jonge, 1995). De vragen behandelen de mate waarin men werkt onder tijdsdruk, met pieken wordt gewerkt, men te hard moet werken, te veel werk verricht moet worden, men te weinig tijd heeft om het werk af te maken, het werktempo te hoog ligt, het werk geestelijk inspannend is en het werk te complex is. De vragen worden gescoord op een lijst van 1 (nooit) tot en met 5 (altijd).

Daarnaast wordt ingegaan op de samenwerking (sociale netwerken) van de medewerkers. Zo is onder andere gevraagd aan medewerkers met wie zij praten over hun werk.

2.5 Data-analyse

In dit rapport worden, volgend uit de onderzoeksvragen, de gegevens op verschillende manieren geanalyseerd. Daarbij wordt met name aandacht besteed aan verschillen tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen en verschillen tussen afdelingen.

In hoofdstuk 4 en 5 worden respectievelijk verschillen in de woonomgeving van bewoners en de gezondheidstoestand van bewoners beschreven. Met behulp van toetsingstechnieken (Chi²-toetsen, t-toetsen) is nagegaan of afdelingen in verpleeghuizen verschillen van afdelingen in verzorgingshuizen, voor wat betreft de kwaliteit van zorg. Wanneer er sprake is van een significant verschil, dan is dit in de tabel aangegeven met een '*' (sterretje). Hierbij is uitgegaan van een significantieniveau van 5%.

Uiteraard is het mogelijk dat kenmerken van bewoners van invloed zijn op de gevonden kwaliteit van zorg op de afdeling. Bijvoorbeeld, de kans op decubitus is groter wanneer een bewoner niet langer mobiel is. In dit rapport zal rekening worden gehouden met een aantal kenmerken van bewoners zoals de zorgbehoefte. Voor deze kenmerken zal worden gecorrigeerd door middel van multi-level analyses. Dit betekent dat de uitkomsten in kwaliteit van zorg, als het ware worden gecorrigeerd voor kenmerken van bewoners die de resultaten kunnen beïnvloeden, maar die niet afhankelijk zijn van de zorg op de afdeling. Op deze manier kan worden nagegaan of verschillen in kwaliteit van zorg nog steeds bestaan, wanneer men rekening houdt met kenmerken van bewoners.

Daarnaast is, via multi-level analyses, nagegaan of kenmerken van de afdeling van invloed zijn op de geleverde kwaliteit van zorg. Immers, wanneer kenmerken van afdelingen van invloed zijn op kwaliteit van zorg, dan biedt dit mogelijkheden voor instellingen om de kwaliteit van zorg te beïnvloeden.

3 De bewoners, afdelingen en medewerkers

In dit hoofdstuk worden kenmerken van de onderzochte bewoners, afdelingen en medewerkers van de afdelingen beschreven. Als eerste wordt in paragraaf 3.1 ingegaan op enkele belangrijke sociaal demografische en ziektekenmerken van de bewoners. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op kenmerken van de afdelingen, zoals de grootte van de afdeling. Paragraaf 3.3 behandelt enkele sociaal demografische en werkgerelateerde kenmerken van medewerkers. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting in paragraaf 3.4.

3.1 Sociaal demografische en ziektekenmerken van bewoners

Tijdens het onderzoek zijn gegevens verzameld van 502¹³ ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. 49,6% van de onderzochte bewoners is opgenomen in een verpleeghuis; 50,4% verblijft in het verzorgingshuis. In deze paragraaf wordt een aantal sociaal demografische en ziektekenmerken van de bewoners beschreven. Bij de presentatie van gegevens wordt telkens een onderscheid gemaakt naar bewoners in verpleeghuizen en bewoners in verzorgingshuizen.

Sociaal demografische kenmerken

Tijdens het onderzoek zijn, middels dossieronderzoek, achtergrondgegevens verzameld van bewoners zoals sekse, leeftijd, geloofsovertuiging en opleidingsniveau. De bewoners, die aan het onderzoek hebben deelgenomen, bestaan voor 80% uit vrouwen en voor 20% uit mannen. Het percentage onderzochte mannelijke bewoners is in de verpleeghuizen tweemaal zo hoog als in verzorgingshuizen (zie tabel 3.1). De gemiddelde leeftijd van de bewoners in verpleeghuizen is 83,6 jaar. De gemiddelde leeftijd van de bewoners in verzorgingshuizen is 86,5 jaar. De onderzochte groep in verpleeghuizen is dus iets jonger. In tabel 3.1 zijn de bewoners ingedeeld in leeftijdscategorieën. Van alle bewoners is 7% (n=37) jonger dan 75 jaar. Deze bewoners wonen voornamelijk op afdelingen in verpleeghuizen. In verzorgingshuizen woont het grootste percentage bewoners dat ouder is dan 95 jaar (10,7%). De geloofsovertuiging van bewoners is in de meeste dossiers terug te vinden (zie tabel 3.1). Iets minder dan de helft van alle bewoners is Rooms-katholiek (40,6%). Ongeveer een kwart (25,1%) van alle bewoners is Nederlands Hervormd of Gereformeerd. 8,4% procent van de bewoners heeft geen geloofsovertuiging en 3,8% van de bewoners heeft een geloofsovertuiging die valt onder de categorie overig. Er

¹³ Dit is het aantal bewoners waarvoor de Minimum Data Set is ingevuld. Het aantal bewoners waarvoor de Beoordelingschaal voor Oudere patiënten en de dossieranalyse is ingevuld, kan hiervan iets afwijken.

zijn weinig verschillen in de geloofsovertuiging van bewoners tussen de verpleeg- en verzorgingshuizen. Met name in de verpleeghuizen is de groep bewoners zonder geloofsovertuiging relatief groot met 12,4%.

De opleiding van bewoners is minder goed terug te vinden in de dossiers. Bij 55,8% van de bewoners in verpleeghuizen en 78,3% van de bewoners in verzorgingshuizen is de opleiding onbekend. Het opleidingsniveau van de overige bewoners staat eveneens vermeld in tabel 3.1. Van deze bewoners heeft het grootste deel de lagere school afgemaakt of minder scholing gevolgd. In verpleeghuizen is het aantal bewoners dat een middelbare of hogere opleiding heeft gevolgd (16,4%) groter dan in verzorgingshuizen (7,6%). 2,4% van alle bewoners, waarvan de opleiding bekend is, heeft een HBO of universitaire opleiding gevolgd.

Tabel 3.1 Sociaal demografische kenmerken van de bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen (N=502)

	N	N	%	%
	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen
Geslacht				
Man	70	32	28,1%	12,6%
Vrouw	179	221	71,9%	87,4%
Leeftijd (jaren)				
50-64	4	0	1,6%	0%
65-74	27	6	10,8%	2,4%
75-84	96	91	38,6%	36,0%
85-94	108	129	43,3%	51,0%
>95	14	27	5,6%	10,7%
Opleiding				
Geen scholing	1	2	0,4%	0,8%
Lagere school/minder MAVO/HAVO of vergelijkbaar	68	34	27,3%	13,4%
VWO/MBO	30	10	12,0%	4,0%
HBO/Universitaire opleiding	6	2	2,4%	0,8%
Onbekend	5	7	2,0%	2,8%
Onbekend	139	198	55,8%	78,3%
Geloofsovertuiging				
Geen	32	10	12,9%	4,0%
Rooms-katholiek	107	97	43,0%	38,3%
Nederlands Hervormd	47	51	18,9%	20,2%
Gereformeerd	10	18	4,0%	7,1%
Overige religies	10	9	4,0%	3,6%
Onbekend	43	68	17,3%	26,9%

Ziektekenmerken

In het dossieronderzoek is nagegaan of er een diagnose van bewoners met betrekking tot dementie is terug te vinden in het dossier. In tabel 3.2 staan de resultaten betreffende de diagnoses beschreven. Van de bewoners waarbij een diagnose is vastgelegd heeft 27% van de bewoners in verpleeghuizen een diagnose voor de ziekte van Alzheimer. In verzorgingshuizen is deze diagnose bij 17% van de bewoners terug te vinden in de dossiers. Een dementietype anders dan de ziekte van Alzheimer is in verpleeghuizen vastgelegd bij 33% van de bewoners; in verzorgingshuizen is deze diagnose vastgesteld bij 13% van de onderzochte bewoners. Voor 223 (44%) bewoners was er geen diagnose met betrekking tot dementie in de dossiers terug te vinden. Dit is met name het geval voor de onderzochte bewoners in verzorgingshuizen. Bij 56% van de bewoners in verzorgingshuizen is geen diagnose met betrekking tot dementie vastgelegd in het dossier.

Tabel 3.2 Diagnose met betrekking tot neurologische aandoeningen van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen

	N	N	%	%
	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen
Neurologie				
Alzheimer	66	44	27%	17%
Dementie anders dan Alzheimer	81	32	33%	13%
Afasie	26	7	10%	3%
CVA/beroerte	50	35	20%	14%
Ziekte van Parkinson	7	13	3%	5%
Toevallen (epilepsie)	12	9	5%	4%
Pasagere cerebrale ischemie	14	15	6%	6%
Onbekend in zorgdossier	82	141	33%	56%

Vanuit de Minimum Data Set kan de LZV zorgindex berekend. De zorgindex wordt in verpleeghuizen gebruikt om de zorgbehoefte van bewoners in kaart te brengen. De LZV zorgindex kan worden opgedeeld in een somatisch gedeelte en een psychosociaal gedeelte. Het gedeelte over de somatiek behandelt onder andere de ADL¹⁴ functies en mogelijke incontinentie van bewoners. Het gedeelte over het psychosociaal functioneren gaat in op mogelijke problemen met het geheugen, de communicatie, gedrag en stemming van bewoners.

In tabel 3.3 staan de gemiddelde scores van onderzochte bewoners. De gemiddelde psychosociale zorgzwaarte van bewoners is 4,5 (sd¹⁵ = 1,9). De gemiddelde somatische zorgzwaarte is 4,6 (sd= 3,2).

Uit tabel 3.3 komt naar voren dat de zorgzwaarte van bewoners in verpleeghuizen hoger ligt dan in verzorgingshuizen. Dit geldt zowel voor de somatische als de

¹⁴ Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen

¹⁵ Standaarddeviatie

psychosociale zorgzwaarte. De gemiddelde scores voor de bewoners in verpleeghuizen wijken niet af van de landelijke cijfers voor psychogeriatrische bewoners (Brancherapport Care, 2003).

Tabel 3.3 Zorgzwaarte van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen

	Verpleeghuizen Gemiddelden (sd)	Verzorgingshuizen Gemiddelden (sd)
Zorgzwaarte		
Somatische zorgzwaarte	5,86 (sd=3,3)	3,39 (sd=2,7)
Psychosociale zorgzwaarte	5,04 (sd=1,9)	4,02 (sd=1,8)

3.2 Kenmerken van de afdeling

37 afdelingen hebben aan dit onderzoek deelgenomen: 21 afdelingen in verzorgingshuizen en 16 afdelingen in verpleeghuizen. In verzorgingshuizen hebben zowel BOPZ-afdelingen (10 afdelingen), als groepsverzorgingsprojecten (11 afdelingen) in het onderzoek geparticipeerd. In deze paragraaf worden enkele belangrijke aspecten van de afdelingen besproken. Hierbij wordt ingegaan op de grootte van de afdeling, de aanwezigheid van richtlijnen op de afdelingen en de zorgdossiers op de afdeling. De resultaten worden weergegeven naar afdelingen in verzorgingshuizen en afdelingen in verpleeghuizen. Wanneer de resultaten hiertoe aanleiding geven, wordt tevens een onderscheid gemaakt tussen gesloten afdelingen en groepsverzorgingsprojecten in verzorgingshuizen.

3.2.1 Grootte van de afdelingen

De onderzochte afdelingen verschillen op een aantal kenmerken van elkaar. Het aantal bewoners varieert van 8 tot 34 bewoners per afdeling. Het gemiddeld aantal bewoners is 21,4 bewoners (sd=8,4). Bij groepsverzorgingsprojecten is het aantal bewoners gemiddeld het laagst met 12,2 bewoners (sd=2,8) per project. Op afdelingen in verpleeghuizen ligt het aantal bewoners gemiddeld het hoogst met 27,6 bewoners per afdeling (sd=5,3, zie tabel 3.4).

Het aantal medewerkers hangt uiteraard sterk samen met het aantal bewoners per afdeling. Het aantal medewerkers per afdeling varieert van 4 tot 30 medewerkers. Het gemiddeld aantal medewerkers is 22,8 medewerkers (sd=11,0). Het aantal medewerkers in groepsverzorgingsprojecten is het laagst met gemiddeld 10 medewerkers per project (sd=8,2). Met name de groepsverzorgingsprojecten bieden ruimte aan een beperkt aantal bewoners.

Meerdere afdelingen maken gebruik van vrijwilligers voor het ondernemen van activiteiten met bewoners en/ of het ondersteunen van zorgtaken. Het aantal vrijwilligers varieert van 0 tot 20 vrijwilligers per afdeling met een gemiddelde van 3,7 (sd=4,1). Met name groepsverzorgingsprojecten maken weinig gebruik van vrijwilligers; gemiddeld 1,1 vrijwilliger per groepsverzorgingsproject (sd=1,5). Zowel in verpleeghuizen, als in verzorgingshuizen zijn op de afdelingen gezamenlijke huiskamers aanwezig waar bewoners overdag kunnen zitten en de maaltijden kunnen

gebruiken. Het aantal gezamenlijke huiskamers verschilt eveneens per afdeling: 43% van de afdelingen beschikt over één huiskamer, 35% beschikt over 2 huiskamers en 22% van de afdelingen beschikt over 3 huiskamers.

Met name groepsverzorgingsprojecten hebben vaak de beschikking over één gezamenlijke huiskamer (82% van groepsverzorgingsprojecten). Uiteraard hangt het aantal huiskamers samen met het aantal bewoners van de afdeling. Om een beeld te krijgen van het aantal bewoners per huiskamer is het totaal aantal bewoners van de afdeling gedeeld door het aantal huiskamers van de afdeling. Het aantal bewoners per huiskamer staat vermeld in tabel 3.4. Het gemiddeld aantal bewoners per huiskamer is 12,8 bewoners (sd=4,5), en varieert van 13,8 bewoners per huiskamer op afdelingen in verpleeghuizen tot 10,8 bewoners per huiskamer in groepsverzorgingsprojecten. Uit tabel 3.4 komt tevens naar voren dat de spreiding van het aantal bewoners, medewerkers, vrijwilligers en aantal bewoners per huiskamer groot is. Dit betekent dat er op bovengenoemde aspecten grote verschillen zijn tussen de afdelingen onderling.

Tabel 3.4 Gemiddeld aantal bewoners, medewerkers, vrijwilligers en bewoners per huiskamer in verpleeg- en verzorgingshuizen

	Verpleeghuizen Gemiddelden (sd)	Verzorgingshuizen Gemiddelden (sd)
Aantal bewoners	27,6 (5,3)	16,9 (5,2)
Aantal medewerkers	29,8 (6,9)	17,9 (7,0)
Aantal vrijwilligers	4,9 (4,9)	3,0 (2,6)
Aantal bewoners per huiskamer	13,8 (4,6)	12,1 (4,2)

3.2.2 *Aanwezigheid van richtlijnen*

Aan de afdelingshoofden is gevraagd of de afdeling werkt met bepaalde richtlijnen met betrekking tot de gezondheidstoestand van bewoners. Er is specifiek gevraagd of een richtlijn aanwezig is voor de behandeling/preventie van decubitus, gewichtsverlies, probleemgedrag en medicijngebruik. Tabel 3.5 toont de aanwezigheid van richtlijnen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Op 76% van alle afdelingen wordt gewerkt met een richtlijn voor medicijngebruik. In de meeste gevallen behandelt deze richtlijn de medicijnverstrekking. In de onderzochte verzorgingshuizen wordt iets vaker met een richtlijn medicijngebruik (81%) gewerkt dan in de onderzochte verpleeghuizen (69%).

62% van alle afdelingen beschikt over een richtlijn voor de preventie/behandeling van decubitus. 75% van afdelingen in verpleeghuizen werkt met een richtlijn voor decubitus, in verzorgingshuizen ligt dit percentage lager met 52%. Om meer inzicht te krijgen in de aanwezigheid van een decubitusrichtlijn zijn de afdelingen in verzorgingshuizen gesplitst in gesloten afdelingen en groepsverzorgingsprojecten. Immers, de kans op decubitus is groter op gesloten afdelingen van verzorgingshuizen gezien de zorgbehoefte van bewoners. Uit de resultaten (niet in tabel) komt naar voren dat de richtlijn met betrekking tot decubitus met name wordt gebruikt in verpleeghuizen en op gesloten afdelingen in verzorgingshuizen (respectievelijk 75%

en 80%). De groepsverzorgingsprojecten werken het minst met een decubitusprotocol (27%).

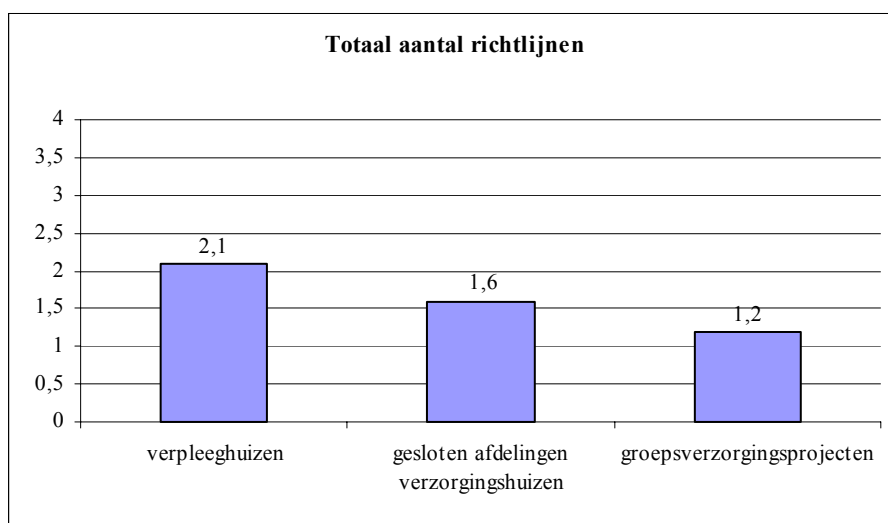
Richtlijnen met betrekking tot gewichtsverlies en probleemgedrag zijn minder frequent aanwezig op de afdelingen. Een richtlijn met betrekking tot gewichtsverlies is enkel aanwezig op afdelingen in verpleeghuizen: 50% van de afdelingen in verpleeghuizen gebruikt deze richtlijn. Op geen enkele afdeling in verzorgingshuizen wordt met een richtlijn met betrekking tot gewichtsverlies gewerkt. 13% van de afdelingen in verpleeghuizen gebruikt een richtlijn met betrekking tot probleemgedrag. Op afdelingen in verzorgingshuizen is dit 9%.

Tabel 3.5 Aanwezigheid van richtlijnen op afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen (N=37)

	Verpleeghuizen %	Verzorgingshuizen %
Richtlijn medicijngebruik	69%	81%
Richtlijn decubitus	75%	52%
Richtlijn gewichtsverlies	50%	0%
Richtlijn probleemgedrag	13%	9%

Aan de hand van bovenstaande resultaten is tevens te berekenen hoeveel van bovengenoemde richtlijnen in gebruik zijn op een afdeling. Het totaal aantal richtlijnen per afdeling varieert van 0 tot 4 richtlijnen op afdelingen in verpleeghuizen en van 0 tot 3 richtlijnen op afdelingen in verzorgingshuizen. Figuur 3.1 toont het gemiddeld aantal van bovengenoemde richtlijnen op afdelingen in verpleeghuizen, gesloten afdelingen in verzorgingshuizen en groepsverzorgingsprojecten in verzorgingshuizen.

Figuur 3.1 Totaal aantal richtlijnen op afdelingen in verpleeghuizen, gesloten afdelingen in verzorgingshuizen en groepsverzorgingsprojecten in verzorgingshuizen



Uit de tabel komt naar voren dat groepsverzorgingsprojecten het minst gebruik maken van richtlijnen met betrekking tot medicijngebruik, decubitus, gewichtsverlies en probleemgedrag (gemiddeld 1,2 richtlijnen $sd = .87$). Afdelingen in verpleeghuizen maken het meest gebruik van richtlijnen met een gemiddelde van 2,1 richtlijnen ($sd = 1,2$), gevolgd door gesloten afdelingen in verzorgingshuizen (gemiddeld 1,6 richtlijnen, $sd = 0,84$).

3.2.3 Volledigheid van de zorgdossiers

In totaal zijn 514 dossiers van bewoners door de onderzoekers geanalyseerd. Allereerst is nagegaan welke aandachtsgebieden in de zorgdossiers aan de orde komen. Tabel 3.6 toont de aandachtsgebieden en de mate waarin dit aandachtsgebied in het zorgdossier wordt behandeld in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 3.6 Aandachtsgebieden in zorgdossiers in verpleeg- en verzorgingshuizen uitgedrukt in percentages (N=514)

	Verpleeghuizen %	Verzorgingshuizen %
Persoonsgegevens	98,8%	95,7%
Gewoonten/routine	46,3%	24,1%
Identificatie en achtergrondinformatie	82,1%	65,8%
Relatie met familie	86,8%	75,9%
Cognitief functioneren	81,3%	77,0%
Communicatiepatronen en gehoor	73,2%	75,1%
Gezichtsvermogen	67,7%	68,1%
Stemming- en gedragspatronen	85,2%	74,7%
Psychosociaal welbevinden	68,5%	61,1%
Lichamelijk functioneren en structurele problemen	99,6%	96,5%
Uitscheiding	93,4%	79,0%
Diagnose van ziekten	87,1%	70,4%
Toestand van mond/gebite/voeding	87,9%	67,7%
Conditie van de huid	77,3%	61,1%
Activiteiten/verrichtingenpatroon	89,8%	82,9%
Medicijngebruik	71,1%	91,8%
Speciale behandelingen en procedures	67,2%	34,2%
Ontslagmogelijkheden en algehele toestand	12,5%	10,9%

Uit de resultaten komen enkele interessante verschillen naar voren tussen zorgdossiers in verpleeg- en verzorgingshuizen. De zorgdossiers van verzorgingshuizen bevatten minder vaak informatie over gewoonten en routines van bewoners (24,1%), identificatie en achtergrondinformatie van bewoners (65,8%) en de relatie met familie van bewoners (75,9%) dan de zorgdossiers in verpleeghuizen (respectievelijk 46,3%, 82,1% en 86,8%).

Ook in verpleeghuizen wordt in minder dan de helft van de dossiers gerapporteerd over de gewoonten en routines van bewoners. De registratie van gewoonten/routine is met name belangrijk omdat bewoners met dementie deze informatie niet zelf meer kunnen verstrekken. Voor het verstrekken van zorg toegespitst op de bewoner zal men daarom moeten afgaan op de informatie van derden of informatie uit het zorgdossier.

Ook voor wat betreft de gezondheidstoestand van bewoners verschillen de aandachtsgebieden van zorgdossiers in verpleeg- en verzorgingshuizen. Verzorgingshuizen registreren minder vaak gegevens over stemming- en gedragspatronen (74,7%) van bewoners dan verpleeghuizen (85,2%). Ook de uitscheiding, toestand van mond/gebit/voeding, de conditie van de huid en het activiteiten/verrichtingenpatroon van bewoners komt minder aan bod in de zorgdossiers van verzorgingshuizen 79,0% van zorgdossiers in verzorgingshuizen behandelt uitscheiding, 67,7% behandelt toestand van de mond etc., 61,1% behandelt de conditie van de huid en 82,9% van de zorgdossiers behandelt het activiteiten/verrichtingenpatroon van bewoners. In verpleeghuizen komt dit in respectievelijk 93,4% 87,9%, 77,3% en 89,8% van de zorgdossiers aan de orde. Alhoewel verzorgingshuizen minder vaak diagnostische gegevens registreren in het zorgdossier (70,4% in verzorgingshuizen tegenover 87,1% in verpleeghuizen), rapporteren zij wel vaker over het medicijngebruik van bewoners in het zorgdossier (91,8% versus 71,1%). Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat in veel verzorgingshuizen bewoners nog hun eigen huisarts hebben. Het medisch dossier van bewoners bevindt zich derhalve in de huisartsenpraktijk en niet in het verzorgingshuis. Wijzigingen in het medicijngebruik worden aan de afdeling doorgegeven en in het zorgdossier opgeslagen. Afdelingen in verpleeghuizen werken vaak met medicijnmappen waarop zij de inname van medicijnen aftekenen. Het medicijngebruik wordt dan niet altijd geregistreerd in het zorgdossier. Verzorgingshuizen rapporteren minder vaak over speciale behandelingen en procedures zoals Middelen en Maatregelen (34,2%) dan verpleeghuizen (67,2%). Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat Middelen en Maatregelen in principe niet worden toegepast in groepsverzorgingsprojecten.

De aandachtsgebieden zijn bij elkaar opgeteld om het gemiddeld aantal aandachtsgebieden vast te stellen. Het aantal aandachtsgebieden varieert van 3 tot 18 aandachtsgebieden per dossier. In verpleeghuizen komen gemiddeld 13,8 (sd=2,15) aandachtsgebieden aan de orde, variërend van 6 tot 18 aandachtsgebieden. In verzorgingshuizen is dit gemiddeld 12,1 (sd=2,96) aandachtsgebieden, variërend van 3 tot 17 aandachtsgebieden.

De zorgdossiers zijn, naast het aantal aandachtsgebieden ook door de onderzoekers beoordeeld op hun uitgebreidheid, herhaling van punten, methodische aanpak, lettergrootte, leesbaarheid, overzichtelijke indeling, duidelijkheid en de benodigde tijd om informatie te achterhalen.

Tabel 3.7 toont de bovengenoemde aspecten en de mate waarin zorgdossiers in verpleeg- en verzorgingshuizen hieraan voldoen.

Uit tabel 3.7 komt naar voren dat de zorgdossiers in verpleeghuizen in het algemeen uitgebreider zijn dan de zorgdossiers in verzorgingshuizen (87,5% en 64,2%). Ook met betrekking tot het methodisch handelen is de aandacht voor de preventie van mogelijke problemen in de toekomst hoger in verpleeghuizen. In 34,2% van de zorgdossiers in verpleeghuizen wordt hier aandacht aan besteed tegenover 19,9% van de zorgdossiers in verzorgingshuizen. Voor de overige kenmerken zijn er weinig verschillen in de zorgdossiers waarneembaar. De zorgdossiers in verpleeghuizen zijn iets minder goed leesbaar dan de zorgdossiers in verzorgingshuizen. De juiste informatie is sneller te achterhalen in de zorgdossiers van verzorgingshuizen. Wellicht heeft dit te maken met de beperkte uitgebreidheid van de zorgdossiers.

Tabel 3.7 Beoordeling van zorgdossiers in verpleeg- en verzorgingshuizen (N=514)

	Verpleeghuizen %	Verzorgingshuizen %
Dossier is uitgebreid	87,5%	64,2%
Onderwerpen worden weinig herhaald	73,1%	74,3%
Aandacht voor het oplossen van huidige problemen	98,4%	93,0%
Aandacht voor het oplossen/ preventie van problemen in de toekomst	34,2%	19,9%
Lettergrootte is goed te lezen	98,8%	99,6%
Handschrift is goed te lezen	87,9%	99,2%
Dossier is overzichtelijk ingedeeld	67,7%	72,8%
Informatie is duidelijk en begrijpelijk	96,5%	98,8%
Het kost weinig tijd om de juiste informatie te achterhalen	63,4%	78,2%

3.3 Medewerkers op de afdeling

Tijdens het onderzoek hebben alle medewerkers van de afdelingen een vragenlijst ontvangen. In totaal hebben 474 medewerkers de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Dit is 56,2% van de 843 medewerkers die op de afdeling werkzaam waren ten tijde van het onderzoek. Van deze medewerkers is 59,1% werkzaam in een verpleeghuis. 48,1% werkt op een afdeling in het verzorgingshuis (zie tabel 3.8). In deze paragraaf worden enkele belangrijke sociaal demografische en werkgerelateerde eigenschappen van de onderzochte medewerkers beschreven.

Tabel 3.8 Aantal medewerkers dat de vragenlijst heeft ingevuld in verpleeg- en Verzorgingshuizen

	N verpleeghuizen	N verzorgingshuizen	Totaal
Medewerkers	246 (51,9%)	228 (48,1%)	474 (100%)

Sociaal demografische kenmerken

In tabel 3.9 worden enkele sociaal demografische en werkgerelateerde kenmerken van medewerkers gepresenteerd¹⁶. Zoals uit de tabel naar voren komt, bestaat de groep medewerkers voornamelijk uit vrouwen (95,4%). De gemiddelde leeftijd van de medewerkers is 38,3 jaar. In tabel 3.9 staan de leeftijden van de medewerkers weergegeven naar verschillende categorieën. In verzorgingshuizen werken iets meer medewerkers die 56 jaar of ouder zijn (4,9%) dan in verpleeghuizen (1,2%). 40,2% van de medewerkers in verpleeghuizen is tussen de 36 en 45 jaar oud. In verzorgingshuizen is deze groep medewerkers iets kleiner met 32,4%. Verder zijn er weinig leeftijdsverschillen tussen medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen waarneembaar. Voor wat betreft sekse wijkt de groep respondenten niet af van de landelijke cijfers van verzorgenden. Voor wat betreft leeftijd zijn er wel verschillen tussen de groep respondenten en landelijke cijfers (Factsheet AVVV, 2004). Het aantal medewerkers tussen 15 en 25 jaar en 26-35 jaar is in de groep respondenten respectievelijk 16,6% en 18,9%. Landelijk is dit 10,4% en 26,3%. Ook voor wat betreft de groep 56-65 jaar zijn er verschillen tussen de respondenten en landelijke cijfers. De groep respondenten bestaat voor 3,0% uit personen tussen de 56-75 jaar. Landelijk is dit het dubbele 6,2%.

Medewerkers zijn gevraagd naar hun geloofsovertuiging om te onderzoeken of de geloofsovertuiging onder medewerkers grotendeels overeenkomt met de geloofsovertuiging van de bewoners op de afdeling. In tabel 3.9 zijn de gegevens met betrekking tot geloofsovertuiging opgenomen. Zowel in verpleeg- als verzorgingshuizen hebben een groot aantal medewerkers een Rooms-katholieke geloofsovertuiging (respectievelijk 44,4% en 54,0%). 20,5% van alle medewerkers is Nederlands Hervormd of Gereformeerd en 11,2% van de medewerkers valt onder de categorie overig. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld het Hindoeïsme of de Islam. 18,9% van de medewerkers hangt geen geloofsovertuiging aan.

Werkgerelateerde kenmerken

Er zijn verschillende functies aanwezig op de afdeling (zie tabel 3.9). Zowel in verpleeg- en verzorgingshuizen bestaat het grootste deel van de medewerkers, dat de lijst heeft ingevuld, uit verzorgenden (46% van alle medewerkers). Daarnaast hebben in verpleeghuizen met name de zorghulp en assistentes (23,8%) en leerlingen (11,5%) de vragenlijst ingevuld. In verzorgingshuizen hebben met name de zorghulp en helpenden (14,9%), en de activiteitenbegeleiders (13,2%) de vragenlijsten ingevuld. Daarnaast hebben ook verpleegkundigen, leidinggevend en gastvrouwen de lijst ingevuld.

In de vragenlijst is aan de medewerkers gevraagd hun opleidingsniveau in te vullen. De resultaten staan vermeld in tabel 3.9. Het grootste deel van de medewerkers heeft een ZV-opleiding gevolgd. Opvallend is de hoeveelheid medewerkers dat in de categorie 'anders' valt.

¹⁶ Niet alle medewerkers hebben alle vragen ingevuld. Derhalve kan het aantal medewerkers per onderwerp verschillen.

Tabel 3.9 Sociaaldemografische en werkgerelateerde kenmerken van medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen (N=474)

	N	N	%	%
	Verpleeg- huizen	Verzorgings- huizen	Verpleeg- huizen	Verzorgings- huizen
Geslacht				
Man	14	8	5,7%	3,5%
Vrouw	232	219	94,3%	96,5%
Leeftijd (jaren)				
15-25	38	40	15,4%	17,8%
26-35	52	37	21,1%	16,4%
36-45	99	73	40,2%	32,4%
46-55	54	64	22,0%	28,4%
56-65	3	11	1,2%	4,9%
Geloofsovertuiging				
Geen	42	36	20,9%	16,9%
Rooms-katholiek	90	115	44,8%	54,0%
Nederlands Hervormd	26	39	12,9%	18,3%
Gereformeerd	13	7	6,5%	3,3%
Overige religies	30	16	14,9%	7,5%
Functie				
Zorghulp/ helpende (niveau 1 en 2)	58	34	23,8%	14,9%
Verzorgende/Ziekenverzorgende (niveau 3)	104	116	42,6%	50,9%
VIG	9	6	3,7%	2,6%
Verpleegkundige (niveau 4 en 5)	3	8	1,2%	3,5%
Leerlingen	17	12	11,5%	3,1%
Leidinggevend	27	7	7,0%	5,3%
Activiteiten-begeleiders	10	30	4,1%	13,2%
Gastvrouwen/ID banen	8	3	3,3%	1,3%
Overig	8	12	3,3%	5,3%
Opleiding				
A-opleiding	5	12	2,1%	5,3%
B-opleiding	7	6	2,9%	2,7%
Z-opleiding	5	7	2,1%	3,1%
ZV-opleiding	96	50	40,0%	22,1%
MBO-V e.a.	24	57	10,0%	25,2%
HBO-V	3	1	1,2%	0%
Anders	100	93	41,7%	41,2%
Aantal jaar werkzaam op afdeling				
< 1 jaar	55	48	24,6%	23,1%
1-3 jaar	65	103	29,0%	49,5%
4-6 jaar	30	26	13,4%	12,5%
7-9 jaar	22	9	9,8%	4,3%
≥10 jaar	52	22	23,2%	10,6%

In de vragenlijst is tevens gevraagd naar het aantal jaar dat men op de afdeling werkzaam is. Het grootste deel van alle medewerkers is korter dan 3 jaar werkzaam op de afdeling (zie tabel 3.9). Echter, met name in de verpleeghuizen is er een groep

medewerkers (23,2%) die tien jaar of langer op de afdeling werkzaam is. In verzorgingshuizen is deze groep kleiner (10,6%). Waarschijnlijk ligt dit aan het feit dat afdelingen voor psychogeriatrische bewoners nog niet zo lang bestaan in verzorgingshuizen.

Samenwerking, werkmotivatie, werkdruk en sociale steun

In de vragenlijst is tevens gevraagd naar kenmerken van de werkomgeving. Zo is gevraagd naar de samenwerking op de afdeling, werkmotivatie van medewerkers, de ervaren werkdruk en de steun die medewerkers ervaren van hun leidinggevende en collega's.

In tabel 3.10 staan de gemiddelde scores voor werkmotivatie van medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen vermeld. Een hogere score duidt op meer motivatie. Gemiddeld zijn er weinig verschillen tussen medewerkers in beide typen zorginstellingen. In verpleeghuizen en verzorgingshuizen is de gemiddelde werkmotivatie 4,0. Uit tabel 3.10 komt eveneens naar voren dat er gemiddeld weinig verschillen zijn tussen de ervaren werkdruk van medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen. Een hogere score duidt op meer ervaren werkdruk; de maximale score is 5.

Aan de medewerkers is tevens gevraagd in hoeverre zij steun ervaren van hun leidinggevende en hun collega's. Een hogere score duidt op meer sociale steun; de maximale score is 4. In tabel 3.10 staan de gemiddelde waarden voor sociale steun weergegeven. Er zijn weinig verschillen tussen medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen voor wat betreft de sociale steun.

Tabel 3.10 Aspecten van de werkbeleving van medewerkers

	Verpleeghuizen Gemiddelden (sd)	Verzorgingshuizen Gemiddelden (sd)
Werkmotivatie	4,0 (0,50)	4,0 (0,44)
Ervaren werkdruk	3,0 (0,68)	2,9 (0,58)
Sociale steun leidinggevende	3,4 (0,41)	3,3 (0,44)
Sociale steun collega's	3,3 (0,34)	3,3 (0,35)

Alhoewel de gemiddelde waarden tussen verpleeg- en verzorgingshuizen weinig verschillen laten zien, zijn er wel verschillen tussen individuele afdelingen aanwezig.

Naast bovenstaande aspecten van de werkbeleving is ook de samenwerking van medewerkers onderzocht. Zo is aan medewerkers gevraagd met welke medewerkers zij regelmatig contact hebben over het werk. Daarna is de gemiddelde frequentie van deze contacten genomen voor alle medewerkers van de afdeling. De gemiddelde frequentie van contacten in verpleeghuizen is 0,6 (sd=0,09), in verzorgingshuizen is dit 0,65 (sd=0,14).

3.4 Samenvatting

De bewoners bestaan voor het grootste deel (80%) uit vrouwen en de gemiddelde leeftijd van de bewoners in totaal is 85,1 jaar. De onderzochte bewoners in verpleeghuizen zijn gemiddeld iets jonger (83,6 jaar) dan de onderzochte bewoners in verzorgingshuizen (86,5 jaar). Vanuit het dossier zijn enkele achtergrondgegevens van bewoners verzameld. Een groot deel van de bewoners heeft een Rooms-katholieke geloofsovertuiging. De opleiding van de bewoners is minder goed in de dossiers terug te vinden. Het merendeel van de bewoners, waarvan de opleiding bekend is, heeft de lagere school afgerond.

Voor wat betreft ziektekenmerken is in 223 van de gevallen geen diagnose met betrekking tot dementie in het zorgdossier terug te vinden. In de dossiers waar wel een diagnose wordt vermeld heeft 22% van de bewoners de ziekte Alzheimer en 23% een dementietype anders dan de ziekte Alzheimer. De zorgbehoefte van bewoners ligt in verpleeghuizen hoger dan in verzorgingshuizen. Met name de somatische zorgbehoefte is in verzorgingshuizen lager.

Afdelingen in verpleeghuizen bieden zorg aan meer bewoners dan afdelingen in verzorgingshuizen. Het gemiddeld aantal bewoners per afdeling is in verpleeghuizen 27,6 bewoners, in verzorgingshuizen is dit 16,9 bewoners. Dit verschil wordt met name veroorzaakt door het beperkt aantal bewoners in groepsverzorgingsprojecten (gemiddeld 12,2 bewoners). Ook het aantal medewerkers per afdeling varieert tussen verpleeg- en verzorgingshuizen (respectievelijk gemiddeld 29,8 en 17,9 medewerkers per afdeling). Er zijn gemiddeld nauwelijks verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen in het aantal vrijwilligers op de afdeling en het aantal bewoners per gezamenlijke huiskamer. Het aantal vrijwilligers per afdeling varieert zeer sterk tussen de afdelingen afzonderlijk. Op de afdelingen wordt gewerkt met verschillende richtlijnen. Een richtlijn met betrekking tot medicijngebruik wordt vaker gebruikt in verzorgingshuizen dan in verpleeghuizen. Echter, verpleeghuizen werken vaker met een richtlijn met betrekking tot gewichtsverlies. De richtlijn betreffende decubitus wordt met name in verpleeghuizen en op gesloten afdelingen in verzorgingshuizen gebruikt. Ruim 10% van alle afdelingen werkt met een richtlijn betreffende probleemgedrag. Hierbij is er geen verschil tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen waarneembaar.

Afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen verschillen in de uitgebreidheid van het zorgdossier. Afdelingen in verpleeghuizen behandelen gemiddeld meer aandachtgebieden (13,8 aandachtgebieden) in het zorgdossier, dan afdelingen in verzorgingshuizen (12,1 aandachtgebieden).

In totaal hebben 474 medewerkers de vragenlijst van het onderzoek ingevuld. De medewerkers bestaan voor het grootste deel uit vrouwen en de gemiddelde leeftijd is 38,3 jaar. Vergeleken met landelijke cijfers is de groep medewerkers jonger dan 25 jaar relatief groot.

Voor wat betreft geloofsovertuiging van medewerkers is een groot gedeelte van de medewerkers Rooms-katholiek. De overige geloofsovertuigingen worden minder vaak genoemd.

Met name verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen hebben de vragenlijst ingevuld. In verpleeghuizen hebben daarnaast zorghulpen/ helpenden en leerlingen de lijst ingevuld. In verzorgingshuizen hebben, naast verzorgenden, met name zorghulpen/helpenden en activiteitenbegeleiders de vragenlijst ingevuld. Qua opleiding van medewerkers is er een grote diversiteit waarneembaar. Het merendeel van de medewerkers heeft een ZV-opleiding gevolgd. Tevens is gevraagd naar de tijd die men werkzaam is op de afdeling. Met name in verpleeghuizen is er een groep medewerkers (23,3%) aanwezig die langer dan 10 jaar op de afdeling werkzaam is. Voor wat betreft werkmotivatie, werkdruk, sociale steun en samenwerking tussen medewerkers zijn er gemiddeld weinig verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen waarneembaar. Er zijn wel verschillen aanwezig tussen individuele afdelingen.

4 Woonomgeving

De woonomgeving van bewoners is geobserveerd door middel van een observatielijst. Deze observatielijst sluit gedeeltelijk aan bij de behoeftegebieden vanuit bewonersoptiek zoals het hebben van zinvolle bezigheden, een eigen leven kunnen leiden, persoonlijke aandacht, veiligheid, wonen en eten en drinken (LOC, 1999). Tevens is aandacht besteed aan de autonomie van bewoners: de mate waarin bewoners in staat worden gesteld een eigen leven te leiden en keuzes te maken.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op drie aspecten van de woonomgeving: sfeer op de afdeling, de geboden autonomie op de afdeling en de geboden veiligheid. Na een korte bespreking van de wijze van observaties in paragraaf 4.1, worden de drie aspecten van kwaliteit van zorg één voor één beschreven. Paragraaf 4.2 behandelt de sfeer op de afdeling. In paragraaf 4.3 en 4.4 worden de aspecten autonomie en veiligheid besproken. Bij de beschrijving van kwaliteit van de woonomgeving zal steeds een vergelijking worden gemaakt tussen afdelingen in verpleeghuizen en afdelingen in verzorgingshuizen. De behandeling van de aspecten wordt telkens vooraf gegaan door een observatieverslag uit de incidentele observaties. In paragraaf 4.5 wordt ingegaan op de mate waarin kenmerken van de afdeling samenhangen met de kwaliteit van de woonomgeving. In paragraaf 4.6 volgt een samenvatting van dit hoofdstuk.

4.1 Observaties van de woonomgeving

Gedurende de drie dagen van gegevensverzameling per afdeling zijn systematisch observaties uitgevoerd door twee onderzoekers aan de hand van een voor het onderzoek opgestelde scorelijst. De scorelijst bestaat uit 32 items met 5 antwoordmogelijkheden variërend van 1 tot 5, waarbij 5 staat voor de meest positieve score. De scorelijst is door de twee¹⁷ onderzoekers ingevuld op drie verschillende momenten. Na een observatieperiode van 20 á 30 minuten hebben de onderzoekers afzonderlijk de scorelijst ingevuld.

De observatiemomenten zijn van tevoren vastgesteld en representeren drie belangrijke momenten in de zorgverlening: de ochtendzorg (rond 9.00 uur), de middagmaaltijd (rond 12.00 uur) en de namiddag (rond 15.00- 15.30 uur).

In totaal is 222 maal geobserveerd op 37 afdelingen. Twee onderzoekers observeerden telkens dezelfde situatie. Dit betekent dat 111 situaties zijn geobserveerd. Door middel van een factoranalyse is onderzocht welke vragen samengevoegd kunnen worden tot één aspect van kwaliteit van zorg met betrekking

¹⁷ Op twee afdelingen werd het onderzoek uitgevoerd door één onderzoeker. In dit geval is op zes verschillende momenten geobserveerd.

tot de woonomgeving (zie paragraaf 2.3.4). Uit de factoranalyse komen drie aspecten naar voren: de sfeer op de afdeling, de geboden autonomie en de geboden veiligheid. Tabel 4.1 toont de verschillende aspecten en de daarbij horende items.

Tabel 4.1 Aspecten van kwaliteit van zorg en de daarbij horende items

Woonomgeving

Sfeer op de afdeling

Personeel gaat met bewoners vriendschappelijk gesprek aan
Personeel neemt voldoende tijd voor bewoners
Personeel behandelt bewoners respectvol
Personeel en bewoners lijken op hun gemak bij elkaar
Personeel actief aan het werk met bewoners om functies te herstellen
Afdeling maakt een levendige indruk
Afdeling maakt een huiselijke indruk

Geboden autonomie

Kamers van bewoners zijn voldoende ruim
Kamers van bewoners zijn persoonlijk gemaakt
Bewoners hebben een ruimte om zich terug te trekken

Veiligheid*Veiligheid van de omgeving*

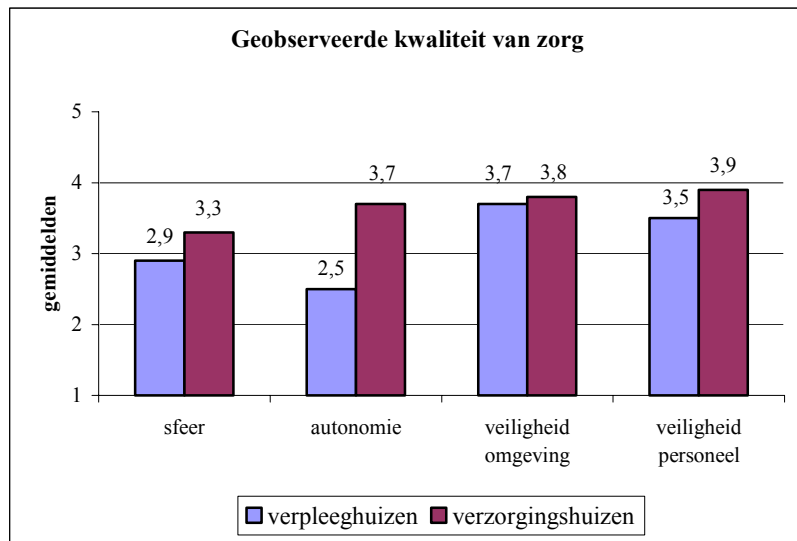
Kamers, gangen en publieke ruimten zijn netjes en niet volgepropt
Gebouwen, terreinen en meubels zijn goed onderhouden
Omgeving is goed verlicht

Veiligheid geboden door personeel

Personeel is zichtbaar aanwezig
Personeel is actief voor bewoners aan het zorgen
Personeel noemt bewoners bij hun naam

Per schaal zijn de items samengevoegd tot één score. Figuur 4.1 toont de gemiddelde scores, uitgaande van alle meetmomenten, in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. De scores kunnen variëren van 1 tot 5. Een hogere score duidt op een betere kwaliteit van zorg.

Figuur 4.1 Gemiddelde scores op aspecten van kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen



Voor wat betreft de sfeer, autonomie en veiligheid zoals geboden door het personeel scoren de afdelingen in verzorgingshuizen significant hoger dan de afdelingen in verpleeghuizen ($p < .05$ voor alle aspecten). Een uitzondering wordt gemaakt voor de veiligheid van de omgeving. Op dit aspect is er nauwelijks verschil tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen. De gemiddelde scores van afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen blijven op alle aspecten onder de 4. Met name bij sfeer op de afdeling wordt maximale score niet gehaald. Dit betekent dat de kwaliteit van de woonomgeving zowel in verpleeghuizen, als in verzorgingshuizen niet optimaal is.

Naast de verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ook verschillen tussen de individuele afdelingen waar te nemen. Deze verschillen tussen individuele afdelingen en de afdelingskenmerken die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden worden besproken in paragraaf 4.5. In de volgende paragrafen worden de aspecten van kwaliteit van zorg afzonderlijk besproken, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de verschillende meetmomenten.

4.2 Sfeer

Wanneer wij binnenkomen zijn de bewoners aan het ontbijten. Aan een tafel zitten vijf bewoners, vier vrouwen en één man. Er is een medewerker aanwezig. De tafel is gedekt met papieren gebloemde placemats en een wit servies. Naast de borden liggen messen. Op de tafel staan mandjes brood, een botervloot, dieetmargarine en zoet beleg. De radio staat aan (populaire muziek). Wij wensen iedereen een goede morgen en gaan aan een andere tafel in de ruimte zitten.

De medewerker zit naast een bewoner, mw. X. Mevrouw is bezig haar boterham te snijden in kleine stukjes. Wanneer dit niet lukt, vraagt de medewerker: “Lukt het niet. Zal ik het doen?” en snijdt de boterham. Vervolgens gaat de medewerker naast de buurman van mevrouw X. staan en vraagt aan hem. “Lust u nog een boterham?” Ze houdt meneer een mandje met krentenbrood voor en laat hem zelf een snee krentenbrood pakken. Vervolgens pakt ze de botervloot en doet wat boter aan mijnheer zijn mes. “Smeert u de boterham maar”. Ze gaat bij mijnheer zitten en vraagt of hij goed geslapen heeft vannacht.

Als mijnheer klaar is met smeren zegt de medewerker: “Zal ik het laatste stukje doen?” en “Wat wilt u op de boterham?” Mijnheer wijst naar de suikerpot die voor hem staat. “Dat dacht ik al. Ik dacht al dat u suiker op u boterham zou willen”. Mijnheer glimlacht. Hij lijkt te genieten van de aandacht. Mijnheer wil de hele boterham pakken om in zijn mond te stoppen. “Snijdt u de boterham maar”, zegt de medewerker en geeft mijnheer zijn mes aan. Mijnheer probeert zijn boterham te snijden. Wanneer dit niet lukt zegt de medewerker: “Het is ook zo vers het brood, en dan zijn de korstjes zo hard. Zal ik helpen?” mijnheer stemt hiermee in. Wanneer mijnheer zijn boterham zit te eten gaat de medewerker naast een andere mevrouw zitten. Zo gaat zij langs alle bewoners. Met alle bewoners maakt zij een praatje en smeert samen met hen een boterham en schenkt koffie en thee in.

Mevrouw X. is, na het eten van haar boterham, in slaap gevallen. De medewerker gaat opnieuw naast mevrouw zitten. Mevrouw wordt wakker. “Lust u nog een boterham?”, vraagt de medewerker. Mevrouw knikt en de medewerker houdt mevrouw een mandje met bruine boterhammen voor. Vervolgens legt de medewerker de boterham bij mevrouw op haar bord en doet wat dieetmargarine bij mevrouw aan haar mes. Mevrouw besmeert zelf haar boterham met boter. Wanneer zij hiermee klaar is vraagt de medewerker wat zij op haar boterham lust. Mevrouw geeft geen antwoord. De medewerker pakt de gekleurde hagel en de gestampte muisjes en zet beiden voor mevrouw haar neus. “Wilt u het gekleurde of het zachte beleg”, vraagt zij. Mevrouw mompelt instemmend maar geeft geen antwoord. De medewerker vraagt het nog een keer. Mevrouw antwoordt dat ze ‘willemen’ op haar boterham wil. “Willemen? ”, vraagt de medewerker, “Wilt u het gekleurde op uw boterham?” (Mevrouw kijkt inderdaad naar dit beleg). De medewerker doet het bij mevrouw op haar boterham “Kijk eens, het lijkt wel confetti!”. Mevrouw glimlacht en knikt ja. Ze mompelt wat. Er komt nog een bewoner binnen voor het ontbijt, samen met een verzorgende. De medewerker wenst mevrouw goedemorgen, vraagt of ze goed geslapen heeft en snijdt vervolgens samen met mevrouw X. haar brood. Mevrouw wordt gestimuleerd om zelf haar brood te snijden. Dit lukt half. “Het gaat goed hè”, zegt de medewerker. Wanneer het toch niet helemaal lukt, zegt de medewerker “Zal ik het doen? Dan gaan we het vanavond gewoon opnieuw proberen.” De medewerker snijdt het brood. Vervolgens vraagt zij aan de zojuist gearriveerde bewoonster of zij koffie lust. Even later zet de medewerker de radio uit en wordt er een cd met rustige muziek opgezet.

De ontbijtsituatie doet gezellig, rustig en huiselijk aan. De medewerker neemt alle tijd voor de bewoners. Bewoners kunnen zelf aangeven of ze nog een boterham willen, wat ze in hun koffie willen en wat ze op hun boterham lusten. Verder worden ze gestimuleerd om zoveel mogelijk zelf te doen. Taken worden opgedeeld in kleinere handelingen. Wanneer de bewoners een taak niet kunnen uitvoeren, wordt de taak overgenomen. De volgende keer wordt de bewoner opnieuw gestimuleerd om het zelf te proberen. Ondanks dat de medewerker goed op de hoogte lijkt te zijn van de persoonlijke voorkeuren van de bewoners, laat ze de keus aan hen. Naar de antwoorden wordt geluisterd. Ondanks de wat simpele woordkeus doet de bejegening niet kinderachtig aan. De medewerker praat in het dialect, af en toe slaat ze de arm om iemand heen. De bewoners lijken op hun gemak te zijn en te genieten van de aandacht.

Bovenstaande situatie beschrijft de ambiance tijdens het ontbijt op een afdeling. De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor de sfeer in verpleeg- en verzorgingshuizen. Met name de invloed van een prettige sfeer tijdens de maaltijden blijkt van invloed op het gewicht en welzijn van cliënten (Mathey et al., 2001, zie Nijs et al., 2003). Uit onderzoek van Nijs et al. (2003) blijkt dat bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen veel belang hechten aan de contacten tijdens de maaltijden en aankleding van de ruimte.

Het aspect sfeer wordt in dit onderzoek gevormd door de interactie tussen medewerkers en bewoners en de mate waarin medewerkers trachten functies van bewoners te behouden of te herstellen. Interacties tussen medewerkers en bewoners met dementie verlopen vaak moeizaam. Zorgverleners communiceren bijvoorbeeld met name door het geven van instructies en bevelen en minder door het stellen van vragen. Daardoor wordt de kwaliteit van de zorgverlening lager gewaardeerd (van Bilsen et al., 1998). Daarnaast zijn de levendigheid en huiselijkheid van de afdeling belangrijk voor de sfeer op de afdeling. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen verschillen significant in sfeer van de afdeling over alle meetmomenten ($p < .05$). Op afdelingen in verpleeghuizen is de gemiddelde score 2,9 (sd=.58), in verzorgingshuizen is dit 3,3 (sd=.57).

Tabel 4.2 Sfeer in verpleeghuizen en verzorgingshuizen op de drie verschillende meetmomenten

Sfeer	Ochtend (9.00 uur)	Middag (12.00 uur)	Namiddag (15.00 uur)
Verpleeghuizen (n=16)	3,0 (sd=.65)	2,9 (sd=.51)	3,0 (sd=.61)
Verzorgingshuizen (n=21)	3,2 (sd=.60)	3,1 (sd=.57)	3,5 (sd=.47)

De sfeer op de afdeling is op verschillende momenten onderzocht: in de ochtend, tijdens de middagmaaltijd en in de namiddag. Tabel 4.2 toont de gemiddelde sfeer (gemiddelden en standaarddeviaties) op afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen op deze momenten.

In verpleeghuizen is er weinig verschil in sfeer gedurende de dag. Op de onderzochte afdelingen in verzorgingshuizen zijn er wel verschillen in sfeer gedurende de dag

waar te nemen. Met name in de namiddag is de sfeer in verzorgingshuizen beter. Het verschil in sfeer tussen verpleeg- en verzorgingshuizen lijkt dus met name bepaald te worden door het verschil in sfeer in de namiddag.

Wat opvalt is dat de sfeer rond 12.00 uur, zowel in verzorgingshuizen als in verpleeghuizen het laagst is. Vaak is dit het moment waarop de warme maaltijd wordt genuttigd¹⁸; voor velen de belangrijkste maaltijd van de dag. Men zou verwachten, gezien het belang van een goede sfeer tijdens de maaltijden voor het welzijn van bewoners, dat juist op dit moment de afdeling een meer sfeervolle indruk zou maken.

4.3 Autonomie

Het is 9.00 uur. Ik loop vanochtend mee met een verzorgende op de afdeling. De meeste mensen liggen nog op bed. Samen met twee andere verzorgenden besluiten de verzorgenden wie het eerst gewassen gaat worden. De verzorgende, aan wie ik ben toegewezen, vraagt of ik mee wil helpen met de verzorging. Ik geef aan dat ik vooral graag wil observeren, maar ook best een handje wil helpen. In overleg met de anderen beginnen we met mevrouw X.. Mevrouw deelt haar kamer met een andere bewoonster. Deze mevrouw wordt, wanneer wij binnenkomen, gewassen door een verzorgende bij de wasbak. De gordijnen bij de wasbak zijn gesloten.

Mevrouw ligt nog half te slapen. De verzorgende maakt mevrouw wakker door zachtjes over haar hoofd te strijken en te vragen of mevrouw goed heeft geslapen. Mevrouw reageert door te zeggen dat ze zo nodig moet plassen. De verzorgende zegt dat zij de steek gaat halen en loopt weg. Ik loop naar mevrouw toe en wens haar een goedemorgen. Ook tegen mij zegt mevrouw dat ze nodig moet plassen. Ik vertel mevrouw dat de verzorgende de steek is gaan halen. Mevrouw verstaat mij niet. Ik herhaal de zin, maar praat wat harder deze keer. Mevrouw ligt onder lakens en een deken. Naast haar bed staat een nachtkastje. Aan de muur hangen verschillende foto's. In haar nachtkastje zie ik even later een doos Belgische bonbons en een bril liggen.

De verzorgende komt terug met een waskom en een po. Ze laat het bed en de beddekken zakken en slaat de dekens terug. Daarna kleedt zij mevrouw uit. Mevrouw draagt incontinentiemateriaal, een netbroekje met inlegger, en er ligt een matje onder haar bips. De verzorgende draait mevrouw op haar zij. 'Pak het bedhek maar vast. Draai maar op de zij'. Mevrouw pakt enigszins aarzelend het bedhek. 'Ik weet dat u het niet leuk vindt, maar anders lukt het niet', zegt de verzorgende. De verzorgende zet de po neer op bed en draait daarna mevrouw weer terug op haar rug. 'U kunt plassen', vertelt de verzorgende aan mevrouw. De verzorgende vraagt of ik een waskom wil vullen. Omdat de wasbak op de kamer in gebruik is, besluit ik om in de aangrenzende slaapkamer de waskom te vullen. Wanneer ik terug kom is de po onder mevrouw weggehaald en heeft mevrouw haar bril op. Op het bed liggen de kleren van mevrouw klaar. Mevrouw is nu volledig uitgekleeft. Over haar onderlijf ligt een witte handdoek. De verzorgende zegt; 'ik doe uw bril nu even af' en legt deze in de lade van het nachtkastje. De la blijft half open staan. Een stagiaire komt, zonder kloppen, binnen om iets te pakken. Zij zegt niets, maar glimlacht naar ons. De verzorgende pakt een washandje en wat badschuim en smeert mevrouw in.

¹⁸ Op twee van de 37 afdelingen werd de warme maaltijd 's avonds gegeten.

Daarna spoelt zij het washandje van mevrouw uit in de waskom en wast mevrouw nogmaals. De verzorgende vraagt: 'waar zullen we het over hebben?' en noemt twee plaatsnamen. Mevrouw reageert verheugd. Haar ogen lichtten op en ze noemt een plaatsnaam. 'Woonde u daarvoor of nadat u was getrouwd?' vraagt de verzorgende. Mevrouw geeft hierop een kort antwoord: 'daarvoor'. In het nachtkastje liggen bonbons. De verzorgende wijst ernaar "Heeft u die van uw vrijer gehad?' 'Nee', zegt mevrouw, 'van mijn man!'. De verzorgende moet lachen, mevrouw lacht niet mee. Nadat mevrouw is gewassen wordt zij aangekleed. Haar onderkleding krijgt zij op bed aan. Eerst krijgt mevrouw een netbroekje aan met een inlegger. Daarna worden haar steunkousen aangedaan en haar panty en rok. De panty en rok worden in één keer opgehesen tot mevrouw haar middel, Mevrouw wordt af en toe gevraagd mee te helpen. 'Steekt u uw voet in de panty?' Doet u uw been eens wat omhoog'. De schoenen worden gepakt uit het nachtkastje en worden eerst aan mevrouw getoond 'Deze maar doen?' Ik zie geen andere schoenen staan. Volgens mij zijn dit de enige schoenen die mevrouw heeft. Hierna wordt mevrouw rechtop gezet. De verzorgende gaat even naast mevrouw zitten. Daarna pakt zij een beha uit de kast. 'mevrouw dit is de laatste schone beha, maar die zit erg strak. Wilt u toch een beha aan?' Mevrouw begrijpt het niet. "Wilt u uw beha uit of aan?", vraagt de verzorgende. 'Aan', zegt mevrouw.

De verzorgende doet de beha aan bij mevrouw en doet vervolgens het hemd van mevrouw aan. Mevrouw geeft aan dat zij naar de wc moet. De verzorgende legt uit dat mevrouw net is geweest en alleen maar aandrang voelt. Mevrouw zegt opnieuw dat ze naar de wc moet. De verzorgende zucht en gaat de po-stoel en de actieve tillift halen. Mevrouw wordt met de lift omhoog getakeld. De verzorgende vraagt aan mij of ik de inlegger omhoog wil houden, terwijl mevrouw tot staan komt, omdat anders 'alles onder urine zit'. Ik zie dat de onderlegger al niet meer helemaal schoon is. Mevrouw wordt met de tillift opgetild en gedraaid. Daarna wordt de po-stoel onder mevrouw geschoven en laat de verzorgende mevrouw zakken. 'Nu moet u wel plassen, anders heb ik al die moeite voor niks gedaan', zegt de verzorgende. 'Bent u al klaar?', vraagt de verzorgende. Mevrouw wordt opnieuw met de lift opgetakeld en de verzorgende doet mevrouw haar netbroek met vieze inlegger, panty's en rok omhoog. Daarna wordt mevrouw in haar rolstoel gezet die ondertussen al klaar staat. Mevrouw haar blouse wordt aangetrokken en de verzorgende geeft het gebit van mevrouw aan. 'Doet u dit maar in'. Mevrouw pakt het gebit aan en stopt het in haar mond. Haar bril wordt voor haar opgezet. Mevrouw ziet er in één keer een stuk verzorgder uit. De verzorgende reikt mevrouw een kam aan. 'Kamt u uw haren maar', zegt de verzorgende. Mevrouw kamt haar haren, de verzorgende pakt de kam van haar over, maakt hem nat onder de kraan en kamt opnieuw het haar van mevrouw. Daarna brengt zij mevrouw naar de huiskamer voor het ontbijt. Ik loop er achteraan.

Wat met name opvalt is de snelheid waarmee de verzorging plaatsvindt. De verzorgende is overwegend vriendelijk en begint tijdens de verzorging een gesprekje met de bewoner. Uit het gesprek blijkt dat de verzorgende op de hoogte is van de achtergrond van de bewoner. Daarnaast heeft de verzorgende aandacht voor de privacy van de bewoner. De verzorging verloopt desondanks erg gehaast. Mevrouw wordt af en toe iets gevraagd, maar wanneer zij de vraag niet begrijpt neemt de verzorgende de beslissing. De verzorgende lijkt geïrriteerd met de vraag van mevrouw om naar het toilet te mogen.

Bovenstaande observatie beschrijft een zorgmoment in de ochtend. Een moment waarin de autonomie van bewoners goed tot uiting komt.

De mate waarin bewoners hun eigen leven kunnen leiden is volgens het LOC een belangrijke behoefte van bewoners (LOC, 1999). Ook Van Sprundel en Van Thiel (1996) onderschrijven het belang van autonomie als kwaliteitscriterium. Uit onderzoeken blijkt dat de autonomie van bewoners bij opname in verpleeg- en verzorgingshuizen in het geding komt. De autonomie is voor bewoners met psychogeriatrische problemen extra moeilijk te behouden. Communicatie met bewoners die dementeren is vaak lastig: bewoners snappen vragen niet en kunnen zelf moeilijk hun wensen verwoorden. Er ontstaat vaak een ongelijkwaardige afhankelijkheidsrelatie tussen bewoners en medewerkers (Belderok, 1997). Daarnaast is er een spanningsveld tussen de autonomie van bewoners en de problematiek van het dementieproces. Regelmatig worden op gesloten afdelingen fixaties toegepast die de autonomie van bewoners beperken (Schoor et al., 1999). Door middel van observaties is de autonomie, zoals deze wordt aangeboden op de afdeling, onderzocht. Uit de observatielijst komen drie kenmerken van autonomie naar voren. Allereerst dat kamers van bewoners voldoende ruim zijn en dat er een mogelijkheid is voor bewoners om zich terug te trekken. Daarnaast is het van belang dat de bewoner persoonlijke spullen mee kan nemen naar het verpleeg- of verzorgingshuis. Deze aspecten hebben betrekking op de ruimte en indeling van de afdeling.

Het verschil in geboden autonomie in verpleeg- en verzorgingshuizen is significant over alle meetmomenten ($p < .05$) en inherent aan de bouw van verpleeg- en verzorgingshuizen. In verzorgingshuizen, zowel op gesloten afdelingen of instellingen met groepsverzorging, beschikken bewoners meestal over een behoorlijke eigen ruimte met persoonlijke eigendommen. In verpleeghuizen is dit vaak niet het geval en is de ruimte meer beperkt: bewoners delen vaak hun slaapkamer met anderen en er is slechts een beperkte mogelijkheid om persoonlijke eigendommen mee te nemen. Slaapkamers van bewoners in verpleeghuizen zijn bovendien regelmatig overdag afgesloten. Er is in deze gevallen niet altijd een ruimte aanwezig waar bewoners zich kunnen terugtrekken. In verpleeghuizen wordt minder autonomie geboden (gem.=2,5; $sd=.58$) dan in verzorgingshuizen (gem.= 3,7; $sd=.50$). Tabel 4.3 geeft een overzicht van de geboden autonomie in verpleeg- en verzorgingshuizen op de verschillende meetmomenten.

Tabel 4.3 Gemiddelden en standaarddeviaties van de geboden autonomie in verpleeg- en verzorgingshuizen op de drie verschillende meetmomenten

Autonomie	Ochtend (9.00 uur)	Middag (12.00 uur)	Namiddag (15.00 uur)
Verpleeghuizen (n=16)	2,5 (sd=.58)	2,5 (sd=.59)	2,6 (sd=.59)
Verzorgingshuizen (n=21)	3,7 (sd=.50)	3,7 (sd=.52)	3,8 (sd=.51)

Uit de tabel komt naar voren dat verzorgingshuizen op alle observatiemomenten gemiddeld meer mogelijkheden bieden tot autonomie dan afdelingen in verpleeghuizen. Zoals te verwachten zijn er geen verschillen tussen de verschillende observatiemomenten.

Uiteraard speelt niet alleen de ruimte een rol bij de autonomie van bewoners. In het kader van autonomie is via een interview aan het afdelingshoofd gevraagd in hoeverre bewoners hun eigen dagritme kunnen volgen. Zowel afdelingen in verpleeg- als verzorgingshuizen hanteren, naar eigen zeggen, flexibele tijden voor het opstaan en naar bed gaan van bewoners. Echter, uit de incidentele observaties zoals hierboven beschreven, komt naar voren dat verzorgenden het tijdstip van opstaan bepalen voor de bewoners en niet de bewoners zelf. Bewoners met dementie kunnen makkelijk het dag- en nachtritme omdraaien. Het dag- en nachtritme van bewoners wordt daarom op alle afdelingen in de gaten gehouden.

De meerderheid van de afdelingen eet in de middag de warme maaltijd. Daarbij kunnen bewoners vrijwel altijd kiezen uit een meerkeuzemenu. Het meerkeuzemenu wordt op een aantal afdelingen van tevoren ingevuld op een keuzeformulier. Op andere afdelingen kunnen bewoners tijdens de maaltijd hun keuze maken. De meerkeuzemenu's worden dan opgediend uit dekschalen of uit een maaltijdkar. Bezoek voor bewoners is op alle afdelingen welkom. Een aantal afdelingen vraagt aan familieleden om niet tijdens de ochtendzorg en de maaltijden op bezoek te komen. Met name in huiskamerprojecten van verzorgingshuizen wordt het bezoek gevraagd met de bewoners naar het appartement te gaan om mogelijke onrust in de huiskamer te vermijden.

4.4 Veiligheid

Na het ontbijt zitten vier bewoners in de koffie-/theehoek. Er zijn op dit moment geen medewerkers aanwezig en ik besluit iets verderop op een stoel plaats te nemen.

De bewoners staren voor zich uit en één mevrouw valt in haar stoel in slaap. Een bewoonster in een rolstoel heeft een weekblad in haar handen. Even later laat ze het weekblad op de grond vallen. Mevrouw bukt en probeert het weekblad zelf op te rapen. Voor haar evenwicht houdt mevrouw zich vast aan het tafelkleedje naast haar. Op de tafel met het tafelkleedje staat een vaas. Wanneer de vaas dreigt te vallen, omdat mevrouw te hard trekt aan het tafelkleed, grijp ik in. Ik zet mevrouw rechtop en geef mevrouw haar weekblad aan. Een andere bewoonster bedankt mij voor het oprapen van het weekblad. Ik loop weer terug naar de observatieplaats. De bewoonster in de rolstoel kijkt waar ik vandaan kom en kijkt mij even aan. Even later doet zij haar schoen uit. De theedoek, die zij nog van het ontbijt om haar hals heeft, valt hierbij op de grond.

Mevrouw probeert vervolgens uit haar rolstoel te klimmen. Een medebewoonster reageert hierop en zegt "Je mag dat niet doen hoor! Blijf maar gewoon zitten." De mevrouw in de rolstoel gaat inderdaad weer goed in haar rolstoel zitten.

Een andere bewoonster komt de huiskamer binnen, samen met een medewerker. Wanneer mevrouw zit loopt de medewerker weg. De nieuwe bewoonster zegt herhaaldelijk tegen de mevrouw in de rolstoel "Doe je mond eens dicht, want hij staat open." De mevrouw in de rolstoel reageert hier niet op. De medewerker komt terug in de huiskamer en begint een gesprek met twee bezoekers die binnen komen lopen. De medewerker staat met zijn rug naar de bewoners toegekeerd. De mevrouw in de rolstoel probeert wederom uit haar rolstoel te klimmen.

De zojuist gearriveerde mevrouw reageert door luid te roepen “He, kijk uit joh, straks val je nog.” Zowel de medewerkers als de bezoekers reageren hier niet op, ondanks het feit dat mevrouw deze uitroep een aantal keer herhaalt.

Als het lijkt alsof de vrouw gaat vallen, attendeer ik de medewerker op de situatie en hij helpt haar weer terug in haar rolstoel. Tevens wordt haar schoen weer aangedaan. De slab wordt niet opgemerkt en blijft onder haar rolstoel liggen.

De mevrouw die als laatste is binnengebracht wil graag een kopje koffie. “Jullie zouden mij toch een kopje koffie geven, dat hebben jullie beloofd.” Er is ondertussen nog een medewerker binnen komen lopen. Beide medewerkers reageren niet op de bewoonster. Enige tijd later komt een van de medewerkers alsnog een kopje koffie brengen. Schijnbaar hebben zij mevrouw wel gehoord. Mevrouw zegt “Hèhè, eindelijk.” De medewerker reageert niet op de opmerking en zegt “Alsjeblieft, schat.”

Tot tweemaal toe gebeurt er in 20 minuten tijd bijna een ongeluk met een bewoonster. In het begin van de observatie zijn er geen medewerkers aanwezig op de afdeling, later letten medewerkers niet op. Op herhaaldelijk roepen/vragen van bewoners wordt niet gereageerd.

Bovenstaande observatie beschrijft een situatie waarin de veiligheid van een bewoner in het geding komt, omdat de aanwezige medewerkers niet voldoende opletten. Ook de veiligheid van bewoners is een belangrijk aspect van de woonomgeving. Veiligheid is een van de behoeftegebieden van het LOC (1999) en ook Van Campen et al. (1997) noemen veiligheid als een belangrijk aspect van kwaliteit van leven bij bewoners in verpleeghuizen.

De veiligheid van bewoners kan worden ingedeeld in de veiligheid van de omgeving en de geboden veiligheid door het personeel. In deze paragraaf worden beide typen van veiligheid besproken.

In de observaties is onderzocht in hoeverre de afdelingen een nette en opgeruimde indruk maken. Daarnaast is gekeken of de afdeling goed is onderhouden en goed is verlicht. De veiligheid, zoals deze wordt geboden door medewerkers, bestaat uit de zichtbaarheid van het personeel, de mate waarin medewerkers actief voor bewoners zorgen en de mate waarin medewerkers de bewoners bij naam noemen. Met name dit laatste aspect is belangrijk voor bewoners met dementie. Omdat bewoners de verzorgenden vaak niet herkennen, schept het waarschijnlijk een gevoel van veiligheid wanneer de verzorgende aangeeft de bewoner wel bij naam te kennen.

Voor wat betreft de veiligheid van de omgeving blijkt er geen significant verschil te bestaan tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen verschillen wel significant van elkaar in de veiligheid zoals geboden door medewerkers ($p < .05$). De veiligheid geboden door medewerkers is in verpleeghuizen gemiddeld 3,5 ($sd = .67$). In verzorgingshuizen is dit 3,9 ($sd = .48$).

Tabel 4.4 Gemiddelde veiligheid van de omgeving en veiligheid geboden door het personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen

	Ochtend (9.00 uur)	Middag (12.00 uur)	Namiddag (15.00 uur)
Veiligheid omgeving			
Verpleeghuizen (n=16)	3,6 (sd=.32)	3,8 (sd=.28)	3,8 (sd=.34)
Verzorgingshuizen (n=21)	3,8 (sd=.36)	3,7 (sd=.61)	3,8 (sd=.45)
Veiligheid medewerkers			
Verpleeghuizen (n=16)	3,7 (sd=.55)	3,7 (sd=.43)	2,9 (sd=.69)
Verzorgingshuizen (n=21)	3,9 (sd=.55)	4,1 (sd=.36)	3,8 (sd=.45)

Uit tabel 4.4. komt naar voren dat op de verschillende momenten van de dag er weinig verschillen bestaan in de veiligheid van de omgeving. Voor wat betreft de veiligheid geboden door het personeel ziet men wel verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. De geboden veiligheid van het personeel is lager op afdelingen in verpleeghuizen dan op afdelingen in verzorgingshuizen op alle observatiemomenten. Met name in de namiddag zijn medewerkers op afdelingen in verpleeghuizen minder zichtbaar aanwezig en minder actief voor bewoners aan het zorgen (gem.=2,9). Vaak vindt dan in verpleeghuizen de overdracht plaats van medewerkers voor de avonddienst. Echter, ook op gesloten afdelingen in verzorgingshuizen is dit een moment van overdracht.

In verzorgingshuizen zijn er minder verschillen tussen de observatiemomenten. Ook in de namiddag is personeel zichtbaar aanwezig en actief voor bewoners aan het zorgen (gem.= 3,8).

4.5 De invloed van afdelingskenmerken op de woonomgeving van bewoners

In deze paragraaf wordt de invloed van afdelingskenmerken op de kwaliteit van de woonomgeving onderzocht. Allereerst is de invloed van aspecten die samenhangen met de grootte van de afdeling getoetst. Aspecten die te maken hebben met de grootte van de afdeling zijn het aantal huiskamers op de afdeling, het aantal medewerkers per bewoner en het aantal vrijwilligers per bewoner. Het aantal medewerkers per bewoner is vastgesteld door het totaal aantal medewerkers te delen door het totaal aantal bewoners op de afdeling. Hetzelfde geldt voor het aantal vrijwilligers per bewoner. Daarnaast is het type afdeling als afdelingskenmerk meegenomen: de gesloten afdelingen in verzorgingshuizen en de groepsverzorgingsprojecten in verzorgingshuizen zijn vergeleken met de afdelingen in verpleeghuizen. Dit geeft inzicht in de significante verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen, zoals deze in bovenstaande paragrafen zijn gevonden. Ten tweede is, in een nieuwe analyse, de invloed van enkele aspecten van de werkbeleving van medewerkers getoetst: de ervaren werkdruk van medewerkers, de ervaren steun van de leidinggevende en de ervaren steun van collega's.

4.5.1 De sfeer en geboden autonomie van de afdelingen

Voor wat betreft de sfeer op de afdeling ligt 51% van de variantie op afdelingsniveau. 49% van variantie ligt op het niveau van de observatiemomenten (zie tabel 4.5). Dit betekent dat mogelijke verklaringen voor de variatie tussen afdelingen kunnen worden gevonden op het niveau van de afdeling en op het niveau van de observaties. In dit onderzoek is enkel gekeken naar kenmerken op het niveau van de afdelingen. Er zijn geen specifieke kenmerken van de verschillende observatiemomenten vastgesteld. Dit betekent dat de afdelingskenmerken die hier worden besproken waarschijnlijk niet samenhangen met de momenten van observaties. De variantie in de geboden autonomie ligt met name op afdelingsniveau (96%); de variantie in momenten van observatie is klein (4%). Dit betekent dat de geboden autonomie op de afdeling met name een afdelingskenmerk is en minder afhankelijk is van het moment van observatie. De verschillen tussen de afdelingen zijn, zowel voor sfeer als autonomie, significant.

Vervolgens is gekeken naar de mate waarin kenmerken met betrekking tot de grootte van de afdeling en werkbelevingskenmerken van de medewerkers de verschillen tussen afdelingen kunnen verklaren. Kenmerken die betrekking hebben op de grootte van de afdeling verklaren 31% van de variantie in sfeer. Voor wat betreft de autonomie op de afdeling is de situatie anders. Kenmerken die te maken hebben met de grootte van de afdeling verklaren 61% van de variantie tussen afdelingen.

Tabel 4.5 geeft de invloed van afdelingskenmerken met betrekking tot de grootte van afdelingen weer op de sfeer en autonomie. Uit de tabel komt naar voren dat enkel het type afdeling een significant effect laat zien. Met name de groepsverzorgingsprojecten bieden een goede sfeer aan bewoners.

Tabel 4.5 Herhaalde metingen analyses : de invloed van de grootte van de afdeling op de sfeer en de geboden autonomie van de afdeling (n=111)

	Basismodel		Analyse 1: Kenmerken van grootte toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Sfeer					
Intercept	3.13	(0.080)	3.13	(0.070)	
Aantal huiskamers			0.08	(0.112)	
Aantal medewerkers per bewoner			-0.28	(0.179)	
Aantal vrijwilligers per bewoner			0.58	(0.475)	
Gesloten afdeling verzorgingshuis			0.29	(0.185)	
Groepsverzorgingsproject Verzorgingshuis			0.45*	(0.207)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.18	(0.056)	0.13	(0.043)	31%
Observatiemomenten	0.17	(0.028)	0.17	(0.028)	0%
ICC ¹⁹ afdelingen	51%		43%		
	Basismodel		Analyse 1: Kenmerken van grootte toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Autonomie					
Intercept	3.21	(0.129)	3.21	(0.082)	
Aantal huiskamers			0.069	(0.131)	
Aantal medewerkers per bewoner			-0.01	(0.210)	
Aantal vrijwilligers per bewoner			0.37	(0.556)	
Gesloten afdeling verzorgingshuis			1.04*	(0.217)	
Groepsverzorgingsproject Verzorgingshuis			1.44*	(0.242)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.61	(0.144)	0.24	(0.058)	61%
Observatiemomenten	0.023	(0.004)	0.02	(0.004)	0%
ICC afdelingen	96%		91%		

* = p<0.05

¹⁹ Intra Class Correlatie

Tabel 4.6 Herhaalde metingen analyses : de invloed van de werkbelevingskenmerken op de sfeer en de geboden autonomie van de afdeling (n=111)

	Basismodel		Analyse 2: Werkbelevingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Sfeer					
Intercept	3.13	(0.080)	3.13	(0.071)	
Ervaren werkdruk			-0.72*	(0.260)	
Steun leidinggevende			-0.18	(0.402)	
Steun collega's			-0.46	(0.536)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.18	(0.056)	0.14	(0.046)	22%
Observatiemomenten	0.17	(0.028)	0.17	(0.028)	0%
ICC afdelingen	51%		45%		
	Basismodel		Analyse 2: Werkbelevingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Autonomie					
Intercept	3.21	(0.129)	3.21	(0.128)	
Ervaren werkdruk			-0.36	(0.462)	
Steun leidinggevende			-0.02	(0.715)	
Steun collega's			-0.44	(0.953)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.61	(0.144)	0.60	(0.141)	2%
Observatiemomenten	0.02	(0.004)	0.02	(0.004)	0%
ICC afdelingen	96%		96%		

* = p<0.05

Naast de sfeer is ook de invloed van afdelingskenmerken op de autonomie van bewoners onderzocht. Zowel de gesloten afdelingen, als de groepsverzorgingsprojecten in de verzorgingshuizen bieden de bewoners meer autonomie qua woonruimte dan de afdelingen in verpleeghuizen.

In verzorgingshuizen beschikken bewoners over het algemeen over hun eigen appartement/kamer en daardoor over een ruimte om zich terug te trekken. In verpleeghuizen moeten bewoners de slaapkamer vaak delen met andere bewoners en zijn de slaapkamerdeuren in een aantal gevallen overdag op slot. Deze beperkingen in de autonomie komen duidelijk naar voren uit de observaties. De geboden autonomie op de afdeling hangt niet significant samen met het aantal huiskamers, aantal medewerkers of aantal vrijwilligers per bewoner. Tabel 4.6 toont de mate waarin sfeer en autonomie samenhangen met werkbelevingsaspecten van de medewerkers. Voor wat betreft de werkbelevingskenmerken van medewerkers op de afdeling, hangt de ervaren werkdruk negatief samen met de sfeer op de afdeling. Hoe hoger de ervaren werkdruk van de medewerkers, des te lager is de sfeer op de afdeling. Waarschijnlijk is er op de afdelingen waar de werkdruk als hoog wordt ervaren, weinig tijd voor een gesprek met bewoners en dit zal tot uiting komen in de sfeer. Voor wat betreft de overige aspecten van werkbeleving worden geen significante effecten op de sfeer van de afdeling gevonden. Uit tabel 4.6 komt tevens naar voren dat aspecten van de werkbeleving niet samenhangen met de geboden autonomie op de afdelingen.

4.5.2 Veiligheid van de afdelingen

Ook voor wat betreft de veiligheid van de afdeling is gekeken naar de variantie op afdelingsniveau en de variantie op het niveau van de observatiemomenten (zie tabel 4.7).

74% van de variantie in veiligheid van de omgeving ligt op afdelingsniveau, 26% van de variantie ligt op het niveau van de observatiemomenten. Dit betekent dat er met name verschillen zijn tussen de afdelingen en minder verschillen tussen de observatiemomenten. Ook in deze analyses zijn enkel kenmerken op afdelingsniveau geanalyseerd. Voor wat betreft de veiligheid geboden door het personeel is er sprake van een andere situatie. De veiligheid geboden door het personeel varieert met name tussen de momenten van observatie (77%). Er is minder variatie tussen afdelingen, slechts 23% van de variantie ligt op afdelingsniveau. De verschillen tussen afdelingen, voor beide typen van veiligheid zijn significant.

Tabel 4.7 Herhaalde metingen analyses : de invloed van de grootte van de afdeling op de veiligheid van de afdeling (n=111)

	Basismodel		Analyse 1: Kenmerken van grootte toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Veiligheid van de omgeving					
Intercept	3.74	(0.062)	3.74	(0.058)	
Aantal huiskamers			0.11	(0.093)	
Aantal medewerkers per bewoner			-0.12	(0.148)	
Aantal vrijwilligers per bewoner			0.44	(0.393)	
Gesloten afdeling verzorgingshuis			0.12	(0.154)	
Groepsverzorgingsproject Verzorgingshuis			0.09	(0.172)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.13	(0.033)	0.11	(0.029)	15 %
Observatiemomenten	0.04	(0.007)	0.04	(0.007)	0%
ICC afdelingen	74%		71%		
<hr/>					
	Basismodel		Analyse 1: Kenmerken van grootte toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Veiligheid geboden door personeel					
Intercept	3.73	(0.070)	3.73	(0.058)	
Aantal huiskamers			-0.00	(0.093)	
Aantal medewerkers per bewoner			-0.04	(0.148)	
Aantal vrijwilligers per bewoner			0.38	(0.392)	
Gesloten afdeling verzorgingshuis			0.44*	(0.153)	
Groepsverzorgingsproject Verzorgingshuis			0.49*	(0.170)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.09	(0.045)	0.03	(0.033)	67%
Observatiemomenten	0.30	(0.047)	0.28	(0.047)	7%
ICC afdelingen	23%		9%		

* = p<0.05

Tabel 4.8 Herhaalde metingen analyses : de invloed van de werkbelevingskenmerken op de veiligheid van de afdeling (n=111)

	Basismodel		Analyse 2: Werkbelevingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Veiligheid van de omgeving					
Intercept	3.74	(0.062)	3.74	(0.058)	
Ervaren werkdruk			-0.18	(0.209)	
Steun leidinggevende			0.35	(0.323)	
Steun collega's			-0.97*	(0.431)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.13	(0.033)	0.11	(0.029)	15%
Observatiemomenten	0.04	(0.007)	0.04	(0.007)	0%
ICC afdelingen	74%		71%		
	Basismodel		Analyse 2: Werkbelevingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	
Veiligheid geboden door het personeel					
Intercept	3.73	(0.070)	3.73	(0.059)	
Ervaren werkdruk			-0.76*	(0.212)	
Steun leidinggevende			-0.71*	(0.328)	
Steun collega's			-0.00	(0.437)	
Variantiecomponenten:					
Afdelingen	0.09	(0.045)	0.03	(0.034)	67%
Observatiemomenten	0.28	(0.047)	0.28	(0.047)	0%
ICC afdelingen	23%		10%		

* = p<0.05

Zowel de kenmerken met betrekking tot de grootte van de afdeling, als werkbelevingskenmerken verklaren 15% van de gevonden verschillen tussen afdelingen voor wat betreft de veiligheid van de omgeving, zie tabel 4.7 en 4.8. Zowel de kenmerken met betrekking tot de grootte van de afdeling als de

werkbelevingskenmerken verklaren een groot deel in de variantie op afdelingsniveau, namelijk 67%. Echter, dit is dus 67% van de 23% variantie in afdelingsniveau. Op het niveau van de observaties verklaren kenmerken van de afdelingen nauwelijks variantie.

Tabel 4.7 toont de invloed van afdelingskenmerken op de veiligheid van afdelingen. Qua veiligheid van de omgeving zijn er geen significante effecten van kenmerken met betrekking tot de grootte van de afdeling waarneembaar. Echter, er is een negatief verband tussen de ervaren sociale steun van collega's en de veiligheid van de omgeving. Hoe meer steun medewerkers ervaren van hun collega's, des te lager wordt de veiligheid van de omgeving. Deze bevinding komt niet overeen met de eerder opgestelde hypothese over sociale steun (zie hoofdstuk 1). Hiervoor zijn twee mogelijke verklaringen aanwezig.

Twee items van de veiligheid van omgeving gaan in op de mate waarin de afdeling netjes is én de mate waarin de afdeling goed is onderhouden. Wanneer medewerkers meer sociale steun van hun collega's ontvangen kan dit betekenen dat zij meer met hun collega's praten en daardoor minder tijd hebben voor het onderhouden van de afdeling. Een andere oorzaak kan zijn dat medewerkers die meer sociale steun ontvangen van hun collega's zich meer richten op de bewoners zelf en bijvoorbeeld de bejegening van bewoners. De veiligheid van de omgeving is in deze gevallen minder een punt van aandacht voor de medewerkers.

Naast de veiligheid van de omgeving, is ook de veiligheid zoals deze wordt geboden door het personeel onderzocht. Het type afdeling is hierbij significant: afdelingen in verzorgingshuizen, zowel gesloten afdelingen als groepsverzorgingsprojecten, bieden significant meer veiligheid (zie tabel 4.7). Er zijn geen significante effecten van het aantal huiskamers, aantal medewerkers en aantal vrijwilligers waarneembaar. Voor wat betreft de werkbelevingskenmerken heeft zowel de ervaren werkdruk, als de ervaren steun van de leidinggevende een negatief effect op de veiligheid geboden door het personeel. Het eerste is in overeenstemming met de hypothese over werkdruk en kwaliteit van zorg. Echter, het gevonden negatieve effect van de steun van de leidinggevende wijkt af van de vooraf gestelde hypothese dat meer ervaren steun van de leidinggevende zal leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat medewerkers die meer sociale steun ervaren van hun leidinggevende ook meer of langere overlegmomenten hebben op de afdeling. Gedurende deze tijd zijn de medewerkers dan niet op de afdeling aanwezig, wat leidt tot een lager geobserveerde veiligheid geboden door het personeel.

4.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de resultaten met betrekking tot de woonomgeving beschreven. Uit de resultaten komen een aantal verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen naar voren. Afdelingen in verzorgingshuizen bieden significant meer sfeer dan afdelingen in verpleeghuizen. Dit verschil in sfeer lijkt met name verklaard te worden door een verschil in sfeer in de namiddag tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. De sfeer tijdens de middagmaaltijd is het laagst. Dit is opvallend

aangezien uit de literatuur naar voren komt dat een prettige sfeer tijdens de maaltijden van invloed is op het welzijn van bewoners (Mathey et al., 2001; zie de Nijs et al, 2003).

In verpleeghuizen wordt minder autonomie geboden aan bewoners dan op de afdelingen in verzorgingshuizen. Dit verschil is significant. In verzorgingshuizen beschikken bewoners op vrijwel alle afdelingen over een eigen kamer, waar ruimte is voor persoonlijke eigendommen. In verpleeghuizen is de ruimte meer beperkt; bewoners delen vaak hun slaapkamers met anderen en slaapkamers zijn bovendien regelmatig overdag afgesloten. Bewoners kunnen zich derhalve niet altijd terugtrekken. Er zijn geen verschillen tussen observatiemomenten aanwezig voor wat betreft autonomie.

Er is geen significant verschil in veiligheid van de omgeving tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Voor wat betreft de veiligheid zoals geboden door het personeel zijn wel significante verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen aanwezig. Afdelingen in verzorgingshuizen bieden wat dit betreft meer veiligheid dan de afdelingen in verpleeghuizen. Met name in de namiddag bieden de afdelingen in verpleeghuizen een minder veilige omgeving in vergelijking tot de afdelingen in verzorgingshuizen. Wellicht heeft dit te maken met het moment van overdracht op de afdelingen waardoor medewerkers op de afdelingen minder zichtbaar aanwezig zijn.

Voor wat betreft de invloed van kenmerken van de afdeling worden de volgende resultaten gevonden. Afdelingen met meer verzorgenden en vrijwilligers per bewoner bieden geen betere kwaliteit van zorg. Ook de tweede hypothese moet worden verworpen. Er is geen bewijs aanwezig dat kleine afdelingen een betere kwaliteit van zorg bieden. Groepsverzorgingsprojecten bieden qua sfeer wel een betere kwaliteit van zorg. Afdelingen in verzorgingshuizen, zowel gesloten afdelingen als groepsverzorgingsprojecten, bieden significant meer autonomie en veiligheid (zoals dat wordt geboden door het personeel) dan afdelingen in verpleeghuizen.

Een hogere ervaren werkdruk leidt, voor wat betreft sfeer en veiligheid zoals geboden door het personeel, tot een lagere kwaliteit van zorg. Waarschijnlijk leidt een hogere werkdruk tot minder gesprekken met bewoners, waardoor de geobserveerde sfeer op de afdeling lager wordt. Een verklaring voor het effect van een hogere werkdruk op de veiligheid zoals geboden door het personeel is minder goed te geven. Dit kan eventueel te maken hebben met de tijd die medewerkers besteden aan het invullen van de dossiers en, daarmee samenhangend, met de overdracht. Een hogere sociale steun van collega's en leidinggevende leidt in tegenstelling tot de verwachtingen niet tot een betere kwaliteit van zorg, voor wat betreft de woonomgeving. Op een tweetal aspecten laten de resultaten juist het tegenovergestelde zien. De sociale steun van collega's hangt negatief samen met de veiligheid van omgeving en de ervaren steun van de leidinggevende hangt negatief samen met de veiligheid zoals geboden door het personeel.

5 Gezondheidstoestand van bewoners

Dit hoofdstuk behandelt de gezondheidstoestand van de onderzochte bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. De gezondheidstoestand is gemeten door de aanwezigheid van een aantal ongewenste klinische uitkomsten. Deze ongewenste uitkomsten zijn gewichtsverlies, probleemgedrag, decubitus, medicijngebruik en een laag psychosociaal welbevinden van bewoners.

Achtereenvolgens zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op de verschillende ongewenste uitkomsten. Paragraaf 5.1 behandelt het gewichtsverlies en overige problemen met voedselinname van bewoners. In paragraaf 5.2 wordt ingegaan op verschillende probleemgedragingen van bewoners. Paragraaf 5.3 beschrijft de mate waarin decubitus en andere huidproblematiek bij bewoners voorkomen. Paragraaf 5.4 en 5.5 behandelen respectievelijk het medicijngebruik en het psychosociaal welbevinden van bewoners. In de beschrijving van de ongewenste klinische uitkomsten zal telkens een onderscheid worden gemaakt tussen bewoners op afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen.

In paragraaf 5.6 worden de resultaten van de BOP kort besproken. In paragraaf 5.7 wordt de mate waarin kenmerken van bewoners en kenmerken van de afdeling de ongewenste uitkomsten beïnvloeden besproken. Tenslotte, volgt in paragraaf 5.8 een samenvatting van het hele hoofdstuk.

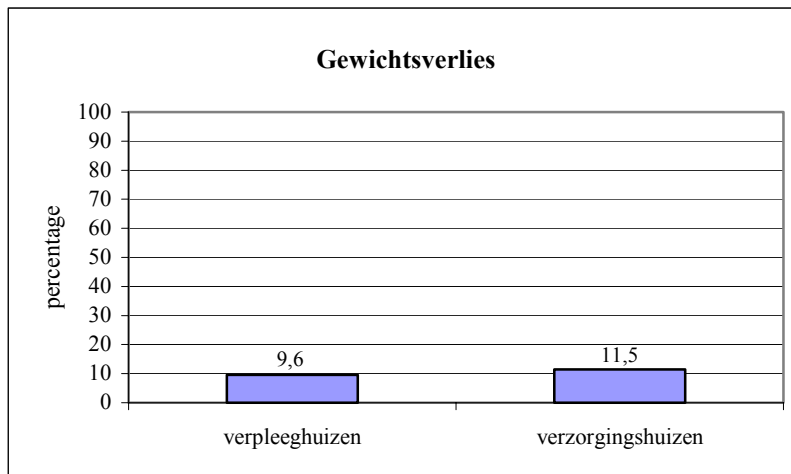
5.1 Problemen met voedselinname

De voeding en mogelijke problemen in voedselinname spelen een belangrijke rol in de gezondheidstoestand van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Uit onderzoek blijkt onder meer dat de voedingstoestand van bewoners in verpleeghuizen vaak zorgelijk is (Staveren et al., 1998).

Tijdens het onderzoek is een aantal aspecten van de voedselinname van bewoners gemeten. Zo is onder meer het gewichtsverlies van bewoners en mogelijke problemen met voedselinname onderzocht.

Gewichtsverlies is gedefinieerd als een gewichtsafname van 5% of meer in de laatste 30 dagen of een gewichtsverlies van 10% of meer in de laatste 180 dagen. Figuur 5.1 toont het gewichtsverlies van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. In verpleeghuizen heeft 9,6% van de bewoners te maken gehad met een gewichtsverlies in het afgelopen half jaar. In verzorgingshuizen is dit 11,5%. Dit verschil is niet significant.

Figuur 5.1 Percentage bewoners met gewichtsverlies in verpleeg- en verzorgingshuizen



Naast het gewichtsverlies zijn ook andere aspecten van de voedselinname onderzocht. In tabel 5.1 staan deze aspecten weergegeven.

Kauwprobleem en *slikprobleem* is de aanwezigheid van kauw- en slikproblemen bij bewoners op het moment van de gegevensverzameling. *Klaagt over smaak* is gedefinieerd als het aantal bewoners dat klaagt over de smaak van veel van het voedsel. *Klaagt over honger* is het aantal bewoners dat regelmatig klaagt over honger. *Laat eten staan* is het aantal bewoners dat bij de meeste maaltijden 25% of meer van het eten laat staan.

Tabel 5.1 Problemen met betrekking tot voedselinname van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen in percentages

	Verpleeghuizen (N= 249)	Verzorgingshuizen (N=253)
Kauwprobleem	*42,6%	20,6%
Slikprobleem	*15,7%	4,7%
Klaagt over smaak	8,0%	11,1%
Klaagt over honger	4,0%	5,1%
Laat eten staan	*22,5%	34,8%

* Significant verschil ($p \leq .05$, 2-zijdig) tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen

Wanneer men kijkt naar overige problemen in voedselinname dan blijkt dat de onderzochte bewoners in verpleeghuizen significant meer last hebben van kauw- en slikproblemen ($p < 0.05$).

Er zijn nauwelijks verschillen in het aantal bewoners dat klaagt over de smaak van veel van het voedsel (respectievelijk 8,0% in verpleeghuizen versus 11,1% in verzorgingshuizen) en het aantal bewoners dat klaagt over honger (4,0% versus in verpleeghuizen en 5,1% in verzorgingshuizen). Echter, er bestaat een significant verschil in het aantal mensen dat 25% of meer van hun maaltijd laat staan ($p < .05$). In verzorgingshuizen is dit aantal hoger (34,8%) dan in verpleeghuizen (22,5%). Dit

resultaat is opvallend. Gezien de verschillen in gezondheidstoestand van bewoners in verzorgingshuizen en verpleeghuizen is te verwachten dat bewoners in verzorgingshuizen beter eten dan bewoners in verpleeghuizen. Wellicht heeft dit verschil te maken met de grootte van de porties op de afdelingen of het groter aantal kansen die een verzorgingshuis-bewoner heeft om tussendoor te eten.

5.2 Probleemgedrag

Probleemgedrag kan worden gedefinieerd als gedrag van de bewoners dat door de bewoner zelf en/of zijn omgeving als een probleem wordt ervaren (Ekkerink, 2003). Probleemgedrag kan voortkomen uit het dementietype van de bewoner (Diesfeldt, 2003); uit gevoelens van onmacht en onbehagen; of een teken zijn van overmatige stress (Schols, 2000). Probleemgedrag betekent in de meeste gevallen groot leed voor de patiënt en zijn omgeving (Ekkerink, 2003).

In dit onderzoek zijn gegevens verzameld over de volgende gedragsymptomen die kunnen worden gedefinieerd als probleemgedrag: zwerfgedrag, verbaal lastigvallen van anderen, lichamelijk lastigvallen van anderen, sociaal ongepast/storend gedrag en verzet tegen zorg. Met name het verzet tegen zorg is een belangrijke uitkomstmaat omdat dit verzet, zowel voor de bewoners als de verzorgenden een stressvolle situatie oplevert. Voor iedere bewoner is vastgesteld of de bewoner in de week voorafgaande aan de gegevensverzameling dit gedrag heeft vertoond. Hieronder volgen korte definities van de gedragsymptomen, zoals deze wordt gehanteerd in de MDS 2.1.

Zwerfgedrag: bewoner loopt doelloos rond, zich schijnbaar niet bewust van behoeften of gevaar;

Verbaal lastigvallen: bewoner bedreigt anderen, schreeuwt en vloekt naar anderen;

Lichamelijk lastigvallen: bewoner slaat anderen, duwt, krabt en/of valt anderen seksueel lastig;

Sociaal ongepast/storend gedrag: bewoner maakt storende geluiden, lawaai, gilt, bewoner verwondt zichzelf, vertoont seksueel gedrag of kleedt zich in het openbaar uit, bewoner smeert/ gooit met eten/faeces, hamstert voedsel of snuffelt in andermans spullen;

Verzet tegen zorg: bewoner weigert medicijnen/ injecties, weigert hulp bij de dagelijkse verzorging of bij het eten.

Tabel 5.2 Probleemgedrag van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen in percentages

	Verpleeghuizen (N=249)	Verzorgingshuizen (N=253)
Zwerfgedrag	18,1%	19,0%
Verbaal lastigvallen van anderen	22,9%	24,1%
Lichamelijk lastigvallen van anderen	10,8%	6,7%
Sociaal ongepast/ storend gedrag	30,1%*	20,9%
Verzet tegen zorg	34,1%	28,1%

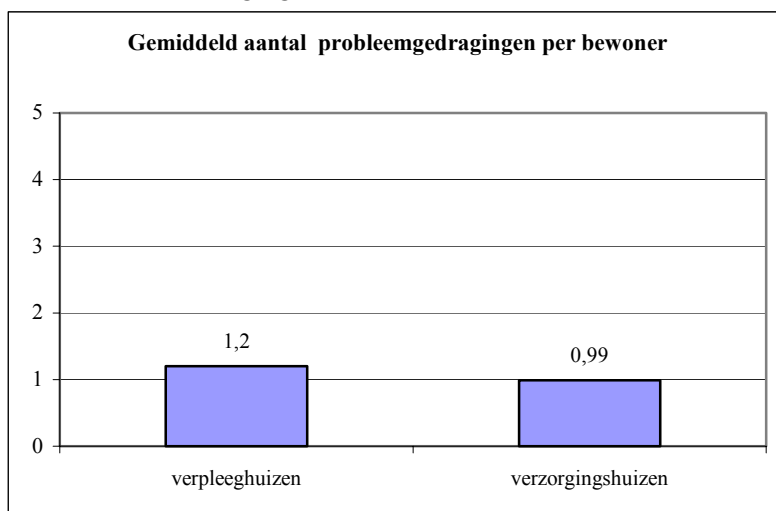
* Significant verschil ($p \leq .05$, 2-zijdig) tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen

Tabel 5.2 geeft een overzicht van het aantal bewoners dat het betreffende probleemgedrag heeft vertoond in de week voorafgaande aan de gegevensverzameling, in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het percentage bewoners dat zwerfgedrag vertoont is in de populaties van het onderzoek vrijwel aan elkaar gelijk (18,1% en 19,0%). Ook voor wat betreft het verbaal lastigvallen van anderen zijn er nauwelijks verschillen tussen de onderzochte bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. 22,9% van de bewoners in verpleeghuizen heeft anderen in de week voorafgaande aan het onderzoek op de afdeling lastiggevallen. In verzorgingshuizen is dit percentage iets hoger, 24,1%. Verzet tegen zorg is het gedragsymptoom, dat zowel in verpleeg- als verzorgingshuizen het meeste voorkomt (respectievelijk 34,% en 28,1%). Dit betekent dat meer dan een kwart van de onderzochte bewoners zich heeft verzet tegen de zorg. Het lichamelijk lastigvallen van anderen komt het minste voor (10,8% en 6,7%). Voor wat betreft de meeste gedragsymptomen zijn er geen significante verschillen tussen onderzochte bewoners in verpleeghuizen en onderzochte bewoners in verzorgingshuizen. Een uitzondering is het sociaal onaangepast gedrag van bewoners. De bewoners in verpleeghuizen vertonen significant meer onaangepast gedrag dan de onderzochte bewoners in verzorgingshuizen ($p < 0.05$).

Naast de verschillende soorten probleemgedrag is ook het aantal probleemgedragingen per bewoner van belang. Immers, het aantal bewoners met meerdere probleemgedragingen tegelijkertijd, zal een grotere belasting vormen voor de afdeling. In figuur 5.2 is het gemiddelde van het aantal probleemgedragingen per bewoner weergegeven. Het aantal probleemgedragingen loopt van 0 tot en met 5 probleemgedragingen per bewoner. Uit figuur 5.2 komt naar voren dat de onderzochte bewoners in verpleeghuizen meer probleemgedragingen (1,2) vertonen dan de onderzochte bewoners in verzorgingshuizen (0,99). Toch is het verschil statistisch niet significant.

Figuur 5.2 Het gemiddeld aantal probleemgedragingen in verpleeg- en verzorgingshuizen

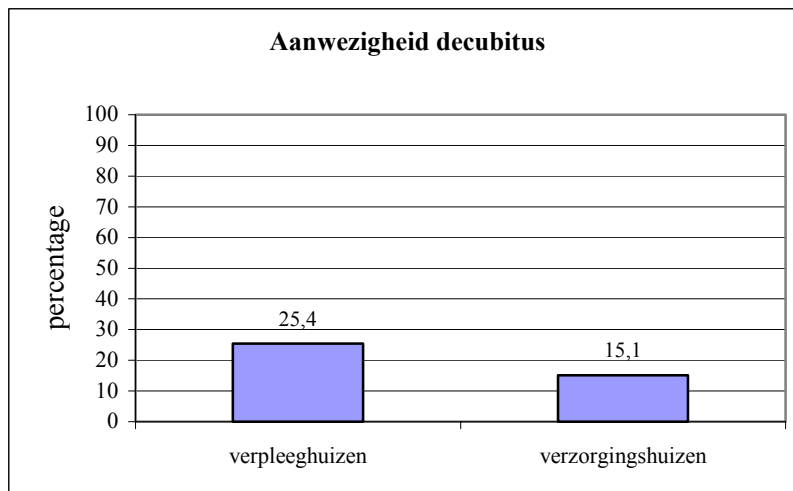


5.3 Decubitus en overige huidproblemen

Decubitus, ofwel de aanwezigheid van doorligplekken, is in dit onderzoek gedefinieerd als de aanwezigheid van decubitus tijdens langdurig verblijf in het verpleeg- of verzorgingshuis. Decubitus is onder te verdelen in vier graden, die de ernst van de doorligplekken aangeven. Tijdens het onderzoek is de aanwezigheid van decubitus in de 7 dagen voorafgaande aan de gegevensverzameling geregistreerd. Figuur 5.3 toont het aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen met decubitus. Hierbij wordt uitgegaan van decubitus vanaf graad 1: een blijvend stuk rode huid dat niet verdwijnt wanneer de druk erop is opgeheven. Decubitus ontstaat nogal eens in het ziekenhuis. Omdat wij enkel decubitus willen meten na opname in het verpleeg- en verzorgingshuis, zijn bewoners die drie maanden voorafgaande aan de gegevensverzameling in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest uitgesloten. Dit zijn in totaal 12 personen.

Bij 25,4% (62 van 244 bewoners) van de bewoners in verpleeghuizen is sprake van decubitus. Dit aantal is significant hoger dan het percentage bewoners dat last heeft van decubitus in verzorgingshuizen (37 van 245 bewoners, 15,1%, $p < 0.05$). Nadere analyse laat zien dat met name verzorgingshuisbewoners die deelnemen aan de groepsverzorging weinig last hebben van decubitus. Deze bewoners zijn meestal nog goed mobiel, wat de kans op decubitus verkleint.

Figuur 5.3 Aanwezigheid van decubitus bij bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen



Naast decubitus zijn nog een aantal mogelijke huidproblemen van bewoners geregistreerd.

Huiduitslag: aanwezigheid van smetplekken, eczeem, medicijn- of hitte-uitslag, herpes zoster

Schrammen: aanwezigheid van schrammen en builen

Voetproblemen: aanwezigheid van één of meer voetproblemen zoals likdoorns, eelt, knobbels, hamertenen, overlapping, pijn, slechte structuur.

Tabel 5.3 geeft een overzicht van de aanwezigheid van deze huidproblemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook bij deze percentages is rekening gehouden met een mogelijke opname in het ziekenhuis.

Tabel 5.3 Overige huidproblemen van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen in percentages

	Verpleeghuizen (N= 244)	Verzorgingshuizen (N=245)
Huiduitslag o.a. smetten	33,6%	25,3%
Schrammen	9,0%	5,7%
Voetproblemen	24,2%	31,0%

* Significant verschil ($p \leq .05$, 2-zijdig) tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen

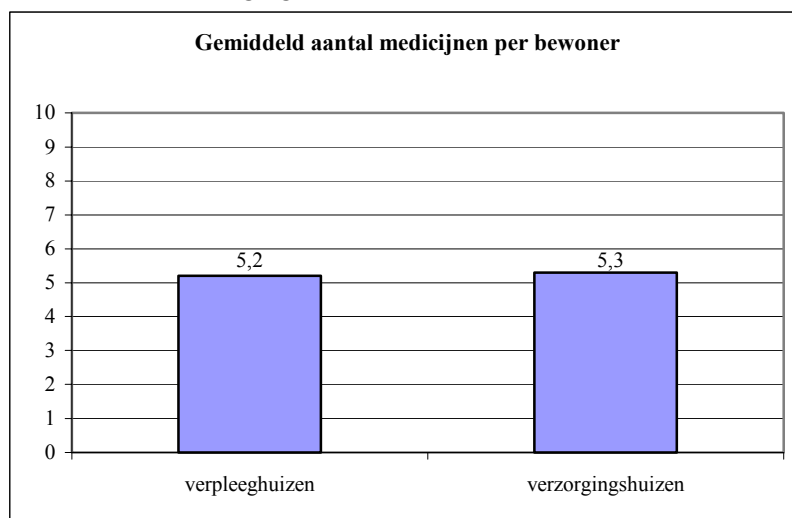
Meer dan een kwart van de bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen heeft last van huiduitslag, waaronder smetten. Het aantal bewoners met huiduitslag is iets hoger in verpleeghuizen (33,6%) dan in verzorgingshuizen (25,3%). Het aantal bewoners met voetproblemen is in verzorgingshuizen met 31,0% iets hoger dan in verpleeghuizen waar 24,2% van de bewoners last heeft van voetproblemen. Schrammen en builen komen minder vaak voor: 9,0% in verpleeghuizen en 5,7% in verzorgingshuizen. De verschillen tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn op al deze aspecten niet significant.

5.4 Medicijngebruik van bewoners

Ouderen kunnen kampen met verschillende gezondheidsklachten die medicijngebruik noodzakelijk maken. Ouderen met dementie kunnen hun medicatie niet zelf beheren. Ook overleg met de arts over mogelijke behandeling en de keuze voor medicatie is vaak niet mogelijk; dit gebeurt veelal met familieleden. In het onderzoek is het aantal verschillende medicijnen geregistreerd dat bewoners tijdens de gegevensverzameling gebruiken.

Figuur 5.4 laat het gemiddeld aantal medicijnen zien van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het verschil tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen is miniem. Gemiddeld gebruiken bewoners in verpleeghuizen zo'n 5,2 medicijnen (sd= 2,8); bewoners in verzorgingshuizen 5,3 (sd= 2,8) medicijnen. Het aantal verschillende medicijnen varieert van 0 tot 14 medicijnen per bewoner in verpleeghuizen en van 0 tot 17 medicijnen in verzorgingshuizen.

Figuur 5.4 Gemiddeld aantal verschillende medicijnen per bewoner in verpleeg- en verzorgingshuizen



Daarnaast is gekeken naar het percentage bewoners dat 9 of meer medicijnen heeft gebruikt. In verpleeghuizen gebruikt 13,7% van de onderzochte bewoners 9 of meer verschillende medicijnen. In verzorgingshuizen is dit 10,7%.

5.5 Psychosociaal welbevinden van bewoners

Het psychosociaal welbevinden van bewoners kan op verschillende manieren worden ondermijnd. Zo kan de bewoner problemen hebben met anderen op de afdeling (bewoners en personeel) of problemen hebben met familie. Daarnaast kunnen bewoners moeite hebben met het feit dat zij hun maatschappelijk positie moeten opgeven. Men moet bij opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis vaak afscheid nemen van alles wat men gewend is. Dit geldt temeer voor ouderen met psychogeriatrische problemen omdat zij hun nieuwe situatie moeilijk kunnen bevatten.

Tabel 5.4 Percentage bewoners met problemen in psychosociaal welbevinden in verpleeg- en verzorgingshuizen

	Verpleeghuizen (N=249) %	Verzorgingshuizen (N=253) %
Ontrekken aan zorg/ activiteiten	13,7%	20,6%*
Conflict met zorgverleners	15,3%	15,0%
Niet blij met kamergenoot	3,6%	5,5%
Niet blij met andere bewoner	17,7%	26,5%*
Conflict met familie/vrienden	7,2%	12,3%*
Bedroefd over verloren status/rollen	22,9%	36,8%*
Dagelijkse routine verschilt erg van thuis	25,7%	39,9%*

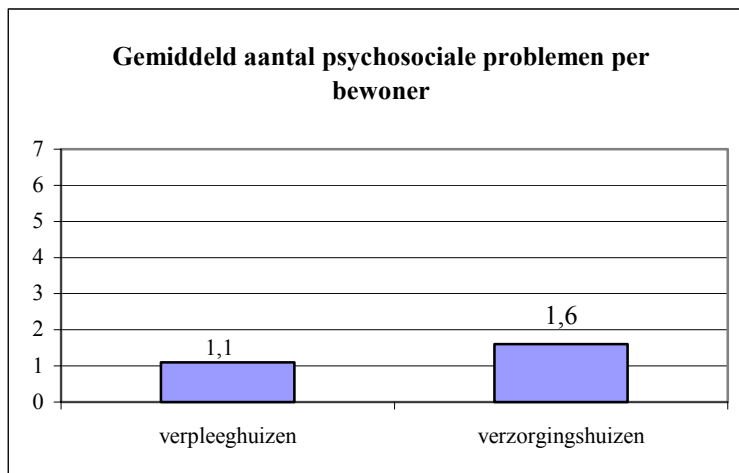
* significant verschil tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen <p.05, 2-zijdig

In tabel 5.4 staan de problemen met betrekking tot het psychosociaal welbevinden, zoals deze tijdens het onderzoek zijn gemeten. Daarnaast staat het percentage bewoners vermeld dat problemen ondervindt op dit gebied in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Naast de verschillende problemen in psychosociaal welbevinden is ook het aantal problemen in psychosociaal welbevinden van bewoners onderzocht. Uit tabel 5.4 komt naar voren dat met name bewoners in verzorgingshuizen problemen ervaren in hun psychosociaal welbevinden. Bewoners in verzorgingshuizen onttrekken zich vaker aan zorg/activiteiten, zijn vaker niet blij met andere bewoners, utoen vaker een conflict met familie/vrienden, zijn vaker bedroefd over verloren status/rollen en ervaren meer verschil in de dagelijkse routine in vergelijking tot hun thuissituatie. Bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen hebben even vaak conflicten met zorgverleners en hun kamergenoot. De verschillen tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen hebben waarschijnlijk grotendeels te maken met de fase van het dementieproces. Bewoners in verzorgingshuizen verkeren veelal in een eerdere fase van het dementieproces, in vergelijking tot bewoners in verpleeghuizen. In het begin van het dementieproces komen vaker stemmingswisselingen voor, die de oorzaak kunnen zijn van problemen in het psychosociaal welbevinden.

Bij bewoners die meerdere problemen ondervinden in hun psychosociaal welbevinden is behandeling vaak moeilijk (RAP Psychosociaal welbevinden, MDS 2.1). Figuur 5.5 laat het aantal problemen in psychosociaal welbevinden zien voor bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het aantal problemen varieert van gemiddeld 1,1 (sd= 1,24) problemen in verpleeghuizen tot gemiddeld 1,6 problemen (sd= 1,38) in verzorgingshuizen. In verzorgingshuizen hebben bewoners dus vaker last van meerdere problemen in het psychosociaal welbevinden.

Figuur 5.5 Gemiddeld aantal psychosociale problemen per bewoner in verpleeg- en verzorgingshuizen



5.6 De gedragstoestand van bewoners

Door middel van de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten is de gedragstoestand van bewoners vastgesteld. De BOP is tijdens het onderzoek volledig ingevuld voor 544 bewoners.

Tabel 5.5 Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten: gemiddelde waarden voor bewoners op afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen

	Verpleeghuizen(N=278)	Verzorgingshuizen (N=266)
	Gemiddelde (sd)	Gemiddelde (sd)
Hulpbehoevendheid	25,0* (8,9)	18,4 (8,8)
Agressief/ hinderlijk gedrag	2,8* (2,5)	2,3 (2,2)
Lichamelijke invaliditeit	4,1* (1,8)	2,9 (1,5)
Depressief gedrag	2,3 (1,4)	2,4 (1,3)
Psychische invaliditeit	4,4* (1,8)	3,3 (1,8)
Inactiviteit	9,7* (3,0)	7,9 (3,3)

* significant verschil tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen <p.05, 2 zijdig

Uit tabel 5.5 komt naar voren dat bewoners in verpleeghuizen hoger scoren op de gedragsaspecten dan bewoners in verzorgingshuizen. De verschillen tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn significant, behalve voor wat betreft depressief gedrag van bewoners. Uit de standaarddeviaties komt duidelijk naar voren dat er grote verschillen bestaan tussen individuele bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Zowel in verpleeg- als verzorgingshuizen variëren de scores op de gedragstypen van de laagste tot en met de hoogste score.

5.7 De invloed van afdelingskenmerken op de gezondheidstoestand van bewoners

Deze paragraaf beschrijft de invloed van afdelingskenmerken op de gezondheidstoestand van bewoners.

De vergelijking van sociaal-demografische en ziektekenmerken van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen lieten verschillen zien in sekse, leeftijd en zorgbehoefte van de bewoners (zie hoofdstuk 3). Het percentage mannen is hoger in verpleeghuizen dan in verzorgingshuizen en in verpleeghuizen zijn de bewoners iets jonger. Zoals te verwachten is de zorgbehoefte van bewoners hoger in de verpleeghuizen. Voordat de invloed van afdelingskenmerken wordt getoetst is het belangrijk te corrigeren voor deze bewonerskenmerken. Immers, de zorgbehoefte van bewoners is bijvoorbeeld van invloed op de kans op decubitus.

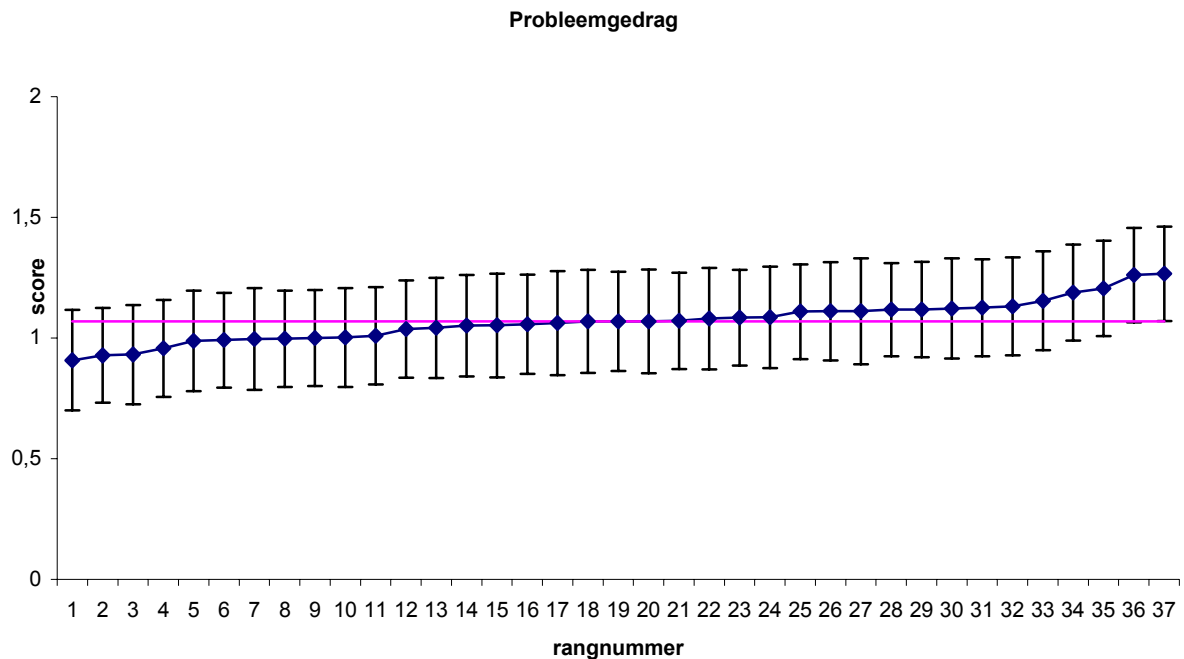
Daarna wordt de invloed van enkele afdelingskenmerken en werkbelevingskenmerken getoetst. De afdelingskenmerken zijn: het aantal verzorgenden per bewoner, de volledigheid van de zorgdossiers, en de aanwezigheid van een richtlijn ter preventie van de ongewenste uitkomstmaat²⁰. Daarnaast is een analyse uitgevoerd naar de

²⁰ Een uitzondering wordt gemaakt voor psychosociaal welbevinden. Er is niet gevraagd naar een richtlijn voor psychosociaal welbevinden.

invloed van werkbelevingskenmerken. De werkbelevingskenmerken zijn de ervaren werkdruk, de sociale steun van collega's en de sociale steun van de leidinggevende.

In eerste instantie is gekeken naar de variantie tussen afdelingen en bewoners in de ongewenste klinische uitkomsten en de mate waarin afdelingen significant van elkaar verschillen ($p < .10$). Uit de analyses komt naar voren dat er met name individuele verschillen tussen bewoners aanwezig zijn. Er is minder variantie op het niveau van de afdelingen. Met name verschillen in gewichtsverlies en medicijngebruik hangen vrijwel geheel samen met individuele kenmerken van bewoners. De verschillen tussen afdelingen zijn bij voorbaat al niet significant. Om deze reden is de invloed van afdelingskenmerken op gewichtsverlies en medicijngebruik niet in dit rapport opgenomen.

Figuur 5.6 Verschillen in probleemgedrag tussen afdelingen. Gemiddelden afdeling en betrouwbaarheidsinterval per afdeling en het gemiddelde van alle afdelingen samen (horizontale lijn)



Voor wat betreft probleemgedrag ligt 5% van de variantie op het niveau van de afdelingen. Dit betekent dat 95% van de variantie ligt op het niveau van de bewoners. Figuur 5.6 toont de gemiddelde scores van de 37 afdelingen op probleemgedrag, rekening houdend met individuele kenmerken van bewoners: leeftijd, sekse en zorgbehoefte. Daarnaast is het gemiddelde van alle 37 afdelingen weergegeven. De verschillen in probleemgedrag tussen afdelingen zijn beperkt, wanneer men rekening houdt met de bewonerskenmerken. Er blijft echter variatie bestaan tussen afdelingen die niet verklaard kan worden door individuele bewonerskenmerken. Op de twee

laatste afdelingen in de figuur komen meer probleemgedragingen voor, ongeacht individuele kenmerken van bewoners.

Tabel 5.6 toont de samenhang van kenmerken van de afdeling met het probleemgedrag van bewoners. Hierbij is gecorrigeerd voor kenmerken van bewoners. Van de verschillen tussen afdelingen in probleemgedrag wordt 63% verklaard door kenmerken van de bewoners (niet in tabel). Tabel 5.6 laat zien dat hoe meer mannen er op de afdeling aanwezig zijn, hoe meer probleemgedragingen op de afdeling voorkomen en hoe hoger de zorgbehoefte van bewoners, des te meer probleemgedrag bewoners vertonen. De verklaarde variantie in probleemgedrag neemt, na het toevoegen van afdelingskenmerken toe met 12%. De volledigheid van het zorgdossier, het aantal verzorgenden per bewoner en de aanwezigheid van een richtlijn met betrekking tot probleemgedrag hangen niet significant samen met de hoeveelheid probleemgedragingen van bewoners.

Tabel 5.6 Multi-level analyses: de mate waarin kenmerken van de afdeling samenhangen met probleemgedrag op de afdelingen na correctie op kenmerken van bewoners (n=502)

Probleemgedrag	Basismodel		Stap 1: Bewonerskenmerken toegevoegd		Stap 2: Bewonerskenmerken en afdelingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	B	(SE)	
Intercept	1.05	(0.069)	1.07	(0.057)	1.07	(0.056)	
Sekse bewoners			-0.57*	(0.124)	-0.57*	(0.124)	
Zorgbehoefte van bewoners			0.07*	(0.012)	0.07*	(0.012)	
Volledigheid van de zorgdossiers					0.01	(0.028)	
Aantal verzorgenden per bewoner					-0.13	(0.143)	
Richtlijn m.b.t. probleemgedrag aanwezig					-0.20	(0.207)	
Variantiecomponenten:							
Afdelingen	0.08	(0.041)	0.03	(0.027)	0.02	(0.027)	75%
Bewoners	1.315	(0.086)	1.20	(0.079)	1.20	(0.079)	9%
ICC afdelingen	5%		2%		2%		

* = p<0.05

Werkbelevingskenmerken verklaren een groter deel van de verschillen tussen afdelingen, samen met bewonerskenmerken verklaren deze 88% van de variantie tussen afdelingen. Tabel 5.7 laat zien dat er een positieve samenhang is in de sociale steun die medewerkers ervaren van de leidinggevende en de aanwezigheid van

probleemgedrag op de afdeling. Waarschijnlijk hebben medewerkers meer behoefte aan steun van de leidinggevende als er op de afdeling meer probleemgedragingen worden vertoond. Voor de overige werkbelevingskenmerken zijn er geen significante verbanden aanwezig.

Tabel 5.7 Multi-level analyses: de mate waarin werkbelevingskenmerken van medewerkers samenhangen met probleemgedrag op de afdelingen na correctie op kenmerken van bewoners (n=502)

Probleemgedrag	Basismodel		Stap 1: Bewonerskenmerken n toegevoegd		Stap 2: Bewonerskenmerken n en werkbelevings- kenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	B	(SE)	
Intercept	1.05	(0.069)	1.07	(0.057)	1.06	(0.053)	
Sekse bewoners			-0.57*	(0.124)	-0.56*	(0.124)	
Zorgbehoefte van bewoners			0.07*	(0.012)	0.06*	(0.012)	
Ervaren werkdruk					0.21	(0.153)	
Sociale steun van leidinggevende					0.31*	(0.140)	
Sociale steun van collega's					-0.19	(0.178)	
Variantie- componenten:							
Afdelingen	0.08	(0.041)	0.03	(0.027)	0.01	(0.024)	88%
Bewoners	1.32	(0.086)	1.20	(0.079)	1.20	(0.077)	9%
ICC afdelingen	5%		2%		1%		

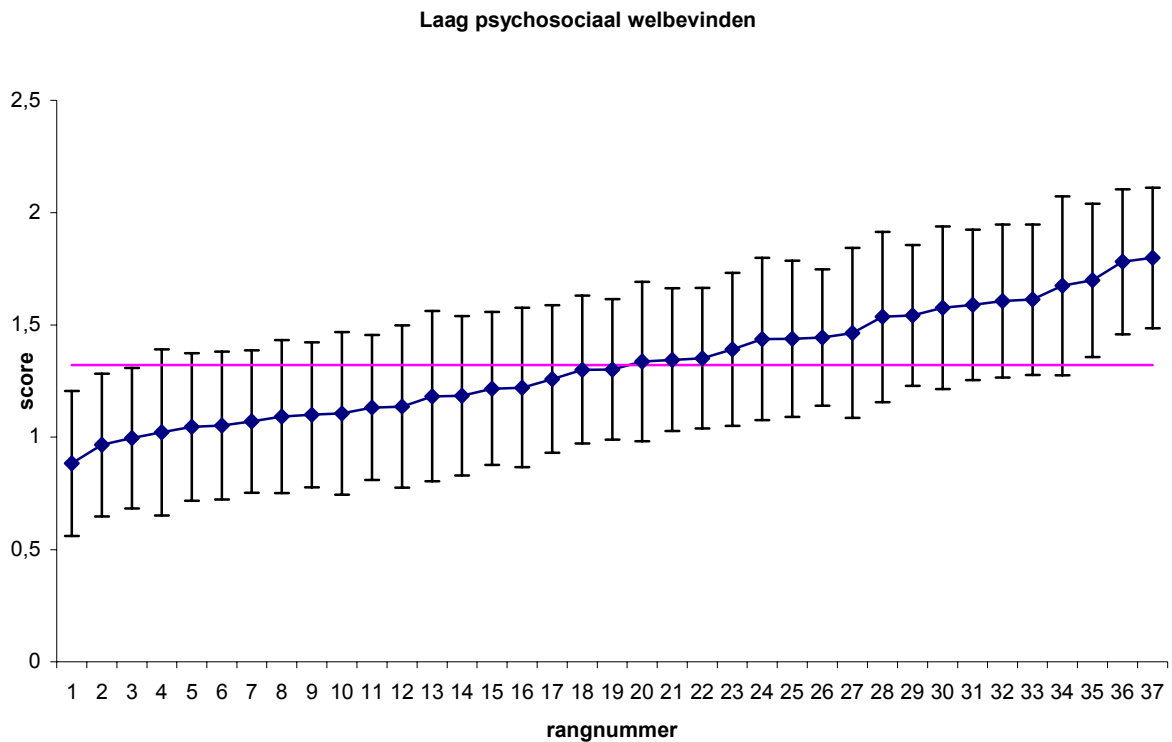
* = p<0.05

Ook het aantal problemen in psychosociaal welbevinden is onderzocht. Van de verschillen in psychosociaal welbevinden ligt 10% van de variantie op het niveau van de afdelingen; 90% ligt op het bewonersniveau.

Figuur 5.7 toont het gemiddeld aantal problemen in psychosociaal welbevinden (en het bijbehorende betrouwbaarheidsinterval) van bewoners op alle 37 afdelingen, gecorrigeerd voor kenmerken van bewoners: leeftijd, sekse en zorgbehoefte. Daarnaast is het gemiddelde van alle afdelingen gegeven. De figuur laat zien dat er verschillen tussen afdelingen blijven bestaan, ook als men rekening houdt met individuele kenmerken van bewoners. Op de drie eerste afdelingen in de figuur ondervinden bewoners minder problemen in het psychosociaal welbevinden. Op de drie laatste afdelingen in de figuur vertonen bewoners meer problemen in het psychosociaal welbevinden. Uiteraard gaat het hierbij om de problemen in

psychosociaal welbevinden zoals deze door medewerkers worden geobserveerd. Dit kan een verklaring vormen voor de gevonden verschillen.

Figuur 5.7 Verschillen in laag psychosociaal welbevinden tussen afdelingen. Gemiddelden afdeling en betrouwbaarheidsinterval per afdeling en het gemiddelde van alle afdelingen samen (horizontale lijn)



Voor wat betreft problemen in het psychosociaal welbevinden verklaren bewonerskenmerken 30% van de verschillen tussen afdelingen. Bij afdelingskenmerken blijft de verklaarde variantie gelijk, bij werkbelevingskenmerken wordt de verklaarde variantie met 41% wel hoger. Tabellen 5.8 en 5.9 tonen de invloed van afdelingskenmerken en werkbelevingskenmerken van medewerkers op problemen in het psychosociaal welbevinden van bewoners. Zowel afdelingskenmerken, als werkbelevingskenmerken vertonen geen significante samenhang met problemen in psychosociaal welbevinden van bewoners. Enkel de zorgbehoefte van bewoners vertoont een significant effect op de aanwezigheid van problemen in het psychosociaal welbevinden. Hoe hoger de zorgbehoefte van bewoners, hoe minder problemen zij ervaren in hun psychosociaal welbevinden. Dit resultaat vormt een verklaring voor het gevonden verschil in psychosociaal welbevinden tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bewoners in verzorgingshuizen ervaren waarschijnlijk meer problemen in hun psychosociaal welbevinden omdat zij zich vaker aan het begin van hun dementieproces bevinden.

Tabel 5.8 Multi-level analyses: de mate waarin kenmerken van de afdeling samenhangen met een laag psychosociaal welbevinden van bewoners na correctie op kenmerken van bewoners (n=502)

Laag psychosociaal welbevinden	Basismodel		Stap 1: Bewonerskenmerken Toegevoegd		Stap 2: Bewonerskenmerken en afdelingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	B	(SE)	
Intercept	1.33	(0.089)	1.32	(0.081)	1.32	(0.081)	
Sekse bewoners			-0.008	0.147	-0.08	(0.147)	
Leeftijd bewoners			-0.013	0.008	-0.01	(0.008)	
Zorgbehoefte van bewoners			-0.05*	0.014	-0.05*	(0.014)	
Volledigheid van de zorgdossiers					-0.02	(0.040)	
Aantal verzorgenden per bewoner					0.06	(0.203)	
Variantiecomponenten:							
Afdelingen	0.17	(0.068)	0.12	(0.56)	0.12	(0.056)	29%
Bewoners	1.61	(0.106)	1.59	(0.104)	1.58	(0.104)	2%
ICC afdelingen	10%		7%		7%		

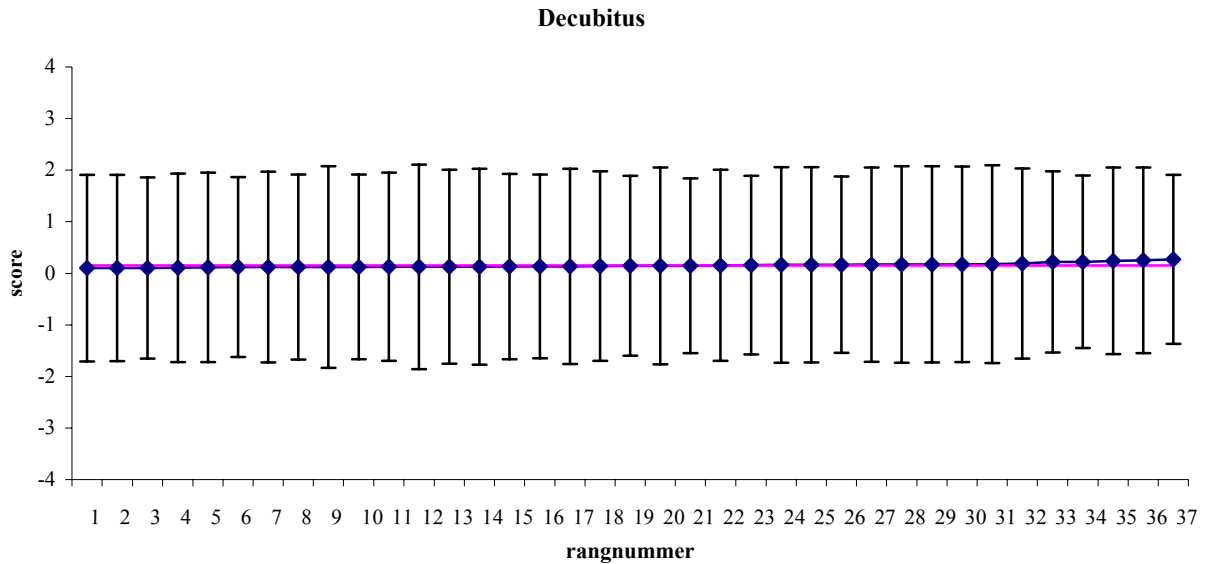
* = p<0.05

Tabel 5.9 Multi-level analyses: de mate waarin werkbelevingskenmerken van medewerkers samenhangen met een laag psychosociaal welbevinden van bewoners na correctie op kenmerken van bewoners (n=502)

Laag psychosociaal welbevinden	Basismodel		Stap 1: Bewonerskenmerken toegevoegd		Stap 2: Bewonerskenmerken en werkbelevingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	B	(SE)	
Intercept	1.33	(0.089)	1.32	(0.081)	1.32	(0.78)	
Sekse bewoners			-0.008	0.147	-0.08	(0.147)	
Leeftijd van bewoners			-0.013	0.008	-0.01	(0.008)	
Zorgbehoefte van bewoners			-0.05*	0.014	-0.05*	(0.014)	
Ervaren werkdruk					-0.23	(0.23)	
Sociale steun van leidinggevende					0.08	(0.207)	
Sociale steun van collega's					-0.31	(0.260)	
Variantiecomponenten:							
Afdelingen	0.17	(0.068)	0.12	(0.56)	0.10	(0.052)	41%
Bewoners	1.61	(0.106)	1.59	(0.104)	1.59	(0.104)	1%
ICC afdelingen	10%		7%		6%		

* = p<0.05

Figuur 5.8 Verschillen in decubitus tussen afdelingen. Gemiddelden afdeling en betrouwbaarheidsinterval per afdeling en het gemiddelde van alle afdelingen samen (horizontale lijn)



Van de variantie in decubitus ligt 13 % op het niveau van de afdelingen; 87% ligt op het niveau van bewoners. Verschillen in de aanwezigheid van decubitus op de afdelingen worden voor 32% verklaard door bewonerskenmerken. Wanneer men corrigeert voor kenmerken van bewoners zijn de verschillen tussen afdelingen in decubitus niet meer significant (zie figuur 5.8).

Afdelingskenmerken en werkbelevingskenmerken hangen eveneens samen met de aanwezigheid van decubitus, namelijk 46% en 44% tezamen met de bewonerskenmerken. De afdelingskenmerken en werkbelevingskenmerken hangen in zeer beperkte mate samen met de verschillen tussen individuele bewoners. Dit is niet verwonderlijk aangezien de meeste variantie ligt op het gebied van bewoners.

Tabellen 5.10 en 5.11 tonen de invloed van afdelingskenmerken en werkbelevingskenmerken op dit onderwerp nadat gecorrigeerd is op bewonerskenmerken. Uit de tabel blijkt dat afdelingskenmerken en kenmerken met betrekking tot de werkbeleving niet van invloed zijn op de aanwezigheid van decubitus op de afdeling. De leeftijd en de zorgbehoefte zijn wel van invloed op de kans op decubitus. Hoe ouder en hoe meer zorgbehoefte de bewoner, hoe meer kans hij/zij maakt op het ontstaan van decubitus.

Tabel 5.10 Multi-level analyses: de mate waarin kenmerken van de afdeling samenhangen met de aanwezigheid van decubitus op de afdeling na correctie op kenmerken van bewoners (n=502)

Decubitus	Basismodel		Stap 1: Bewonerskenmerken Toegevoegd		Stap 2: Bewonersken- merken en af- delingskenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	B	(SE)	
Intercept	-1.51	(0.165)	-1.72	(0.168)	-1.72	(0.165)	
Leeftijd bewoners			0.03*	(0.017)	0.03*	(0.017)	
Zorgbehoefte van bewoners			0.24*	(0.032)	0.24*	(0.032)	
Volledigheid van de zorgdossiers					-0.10	(0.084)	
Aantal verzorgenden per bewoner					-0.01	(0.386)	
Richtlijn m.b.t. decubitus aanwezig					0.41	(0.365)	
Variantiecomponenten							
Afdelingen	0.48	(0.0231)	0.33	(0.204)	0.26	(0.187)	46%
Bewoners	0.94	(0.0619)	0.91	(0.060)	0.94	(0.062)	0%
ICC afdelingen	13%		9%				

* = p<0.05

Tabel 5.11 Multi-level analyses: de mate waarin werkbelevingskenmerken van medewerkers samenhangen met de aanwezigheid van decubitus op de afdeling na correctie op kenmerken van bewoners (n=502)

Decubitus	Basismodel		Stap 1: Bewonerskenmerken Toegevoegd		Stap 2: Bewonerskenmerken en werkbelevings- kenmerken toegevoegd		Afname in variantie
	B	(SE)	B	(SE)	B	(SE)	
Intercept	-1.51	(0.165)	-1.72	(0.168)	-1.72	(0.164)	
Leeftijd van bewoners			0.03*	(0.017)	0.03*	(0.017)	
Zorgbehoefte van bewoners			0.24*	(0.032)	0.24*	(0.032)	
Ervaren werkdruk					0.01	(0.408)	
Sociale steun van leidinggevende					0.57	(0.380)	
Sociale steun van collega's					0.15	(0.486)	
Variantiecomponenten							
Afdelingen	0.48	(0.023)	0.33	(0.204)	0.27	(0.186)	44%
Bewoners	0.94	(0.062)	0.91	(0.060)	0.90	(0.059)	4%
ICC afdelingen	13%		9%				

* = p<0.05

5.8 Samenvatting

Hoofdstuk 5 beschrijft de gezondheidstoestand van bewoners aan de hand van een aantal ongewenste klinische uitkomsten. Er zijn geen significante verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen voor wat betreft ongewenst gewichtsverlies van bewoners. Er zijn wel verschillen waarneembaar in problemen met voedselinname in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bewoners in verpleeghuizen hebben vaker last van problemen met kauwen en slikken. Bewoners in verzorgingshuizen laten vaker een kwart of meer van hun maaltijd staan. Ook qua probleemgedrag zijn er verschillen tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Op afdelingen in verpleeghuizen vertonen bewoners significant vaker sociaal ongepast gedrag. Het vaakst voorkomend probleemgedrag is het verzet tegen zorg: meer dan een kwart van de bewoners heeft dit gedrag vertoond in de week voorafgaande aan de gegevensverzameling. Het lichamenlijk lastigvallen van anderen komt het minst voor als probleemgedrag. Bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen verschillen niet in het aantal probleemgedragingen dat zij vertonen. Er is een significant verschil tussen verpleeg- en verzorgingshuizen voor wat betreft de aanwezigheid van decubitus. Bewoners in verpleeghuizen hebben vaker last van

decubitus in vergelijking tot bewoners in verzorgingshuizen. Voor wat betreft de overige huidproblemen van bewoners zijn er geen verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen aanwezig.

Ook voor wat betreft het medicijngebruik zijn er geen verschillen tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen waarneembaar. Het aantal bewoners dat 9 of meer medicijnen gebruikt is iets hoger in verpleeghuizen dan in verzorgingshuizen.

Bewoners in verzorgingshuizen vertonen meer problemen in hun psychosociaal welbevinden. Ook hebben bewoners in verzorgingshuizen vaker last van meerdere problemen in het psychosociaal welbevinden. Wellicht heeft dit te maken met het stadium van dementie. Bewoners in de beginfase van het dementieproces hebben vaker last van stemmingswisselingen. Dit kan van invloed zijn op hun psychosociaal welbevinden.

Als laatste zijn de ook de scores op de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP) in dit hoofdstuk gepresenteerd. Bewoners in verpleeghuizen scoren hoger op de verschillende aspecten van de BOP, dan bewoners in verzorgingshuizen. Echter, de spreiding in scores is behoorlijk: er zijn grote verschillen tussen individuele bewoners op de afdelingen.

Met name kenmerken van bewoners hangen samen met de aanwezigheid van ongewenste klinische uitkomsten. De aanwezigheid van probleemgedrag hangt samen met de sekse en zorgbehoefte van bewoners: mannelijke bewoners vertonen significant vaker probleemgedrag en ook bewoners met een hogere zorgbehoefte vertonen significant meer probleemgedrag. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door de psychosociale component van de zorgbehoefte. Er is tevens een significante samenhang tussen de aanwezigheid van probleemgedrag op de afdeling en de steun die medewerkers ontvangen van hun leidinggevende. Waarschijnlijk hebben medewerkers die vaker te maken hebben met probleemgedrag meer behoefte aan steun van de leidinggevende.

Problemen in het psychosociaal welbevinden van bewoners hangt negatief samen met hun zorgbehoefte. Hoe zorgbehoeftiger bewoners zijn, hoe minder problemen zij ervaren in hun psychosociaal welbevinden. Afdelingskenmerken en werkbelevingskenmerken van medewerkers zijn niet van invloed op het psychosociaal welbevinden van bewoners.

Ook de aanwezigheid van decubitus hangt niet significant samen met afdelingskenmerken en werkbelevingskenmerken. De leeftijd en zorgbehoefte van bewoners hangen wel positief samen met de kans op decubitus.

6 Beïnvloedbaarheid van kwaliteit van zorg

In de voorgaande hoofdstukken is de kwaliteit van zorg op de afdelingen beschreven en is ingegaan op kenmerken van bewoners en afdelingen die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. Dit hoofdstuk gaat in op de beïnvloedbaarheid van kwaliteit van zorg door de afdeling.

Allereerst wordt ingegaan op de mening van afdelingshoofden²¹: welke aspecten vinden zij belangrijk voor de kwaliteit van zorg en in hoeverre zijn deze aspecten door de afdeling te beïnvloeden. Ten tweede zal worden ingegaan op het nut van het huidige onderzoek voor het verbeteren van kwaliteit van zorg. Alhoewel dit onderzoek zich niet specifiek richt op interventies op de afdelingen is getracht handvatten te bieden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Tijdens het onderzoek zijn resultaten op verschillende wijzen terug gekoppeld aan de afdelingen. Zo hebben alle afdelingen een individuele terugrapportage ontvangen en is tijdens een best-practice bijeenkomst een individueel spiegelrapport uitgereikt waarin de resultaten van de afdeling werden vergeleken met andere afdelingen in de regio. Een oordeel van de afdelingshoofden over de teruggekoppelde gegevens kan inzicht geven in de gewenste terugkoppeling voor afdelingen en mogelijke interventiestudies in de toekomst.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In paragraaf 6.1 wordt ingegaan op de mate waarin kwaliteit van zorg door afdelingshoofden te beïnvloeden is. In paragraaf 6.1.1 wordt ingegaan op de aspecten die afdelingshoofden het belangrijkste voor kwaliteit van zorg. In paragraaf 6.1.2 wordt beschreven in welke mate deze aspecten door de afdeling te beïnvloeden zijn. Paragraaf 6.1.3 beschrijft de factoren die volgens de afdelingshoofden kwaliteit van zorg bevorderen en belemmeren.

In paragraaf 6.2 zal worden ingegaan op de terugkoppeling van de onderzoeksresultaten aan de afdelingen (paragraaf 6.2.1) en de mate waarin de afdelingshoofden dit nuttig achten voor het aanbrengen van veranderingen (paragraaf 6.2.2).

In paragraaf 6.3 wordt een samenvatting van dit hoofdstuk gegeven.

6.1 Beïnvloedbaarheid van kwaliteit van zorg

Alle afdelingshoofden van de deelnemende afdelingen hebben aan het eind van het onderzoek een korte vragenlijst ontvangen. De vragenlijst bestaat uit een aantal

²¹ In dit hoofdstuk wordt de term ‘afdelingshoofd’ gebruikt. De terminologie kan verschillen per afdeling. Op een aantal afdelingen was in plaats van een afdelingshoofd een teamleider of zorgcoördinator aanwezig. Voor de duidelijkheid worden zij hier allen aangeduid met één term: ‘afdelingshoofd’.

vragen die specifiek zijn opgesteld voor dit onderzoek. De vragenlijst is geretourneerd door 27 afdelingshoofden. Dit is 73% van de 37 afdelingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt.

6.1.1 *Belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg*

Tabel 6.1 Aspecten die afdelingshoofden het belangrijkste vinden voor de kwaliteit van zorg

Aspecten van kwaliteit van zorg	Erg belangrijk voor kwaliteit van zorg N=27	Verpleeghuizen N=11	Verzorgingshuizen N=16
Gezondheidstoestand			
Voorkomen van probleemgedrag	70%	81%	63%
Voorkomen gewichtsverlies	52%	46%	56%
Voorkomen decubitus	82%	82%	81%
Zo min mogelijk medicijngebruik	52%	46%	56%
Goed psychosociaal welbevinden	93%	82%	100%
Woonomgeving			
Behouden eigen dagritme	70%	64%	75%
Behouden van eetgewoonten	56%	55%	56%
Plek voor bewoners om zich terug te trekken	82%	55%	100%
Bewoners kunnen zich vrij bewegen in instelling	81%	73%	88%
Bejegening van bewoners	96%	91%	100%
Huiselijkheid afdeling	82%	73%	88%
Levendigheid afdeling	56%	46%	63%
Geen onaangename geuren op de afdeling	70%	64%	75%
Kamers van bewoners zijn persoonlijk gemaakt	85%	73%	94%
Personeel is zichtbaar aanwezig	70%	64%	75%
Omgeving is goed verlicht	59%	55%	63%
Afdeling is schoon en netjes	59%	46%	69%

Aspecten van kwaliteit van zorg zijn, evenals in de vorige hoofdstukken, ingedeeld in gezondheidsaspecten en aspecten van de woonomgeving. Gezondheidsaspecten zijn

de preventie van probleemgedrag, gewichtsverlies, decubitus, zo min mogelijk medicijngebruik en een zo goed mogelijk psychosociaal welbevinden van bewoners. Aspecten van de woonomgeving betreffen het behoud van eigen dagritme, het behoud van eetgewoonten, een plek om zich terug te kunnen trekken, het vrij kunnen bewegen binnen de instelling en de bejegening van bewoners. Andere aspecten van de woonomgeving zijn de huiselijkheid van de afdeling, levendigheid van de afdeling, de afwezigheid van onaangename geuren, de schoonheid en netheid van de afdeling, de verlichting, de mate waarin kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt en de mate waarin het personeel zichtbaar aanwezig is.

Aan de afdelingshoofden is gevraagd welke van bovenstaande aspecten zij het belangrijkste vinden voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast was er de mogelijkheid om zelf aspecten toe te voegen.

Uit tabel 6.1 komt naar voren dat afdelingshoofden niet alle aspecten even belangrijk vinden voor de kwaliteit van zorg. Voor wat betreft de gezondheidsaspecten vindt het merendeel van de afdelingshoofden een goed psychosociaal welbevinden van bewoners van het allergrootste belang: 93% van alle afdelingshoofden geeft aan dit het belangrijkste te vinden. De preventie van overige ongewenste klinische uitkomsten vindt men ook zeer belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Met name de preventie van decubitus en het voorkomen van probleemgedrag. Het voorkomen van gewichtsverlies en medicijngebruik wordt minder belangrijk gevonden voor de kwaliteit van zorg. Er is geen groot verschil tussen de antwoorden van afdelingshoofden in verpleeghuizen en afdelingshoofden in verzorgingshuizen. Naast het psychosociaal welbevinden vinden afdelingshoofden ook enkele aspecten van de woonomgeving zeer belangrijk voor de kwaliteit van zorg: 96% van de afdelingshoofden vindt de bejegening van bewoners het belangrijkste. Ook de mate waarin kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt (85%), de aanwezigheid van een plek waar bewoners zich kunnen terugtrekken (82%) en de mate waarin bewoners vrij kunnen bewegen (81%) worden door de afdelingshoofden genoemd als zeer belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Met name afdelingshoofden in verzorgingshuizen geven aan deze aspecten het belangrijkste te vinden voor kwaliteit van zorg. Het behoud van de eigen eetgewoonten wordt minder belangrijk gevonden voor de kwaliteit van zorg.

6.1.2 De beïnvloedbaarheid van aspecten van kwaliteit van zorg

Naast het belang van bovengenoemde aspecten van kwaliteit van zorg, is aan afdelingshoofden ook gevraagd in welke mate de aspecten door de afdeling zijn te beïnvloeden.

Tabel 6.2 Aspecten van kwaliteit van zorg die afdelingshoofden goed beïnvloedbaar vinden

Beïnvloedbaarheid van kwaliteit van zorg	Aspect is goed beïnvloedbaar	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen
Gezondheid	N=27	N=11	N=16
Voorkomen van probleemgedrag	74%	91%	63%
Voorkomen gewichtsverlies	64%	60%	67%
Voorkomen decubitus	93%	100%	88%
Zo min mogelijk medicijngebruik	74%	91%	63%
Goed psychosociaal welbevinden	96%	100%	94%
Woonomgeving			
Behouden eigen dagritme	89%	91%	88%
Behouden van eetgewoonten	85%	82%	88%
Plek voor bewoners om zich terug te trekken	56%	27%	75%
Bewoners kunnen zich vrij bewegen in instelling	59%	36%	75%
Bejegening van bewoners	96%	91%	100%
Huiselijkheid afdeling	93%	91%	94%
Levendigheid afdeling	89%	91%	88%
Geen onaangename geuren op de afdeling	82%	73%	88%
Kamers van bewoners zijn persoonlijk gemaakt	63%	46%	75%
Personeel is zichtbaar aanwezig	85%	91%	81%
Omgeving is goed verlicht	85%	73%	94%
Afdeling is schoon en netjes	89%	82%	94%

Tabel 6.2 toont het percentage afdelingshoofden dat de aspecten van kwaliteit van zorg goed beïnvloedbaar vindt. Uit de tabel komt naar voren dat een merendeel van de afdelingshoofden alle aspecten goed beïnvloedbaar vindt.

Voor wat betreft de gezondheidsaspecten, zijn met name de preventie van decubitus (93%) en een goed psychosociaal welbevinden (96%) volgens de afdelingshoofden goed te beïnvloeden. Afdelingshoofden in verpleeghuizen vinden deze zaken over het algemeen beter te beïnvloeden dan hun collega's in het verzorgingshuis. Dit geldt met name voor de preventie van het probleemgedrag en zo min mogelijk medicijngebruik van bewoners. Voor wat betreft probleemgedrag vindt 91% van afdelingshoofden in verpleeghuizen dit goed beïnvloedbaar tegenover 63% in verzorgingshuizen. Ook voor medicijngebruik is dit respectievelijk 91% en 63%.

Ook in de woonomgeving zijn aspecten goed beïnvloedbaar. Met name de bejegening van bewoners (96%) en de huiselijkheid van de afdeling (93%) zijn volgens afdelingshoofden goed te beïnvloeden. Bij deze aspecten is er nauwelijks een verschil tussen afdelingshoofden in verpleeg- en verzorgingshuizen; beiden vinden dit goed beïnvloedbaar.

Een plek voor bewoners om zich terug te trekken (56%), de mate waarin bewoners zich vrij kunnen bewegen binnen de instelling (59%) en de mate waarin de kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt (63%), zijn aspecten die moeilijker te beïnvloeden zijn. Op deze aspecten bestaat er een verschil tussen afdelingshoofden in verpleeghuizen en afdelingshoofden in verzorgingshuizen.

Een minderheid van afdelingshoofden in verpleeghuizen vindt deze zaken goed beïnvloedbaar. Het creëren van een plek voor bewoners om zich terug te trekken is het minst te beïnvloeden in verpleeghuizen. Slechts 27% van afdelingshoofden vindt dit goed beïnvloedbaar. Van de afdelingshoofden vindt 36% de mate waarin bewoners zich vrij kunnen bewegen in het verpleeghuis goed beïnvloedbaar en 46% vindt de mate waarin kamers persoonlijk zijn gemaakt goed te beïnvloeden.

De meerderheid van afdelingshoofden in verzorgingshuizen vindt bovengenoemde aspecten wel goed beïnvloedbaar. Zo vindt 75% van de afdelingshoofden het creëren van een plek om zich terug te trekken, goed beïnvloedbaar. Eveneens 75% vindt de mate waarin bewoners zich vrij kunnen bewegen en dat de kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt goed te beïnvloeden.

Waarschijnlijk heeft het verschil tussen afdelingshoofden te maken met het feit dat afdelingen in verzorgingshuizen vrijwel allemaal beschikken over eenpersoonskamers voor bewoners. Het is dan makkelijker te realiseren dat bewoners zich terug kunnen trekken en dat kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt.

6.1.3 *Bevorderende en belemmerende factoren voor kwaliteit van zorg*

Op de afdeling zijn verschillende factoren aanwezig die de kwaliteit van zorg kunnen bevorderen of belemmeren. Deze factoren zijn onder te verdelen in woonomgeving, systematisch werken, organisatie en medewerkers. Tabel 6.3 toont de verschillende factoren. Aan de afdelingshoofden is gevraagd naar de mate waarin de factoren bevorderend of belemmerend werken op hun afdeling.

Tabel 6.3 Factoren die de kwaliteit van zorg kunnen bevorderen of kunnen belemmeren

Factoren die kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden	Werkt bevorderend N=27	Werkt belemmerend N=27
Afdeling		
- aantal bewoners op de afdeling	19%	15%
- variatie in zorgzwaarte	35%	27%
- beperkte ruimte op de afdeling	4%	74%
Systematisch werken		
- uitgebreidheid van zorgdossier	78%	4%
- aanwezigheid van richtlijnen	89%	0%
Organisatie		
- management van de instelling	74%	0%
- vertegenwoordiging van de afdeling in de cliëntenraad	58%	0%
Medewerkers		
- dagelijkse personeelsbezetting	67%	4%
- opleidingsniveau medewerkers	78%	4%
- beschikbare tijd voor dagelijkse overdracht	65%	8%
- aanwezigheid van vrijwilligers	70%	4%

De afdelingshoofden vinden de aanwezigheid van richtlijnen (89%), de uitgebreidheid van het zorgdossier (78%) en het opleidingsniveau van de medewerkers (78%) met name bevorderend werken voor de kwaliteit van zorg op hun afdeling. De beperkte ruimte op de afdeling (74%), de variatie in zorgzwaarte (27%) en het aantal bewoners op de afdeling (15%) werken het meest belemmerend voor de kwaliteit van zorg. In deze resultaten zijn er enkele verschillen tussen afdelinghoofden in verpleeg- en verzorgingshuizen (niet in tabel). Zo vindt 38% van de afdelingshoofden in verzorgingshuizen de variatie in zorgzwaarte belemmerend werken, tegenover 10% van de afdelingshoofden in verpleeghuizen.

Het management van de instelling wordt met name als een bevorderende factor gezien in verzorgingshuizen (88%). In verpleeghuizen vindt 55% procent het management bevorderend voor de kwaliteit van zorg. 45% van de ondervraagde afdelingshoofden in verpleeghuizen staat neutraal tegenover het management.

De dagelijkse personeelsbezetting vindt men vooral bevorderend werken in de verzorgingshuizen. 75% van de afdelingshoofden geven aan dit een bevorderende factor te vinden, tegenover 55% van de afdelingshoofden in verpleeghuizen.

6.2 Bruikbaarheid van de rapportages

Op verschillende momenten zijn resultaten van het onderzoek terug gekoppeld aan de afdelingen. In deze paragraaf volgt een evaluatie van de gehanteerde rapportages en de best-practice bijeenkomst. De uitkomsten bieden inzicht in het nut van de verschillende rapportages en mogelijke aanknopingspunten voor interventiestudies in de toekomst.

6.2.1 Terugkoppeling van de resultaten

In deze paragraaf volgt eerst een korte beschrijving van de inhoud van de individuele terugrapportage, spiegelrapport en best-practice bijeenkomst.

Individuele terugrapportage

In de individuele terugrapportage is ingegaan op een groot aantal aspecten van kwaliteit van zorg. Allereerst zijn resultaten over de gezondheidstoestand van bewoners beschreven aan de hand van BOP-scores en de resultaten uit de MDS (RAI). Vanuit de MDS is specifiek aandacht besteed aan de frequentie van bepaalde problemen bij bewoners²². Daarnaast is de uitgebreidheid van de zorgdossiers beschreven. Zo is, onder andere, ingegaan op het aantal zorgdoelen per bewoner en de overzichtelijkheid van de dossiers. Ook van de observaties zijn resultaten teruggekoppeld. Zo is aandacht besteed aan de bejegening van de bewoners en kenmerken van de afdeling zoals de huiselijkheid en levendigheid van de afdeling. Bij de terugrapportage was ook telkens een fragment uit een incidentele observatie toegevoegd. In de terugrapportage is daarnaast ingegaan op de autonomie, veiligheid en activiteitendeelname van bewoners. Tenslotte is specifiek ingegaan op onderwerpen die, volgens de onderzoekers, als positief werden ervaren op de afdeling én is ingegaan op één of twee aspecten, die volgens de onderzoekers verbeterd konden worden.

Spiegelrapport

Iedere afdeling heeft aan het eind van de gegevensverzameling een spiegelrapport ontvangen waarin de afdeling is vergeleken met andere afdelingen in de regio. Het spiegelrapport is ingedeeld in drie gedeelten: de woonomgeving van bewoners, de gezondheidstoestand van bewoners en de werkomgeving van medewerkers. In het spiegelrapport is het resultaat van de afdeling telkens weergegeven naast het gemiddelde resultaat van de regio. In een aantal gevallen is een overzicht gegeven van de scores van alle afdelingen. Iedere afdeling was voorzien van een code die enkel bekend was bij de onderzoekers en de betreffende afdeling.

²² Voor iedere bewoner waarvoor de MDS is ingevuld kunnen probleemgebieden worden vastgesteld. De RAP's (Resident Assessment Protocol) geven vervolgens informatie over hoe deze problemen kunnen worden opgelost. Een kopie van de RAP's was als bijlage aan de individuele terugrapportage toegevoegd.

Het spiegelrapport is uitgereikt tijdens de best-practice bijeenkomst of, wanneer er geen vertegenwoordiger van de afdeling aanwezig kon zijn, naar de afdelingen verzonden.

Best-practice bijeenkomst

In iedere regio is in oktober/ november 2003 een 'best-practice' bijeenkomst georganiseerd voor deelnemende afdelingen. Er is gekozen voor een regionale bijeenkomst omdat afdelingen binnen een regio makkelijker met elkaar zijn te vergelijken. Vaak hebben zij te maken met eenzelfde problematiek, zoals bijvoorbeeld het vinden van personeel. Een bijkomend doel van de bijeenkomst was dat vertegenwoordigers van de afdelingen elkaar leren kennen en informatie met elkaar uit kunnen wisselen. Een mogelijk verdere uitwisseling van gegevens is makkelijker te realiseren binnen één regio.

De uitnodiging voor de bijeenkomst is verstuurd ter attentie van het afdelingshoofd. Iedere afdeling kon met drie vertegenwoordigers van de instelling bij de bijeenkomst aanwezig zijn. Vertegenwoordigers van de instelling bestonden onder andere uit afdelingshoofden, medewerkers van de afdeling, verpleeghuisartsen, kwaliteitsmedewerkers, locatiemanagers en directie.

Aan de hand van de onderzoeksgegevens is in iedere regio een 'best-practice' voor de woonomgeving vastgesteld. Dit was de afdeling die significant positiever scoorde op aspecten van de woonomgeving ten opzichte van de overige afdelingen in de regio. Aan het afdelingshoofd van deze afdeling is gevraagd een korte presentatie te geven over de werkwijze op deze afdeling. Wanneer de 'best-practice' niet bij de bijeenkomst aanwezig kon zijn is een groepsdiscussie georganiseerd. De afdelingshoofden van de best-practices noemden met name het activiteitenaanbod en de aankleding van de afdeling als bevorderende aspecten van de woonomgeving. De punten die de best-practices noemden en aspecten die de onderzoekers specifiek zijn opgevallen zijn geordend tot een lijst met praktische tips (bijlage 1). In een workshop is het psychosociaal welbevinden van bewoners besproken. Daarbij is ingegaan op de mogelijke invloed van andere samenhangende factoren, zoals de bejegening van bewoners, op psychosociaal welbevinden en hoe een mogelijk verbetertraject kan worden opgezet.

In het voorjaar van 2004 zijn soortgelijke bijeenkomsten georganiseerd voor de cliëntenraden van de deelnemende instellingen waarin het activiteitenaanbod op de afdeling uitgebreid aan de orde is gekomen.

6.2.2 *Bruikbaarheid van rapportages*

Aan de afdelingshoofden is gevraagd in hoeverre de terugrapportage, het spiegelrapport en de 'best-practice' bijeenkomst bruikbaar zijn voor het aanbrengen van veranderingen op de afdeling.

Allereerst is aan de afdelingshoofden gevraagd met wie de verschillende rapportages zijn besproken. Op 78% van de afdelingen is de terugrapportage en het spiegelrapport besproken met medewerkers van de afdeling. Van de afdelingshoofden heeft 85%

beide rapportages besproken met het management en directie. Ook andere belanghebbenden zijn geïnformeerd over de rapportages. 41% van de afdelingshoofden heeft één of beide rapportages besproken met de verpleeghuisarts. Bij 30% van de afdelingen is de cliëntenraad over één of beide rapportages ingelicht. Respectievelijk 33% en 19% van de afdelingen heeft de overige disciplines en de familieleden van bewoners geïnformeerd over de rapportages. Enkele afdelingen hebben de resultaten van de rapportages op een andere manier verspreid binnen de instelling. Zo heeft een afdeling regelmatig verslagen van de rapportages opgenomen in het huisblad. Op een aantal andere afdelingen zijn de resultaten gepresenteerd aan medewerkers via een PowerPoint presentatie.

Aan de afdelingshoofden is tevens gevraagd of naar aanleiding van de rapportages veranderingen zijn aangebracht of gepland. Van de 27 afdelingen heeft 44% naar aanleiding van de rapportages of de bijeenkomst veranderingen aangebracht. Dit is 32% van alle afdelingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt. 37% van de 27 afdelingen heeft naar aanleiding van de rapportages veranderingen gepland en 30% van de afdelingshoofden geeft aan nog niet aan veranderingen te zijn toegekomen. Tabel 6.4 geeft de (geplande) veranderingen die door afdelingen het vaakst zijn genoemd.

Tabel 6.4 Veranderingen die door afdelingshoofden worden genoemd naar aanleiding van de rapportages. De veranderingen kunnen reeds zijn gerealiseerd of zijn gepland. Afdelinghoofden kunnen meerdere veranderingen noemen

(Geplande) veranderingen	Aantal keer dat verandering is genoemd
Zinnvolle dagbesteding/ activiteitenaanbod	6
Aanpassen huiskamers	5
Bezetting/ aanwezigheid van personeel	4
Wijzigingen zorgdossier	4
Begeleiding/ scholing medewerkers	4
Aandacht voor bejegening van bewoners	3
Psychosociaal welbevinden van bewoners	2

Afdelingen hebben met name veranderingen aangebracht of gepland in de dagbesteding/ het activiteitenaanbod en de huiskamers (respectievelijk 6 en 5 afdelingshoofden hebben dit aangegeven). Telkens vier afdelingen noemen de bezetting/aanwezigheid van het personeel, wijzigingen in het zorgdossier en de begeleiding/scholing van medewerkers als geplande (of gerealiseerde) veranderingen. 3 afdelingen geven aan meer aandacht te besteden aan de bejegening van bewoners. 2 afdelingen noemen het psychosociaal welbevinden van bewoners als verbeterpunt. Het activiteitenaanbod, de aankleding van de afdeling en het psychosociaal welbevinden van bewoners zijn onderwerpen die tijdens de ‘best-practice’ bijeenkomst uitgebreid aan de orde zijn gekomen.

Als laatste is aan de afdelingshoofden gevraagd in hoeverre de rapportages bruikbaar zijn voor het opzetten van veranderingen op de afdeling. 24 afdelingshoofden hebben deze vraag beantwoord.

Vrijwel alle afdelingshoofden vinden de rapportages goed bruikbaar: 96% van de 24 afdelingshoofden vinden de individuele terugrapportage en/of het spiegelrapport bruikbaar. 58% van de afdelingshoofden vindt ook de bijeenkomst bruikbaar voor het aanbrengen van veranderingen.

6.3 Samenvatting

Samenvattend, de afdelingshoofden vinden met name het psychosociaal welbevinden van bewoners, de bejegening van bewoners, een plek om voor bewoners om zich terug te kunnen trekken en dat kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt van het grootste belang voor kwaliteit van zorg. Echter, de laatste 2 aspecten zijn, met name in verpleeghuizen, moeilijk door het afdelingshoofd te beïnvloeden. Ruimtegebrek op de afdeling is, zowel in verpleeghuizen als verzorgingshuizen, de meest belemmerende factor voor kwaliteit van zorg. De aanwezigheid van richtlijnen ervaren afdelingshoofden als de meest bevorderende factor voor kwaliteit van zorg.

Alhoewel dit onderzoek zich niet richtte op interventies op de afdelingen, zijn er aan de hand van het onderzoek reeds een aantal veranderingen gepland of reeds uitgevoerd op de afdelingen. Het merendeel van de afdelingshoofden vindt de verschillende rapportages bruikbaar en ongeveer eenderde van alle afdelingen heeft naar aanleiding van de rapportages veranderingen aangebracht of gepland. Het organiseren van een best-practice bijeenkomst is minder bruikbaar voor het aanbrengen van veranderingen. Echter, eenderde van de afdelingen heeft aangegeven de bijeenkomst bruikbaar te vinden. De onderwerpen die door de best-practices werden genoemd als bevorderend voor de woonomgeving hebben met name betrekking op het activiteitsaanbod en de aankleding van de afdeling. De wijze van, op korte termijn, tussentijds terugkoppelen van resultaten lijkt goed te werken. Dit heeft waarschijnlijk de volgende oorzaken. De resultaten van het onderzoek zijn, omdat zij recent zijn, nog goed bruikbaar voor de instelling. Daarnaast gaan zowel de individuele terugrapportage als het spiegelrapport specifiek in op de situatie op één afdeling. Het spiegelen van de resultaten aan overige afdelingen in de regio maakt de resultaten beter interpreteerbaar. Dit alles maakt de resultaten goed bruikbaar voor het aanbrengen van veranderingen.

7 Conclusie en beschouwing

De laatste jaren is de aandacht voor kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen sterk toegenomen. In dit rapport wordt de kwaliteit van zorg voor bewoners met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen beschreven. Tevens is ingegaan op kenmerken van de afdeling die de kwaliteit van zorg beïnvloeden en de mate waarin afdelinghoofden de kwaliteit van zorg beïnvloedbaar vinden. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen één voor één beantwoord en enkele kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst.

7.1 Conclusies

Wat is de kwaliteit van zorg voor psychogeriatrische bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen?

Uit het rapport komt naar voren dat de onderzochte afdelingen in verpleeghuizen verschillen van de onderzochte afdelingen in verzorgingshuizen in de kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn er grote verschillen in kwaliteit van zorg aanwezig tussen individuele afdelingen in zowel verpleeg- als verzorgingshuizen.

De kwaliteit van de woonomgeving is onderzocht aan de hand van drie aspecten: de sfeer, de autonomie en de veiligheid op de afdelingen. De sfeer op de afdeling wordt gevormd door de bejegening van bewoners door medewerkers, de mate waarin medewerkers activiteiten ondernemen om de functies van bewoners te behouden of te herstellen en de levendigheid en huiselijkheid van de afdeling. De autonomie op de afdeling omvat de ruimte van de kamers van bewoners, de ruimte voor bewoners om zich terug te trekken en de mate waarin de kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt. Veiligheid is onder te verdelen in veiligheid van de omgeving en veiligheid geboden door het personeel. De veiligheid van de omgeving omvat de mate waarin de afdelingen netjes zijn, de mate waarin de afdeling goed is onderhouden en de mate waarin de omgeving goed is verlicht. Veiligheid geboden door het personeel bestaat uit de zichtbaarheid van het personeel voor bewoners, de mate waarin personeel actief voor bewoners zorgt en de mate waarin het personeel bewoners bij hun naam noemt. De onderzochte afdelingen in de verzorgingshuizen bieden gemiddeld een betere kwaliteit van zorg qua woonomgeving dan de onderzochte afdelingen in verpleeghuizen. De sfeer op de afdelingen wordt gemiddeld hoger beoordeeld op afdelingen in verzorgingshuizen. Dit geldt met name voor de namiddag. Echter, de sfeer wordt zowel in verpleeg- als in verzorgingshuizen niet erg hoog beoordeeld. In verzorgingshuizen wordt bewoners meer autonomie geboden dan in verpleeghuizen ongeacht het moment van observatie. Dit heeft ondermeer te maken met het feit dat bewoners in verzorgingshuizen, zowel op gesloten afdelingen als op

groepsverzorgingsprojecten, beschikken over hun eigen kamer. De veiligheid van de omgeving verschilt niet tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Voor wat betreft de veiligheid geboden door het personeel zijn er wel verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen waarneembaar. Met name in de namiddag bleken de onderzochte afdelingen in verzorgingshuizen een betere veiligheid aan bewoners te bieden, voor wat betreft de aanwezigheid van het personeel.

Deze resultaten beschrijven de gemiddelden van afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. In de praktijk blijkt dat er grote verschillen bestaan binnen de groep afdelingen in verpleeghuizen en de groep afdelingen in verzorgingshuizen.

In het onderzoek is de kwaliteit van zorg tevens gemeten door het vaststellen van een aantal ongewenste klinische uitkomsten: gewichtsverlies, probleemgedrag, decubitus, medicijngebruik en een laag psychosociaal welbevinden van bewoners.

Decubitus komt significant vaker voor in de onderzochte verpleeghuizen dan in verzorgingshuizen. Op de onderzochte afdelingen in verpleeghuizen heeft 25% van de bewoners last van decubitus. In verzorgingshuizen is dit 15% van de bewoners.

Bewoners in verpleeghuizen vertonen vaker sociaal ongepast of storend gedrag (30%) in vergelijking tot bewoners in verzorgingshuizen (21%). Bewoners in verzorgingshuizen ondervinden daarentegen vaker problemen in hun psychosociaal welbevinden in vergelijking tot bewoners in verpleeghuizen. Bewoners in verzorgingshuizen onttrekken zich vaker aan zorg/activiteiten, hebben vaker problemen met andere bewoners en familie en vrienden, zijn vaker bedroefd over hun verloren status/rollen in de samenleving en ervaren een groot verschil in de dagelijkse routine in vergelijking tot de thuissituatie. Qua medicijngebruik en gewichtsverlies zijn er geen verschillen tussen bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen waarneembaar. Bewoners in verpleeghuizen hebben wel vaker last van kauw- en slikproblemen. Bewoners in verzorgingshuizen laten vaker een kwart van hun eten staan.

Naast de verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ook in deze uitkomsten grote verschillen tussen individuele afdelingen in verpleeghuizen en individuele afdelingen in verzorgingshuizen waarneembaar.

De gedragstoestand van bewoners is tevens vastgesteld. Uit de resultaten komt naar voren dat de onderzochte bewoners in verpleeghuizen meer hulpbehoevend zijn dan de onderzochte bewoners in verzorgingshuizen. Er zijn echter ook grote individuele verschillen tussen bewoners aanwezig op de afdelingen. De bewoners op de afdelingen vormen, zowel in verpleeg- als verzorgingshuizen een heterogene groep. Dit maakt het zinvol om te zien of de uitkomsten veranderen indien gecorrigeerd wordt voor specifieke eigenschappen van bewoners op een afdeling.

In hoeverre bestaan er verschillen in kwaliteit van zorg tussen afdelingen, rekening houdend met specifieke eigenschappen van bewoners?

In verpleeghuizen is de zorgbehoefte van bewoners hoger. Ook zijn er meer mannen opgenomen op de afdelingen in verpleeghuizen en zijn de bewoners gemiddeld wat jonger dan de bewoners op de afdelingen in verzorgingshuizen. Uit hoofdstuk 5 komt naar voren dat de aanwezigheid van ongewenste klinische uitkomsten grotendeels

bepaald wordt door individuele kenmerken van bewoners. Met name de zorgbehoefte van bewoners hangt sterk samen met ongewenste klinische uitkomsten van bewoners. De sekse en zorgbehoefte van bewoners zijn beiden van invloed op het probleemgedrag van bewoners. Hoe meer mannelijke bewoners er zijn op de afdeling, hoe vaker probleemgedrag wordt geconstateerd. Hetzelfde geldt voor de zorgbehoefte van bewoners. Hoe hoger de zorgbehoefte van bewoners, hoe vaker zij probleemgedrag vertonen.

Met betrekking tot het psychosociaal welbevinden van bewoners speelt waarschijnlijk de fase van dementie een rol. In het relatieve begin van het dementieproces hebben bewoners vaker last van stemmingswisselingen en ervaren zij een discrepantie tussen de situatie in de zorginstelling en de thuissituatie. Deze aanname wordt bevestigd door de analyses in hoofdstuk 5. Bewoners met een hogere zorgbehoefte ervaren minder problemen in hun psychosociaal welbevinden dan bewoners met een lagere zorgbehoefte.

Ook de aanwezigheid van decubitus wordt grotendeels beïnvloed door bewonerskenmerken. Hierbij speelt de leeftijd en wederom de zorgbehoefte van bewoners een belangrijke rol. Hoe hoger de leeftijd en zorgbehoefte van bewoners, hoe meer kans zij hebben op decubitus.

De resultaten laten zien dat het belangrijk is om, bij het meten van ongewenste klinische uitkomsten, rekening te houden met individuele bewonerskenmerken omdat zij verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen gedeeltelijk kunnen verklaren. De verschillen in ongewenste uitkomsten kunnen echter bij geen van de uitkomsten geheel verklaard worden door specifieke eigenschappen van bewoners. Ook kenmerken van de afdeling waar de bewoners wonen zijn van belang.

In hoeverre kunnen de verschillen in kwaliteit van zorg verklaard worden door kenmerken van de afdeling?

In het onderzoek is tevens gekeken naar kenmerken van de afdelingen die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. Hierbij is een groot aantal gegevens van afdelingen verzameld: gegevens met betrekking tot de grootte van de afdeling, de aanwezigheid van richtlijnen, de volledigheid van het zorgdossier en gegevens met betrekking tot de werkbeleving van medewerkers. Gegevens over de grootte van de afdeling betreffen het aantal bewoners, medewerkers, huiskamers en vrijwilligers op de afdeling. Werkbelevingskenmerken van medewerkers betreffen de ervaren werkdruk, de sociale steun van de leidinggevende en de sociale steun van collega's. Met behulp van multi-level analyses is de invloed van deze afdelingskenmerken getoetst voor alle afdelingen afzonderlijk in de hoofdstukken 4 en 5. Uit de resultaten komt naar voren dat, in tegenstelling tot de verwachtingen, afdelingen met meer verzorgenden en vrijwilligers geen betere kwaliteit van zorg bieden aan bewoners. Er zijn wel verschillen aanwezig tussen de verschillende typen afdelingen. De onderzochte groepsverzorgingsprojecten bieden, ook wanneer men rekening houdt met overige afdelingskenmerken, een significant betere sfeer op de afdeling in vergelijking tot verpleeghuizen. Gesloten afdelingen en groepsverzorgingsprojecten in verzorgingshuizen bieden beiden meer autonomie en meer veiligheid aan bewoners dan afdelingen in verpleeghuizen.

De ervaren werkdruk van medewerkers speelt een belangrijke rol met betrekking tot de sfeer en veiligheid. Hoe hoger de werkdruk, hoe minder sfeer er heerst op de afdelingen en hoe minder veiligheid aan bewoners wordt geboden. Het gaat hierbij om de veiligheid in de vorm van de aanwezigheid van het personeel.

In tegenstelling tot wat verwacht mag worden uit de literatuur betreffende sociale steun (De Jonge et al., 1994) heeft meer sociale steun geen positieve relatie met de kwaliteit van zorg. De sociale steun van collega's hangt negatief samen met de veiligheid van de omgeving: op afdelingen waar medewerkers veel sociale steun ervaren is de afdeling minder netjes en zijn de afdelingen minder goed onderhouden. De sociale steun van de leidinggevende bleek negatief samen te hangen met de veiligheid zoals deze wordt geboden door het personeel. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Wellicht zijn medewerkers die veel sociale steun van hun collega's ontvangen in hun werk minder gericht op de netheid van de afdeling en steken zij meer tijd in de belevingswereld van bewoners.

Uit de analyses met betrekking tot de gezondheidstoestand van bewoners komt naar voren dat er een positieve significante samenhang bestaat tussen de aanwezigheid van probleemgedrag op de afdeling en de steun die men ontvangt van de leidinggevende. Hoe meer probleemgedrag er voorkomt op de afdeling, hoe meer sociale steun medewerkers ontvangen van hun leidinggevende. Wellicht is de sociale steun van de leidinggevende noodzakelijk voor het verlenen van de juiste zorg aan bewoners met probleemgedrag en zal hierover vaker overlegd worden. Dit kan vervolgens van invloed zijn op de veiligheid omdat het personeel zich vaker terugtrekt voor overleg. Er zijn geen andere kenmerken van de afdeling gevonden die van invloed zijn op het voorkomen van ongewenste uitkomsten.

In hoeverre en hoe zijn verschillen in kwaliteit van zorg volgens hulpverleners beïnvloedbaar?

Aan de afdelingshoofden is gevraagd in welke mate zij de kwaliteit van zorg goed beïnvloedbaar vinden. Daarbij is allereerst gevraagd naar de belangrijkste aspecten van kwaliteit van zorg en aspecten die de kwaliteit van zorg kunnen bevorderen of belemmeren.

Uit de resultaten komt naar voren dat volgens afdelingshoofden het psychosociaal welbevinden van bewoners, de bejegening van bewoners, de aanwezigheid van een plek voor bewoners om zich terug te kunnen trekken en de mate waarin de kamers van bewoners persoonlijk zijn gemaakt het belangrijkste zijn voor kwaliteit van zorg. Ruimtegebrek op de afdeling wordt gezien als de meest belemmerende factor voor kwaliteit van zorg. De aanwezigheid van richtlijnen wordt gezien als de meest bevorderende factor voor kwaliteit van zorg. Uit de multi-level analyses komt naar voren dat de aanwezigheid van richtlijnen niet samenhangt met een hogere kwaliteit van zorg, voor wat betreft de klinische uitkomsten. De aanwezigheid van richtlijnen zou uiteraard wel van invloed kunnen zijn op de homogeniteit van handelingen van medewerkers. Dit is in dit onderzoek niet aan de orde gekomen. Tevens is niet gecontroleerd in hoeverre medewerkers de richtlijnen ook daadwerkelijk toepassen. De terugkoppeling van de resultaten middels de individuele terugrapportage die de afdelingen hebben gekregen én het spiegelrapport wordt door het merendeel van de afdelingshoofden bruikbaar gevonden voor het aanbrengen van veranderingen op de

afdeling. Ook de best-practice bijeenkomsten die als onderdeel van dit onderzoek zijn gehouden worden nuttig gevonden voor het aanbrengen van veranderingen. Tijdens de bijeenkomsten bleek dat vooral de mondelinge toelichting bijdraagt aan de bruikbaarheid van de spiegelrapportage. Tijdens de regionale bijeenkomst heeft telkens de afdeling die als best-practice met betrekking tot de woonomgeving naar voren kwam, een korte presentatie gehouden over de gang van zaken op de afdeling. Uit deze presentaties werd duidelijk dat deze best-practice afdelingen met name aandacht besteden aan het activiteitenaanbod en de aankleding van de afdeling. Eenderde van de afdelingen heeft naar aanleiding van dit onderzoek veranderingen op de afdeling aangebracht of gepland. Deze veranderingen, die worden of zijn aangebracht, zijn divers en liggen zowel op het gebied van het activiteitenaanbod, aanpassingen in de huiskamers, aanwezigheid van het personeel, het zorgdossier, begeleiding en scholing medewerkers, bejegening van bewoners en psychosociaal welbevinden van bewoners.

Samenvattend

Ondanks de specifieke individuele kenmerken van psychogeriatrische bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn er verschillen in kwaliteit van zorg waarneembaar. Met name de onderzochte verzorgingshuizen bieden een betere kwaliteit van zorg voor wat betreft de sfeer, autonomie en veiligheid (zoals geboden door het personeel) op de afdeling. In de middag bleek in de onderzochte verpleeghuizen de veiligheid, zoals geboden door het personeel lager. Deze verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen blijven bestaan wanneer men rekening houdt met overige kenmerken van de afdelingen. Voor wat betreft de gezondheidstoestand van bewoners zijn er eveneens verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen aanwezig. Naast de verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ook verschillen tussen afdelingen in beide sectoren waarneembaar.

7.2 Kanttekeningen bij het onderzoek en aanbevelingen voor de toekomst

In dit onderzoek zijn gegevens verzameld van 37 afdelingen, 502 bewoners en 474 medewerkers. Het onderzoek heeft zich toegespitst op 4 regio's: Amsterdam, Rotterdam, West-Brabant en de regio Stedendriehoek. De keuze voor de regio's is gebaseerd op verschillen in de mate van stedelijkheid en geloofsovertuiging. De afdelingen hebben zichzelf voor het onderzoek aangemeld, nadat alle instellingen in deze regio's zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek. De afdelingen wijken ondanks de beperkingen in regio's en het ontbreken van een aselechte steekproef niet veel af van reguliere afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen voor wat betreft de leeftijd en geslacht van medewerkers en het geslacht, leeftijd en de zorgbehoefte van bewoners.

De gegevens zijn verzameld op één tijdstip. Dit kan van invloed zijn op de resultaten. Afdelingen waar bijvoorbeeld meerdere medewerkers tegelijkertijd ziek zijn, zullen een hogere werkdruk ervaren op dat moment. Voor zover de onderzoekers dit hebben kunnen nagaan waren er geen uitzonderlijke situaties aanwezig tijdens de

gegevensverzameling op de afdelingen. Desondanks mag er niet zondermeer van uit worden gegaan dat de gegevens representatief zijn voor alle verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland.

Uit dit onderzoek komen een aantal interessante resultaten naar voren. Het aantal afdelingen, bewoners en medewerkers dat aan het onderzoek heeft meegewerkt, is echter beperkt. Dit kan de oorzaak zijn van het beperkt aantal significante verschillen tussen afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen: verschillen moeten erg groot zijn willen zij een significant effect laten zien. Hetzelfde geldt voor kenmerken van de afdelingen die de kwaliteit van zorg kunnen beïnvloeden. Een andere oorzaak voor het vinden van beperkte verschillen tussen afdelingen in de aanwezigheid van ongewenste klinische uitkomsten, kan liggen in de correctie op zorgbehoefte die is toegepast. De onderzoekers hebben ervoor gekozen gebruik te maken van de LZV-zorgindex. Dit is een veel gebruikte maat in verpleeghuizen om de zorgzwaarte van bewoners in kaart te brengen. Echter, een aantal aspecten van de gehanteerde uitkomstmaten hangt sterk samen met gegevens uit de zorgindex. Dit maakt de gehanteerde correctie op zorgzwaarte rigoureus en hierdoor kunnen verschillen tussen afdelingen wegvallen.

Aanbevelingen

Vanuit dit onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen worden gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek naar kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Voor wat betreft de praktijk komen een aantal interessante zaken uit het onderzoek naar voren. De kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische bewoners kan verbeterd worden, zowel voor wat betreft de woonomgeving als ongewenste klinische uitkomsten. Zo is de sfeer op de onderzochte afdelingen laag en komen probleemgedrag, decubitus en problemen in het psychosociaal welbevinden regelmatig voor.

Uit de best-practice bijeenkomsten komt naar voren dat voldoende aandacht voor activiteiten met bewoners op de afdeling en de aankleding van de afdeling bijdragen aan de kwaliteit van de woonomgeving. De tips van de best-practices zijn geordend en worden weergegeven in bijlage 1.

Het tussentijds rapporteren van onderzoeksgegevens naar afdelingen via individuele terugrapportages en spiegelrapportages die toegelicht worden in een bijeenkomst blijkt in de praktijk goed te werken. Aan de hand van deze rapportages is het voor afdelingen mogelijk gerichte verbeteringen aan te brengen op de afdeling.

Meer onderzoek is nodig naar de individuele verschillen tussen afdelingen en de mate waarin kenmerken van de afdeling de kwaliteit van zorg beïnvloeden. Hierbij zijn twee zaken van belang. Het is allereerst noodzakelijk de zorgbehoefte van bewoners meer genuanceerd in kaart te brengen, waardoor goed kan worden gecorrigeerd voor bewonerskenmerken. Daarnaast is het noodzakelijk de samenwerking tussen medewerkers op de afdelingen beter in kaart te brengen. Het gevonden verband tussen sociale steun die medewerkers ontvangen van collega's en leidinggevende met kwaliteit van zorg dient nader onderzocht te worden. Wellicht is een zekere mate van

sociale steun op de afdeling onontbeerlijk voor het welzijn van de medewerkers, met name in het werken met de moeilijke doelgroep van psychogeriatrische bewoners. Teveel sociale steun heeft echter bijkomende negatieve consequenties die met name bij een doelgroep die moeilijk hun wensen en behoeften kenbaar kunnen maken, nadelig zou kunnen werken. Dit omslagpunt tussen de positieve en negatieve werking van sociale steun verdient onderzoeksmatig aandacht.

Literatuur

- AVVV, LEVV & NIVEL. Verzorgenden over kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorghuizen. Factsheet Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. NIVEL, 2004.
- Belderok, JJ. Moderniseringstheorieën van Habermas en Giddens, toegepast op het verzorgingshuis en het somatisch verpleeghuis: de lange weg naar meer gelijkwaardigheid tussen bewoners en medewerkers. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie: jaargang 28 (1997), nr 6, p. 247-253.
- Bilsen PMA van, Otten DD, Kerkstra A. Interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen in het verpleeghuis: een literatuuroverzicht. Verpleegkunde: jaargang 13 (1998), nr 2, p. 109-127.
- Campen C van, Kerkstra A, Taes CGJ. Meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten: ontwikkeling van een meetinstrument. Utrecht: NIVEL, 1997.
- Diesfeldt, HFA. De BOP 10 jaar. Gerontologie, 12, 1981.
- Diesfeldt H. Persoonlijkheid en dementie, een ander mens? Denkbeeld 2003.
- Ekkerink J. Probleemgedrag en zelfbeeld, het verhaal van de patiënt achter zijn probleemgedrag. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, 2003.
- Fredrikson K, Tariot P, Jonghe E de. Minimum Data Set scores compared with scores from five rating scales. JAGS 1996; 44:305-309.
- Gerritsen, DL. Quality of life and its measurements in nursing homes. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004.
- Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr: 2002/04.
- Holtkamp CM. Effects of the Resident Assessment Instrument on Quality of Care and Quality of life in nursing homes. Utrecht, Amsterdam: NIVEL, Vrije Universiteit, 2003.
- Jonge J de, Janssen P, Landeweerd A. Effecten van werkdruk, autonomie en sociale ondersteuning op de werkbeleving van verplegenden en verzorgenden. Verpleegkunde: Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen, 1994,9, 1, 17-27.
- Jonge J de. Job Autonomy, well-being, and Health: a study among Dutch health care workers. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.

- Kam P van der, Mol F, Wimmers MFHG. Beoordelingsschaal voor oudere patiënten. Van Loghum Slaterus, 1971.
- Klein Ikkink KK, Wagner C. Relatie tussen kwaliteitssystemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Utrecht: Nivel, 2000.
- LOC. Verantwoorde zorg: referentiekader verpleeghuiszorg vanuit bewonersoptiek. Zoetermeer: LOC, 1999.
- Mathijssen SW, Kwartel AJJ van der, Pepels CGM, Winkel EGJ, Barnhard MC, Velde F van der . Brancherapport care 2000 – 2003. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004.
- Meijer A, Wiersema L, Wierda M, Bedaux G, Wagner C. Toepasbaarheid van het RAI voor verzorgingshuizen. Utrecht/Amsterdam: Nivel/EMGO-HVSG-VU, 1999.
- Melchior MEW, Frederiks CMA, Halfens R. De BOP en de GIP in de psychogeriatric: een onderzoeksverslag naar de bruikbaarheid van de BOP en de GIP om psychogeriatrische verpleeghuispatiënten op de juiste afdeling te plaatsen. Verpleegkunde, 1992/1993.
- Nijs K, Neste V van , Graaf K de, Staveren W van. Projecten ter bevordering van de ambiance tijdens de maaltijden in Nederlandse verpleeghuizen: bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie: jaargang 34 (2003), nr 6, p. 246-253.
- Rantz MJ, Mehr DR, Popejoy L, Zwiygart-Stauffacher M, Hicks LL, Grando V, Conn VS, Porter R, Scott J, Maas M. Nursing Home Care Quality: A multidimensional theoretical model. Journal of Nursing Care Quality, 1998, 12.
- Sprundel C van, Thiel GJM van. Eigen leven: omgaan met autonomie en afhankelijk van verpleeghuisbewoners. Utrecht: NVVZ, 1996.
- Schuur T, Dekkers WJM. Gebruik van middelen en maatregelen in psychogeriatric verpleeghuizen: weldoen versus respect voor de autonomie van de patiënt. Vox Hospitii: Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde: jaargang 23 (1999), nr 4, p. 24-27.
- Staveren WA van, Groot CPGM de. Veranderingen in de energiebehoefte van ouderen: een veelvoorkomende oorzaak van voedingstekorten en fragiliteit. Ned. Tijdschrift Geneeskunde, 1998, 142.
- Tummers G, Merode F van , Landeweerd A. Sociale steun voorkomt burnout: onderzoek naar kwaliteit arbeid. Zorgvisie, vol.31, no.11, 2001.
- Verkaik R, Francke AL, Weert JCM van. Richtlijnen voor verzorgenden voor het begeleiden van dementerenden met depressief, apathisch of agressief gedrag. Verpleegkunde 18-4, 2003.

Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Rapport Inspectie voor de GezondheidsZorg, Den Haag, 2004.

Wagner C. Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organization. Utrecht, Amsterdam: NIVEL, Vrije Universiteit, 1999.

Wagner C, Oort M van. Kosten en effecten van kwaliteitssystemen in de ouderenzorg: een exploratieve studie. Utrecht: Nivel, 2000.

BIJLAGE 1 Sfeer op de afdeling

NIVEL 2004, van Beek en Wagner

Sfeer op de afdeling: een illustratie van praktische voorbeelden

Tijdens de best-practice bijeenkomst van de afdelingen is een discussie georganiseerd waarin zaken die een positieve invloed hebben op de sfeer van de afdeling zijn besproken. Hieronder volgt een aantal zeer praktische punten, zoals deze door afdelingen zijn benoemd. Natuurlijk zijn er nog tal van aspecten van belang voor een goede sfeer op de afdeling. De aspecten die hieronder worden gegeven zijn slechts ter illustratie en gaan in op verschillende activiteiten.

1. Activiteiten vinden geheel of gedeeltelijk plaats in de huiskamers. Activiteiten hoeven niet groots te worden opgezet. Twee medewerkers die koffie drinken met bewoners en een gesprek aangaan, dragen al bij aan de sfeer op de afdeling.
2. Ook bewoners uit de rest van het huis kunnen soms aan een activiteit op de afdeling deelnemen. Dit zorgt voor een levendige en gezellige sfeer op de afdeling. Zo is er een meerzorgproject waar de zangactiviteit in de huiskamer niet enkel bezocht wordt door de betreffende bewoners, maar ook door andere bewoners in het verzorgingshuis. Op een gesloten afdeling van een verpleeghuis komt de kapster een middag in de week kappen. Ook bewoners van andere afdelingen worden dan op 'het plein' gekapt.
3. Wanneer op de afdeling wordt gekookt draagt dit bij aan de huiselijkheid van de afdeling. Helaas is dit niet op alle afdelingen mogelijk. Een aantal afdelingen gaat hier creatief mee om. Op een van de afdelingen bereidt een vrijwilliger eens in de week in één van de huiskamers de warme maaltijd. Het ruikt dan lekker in de huiskamer en bewoners van de hele afdeling komen dan binnenlopen en eten eventueel een hapje mee.
4. Aan de entourage van de afdeling wordt wisselend aandacht besteed. Er is niet altijd ruimte voor de persoonlijke spullen van bewoners. Een aantal afdelingen besteedt expliciet aandacht aan de huiselijkheid tijdens de maaltijden. De tafel wordt uitgebreid gedekt met wijnglazen en een mooi tafelkleed. Anderen maken gebruik van een kleurig of juist een deftig servies.

5. Op een aantal afdelingen is een ontbijtproject aanwezig. Dit project wordt uitgevoerd door de activiteitenbegeleider of een vrijwilliger. Een kleine groep bewoners eet, samen met een begeleider, aan een uitgebreid gedekte ontbijttafel.
6. In verpleeghuizen hebben bewoners niet altijd de ruimte om zich terug te trekken. Een van de deelnemende afdelingen heeft op de gang verschillende hoekjes gecreëerd waar bewoners zich terug kunnen trekken. Zo is er een Mariakapel gemaakt met een Mariabeeld, wat gordijnen en wat stoelen. Een andere afdeling heeft in een hoek van de gang een piano neergezet voor een bewoner die nog graag piano speelt.
7. Familie van bewoners is altijd welkom. Familie wordt op een aantal afdelingen ook actief bij activiteiten betrokken. Op een van de afdelingen kaart een familielid met een groepje bewoners. Op een andere afdeling komt een aantal familieleden met bewoners zingen.
8. Muziek en Tv-programma's worden aangepast aan de voorkeur van de bewoners. Dit kan bijvoorbeeld klassieke muziek zijn, maar ook Nederlandstalige nummers. Op een afdeling stond een 'oude' platenspeler met vroegere LP's van bewoners. Bewoners wisten soms nog hoe zij de platenspeler moesten bedienen. Ook Tv-programma's kunnen worden aangepast aan de voorkeuren van bewoners. Een aantal afdelingen werkt met TV-middagen waarin een videofilm wordt gekeken.
9. Een aantal bewoners neemt graag deel aan huishoudelijke taken op de afdeling. Deze taken hoeven niet uitgebreid te zijn, maar het geven van een vaste taak kan veel doen voor het psychosociaal welbevinden van bewoners. Zo geeft op een van de afdelingen een mevrouw iedere dag de planten water en op een andere afdeling wast een mevrouw graag de glazen van de borrel op vrijdagmiddag af.
10. Op een aantal afdelingen worden de bewoners eens in de week uitgebreider verzorgd. Bewoners gaan dan in bad of onder de douche en worden vervolgens rustig aangekleed. Vaak staat er rustige muziek op tijdens de activiteit. Zowel medewerkers als bewoners hebben hier baat bij. Bewoners omdat zij persoonlijke aandacht krijgen en medewerkers omdat zij hun werk eens rustig kunnen uitvoeren.