

Wat vindt de oudere patiënt belangrijk in de bejegening door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen?

Naam student: J. Goudsblom
Studentnummer: 3210332
Status: Definitief afstudeerwerkstuk
Datum: 2 juli 2010
Universiteit: Universiteit Utrecht
Opleiding: Masteropleiding Verplegingswetenschap UMC-Utrecht
Begeleider: Dr M. Janssen
Blokdocent: Drs G. van der Hooft-Leemans
Stage instelling: GGZ- Noord Holland Noord
Beoogde tijdschrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Referentiestijl: American Psychological Association
Aantal woorden: 3968
Samenvatting: 282
Abstract: 300

Samenvatting

Titel. Wat vindt de oudere patiënt belangrijk in de bejegening door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen ?

Inleiding. Zorgverleners hebben vanuit hun deskundigheid ideeën over de manier waarop hun bejegening van ouderen moet zijn. Deze ideeën sluiten niet altijd goed aan bij de houding en levenswijze van de ouderen zelf.

Doel. Inzicht krijgen in de mening van de oudere patiënt van 65 jaar en ouder, die behandeld wordt voor psychische klachten binnen de ambulante behandelingsetting over de manier waarop zij door verpleegkundigen willen worden bejegend. De kwaliteit van de verpleegkundige behandeling kan hierdoor verbeterd worden. Onderzoeksvragen zijn: wat is de mening van de oudere patiënt over de door hen gewenste bejegening door verpleegkundigen ? En zijn er verschillen in mening tussen de leeftijdsgroepen van 65 jaar tot 80 jaar en 80 jaar en ouder?

Methode. Een kwalitatief survey . De data zijn verkregen via semi-gestructureerde interviews met 15 patiënten.

Resultaten. Patiënten verwachten dat de hulpverlener interesse en betrokkenheid toont en een uitnodigende, ontspannen, vriendelijke en positieve attitude heeft. Kennisaspecten als situaties juist inschatten en het bieden van adviezen wordt door de patiënten genoemd. Verpleegkundige vaardigheden als behoefte kunnen opmerken en veiligheid kunnen bieden wordt door patiënten belangrijk gevonden. Even als kunnen luisteren, positieve feedback geven en de patiënt betrekken in de behandeling.

Conclusie. Patiënten willen een deskundige hulpverlener waarbij ze zich op hun gemak kunnen voelen. De antwoorden uit de interviews hebben geen verschil in leeftijdsgroepen opgeleverd.

Aanbevelingen. De informatie kan gebruik worden voor de verpleegkundige praktijk en onderwijs. Over enkele jaren een herhaling van dit onderzoek omdat de verwachting is dat de naoorlogse generatie mogelijk een duidelijker verschil laat zien met de vooroorlogse generatie ouderen.

Trefwoorden. bejegening, mening, ouderenpsychiatrie, sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Abstract

Title. What does the elderly patient find important about the approach of social psychiatric nurses?

The word approach does not embrace all aspect of the Dutch word “bejegening” which is being used in this Dutch article. “Bejegening” includes aspects as attitude, communication, approach and behavior.

Background. Care providers have knowledge about the approach of elderly patients. These ideas do not always fit with the lifestyle and the attitude of the elderly.

Aim and research questions. To understand the view of the elderly patient of 65 years and older, who gets treatment for mental health problems, about the way they want to be approached by nurses. The quality of treatment by nurses can because of this be improved. Research questions are: what is the opinion of the elderly patient about the desired approach by nurses? And is there a difference in opinion between the age group 65 years to 80 and 80 years and older?

Method. Qualitative survey. The data were obtained trough semi-structured interviews with 15 patients.

Results. Patients expect the nurse to show interest and involvement and to have an inviting, relaxed, friendly and positive attitude. Knowledge issues to assess situations correctly and providing advice are referred. Nursing skills as, seeing needs and offering safety are considered important by patients. Just as listening, giving positive feedback and to involve patients in the treatment.

Conclusion. Patients want a expert care worker where they can feel themselves at their ease. The answers of the interviews haven produced no differences in age groups.

Recommendations. The information can be used for nursing practice and education. Over some years a repetition of this research because the expectation is that the postwar generation shows a possible more clear difference with the prewar generation elderly.

Keywords. attitude, behavior, communication, opinion, geriatric psychiatry, social psychiatric nurse.

Inleiding

Zorgverleners hebben vanuit hun deskundigheid, maar ook vanuit hun eigen waarden- en normenpatroon, duidelijke ideeën over de manier waarop de bejegening van ouderen moet zijn. Soms sluiten die ideeën perfect aan bij de houding en levenswijze van de oudere, maar soms ook helemaal niet (Schuurmans & Duijnstee, 2003). Aangezien patiënten zeer afhankelijk zijn van de wijze waarop hulpverleners hen tegemoet treden vraagt bejegening om een heldere, breed gedragen, goed onderbouwde en bewuste visie (Bosch, 1998). Verpleegkundige bejegening is een gecompliceerde combinatie van attitude, kennis en vaardigheden. Attitude is een verzameling van complexe persoonlijke eigenschappen waar emoties, motivaties en overtuigingen deel uit van maken. Hierbij bepalen persoonlijke overwegingen, en de mate waarin zij positief dan wel negatief gewaardeerd worden, de attitude (Ajzan, 1991). Kennis betreft het lerend en zelfreflecterend vermogen van de verpleegkundige over bejegening. Vaardigheden betreffen zowel verpleegtechnische vaardigheden als communicatieve vaardigheden. Deze elementen van bejegening uiten zich in de manier waarop een persoon met anderen omgaat.

Communiceren met ouderen wordt steeds belangrijker, zeker gezien de vergrijzing. Oudere patiënten worden mondiger, willen meer weten en bovenal zelf goed op de hoogte zijn van hun diagnose en de mogelijke behandelingen (Jansen, J., 2008).

Rond 2040 zal, volgens het CBS, het aandeel 65-plussers het grootst zijn met 25%, waarna het geleidelijk zal afnemen tot 23,6% in 2050. In 2005 was het aandeel 65-plussers 14% (CBS Statline 2006, www.kenniscentrumwonzorg.nl).

De 65+ generatie is in te delen in 2 leeftijdsgroepen op basis van een indeling van Becker (1992, 1997) en kunnen mogelijk ook verschillende verwachtingen hebben t.a.v. de bejegening door verpleegkundigen (Sikkel & Keehnen, 2004).

Ouderen van 65 tot 80 jaar wordt de stille generatie genoemd (geboren tussen 1930-1945). Idealisme en opstandigheid is deze generatie vreemd. Hun aspiratieniveau lag niet hoog en hun waarden oriëntatie is vrij traditioneel.

Ouderen van 80 jaar en ouder vormen de vooroorlogse generatie (geboren tussen 1910 en 1929) die spaarzaam en conventioneel is en een burgerlijk waardepatroon heeft. Binnen deze groep komen lichamelijke beperkingen, een kleiner wordend kennissen- en vriendenkring en lagere mobiliteit vaak voor.

De aankomende 65+ generatie (geboren tussen 1946 en 1954) behoort tot de protest generatie. Zij zijn opgegroeid in economische voorspoed en ook wel babyboom generatie genoemd. Zij zijn degene die veel van de traditionele waarde en samenlevingsvormen ter discussie stelden in de jaren 60 en de aanzet gaven tot het ik-tijdperk. Deze groep wordt in dit onderzoek niet meegenomen.

Uit beperkt literatuuronderzoek onder oudere patiënten blijkt dat voor patiënten van 65 jaar en ouder een goede attitude van de verpleegkundige inhoudt: een zorgzame rustige houding, betrokkenheid, geduld en vriendelijkheid tonen (Henderson et al., 2008; Calvin et al., 2007; Lövgren et al., 1996). Uit de studies van Fagerstör (1999), Jacelon (2002) en Attree et al. (2001) komt naar voren dat interesse en medeleven tonen en interesse voor het werken met ouderen kunnen uitstralen ervaren wordt als een goede attitude door de oudere patiënten. Wat betreft kennis vinden ouderen dat verpleegkundigen geschoold moeten zijn om de speciale behoeften van ouderen te kunnen opmerken en dat zij zelfkennis bezitten (Turner et al. 2001). Vaardigheden die de oudere patiënt belangrijk vindt zijn: de behoeften van de patiënt door observatie kunnen opmerken en snel kunnen reageren op vragen (Lövgren et al., 1996; Mc Gilton, 2007; Henderson et al., 2008; Mok & Chiu, 2004). Communicatieve vaardigheden zijn dat de verpleegkundige goed kan luisteren, laat blijken dat ze de ander begrijpt en samen met de patiënt kan lachen (Mc Gilton, 2008). De oudere patiënt vindt het prettig als de verpleegkundige ook eens iets persoonlijks vertelt en aan de patiënt vraagt hoe het gaat ondanks de drukte (Fosbinder, 1994 & Fagerstör et al., 1999). Daarbij vinden ouderen het belangrijk dat informatie stap voor stap en in begrijpelijke taal wordt gegeven en dat de patiënt betrokken wordt in de zorg en behandeling (Fosbinder, 1994; Lövgren et al., 1996; Attree et al., 2001; Calvin et al., 2007; Jacelon, 2002).

Ook onder verpleegkundigen is onderzoek gedaan naar hun mening over wat zij denken dat ouderen de meest wenselijke bejegening vinden. Belangrijk in de beeldvorming over de bejegening is de mening van de ouderen zelf (Jansen, M., 2008). Onderzoek over deze mening is zeer beperkt.

Bovenstaande onderzoeksbevindingen onder ouderen komen uit ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en verzorging- en verpleeghuizen. Er ontbreekt onderzoek binnen een ambulante behandelingsetting voor ouderen met psychische klachten. Het gaat om een aanzienlijke groep. In 2006 waren er 772.000 personen in behandeling bij de GGZ in Nederland, waarvan 12% 65 jaar of ouder. In totaal waren dit 81.300 patiënten (www.ggz nederland.nl).

Om een compleet beeld te krijgen over wat de oudere patiënt belangrijk vindt in de bejegening door verpleegkundigen is het van belang dat ook de ambulante behandelsetting voor ouderen met psychische klachten wordt onderzocht. Bovendien kunnen dan de overeenkomsten en mogelijke verschillen tussen zorgsettings naar voren komen. Dit kan van belang zijn voor de verpleegkundige praktijk.

Dit onderzoek past in een groter onderzoek vanuit het Kenniscentrum Innovatie Van Zorgverlening van de Hoge school Utrecht, waarin onderzoek gedaan wordt naar mogelijke

verschillen tussen leeftijdsgroepen van aankomend 65 plussers, 65 jaar tot 80 jaar en 80 jaar en ouder. Het Kenniscentrum doet praktijkgericht onderzoek waarvan de uitkomsten doorwerken naar praktijk en onderwijs. Dit onderzoek zal een bijdrage leveren aan theorievorming over bejegening en richt zich op patiënten van 65 jaar en ouder.

Probleemstelling

Het is onvoldoende bekend wat de mening is van de oudere patiënt, die ambulantly behandeld wordt voor psychische klachten over de manier waarop zij door verpleegkundigen willen worden bejegend.

Doel

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de mening van de oudere patiënt van 65 jaar en ouder, die behandeld wordt voor psychische klachten binnen de ambulante behandelingsetting over de manier waarop zij door verpleegkundigen willen worden bejegend. Door meer inzicht in de mening van ouderen kan de kwaliteit van de verpleegkundige behandeling voor die oudere patiënt worden verbeterd. Dit onderzoek zal een bijdrage leveren aan theorievorming.

Vraag

Wat is de mening van de oudere patiënt van 65 jaar en ouder die ambulantly behandeld wordt voor psychische klachten over de gewenste bejegening door verpleegkundigen?

Subvraag : zijn er verschillen in mening tussen de leeftijdsgroepen van 65 jaar tot 80 jaar en 80 jaar en ouder?.

Onderzoeksmethode

Door middel van een kwalitatief survey zijn de ervaringen van de patiënt onderzocht. Een kwalitatief survey omvat een inventariserend onderzoek naar de verscheidenheid in aard of betekenis van een of meer gedragingen of attributen binnen een populatie (Jansen, 2005).

Medisch/Ethische/Juridische aspecten en Toestemmingsverklaring

Voor de uitvoering van het onderzoek is toestemming verkregen van de directeur van de divisie ouderen psychiatrie Geestelijke Gezondheid Zorg Noord Holland Noord (GGZ-nhn) waar het onderzoek is uitgevoerd. Het onderzoeksvoorstel is voor een mogelijke METC beoordeling voorgelegd aan de coördinator wetenschappelijk onderzoek. Een METC

beoordeling werd niet nodig bevonden. Patiënten werden tijdens het onderzoek niet aan handelingen onderworpen en hen werden geen gedragsregels opgelegd.

De patiënten die toestemming gaven werden geïnformeerd over de risico's en belasting van het interview, waarna een schriftelijke toestemmingsverklaring gevraagd is. Bij het verwerken van de onderzoeksgegevens is rekening gehouden met de Wet bescherming persoonsgegevens. Onderzoeksgegevens zijn volledig anoniem verwerkt.

Steekproef en populatie

Patiënten van 65 jaar en ouder die ambulant behandeld werden door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) zijn geïnccludeerd.

Via een doelgerichte steekproef zijn de deelnemers geselecteerd. Bij een kwalitatieve survey gaat het om vertegenwoordiging van de verscheidenheid die in de populatie bestaat, zodat alle varianten van de populatie in de steekproef vertegenwoordigd zijn (Jansen, 2005). Om dit te bereiken zijn er uit verschillende teams verspreid over de kop van Noord-Holland respondenten geworven van verschillende leeftijden, met verschillende psychische klachten en verschil in behandelingsduur. De in en exclusiecriteria zijn in tabel 1 beschreven.

De steekproef heeft een omvang gekregen van vijftien oudere patiënten. Patiënten werden op de polikliniek of thuis geïnterviewd, dit was afhankelijk van de wijze waarop de behandeling al vorm was gegeven. Omdat het onderzoek binnen de divisie van de onderzoeker plaats vond werd via twaalf collega's, die in andere wijken, dorpen of steden werkten als de onderzoeker, toegang verkregen tot de respondenten.

Dataverzameling

De data werden verzameld via semi-gestructureerde interviews in de periode januari tot en met april 2010. Om bruikbare data te verkrijgen en structuur aan het gesprek te geven heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van een topic list, die op basis van concepten van bejegening uit de literatuur werd samengesteld. Met iedere respondent werd een interview van een uur gehouden. Elk interview startte met de openingsvraag: hoe is u ervaring met de hulpverlener?.

De interviews zijn opgenomen met geluidsapparatuur, waarna de tekst schriftelijk is verwerkt. Om subjectiviteit te beperken, is de onderzoeker getraind om interviews af te nemen en heeft een ervaren begeleider feedback gegeven op interviewtechnieken van de eerste twee interviews. Direct na ieder interview werden de interpretaties en non verbale observaties van de onderzoeker beschreven in memo's. Dit heeft de onderzoeker ondersteunt bij de analyse (Holloway & Wheeler, 2002).

Data analyse

De data werden geanalyseerd middels het kwalitatief computer programma Win Max pro 98. Na iedere ronde van 3 interviews heeft de onderzoeker de data gelezen en herlezen om tot verdieping van inzicht te komen. Daarna werden de teksten ingedeeld in fragmenten die globaal over hetzelfde onderwerp gingen en vervolgens gecodeerd. Daarna werd de codering verfijnd met meer kwalificaties per fragment en verdere onderverdeling van fragmenten. De verzameling fragmenten per code beschreef op die manier de verscheidenheid van uitspraken over dat onderwerp (Jansen, 2004). Om de verscheidenheid samen te vatten in een beperkt aantal categorieën werden de interviews steeds met elkaar vergeleken om te controleren of een code overal dezelfde betekenis had, het proces van constante vergelijking. Uiteindelijk werd er een verband gelegd tussen de categorieën. Om de betrouwbaarheid en validiteit te vergroten tijdens het proces van de analyse heeft een ervaren onderzoeker een interview mee geanalyseerd en heeft de onderzoeker bevindingen besproken met een peer groep bestaande uit mede studenten.

Resultaten

In totaal werden 15 patiënten benaderd voor het onderzoek. Een overzicht van de achtergrondkenmerken van de patiënten is beschreven in tabel 2.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is voor de presentatie van de resultaten gekozen om deze onder te verdelen in de termen die bejegening omvatten; attitude, kennis en vaardigheden. Dit om structuur te geven aan de complexiteit van de factoren die bejegening beïnvloeden. Deze beschrijving wordt toegelicht aan de hand van passende citaten uit de interviews.

Attitude

Alle patiënten verwachten dat de hulpverlener interesse toont. Door te ervaren dat er interesse wordt getoond ontstaat er vertrouwen, waardoor men makkelijker kan praten; *'dat ze vraagt hoe het met u gaat en hoe het zit met dingen, nou dat vind ik echt fijn'* (P7). Een aantal patiënten ervaart medeleven als plezierig, daardoor krijgen ze het gevoel serieus genomen te worden; *'ja want anders heb je toch de indruk dat het allemaal gebagatelliseerd wordt wat jij erg vindt'* (P11).

Zorgzaamheid wordt gewaardeerd, een patiënt merkt dit aan een warme betrokken uitstraling van de hulpverlener en een ander merkt dit aan dat ze altijd mag bellen.

Betrokkenheid wordt door alle patiënten genoemd, dit uit zich in dat de hulpverlener laat blijken goed op de hoogte te zijn van de patiënt; *'Ja ze is gezellig en voelt ook aan als er iets is, dan laat ze je rustig praten en vraagt dan zo nu en dan iets'* (P2).

Alle patiënten willen zich op hun gemak voelen, dit wordt bevorderd door een vriendelijke, uitnodigende, ontspannen en rustige houding van de hulpverlener. Vriendelijkheid is moeilijk te omschrijven voor de patiënten, het heeft voornamelijk met iemands uitstraling te maken; *'ja zijn hele uiterlijk zijn hele voorkomen eigenlijk' (P14)*. Het op hun gemak voelen zorgt er voor dat men durft te praten; *'je praat makkelijk tegen hem, moeilijke onderwerpen ook wel' (P4)*.

Ontspannen overkomen heeft veelal te maken met de tijd nemen en een rustige houding; *'ze zit ontspannen, we zitten gewoon met elkaar te praten' (P5)*.

Ook vertrouwen vinden alle patiënten belangrijk, dit wordt gecreëerd door eerlijkheid, patiënten in hun waarde te laten en te steunen. Een aantal patiënten geeft aan dat men weet dat de hulpverlener een beroepsgeheim heeft en daarom durven zij bij hen meer te vertellen als bij hun eigen kinderen of vrienden. Vertrouwen moet wel opgebouwd worden en daarom hecht men veel waarde aan contact met dezelfde hulpverlener.

Enkele patiënten noemen eerlijkheid als belangrijke houding en omschrijven dat als niet vaag doen en recht voor zijn raap zijn.

Ook iemand in waarde laten wordt door enkele patiënten genoemd; *'hij vindt nooit iets gek of is afkeurend' (P11)*.

Verschillende patiënten geven aan dat zij zich door hun hulpverlener emotioneel gesteund willen voelen zodat zij zich geholpen voelen om keuzes te maken; *'het steunt me en help me weer door een periode heen' (P3)* en *'ik denk dan wat moet ik doen, hier blijven of weggaan en dat hij je dan met de neus op de feiten drukt van je zit hier op een prachtplek' (P14)*. Een positieve houding wordt als steun ervaren; *'nou ik geloofde er al lang niet meer in, het deed me goed dat iemand positief was' (P3)*.

De meeste patiënten vinden het vanzelfsprekend dat de hulpverlener laat merken zijn/haar werk met plezier te doen; *'als ze er de pest in heeft van hoeft het van mij niet' (P15)*.

Dat de hulpverlener ook eens iets over zichzelf vertelt mag in de loop van het contact voorkomen het gaat dan over de vakanties, gezinssamenstelling en huisdieren, het zijn bepaalde raakvlakken die men dan heeft en meer wil de patiënt ook niet weten; *'tenslotte ben ik een patiënt ik ben geen kennis van haar' (P5)*.

Kennis

Alle patiënten vinden kennis belangrijk zodat een hulpverlener situaties juist inschat en adviezen en tips op de juiste momenten tijdens de behandeling aanbiedt. Het gaat daarbij over: medicatie, activering, afleiding zoeken, keuzes maken, problemen in de communicatie met anderen, informatie over praktische mogelijkheden en therapieën; *'als ik iets zeg of vraag dan zegt ze probeer het eens zo, ze geeft ook wel handreikingen waar je wat mee kunt' (P2)* en *'ja èh de medicatie daar vraagt ze naar, neem je die in? Dat neem ik dus nu weer in, als je in de war bent*

weet je niet meer of je het wel of niet hebt ingenomen' (P12) en 'ze vertelde me over de mogelijkheden zoals een sociale raadsheer en vervoersbudget aanvragen' (P1).

Patiënten willen zelf 'gekend' worden. Dit merkt men als de hulpverlener op de hoogte is van hun persoonlijke geschiedenis en omstandigheden; *'ze kent mijn geschiedenis van vroeger, mijn jeugd, ja ze weet eigenlijk alles door de jaren heen' (P15).*

Vaardigheden

Patiënten vinden het belangrijk dat de hulpverlener hun behoeften kan opmerken en daarop inspeelt, omdat ze dit zelf niet altijd goed kunnen aangeven; *'ze weet er altijd direct op in te spelen, dat heeft ze heel sterk' (P10) en 'ja hij haalt het er wel uit' (P4).*

Men vindt het fijn dat een hulpverlener doortastend en met kennis van zaken helpt met het regelen van dingen of structuur biedt op momenten dat de patiënt het zelf niet kan; *'ze is toen meegegaan en heeft daar uitgelegd dat ik het helemaal niet aankon de hele dag iemand verzorgen' (P5) en 'ter voorkoming van weer een psychose hebben ze de begeleiding zo ingesteld' (P6).*

Alle patiënten geven aan dat kunnen luisteren de basis is voor het behandelingscontact.

Men merkt dit doordat de hulpverlener de ruimte geeft om de patiënt te laten praten en dat de hulpverlener in een volgend gesprek nog weet waar het vorig gesprek over is gegaan; *'als ik mijn verhaal maar kwijt kon, ik had iemand nodig die naar me luisterde' (P3).*

Tijdens het gesprek stelt de patiënt het zeer op prijs dat de hulpverlener het gevoel geeft de tijd te nemen, wat te maken heeft met een rustige houding en luisteren; *'hij heeft het geduld om te luisteren' (P14).*

Een aantal patiënten noemt humor als belangrijke vaardigheid om het zware er van af te halen; *'ik ben zelf nogal zwaar op de hand dus elk lichtpuntje is meegenomen' (P14).*

Het merendeel van de patiënten geeft aan dat het ontvangen van positieve feedback als stimulerend en helend wordt ervaren; *'ik vind het toch een compliment als je te horen krijgt van wat knap dat je dat zo volhoudt' (P3) en 'en dan zegt ze ook als ik het doe, dat doe je het goed hoor' (P13).*

Als attitude, kennis en vaardigheden op een juiste manier bij elkaar komen resulteert dit in een gevoel van duidelijkheid, veiligheid en van begrepen te worden.

Een aantal patiënten geeft aan te hebben ervaren dat bepaalde interventies in het gesprek inzichtgevend kunnen werken; *'toen werd het bij mij hoe langer hoe duidelijker van èh ja dit klopt niet ik ging mijn eigen aandeel erin zien' (P3).*

Veiligheid ervaren patiënten door de bereikbaarheid van de hulpverlener. Alle patiënten mogen bellen als zij dat nodig vinden. De drempel om het te doen ligt hoog, er wordt alleen in uiterste noodzaak gebeld; *'ik vind het een geruststellend gevoel dat als je echt ergens mee zit dat je haar dan kan bellen en niet zelf gaat rommelen' (P7).* Een andere gevoel van veiligheid

ervaren is houvast hebben. Dit wordt door enkele patiënten genoemd. Er werden voorbeelden gegeven van patiënten uit de periode dat het echt slecht ging; *'ik ben echt heel ziek geweest voor de opname, het was goed dat ze kwam, die hield het goed in de gaten'* (P7). Begrip tonen wordt door een aantal patiënten genoemd. Men merk dit als de hulpverlener opmerkt dat de ander het moeilijk heeft en daar naar vraagt. Een aantal patiënten merken dat er begrip getoond wordt om dat de hulpverlener het verhaal van de patiënt kent; *'ze weet precies waar ik het over heb'* (P12). In overleg de tijd en de frequentie aanpassen aan de behoefte van de patiënt wordt door enkele patiënten genoemd; *'hij zegt nu het wat beter gaat zal ik dan na langere tijd weer komen? Ik heb gezegd als je één keer in de twee maanden komt vind ik niet zo prettig ik heb liever dat je één keer in de zes weken komt'* (P4).

Discussie

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de oudere patiënt met psychische klachten goed kan aangeven hoe men bejegend wil worden door de hulpverlener. Gezien de verwevenheid van attitude, kennis en vaardigheden doen ze dat in termen die slechts gedeeltelijk een duidelijke onderscheid maken in de elementen van bejegening. Attitude, kennis en vaardigheden vloeien in zekere zin in elkaar over en maken de complexiteit van het samenspel van deze factoren tot een geheel van bejegening. Wat de patiënt ziet en hoort zijn de zichtbare houding en de communicatie van de hulpverlener. Men verwacht dat de hulpverlener interesse en betrokken toont, kennis van zaken heeft en adequaat kan optreden.

In vergelijking met bevindingen uit onderzoek in ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en verzorging- en verpleeghuizen zijn er overeenkomsten en verschillen op te merken. Het verschil is dat sommige resultaten over bejegening uit dit onderzoek in eerder onderzoek niet genoemd werden of anders werden uitgelegd. Omdat in dit onderzoek de termen van bejegening geoperationaliseerd zijn, kwam veel explicieter in termen van attitude, kennis of vaardigheden tot uitdrukking hoe men bejegend wil worden.

Specifieke opmerking die in dit onderzoek en in ander onderzoek niet zijn gemaakt zijn: Vertrouwen werd uitgelegd als iets wat ontstaat als de hulpverlener patiënten in hun waarde laat, eerlijk is en de patiënten zich gesteund voelen. Het bewust zijn van het beroepsgeheim speelt daarin ook een rol.

De meeste patiënten voelden zich gesteund, omdat ze op iemand konden rekenen op emotioneel gebied en die hen hielp keuzes te maken.

Vaardigheden als inzichtgevend zijn en structuur bieden op de juiste momenten tijdens de behandeling werd in eerder onderzoek niet genoemd.

In dit onderzoek blijkt dat het gevoel van veiligheid werd ervaren wanneer men ten aller tijden telefonisch contact mocht opnemen met de hulpverlener.

Communicatieve vaardigheden als het ontvangen van positieve feedback en het terugkomen op onderwerpen van een vorig gesprek werd in eerder onderzoek niet genoemd.

Duidelijke overeenkomsten zijn dat de hulpverlener moet kunnen luisteren, interesse en betrokkenheid toont, een zorgzame rustige houding heeft, geduldig en vriendelijk overkomt.

Dit wordt door Henderson et al. (2008), Calvin et al. (2007), Lövgren et al. (1996), Fagerstörn (1999), Jacelon (2002) en Attree et al. (2001) in hun studies bevestigd.

Door de overeenkomsten en verschillen met eerder onderzoek wordt duidelijker dat de patiënt met psychische klachten die ambulante behandeld wordt aanvullende bejegeningaspecten verwacht van de hulpverlener in vergelijking met de patiënt in de andere behandel- en zorgsettings.

In de ambulante psychiatrie lijkt door de oudere patiënt meer de nadruk gelegd te worden op de communicatieve vaardigheden van de hulpverlener. Een verklaring kan zijn dat in de ambulante psychiatrie de behandeling gericht is op het psychisch herstel van de patiënt, terwijl in het ziekenhuis en de thuiszorg de nadruk voornamelijk ligt op het lichamelijke herstel. De situatie van patiënten in de ambulante psychiatrie is ook niet te vergelijken met de woonsituatie van patiënten in een verzorgingshuis waar meer de nadruk wordt gelegd op de verzorging door de verpleegkundige en het leren kennen van elkaar en de familie van de patiënt (Mc. Gilton, 2008).

De antwoorden uit de interviews hebben geen verschil in de leeftijdsgroepen opgeleverd. Dit blijkt uit de overeenkomsten in de antwoorden. Ook blijkt dat het afhankelijk is van de problematiek, de psychische toestand en de persoonlijkheid van de patiënt wat men belangrijk vindt in de bejegening tijdens de behandeling. In de antwoorden is niet naar voren gekomen dat patiënten van 80 jaar en ouder door een burgerlijk waardepatroon en conventionaliteit andere vormen van bejegening verwachten dan patiënten van 65 tot 80 jaar. De groep ouderen van 65 jaar tot 80 jaar en van 80 jaar en ouder lijken in veel opzichten op elkaar.

Beperking van dit onderzoek is dat de steekproef niet groot is. Toch heeft de onderzoeker met het afnemen van de laatste 4 interviews geen nieuwe informatie meer verkregen en is een zekere verzadiging van aspecten van bejegening bereikt. Variatie in leeftijd en achtergrond was voldoende. De patiënten zijn van verschillende leeftijden, verdeeld over een

groot woongebied. De verdeling man/vrouw gekoppeld aan ziektebeeld komt overeen met de praktijk van de onderzoeker in de ambulante ouderenpsychiatrie van de GGZ.

Omdat de onderzoeker zich in de gesprekken ook introduceerde als collega van de hulpverlener waar de geïnterviewde normaal mee te maken heeft, kunnen er mogelijk sociaal wenselijke antwoorden gegeven zijn.

Conclusie

De mening over de gewenste bejegening van de oudere patiënt met psychische klachten die ambulante behandeld wordt is duidelijker geworden door dit onderzoek. Er zijn overeenkomsten en verschillen met andere behandel- en zorg settings. De communicatieve aspecten van de bejegening worden uitdrukkelijker genoemd dan in vergelijkbare onderzoeken en lijken in de GGZ een grotere rol te spelen. Patiënten willen een hulpverlener die makkelijk en persoonlijk contact maakt. Een persoon waarbij ze zich op hun gemak kunnen voelen, waarin ze vertrouwen hebben, die deskundig is en een positieve instelling heeft.

Om de subvraag te beantwoorden zijn de antwoorden tussen de leeftijdsgroepen vergeleken. De antwoorden uit de interviews hebben geen verschil opgeleverd tussen ouderen van 65 jaar tot 80 jaar en ouderen van 80 jaar en ouder.

Aanbevelingen

Omdat bejegening in de GGZ het belangrijkste instrument is van de behandeling is deze informatie zeer waardevol voor de verpleegkundige praktijk en kan het gebruikt worden als informatie voor het verpleegkundig onderwijs. De SPV die werkzaam is in de ambulante ouderenpsychiatrie kan zich door dit soort onderzoek een genuanceerd inzicht verschaffen in de mening van de oudere patiënt over de gewenste bejegening.

Over enkele jaren kan het interessant zijn om te onderzoeken of er verschillen zijn in mening van de oudere patiënt die behandeld wordt voor psychische klachten tussen de leeftijdsgroepen van 65 jaar tot 80 jaar en 80 jaar en ouder, omdat dan de naoorlogse generatie, die bekend staat als goed opgeleid en assertief, mogelijk een duidelijker verschil laat zien met de vooroorlogse generatie ouderen.

Referentielijst

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-210.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 456-66.
- Bayliss, E. A., Edwards, A.E., Steiner, J.F. & Main, D.S. (2008). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practic*, 25, 287-293.
- Bosch, E. (2001). *Bejegening in de zorg*. Barneveld: Nelissen.
- Calvin, A., Frazier, L. & Cohen, M. (2007). Examining older adult's perception of health care Providers: Identifying important aspects of older adult's relationships with physicians and nurses. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 6-15.
- Eulderink, F. (2004). *Inleiding gerontologie en geriatrie*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fagerström, L., Eriksson, K. & Engberg, I. (1999). The patient's perceived caring needs: measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 199-208.
- Fosbinder, D. (1994). Patients perception of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1085-1093.
- Henderson, A., Van Eps, M., Pearson, K., James, C., Henderson, P. & Osborne, Y. (2008). 'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 146-153.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing 2nd edition*. Malden: Blackwell Publishing inc.
- Jansen, H. (2005). De kwalitatieve survey. *Kwalo*, 10, 15-34.
- Jansen, J.(2008). [http:// www.gerionne.nl/thema/communiceren met ouderen/ communiceren met ouderen 14.html](http://www.gerionne.nl/thema/communiceren%20met%20ouderen/communiceren%20met%20ouderen%2014.html) (verkregen 21 maart 2009).

Jansen, M. (2008). *Attitude en beeldvorming van verpleegkundigen over ouderen*. Niet gepubliceerd. Handleiding afstudeertraject 2008-2010 Masteropleiding Verplegingswetenschap, Utrecht.

Jacelon, S. (2002). Attitudes and Behaviors of Hospital Staff Toward Elders in an Acute Care Setting. *Applied Nursing Research*, 15, 227-234.

Lövgren, G. (1996). Patients' narratives concerning good and bad caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 151- 6.

McGilton, K. & Boscart, V.M. (2007). Close care provider-resident relationships in long-term care environments. *Journal of Clinical Nursin*, 16, 2149-2157.

Mok ,E. & Chiu, P.C.J (2004). Nurse patient relationship in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 475-83.

Schuurmans, M. & Duijnstee, M. (2003). Ouder worden. Blijvend in balans: een dagelijkse zorg . *Tijdschrift voor Verpleegkundige*, 7, 46.

Sikkel, D. & Keehnen, E. (2004). *Ervaren maar veranderlijk. Het consumentengedrag van de 50+*. 's Gravenhage: Kluwer.

Turner J.T., Lee V., Fletcher K., Hudson K. & Barton D.(2001). Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model. *Journal of Gerontological Nursing*, 27,8-18.

Wester, F. & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.

Tabel 1 in en exclusie criteria

Inclusie criteria

- 65 jaar en ouder
- zich verbaal kunnen uitdrukken in het Nederlands
- zelfstandig wonend
- een behandelingduur van minimaal 6 contacten

Exclusie criteria waren

- milde geheugenklachten (volgens DSM IV, cognitieve stoornis NAO)
- ernstige psychische klachten (volgens DSM IV, GAF score 50 of lager)
- deelname aan een dagbehandelinggroep en of intensief contact met een psychiater (minimaal maandelijks)

Tabel 2 Achtergrond kenmerken patiënten

Geslacht	Leeftijd	Stoornis	Duur behandeling
M	68	depressieve stoornis	2 jaar
V	72	aanpassingstoornis, gemengde angstige en depressieve stemming	3,5 jaar
V	68	aanpassingstoornis, gemengde angstige en depressieve stemming	2 jaar
M	73	aanpassingstoornis met depressieve stemming	4 jaar
V	80	aanpassingstoornis, gemengde angstige en depressieve stemming	3 jaar
V	72	schizofrenie	4,5 jaar
V	66	depressieve stoornis	2 jaar
M	87	depressieve stoornis	3 jaar
V	80	depressieve stoornis	4 jaar
V	86	depressieve stoornis	2 jaar
V	80	depressieve stoornis	3,5 jaar
M	68	bipolaire stoornis	3,5 jaar
V	80	depressieve stoornis	2 jaar
V	71	post traumatische stress-stoornis	3 jaar
V	77	angststoornis	6 jaar