

Aanpassing van residenten met een somatische opname-indicatie na een half jaar verblijf in een verpleeghuis.

Naam: G.L. Kreuze

Studentnummer: 0214736

Status: definitief afstudeerwerkstuk

Referentiestijl: Vancouver

Beoogd tijdschrift: Verpleegkunde

Aantal woorden: 4.391

Aantal woorden Nederlandse samenvatting: 281

Aantal woorden English abstract: 291

Blokdocent: dr. C. Gamel

Begeleider: prof. dr. M.H.F. Grypdonck

RVT's waar onderzoek is gedaan:

- WZC Sint-Vincentius vzw te Kalmthout
- Woon- en zorghuis Zonnewende te Kapellen
- Rusthuis Plantijn te Kapellen
- R.V.T. Sint-Michaël te Essen

Masteropleiding Verplegingswetenschap UMC Utrecht, Universiteit Utrecht
16 september 2010

Nederlandse samenvatting.

Aanpassing van residenten met een somatische opname-indicatie na een half jaar verblijf in een verpleeghuis.

Ouderen die permanent worden opgenomen in een verpleeghuis gaan een aanpassingsproces door. Hoe is het met hen na een half jaar?

DOEL. De kennis over beleving van verblijf in een verpleeghuis te vergroten, en een bijdrage te leveren aan het begrijpen van het aanpassingsproces van ouderen die permanent in een verpleeghuis zijn opgenomen.

ONDERZOEKSVRAGEN. Hoe beleven ouderen met een somatische indicatie hun verblijf en leven in een verpleeghuis vijf á zes maanden na opname? Hoe verloopt hun aanpassingsproces?

METHODE. Er zijn 12 participanten uit vier Vlaamse Rust- en Verzorgingstehuizen geïnterviewd op een semigestructureerde manier. Er is in deze studie gekozen is voor een beschrijvend kwalitatief onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van een mix van technieken uit de Fenomenologie en de Grounded Theory

RESULTATEN. De participanten beleven het leven verschillend en hebben een eigen manier van aanpassen. Toch is er veel gemeenschappelijks uit te halen.

CONCLUSIE. Men ervaart een veilig gevoel en is positief over de goede fysieke verzorging. Negatief is dat de aanpassing gepaard gaat met verlies van identiteit. Na moeilijke eerste maanden berusten de participanten in het idee dat ze, gezien hun situatie, op de beste plek zijn. Aanpassen doet men door zich neer te leggen bij de situatie en er het beste van te maken. Positief of met humor praten over hoe het leven nu is lijkt het leven dragelijk te maken.

AANBEVELINGEN. Voor de praktijk is de aanbeveling om meer te investeren in het leren kennen van de oudere en daar (indien mogelijk) de zorg op aan te sluiten. Er worden aanbevelingen gedaan aan het beroepsonderwijs en voor verder uitgebreider opgezet onderzoek.

Trefwoorden: ouderen, verpleeghuis, aanpassing, beleving.

English Abstract.

Adaptation of residents with a somatic indication for admission after a half-year stay in a nursing home.

Elderly people, who have been permanently committed to a nursing home, experience an adaptation process. How are they doing after half a year?

AIM. Increasing the knowledge about living in a nursing home, and contribute to the understanding of the adaptation process elderly people went through when they have been permanently committed to a nursing home.

RESEARCH QUESTIONS. How do elderly people with a somatic indication for admission experience their stay and life in a nursing home five to six months after commitment?

How are they adapting?

METHOD. Twelve participants from four Flemish nursing homes have been interviewed in a semi-structured manner. In this study the choice has been made for a descriptive qualitative research, using a mixture of techniques from the Phenomenology and the Grounded Theory.

FINDINGS. The participants experience their lives in different ways and have their own methods of adapting. However, a lot of similarities can be found as well.

CONCLUSION. The participants feel safe and are positive about the good physical care they receive. Adaptation coincides with a loss of identity, which is seen as a negative. After a few difficult first months the participants find comfort in the idea that, given their situation, they are where they should be. People adapt by accepting and making the best of their situation. Speaking of their current life with humor and in a positive manner seems to make life more bearable.

RECOMMENDATIONS. For practical use it is recommended that more should be invested in getting to know the elderly person, and (when possible) modify the care to their needs and identity. Additional recommendations are given concerning vocational education and further research.

Keywords: elderly, nursing home, adaptation, lived experience

Inleiding.

Voor veel mensen is het een verontrustende gedachte permanent te moeten wonen in een verpleeghuis. Men hoopt dat het nooit zal gebeuren. Voor de ouderen die wel in een verpleeghuis verblijven (hierna residenten genoemd) is het de werkelijkheid waar men niet aan kan ontsnappen. De opname was veelal onontkoombaar. Ze konden niet meer voldoende voor zichzelf en hun huis zorgen. Ook de mantelzorg en de eerstelijns professionele zorg konden niet (meer/voldoende) aan de zorgbehoefte tegemoet komen(1).

Onder anderen Bonouvrie(2) en Grypdonck(3) beschrijven dat het leven in een verpleeghuis voor residenten veel aanpassingen van hen vraagt.

In de afgelopen jaren is er een beperkt aantal studies gedaan naar de levens van permanent verblijvende residenten met een somatische indicatie(2;4-8). Deze studies waren vooral gericht op gedrag en praktische invulling van hun dagen en nauwelijks op hun beleving en het proces van aanpassing(7-9).

In deze studies denkt men doorgaans aan vier fasen van aanpassing bij residenten met een somatische indicatie, dit idee berust echter (nog) niet of maar deels op empirisch bewijs.

De eerste fase in dit proces van aanpassing wordt die van “disorganisatie” genoemd. Hierbij voelt de resident zich vervreemd van zijn omgeving en thuisloos. In de tweede fase spreekt men van “reorganisatie”. Hierin ontstaat een begin van acceptatie doordat de mensen hun situatie beter kunnen rationaliseren. In de derde fase zal de resident wellicht werken aan “opbouw van relaties”, met zowel medebewoners als met de zorgverleners. De vierde fase tenslotte kenmerkt zich waarschijnlijk door “stabilisatie”. De resident heeft het gevoel erbij te horen en voelt zich thuis.

In de bovenstaande publicaties is de verwachting dat er, soms grote, individuele verschillen zijn in hoe en in welk tempo deze fasen doorlopen worden door de residenten.

Bonouvrie(2) schetst in haar kleinschalige kwalitatieve studie een beeld van de beleving en aanpassing van residenten binnen de eerste drie maanden na opname in een verpleeghuis. Zij laat zien dat het leven in een verpleeghuis grote aanpassingen vraagt van de residenten. Dit gaat gepaard met veel moeite, verdriet en verlies van identiteit. De aanpassingen hebben na drie maanden nog niet of slechts deels plaats gevonden. Daarnaast lijkt de aangeboden zorg niet goed afgestemd te zijn op residenten en zij ervaren hun verblijf in een verpleeghuis als wat niet anders kan in hun situatie.

Er is, voor zover bekend, weinig onderzoek naar beleving en aanpassing gedaan bij residenten die een half jaar of langer in een verpleeghuis verblijven. Daardoor is niet bekend hoe het met residenten met een somatische indicatie gaat na een half jaar verblijf in een verpleeghuis. Aan deze leemte wil dit onderzoek iets doen.

Doelstelling.

Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan kennis over beleving van verblijf in een verpleeghuis door residenten, na een half jaar. Deze studie hoopt tevens een bijdrage te leveren aan het begrijpen van het aanpassingsproces van ouderen die permanent in een verpleeghuis zijn opgenomen.

Deze kennis kan de zorgverleners helpen goede, afgestemde zorg te geven(10).

Deze goede zorg zou er aan kunnen bijdragen dat de residenten een zo goed mogelijk leven in een verpleeghuis hebben.

Vraagstelling.

Hoe beleven ouderen met een somatische indicatie hun verblijf en leven in een verpleeghuis vijf á zes maanden na opname? Hoe verloopt hun aanpassingsproces?

Methode.

Onderzoeksopzet.

Het object van dit onderzoek is de beleving van de residenten. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat dit onderzoek gericht is op het perspectief van oudere residenten op het eigen leven en de betekenis die zij geven aan

gebeurtenissen en hun omgeving. Doel van de studie is om tot de betekenisgeving en de beleving van de residenten door te dringen.

Dan is kwalitatief onderzoek met een fenomenologische oriëntatie een voor de hand liggende strategie. Mede omwille van de beperkte tijd die voor het onderzoek beschikbaar was is dit een beschrijvend kwalitatief onderzoek waarin technieken van Grounded Theory gebruikt zijn (11;12).

Locatie.

Het onderzoek vond plaats in de onderzoekslijn 'verblijf van ouderen in een verpleeghuis in Nederland en Vlaanderen'. Het onderzoek is uitgevoerd in vier verpleeghuizen in Vlaanderen. In Vlaanderen worden deze Rust-en Verzorgingstehuizen (na deze RVT) genoemd.

De RVT's waar het onderzoek plaatsvond maken in hun opnamebeleid geen onderscheid naar cultuur, geloof en/of afkomst van de residenten.

De deelnemende RVT's staan in het noorden van de provincie Antwerpen. De keuze voor de RVT's was gemaakt op pragmatische gronden en op grond van hun eerdere deelname aan een onderzoek binnen dezelfde onderzoekslijn (2).

Participanten.

Elk RVT had een contactpersoon. Samen met deze contactpersonen werden de mogelijke participanten geïdentificeerd.

De participanten voldeden aan de volgende criteria:

- Ouder dan 70 jaar;
- Vijf, zes of zeven maanden wonend in het RVT op het moment van het interview;
- Er is sprake van een permanent verblijf in het RVT;
- Komt niet uit een ander RVT;
- Geen gediagnosticeerde cognitieve stoornis die participatie bemoeilijkt;
- Zich goed kunnen uitdrukken in het Nederlands;
- Niet behorend tot een andere etnisch bevolkingsgroep dan de Vlaamse.

Dit laatste criterium is opgenomen om niet meer diversiteit te krijgen dan gezien de omvang van de steekproef voor analyse goed is.

In totaal waren er 18 residenten die aan de selectiecriteria voldeden en tussen juli 2009 en november 2009 waren opgenomen.

Eén resident bleek door een ernstige depressie niet in staat zich verbaal goed uit te drukken. Eén resident heeft zich teruggetrokken om persoonlijke redenen, drie waren door ziekte niet in staat mee te werken en één resident is overleden.

Er zijn 12 participanten geïnterviewd.

Eén van de RVT's had meer bewoners, daar zijn ook meer residenten geïnterviewd dan in de drie andere RVT's (zie tabel 1).

De residenten werden benaderd door de contactpersoon in het RVT en kregen zowel schriftelijke als mondelinge informatie. Tevens werden ze ervan in kennis gesteld dat ze geïnterviewd zouden worden wanneer ze ongeveer een half jaar in het RVT verbleven. Het (verzorgend) personeel op de afdeling werd door de contactpersoon op de hoogte gebracht.

Wanneer de geselecteerde resident rond de zes maanden in het RVT was opgenomen werd een afspraak met hen gemaakt voor het interview.

Dataverzameling.

De data zijn verzameld door middel van open interviews. De beginvraag lag vast en er werd zoveel mogelijk het verhaal van de participant gevolgd.

De interviews werden opgenomen op een recorder. Daarnaast werden er notities gemaakt. Deze notities gingen over de omstandigheden waaronder en de omgeving waarin de interviews plaats hadden en eventuele bijzondere gebeurtenissen tijdens het interview die onherkenbaar op tape kwamen te staan. Deze notities werden meteen na het interview gemaakt.

De tapes en notities zijn geanonimiseerd uitgeschreven. De opnames werden meteen gewist. De transcripties zullen bewaard worden voor eventueel secundair vervolgonderzoek.

De interviews hebben tussen de 20 minuten en 97 minuten geduurd, met een gemiddelde van 52 minuten.

Data-analyse.

De onderzoeker die de interviews had afgenomen heeft deze letterlijk getranscribeerd. Vervolgens zijn de data geanalyseerd met ondersteuning van het computerprogramma Winmax98.

De analyse vond plaats door middel van een combinatie van een fenomenologische en Grounded Theory benadering(13).

De transcripties werden eerst, los van elkaar, geheel gelezen en herlezen. Daarna werd de betekenis van elke paragraaf in zijn geheel geduid met woorden. Hier werden open codes toegekend.

Na het voltooien van de derde transcriptie werd er gestart met comparatieve analyse tussen de interviews. Hierbij werd een eerste codeboom opgesteld. Met zeven transcripties is de codeboom bijgesteld (appendix 1) die daarna bij iedere transcriptie werd gebruikt. De codes werden met elkaar in verband gebracht en ondergebracht in thema's.

Nadat alle interviews gecodeerd waren, werden de data opnieuw gelezen en geïnterpreteerd. Er vond onderzoekerstriangulatie en discussie plaats tussen onderzoeker en onderzoeksbegeleider over de interpretaties en de thema's. Dit om de data en de inzichten uit de analyse te verifiëren.

Kwaliteitscriteria.

Voorafgaande aan het eerste interview heeft de interviewer/onderzoeker zichzelf onderworpen aan zelfreflectie om zich van zoveel mogelijk (voor)oordelen die bij haar leven bewust te worden zodat deze minder van invloed zouden zijn tijdens het afnemen van de interviews.

Door supervisie op de interviewstijl werden de interviews kwalitatief beter en steeds meer toegespitst op de vraagstelling en doelstelling.

Om blinde vlekken en selectieve waarnemingen te corrigeren was meegelezen en mee analyseren door discussiëren met en kritische feedback krijgen van de onderzoeksbegeleider en de medestudenten van belang. Hierdoor is de controleerbaarheid en geloofwaardigheid van de studie toegenomen.

Ethische aspecten.

Het onderzoek was voorgelegd aan en goedgekeurd door het Ethische Comité van het Universitair Ziekenhuis van Gent.

Aan het begin van het interview werd met de participant nogmaals het doel, de methode, procedure, het recht te stoppen met deelname op elk willekeurig moment en de privacy besproken. Door alle participanten werd voor informed consent getekend voor het interview.

De interviews zijn met toestemming van de participanten digitaal opgenomen op een recorder. De geluidsopnames zijn vernietigd en de gegevens geanonimiseerd.

Resultaten.

In totaal hebben 12 residenten geparticipeerd in dit onderzoek. In tabel 1 zijn de kenmerken van de participanten opgenomen. Om de anonimiteit van zowel participanten als RVT's te waarborgen zijn de participanten met een letter en de RVT's met een Romeins cijfer aangegeven.

De resultaten uit de interviews zijn ondergebracht in 3 thema's.

1. Positieve aspecten van het wonen in een Rust- en Verzorgingstehuis.

Op de beginvraag: "U bent hier nu ongeveer een half jaar. Hoe is het nu voor u om hier te zijn?" antwoorden tien van de twaalf participanten met "Goed". Slecht twee participanten zeggen concreet dat het (nog) niet goed voelt. Bij de meeste participanten lijkt dit "goed" genuanceerder te liggen, daarover later meer.

Alle participanten gaven aan dat ze de verzorging als positief ervaren. De lichamelijke verzorging is goed, men krijgt goed/genoeg te eten en te drinken en voor de meesten worden de kamers goed schoongehouden.

Elf participanten vertellen over gevoelens van veiligheid en acht noemen het “rust hebben” als positief aspect van het wonen in het RVT.

Vragend naar uitleg kwam tot uiting dat participanten voor ze in het RVT kwamen veel zorgen hadden over de veiligheid van henzelf en/of die van de partner, het zorgen voor de boodschappen, het huishouden, het eten enzovoort. Deze zorgen zijn er allemaal niet meer. Het merendeel ervaart dat er ‘s nachts over hen gewaakt wordt ook als een positief aspect waardoor ze zich veilig voelen.

Negen participanten zijn positief over het aantal aangeboden activiteiten. Acht maken er regelmatig gebruik van. Maar slechts twee participanten ervaren de inhoud als betekenisvol. Beide vrouwen vinden hun geloof erg belangrijk en in het betreffende RVT zijn er activiteiten die daar goed op aansluiten.

Vrijwel alle participanten ervaren de omgang met medebewoners als positief. Een aantal geeft aan dat door naar het RVT te gaan ze veel minder alleen zijn dan thuis. Het samen met medebewoners eten ervaren acht participanten als positief, het eten smaakt weer beter.

Twee participanten vinden dat hun leven beter is geworden. Ze maken dan de vergelijking met de laatste periode thuis.

Participant C*.

I. wat vindt u nu het alle fijnste om hier te zijn... u zei eerder dat u steeds blijer werd om hier te zijn, het is fijner geworden...

P. ja ik ben steeds blijer geworden... ik vind het hier heel fijn.

I. Wat is nu het fijnste... als u nu terug kijkt naar de laatste tijd thuis en nu hier?

P. Dat ik meer rustiger zij, ik ben hier meer rustiger en ik...hoe moet ik het zeggen... Thuis was ik gejaagd en dingen en hier zijt ik veel rustiger geworden [ja? Weet u hoe dat komt?]

Nee dat weet ik niet... [nee?] allez... ik heb hier meer te doen en zo en ge zijt hier meer onder de mensen en dat scheelt al wel denk ik...[het onder de mensen zijn?] ja

Later in het interview:

I. U zegt dat uw leven veel plezieriger is geworden

P. ja zeker

I. U vertelt dat u rust ervaart en dat u zelf veel kan beslissen en dat u regelmatig bezoek krijgt. Wat is voor u nu belangrijk geweest.

P. De rust [de rust] ja...[die is belangrijk] ja heel....

I. Zijn er nog andere dingen waarvan u thuis nooit had kunnen denken dat u dat hier zou krijgen?

P.....Ja hoe moet ik dat zeggen... de blijdschap, het blij zijn dat heb ik nu ook. Ik kan me eigen blij maken nu en dat was ik thuis niet meer... Thuis had ik dat niet meer... daar was ik altijd, zozegegd, bedrukt hè. En hier niet... en dingen... en hier dat ik me eigen blij kan maken...

* I=interviewer, P=participant, [tekst]=interviewer in het verhaal van participant

2. Negatieve aspecten van het wonen in een Rust- en Verzorgingstehuis

Zoals eerder beschreven zeggen tien van de twaalf participanten dat ze het goed vinden in het RVT. Echter concreet en tussen de regels door worden er ook negatieve aspecten benoemd.

Zo vinden tien participanten hun kamer veel te klein. Het gebrek aan ruimte lijkt samen te hangen met het feit dat men zoveel spullen achter heeft moeten laten. Bijna alle participanten geven aan dat hen dat moeilijk is gevallen. Met name omdat het hen is tegengevallen hoeveel ze maar mee konden nemen.

Eén van de echtparen had twee kamers ter beschikking, een woonkamer en een slaapkamer. De vrouw was hier dubbel in wat ze van de kamers vond. Haar echtgenoot lag veel in bed in de slaapkamer en ze vond het daardoor niet fijn dat ze hem niet kon zien en met hem kon praten, aangezien zij de hele dag in de woonkamer was.

Participant J.

Maar na de operatie van mijn knie hebben we bij C. geweest en daar hadden we eerst een kamer voor tweeën. Dan lag ik hier te slapen en mijn man daar. Dat was voor mij aangenamer. Dan zie ik die liggen, lag zijn hoofdkussens... dan ging ik die opschudden, was hij niet goed dan dekde ik hem, was hij wakker dan klapte (praten) ik met hem...dat heb ik hier niet hè...[dat vond u fijner] dat vond ik fijner ik persoonlijk wel. Omdat bij ons thuis ...mijn man sliep in onze kamer...maar 's morgens om half 10 kwam de verpleging voor hem te wassen en om te kleden ...maar in het begin na de hersenbloeding was hij dood-, dood moe. En dan legden ze hem op die zetel en dan allez alleen in mijn de keuken....Ik moest maar zien en ik zag hem zitten, ging ik naar de wc of de slaapkamer ik zag hem. En nu...'t is juist dat ik naar de WC ga dat ik hem zie liggen.

Wat de meeste participanten ook als negatief ervaren zijn de hoge kosten en het feit dat de kinderen (als die er zijn) mee moeten betalen. Zes participanten komen hier tijdens de interviews meermaals op terug.

Alle participanten geven aan dat ze in het RVT vrij zijn om te gaan en te staan waar ze willen en dat ze met hun kamer kunnen doen wat ze willen. Echter negen participanten geven ook aan dat het niet dezelfde vrijheid is als vroeger. Het moeten aan geven dat ze weggaan, met wie en waarheen en 's avonds wanneer ze terug komen moeten aanbellen om binnen gelaten te worden, worden genoemd als voorbeelden van toch niet echt vrij zijn.

Participant K.

I. U zei "ik er zelf voor gekozen om hierheen te gaan maar thuis is toch beter..."

P. Ja thuis is beter...

I. Wat is er beter thuis vindt u?

P. Het is allemaal ruimer en groter en doet ge helemaal wat ge wilt hé... Hier ook maar dat was thuis nog anders hè

Naast verlies van vrijheden zoals boven genoemd ervaren elf participanten ook verlies van vrijheid en onafhankelijkheid doordat het fysiek niet meer mogelijk is te gaan en staan waar ze willen.

Veder zijn er ook regels in het RVT die niet passen bij hun eigen manier van leven. Zo verontschuldigen meerdere participanten zich dat ze geen koffie of thee kunnen aanbieden. Een regel van het huis zegt dat er aan bezoek geen koffie of thee wordt geschonken, die moet men in de cafetaria kopen. Eén van de participanten kwam er tijdens het interview meermaals op terug dat ze dat niet gewend is en dat dat niet gastvrij is.

De afhankelijkheid van wat het RVT te bieden heeft is ook terug te zien in het activiteiten aanbod. Bijna alle participanten gaven aan dat het activiteiten zijn waar ze voor de opname niet zelf voor zouden kiezen. Ook al vinden ze de activiteiten niet bij hen passend, ze gaan wel. Ze zitten dan niet alleen op hun kamer en het verdriift de tijd.

De drie mannelijke participanten geven aan dat de meeste activiteiten niets voor hen zijn en proberen zelf hun dag in te vullen. Voor twee van de drie is dat moeilijk omdat het gebrek aan mobiliteit hun vrijheid daarin beperkt. Zo zou één van de mannen graag naar het café willen om een Duvel (bier) te drinken en om daar naar "gewone mensen" te gaan kijken en luisteren.

Er was één participant die nooit mee doet aan de activiteiten. Zij had ook weinig contact met de medebewoners. Opvallend was dat ze de enige was die het over eenzaamheid had.

Alle participanten vinden het eten dat ze krijgen goed. Echter doordat ze alleen kunnen aangeven wat ze echt niet lusten zijn ze afhankelijk van wat de

keuken voor ze maakt. Twee van de mannen vergelijken dat met in dienst zijn; dan moet je ook eten wat de pot schaft. Negen participanten ervaren het zelf bepalen wat je eet, de eigen manier van eten bereiden en het zelf koken als een gemis.

Participant J.

Ik heb altijd goed boter gegeten tot mijn 83 jaar en nu moet ik natuurlijk Becel eten. Ik had gevraagd 'kan ik niet beter krijgen.' Maar dat kon niet. En dan krijgen we beide een pakske iedere keer, maar we eten één boterham, dus we kunnen met één pakske toe hè. En 's avond eten we er twee en kunnen we ook met één pakske toe. En dan op zondag krijgen een pistolet en had gerne goed boter gehad, maar

Voor die. Ze zegt maar dat ken ge...ja maar dat weet ik ook hè. Mijn zoon kan het ook mee brengen. Maar daar kom ik zeker niet door [dus dat is geen oplossing] Nee dat is geen oplossing. Ja dat is wel een gemis.

Nou verder nee, niet direct...of het eten dan dat het anders is dan we gewoon zijn hè...

De drie participanten die op hun kamer eten, vertellen dat de maaltijd lauw is voordat ze het krijgen. Hier zijn de participanten niet blij mee maar noemen dit het gevolg van hun keuze om op hun kamer te eten.

Alle participanten geven aan dat ze het verzorgend personeel als "heel lief" ervaren. Negen participanten illustreren dit door te vertellen dat ze meteen komen als je belt en je met het minste willen helpen. Toch klinkt er doorheen dat het niet altijd koek en ei is (geweest), hoewel het voor de participanten moeilijk blijkt te zijn concreet aan te geven of er ook dingen zijn die ze graag anders zouden zien bij verzorgend personeel.

Drie participanten gaven aan dat ze met name in de eerste maanden erg moesten wennen aan het verzorgende personeel. Dit had te maken met dat het personeel dingen anders doet dan participanten graag willen. Ze wilden er echter niet verder over vertellen omdat ze nu aan elkaar gewend waren (zij en het personeel) en het niet meer speelde.

Vier participanten gaven aan dat niet al het verzorgende personeel even vriendelijk is. De ene is strenger en houdt zich meer aan de regels dan de andere. En de ene vinden ze aardiger dan de ander. Wel geven ze meteen aan dat dit toch overal zo is. Er zijn twee participanten die vertellen dat ze achter de medicatie aan moeten omdat die wel eens vergeten wordt. En twee participanten vinden dat er te weinig tijd is om

de kamers goed schoon te maken. Maar dan wordt meteen gezegd dat de meisjes het ook zo druk hebben.

Alle participanten lijken hier een loyaliteitsconflict te ervaren. Het gaat niet allemaal even fijn/goed maar het personeel doet wat het kan en zijn "lief" dus de participanten praten er liever niet te veel over.

Bijna alle participanten ervaren dat het personeel het te druk heeft en met te weinig mensen is. Daardoor is er zelden tijd voor een "gewoon" praatje. En dat vinden het merendeel toch wel jammer. Drie participanten zeggen dat ook echt als een gemis te ervaren.

Participant E bij de afronding van het interview.

I. Vond u mijn vragen lastig?

P. Nee, ze waren...erg ...erg interessant. Eigenlijk zou dat vaker moeten dat iemandiemand even praten komt..

I. Dat lukt de verpleging niet?

P. Nee...maar ze hebben het ook ...ze hebben weinig tijd hè.

I. Vindt u het belangrijk dat ze komen praten?

P. Ja... dat ze interesse hebben.... maar hu... tijd maken is niet makkelijk hè.

I. Nee?

P. huh och...uh..Wel ja misschien wel. 'k heb daar zo niet over nagedacht... Ja, wij maakte ook tijd in X toen ik was in...voor wat belangrijk was dan hè [ja?] ja al was het maar 5 of 10 minuten.... Ja och....het personeel doet wat ze kan denk ik zo...

3. Het zich aanpassen aan het leven in een Rust- en Verzorgingstehuis.

Het proces van aanpassen is bij een aantal participanten begonnen al voor de opname. Zo lijken de participanten die helemaal zelf de keuze hebben gemaakt om naar het RVT te gaan zich het makkelijkst te hebben aangepast aan het leven in het huis.

Opvallend is ook dat acht participanten meteen op het moment van binnenkomen het gevoel hadden dat het goed of beter was. Neemt niet weg dat zes van deze participanten wel heimwee naar thuis hebben gehad. Tien participanten hebben het de eerste maanden moeilijk gehad.

Hoewel doorklinkt dat vrijwel alle participanten liever thuis zouden zijn, zijn er slechts twee die dat ook expliciet zeggen.

Naast heimwee naar huis, spullen en eigen vertrouwde omgeving moest een aantal ook echt wennen aan de regels en gang van zaken in het RVT.

Zo geven drie participanten aan moeite te hebben gehad met het personeel en regels. De participanten ervaren daarbij verlies van wat voor hen gewoon of vanzelfsprekend was, zoals de eerder genoemde gastvrijheid. Ze hebben water bij de wijn moeten doen.

Bezoek van familie en naasten is belangrijk. Bijna alle participanten gaven aan dat ze zien dat de kinderen blij zijn dat hun moeder/vader nu veilig en goed verzorgd is. Dit, samen met dat het bezoek van kinderen en familie bij de meeste participanten één keer per week plaats vindt, maakt het makkelijker om in het RVT te zijn.

Veel participanten hebben zo snel mogelijk aan alle aangeboden activiteiten deelgenomen, ook al zijn het activiteiten (zoals eerder benoemd) die voor de opname niet bij hen hadden gepast, en eigenlijk nog niet passen.

Een andere veel genoemde houding is niet bij de pakken neer gaan zitten en eruit halen wat erin zit. Verschillende participanten zeggen "het is niet anders" en/of "het is beter zo" en zeggen zich erbij neer te leggen. Vrijwel allemaal geven ze aan dat, door verzet of met tegenzin in het RVT te gaan zitten, je het jezelf erg moeilijk maakt. Toch lijkt daar tussen de regels door gezegd te worden dat het leven in een RVT als een noodzakelijk kwaad wordt gezien.

Participant E.

Als ik hier echt tegen mijn guste moest gaan zitten dat zou.... heel erg zijn hè? [Als u..wat zei u?] Tegen mijn guste , met tegenzin hier moest zitten [okay] dat zou erg zijn [ja] Ik zeg niet als ge zo oud zijt en hu.. als ge hier zit dat ge dan zegt; "o nou zijn ik blij dat ik hier zit" [nee?] O Nee, mijn zuster zijn nog een jaar ouder en die rijden nog fiets en die rijden nog naar A.. Dat is... en hu... ik moet dan zeggen dat ik daar niet jaloers op ben...[nee?] nee, dat heb ik niet. Gelukkig niet dat is een soort van genade dat ge ontvangt. Ik zij er niet jaloers op ik zij blij dat zij dat nog kunnen. Want ik weet wat het is zitten heel de dag en alles moet...alles moet gedaan worden als ge zelf niets meer kunt.

Ook zijn er participanten die zoveel mogelijk proberen te behouden of te herstellen van hun leven voor de opname. De beide echtparen proberen bepaalde

rituelen en momenten van “samenzijn” vast te houden. Zo hebben ze er voor gekozen om samen op hun kamer te eten en niet in de zaal. Het gevolg is dat ze als laatsten de maaltijd krijgen. Dat betekent dat ze krijgen wat er dan nog is (dus geen keuze meer tussen twee soorten aardappelen en dergelijke) en het eten is dan niet meer warm, wat de smaak van het eten niet ten goede komt.

Eén van de mannelijke participanten wil proberen alles op alles te zetten om toch weer regelmatig naar het theater te kunnen (theater was zijn werk en leven).

Veel participanten proberen de negatieve aspecten een positieve draai te geven, waar iets wrangs in doorklinkt. Zoals het eerder genoemde vergelijken door twee mannelijke participanten van het leven in het RVT met in dienst zijn, wat toch een mooie tijd was.

Andere participanten geven de positieve zaken extra lading door deze heel mooi te maken of als heel belangrijk aspect neer te zetten.

Participant A.

P. Ja ik wordt hier heel heel goed verzorgd ja. Ik had dat nooit verwacht want ik had daar nooit aandacht aan geschonken. Ja ja

I. U had niet verwacht dat u het zo goed zou hebben hier?

P. O ja het is hier heel heel goed. Ik mag hier niet klagen ik had het nooit gedacht. En ze zijn heel heel lief hier, heel lief.

Weer andere participanten lijken het leven dragelijk te maken door humor te gebruiken, ook al schemert daar soms ook wel wat cynisme in door. Zo zegt de vrouw van een echtpaar, dat door de keuze om op hun kamer te eten vaak het eten lauw krijgt:

Participant J.

En dan zeggen we ook, het zijn niet warm maar we verbranden ons niet. (P. lacht)

Bijna alle participanten zijn dubbel in hoe ze hun leven nu zien. Aan de ene kant is het goed in het RVT en aan de andere kant hadden ze hun laatste levensfase graag anders gezien. Eén van de mannelijke participanten beleeft zijn leven als volgt;

Participant G.

Ik ben nog in leven, maar ik leef niet meer.

De participanten konden geen van allen aangeven in welke mate en op welke manier de verpleging/verzorging invloed heeft gehad of nog heeft op hun aanpassingsproces. Het is belangrijk dat ze lief zijn en goede fysieke zorg geven. Er wordt wel een gemis ervaren aan een praatje maar of er ook behoefte is aan meer psychische ondersteuning wordt niet duidelijk. De meeste participanten geven aan dat ze vinden dat het verzorgend personeel doet wat het kan doen gezien de tijd en de middelen die ze hebben.

Discussie.

De in het onderzoek beschreven ervaringen van residenten die een half jaar in een RVT wonen geven een indruk over hoe mensen hun leven kunnen beleven.

De kwaliteit van de interviews heeft veel aandacht gehad. Daarnaast werden de interviews steeds verder op de onderzoeksvraag toegespitst.

Er is sprake geweest van een kleine steekproef in een klein deel van Vlaanderen. Dit heeft geleid tot weinig variatie binnen de steekproef. Tien van de twaalf participanten komen uit een eenvoudig werkersmilieu en hebben altijd geleefd in de streek waar het onderzoek is gedaan. Door de beperkte duur van dit onderzoek is de diepgang beperkt gebleven en heeft geen saturatie plaatsgevonden.

Bij de analyse van de data is het niet altijd eenvoudig om door de dubbelzinnigheid van de beleving van de participanten heen te prikken. Het is goed mogelijk dat er ook sprake was van, niet herkende, sociaal wenselijke antwoorden. Door ethische grenzen waren er beperkingen tijdens de interviews. Bijvoorbeeld gaven een paar participanten op een bepaald moment aan niet dieper op een onderwerp te willen ingaan.

Echter de resultaten leveren met de ondersteuning vanuit de aanwezige literatuur wel belangrijke bevindingen over de beleving en aanpassing van residenten en voor de zorgverlening aan residenten met een somatische aandoening die permanent in een RVT verblijven.

De meeste participanten zijn na een half jaar door de eerste moeilijke periode heen. Het grote verdriet om verlies van het leven van voor de opname en de zware gevoelens van depressie hebben plaats gemaakt voor berusting. De in de literatuur over het aanpassen van residenten aan het leven in een verpleeghuis (2;4;7;9;14;15) beschreven fase van “disorganisatie” lijkt voor elf van de twaalf participanten achter de rug en is opgevolgd door de fase van “reorganisatie” (4;7;9;14;15). In deze fase wordt de situatie geaccepteerd en gerationaliseerd. Eén van de participanten lijkt nog in de fase van ‘disorganisatie’ te zitten, hoewel rouw om het verlies van haar man, vier maanden geleden, daar ook een rol bij speelt.

De “reorganisatie” gaat wel met een aanzienlijk en betreurd verlies gepaard. Maar de participanten zien in dat verzet daartegen geen zin heeft en hen alleen ongelukkiger zal maken. Ze berusten en geven de situatie een positief label.

Van de in de literatuur beschreven fasen van “opbouw van relaties” en “stabiliteit” is (nog) geen sprake. Er zijn wel elementen van deze fasen maar niet voldoende om aan te nemen dat de participanten in één van deze fasen zitten.

Alle participanten ervaren meer rust en veiligheid in het RVT dan de laatste tijd thuis. Ook zijn ze tevreden over het eten en drinken en blij dat ze mensen om zich heen hebben. Met andere woorden het RVT voldoet aan de basisbehoeften. Maar de participanten geven niet de indruk dat er aan andere menselijke behoeften ook tegemoet wordt gekomen, zoals zingeving en zelfverwezenlijking.

Uit de resultaten blijkt dat het aanpassen gepaard gaat met verlies van eigen identiteit. De georganiseerde activiteiten verdrijven de verveling, de dag gaat sneller voorbij. Echter ze passen niet bij de participanten.

In de publicatie van Bonouvrie(2) wordt ook geconcludeerd dat de activiteiten op inhoud laag gewaardeerd worden. Echter waar zij beschrijft dat de participanten, in een eerder stadium van hun verblijf, ook niet gaan, blijkt dat de meeste participanten aan dit onderzoek wel deelnemen aan de meeste aangeboden activiteiten.

De participanten gaven allemaal aan dat ze vrij zijn in hun keuzes. Maar ook dat ze door hun fysieke conditie en de regels van het huis vrijheid missen. In de literatuur (8;14;16) worden vrijheid en vrije keuze belangrijk geacht om behoud van identiteit te waarborgen. Iwasiw (7) beschrijft dat deze vrije keuze uit onder andere *passende/zingevende* activiteiten belangrijk is voor het behoud van identiteit.

Soms lijkt het kiezen voor een stukje behoud van eigen identiteit kiezen tussen twee kwaden te zijn. Zoals bij de echtparen: of samen eten met een koude maaltijd en geen keuze of een warme maaltijd en wel keuze maar dan verlies van het “samenzijn” (intimiteit tussen de echtelieden).

Verzorgend personeel zou in dit behoud van identiteit een rol kunnen spelen(2;3;8). De participanten geven allemaal aan dat de verpleging geen tijd heeft voor een praatje. De meeste participanten zeggen dit, ondanks het begrip hiervoor, ook te missen. Ook deze bevindingen zijn bekend uit de literatuur (2;8).

Opvallend was dat de participanten in het interview niet aan kunnen (of misschien willen) geven wat er volgens hen verbeteringen zouden kunnen zijn. Daarbij geven participanten heel nadrukkelijk uiting aan alles wat ze goed vinden. Of ze gebruiken (cynische) humor om hun leven in het RVT te beschrijven. Op deze manier zorgen ze dat ze niet te veel geconfronteerd worden met de negatieve aspecten en beschermen ze zichzelf zo voor ongelukkig voelen/worden.

Het gebruik van “niet bij de pakken neer zitten” en “het is zo als het is” als aanpassingstrategie zorgt er misschien ook voor dat het leven dragelijk is. Waarschijnlijk is deze strategie voor deze generatie (70 jaar en ouder) vaker succesvol gebruikt en aangeleerd in hun jeugd. Zij hebben allen een moeilijke tijd meegemaakt rond de Tweede Wereldoorlog en hun ouders ook nog in de Eerste Wereldoorlog. Het leven nemen zoals het kwam was toen (en nu misschien weer) een belangrijke overlevingsstrategie.

Opvallend was dat de mannen een ander proces van aanpassen en behoud van identiteit leken te hebben. Ze gaan meer hun eigen gang, al viel dat niet altijd

mee. Met maar drie mannen in de steekproef valt niet te zeggen of dit een gender-specifiek verschil is in het aanpassingsproces.

Conclusie en aanbevelingen.

Ondanks de beperkingen van dit onderzoek zijn er een aantal conclusies te trekken.

De meeste participanten hebben na een moeilijk begin het gevoel dat het RVT de beste plek voor hen is. De grootste winst is het gevoel van veiligheid en rust. De participanten zijn tevreden over dat aan alle basisbehoeften tegemoet wordt gekomen. Echter over het aansluiten bij andere menselijke behoeften, zoals zingeving en zelfverwezenlijking, hebben de participanten het niet.

Het verzorgend personeel wordt door alle participanten als aardig en lief ervaren. De participanten ervaren het als een gemis, ondanks begrip, dat ze voor meer dan de basisbehoeften geen tijd hebben.

De meeste participanten zijn bezig om zich steeds meer aan te passen aan het leven in een RVT. Dit gaat echter gepaard met verlies van identiteit. Het behoud van identiteit wordt beperkt door zowel de fysieke conditie van de participanten als de regels en de gang van zaken in de RVT's. Het hebben van vrije keuze en het aanbod van activiteiten verminderen niet het verlies van identiteit.

Er kan geconcludeerd worden dat de meeste participanten na een moeilijke eerste tijd in een volgende aanpassingsfase zijn waarin acceptatie en berusting centraal staan, maar dat dit gepaard gaat met verlies van identiteit. De manier waarop men zich lijkt aan te passen is het beste te illustreren met het patroon waarop het dialoog met de meeste participanten is verlopen; *“Het is goed, er valt veel op af te dingen, maar het is zo als dat het is en daar kan ik maar beter het beste van maken anders word/ben ik hier erg ongelukkig”*.

Omdat het verzorgende personeel een grote bijdrage zou kunnen leveren aan het behoud van identiteit is het aan te bevelen dat zij meer zouden investeren in het leren kennen van de eigenheid van de residenten. Vervolgens moet deze kennis dan, binnen de grenzen van het mogelijk, omgezet worden in goede afgestemde

zorg. En goed afgestemde zorg zal bijdragen aan het welbevinden van de residenten.

Om dit te bereiken moet het verzorgend personeel onder andere kunnen beschikken over een scala aan verschillende communicatie- en begeleidingsstijlen. Dit vraagt ook van de beroepsopleidingen dat leerlingen/studenten hier goed in getraind moeten worden.

Tenslotte is, zoals eerder aangegeven, nog veel niet duidelijk over de beleving en het aanpassingproces van residenten met een somatische opname-indicatie. Daarom is het nodig dat er uitgebreider onderzoek wordt gedaan en theorievorming plaatsvindt. We moeten er in de zorg immers rekening mee gaan houden dat de groep oudere verpleeghuisbewoners alleen maar groter gaat worden.

Aantal per leeftijdsgroep	Sekse	Aantal per RVT	Burgelijke stand	Kinderen	Initiatief tot opname	Aantal per hoofdreden van opname	Opname duur bij interview
1: 70-74 jaar 2: 75-79 jaar 4: 80-84 jaar 3: 85-90 jaar 2: >90 jaar Gemiddeld: 83,3 jaar (73-92)	9 ♀ 3 ♂	2: I 2: II 5: III 3: IV	2: ongehuwd (1:♂ & 1:♀) 2: gehuwd (1:♂ & 1:♀) 8 weduwe/ weduwnaar (1:♂ & 7:♀)	2: Geen 3: Eén 7: Twee tot vier	3: Zelf op advies huisarts 2: Familie & arts 1: De overste 1: Ziekenhuis 5: Zelf	3: Echtgenoten hadden meer hulp nodig en ze zijn is mee gekomen. 2: Naar ernstig ziekbed in ziekenhuis niet meer voor zelf kunnen zorgen. 7: Zelf- en mantelzorg was niet meer toereikend. <i>Alle participanten hebben een somatische stoornis die de mobiliteit beperkt.</i>	3: 5,5 - 6 maanden 7: 6 - 7 maand 2: 7,5 maanden Gemiddeld: 6,5 maanden.

Tabel 1: Kenmerken participanten

Referenties

- (1) Klerk MMY. Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. rapportage ouderen 2004. Den Haag: Sociaal en Cultureel PlanBureau & Longitudinal Aging Study Amsterdam, 2004.
- (2) Bonouvrie M. 'Ge zijt er en ge moet er aan wennen'. het aanpassingsproces van ouderen in het verpleeghuis. *Verpleegkunde* 2010; 1:13-18.
- (3) Grypdonck M. Leven zonder verhaal; over het droevige leven in het verpleeghuis. Tussen verpleegkunde en verplegingswetenschap. 13e Mebius Kramer lezing in de Verplegingswetenschap. Disciplinegroep Verplegingswetenschap, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde. Utrecht: Universitair medisch Centrum Utrecht, 2005: 27-39.
- (4) Brooks JW. Preparing for relocation. Communication minimizes the trauma for residents. *Contemporary Long Term Care* 1989; oct(12):47-48.
- (5) Gravalin M, Rowell K, Groot J. Interventions to support the decision-making process for older people facing the possibility of long-term residential care (review). *The Cochrane Library* 2008;(4):1-12.
- (6) Iwasiw CI, Goldenberg D, Macmaster E, McCutcheon S, Bol N. Residents'perspectives of thier first 2 weeks in a long-term care facility. *Journal of Clinical Nursing* 1996; 5(6):318-388.
- (7) Iwasiw CI, Goldenberg D, Bol N, Macmaster E. Resident and family perspectives. The first year in a long-term care facility. *Journal of Gerontological Nursing* 2003; 29(1):45-54.
- (8) Kahn DL. Making the best of it :adapting to ambivalence of a nursing home environment. *Quualitive Health Research* 1999; 9:119-132.
- (9) Young HM. Moving to congregate housing: The last chosen home. *Journal of Aging Studies* 1998; 12(2):149-165.
- (10) Heijst JEJMv. Iemand zien staan : zorgethiek over erkenning. Kampen: Klement, 2008.
- (11) Creswell JW. *Qualitative Inquiry and research design*. London: SAGE publications Ltd., 1998.
- (12) Maso I, Smaling A. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en Theorie*. Amsterdam: Boom, 2004.

- (13) Verhaeghe STL, Zuuren FJv, Defloor T, Duijnsteede MSH, Grypdonck M. The process and Meaning of Hope for Family Members of Traumatic Coma Patients in Intensive Care. *Qualitative Health Research* 2007; 17(6):730-743.
- (14) Brandenburg GL. Making the Transition to Nursing home Life. *Journal of Gerontological Nursing* 2007; June:50-56.
- (15) Wilson S. The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 26:864-871.
- (16) Heliker D, Scholler-Jaquis A. A Transition of new Residents to Long-term care. Basing practice on residents' perspective. *Journal of Gerontological Nursing* 2006; September:34-42.

Appendix: Beginvraag, codeboom en thema's

Startvraag bij ieder interview: *U bent hier nu ongeveer een half jaar. Hoe is het nu voor u om hier te zijn?:*

Gebruikte "codeboom":

A Het leven nu: negatief

- * activiteiten
- * beïnvloedende factoren
 - formaat van kamer
 - verwachting
 - voortraject
- * eten & drinken
- * financiën
- * lichamelijke verzorging
- * netheid
- * sociale contacten
 - mede bewoners
 - naasten
 - verpleging
- * thuisvoelen
- * zelf controle

B. Aanpassen

- * proces
- * strategie
- * resultaat

C. Het leven nu: positief

- * activiteiten
- * beïnvloedende factoren
 - formaat van kamer
 - verwachting
 - voortraject
- * eten & drinken
- * financiën
- * lichamelijke verzorging
- * netheid
- * sociale contacten
 - mede bewoners
 - naasten
 - verpleging
- * thuisvoelen
- * zelf controle

D. Gemis & verdriet

E. overigen

Afgeleide thema's:

2. Positieve aspecten van het wonen in een Rust- en Verzorgingstehuis.
3. Negatieve aspecten van het wonen in een Rust- en Verzorgingstehuis.
4. Het aanpassen aan het leven in een Rust- en Verzorgingstehuis.