
Bejegening in de zorg. Hoe willen oudere cliënten die gebruik maken van de Geestelijke Gezondheidszorg bejegend worden door zorgverleners?

Naam student : Maartje Hanegraaf
Studentnummer : 3371611
Status verslag : definitief afstudeerwerkstuk
Datum : 1 juli 2011
Woorden artikel : 4091
Woorden samenvatting (NL) : 307
Woorden samenvatting (EN) : 295
Opleidingsinstituut : UMC-Utrecht
Opleiding : Klinische Gezondheidswetenschappen,
Masteropleiding Verplegingswetenschap
Beoogd tijdschrift : Nederlands/ Vlaams wetenschappelijk tijdschrift
voor verpleegkundigen
Referentiestijl : Vancouver
Naam begeleider : dr. Michel Jansen
Cursus docent : dr. Claudia Gamel
Instelling : Reinier van Arkel groep, 's-Hertogenbosch

Inleiding

De relatie tussen de zorgverlener en de cliënt vormt de basis van de zorgverlening in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De patiëntvertrouwenspersoon verleent cliënten advies en bijstand bij eventuele klachten over de GGZ (1). Uit een rapport van de patiëntenvertrouwenspersoon komt naar voren dat de bejegening van GGZ cliënten nog regelmatig tekort schiet (2). Cliënten klagen over een gebrek aan persoonlijke aandacht en voelen zich regelmatig gekleineerd en/of geschoffeerd door zorgverleners (2).

De exacte betekenis van bejegening is niet altijd duidelijk. Uit de definitie van Van Dale (2008) blijkt dat bejegening te maken heeft met gedrag, "bejegenen is zich op een bepaalde wijze jegens iemand of iets gedragen" (3). Een van de meest gebruikte theorieën om gedrag te verklaren is de Theory of Planned Behavior (TPB), beschreven door Ajzen (1991) (4). Volgens de TPB is de gedragsintentie een belangrijke indicator om gedrag te voorspellen. De gedragsintentie wordt beïnvloed door drie categorieën van determinanten: *attitude*, *subjective norm* en *perceived behavioral control*. *Attitude* is een positieve of negatieve evaluatie of oordeel tegenover bepaald gedrag (4). *Sociale norm* kan gezien worden als de ideeën over wat anderen in de directe omgeving van de persoon verwachten (4). Van zorgverleners wordt verwacht dat ze morele principes nastreven zoals weldoen, niet schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid. Hiermee corresponderen normen als respect, verantwoordelijkheid, competentie en zorgzaamheid (5). Bejegening in de zorg is dan ook een complex begrip. Dit blijkt ook uit de verschillende definities die er in omloop zijn. Volgens Caris-Verhallen (1998) is bejegening "de mate waarin de zorgverlener de cliënt als gelijkwaardig medemens beschouwt en diens waardigheid en eigen verantwoordelijkheid als uitgangspunt neemt" (6). Bosch (2007) geeft aan dat respectvolle bejegening alleen mogelijk is wanneer er een gezamenlijke visie wordt uitgedragen, de zorgverlener een professionele attitude bezit en kritische zelfreflectie toepast (7). Echter, in een professionele setting kan attitude alleen nooit het enige aspect van bejegening zijn, omdat kennis en vaardigheden nodig zijn om juist te kunnen handelen. Kennis wordt hierbij omschreven als dat wat men door studie of oefening geleerd heeft (8). Vaardigheden betreft zowel verpleegtechnische- als communicatieve vaardigheden. De aanwezige kennis en vaardigheden komen ook terug in de derde categorie determinanten beschreven in de TPB: *percieved behavioral control* wat verwijst naar het te verwachten gemak of moeite met het te vertonen gedrag (4). Dit alles resulteert in de volgende definitie van bejegening die in dit onderzoek aangehouden wordt: "Bejegening is de wijze waarop men zich jegens iemand gedraagt. Aanwezige kennis, vaardigheden en attitude komen tot uiting in dit gedrag".

Zoals eerder genoemd sluit de bejegening van GGZ cliënten niet altijd aan bij de behoeften van de cliënt. Om dit te kunnen veranderen is inzicht nodig in de behoeften van de cliënt ten aanzien

van de bejegening door zorgverleners. Dit onderzoek richt zich op de bejegening van oudere cliënten die verblijven binnen een GGZ instelling aangezien deze groep steeds groter wordt. De verwachting is dat er tussen 2010 en 2020 een toename van 18% in GGZ-gebruik zal zijn door ouderen (9). Wanneer men spreekt over ouderen wordt de huidige pensioengerechtigde leeftijd als uitgangspunt genomen, dit is 65 jaar (10).

Er zijn geen wetenschappelijke onderzoeken bekend uit Nederland die in gaan op de behoeften van de oudere GGZ cliënt ten aanzien van de bejegening. In de internationale literatuur zijn wel twee kwalitatieve studies bekend, zij volgen de fenomenologische stroming (11,12). Allan (2009) onderzocht hoe oudere vrouwen het leven met een depressie in een GGZ instelling ervaren en hoe verpleegkundigen deze cliënten het beste kunnen ondersteunen (11). Edvardson (2008) deed onderzoek naar hoe ouderen met ernstige dementie het verblijf op een psychogeriatrische afdeling ervaren (12). Uit bovenstaande onderzoeken komt naar voren dat het van belang is dat zorgverleners zich verplaatsen in de cliënt, betrouwbaar en respectvol zijn (11,12). Een belangrijke kanttekening bij beide studies is dat ze zich richten op een specifieke populatie namelijk vrouwen met een depressie en cliënten met ernstige dementie. De vraag is dan ook in hoeverre de resultaten overdraagbaar zijn naar oudere cliënten die verblijven binnen een GGZ instelling. Wat betreft de bejegening van oudere cliënten in andere zorginstellingen, zoals verpleegtehuizen, thuiszorg instellingen en ziekenhuizen, zijn er verschillende kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd. Uit deze studies komt naar voren dat oudere cliënten het van belang vinden dat zorgverleners voldoende tijd vrij maken (13-21). Daarnaast willen ze zoveel mogelijk hun zelfstandigheid kunnen behouden (13,14,16,18,20,22,23), hun eigen keuzes kunnen maken (13-16,18,22,24,25), als individu benaderd worden (13,15,16,18,21,26-28) en een gelijkwaardige behandeling (17,20,23,24,29). De kwaliteit van de studies is beoordeeld door middel van de COREQ beoordelingscriteria (30) en varieert van gemiddeld tot goed.

Probleemstelling

De bejegening van GGZ cliënten door zorgverleners sluit niet altijd aan bij de behoeften van de cliënt. Met bejegening wordt het gedrag van de zorgverlener ten opzichte van de cliënt bedoeld. In het gedrag van zorgverlener krijgt de kennis, vaardigheden en attitude van de zorgverlener gestalte. Deze studie richt zich op de bejegening van ouderen die verblijven binnen een GGZ instelling aangezien deze groep de komende jaren steeds groter wordt. Om de bejegening te kunnen verbeteren is inzicht nodig in de behoeften van de oudere cliënt ten aanzien van de bejegening door zorgverleners. Er zijn internationaal verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de bejegening van ouderen in verschillende zorginstellingen. In de GGZ is er echter maar beperkt onderzoek uitgevoerd. In Nederland is er zelfs geen enkel onderzoek bekend naar de bejegening van ouderen in de GGZ.

Doel

Het doel van deze studie is het verkrijgen van inzicht in de behoeften van de oudere cliënt (65+), die gebruik maakt van een verblijfsvoorziening van de GGZ in Nederland, ten aanzien van de bejegening door zorgverleners. Met deze inzichten kan de zorgverlener beter aansluiten bij de behoeften van de oudere cliënt om zo de bejegening te verbeteren.

Onderzoeksvraag

Wat zijn de behoeften van de oudere cliënt (65+), die gebruik maakt van een verblijfsvoorziening van de GGZ in Nederland, ten aanzien van de bejegening door zorgverleners?

Methode

Onderzoeksdesign

Gezien de aard van de vraagstelling is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign (31). Het betreft een kwalitatieve survey. Een kwalitatieve survey onderzoekt de verscheidenheid in aard of betekenis van een of meerdere gedragingen, cognities of attributen binnen een populatie (32). Een kwalitatieve survey kenmerkt zich doordat het praktijkgericht is, zich veelal beperkt tot één waarnemingsmethode (meestal het kwalitatieve interview) en dat verzameling en -analyse een iteratief proces is (32).

Participanten

In de periode van januari t/m april 2011 zijn participanten geselecteerd uit een middelgrote GGZ instelling in het zuiden van Nederland. Cliënten werden geselecteerd uit elf verblijfsvoorzieningen van de divisie ouderen. In totaal verblijven hier ongeveer 110 oudere cliënten. De verblijfsvoorzieningen kunnen onderverdeeld worden in woonvoorzieningen en stabilisatie units. Bij een woonvoorziening ligt het accent op zo prettig mogelijk wonen, cliënten verblijven hier langdurig. Bij een stabilisatie unit ligt het accent op behandelen, cliënten verblijven hier maximaal één jaar. Op alle afdelingen was 24-uurs zorg aanwezig. De groepsgrootte varieerde tussen de vier en tien cliënten. Cliënten kwamen in aanmerking voor het onderzoek wanneer zij 65 jaar of ouder waren, tenminste drie maanden gebruik maakten van de verblijfsvoorziening, de Nederlandse taal spraken, in staat waren om alledaagse zaken te bespreken en georiënteerd waren in tijd en plaats. Participanten werden doelgericht geselecteerd door behandelcoördinatoren om zo een gevarieerde steekproef te krijgen met betrekking tot de leeftijd, geslacht en afdeling (32). Cliënten werden niet geselecteerd wanneer er een hulpverlenerrelatie bestond met de onderzoeker, ze wilsonbekwaam waren of wanneer zorgverleners de inschatting maakten dat het interview niet gewenst was aangezien dit een te grote belasting vormde voor de cliënt. Geselecteerde cliënten werden op de afdeling door de onderzoeker benaderd voor deelname. Ze ontvingen informatie

over het doel, procedure, privacy, risico's en het recht om af te zien van medewerking op elk gewenst moment. Voorafgaand aan het interview werd deze informatie wederom besproken en is informed consent getekend.

Behandelcoördinatoren selecteerden 22 cliënten op basis van de hierboven genoemde criteria. Zes cliënten wensten niet deel te nemen met als voornaamste reden dat ze het nut van deelname niet in zagen. Één cliënt was tijdens het onderzoek uitgevallen in verband met ontslag. Tabel 1 geeft informatie over de demografische gegevens van de participanten. Van de vijftien participanten waren er negen mannen en zes vrouwen. De participanten zijn geboren tussen 1931 en 1946 en opgegroeid in Nederland. De opnameduur van de participanten varieerde tussen de 6 maanden en 42 jaar met een gemiddelde van 7 jaar. De participanten zijn vrijwillig opgenomen en krijgen in de dagelijkse zorg te maken met verzorgenden, verpleegkundigen, woonbegeleiders en activiteitenbegeleiders.

Hier tabel 1 invoegen

Dataverzameling

Data zijn door de onderzoeker verzameld middels open interviews. Er is gekozen voor open interviews omdat hier de antwoordmogelijkheden niet vastliggen waardoor participanten de ruimte krijgen om relevante informatie te geven (32). Om na te gaan welke behoeften participanten hebben ten aanzien van de bejegening door zorgverleners werd er gevraagd naar de ervaringen omtrent bejegening. Het interview opende met een vaste beginvraag "Hoe vindt u dat de zorgverleners met u omgaan?". Na het antwoord op deze vraag werd verder doorgevraagd naar voorbeelden, details en omstandigheden (32). Er is een topiclist opgesteld als leidraad voor de interviews. De concepten kennis, vaardigheden en attitude vormden het uitgangspunt in deze topiclist. In de interviews is bewust gesproken over 'omgang' en 'behandeling' van zorgverleners naast het woord bejegening aangezien dit meer gangbare termen zijn. Door middel van een korte vragenlijst zijn demografische gegevens van de participanten verzameld. Het gaat hier om informatie over de leeftijd, geslacht en opname duur van de participanten om zo belangrijke kenmerken van de participanten te kunnen weergeven. De interviews werden gehouden in een gespreksruimte op de afdeling of op de slaapkamer van de participant. De duur van de interviews varieerde tussen de 35 en 90 minuten. De interviews werden opgenomen op tape, uitgeschreven in transcriptie en verwerkt in het software programma MAXQDA (33). Namen en verwijzingen naar plaatsen zijn veranderd om anonimiteit te kunnen waarborgen (34,35).

Data analyse

Het onderzoeksproces in kwalitatief onderzoek kenmerkt zich door een afwisseling van dataverzameling en -analyse (31,34-36). Na codering van tekstfragmenten zijn de codes ondergebracht

in voorlopige categorieën. Met informatie uit de tekstfragmenten en memo's zijn de data opnieuw geanalyseerd en de definitieve categorieën beschreven. Vervolgens zijn verbanden gelegd tussen de categorieën met als resultaat een getoetste beschrijving van thema's waarin de categorieën verwerkt zijn, zie tabel 2 (31). Na vijftien interviews was data saturatie bereikt en zijn er geen nieuwe respondenten benaderd (31,34). De laatste drie interviews brachten geen nieuwe informatie over de categorieën naar voren, enkel bevestigende informatie.

Hier tabel 2 invoegen

Kwaliteitscriteria

Voor het onderzoek is toestemming verkregen van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de GGZ instelling. Door het ontwikkelen van de topiclist is de onderzoeker zich bewust geworden van haar eigen attitude en ideeën met betrekking tot de bejegening van ouderen (35). De topiclist is opgesteld op basis van de verzamelde literatuur en de eigen ervaringen van de onderzoeker. De topiclist is besproken met een deskundige op het gebied van bejegening van ouderen. Tevens werd de onderzoeker getraind in het afnemen van interviews en heeft er een proefinterview plaatsgevonden. Cliënten werden alleen geïncludeerd wanneer er geen relatie bestond met de onderzoeker, dit heeft er mogelijk toe geleid dat participanten zich vrij voelde om hun behoeften te bespreken (37). Gedurende de gehele onderzoeksperiode is een logboek bijgehouden en zijn theoretische, methodische en observatiememo's geschreven met gedachten en ideeën over de data en mogelijke interpretaties (31,35,38). De methode van constante vergelijking werd toegepast, waarbij de onderzoeker steeds de ideeën controleerde met eerder verzamelde data (36). 'Peer debriefing' vond plaats tijdens de bijeenkomsten met medestudenten (31,35,38). Daarnaast vond regelmatig overleg plaats met de docent en begeleider van de onderzoeker. Door de Gedragscode Gezondheidsonderzoek te handhaven werd privacy en anonimiteit gewaarborgd (39). Er is te allen tijde getracht de waardigheid, veiligheid en het gevoel van welbevinden van de participanten te waarborgen.

Resultaten

De analyse van de data leidde tot het onderscheiden van drie hoofdthema's: 1) leefbare omgeving, 2) gewoon doen en 3) gezien worden.

Leefbare omgeving

In bijna alle interviews komt, veelal ongevraagd, de invloed van medeciënten aan de orde. Het betreft voornamelijk negatieve ervaringen waarbij medeciënten storend gedrag vertonen. Cliënten beschrijven uiteenlopende situaties zoals uitgescholden worden, onhygiënisch gedrag aan

tafel, het verstoren van de nachtrust en het domineren van de groep. Het storende gedrag van medecliënten leidt tot irritaties en maakt dat de participanten zich niet thuis voelen. Zorgverleners merken het storende gedrag van medecliënten niet altijd op. Participanten geven aan dat er onvoldoende interventies worden genomen door zorgverleners om storend gedrag te beperken.

P13: *Toen ging mijn dochter weg en toen heeft ze me zo uitgescholden: 'je bent ziek', 'je bent gemeen', 'je bent jaloers op mij'. Ja al wat lelijk is. En ja, daar wordt dan niets van gezegd.*

I: *Nee?*

P13: *Nee daar wordt niet op gereageerd. Die laten ze gewoon schelden en doen.*

I: *Wat vindt u daarvan?*

P13: *Dat vind ik niet goed.*

Ondanks dat zorgverleners onvoldoende reageren op het storende gedrag van medecliënten, geven participanten wel aan dat de zorgverleners voldoende bereikbaar zijn; *"gewoon als je hulp nodig hebt dat ze er zijn"* (P13), *"ik hoef maar bij iemand aan te kloppen en er is altijd wel iemand te vinden"* (P12), *"ze hebben genoeg tijd als je ergens mee in de put zit"* (P2) en *"ze staan meteen voor u klaar"* (P15). Dit wordt door participanten als prettig ervaren.

Gewoon doen

Participanten zijn gevraagd hoe zij graag zouden willen dat zorgverleners met hun omgaan. Als antwoord gaven de participanten dat ze willen dat zorgverleners vooral gewoon doen. 'Gewoon doen' wordt door participanten als volgt omschreven: *"net als een ander"* (P15), *"gewoon zoals u mensen thuis zou behandelen"* (P14), *"normaal met iemand om kunnen gaan"* (P1), *"gewoon als alle anderen"* (P10), *"dat mensen gewoon doen"* (P3), *"gewoon behandelen, gewoon mens tot mens"* (P4), en *"door gewoon te doen"* (P9). Wanneer de zorgverleners 'gewoon doen' voelen participanten zich als mens behandeld in plaats van als cliënt.

P4: *Ik heb een keer ruzie gehad met een verpleger en toen wouden ze de politie erbij halen. "Als je dat nog een keer doet haal ik de politie erbij". Dus ik wordt gewoon als mens behandeld.*

I: *En dat merkt u aan dat..*

P4: *Dat ze zeggen "we halen de politie erbij". Dat doen ze bij een patiënt niet. (...)*

I: *Want doen ze bij een patiënt?*

P4: *Gewoon, een spuitje geven of een tabletje.*

Een zorgverlener kan 'gewoon doen' bereiken door met de cliënt om te gaan zoals ze met ieder ander persoon zouden omgaan. Daarnaast noemen cliënten nog onderdelen van gewoon doen als niet commanderen, een praatje maken, geen overdreven gedoe en het geven van antwoord op gestelde vragen.

Gezien worden

Bij het thema 'gezien worden' gaat het om het gezien worden als persoon, om individuele aandacht. In de interviews komt naar voren dat participanten het waarderen als zorgverleners even

een praatje komen maken en er persoonlijke aandacht is voor de cliënt. Zo benoemt een participant dat hij het erg kon waardeerde dat iemand een briefje in zijn broodtrommel had gedaan met 'fijne dag vandaag'. Tevens vinden participanten het prettig om betrokken te worden bij de dagelijkse gang van zaken. Als er bijvoorbeeld gevraagd wordt wat ze willen eten of waar ze naar toe willen met een uitstapje.

I: En waar merkt u dat aan dat iemand aardig is?

P6: Nou als er iets is dan betreft ze mij er altijd in. Net als vorige week, persoon X, nou die heeft mij de hele dag niet aangekeken of gezegd: "Mevrouw hoe gaat het?" Die deed niks, die liet mij gewoon maar gaan.

I: (...) Wat kunnen ze doen om te zorgen dat u zich meer betrokken voelt?

P6: Nou ook eens een keer bij je komen zitten.

Gezien worden als persoon betekent voor cliënten ook dat ze zelf kunnen bepalen wat ze doen: "dat je normaal kunt leven, zoals jij dat wilt" (P14). De ene participant vindt het prettig om te gaan tekenen (P9), een andere participant werkt graag in de tuin (P11) en een derde participant handwerkt graag (P10). Participanten voelen zich hier prettig bij: "Dat is mijn vrijheid" (P9), "Dat vind ik fijn, dan ben ik even van de afdeling af" (P11) en "Dan duurt de dag niet zo lang. Want als je niks te doen heb en je kijkt maar naar buiten dan duurt de dag lang" (P10).

Discussie

Deze studie richt zich op de behoeften van de oudere cliënt, die gebruik maakt van een verblijfsvoorziening van de GGZ, ten aanzien van de bejegening door zorgverleners. Drie thema's komen uit de interviews naar voren, te weten 'leefbare omgeving', 'gewoon doen' en 'gezien worden'. Wanneer we deze thema's koppelen aan de concepten kennis, vaardigheden en attitude blijkt dat cliënten minder nadruk leggen op de benodigde kennis en de *verpleegtechnische vaardigheden* van de zorgverleners. Een mogelijke verklaring hiervan kan zijn dat cliënten de aanwezigheid van kennis en verpleegtechnische vaardigheden als vanzelfsprekend beschouwen. Cliënten leggen meer nadruk op *communicatieve vaardigheden* en *attitude* van de zorgverlener. Dit komt overeen met de bevindingen van een systematische review uitgevoerd door Papastavrou (2011) waaruit naar voren komt dat GGZ cliënten het cognitieve aspect het belangrijkste aspect van de zorgverlening vinden (40).

De benodigde communicatieve vaardigheden en attitude komen naar voren uit de beschrijving van de thema's 'gewoon doen' en 'gezien worden'. Om als zorgverlener gewoon te kunnen doen dienen gelijkwaardigheid en jezelf durven laten zien het uitgangspunt te zijn. Dit komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek naar bejegening in verschillende zorginstellingen. Oudere cliënten geven aan dat ze het van belang vinden om als gelijkwaardig persoon behandeld te worden (17,20,23,24,29). Ondanks dat oudere cliënten expliciet spreken over 'gewoon doen' zijn er

geen onderzoeken terug gevonden over de bejegening van ouderen waarbij dit thema besproken werd. Wat betreft het 'gezien worden' is een belangrijk attitude aspect het kunnen verplaatsen in de leefwereld van de cliënt. Bosch (2007) geeft aan dat hiervoor communicatieve vaardigheden nodig zijn als goed kijken, goed luisteren, de sfeer proberen te proeven, letten op verbale en non-verbale signalen en een goede interpretatie van lichamelijk contact (7). Ook uit eerder onderzoek naar de bejegening van ouderen in de GGZ komt naar voren dat het essentieel is dat zorgverleners bereid zijn om te luisteren naar de cliënt en zich in de cliënt proberen te verplaatsen (11,12). Doordat de zorgverlener zich verplaatst in de cliënt wordt de cliënt als individu benaderd en is er persoonlijke aandacht voor de cliënt. Uit de resultaten komt verder naar voren dat het voor cliënten van belang is dat ze hun eigen keuzes kunnen maken. Zowel een individuele benadering als het kunnen maken van eigen keuzes komt regelmatig terug in eerder onderzoek naar de bejegening van ouderen in diverse zorginstellingen (12-16,18,21-28)

Wanneer de cliënt daadwerkelijk gezien wordt door de zorgverlener is er ook aandacht voor de leefomgeving van de cliënt. Een leefbare omgeving is een basale voorwaarde voor oudere cliënten die verblijven in een GGZ instelling. Lawton (1982) benoemt dat er alleen sprake kan zijn van welbevinden, gezondheid en autonomie van ouderen wanneer er sprake is van een optimale afstemming tussen de kenmerken van de fysieke leefomgeving en de functionele capaciteiten van het individu ('person-environmental fit') (41,42). Door het storend gedrag van medecliënten is de leefomgeving echter verstoord, er is geen sprake van een goede afstemming. Het falen van de afstemming levert een ernstige bedreiging voor de kwaliteit van leven op (42,43). De oudere cliënt verwacht van zorgverleners dat ze reageren op het storend gedrag van medecliënten. Van de zorgverleners vereist dit aandacht (zich bewust zijn van de invloed van de omgeving van de oudere cliënt), verantwoordelijkheid (zorg op zich nemen), competentie (interventies toepassen om omgeving te verbeteren) en responsiviteit (nagaan of interventies effectief zijn) (5). Opvallend is dat er geen onderzoeken over de bejegening van ouderen zijn terug gevonden waarbij de rol van de omgeving werd meegenomen.

Zoals uit de resultaten naar voren komt bepaalt het gedrag van de zorgverlener in hoeverre de cliënt zich prettig of minder prettig bejegend voelt. De zorgverlener dient dan ook na te gaan in hoeverre zijn gedrag aansluit bij de behoeften van de individuele cliënt. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de behoeften van de oudere GGZ cliënt ten aanzien van de bejegening vooral betrekking hebben op een 'leefbare omgeving', 'gewoon doen' en 'gezien worden'. Om hierbij aan te kunnen sluiten is het van belang dat zorgverleners reflecteren op hun handelen. Kritische zelfreflectie wordt door Bosch (2007) omschreven als een van de essentiële kenmerken die bij zorgverleners aanwezig dient te zijn om cliënten respectvol te kunnen bejegenen (7).

Wat betreft de interpretatie van de bevindingen is het van belang te realiseren dat de groep participanten die hebben deelgenomen aan het onderzoek kwetsbaar is. Op één persoon na behoren

alle participanten tot de stille generatie (44). Ze zijn geboren tussen 1930 en 1945 en opgegroeid in Nederland. Deze generatie heeft moeite om met hun individuele behoeften naar voren te komen en zijn trouw aan orde en gezag (44). Daar komt bij dat cliënten die te maken krijgen met een psychiatrische aandoening de impact van de ziekte beschrijven als een verlies van zelfbeeld en waardigheid (45). Dit alles heeft er mogelijk toe geleid dat niet alle aandachtspunten wat betreft de bejegening in het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de studie klinische gezondheidswetenschap waardoor de beschikbare tijd beperkt was. Met deze reden is ervoor gekozen de interviews af te nemen in één instelling wat mogelijk consequenties heeft voor de overdraagbaarheid van de resultaten. Het is dan ook van belang dat zorgverleners nagaan in hoeverre de kenmerken van de participanten uit dit onderzoek overeenkomen met de kenmerken van andere oudere cliënten. Op basis van verzamelde data kan er geen onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende groepen zorgverleners ten aanzien van de behoefte van de oudere cliënt.

Conclusie

Uit onderzoek naar bejegening van oudere cliënten in verschillende zorginstellingen zoals ziekenhuizen, verpleegtehuizen en thuiszorg instellingen komt naar voren dat ouderen willen dat zorgverleners voldoende tijd voor hen vrij maken. Daarnaast willen ze zoveel mogelijk hun zelfstandigheid behouden, eigen keuzes kunnen maken, benaderd worden als individu en een gelijkwaardige behandeling. In de GGZ is er nog nauwelijks onderzoek uitgevoerd naar hoe ouderen bejegend willen worden, dit terwijl de bejegening in de GGZ nog regelmatig tekort schiet. Uit dit onderzoek naar de behoeften van ouderen in de GGZ ten aanzien van bejegening komt naar voren dat de behoeften in grote lijnen overeenkomen met de behoeften van ouderen uit andere zorginstellingen. Verder is het opvallend dat oudere GGZ cliënten expliciet benoemen dat ze willen dat zorgverleners gewoon doen, wat inhoudt dat zorgverleners de cliënt op dezelfde wijze bejegenen als ze andere personen zouden bejegenen. Tevens is het van belang dat zorgverleners zich verplaatsen in de leefwereld van de oudere GGZ cliënt en hierbij oog hebben voor een leefbare omgeving. De oudere cliënt ondervindt momenteel nog veel hinder van storend gedrag van medecliënten waarop weinig wordt geanticipeerd door zorgverleners.

Om aan te kunnen sluiten bij de behoeften van de oudere cliënt is het van belang dat zorgverleners kritisch reflecteren op hun gedrag. In het gedrag ligt de nadruk op de attitude en communicatieve vaardigheden van de zorgverlener en in mindere mate op de benodigde kennis en communicatieve vaardigheden.

Aanbevelingen

Aangezien zorgverleners kritisch naar hun eigen handelen dienen te kijken is het van belang dat zij nagaan in hoeverre hun gedrag overeenkomt met de behoeften van de oudere cliënt ten aanzien van de bejegening. Hiervoor is het essentieel dat er een afdelingscultuur wordt gecreëerd waarin het gebruikelijk is dat zorgverleners reflecteren op hun gedrag. Kritische zelfreflectie is echter niet voldoende, om aan te kunnen sluiten bij de behoefte van de oudere cliënt heeft de zorgverlener feedback nodig van de cliënt en van collega's wat betreft de bejegening.

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat een leefbare omgeving essentieel is voor de oudere cliënt. Vervolgonderzoek is nodig om beter zicht te krijgen op de factoren die van invloed zijn op de leefomgeving van de cliënt, daarbij zou fenomenologie een geschikte kwalitatieve stroming kunnen zijn om dit inzicht te verschaffen. Het uitgangspunt bij fenomenologie is de betekenis van een bepaald fenomeen, in dit geval de leefbare omgeving, voor een groep individuen (34). Met deze inzichten zouden zorgverleners een betere afstemming tussen de cliënt en zijn omgeving kunnen creëren.

Tot slot, uit dit onderzoek komt naar voren dat de behoeften van de oudere GGZ cliënt zijn onder te verdelen in drie thema's. Het is niet duidelijk in hoeverre deze thema's ook relevant zijn voor ouderen die gebruik maken van een opname afdeling van de GGZ of voor oudere cliënten die ambulant behandeld worden. Hetzelfde geldt voor cliënten van andere leeftijden. Mogelijk heeft de volgende generatie ouderen andere behoeften ten aanzien van de bejegening dan de huidige groep ouderen. Vervolg onderzoek zou zich hier op kunnen richten. Bejegening in de zorg gaat immers alle cliënten aan van alle leeftijden.

Referentielijst

- (1) Stichting PVP. Wie is PVP? 2011; Available at: <http://www.pvp.nl/html/pvp.htm>. Accessed 5/ 19, 2011.
- (2) Bernsen H, Van der Leij J, Bij 't Vuur P. Bejegening in de GGZ. 2006.
- (3) Boon T, Sijs N, Geeraerts D. Van Dale Woordenboek. Utrecht: Van Dale Lexicografie; 2008.
- (4) Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes 1991(50):179-211.
- (5) Widdershoven G. De zorgethische benadering. Ethiek in de kliniek Maastricht: Boom; 2000. p. 133-157.
- (6) Caris-Verhallen W, Spierings M:K,A. Kwaliteit van zorg aan ouderen. Verpleegkunde 1998;13(4):239-249.
- (7) Bosch E. Bejegening in de zorg. Respectvol omgaan met cliënten. 5th ed. Soest: Uitgeverij Nelissen; 2007.
- (8) van Dale. van Dale Onlinewoordenboeken. 2011; Available at: <http://surfdiensten2.vandale.nl.proxy.library.uu.nl/vandale/zoekservice/?type=pro>. Accessed 5/ 9, 2011.
- (9) Depla M, Pot AM, Graaf Rd, Dorsselaer Sv, Sonnenberg C, Deeg D. Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020. 2005.
- (10) Enders-Slegers JMP. Een levenlang goed gezelschap. 2000.
- (11) Allan J, Dixon A. Older women's experiences of depression: a hermeneutic phenomenological study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009;16(10):865-873.
- (12) Edvardsson D, Nordvall K. Lost in the present but confident of the past: experiences of being in a psycho-geriatric unit as narrated by persons with dementia. J Clin Nurs 2008;17(4):491-498.
- (13) Van Bilsen PMA. Proefschrift: Care for the elderly. An exploration of perceived needs, demands and service use. Verpleegkunde 2008(3):16-19.
- (14) Hellstrom UW, Sarvimaki A. Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. Nurs Ethics 2007;14(3):413-424.
- (15) Teeri S, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. Nurs Ethics 2006;13(2):116.

- (16) Aggarwal N, Vass AA, Minardi HA, Ward R, Garfield C, Cybyk B. People with dementia and their relatives: personal experiences of Alzheimer's and of the provision of care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10(2):187-198.
- (17) Sviden G, Wikstrom B, Hjortsjo-Norberg M. Elderly persons' reflections on relocating the living at sheltered housing. *Scand J Occup Ther* 2002;9:10-16.
- (18) Randers I, Mattiasson AC. The experiences of elderly people in geriatric care with special reference to integrity. *Nurs Ethics* 2000;7(6):503.
- (19) Ekman I, Lundman B, Norberg A. The meaning of hospital care, as narrated by elderly patients with chronic heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 1999;28(3):203-209.
- (20) Owens DJ, Batchelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Soc Sci Med* 1996;42(11):1483-1491.
- (21) Poole GN, Rowat KN. Elderly clients' perceptions of caring of a home-care nurse. *J Adv Nurs* 1994;20(3):422-429.
- (22) Harrefors C, Savenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scand J Caring Sci* 2009;23(2):353-360.
- (23) Higgs PF, MacDonald LD, MacDonald JS, Ward MC. Home from home: residents' opinions of nursing homes and long-stay wards. *Age Ageing* 1998;27(2):199-205.
- (24) Fiveash B. The experience of nursing home life. *Int J Nurs Pract* 1998;4(3):166-174.
- (25) Murphy K, Shea EO, Cooney A. Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *J Clin Nurs* 2007;16(11):2167-2177.
- (26) Hjaltadóttir I, Gústafsdóttir M. Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scand J Caring Sci* 2007;21(1):48.
- (27) Jacelon CS. The dignity of elders in an acute care hospital. *Qual Health Res* 2003;13(4):543-557.
- (28) Watson WT, Marshall ES, Fosbinder D. Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *J Emerg Nurs* 1999;25(2):88-92.
- (29) Jonas-Simpson C, Mitchell GJ, Fisher A, Jones G, Linscott J. The experience of being listened to: a qualitative study of older adults in long-term care settings. *J Gerontol Nurs* 2006;32(1):46-53.
- (30) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-357.
- (31) Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom onderwijs; 2005.

- (32) Jansen H. De kwalitatieve survey. KWALON 2005;10(3):15-34.
- (33) Belous I. MAXQDA The Art of Text Analysis. 2011;10.
- (34) Creswell J. Data Analysis and Representation. Qualitative Inquiry & Research Design London: SAGE Publications; 2007. p. 147-176.
- (35) Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research in Nursing. Verenigd Koninkrijk: Blackwell Science; 2002.
- (36) Morse MJ, Barrett M, Myan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. International Journal of Qualitative Methods 2002;1(2):1-19.
- (37) Maso I, Smaling A. Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. 1st ed. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers; 2004.
- (38) Wester F, Peters V. Kwalitatieve analyse. Bussum: Coutinho; 2004.
- (39) Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV). Gedragscode Gezondheidsonderzoek. 2005;2.
- (40) Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A. Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. Journal of Advanced Nursing 2011;67(6):1191-1205.
- (41) Lawton MP, Winley PG, Byerts TO. A congruence model of person-environment interaction. In: Kahana E, editor. Aging and environment: theoretical approaches Berlin: Springer; 1982. p. 97-121.
- (42) Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. Gerontologist 1983;23:349-357.
- (43) Pot AM, Kuin Y, Vink M. Ouder worden in sociaal-culturele en omgevingscontext. In: Knipscheer K, editor. Handboek ouderenpsychologie Utrecht: De tijdstroom; 2007. p. 37-50.
- (44) Becker HA. Generaties en hun kansen. Amsterdam: Meulenhoff; 1992.
- (45) Ouschan L. Listening to people with mental illness. Mental Health in Australia 1998(8):65-68.

Tabellen

TABEL 1		Demografische gegevens participanten		
	Geslacht	Leeftijd	Aantal jaar verblijf GGZ ²	Soort verblijfsafdeling
Participant 1	Man	1	2	Stabilisatie Unit
Participant 2	Man	3	1	Stabilisatie Unit
Participant 3	Man	2	2	Stabilisatie Unit
Participant 4	Man	1	3	Woonvoorziening
Participant 5	Man	3	1	Woonvoorziening
Participant 6	Vrouw	3	3	Woonvoorziening
Participant 7	Vrouw	1	1	Woonvoorziening
Participant 8	Man	3	1	Woonvoorziening
Participant 9	Man	1	2	Woonvoorziening
Participant 10	Vrouw	1	1	Woonvoorziening
Participant 11	Vrouw	2	3	Woonvoorziening
Participant 12	Man	1	1	Woonvoorziening
Participant 13	Vrouw	2	1	Stabilisatie Unit
Participant 14	Man	1	2	Stabilisatie Unit
Participant 15	Vrouw	2	2	Stabilisatie Unit

¹ Indeling leeftijdscategorieën: 1 = 65 t/m 70 jaar; 2 = 71 t/m 75 jaar; 3 = 76 t/m 80 jaar

² Aantal jaar verblijf GGZ instelling: 1 = 0,5 tot 2 jaar; 2 = 2 tot 5 jaar; 3 = langer dan 5 jaar

TABEL 2			Voorbeeld analyse
Tekstfragment	Categorie	Thema	
"Dan zeg ik gewoon, doe maar net alsof je thuis bent. En behandel mij gewoon zoals u thuis mensen zou behandelen"	Behandeld worden als alle anderen	Gewoon doen	
"Gewoon. Net als met een ander"	Behandeld worden als alle anderen	Gewoon doen	
"Nou als je gewoon behandeld wordt als volwassenen zal ik maar zeggen. (...) Nou daar bedoel ik mee, niet als kinderen. Dus ehm overdreven vrolijk zijn of overdreven gedoe".	Als mens tot mens behandeld worden	Gewoon doen	

Samenvatting

TITEL Bejegening in de zorg. Hoe willen oudere cliënten die gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg bejegend worden door zorgverleners?

INLEIDING De bejegening van cliënten die gebruik maken van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) door zorgverleners sluit niet altijd aan bij de behoeften van de cliënt. Cliënten klagen over een gebrek aan persoonlijke aandacht en voelen zich regelmatig gekleineerd en geschoffeerd door zorgverleners. Om dit te kunnen veranderen is inzicht nodig in de manier waarop cliënten bejegend wensen te worden door zorgverleners.

DOEL Het verkrijgen van inzicht in de behoeften van de oudere cliënt (65+), die gebruik maakt van een verblijfsvoorziening van de GGZ, ten aanzien van de bejegening door zorgverleners. Onderzoeksvraag: Wat zijn de behoeften van de oudere cliënt (65+), die gebruik maakt van een verblijfsvoorziening van de GGZ in Nederland, ten aanzien van de bejegening door zorgverleners?

METHODE Een kwalitatieve studie volgens de methode van kwalitatieve survey, waarbij data zijn verkregen middels open interviews met vijftien cliënten.

RESULTATEN De oudere cliënt wil een 'leefbare omgeving, waarbij zorgverleners 'gewoon doen' en de cliënt 'gezien wordt'. Voor het creëren van een leefbare omgeving is het van belang dat zorgverleners alert zijn op het storende gedrag van medecliënten. Zorgverleners kunnen 'gewoon doen' bereiken door de cliënt als gelijkwaardig te behandelen. Door middel van individuele aandacht heeft de oudere cliënt het idee dat hij gezien wordt.

CONCLUSIE Cliënten geven een beschrijving van wat ze verwachten van zorgverleners in termen van gedrag. In het gedrag van zorgverleners komt de aanwezige kennis, vaardigheden en attitude van de zorgverlener tot uiting. Het onderzoek brengt naar voren dat cliënten minder nadruk leggen op de benodigde kennis en verpleegtechnische vaardigheden van zorgverleners en meer de nadruk op de communicatieve vaardigheden en attitude.

AANBEVELINGEN Om aan te kunnen sluiten bij de behoeften van de oudere cliënt is het van belang dat de zorgverlener kritische zelfreflectie toepast.

TREFWOORDEN geestelijke gezondheidszorg, bejegening, zorgverleners, mening, ouderen

Abstract

TITLE "Approach in Health Care. How would elderly patients in the mental health care setting like to be treated by caregivers?"

BACKGROUND The caregivers' approach of patients in mental health care settings in the Netherlands is not always congruent with the needs of the patients. Patients complain about the lack of personal attention, feel belittled and insulted by caregivers. In order to transform this it is essential to gain more insight into the perceptions of patients with mental illness concerning the way they want to be approached.

AIM To gain insight into the variety of needs, with regard to the older patient with a mental illness and residing in a long-stay setting, in light of the treatment by caregivers. Research question: What are the needs of elderly patients (65+) in a mental health care setting regarding the approach used by caregivers?

METHOD A qualitative survey with open interviews with fifteen patients.

RESULTS The older patient wants a livable environment, in which caregivers 'act normal' and 'notice the patient'. In order to create a livable environment, caregivers need to be aware of and respond to the disruptive behavior of older patients. Caregivers can 'act normal' by approaching the patient as a fellow human being. Subsequently, 'notice the patient' means that caregivers approach the patient as a person.

CONCLUSION Patients provide a description of what they expect from caregivers in terms of behavior. Behavior is seen as an expression of knowledge, skills and attitude of the caregiver. The study portrays that patients perceive knowledge and nursing skills as less important and proposes that more attention should be given to communication skills and attitude.

RECOMMENDATIONS The caregivers' approach of patients needs to be subjected to critical self-reflection in order to be congruent with the needs of the patients.

KEYWORDS mental health care, approach, caregivers, elderly, opinion