

NIU 21 (6)

10 pati.

1341844

**EENZAAMHEID VAN BEWONERS IN EEN
VERZORGINGSTEHUIS**

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

K. Kramer

A. Kerkstra

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - tel. 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

K. Kramer, A. Kerkstra

Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingstehuis /
K. Kramer, A. Kerkstra. - Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek
van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
met lit. opg.

ISBN 90-6905-171-0

Trefw.: eenzaamheid; ouderen; verzorgingstehuizen.

VOORWOORD

Het onderzoek is verricht in opdracht van een verzorgingstehuis in Den Haag met het doel inzicht te krijgen in de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners in het verzorgingstehuis.

De aanleiding tot het onderzoek vormt het feit dat de gemeente Den Haag, in het kader van haar bevoegdheid budgetten vast te stellen voor de bejaardenoorden, de verzorgingstehuizen een aanvullend budget heeft toegewezen voor eenzaamheidsbestrijding in de instellingen. Om deze toegewezen middelen zo doelmatig mogelijk te besteden heeft de directie van een verzorgingstehuis in Den Haag besloten eerst een toegepast wetenschappelijk onderzoek te laten verrichten naar de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners. Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnszorg (NIVEL) is gevraagd dit onderzoek te verrichten.

We willen hier iedereen bedanken voor zijn/haar medewerking aan dit onderzoek. De bewoners van het verzorgingstehuis voor hun medewerking door middel van een interview en de verzorgenden voor hun enthousiaste medewerking. Drs. F. Beemster voor zijn geduld en hulp bij de verwerking van de statistische gegevens en Mw. M. van der Meulen voor de layout.

december 1991

Klarieke Kramer / Ada Kerkstra

SAMENVATTING

In dit onderzoek is de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners in een verzorgingstehuis in Den Haag onderzocht. Nadat eerst een theoretisch kader is geschetst rondom ouderen en eenzaamheid zijn vier vraagstellingen geformuleerd.

In de eerste plaats is nagegaan hoeveel bewoners in het verzorgingstehuis aangeven eenzaam te zijn. Daarna is onderzocht welke persoonsgebonden (kenmerken van de bewoners zelf) en situationele (kenmerken van de omgeving van de bewoners) factoren samenhangen met eenzaamheidsgevoelens en welke daarvan het belangrijkste zijn. In de derde plaats is aan de bewoners zelf gevraagd of ze ideeën hebben om eenzaamheid op te lossen. Tenslotte is onderzocht of de verzorgenden die werkzaam zijn in het verzorgingstehuis in staat zijn de mate van eenzaamheid van de bewoners correct te beoordelen en welke factoren van invloed zijn op de mate waarin de verzorgenden een juiste beoordeling maken.

De onderzoeksgegevens zijn verzameld door middel van een interview met de bewoners van het verzorgingstehuis en door middel van een vragenlijst over arbeidssatisfactie aan de verzorgenden. Daarnaast hebben de verzorgenden alle bewoners die geïnterviewd zijn, beoordeeld met behulp van een Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen.

Geconcludeerd kan worden dat ruim 30% van de bewoners zich eenzaam voelt. Van alle persoonsgebonden en situationele factoren blijkt de combinatie van de volgende variabelen het sterkst met eenzaamheid van de bewoners samen te hangen. Wanneer de bewoners geen vriendschappen hebben met medebewoners in het verzorgingstehuis, zich depressief voelen, zich niet thuisvoelen in het verzorgingstehuis en ontevreden zijn over het personeel, geen mensen hebben die activiteiten met hen ondernemen en zelden familieleden zien, dan bestaat er een grote kans dat deze bewoners eenzaam zijn. Deze factoren lijken een grotere samenhang met eenzaamheid te hebben dan de lichamelijke factoren zelfredzaamheid met betrekking tot activiteiten op verzorgend en huishoudelijk gebied, de mobiliteit en de ervaren gezondheid van de bewoners. Volgens de bewoners zelf kan eenzaamheid opgelost worden door middel van meer activiteiten, meer personeel en meer aandacht van het personeel voor de eenzame bewoners door bijvoorbeeld een gesprek

houden of activiteiten te ondernemen met de bewoners.

Verder komt naar voren dat de verzorgenden onderling verschillen in de mate waarin ze de eenzaamheid van de bewoners op juiste wijze inschatten. De validiteit van hun oordeel vertoont een positieve samenhang met de mate waarin de verzorgenden tevreden zijn met hun collegiale contacten en met de mate waarin ze hun werk waarderen en als zinvol ervaren.

INHOUDSOPGAVE

1. ACHTERGROND EN DOEL VAN HET ONDERZOEK

1.1.	Inleiding	9
1.2.	Aanleiding tot het onderzoek	10
1.3.	Doel van het onderzoek	10
1.4.	Overzicht van de onderzoeksrapportage	11

2. OUDEREN EN EENZAAMHEID: THEORETISCH KADER EN VRAAGSTELLINGEN

2.1.	Inleiding	13
2.2.	Theorieën over eenzaamheid	13
2.3.	De eenzaamheidstheorie van De Jong-Gierveld	16
2.4.	De relatie tussen persoonsgebonden factoren en eenzaamheid bij ouderen	20
2.4.1.	Demografische variabelen	20
2.4.2.	De 'need' factoren	21
2.5.	De relatie tussen situationele factoren en eenzaamheid bij ouderen	24
2.5.1.	Sociaal netwerk en sociale ondersteuning	24
2.5.2.	Het verzorgingstehuis	28
2.6.	Eenzaamheid en de rol van de verzorgenden	31
2.7.	De vragenstellingen in het onderzoek	34

3. ONDERZOEKSOPZET

3.1.	Inleiding	37
3.2.	Het verzorgingstehuis	37
3.3.	De steekproef	38
3.4.	De meetinstrumenten	42
3.5.	Methode en onderzoeksprocedure	53
3.6.	Samenvatting	55

4. DE RESULTATEN

4.1.	Inleiding	59
4.2.	Het aantal eenzame bewoners	59
4.3.	De factoren die samenhangen met eenzaamheid	61
4.4.	De oplossingen voor eenzaamheid door de bewoners	71
4.5.	Het oordeel van de verzorgenden	75
4.6.	Samenvatting	81

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

5.1.	Inleiding	85
5.2.	Conclusies	85
5.3.	Aanbevelingen	90

LITERATUUR	93
-------------------	-----------

BIJLAGEN

1. ACHTERGROND EN DOEL VAN HET ONDERZOEK

1.1. Inleiding

Het aantal ouderen in Nederland neemt nog steeds toe. Met name het aantal hoogbejaarden wordt steeds groter (Sociaal-Culturele Berichten, 1990a). Tevens blijkt dat de mate van validiteit van de bewoners van bejaardenoorden (in het vervolg te noemen: verzorgingstehuizen) steeds verder afneemt. De hulpvraag bij algemene dagelijkse levensverrichtingen is gestegen van 58% in 1985 tot 63% in 1988 en heeft zich daarna gestabiliseerd. De mannen in verzorgingstehuizen zijn minder hulpbehoevend dan de vrouwen: in 1989 was 53% van de mannen tegenover 60% van de vrouwen hulpbehoevend (Sociaal-Culturele Berichten, 1990b). Moest men in de zeventiger jaren nog lichamelijk gezond zijn om opgenomen te kunnen worden in een verzorgingstehuis, sinds 1977 door de instelling van de indicatiecommissies voor de verzorgingstehuizen, worden alleen nog ouderen opgenomen die een bepaalde mate van verzorgingsbehoefte hebben (Van Loveren-Huyben e.a., 1988; Nota Zorg voor Ouderen, 1986). Deze kan zowel lichamelijk als geestelijk van aard zijn. Gegevens van de indicatiecommissies tonen aan dat niet alleen de lichamelijke hulpbehoevendheid toeneemt, ook de psychische en sociale problematiek neemt toe. Om op deze problematiek in te kunnen spelen hebben de verzorgingstehuizen hun doelstelling aangepast. De nadruk lag altijd op huisvesting, tegenwoordig is de doelstelling: 'Het in combinatie bieden van huisvesting en van gedeeltelijke dan wel volledige verzorging en begeleiding in de eigen woonsfeer, zonder dat er sprake is van voortdurende verpleging'. (Van Loveren-Huyben & Van der Bom, 1983)

Volgens Van Loveren-Huyben & Van der Bom (1983, 1985, 1988a) is het verzorgingstehuis een bron van toenemende zorg geworden en met name de toenemende psycho-sociale problematiek zorgt ervoor dat er niet meer van de 'zelfstandige bewoner' in het verzorgingstehuis kan worden gesproken omdat bij veel bewoners zodanige verstandelijke, emotionele of sociale problemen aanwezig zijn, dat ze extra aandacht vragen van het personeel. Eén van de meest voorkomende psycho-sociale problemen is eenzaamheid (Van Loveren-Huyben & Van der Bom, 1983).

De vraag die in dit onderzoek aan de orde komt is dan ook in hoeverre

de bewoners van een verzorgingstehuis eenzaamheid ervaren en welke factoren daar een rol bij spelen.

In dit hoofdstuk wordt eerst de aanleiding tot en het doel van het onderzoek beschreven. Tot slot volgt een overzicht van de inhoud van het onderzoeksverslag.

1.2. Aanleiding tot het onderzoek

De aanleiding tot het onderzoek vormt het feit dat de Gemeente Den Haag, in het kader van haar bevoegdheid budgetten vast te stellen voor de bejaardenoorden, de verzorgingstehuizen een aanvullend budget heeft toegewezen voor eenzaamheidsbestrijding in de instellingen. Om dit toegewezen budget zo doelmatig mogelijk te besteden heeft de directie van een verzorgingstehuis in Den Haag besloten eerst een wetenschappelijk onderzoek te laten doen naar de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners in het verzorgingstehuis.

Aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) is gevraagd dit onderzoek op te zetten en uit te voeren.

1.3. Doel van het onderzoek

De directie van het verzorgingstehuis wil haar beleid zo goed mogelijk afstemmen op de behoeften van de bewoners. De directie heeft namelijk het vermoeden dat de eenzaamheid onder de bewoners van het verzorgingstehuis groot is en wil het budget dat daarvoor ter beschikking is gesteld doelmatig besteden. Het doel van dit onderzoek is daarom inzicht te krijgen in de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners van een verzorgingstehuis in Den Haag. Om dit doel te kunnen bereiken wordt het volgende onderzocht:

In de eerste plaats wordt nagegaan hoeveel bewoners aangeven eenzaam te zijn in het verzorgingstehuis in Den Haag. Daarnaast is het vervolgens van belang om te weten welke persoonsgebonden en situationele factoren samenhangen met de ervaren eenzaamheid van de bewoners en welke van deze factoren het belangrijkste zijn. In de derde plaats wordt onderzocht welke behoeften de bewoners zelf hebben om hun gevoelens van eenzaamheid op te lossen. Tot slot wordt onderzocht

in hoeverre de verzorgenden van het verzorgingstehuis de mate van eenzaamheid van de bewoners op een betrouwbare en valide wijze kunnen vaststellen en wordt nagegaan welke factoren van invloed zijn op de mate waarin de verzorgenden de juiste taxatie maken.

1.4. Overzicht van de onderzoeksrapportage

Nadat hierboven de aanleiding tot en het doel van het onderzoek zijn beschreven, wordt hier een overzicht gegeven van de verdere opbouw van het verslag. In het tweede hoofdstuk zal een theoretisch kader geschetst worden om zo de aspecten die met eenzaamheid van ouderen verbonden zijn weer te geven. Na dit theoretische gedeelte worden dan de vier vraagstellingen geformuleerd die centraal staan in het onderzoek. Een beschrijving van de onderzoeksopzet volgt in hoofdstuk drie en in het vierde hoofdstuk worden de resultaten behandeld. Tenslotte worden in hoofdstuk vijf de conclusies en de discussie weergegeven.

2. OUDEREN EN EENZAAMHEID: THEORETISCH KADER EN VRAAGSTELLINGEN

2.1. Inleiding

Ieder mens heeft in zijn of haar leven weleens met eenzaamheid te maken gehad en kent gevoelens van eenzaamheid. Zo heeft ook ieder mens zijn/haar eigen manier om met deze gevoelens om te gaan. Meestal is dit afhankelijk van de wijze waarop de eenzaamheidsgevoelens zijn ontstaan.

Om eenzaamheid bij ouderen te kunnen onderzoeken worden eerst enkele achtergronden en oorzaken van eenzaamheid bekeken. Het hoofdstuk ziet er als volgt uit. Eerst wordt nagegaan welke theoretische benaderingen er zijn van eenzaamheid waarna een keuze wordt gemaakt voor één benadering. In de paragrafen daarna wordt eenzaamheid beschreven in relatie tot persoonsgebonden factoren, waaronder demografische variabelen, functionele status, gezondheid en depressiviteit en in relatie tot situationele factoren, waaronder het sociale netwerk en het wonen in het verzorgingshuis, en als laatste wordt eenzaamheid en de rol van de verzorgenden hierin behandeld. Het hoofdstuk wordt afgesloten met het formuleren van vier vraagstellingen welke in dit onderzoek centraal staan.

2.2. Theorieën over eenzaamheid

Volgens Peplau & Perlman (1982) is er nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar eenzaamheid gedaan, juist omdat het zo'n geaccepteerd verschijnsel is. Bovendien is het doen van onderzoek naar eenzaamheid extra moeilijk, ten eerste omdat veel mensen zich schamen om erover te praten en ten tweede omdat eenzaamheid niet in een laboratoriumsituatie te onderzoeken is maar een aparte eigen onderzoeksmethode vraagt. Er zijn echter wel theorieën en definities gevormd omtrent het begrip eenzaamheid. De verschillende theorieën over eenzaamheid hebben de volgende uitgangspunten gemeenschappelijk:

1. eenzaamheid heeft te maken met tekorten aan en in de sociale relaties van een persoon;

2. eenzaamheid is een gevoel dat mensen hebben en is dus niet gelijk te stellen aan alleen zijn;
3. het gevoel eenzaam te zijn is onplezierig en bedrukkend. (Linneman e.a., 1990; Peplau & Perlman, 1982)

Eenzaamheid heeft volgens alle theorieën met name te maken met ervaren tekorten in de sociale relaties. Volgens sommige auteurs hebben mensen bepaalde behoeften, die alleen binnen een persoonlijke relatie vervuld kunnen worden. Zodra deze behoeften niet bevredigd worden ontstaan eenzaamheidsgevoelens (Weiss, Sullivan en Leiderman geciteerd door Peplau en Perlman, 1982, pag 4). Volgens Young heeft het ervaren van een tekort in sociale relaties vooral te maken met een gemis aan sociale bevestiging (Young geciteerd door Peplau en Perlman, 1982, pag 4). Dat wil zeggen dat iemand mensen in zijn omgeving mist, die bijvoorbeeld zeggen wat hij/zij fout of goed doet. Weer andere auteurs vinden dat de behoefte aan relaties per individu en afhankelijk van diens situatie, kan verschillen. Het gaat hier om het feit dat iemand een discrepantie kan ervaren tussen gewenste en al gerealiseerde relaties (Sermat, Lopata, De Jong-Gierveld en Gordon geciteerd door Peplau en Perlman, 1982, pag 4).

Uit het bovenstaande blijkt dat het niet mogelijk is om een eenduidig antwoord te geven op de vraag wat eenzaamheid nu precies is. Het is een complex begrip en er worden dan ook verschillende achtergronden toegekend aan het ontstaan van eenzaamheid (Linneman e.a., 1990; Peplau & Perlman, 1982). In de eerste plaats kan worden gekeken naar gebeurtenissen of veranderingen in het leven van iemand, dat wil zeggen dat deze veranderingen of gebeurtenissen een aanzet hebben gegeven tot eenzaamheidsgevoelens. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een sterfgeval of een verhuizing. In de tweede plaats kunnen de factoren gezocht worden binnen het individu. Dat houdt in dat bepaalde eigenschappen van mensen de kans vergroten om eenzaam te worden of om eenzaam te blijven. Hier kan bijvoorbeeld gedacht worden aan eigenschappen als moeite hebben met het aangaan van sociale contacten, verlegenheid, introversie of een laag zelfbeeld. Een derde manier is dat de kans op eenzaamheid in de omgeving van iemand wordt gezocht. Dat wil zeggen dat zowel culturele- als situationele factoren iemand beïnvloeden. Culturele door middel van door de media geschetste beelden van ideale relaties of door vooroordelen die er zijn over anderen, gescheiden mensen en alleenstaanden. De fysieke nabijheid van

anderen, voorzieningen in de buurt en veiligheid op straat behoren tot de situationele factoren. Een laatste manier om naar de achtergrond van eenzaamheid te kijken is dat eenzaamheid als een verschijnsel gezien wordt dat bij het leven hoort en dat ook als zodanig beschouwd moet worden. Gevoelens van eenzaamheid zijn dan op een natuurlijke wijze verbonden met het leven van een mens, ze zijn een onderdeel van het leven.

Peplau & Perlman (1982, pag 9) vatten de hierbovenstaande achtergronden als volgt samen. Zij stellen dat gevoelens van eenzaamheid ontstaan doordat er een verandering plaatsvindt in de actuele sociale relaties van iemand óf dat er verandering plaatsvindt in iemands behoeften of wensen voor relaties. Daarnaast zijn persoonlijke eigenschappen van iemand met eenzaamheid verbonden en hebben zowel culturele als situationele factoren effect op gevoelens van eenzaamheid.

Volgens Linneman e.a. (1990) en Peplau & Perlman (1982) kan een drietal hoofdbenaderingen binnen de theorieën over eenzaamheid worden onderscheiden:

De interactionistische benadering. Eenzaamheid is volgens deze benadering het resultaat van een wederzijdse beïnvloeding van persoonlijke en situationele factoren. Het ontbreekt iemand dan aan contacten, die bepaalde elementaire sociale behoeften bevredigen. Weiss (Andersson, 1985) de hoofdvertegenwoordiger van de interactionisten, maakte een onderscheid in twee soorten van eenzaamheid, de emotionele en de sociale eenzaamheid. De emotionele eenzaamheid ontstaat wanneer een speciale intieme band afwezig is, bijvoorbeeld een partner. De sociale eenzaamheid ontstaat wanneer een betekenisvolle vriendschap of een gevoel van gemeenschappelijkheid ontbreken.

De systeemtheoretische benadering. Hier is eenzaamheid een signaleringsmechanisme dat bijdraagt tot het welzijn van het individu en de samenleving. Dit houdt in dat eenzaamheid als een veiligheidsventiel werkt dat het individu helpt bij het onderhouden van een stabiel en optimaal niveau van menselijke contacten (Peplau & Perlman, 1982).

De cognitieve benadering. In deze benadering wordt eenzaamheid beschouwd als een produkt of gevolg van de betekenis die een persoon zélf toekent aan diens relationele ervaringen. Gevoelens van eenzaamheid ontstaan wanneer er een duurzame afstand wordt ervaren tussen het gewenste en het bereikte niveau van sociaal contact. Hierbij kunnen dan zowel persoonsgebonden als situationele factoren in heden en verleden

de oorzaak zijn van eenzaamheid.

Als uitgangspunt voor dit onderzoek is gekozen voor de cognitieve benadering omdat hierin de mens gezien wordt als een evaluerend wezen. Dat wil zeggen dat elke ervaring geïnterpreteerd en geëvalueerd wordt aan de situatie waarin iemand verkeert, aan de waarden, normen en wensen van deze persoon en van anderen en aan de persoonlijk ingeschatte capaciteiten van deze persoon om de situatie te beïnvloeden of te veranderen. In deze cognitieve benadering wordt de individuele beleving van het individu als uitgangspunt genomen en dit sluit goed aan bij het doel van dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is namelijk inzicht te krijgen in de eenzaamheidsproblematiek van bewoners van een verzorgingstehuis. De beleving van de bewoners staat hierin centraal. Daarnaast wordt in de cognitieve benadering de eenzaamheidsproblematiek breed behandeld en biedt daardoor veel aanknopingspunten om tot mogelijke oplossingen te komen voor eenzaamheid.

In de volgende paragraaf wordt de cognitieve benadering uitgebreider behandeld. Deze vormt namelijk de basis voor de eenzaamheidstheorie van De Jong-Gierveld.

2.3. De eenzaamheidstheorie van De Jong-Gierveld

De Jong-Gierveld (1984) heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar eenzaamheid, met als doel een bijdrage te leveren aan de kennis over eenzaamheid. De Jong-Gierveld omschrijft eenzaamheid als een zeer persoonlijke, subjectieve ervaring. Ze hanteert de opvatting dat het de persoonsgebonden cognitieve processen zijn, die een verbinding leggen tussen een situatie van gemis aan contacten en het emotionele antwoord op die situatie in de vorm van al of niet eenzaamheid. Hoe mensen hun situatie inschatten en waarderen wordt dan bepaald door die cognitieve processen.

In haar dissertatie maakt De Jong-Gierveld een onderscheid in drie dimensies van eenzaamheid:

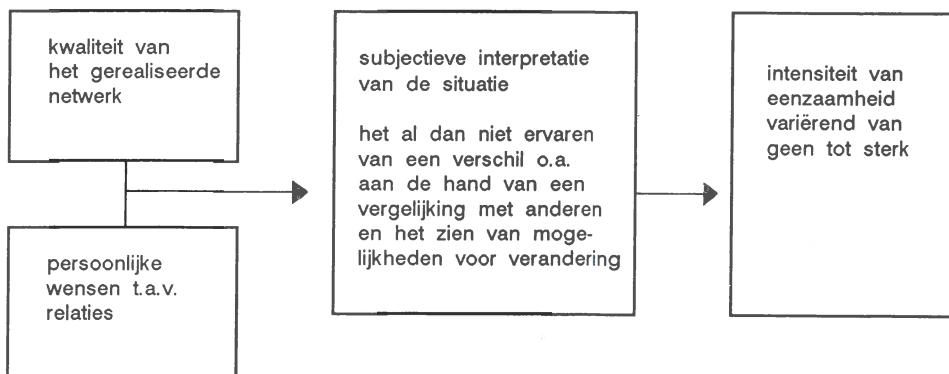
1. De evaluatieve component. Dat is de wijze waarop eenzaamheid door de betrokkenen zelf wordt gewaardeerd. Alleen negatief gewaardeerde afzondering of alleen-zijn worden hier gezien als eenzaamheid.
2. De aard van de gemiste relaties. Hierbij gaat het om:
 - a) de mate waarin iemand een partner mist, respectievelijk iemand die speciaal bij je hoort;

- b) de mate waarin iemand gevoelens van leegte of een gemis aan 'gezelligheid' ervaart;
 - c) de mate waarin iemand gevoelens van verlatenheid van anderen ervaart.
3. Het tijdsperspectief. Hier gaat het om de vraag of iemand de eenzaamheidsgevoelens als tijdelijk of als langdurig ziet. Bij de tijdelijke vorm acht iemand zichzelf nog in staat om nieuwe contacten te leggen. Mensen die geen mogelijkheden zien tot verandering stellen anderen aansprakelijk en kunnen óf berusten in hun situatie óf hun situatie als uitzichtloos ervaren.

Volgens De Jong-Gierveld vormt de aard van de gemiste relaties de kern van eenzaamheid. Het is pas mogelijk om over eenzaamheid te spreken wanneer er een bepaalde intensiteit van gemis aanwezig is. (De Jong-Gierveld, 1984, pag 282) Deze tweede dimensie is de sleutel tot kennis over eenzaamheid en is dan ook het uitgangspunt voor de definitie die De Jong-Gierveld heeft geformuleerd. Deze definitie luidt als volgt:

"Eenzaamheid is een subjectief ervaren discrepantie tussen de relaties zoals men die wenst en de relaties zoals men die gerealiseerd heeft in de situatie waarin men verkeert".

Eenzaamheid wordt hier gezien als de negatieve waardering van een persoon voor de hoeveelheid en de kwaliteit van zijn/haar relaties. In een schema ziet dit er dan als volgt uit: (Linneman e.a., 1990, pag 27).



Bron: Linnemann e.a., 1990, pag. 27

Na de formulering van een definitie van eenzaamheid is De Jong-Gierveld op zoek gegaan naar factoren die samenhangen met eenzaamheid. Ze maakt daarbij een onderscheid tussen sociaal structurele-, sociaal culturele- en persoonlijkheidskenmerken. Onder de sociaal structurele kenmerken verstaat ze de maatschappelijke positie die iemand heeft en de demografische kenmerken sexe, burgerlijke staat, leefvorm met of zonder partner en het wel/niet uitoefenen van een beroep buitenshuis. Tot de sociaal culturele kenmerken horen de waarden, normen en wensen ten aanzien van sociale relaties die heersen in de huidige samenleving. Bij de persoonlijkheidskenmerken wordt de inschatting van de persoonlijke capaciteiten bedoeld om een situatie te kunnen beïnvloeden of te veranderen. Het gaat hier om de kenmerken zelfbeeld, sociale angst, intro/extraversie en open-closed mindness. Al deze kenmerken bepalen in hoeverre iemand in staat is om een relatie aan te gaan en te onderhouden.

In haar dissertatie heeft De Jong-Gierveld de samenhang tussen de sociaal-structurele kenmerken, persoonlijkheidskenmerken en eenzaamheid onderzocht. Hiertoe is met 556 van de 959 geselecteerde mensen (58%) een gesprek gehouden. Deze onderzoeksgroep bestond uit mannen en vrouwen in de leeftijd van 23 tot en met 75 jaar.

Bij de sociaal-structurele kenmerken verwacht De Jong-Gierveld een significante samenhang tussen burgerlijke staat en eenzaamheid (ongehuwde, gescheiden en verweduwd mensen lopen een grotere kans eenzaam te zijn dan gehuwde mensen) en leefsituatie en eenzaamheid (mensen die met een partner wonen zullen minder kans maken op eenzaamheid dan mensen die zonder partner wonen). In overeenstemming hiermee vindt de Jong-Gierveld onder de gehuwden een lager percentage eenzamen (9 à 13%) dan bij de ongehuwden (26 à 38%). Sexe hangt niet samen met gevoelens van eenzaamheid.

Verder komt ze tot de conclusie dat kennis omtrent de leefvorm van mensen van doorslaggevend belang is wat betreft het voorspellen van het aan- of afwezig zijn van eenzaamheidsgevoelens. Dit komt omdat de leefvorm gekoppeld is aan de mogelijkheden (en onmogelijkheden) die iemand heeft om contacten aan te gaan en de kansen die iemand heeft op ondersteuning en hulp bij kleine en grote problemen. Doordat eenzaamheid zo sterk afhankelijk is van de mate van de relaties in iemands directe omgeving, speelt het verrichten van betaalde beroepsarbeid buitenshuis geen rol in het verminderen van de kans op eenzaam-

heidsgevoelens. Ook is er geen verband gevonden tussen opleiding en eenzaamheid. De Jong-Gierveld concludeert ten aanzien van de sociaal-structurele kenmerken dat eenzaamheid vooral lijkt samen te hangen met de gerealiseerde leefvormen van een persoon. Voor deze samenhang kan een verklaring gezocht worden in het feit dat mensen die met een partner samenleven meer het gevoel hebben 'erbij te horen' in de samenleving. De wederzijdse ondersteuning bij alledaagse probleempjes en bij grotere problemen zou dan een cumulatie van spanningen en gevoelens van niet-welbevinden tot op zekere hoogte kunnen voorkomen.

In hoeverre er een samenhang is tussen de persoonlijkheidskenmerken en eenzaamheid constateert De Jong-Gierveld het volgende. Op grond van andere onderzoeken acht ze zelfbeeld van groot belang voor het ontstaan en voortbestaan van eenzaamheid, in de zin dat een negatief zelfbeeld bij een persoon de kern vormt van een eenzaamheid-bevorderende houding. Ze concludeert dat mensen met een negatief zelfbeeld inderdaad vaker worden aangetroffen onder de eenzamen. Ook zijn sociale angst en introversie kenmerken die samenhang vertonen met gevoelens van eenzaamheid. Open-closed mindness, dat is het wel/niet openstaan voor nieuwe ideeën, het al dan niet genuanceerd denken en een bredere kijk op allerlei zaken hebben, vertoont geen relatie met eenzaamheid. De Jong-Gierveld heeft dus bij de persoonlijkheidskenmerken een samenhang tussen eenzaamheid en zelfbeeld, sociale angst en introversie gevonden.

Niet alleen de mogelijkheid om contacten te leggen maar ook de waardering voor al gerealiseerde contacten van een persoon is onderzocht door De Jong-Gierveld (1984). Het gaat hier om de vraag in hoeverre het aanwezig zijn van betekenisvolle relaties tussen mensen (de objectieve sociale participatie) samenhangt met gevoelens van erbij horen. Ze heeft hiervoor de omvang en de aard van de gerealiseerde relaties onderzocht. Hoe schat een persoon de intimiteit van de gerealiseerde relaties zelf (subjectieve evaluatie) in? In de eerste plaats wordt geconcludeerd dat het aantal gerealiseerde contacten géén inzicht biedt in de kansen op eenzaamheid. En in de tweede plaats dat het noemen van bure-, kennissen- en collegacontacten vaak zal voorkomen bij diegenen waarbij een tekort is aan andere in principe meer betekenisvolle relaties. Het is met name de persoonlijke evaluatie van de gerealiseerde contacten die een sterke samenhang vertoont met gevoelens van eenzaamheid.

In dit onderzoek zal de cognitieve benadering worden gehanteerd met daarin eenzaamheid zoals het gedefinieerd is door De Jong-Gierveld, namelijk: "Eenzaamheid is een subjectief ervaren discrepantie tussen de relaties zoals men die wenst en de relaties zoals men die gerealiseerd heeft in de situatie waarin men verkeert."

Gevoelens van eenzaamheid zullen ontstaan wanneer iemand een afstand ervaart tussen het gewenste en het bereikte niveau van sociale relaties. Het kunnen zowel persoonsgebonden- als situationele factoren zijn in het heden of in het verleden die met gevoelens van eenzaamheid samenhangen.

Deze benadering is als uitgangspunt genomen in dit onderzoek naar eenzaamheid bij bewoners van het verzorgingstehuis.

2.4. De relatie tussen persoonsgebonden factoren en eenzaamheid bij ouderen

Ten aanzien van de factoren die samenhangen met eenzaamheid is een onderscheid gemaakt tussen persoonsgebonden- en situationele factoren. De persoonsgebonden factoren worden onderverdeeld in de demografische variabelen en de 'need'factoren. De situationele factoren komen in de volgende paragraaf uitgebreid aan de orde. In deze paragraaf worden echter eerst de demografische variabelen besproken daarna de 'need'factoren.

2.4.1. Demografische variabelen

Op de vraag in hoeverre demografische variabelen samenhangen met het ervaren van eenzaamheidsgevoelens is geen eenduidig antwoord te geven. Uit diverse resultaten van reeds verricht onderzoek blijkt dat deze elkaar tegenspreken.

In de onderzoeken van De Jong-Gierveld (1984), Linneman e.a. (1990) en Kempen (1990) wordt geen samenhang gevonden tussen *leeftijd* en eenzaamheid, terwijl Bosma (1988) heeft gevonden dat bij verzorgingstehuisbewoners (onderzoekspopulatie 65 t/m 75 jaar) eenzaamheidsproblemen vooral voorkomen bij de 65-70 jarigen. Daarnaast heeft Bosma (1988) een verband gevonden tussen eenzaamheid en het *geslacht* van de ouderen. Bij bewoners van het verzorgingstehuis hebben meer mannen dan vrouwen last van eenzaamheidsgevoelens en bij de thuiswonende ouderen meer vrouwen dan mannen. In ander onderzoek onder zelfstandig wonende ouderen komt echter geen samenhang naar voren

(De Jong-Gierveld, 1984; Linneman e.a., 1990; Kempen, 1990). Hetzelfde geldt voor *opleidingsniveau*, alleen Bosma (1988) vindt dat bij verzorgingstehuisbewoners mensen met een middelbaar beroepsniveau het meest eenzaam zijn. Als laatste is er nog een verband gevonden tussen eenzaamheid en *samenlevingsverband*; alleenstaanden zijn vaker eenzaam dan samenwonenden (De Jong-Gierveld, 1984; Koedoot & Hommel, 1989).

2.4.2. De 'need' factoren

Uit reeds verricht onderzoek blijkt dat de 'need'factoren functionele status, ervaren gezondheid en depressiviteit bij ouderen een samenhang vertonen met eenzaamheidsgevoelens. In deze paragraaf zullen deze 'need'factoren aan de orde komen.

1. Functionele status (ADL/HDL/mobiliteit)

In het eerste hoofdstuk is al weergegeven dat de hulpvraag van de bewoners van verzorgingstehuizen is toegenomen. Het is met name de lichamelijke hulpbehoevendheid die toeneemt.

Uit onderzoek blijkt dat de mate van hulpbehoevendheid samenhangt met de mate waarin eenzaamheidsgevoelens ervaren worden. Zowel bij thuiswonende ouderen als bij verzorgingstehuisbewoners gaat een lage zelfredzaamheid samen met meer eenzaamheidsgevoelens (Bosma, 1988; Van Linschoten, Zijlstra & Wolffensperger, 1989; De Klerk & Huijsman, 1989; Janssen, Romijn & Woldringh, 1989; Kempen, 1990).

Kempen (1990) geeft aan dat voor het zelfstandig functioneren van ouderen in het dagelijks leven er tenminste twee categorieën activiteiten van belang zijn. In de eerste plaats zijn dat de verzorgende activiteiten, de zgn. Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en in de tweede plaats zijn dat de huishoudelijke activiteiten, de zgn. Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL). Bij de ADL gaat het om de mogelijkheid tot zelfverzorging van het individu. De HDL bepaalt of het individu onafhankelijk kan functioneren in een omgeving. Deze twee soorten verrichtingen bepalen de zelfredzaamheid van het individu op verzorgend- en huishoudelijk gebied. Een derde aspect dat de zelfredzaamheid van een individu bepaalt, is de mobiliteit. Hierbij gaat het om de mogelijkheid van het individu om zich zelfstandig binnens- en buitenshuis te verplaatsen.

Bosma (1988), Kempen (1990), Janssen, Romijn en Woldringh (1989), Koedoot en Hommel (1989) en Linschoten, Zijlstra en Wolffensperger (1989) trekken allen dezelfde conclusies ten aanzien van de verrichtingen

van ouderen op verzorgend- en huishoudelijk gebied. Het blijkt namelijk dat naarmate ouderen meer gebruik moeten maken van een zwaardere vorm van hulpverlening op verzorgend en huishoudelijk gebied, zij meer eenzaamheidsgevoelens kennen dan wanneer ouderen de verzorgende en huishoudelijke activiteiten zelfstandig kunnen uitvoeren.

2. Ervaren gezondheid

De WHO (World Health Organisation) definieert gezondheid als volgt: 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekten' (Van den Brink-Muinen & Sixma, 1990). Niet alleen de afwezigheid van ziekten bepaalt het welzijn van iemand ook de subjectieve beleving van het individu bepaalt de gevoelens van gezond zijn.

Bosma (1988, pag 74) heeft in zijn onderzoek onder thuis- en in instellingen wonende ouderen gevraagd hoe zij hun eigen gezondheid beoordelen. Hij concludeert dat de ouderen die zelfstandig wonen het meest positieve beeld hebben van hun gezondheid. De ouderen die een opname-indicatie hebben voor het verzorgingstehuis waarderen hun gezondheid al een stuk lager. Tevens blijkt dat 86% van de bewoners van het verzorgingstehuis minstens één ziekte of aandoening noemden wanneer zij hun eigen gezondheid moesten beoordelen. Bij degenen die zelfstandig wonen is dit ongeveer 40%. Ouderen die zeggen geen ziekte te hebben, zijn het meest positief in het oordeel over hun eigen gezondheid. Als laatste heeft Bosma de lichamelijke mobiliteit en het voorkomen van handicaps bij de ouderen onderzocht. Hieruit blijkt dat bij de bewoners van het verzorgingstehuis hulpmiddelen bij het lopen het meest worden gebruikt (63%). De conclusie van Bosma (1988) ten aanzien van de ervaren gezondheid en eenzaamheid is dat ouderen die hun gezondheid als goed ervaren, minder eenzaamheidsgevoelens blijken te hebben.

Gevoelens van eenzaamheid hangen echter niet alleen samen met de zelfredzaamheid en de ervaren gezondheid. Ook depressieve gevoelens spelen hierin een grote rol. In het volgende punt zal verder worden ingegaan op de rol van depressiviteit van ouderen in relatie tot eenzaamheidsgevoelens.

3. Depressiviteit en subjectief welzijn

Het begrip 'welzijn' kan volgens Tempelman (1987) in vier elementen uitgesplitst worden. In eerste instantie als een waardebegrip. Het ligt dan op dezelfde lijn als de begrippen 'waarheid', 'goedheid', 'gezondheid' en

'gerechtigheid'. In tweede instantie is 'welzijn' een begrip dat zich moeilijk in positieve termen laat omschrijven. Het krijgt pas een inhoudelijke invulling wanneer je er 'onwelzijn' tegenover kunt plaatsen. In de derde plaats is 'welzijn' een heel praktisch begrip. Het vraagt om een concreet beleid en handelingen om bijvoorbeeld het doel: de welzijnsbevordering van ouderen, te bereiken. In de laatste plaats stelt Tempelman vast dat 'welzijn' altijd wel een relatief begrip zal blijven. Het is namelijk afhankelijk van de vergelijking van de eigen situatie met die van anderen, met die in het verleden of in de toekomst. Wanneer de vergelijking positief uitvalt, is er sprake van welzijn, andersom is er sprake van onwelzijn.

Bij subjectief welzijn gaat het om een gevoelstoestand, het persoonlijk ervaren van positieve gevoelens die gerelateerd zijn aan binnen en/of buiten de persoon gelegen factoren. Het gaat dan om een langere periode in iemands leven en niet om een momentopname. Tempelman onderscheidt aan een hoog/positief subjectief welzijn de volgende aspecten:

- een gevoel van tevredenheid met de eigen persoon, het eigen leven of aspecten van beiden;
- de aanwezigheid van positieve gevoelens als geluk en onbekommerdheid;
- de afwezigheid van negatieve gevoelens als angst, depressie en eenzaamheid;
- een hoog niveau van zelfwaardering, van persoonlijke zelfstandigheid en van het vermogen om alledaagse problemen het hoofd te bieden;
- een hoog niveau van weerbaarheid met betrekking tot de verwerking van allerlei levensgebeurtenissen;
- positieve toekomstverwachtingen en een optimistische levensvisie;
- het realiseren van persoonlijke doelen.

Bosma (1988) heeft deze onderverdeling van welzijn gebruikt in zijn onderzoek en heeft gevonden dat een laag subjectief welbevinden bij ouderen samengaat met grotere eenzaamheidsproblemen en met meer gevoelens van depressiviteit.

Het niet aanwezig zijn van depressieve gevoelens is echter niet alleen maar een onderdeel van het subjectief welzijn, depressieve gevoelens op zich vertonen ook een relatie met eenzaamheid. In diverse onderzoeken komt dit naar voren. Kempen (1990) constateert dat naarmate thuiswonende ouderen depressiever zijn, ze vaker eenzaam zijn. Ook Frederiks (1990) concludeert dat bij thuiswonende ouderen (75-84 jaar) eenzaamheidsgevoelens samengaan met het verhoogd voorkomen van depressieve klachten. Tot slot trekken Kalkman e.a. (1990) ook de conclusie dat

eenzaamheidsgevoelens positief samenhangen met depressieve gevoelens. Het subjectief welzijn en depressiviteit staan niet sec in relatie tot eenzaamheid. Er is een duidelijk verband tussen deze twee begrippen en de ervaren gezondheid en functionele status van de ouderen. Tempelman (1987, pag 49) stelt dat de ervaren gezondheid een essentieel aspect is van subjectief welzijn. De gezondheidsbeleving hangt dan ook altijd samen met gevoelens van welbevinden bij het individu. Jansen e.a. (1989) concluderen in dezelfde richting. In hun onderzoek onder ouderen in Venlo blijkt dat naarmate de hulpbehoefte van ouderen groter is, dat wil zeggen dat de zelfredzaamheid op verzorgend- en huishoudelijk gebied lager is, het welbevinden van de persoon afneemt en de eenzaamheidsgevoelens toenemen.

2.5. De relatie tussen situationele factoren en eenzaamheid bij ouderen

Bij de situationele factoren in relatie tot eenzaamheid is een onderscheid gemaakt tussen de kenmerken van het sociale netwerk en sociale ondersteuning en de kenmerken van het verzorgingstehuis.

2.5.1. Sociaal netwerk en sociale ondersteuning

Naar de functie van het sociale netwerk en sociale ondersteuning is veel onderzoek gedaan. In het overzichtsartikel 'Social Support and Social Networks, their relationships to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community' beschrijft Bowling (1991) wat de overeenkomsten en verschillen tussen de onderzoeken zijn en geeft ze een duidelijk overzicht hoe naar het sociale netwerk en sociale ondersteuning gekeken kan worden. Dit artikel is gebruikt om aan te kunnen geven welke rol het sociale netwerk en sociale ondersteuning spelen in onderzoek bij ouderen.

Onderzoek naar het sociale netwerk is niet nieuw. Al 100 jaar geleden suggereerde Durkheim dat sociale relaties aan mensen een reden om te leven geven dat hun eigen individuele levens overstijgt. Sinds Durkheim is er veel onderzoek verricht naar de rol van de sociale ondersteuning op het welzijn van mensen uit verschillende leeftijdsgroepen. In het artikel van Bowling staat de groep ouderen centraal.

De beste manier om naar sociaal netwerk en sociale ondersteuning te kijken is door deze twee begrippen van elkaar te onderscheiden. Bowling definieert het sociale netwerk als: "The web of identified social relation-

ships that surround an individual and the characteristics of those linkages; it sees each individual as a node in a network of people and each exchange between them as a link". Het belang van het sociale netwerk en het karakter van het netwerk hangen af van de mate waarin het voldoet aan de wensen en behoeften van de leden van dat netwerk. De functie van het sociale netwerk kan dan gezien worden als de plaats waar het individu zijn/haar sociale identiteit kan handhaven door middel van persoonlijke contacten en waar hij/zij emotionele steun, materiële hulp, diensten en informatie ontvangt en de mogelijkheid heeft om nieuwe sociale contacten te leggen.

Sociale ondersteuning definieert Bowling als volgt: "The interactive process in which emotional, instrumental or financial aid is obtained from one's social network". Bij sociale ondersteuning kan gekeken worden naar de kwantiteit, dat wil zeggen naar de aard en de hoeveelheid van de sociale contacten. Het is ook mogelijk om de kwaliteit te onderzoeken. Het gaat dan om de subjectieve waardering van de sociale contacten en de mate waarin deze contacten toereikend zijn voor de oudere.

Ten aanzien van het sociale netwerk en de sociale ondersteuning van ouderen zijn de volgende dimensies/kenmerken te onderscheiden. Dat zijn de netwerkgrootte, de frequentie van contacten, de dichtheid en integratie van het netwerk, het aanwezig zijn van een vertrouwenspersoon, de samenstelling van het netwerk en de ontvangen steun.

De grootte van het netwerk

Hierbij gaat het om het aantal mensen met wie contact wordt onderhouden. In sommige onderzoeken wordt een negatief verband gevonden tussen de grootte van het netwerk en eenzaamheid (Anderson, 1985; Kempen, 1990) terwijl in ander onderzoek geen relatie wordt gevonden (De Jong-Gierveld, 1984; Koedoot & Hommel, 1989).

Uit een onderzoek onder ouderen in verzorgingstehuizen echter blijkt dat de meesten van hen geen behoefte hebben aan veel sociale contacten (Gillissen, 1989). In sommige gevallen is het zo dat het hebben van één emotionele ondersteuner net zo goed geassocieerd wordt met emotioneel welbevinden als het hebben van meerdere ondersteuners. Een netwerk dat toeneemt in grootte geeft geen garantie op betere ondersteuning.

De frequentie van de contacten

Ten aanzien van contacten heeft onderzoek laten zien dat mensen met een hoger aantal sociale contacten meer kans op hulp hebben (liffe e.a.

1991). Wanneer ze hulp nodig hebben worden ze in eerste instantie geholpen door familie en vrienden en pas in tweede instantie door professionele hulpverleners. Wat betreft de relatie tussen contacten en emotionele- en praktische steun blijkt dat mensen met oppervlakkige sociale contacten kwetsbaarder zijn voor depressieve gevoelens dan mensen met intieme sociale contacten. Diegenen die geen nauwe relaties onderhouden lopen een groter risico op het uiten van depressieve klachten (Kempen & Suurmeijer 1991).

De dichtheid/integratie van het netwerk

Het gaat hier om de veronderstelling dat een hoge mate van dichtheid van het sociale netwerk wijst op een goed geïntegreerd en solidair netwerk en dat een lage dichtheid een veel meer gefragmenteerd en ongecoördineerd netwerk weergeeft. De geografische afstand en de vervoersmogelijkheden tussen de netwerkleden kunnen de onderlinge contacten beïnvloeden. Dicht geïntegreerde netwerken, waarin sterke banden en een kleine geografische afstand is tussen de leden, zijn voor ouderen ideaal wanneer ingrijpende gebeurtenissen plaatsvinden. Losse netwerken hebben als voordeel dat ze de leden meer vrij laten om zelf initiatieven te ondernemen om aan een hulpvraag te voldoen. Een voordeel van een dicht netwerk is echter wel dat het de hulp die gegeven wordt beter gecoördineerd en afgestemd wordt tussen de netwerkleden dan bij een lossere netwerk. Kempen (1990) constateert dat bij ouderen waarvan het aantal netwerkleden klein is en de onderlinge reisafstand meer dan 15 minuten bedraagt, meer gevoelens van eenzaamheid voorkomen.

De aanwezigheid van een vertrouwenspersoon

Het hebben van een vertrouwenspersoon verhoogt voor zowel mannen als vrouwen de levenssatisfactie. Het verschil tussen beide is alleen wel dat voor mannen in de meeste gevallen hun vrouw of partner als vertrouwenspersoon functioneert en bij vrouwen kan dit net zo goed iemand uit het sociale netwerk zijn. Wanneer een man weduwnaar wordt, wordt de rol die zijn vrouw had meestal overgenomen door vrienden uit het netwerk. Ander onderzoek heeft depressieve en niet-depressieve ouderen met elkaar vergeleken en hieruit blijkt dat ouderen die geen vertrouwenspersoon hebben meer kwetsbaar waren voor het ontstaan van depressieve gevoelens (Frederiks, 1990; Kalkman e.a., 1990). Daarnaast is ook gebleken dat mensen die een vertrouwenspersoon in de vorm van echtgeno(o)t(e) of vrienden hebben, beter in staat zijn om verlies van

vrouw of man of verlies van baan en sociale positie te verwerken.

De samenstelling van het netwerk

Voor de samenstelling van het netwerk wordt een onderscheid gemaakt tussen familierelaties en vriendenrelaties. Het blijkt dat hulp van kinderen aan hun ouders meestal bestaat uit instrumentele/materiële steun en dat de hulp van andere familie en vrienden meer emotionele steun bevat (Seeman & Berkman, 1988). Fischer & Philips (in Peplau & Perlman, 1982) vinden dat een netwerk dat hoofdzakelijk uit familierelaties bestaat en weinig tot geen vriendschappen bevat bij de netwerkleden minder levenssatisfactie geeft dan wanneer er wel vriendenrelaties in het netwerk aanwezig zijn.

Een ander opmerkelijk feit is dat wanneer oudere mensen hulp van formele instanties ontvangen ze dit meer bevredigend vinden dan wanneer één van de eigen kinderen de hulp geeft. Dit is mogelijk omdat het gevoel van onafhankelijkheid en zelfstandigheid van oudere mensen minder wordt aangetast bij hulp door formele instanties dan bij hulp door eigen kinderen (Lee, 1985; Johnson, 1983; Cantor, 1983; in Bowling, 1991; Felling e.a., 1991). De hulpvraag en gebruik van formele instanties is bij mensen die met anderen een huishouden delen minder hoog dan bij mensen die alleen wonen

De ontvangen steun

Bij sociale ondersteuning en sociale interactie is niet de kwantiteit belangrijk maar de kwaliteit (De Jong-Gierveld, 1984; Koedoot & Hommel 1989). De kwaliteit van ondersteuning en interactie geeft aan in hoeverre de aanpassing van de oudere mens aan de ouderdom begrepen wordt. De Jong-Gierveld (1984) stelt in haar onderzoek onder 23 t/m 75 jarigen vast, dat het aantal contacten er niet toe doet en niet bepaalt hoe eenzaam iemand zich voelt. (zie paragraaf 2.3) Mensen met een weinig gevarieerd netwerk van contacten blijken niet veel eenzamer te zijn dan mensen met een gevarieerd sociaal netwerk. Het komt volgens De Jong-Gierveld het meest aan op de kwaliteit van de contacten. Niet de hoeveelheid vriendschappen maar de tevredenheid met de vriendschappen telt. Ze heeft een verband gevonden tussen het missen van bepaalde sociale contacten en eenzaamheid. Wie niet zo tevreden is over de kwaliteit van zijn/haar relatienetwerk, rekent zich vaker tot de eenzamen.

2.5.2. Het verzorgingstehuis

Ouderen worden geconfronteerd met een groot aantal veranderingen in hun leven. Als ze met pensioen gaan en de kinderen uit huis gaan verliezen ze hun vertrouwde maatschappelijke rol. Daarnaast merken ze dat ze als gevolg van lichamelijke achteruitgang en verminderde mobiliteit minder voor anderen kunnen doen en minder voor een ander kunnen betekenen. De waardering van de oudere ten opzichte van zichzelf kan hierdoor afnemen mede omdat hij/zij ook van anderen minder waardering te horen krijgen. Een ander punt is dat ouderen geconfronteerd worden met het verlies van vrienden, kennissen of zelfs de partner. Tot slot geldt ook nog dat ouderen vaak geen of weinig perspectief hebben dat de situatie zich nog kan verbeteren. Deze gebeurtenissen vinden echter geleidelijk plaats over een lange periode en worden niet door alle ouderen als negatief ervaren.

Alle veranderingen die het ouder worden met zich meebrengt, spelen een steeds grotere rol in de maatschappij. De hulpvraag van ouderen is dan ook niet meer alleen gericht op lichamelijke ondersteuning, ook geestelijke en sociale hulpvragen komen regelmatig voor. Deze toename aan hulpvragen noodzaakte de overheid om in 1977 het Besluit Opnemings in Bejaardenoorden (BOB) in te stellen. De verzorgingstehuizen zijn voortaan alleen nog maar bestemd voor ouderen die intensieve verzorging nodig hebben. Dat wil zeggen dat ze niet alleen op huishoudelijk- maar ook op lichamelijk en psycho-sociaal gebied verzorging nodig hebben.

Voor de verzorgingstehuizen betekent dit dat ze hun doelstelling, die in eerste instantie gericht was op huisvesting, de afgelopen jaren hebben aangepast. De doelstelling van de verzorgingstehuizen is nu: 'Het in combinatie bieden van huisvesting en van gedeeltelijke dan wel volledige verzorging en begeleiding in de eigen woonsfeer, zonder dat er sprake is van voortdurende verpleging' (Besluit Centrale Commissie Bejaardenoorden (CCB), 1979 uit Van Loveren-Huyben e.a., 1988a). De zorg voor de individuele bewoner heeft dus naast een specifiek verzorgend steeds meer een sociaal begeleidend aspect gekregen.

Naast het bieden van een 'ondersteunend woonmilieu' aan de bewoners vervult het verzorgingstehuis ook een functie in de wijk. Het huis biedt bijvoorbeeld voor wijkbewoners dagverzorging, warme maaltijd, tijdelijke verzorging bij ziekte of vakantie van huisgenoten en alarmeringscontact.

Voor het verzorgingstehuis ligt het accent op het ondersteunen van mensen. Het kenmerkende van een organisatie die ondersteunend werkt, is dat ze ervan uitgaat dat de cliënten (in dit geval de bewoners) niet of

nauwelijks veranderen in de richting van grotere zelfredzaamheid. Het doel dat de organisatie zich stelt is dan ook gericht op het voorkomen of uitstellen van een verslechtering in het welzijn of sociaal functioneren van de cliënt.

Dat het doel hoger gesteld kan worden blijkt uit de onderzoeken van Langer & Rodin en van Slivinske & Fitch. Uit onderzoek van Langer & Rodin (1976) blijkt dat ouderen in een verzorgingstehuis waarbij de controle over de eigen leefsituatie toegenomen was, dat deze groep actiever, gelukkiger en meer alert was dan de ouderen uit de vergelijkende groep, die geen of minder controle over de eigen leefsituatie hadden. Na nog eenzelfde soort onderzoek achttien maanden later moeten Rodin & Langer (1977) concluderen dat de groep met controle over het eigen leven een toegenomen gezondheid vertoonde. Ook Slivinske & Fitch (1987) schrijven naar aanleiding van hun onderzoek naar het effect van controle op de omgeving en het welbevinden van ouderen, dat de mogelijkheid van ouderen om hun omgeving succesvol te manipuleren samenhangt met een toegenomen gezondheid en welbevinden van het individu.

Een manier om de kwaliteit van de zorg in verzorgingstehuizen te verbeteren beschrijft Litwak (1985). Door te kijken naar het nut van formele organisaties (instellingen zoals verzorgings- en verpleegtehuizen) en het nut van informele netwerken (de primaire groep waartoe iemand behoort, dat wil zeggen gezinsleden, familie, burens en vrienden), probeert hij een antwoord te geven op de vraag welke groepen het meest geschikt zijn om welke hulp aan oudere mensen te verlenen.

Het belang van de primaire groep is groot. Deze groep verleent haar diensten niet op basis van economische beloningen maar op basis van affectie, plicht of respect. De primaire groep bevat permanente banden, affectie, liefdevolle evaluaties en wijdverspreide relaties, terwijl de formele organisatie tijdelijke banden, onpersoonlijkheid, objectieve feedback en economische motivaties bevat. Het is volgens Litwak niet mogelijk om een keuze tussen deze twee groepen te maken. In zijn boek probeert hij een structuur te vinden waarbinnen de primaire groep en de formele organisatie elkaar aanvullen zodat van beide groepen die elementen gebruikt worden die voor de hulp aan ouderen belangrijk zijn.

Wanneer een oudere moet worden opgenomen in een 'nursing home' (verpleeginrichting) dan ontstaat de afweging wie welke diensten/hulp gaat geven aan de oudere. Welke hulp kan de familie gewoon blijven geven en welke hulp moet de instelling over gaan nemen. Daarnaast moet

beoordeeld worden welke diensten achterwege gelaten kunnen worden. Litwak komt tot de conclusie dat een nursing home alleen die diensten over kan nemen van de primaire groep, wanneer de onzekerheden van de hulp van de primaire groep gereduceerd en geüniformeerd worden; toe te staan dat de primaire groep ook zelf hulp aan de oudere regelt en geeft; de formele structuur van de instelling meer te laten lijken op de structuur van de primaire groep; of een combinatie van deze oplossingen. Een voorbeeld van een dienst die gemakkelijk kan worden overgenomen door de instelling is de warme maaltijd. Deze wordt geserveerd op een daarvoor vastgestelde tijd en van iedereen in de instelling wordt verwacht dan aanwezig te zijn. Het doen van boodschappen of gaan winkelen met de oudere bijvoorbeeld blijft meestal in handen van de familie en vrienden. De instelling heeft daar vaak geen tijd voor, bovendien is zo'n uitstapje niet tot routinehandeling te transformeren en daardoor moeilijk uitvoerbaar.

Het verlenen van zorg aan ouderen is niet alleen gerelateerd aan de vraag wie welke hulp verleent maar hangt ook samen met de afstand die afgelegd moet worden om de hulp te kunnen geven. Bij afstand is het volgende van belang.

Het brengen van een dagelijkse warme maaltijd bijvoorbeeld staat tegenover het geven van een emotionele steun na het overlijden van echtgeno(o)t(e). De afstand wordt dan beïnvloed door de mate waarin de fysieke aanwezigheid van de helper vereist wordt bij de hulp. Het brengen van een maaltijd vraagt fysieke aanwezigheid terwijl het geven van emotionele steun door middel van praten dit niet vraagt. Wanneer fysieke aanwezigheid nodig is en dagelijkse hulp, dan is een kleine afstand vereist. Bij minder frequente hulp en hulp die over bijv. de telefoon afgehandeld kan worden, is een grotere afstand mogelijk.

Volgens Litwak is de afstand niet van zodanige invloed dat de dienstverlening daar afhankelijk van is. Kempen (1990) redeneert in zijn onderzoek in de thuiszorg echter verder en constateert dat de afstand van de netwerkleden wel degelijk bepalend is voor het hebben en ontstaan van gevoelens van eenzaamheid. Litwak gaat meer in op de groeiende afhankelijkheid van ouderen in verzorgingstehuizen.

Het verzorgingstehuis kan een prima plaats zijn voor een oudere om wanneer hij/zij afhankelijk wordt op verzorgend- en huishoudelijk gebied steun te vinden. Het is echter niet de bedoeling, vindt Litwak, dat alle verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen bij het verzorgingstehuis moet rusten. Opname in een instelling wil niet zeggen dat de primaire groep geen rol meer speelt. Juist het samenspel tussen de mogelijk-

heden van de instelling en die van de naaste familie en vrienden kan bij de oudere in het verzorgingstehuis het gevoel van welbevinden bevorderen en eenzaamheidsgevoelens verminderen en zo de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Een andere manier om de zorg voor ouderen in een verzorgingstehuis te verbeteren is te kijken naar de kwaliteit van het bestaan van de bewoners.

De kwaliteit van bestaan in het verzorgingstehuis heeft volgens Van Geen (1989) te maken met de subjectieve ervaring van de betrokkene, dat is de mate waarin iemand tevreden of gelukkig is. Het welbevinden van de bewoner is dan het subjectieve oordeel van de bewoner over het eigen bestaan. Dit is een combinatie van tevredenheid (resultaat van cognitief afwegen) en geluk (resultaat van positieve en negatieve gevoelens) en de overtuiging dat de positieve gevoelens blijvend zullen zijn.

Eigenlijk is het een soort wisselwerking tussen de bewoner en zijn omgeving, die doorslaggevend is voor het gevoel van welbevinden en deze wisselwerking stelde Van Geen dan ook centraal in haar proefschrift. Voor ouderen wordt het welbevinden met name bepaald door het feit hoeveel macht de oudere heeft over zijn/haar omgeving. Volgens Van Geen lijkt het vermogen om handelend op te treden en gebeurtenissen te beïnvloeden belangrijker voor het welbevinden dan het positief of negatief karakter van de gebeurtenissen. Ze heeft hiervoor de volgende aspecten uit het dagelijks leven van de bewoners bekeken: de woonfunctie van het huis; deelname aan activiteiten en structurering van de tijd; relatie met het personeel; de sfeer in huis; de sociale contacten van de bewoner; de bewonerscommissie en de greep van de bewoner op diens eigen leven. Van Geen concludeerde dat de tevredenheid van ouderen in het verzorgingstehuis niet alleen bepaald wordt door, maar ook gevolgen heeft voor hun omgeving. Daarmee is het welbevinden weer het resultaat van de wisselwerking tussen bewoners en hun omgeving.

2.6. Eenzaamheid en de rol van de verzorgenden

In hoofdstuk 1 werd al vermeld dat de zorg voor de bewoners van het verzorgingstehuis niet meer alleen gekenmerkt wordt door de mate van lichamelijke en huishoudelijke hulpbehoefendheid maar dat bij velen van hen ook een psychische en sociale problematiek aanwezig is. Om de zelfstandigheid van een bewoner te blijven benadrukken en te stimuleren

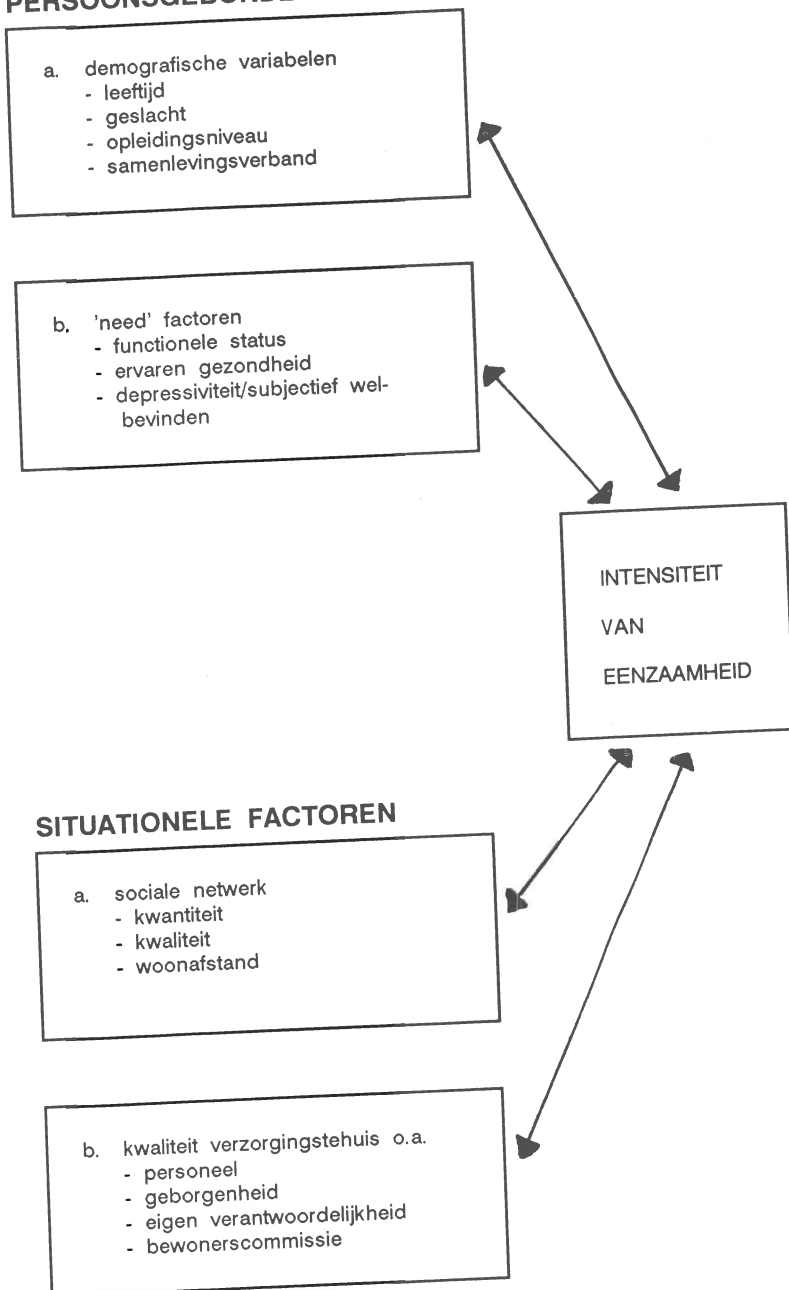
moet het personeel van het verzorgingstehuis naast een aantal activiteiten die aan alle bewoners in dezelfde mate gegeven worden (bijv. warme maaltijd) ook zorg verlenen die afhankelijk is van de behoefte van de individuele bewoner. De rol van het verzorgend personeel heeft hierdoor naast het verzorgende aspect ook een sociaal-begeleidend aspect gekregen. Depressiviteit en eenzaamheid zijn daarbij de meest voorkomende problemen volgens Van Loveren-Huyben & Van der Bom (1983).

Zij hebben onderzoek gedaan naar het ontstaan en de ontwikkeling van de psychische en sociale problematiek bij verzorgingstehuisbewoners. Hiervoor is een beoordelingsinstrument ontwikkeld dat de verzorgenden in staat stelt om het gedrag van de bewoner op psychisch en sociaal gebied te beoordelen. Aan de hand van dit instrument 'de beoordelings-schaal voor psychische en sociale problemen' (BPS) is het mogelijk om het oordeel van de verzorgenden te vragen over het psychisch en sociaal functioneren van de bewoner. Van Loveren-Huyben e.a. (1988b) signaleren echter wel het probleem dat de zorg voor de bewoners niet meer alleen bestaat uit lichamelijke en huishoudelijke zorg, maar zich ook uitstrekt tot meer persoonlijke aspecten van het leven van de bewoner. Het kunnen waarborgen van de privacy en de zelfstandigheid van de bewoner én het bieden van goede geestelijke en sociale zorg is hierdoor in een gebied terecht gekomen waar nog geen regels gelden hoe het best gehandeld kan worden. Het is het eigen inzicht van de verzorgenden volgens Van Loveren-Huyben e.a. (1988b) om dan naar eigen goeddunken te handelen.

Bij de beoordeling van het bewonersgedrag is echter niet alleen de mate waarin de bewoner hulp en aandacht nodig heeft, maar ook de satisfactie van de verzorgenden met hun werk van belang. Volgens Boumans e.a. (1989) is het zo dat positieve reacties op aspecten van het werk goed zijn voor de werkers zelf en dat bovendien de kwaliteit van de zorg ermee gediend is. Werkbeleving wordt door hen omschreven als "elke positieve of negatieve gevoelsmatige reactie (op aspecten van) het werk en de werkomstandigheden".

Arbeidstevredenheid en de beleving van de gezondheid en stress zijn factoren die van betekenis zijn voor iemands welbevinden. Juist in de verpleging/verzorging spelen deze factoren een belangrijke rol in verband met de kwaliteit van de zorg. De verpleegkundige gaat een relatie aan met de patiënt en deze relatie is dan de basis voor een geslaagde hulpverlening en herstel van de patiënt. De arbeidstevredenheid en de mate van stress en gezondheid van verpleegkundigen kunnen daarom belangrijk zijn voor een goed werk- en leefklimaat.

PERSOONSgebonden FACTOREN



Op basis van het geschetste doel van het onderzoek en het theoretische kader kunnen de volgende vraagstellingen worden geformuleerd:

1. Hoeveel bewoners van een verzorgingstehuis in Den Haag zijn volgens de definitie van De Jong-Gierveld, die gehanteerd wordt, eenzaam?
2. Welke factoren hangen samen met de eenzaamheid die door de bewoners van het verzorgingstehuis wordt ervaren, en welke van deze factoren zijn de belangrijkste?
3. Welke behoeften hebben de bewoners die eenzaam zijn zelf om tot een oplossing van hun problemen te komen?
4. In hoeverre kan door de verzorgenden van het verzorgingstehuis in Den Haag de mate van eenzaamheid van de bewoners op een betrouwbare en valide wijze worden vastgesteld en welke factoren zijn van invloed op de mate waarin verzorgenden de juiste taxatie maken?

3. ONDERZOEKSOPZET

3.1. Inleiding

Na de beschrijving van de factoren die met eenzaamheid kunnen samenhangen in het vorige hoofdstuk, wordt in dit hoofdstuk de onderzoeksopzet weergegeven. Eerst wordt een beschrijving gegeven van het verzorgingstehuis zelf en de dagelijkse gang van zaken, daarna wordt de steekproef beschreven. In de paragraaf hierna volgt een beschrijving van de meetinstrumenten. Tot slot wordt in dit hoofdstuk nog de methode en de onderzoeksprocedure vermeld.

3.2. Het verzorgingstehuis

In dit onderzoek wordt de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners van een verzorgingstehuis in Den Haag onderzocht. Dit verzorgingstehuis maakt deel uit van de Katholieke Stichting voor Verzorging en Verpleging in de regio 's-Gravenhage (Stichting K.V.V.). Het huis is sinds 1965 in gebruik en goed bereikbaar met het openbaar vervoer. Het ligt aan een brede straat met tegenover zich een groot park. In de buurt van het verzorgingstehuis is een winkelcentrum op een loopafstand van ongeveer 15 minuten.

De indeling van het huis is als volgt. De ingang en de hal vormen samen met de recreatiezaal het centrum van het verzorgingstehuis. Hier bevindt zich een gedeelte van de voorzieningen die in huis aanwezig zijn (winkel, administratie en receptie) of langskomen (o.a. huisarts, schoonheidsspecialiste, diëtiste, de bank) en de kamers van de staf en directie. In de recreatiezaal wordt de hele dag koffie en thee geschonken. Bovendien is het in deze zaal mogelijk om bezoek te ontvangen, gewoon te zitten of een spelletje te doen. In de recreatiezaal, ook wel ontmoetingsruimte genoemd, vinden activiteiten plaats zoals bingo, kaarten, een gezamenlijke maaltijd, voor grote festiviteiten 1 keer per 2 maanden is er een aula met podium in huis aanwezig. In principe kunnen de bewoners al hun zaken regelen in en met hulp van het huis, ze zijn echter ook vrij om buiten het huis van voorzieningen gebruik te maken. De voorwaarde is dan wel dat de bewoner dit zelfstandig of met hulp van familie kan

uitvoeren.

Het verzorgingstehuis bestaat uit zes etages en hierover zijn 187 éénpersoons- en 23 tweepersoonskamers verdeeld. In totaal kan het huis aan 233 mensen huisvesting bieden. De zes etages zijn onderverdeeld in drie afdelingen, waarbij elke afdeling zijn eigen huiskamer heeft. Naast de activiteiten die georganiseerd worden in de ontmoetingsruimte en de aula vinden in het creatief centrum op één van de afdelingen op vaste tijden ook activiteiten plaats. Men kan hier handwerken, boetseren, knutselen of gewoon zitten.

De bewoners kunnen de warme maaltijd, die rond het middaguur genuttigd wordt, op hun eigen kamer, in de huiskamer op de afdeling of in de ontmoetingsruimte op de begane grond opeten. In de ontmoetingsruimte zijn ook altijd mensen uit de wijk aanwezig. Zij kunnen tegen een kleine vergoeding een bepaald aantal warme maaltijden per maand eten in het verzorgingstehuis. Van de bewoners wordt verwacht dat ze hun broodmaaltijden zelf verzorgen, hiervoor is dan ook een winkeltje in huis aanwezig.

Naast een informatieboekje voor toekomstige bewoners heeft het verzorgingstehuis een Maandblad. Hierin worden elke maand o.a. mededelingen van de directie en de activiteitenplanning van de komende maand en de aanwezigheid van bijvoorbeeld huisarts en diëtiste vermeld. Tevens kunnen de bewoners zelf kopij inleveren en/of eventuele mededelingen doen.

3.3. De steekproef

Het verzorgingstehuis kan aan een maximum van 233 mensen huisvesting bieden. Op het moment dat het onderzoek plaatsvond (juni 1991) stonden 228 bewoners in het huis ingeschreven. Van de bewoners hebben er 61 niet aan het onderzoek deelgenomen. Hierdoor komt de onderzoeksgroep op een totaal van 167 respondenten die hebben meegewerkt aan het onderzoek (respons 73%). Van de 61 bewoners die niet meewerkten aan dit onderzoek gaven 15 als reden dat ze niet eenzaam waren en 31 van hen wilde gewoon niet deelnemen aan het onderzoek. Er waren 6 bewoners in de tussentijd overgeplaatst naar het verpleeghuis en 2 bewoners waren inmiddels overleden. Er was 1 bewoner voor een lange tijd op vakantie en 1 was langdurig opgenomen in het ziekenhuis. Tenslotte zijn 5 bewoners niet in het onderzoek opgenomen omdat zij gedurende de tijd dat het onderzoek plaatsvond

niet konden worden bereikt.

Tabel 3.1: Leeftijdsverdeling van de bewoners (N=167), in percentages

Leeftijd	Percentage
tot 69 jaar	1.8
70-74 jaar	6.0
75-79 jaar	15.0
80-84 jaar	20.4
85-89 jaar	32.3
90-94 jaar	19.8
95-99 jaar	4.2
≥ 100 jaar	.6
totaal	100.0

Het merendeel van de bewoners is 80 jaar en ouder. De onderzoeksgroep heeft dan ook een gemiddelde leeftijd van 84,7 jaar en men woont gemiddeld 4,5 jaar in het verzorgingstehuis. Net als in andere onderzoeken onder ouderen bestaat het merendeel van de respondenten uit vrouwen, namelijk 76%. Dit komt vrijwel overeen met het aantal mannen en vrouwen in de totale groep bewoners (N=228). Hiervan is 78% vrouw. In de non-respons groep is het aantal vrouwen iets hoger, namelijk 83.6%.

Tabel 3.2: Gemiddelde leeftijd en man/vrouw verdeling in respons en non-respons groep en de totale groep

	gemiddelde leeftijd	percentage vrouwen	percentage mannen
N = 167	84,7	76%	24%
N = 61	84,0	83.6%	16.4%
N = 228	84,5	78%	22%

Het grootste deel van de respondenten is gehuwd geweest en is weduwe of weduwnaar geworden. Zij vormen 60% van de onderzoeksgroep. Van hen woont 20% gehuwd in het verzorgingstehuis en 15% heeft altijd alleen gewoond. De overige 5% is gescheiden en woont ook

alleen.

Tabel 3.3: Burgerlijke staat van de bewoners (N=167), in percentages

Burgerlijke staat	Percentage
gehuwd	19.8
weduwe,weduwenaar	59.9
gescheiden	4.8
alleenstaand	15.6
totaal	100.0

Wat betreft de woonsituatie van de respondenten kan vermeld worden dat 80% van hen alleen woont en 20% samen met de partner.

Tabel 3.4: Woonsituatie van de bewoners (N=167), in percentages

Woonsituatie	Percentage
alleen	80.2
met partner	19.1
niet bekend	.6
totaal	100.0

Als laatste nog het opleidingsniveau van de groep respondenten. Voor 70% geldt dat ze alleen de lagere school hebben doorlopen. Slechts een krappe 5% heeft een HBS of HBO opleiding voltooid.

Tabel 3.5: Hoogst genoten opleiding van de bewoners (N=167), in percentages

Opleiding	Percentage
lagere school	69.5
lbo	10.2
mulo,vglo	10.2
mbo	3.6
havo,hbs,gymn,mms	3.6
hbo	1.2
niet bekend	1.8
totaal	100.0

Van de 167 interviews waren er 157 bruikbaar voor verder onderzoek. De uiteindelijke respons komt hierdoor op 69%. Van de interviews van de 10 bewoners die eruit gehaald zijn bleek meer dan de helft niet te zijn ingevuld. Dit kwam enerzijds doordat de bewoner te emotioneel werd tijdens het interview of dingen niet meer wist en anderzijds door het feit dat een aantal van hen psycho-geriatrische verschijnselen (zoals verwardheid, 's nachts onrustig slapen en gedesoriëteerdheid in tijd en plaats) vertoonde (bij 4 van de 10 bewoners) en het niet mogelijk was voor de interviewer om de hele vragenlijst in te vullen. In de totale groep bewoners (N=167) zijn er 13 mensen die als psycho-geriatrisch worden gekenmerkt door het personeel. Daar waar in de overgebleven 157 cases nog ontbrekende waarden voorkwamen, zijn deze zo veel mogelijk vervangen door de modus op de betreffende items.

In het verzorgingstehuis zijn in totaal 55 verzorgenden werkzaam. Van hen hebben 37 aan het onderzoek meegewerkt (67%). Deze 67% bevat die verzorgenden die dagelijks met de bewoners van het huis te maken hebben. Uitzend- en oproepkrachten komen in deze groep niet voor. De groep verzorgenden bestaat voor 95% uit vrouwen en 75% van hen heeft een leeftijd tussen de 20 en 40 jaar.

Tabel 3.6: Leeftijd verzorgenden (N=37), in percentages

Leeftijd	Percentage
t/m 20 jaar	8.1
21-29 jaar	37.8
30-39 jaar	37.8
40-49 jaar	5.4
≥ 50 jaar	10.8
totaal	100.0

Wat betreft de functie die de verzorgenden uitoefenen kan vermeld worden dat 54% bejaardenverzorgende is en 16% ziekenverzorgende. Ruim 21% volgt de opleiding tot bejaardenverzorgende. Wanneer deze gegevens vergeleken worden met de opleiding die de verzorgenden genoten hebben dan blijkt 35% bejaardenverzorging, 16% ziekenverzorging, 10.8% Middelbaar Dienstverlenend en Gezondheidszorg Onderwijs - verzorging (MDGO-VZ) en 3% een Middelbare Beroepsopleiding Verpleegkunde (MBO-V) opleiding te hebben. De overige opleidingen zijn meestal voorbereidende opleidingen om toegelaten te kunnen worden als leerling-bejaardenverzorgende.

Tabel 3.7: Functie en hoogst genoten opleiding verzorgenden (N=37), in percentages

Functie	Percentage	Opleiding	Percentage
ziekenverzorgende	16.2	ziekenverzorging	16.2
bejaardenverzorgende	54.1	bejaardenverzorging	35.1
leerling bejaardenzorg	21.6	mdgo-vz	10.8
afdelingshoofd	8.1	mbo-v	2.7
		overige opl	27.0
		niet bekend	8.1
totaal	100.0		100.0

Ten aanzien van het aantal jaren dat de verzorgenden werkzaam zijn in het verzorgingstehuis kan opgemerkt worden dat meer dan de helft van hen, 70%, 1-5 jaar werkzaam is in het verzorgingstehuis.

Wat betreft de ervaring van de verzorgenden in de gezondheidszorg in het algemeen valt op dat men of nog maar kort (2-5 jaar) of al vrij lang (11-15 jaar) in de gezondheidszorg werkt. Deze twee groepen vormen 60% van de totale groep. 16% heeft minder dan 1 jaar ervaring en ruim 13% heeft 6-10 jaar ervaring in de gezondheidszorg.

Tabel 3.8: Percentages ervaring van verzorgenden in verzorgingstehuis en in gezondheidszorg in het algemeen (N=37)

Ervaring in verzorgingstehuis	Percentage	Ervaring in gezondheidszorg algemeen	Percentage
minder dan 1 jaar	5.4	t/m 1 jaar	16.2
1-5 jaar	70.3	2-5 jaar	29.7
6-10 jaar	10.8	6-10 jaar	13.5
11 jaar en langer	13.5	11-15 jaar	29.7
		16-20 jaar	5.4
		21 jaar en meer	5.4
totaal	100.0		100.0

3.4 De meetinstrumenten

In dit onderzoek is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van reeds ontwikkelde meetinstrumenten die in eerder onderzoek geschikt bleken te zijn om bij ouderen af te nemen.

Voor het beantwoorden van vraagstelling 1 (hoeveel bewoners zijn eenzaam) is gebruik gemaakt van de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld & Kamphuis (1985; 1986). Deze schaal is een 'gemis-intensiteits-schaal' die weergeeft in welke mate sprake is van een discrepantie tussen feitelijk gerealiseerde relaties en de benodigde/gewenste kwaliteit van sociale relaties. Er kon een keuze gemaakt worden tussen de Eenzaamheidsschaal van 11 items en één van 29 items. Omdat de 11-item schaal ook aanwezig is in de schaal met 29 items is gekozen voor de laatste. Bovendien is deze Eenzaamheidsschaal het enige meetinstrument dat gebruikt wordt om eenzaamheidsgevoelens van de bewoners te meten.

Met behulp van de uitgebreide schaal kan dan waarschijnlijk een beter antwoord worden gegeven op vraag 1 dan een beperktere schaal.

De Eenzaamheidsschaal van 29 items bestaat uit 11 items die de intensiteit van de eenzaamheid meten (dit zijn dezelfde 11 items als de hierboven genoemde). Daarnaast wordt een aantal varianten van eenzaamheid vastgesteld door middel van de items van diverse subschalen, die kunnen overlappen met de 11 intensiteits-items. Dit zijn de subschalen emotionele eenzaamheid, situationele eenzaamheid, sociale eenzaamheid en het ontbreken van sociale steun. Om te kunnen vaststellen in welk tijdsperspectief de gevoelens van eenzaamheid worden geplaatst, is de subschaal tijdsperspectief aanwezig.

Al deze varianten van eenzaamheid gaan in op het gevoel van de bewoners ten aanzien van hun huidige leefsituatie. De situationele eenzaamheid richt zich op het gevoel van de bewoner dat hij/zij vrienden in zijn/haar omgeving mist en geeft aan of de bewoner zich opgesloten voelt in de eigen kamer. Bij de emotionele eenzaamheid gaat het met name om het gevoel dat de bewoner géén anderen in zijn/haar omgeving heeft en kent met wie hij/zij over zowel verdriet als geluk kan praten en van wie de bewoner weet dat zij échte aandacht voor hem-/haar hebben. Géén gezelligheid om je heen ervaren en het gevoel hebben géén goede vrienden- en kennissenkring te hebben, wordt door middel van de sociale eenzaamheid gemeten. Het ontbreken van sociale steun meet het gevoel van de bewoner dat hij/zij niemand in zijn/haar omgeving kent bij wie de bewoner met problemen of zomaar voor de gezelligheid terecht kan. Het tijdsperspectief tenslotte gaat in op de gevoelens van de bewoner dat zijn/haar eenzaamheid in de toekomst veranderd of opgelost kan worden.

De totale eenzaamheidsschaal heeft bij elk item 5 antwoordmogelijkheden (van uitdrukkelijk JA! tot uitdrukkelijk NEE!). Na invulling van de schaal worden de antwoorden volgens de instructie gedichotomiseerd en voor elke subschaal wordt dan een somscore berekend. De somscore van de gehele schaal loopt dan van 0 tot en met 29. Hoe hoger de score hoe hoger de intensiteit van de eenzaamheid.

Door De Jong-Gierveld & Kamphuis (1985) wordt de betrouwbaarheid van de Eenzaamheidsschaal niet uitgedrukt in Cronbach's alpha. Wel voldoet de schaal aan de meettheoretische eisen van Rasch, dit houdt in dat de Eenzaamheidsschaal als een betrouwbaar instrument gezien kan worden om eenzaamheidsgevoelens bij ouderen te meten.

Tabel 3.9: Betrouwbaarheid Eenzaamheidsschaal (N=157)

subschaal eenzaamheid	aantal items	alpha De J-G	alpha dit onderz.	gemiddelde somscore	stand. dev.	min.	max.
intensiteit	11	-	.86	4.4	3.46	0	11
emotionele	6	-	.62	2.4	1.73	0	6
situationele	7	-	.73	3.5	2.0	0	7
sociale	4	-	.69	1.7	1.38	0	4
ontbreken soc. steun	5	-	.71	1.9	1.64	0	5
tijdsper- spectief	5	-	.77	2.7	1.74	0	5

De betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's alpha) van de subschalen zijn in dit onderzoek voldoende hoog en variëren van .69 tot .86. Al deze schalen zijn dan ook gebruikt in de analyses.

Voor vraagstelling 2 (het bepalen van de factoren die samenhangen met eenzaamheid van de bewoners) zijn meerdere meetinstrumenten gebruikt. De factoren die mogelijk samenhangen met eenzaamheid zijn zoals in hoofdstuk 2 werd aangegeven, onderverdeeld in persoonsgebonden en situationele factoren. Bij de persoonsgebonden factoren zijn naast het vaststellen van demografische gegevens meetinstrumenten gehanteerd die de functionele status, de ervaren gezondheid en depressiviteit/subjectief welbevinden (de 'need'factoren) van de bewoners meten. Bij de situationele factoren wordt een meetinstrument om het sociale netwerk te bepalen en één om de kwaliteit van het verzorgingshuis te meten gebruikt.

Eerst worden de instrumenten voor de persoonsgebonden factoren besproken daarna die van de situationele factoren.

Persoonsgebonden factoren

Naast gegevens over de demografische variabelen leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en samenlevingsverband zijn de volgende meetinstrumenten gebruikt om de 'need'factoren te meten.

Om de *functionele status* van een bewoner vast te kunnen stellen is de schaal voor zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied gebruikt van Kempen (1990). Met deze schaal kan aan de hand van items over ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) en HDL (huishoudelijke levensverrichtingen) bepaald worden in hoeverre iemand nog zelfstandig kan functioneren op verzorgend en huishoudelijk gebied. De schaal meet één dimensie, namelijk de zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied, maar bevat twee subdimensies, respectievelijk ADL en HDL. De ADL bevat vragen die aangeven de mate waarin de bewoner zich zelfstandig kan wassen en aankleden, eten en drinken en zich zelfstandig binnens- en buitenshuis kan verplaatsen. HDL bevat vragen die ingaan op de zelfstandigheid van de bewoner ten aanzien van eten klaarmaken, licht en zwaar huishoudelijk werk en het doen van boodschappen.

De schaal telt in totaal 18 items waarvan er 11 vragen ADL-items en 7 vragen HDL-items bevatten. Elke vraag heeft 3 antwoordmogelijkheden: ja, zonder moeite(1); ja, met moeite(2); nee, niet zelfstandig(3). De totale somscore loopt dan van 18 tot en met 54. Hoe hoger de score des te meer problemen ondervindt de bewoner op verzorgend en huishoudelijk gebied.

Voor het bepalen van de betrouwbaarheid heeft Kempen de MSP-analyse (Mokken Scale analysis for Polychotomous items) gebruikt. De schaalbaarheid van de items en van de schaal als geheel is de kern van deze analyse. Hiermee wordt uitgedrukt in hoeverre de volgorde naar moeilijkheidsgraad van de items voor iedere respondent hetzelfde is. De schaal is betrouwbaar wanneer de coëfficiënt Rho tenminste een waarde van .70 heeft. Kempen vond een betrouwbaarheidscoëfficiënt Rho van .95 op de ADL items en een .93 op de HDL items.

In een ander onderzoek van Koedoot & Hommel bij ouderen in Rotterdam (1989, pag 267) werd bij het bepalen van de zelfredzaamheid ook een onderscheid gemaakt tussen ADL en HDL. Ze onderscheidden echter nog een schaal namelijk mobiliteit. Bij Kempen is deze mobiliteits-schaal ook aanwezig (hij gebruikt dezelfde 3 items) alleen groepeerde hij ze

onder de items van de ADL schaal.

In dit onderzoek is de zelfredzaamheidsschaal van Kempen gebruikt met daaraan toegevoegd één item: kunt u zelfstandig de afwas doen. Voor dit item is gekozen omdat de bewoners geacht worden zelfstandig hun broodmaaltijd te verzorgen en ze dus regelmatig de afwas moeten doen. In totaal is dus een schaal gehanteerd met 19 items. Hierin worden drie subschalen onderscheiden: een schaal voor ADL, HDL en mobiliteit. Mobiliteit wordt als een aparte schaal beschouwd omdat in dit onderzoek belangrijk is te weten of een bewoner zich zelfstandig kan verplaatsen binnens- en buitenshuis.

Tabel 3.10: Betrouwbaarheid Functionele status (N=157)

subschaal	aantal items	alpha Kempen	alpha dit onderz.	gemiddelde somscore	stand. dev.	min.	max.
ADL/HDL (zonder mobiliteit)	16	.94	.91	30.2	7.16	17	48
ADL	8	.93	.86	12.3	3.55	8	24
HDL	8	.89	.85	17.9	4.23	8	24
Mobiliteit	3	--	.80	6.0	2.05	3	9

De subschalen ADL, HDL en mobiliteit hebben in dit onderzoek alle drie een hoge betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha). De Cronbach's alpha voor de totale schaal is .91.

Hoe de bewoners hun *gezondheid ervaren* is gemeten met de subschaal Gezondheid die deel uitmaakt van de Schaal Subjectief Welzijn Ouderen (SSWO) van Tempelman (1987). Hierin gaat het om de vraag hoe 'goed' of 'gezond' iemand zich voelt. Deze schaal bestaat uit 5 items met elk 3 antwoordcategorieën (mee eens, weet niet en niet mee eens). Hoe hoger iemand scoort, hoe slechter de bewoner diens gezondheid ervaart.

De betrouwbaarheid is in vergelijking met alle andere subschalen van de SSWO voor ervaren gezondheid het hoogst, de alpha is .87 (Tempelman, 1987).

Tabel 3.11: Betrouwbaarheid Ervaren Gezondheid (N=157)

schaal	aantal items	alpha Tempelmandit	alpha onderz.	gemiddelde somscore	stand. dev.	min.	max.
gezondheid	5	.87	.81	9.7	3.51	5	15

Ook in dit onderzoek is betrouwbaarheid van de subschaal Gezondheid goed. De Cronbach's alpha is .81.

Om *depressiviteit en subjectief welbevinden* van de bewoners te meten is gebruik gemaakt van de Self-rating Depression Scale (SDS) van Zung (Uit Kempen, 1990). Er is niet voor de SSWO van Tempelman (1987) gekozen omdat deze een overlap heeft met de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld. Omdat de SDS ook een heel geschikte schaal is om het welbevinden van de bewoners te meten en geen overlap vertoont met de Eenzaamheidsschaal is aan de SDS de voorkeur gegeven om in dit onderzoek te gebruiken. In deze SDS schaal gaat het om de vraag hoe iemand zich de laatste tijd voelt. De schaal geeft aan in hoeverre iemand gevoelens van depressiviteit heeft.

De schaal bestaat uit 20 items elk met 4 antwoordmogelijkheden: nee; soms; dikwijls; ja. De minimumscore is 20 en de maximumscore is 80. Bij een hoge score heeft de bewoner meer depressieve gevoelens, dat wil zeggen een mindere mate van welbevinden. De betrouwbaarheid van de SDS had in het onderzoek van Kempen (1990) een Cronbach's alpha van .79 bij een groep van N=96 en een alpha van .73 bij N=98.

Volgens Dijkstra, die door Kempen wordt aangehaald in zijn onderzoek, is de SDS een betrouwbaar en valide meetinstrument om een globaal oordeel vast te stellen omtrent depressiviteit. Ook Magruder-Habib e.a. (1990) concludeerde dat de SDS schaal een hele goede op zichzelf staande methode is om gevoelens van depressiviteit te meten en een eventuele behandeling daarop af te stemmen.

Tabel 3.12: Betrouwbaarheid Depressiviteit (N=149)

schaal	aantal items	alpha Kempen	alpha dit onderz.	gemiddelde somscore	stand. dev.	min.	max.
depressieve gevoelens	20	.73/.79	.78	45.8	11.1	24	74

Bij deze schaal was een zodanige hoeveelheid missings aanwezig dat ze niet allemaal door de modus zijn vervangen. Het aantal bewoners dat hierdoor in aanmerking kwam voor de berekeningen is $N=149$. De betrouwbaarheid van de SDS schaal is wel voldoende hoog in dit onderzoek. Cronbach's alpha is .78.

Samenvattend kan vermeld worden dat alle subschalen van de Eenzaamheidsschaal gebruikt kunnen worden bij het beantwoorden van vraagstelling 1. Daarnaast zijn de schalen die de functionele status, de ervaren gezondheid en de depressiviteit van de bewoners bepalen ook voldoende betrouwbaar en zullen gebruikt worden om te bepalen welke persoonsgebonden factoren een rol spelen bij eenzaamheidsgevoelens.

Situationele factoren

Tot de situationele factoren die samen kunnen hangen met gevoelens van eenzaamheid van de bewoners worden het sociale netwerk en de kenmerken van het verzorgingstehuis gerekend. Eerst zal worden ingegaan op het sociale netwerk.

Om het *sociale netwerk* van een bewoner af te kunnen bakenen is gebruik gemaakt van een vragenlijst van Kempen (1990). Deze vragenlijst geeft de kwantiteit en de kwaliteit van het netwerk weer en brengt de woonafstand van de netwerklleden tot elkaar in kaart. De vragenlijst bestaat uit 16 vragen waarvan 13 exchange-vragen (hebben betrekking op transacties of interacties tussen de respondent en genoemde personen) en 3 affectieve-vragen die ingaan op het gevoel van de respondent al of niet ondersteund te worden. Onder de verschillende interacties en transacties van de bewoner met netwerklleden worden vier vormen onderscheiden. De instrumentele, waarin het gaat om hulp bij huishoudelijke en/of financiële zaken; de social companionship, waaronder een dagje uitgaan en het beoefenen van een hobby met een ander; de informatieve, waarin advies vragen aan en geven aan een ander en tot slot de emotionele, waarin het gaat om het kunnen bespreken van persoonlijke problemen met een ander. De vragen in deze vier soorten interacties zijn zogenaamde exchange-vragen dat wil zeggen dat niet alleen gevraagd wordt van wie een bewoner hulp ontvangt, maar ook aan wie een bewoner weleens hulp geeft. De drie affectieve-vragen zijn alleen gericht op de vraag bij welke netwerklleden een bewoner het gevoel heeft dat zij aandacht voor hem/haar hebben en dat zij vertrouwen in de bewoner hebben.

Als antwoord op elke vraag kon de respondent maximaal 6 namen

noemen. Daarnaast zijn de namen van eventuele partner, kinderen en schoonkinderen gevraagd.

Na het noemen van verschillende namen is voor al deze netwerkleden gevraagd naar de netwerkenmerken. Hiervoor is gebruik gemaakt van de methode die Van den Brink-Muinen & Sixma (1990) gehanteerd hebben. De verschillende netwerkenmerken waar naar gevraagd is, zijn: soort relatie, hoe lang kent u, hoe vaak ziet u, hoe vaak belt/schrijft u en het aantal minuten reistijd (zie bijlage 1). Met hulp van deze index, die weergeeft in welke mate ondersteunende interacties worden onderhouden, is het mogelijk om een indicatie te geven voor de mate van sociale ondersteuning.

Voor het meten van *het oordeel van de bewoners over de kwaliteit van het verzorgingstehuis* is de uitsprakenlijst 'wonen in een verzorgingstehuis' gehanteerd van Van Geen (1989). Hoe hoger een respondent scoort, hoe meer ontevreden hij/zij is over het verzorgingstehuis.

Van Geen heeft door middel van factoranalyse 7 subschalen geconstrueerd: personeel, geborgenheid, thuisvoelen, bewonerscommissie, eten, vriendschap en vrijheid. De subschaal personeel gaat in op de mate waarin de personeelsleden aandacht besteden aan en klaar staan voor de bewoners. Gevoelens van een bewoner dat hij/zij zich op zijn/haar gemak voelt in huis en de visie van de bewoner op het huis worden in de subschaal geborgenheid aan de orde gesteld. Of een bewoner zich thuis voelt en prettig woont in het verzorgingstehuis komt in 'thuisvoelen' aan de orde. De subschaal bewonerscommissie bevat vragen over het nut en de effecten van de bewonerscommissie. Vragen over hoe de warme maaltijd eruit ziet en de kwaliteit van het eten wordt in 'eten' aan de bewoner gevraagd. 'Vriendschap' bevat items waarin gevraagd wordt naar de contacten die iemand heeft met andere bewoners en of die vriendschappen zodanig zijn dat men elkaar opzoekt zowel bij problemen als bij leuke dingen. De ruimte die een bewoner ervaart om volgens zijn/haar eigen gewoonte te handelen en de manier waarop het personeel met de privacy van de bewoner omgaat, komt in de subschaal vrijheid aan de orde.

Elke subschaal is zo samengesteld dat de items die de schaal bevat een zo hoog mogelijke samenhang hebben. Het aantal items dat kon worden ingedeeld in deze 7 subschalen is 42. Deze 42 items zijn voor dit onderzoek gebruikt en voorgelegd aan de bewoners. Elk item had 5 antwoordcategorieën van uitdrukkelijk JA! tot en met uitdrukkelijk NEE!.

Van Geen heeft voor elke subschaal de betrouwbaarheid bepaald door

middel van Cronbach's alpha. In onderstaande tabel worden de betrouwbaarheidsresultaten van Van Geen en die van dit onderzoek weergegeven.

Tabel 3.13: Betrouwbaarheid Uitsprakenlijst Verzorgingstehuis (N=157)

subschaal	aantal items	alpha v.Geen	alpha dit onderz.	gemiddelde somscore	stand. dev.	min.	max.
eten	4	.69	.65	7.9	3.29	4	20
geborgenheid	6	.71	.41	--	--	-	-
thuisvoelen	7	.79	.73	15.2	6.38	7	35
vriendschap	7	.74	.80	22.0	7.26	7	35
vrijheid	8	.57	.53	--	--	-	-
personeel	7	.81	.87	15.2	6.84	7	35
bewonerscomm.	3	.76	--	--	--	--	--

De subschaal bewonerscommissie is in dit onderzoek eruit gehaald tijdens de analyse omdat 64,7% van de respondenten bij de items van deze schaal niets hadden ingevuld. Als reden werd veelal genoemd dat men de bewonerscommissie niet kende en er niets vanaf wist wat ze deden. De subschalen geborgenheid en vrijheid hebben in dit onderzoek een Cronbach's alpha van .41 en .53. Deze alpha-coëfficiënten zijn niet hoog genoeg om de twee subschalen in de verdere onderzoeksanalyses te gebruiken.

Voor beantwoording van vraagstelling 3, waarin gevraagd wordt naar eventuele oplossingen die de bewoners zelf aandragen, zijn enkele open vragen geformuleerd. Het gaat bij deze vragen met name om de ideeën van de respondent om eenzaamheid op te lossen te inventariseren.

De antwoorden van de respondenten zijn op zodanige wijze gestructureerd dat gemeenschappelijke gegevens onder één noemer zijn gebracht. Hierdoor was het mogelijk om inzicht te krijgen in de meest genoemde ideeën van de bewoners om eenzaamheid in het verzorgingstehuis op te lossen.

Om vraagstelling 4 (in hoeverre de mate van eenzaamheid van de bewoners beoordeeld kan worden door de verzorgenden op een betrouwbare wijze en welke factoren daarop van invloed zijn) te kunnen beantwoorden is de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) van Van Loveren- Huyben & Van der Bom en Bronts (1988b) gebruikt. De BPS schaal is destijds ontwikkeld omdat het kunnen

vaststellen van de lichamelijke hulpbehoefendheid van een bewoner, gemeten via de BOP (Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten van Van der Kam & Wimmers, 1971) niet voldoende was om het functioneren van de bewoners in het verzorgingstehuis te beschrijven. Uit een vergelijking tussen de BOP en de BPS is gebleken dat de BOP minder geschikt is voor het verzorgingstehuis omdat hij alleen de lichamelijke invaliditeit, hulpbehoefendheid en inactiviteit van de bewoners aan het licht bracht en niet de psychosociale problemen van de bewoners. Gegevens van de BPS tijdens deze vergelijking gaven aan dat van de bewoners 27% cognitieve problemen, 38% stemmingsproblemen en 58% sociale problemen heeft (Van Loveren-Huyben e.a., 1988, p.33).

Omdat het in dit onderzoek gaat om het psychisch en sociaal functioneren van de bewoner is gekozen voor gebruik van de BPS schaal. De BPS schaal is samengesteld uit verschillende andere schalen. Uit de PAMIE (Physical And Mental Impairment of function Evolution) zijn de items gekozen die betrekking hebben op cognitie, stemming en sociaal contact. Daarnaast zijn items toegevoegd uit de BOP en als laatste is in overleg met leidinggevenden van een verzorgingstehuis een aantal items toegevoegd die betrekking hebben op specifieke aspecten van het sociale gedrag van bewoners in verzorgingstehuizen (Van Loveren-Huyben e.a., 1988b).

In de BPS komen drie dimensies aan de orde; cognitie, stemming en sociaal contact. Deze zijn ondergebracht in drie subschalen. De subschaal cognitie bevat de items geheugen, oriëntatie, verwardheid, alertheid, taalvaardigheid, taalbegrip en het nemen van beslissingen. Stemming bevat in hoeverre komt iemand voor zichzelf op en trekt de aandacht van het personeel en, welke emotionele problemen ervaart een bewoner. De subschaal sociale contacten bevat items met betrekking tot; trekt iemand zich terug op zijn kamer, neemt iemand uit zichzelf deel aan activiteiten en is iemand eenzaam.

De BPS bestaat in totaal uit 36 items, elk met 5 antwoordmogelijkheden nooit, zelden, soms, vaak en zeer vaak. De betrouwbaarheid van de schaal om de interne consistentie te meten is via Kuder Richardson-21 bepaald en is voor de totale schaal .90. Voor de subschalen cognitie, stemming en sociale contacten is de KR-21 respectievelijk .82, .83 en .78 (Van Loveren-Huyben e.a., 1988b). Een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (elke bewoner wordt door 2 verzorgenden beoordeeld) is nog niet onderzocht voor de BPS, maar men is hier wel mee bezig. Het is volgens Van Loveren e.a. wel mogelijk om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen door een goede instructie te geven bij gebruik

van de schaal.

Voor dit onderzoek zijn die items geselecteerd die door Van Loveren-Huyben e.a. na een factoranalyse konden worden ondergebracht in de drie factoren cognitie, stemming en sociale contacten. Hierdoor komt de schaal die in dit onderzoek gebruikt is op een aantal van 23 items. Hoe hoger de score des te meer problemen een bewoner heeft op psychisch en sociaal gebied volgens de beoordelaar.

Om het tweede deel van vraagstelling 4, de factoren die de juistheid van de taxatie van de mate van eenzaamheid van de bewoners beïnvloeden, te beantwoorden is naast de demografische gegevens van de verzorgenden gebruik gemaakt van de Vragenlijst naar Arbeidsvoldoening bij Verpleegkundigen van Boumans, Landeweerd & Houten (1989). Deze vragenlijst gaat in op de werkbeleving en arbeidsvoldoening onder werkers in de gezondheidszorg (verpleegkundigen en verzorgenden). De vragenlijst is gebaseerd op arbeidspsychologische modellen en in de industrie gebruikte schalen om arbeidsvoldoening te meten welke zijn toegesneden op de verplegende- en verzorgende beroepen.

In de vragenlijst zitten 8 subschalen, die ieder een aparte dimensie meten. Ze gaan respectievelijk in op: tevredenheid met de mogelijkheden voor patiëntenzorg, met werkintrinsieke aspecten, met zelfactualisatie, met collegiale contacten, met feedback en duidelijkheid, de ervaren verantwoordelijkheid, de interne werkmotivatie en de ervaren belasting. In totaal zijn het 50 items met een antwoordcategorie van 5 mogelijkheden (van zeer ontevreden tot zeer tevreden). Hoe hoger de score is hoe ontevredener de verzorgende is over het werk. Om de homogeniteit van de vragenlijst vast te stellen, werd door Boumans e.a. (1989) de betrouwbaarheid bepaald door middel van Cronbach's alpha. Deze varieerde voor de eerste vier subschalen van .81 tot .87, en voor de laatste vier van .51 tot .67. Boumans e.a (1989) noemden de interne consistentie van de eerste vier goed en van de andere acceptabel.

Van deze vragenlijst die oorspronkelijk bestaat uit 50 items zijn 44 items geselecteerd om te kunnen voorleggen aan de verzorgenden van het verzorgingstehuis waar dit onderzoek plaatsvindt. De subschaal tevredenheid met zelfactualisatie dat wil zeggen de mate waarin iemand de mogelijkheid heeft om te promoveren en carrière te maken in de instelling waarin iemand werkt en het item; hoe tevreden bent u met de mate waarin het mogelijk is verpleegtechnische zorg te verlenen, zijn eruit gelaten omdat deze items ingaan op aspecten die in een verzorgingstehuis niet of nauwelijks spelen.

Tabel 3.14: Betrouwbaarheid Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen (N=37)

subschaal	aantal items	alpha Boumans	alpha dit onderz.	gemiddelde somscore	stand. dev.	min.	max.
patiëntenzorg	10	.86	.73	28.5	4.57	18	38
werkintrinsiek	8	.81	.81	14.0	3.73	8	23
collegiale contacten	6	.86	.88	11.2	2.76	6	17
feedback	6	.64	.74	12.0	2.67	7	18
verantwoordelijkheid	6	.67	.66	12.2	2.61	6	18
werkmotivatie	5	.51	.20	-	-	-	-
belasting	3	.62	.70	8.4	2.75	4	15

De subschaal werkmotivatie heeft een lage alpha-coëfficiënt van .20 en is in dit onderzoek niet betrouwbaar genoeg. In de verdere analyses is deze schaal dan ook niet gebruikt. De andere subschalen hebben een betrouwbaarheidscoëfficiënt variërend van .66 tot .88 en worden wel gebruikt in de analyses.

3.5 Methode en onderzoeksprocedure

Ter beantwoording van de vraagstellingen 1, 2 en 3 is aan de bewoners van het verzorgingstehuis een interview afgenomen dat ongeveer één uur duurde. Het interview bestond hoofdzakelijk uit gestructureerde vragen aan de hand van de hierboven genoemde meetinstrumenten, alleen voor de beantwoording van vraagstelling 3 zijn open vragen geformuleerd. Alle vragen in het interview zijn mondeling aan de bewoners gesteld en na het voorlezen van de antwoordmogelijkheden en het tonen van de antwoordwijzer (zie bijlage 2) is de bewoners gevraagd welk van de antwoorden op hen van toepassing was.

De 167 bewoners die aan het onderzoek hebben meegewerkt zijn geïnterviewd door 10 personen, waarvan bij uitvoering van een ander onderzoek in Den Haag was gebleken dat ze ervaring en vaardigheden hebben in het interviewen van ouderen. Ze hebben per interview een vergoeding ontvangen van het verzorgingstehuis waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarnaast zijn door de onderzoeker zelf nog drie interviews gehouden.

Voorafgaand aan het houden van de interviews is door de onderzoeker aan de 10 interviewers een interviewinstructie gegeven waarin het doel van het onderzoek werd uitgelegd en is de vragenlijst die aan de bewoners werd voorgelegd, uitgebreid besproken.

Na deze instructie, eind mei, hebben de interviewers zelf contact gelegd en afspraken gemaakt met de bewoners. Ieder van hen had een lijst met namen van bewoners gekregen en heeft aan de hand van deze lijst bewoners geïnterviewd.

Om de bewoners op de hoogte te stellen van het onderzoek is eerst door de directeur van het verzorgingstehuis een bericht geschreven in het Maandblad van mei. Hierin werd verteld dat er een onderzoek zal plaatsvinden in huis en wat dit onderzoek inhoudt en dat de medewerking van de bewoners nodig is om tot een goed resultaat te kunnen komen. Daarna is er eind mei een brief aan alle bewoners gestuurd door de onderzoeker om nogmaals mee te delen dat het onderzoek plaats zou vinden in de maand juni en dat de medewerking van de bewoners daarvoor nodig is door middel van een gesprek van ongeveer een uur.

Om vraagstelling 4 te kunnen beantwoorden is naast het afnemen van de interviews aan de bewoners in dezelfde tijd (juni 1991) aan de verzorgenden van het verzorgingstehuis in Den Haag gevraagd de vragenlijst naar Arbeidsvoldoening van Boumans e.a. (1989) in te vullen. Tevens is elke bewoner die meewerkte aan het onderzoek door twee verzorgenden beoordeeld op eenzaamheid aan de hand van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen.

Van de 55 verzorgenden die werkzaam zijn in het verzorgingstehuis, hebben op het moment van het onderzoek 37 hun medewerking verleend aan het onderzoek. Dit betekent dat elke verzorgende 8 à 9 bewoners heeft beoordeeld. Om de beoordeling van de bewoners door de verzorgenden zo objectief mogelijk te laten gebeuren is aan hen eerst een instructie gegeven door de onderzoeker waarin het doel van het onderzoek werd uitgelegd en het aandeel van de verzorgenden hierin. Daarna is besproken op welke wijze iemand het meest objectief een ander kan beoordelen. Objectiviteit verhoogt namelijk de betrouwbaarheid van de beoordelingen (Van Loveren-Huyben e.a., 1988b, pag 37).

Om de beoordelingen efficiënt over de 4 weken te verdelen is door de afdelingshoofden een schema gemaakt met daarin aangegeven welke verzorgende welke bewoner observeert en beoordeelt en in welke week. Na de instructie kon dan ook meteen de volgende week gestart worden

met de beoordelingen.

In juni 1991 zijn de gegevens voor het onderzoek verzameld. Er zijn 167 bewoners geïnterviewd en elke bewoner is door 2 verzorgenden onafhankelijk van elkaar beoordeeld en aan 37 verzorgenden is schriftelijk een vragenlijst afgenomen.

Elke vrijdag in juni zijn die formulieren opgehaald die die week ingevuld waren en konden gehouden interviews worden ingeleverd. Bovendien was er dan gelegenheid om aan de onderzoeker vragen te stellen of opmerkingen te maken ten aanzien van interview, beoordelingslijst of vragenlijst.

3.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is eerst een beschrijving gegeven van het verzorgingstehuis waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Het verzorgingstehuis staat in Den Haag en kan aan maximaal 233 mensen woonruimte bieden. Hierna is beschreven hoe de steekproef eruit ziet. In de tijd van het onderzoek waren er 228 mensen in het verzorgingstehuis woonachtig. Van hen hebben er 167 meegewerkt aan het onderzoek door middel van een interview. De gemiddelde leeftijd van de bewoners is 84,7 jaar en men woont gemiddeld 4,5 jaar in het verzorgingstehuis. Van de verzorgenden die werkzaam zijn in het verzorgingstehuis hebben er 37 van de 55 meegewerkt aan dit onderzoek. 95% van hen is vrouw en driekwart heeft een leeftijd tussen de 20 en 40 jaar.

In de paragraaf hierna is weergegeven welke meetinstrumenten gebruikt worden ter beantwoording van de vier vraagstellingen die in het onderzoek centraal staan. Voor de beantwoording van vraagstelling 1, hoeveel bewoners zijn eenzaam, wordt de 'gemis-intensiteitschaal' van De Jong-Gierveld & Kamphuis (1985;1986) gebruikt. Met deze schaal kan worden weergegeven in welke mate er een discrepantie is tussen feitelijk gerealiseerde relaties en de gewenste kwaliteit van sociale relaties. Ten aanzien van vraagstelling 2, welke persoonsgebonden en situationele factoren samenhangen met eenzaamheid, zijn diverse meetinstrumenten genoemd. Voor de persoonsgebonden factoren werden de volgende geselecteerd. Om de functionele status van de bewoners te meten wordt gebruik gemaakt van de Schaal voor zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied van Kempen (1990). Voor het meten van de ervaren gezondheid van de bewoners wordt de subschaal Gezondheid gebruikt die onderdeel uitmaakt van de Schaal Subjectief Welzijn Ouderen van

Tempelman (1987). De aanwezigheid van depressieve gevoelens wordt gemeten via de Self-rating Depression Scale van Zung (gebruikt in: Kempen, 1990).

Alle hierboven genoemde schalen bleken voldoende betrouwbaar en worden gebruikt om te bepalen welke persoonsgebonden factoren een rol spelen bij eenzaamheidsgevoelens.

Met betrekking tot de situationele factoren wordt enerzijds een vragenlijst van Kempen (1990) gebruikt waarmee de kwantiteit, de woonafstand en de kwaliteit van het sociale netwerk van de bewoners in kaart kan worden gebracht. Anderzijds wordt de kwaliteit van het verzorgingstehuis gemeten met behulp van de uitsprakenlijst 'wonen in het verzorgingstehuis' van Van Geen (1989). Van deze uitsprakenlijst waren de subschalen eten, vriendschap, thuisvoelen en personeel voldoende betrouwbaar en zullen worden gebruikt bij de verdere analyses.

Ter beantwoording van vraagstelling 3 waarin aan de bewoner ideeën gevraagd worden om eenzaamheid op te lossen, zijn enkele open vragen geformuleerd. De antwoorden worden gestructureerd en ondergebracht in categorieën waardoor inzicht gekregen kan worden in de oplossingen van de bewoners met betrekking tot eenzaamheid.

Vraagstelling 4, in hoeverre kunnen de verzorgenden de mate van eenzaamheid van bewoners op een betrouwbare manier beoordelen en welke factoren zijn daarop van invloed, wordt beantwoord met behulp van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) van Van Loveren-Huyben e.a. (1988b). Met deze schaal wordt elke geïnterviewde bewoner door twee verzorgenden onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Om de factoren die van invloed zijn op de validiteit van de beoordelingen van de verzorgenden te kunnen vaststellen wordt gebruik gemaakt van de Vragenlijst naar Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen (Boumans e.a., 1989). Van deze vragenlijst zijn de subschaal tevredenheid met zelfactualisatie en één los item niet gebruikt omdat deze niet van toepassing waren voor het verzorgingstehuis in dit onderzoek. Ook de subschaal werkmotivatie zal niet gebruikt worden in de verdere analyses omdat deze subschaal onvoldoende betrouwbaar bleek.

Tot slot is in hoofdstuk 3 een beschrijving gegeven van de methode en de opzet van het onderzoek. De vraagstellingen 1, 2 en 3 worden beantwoord door middel van een interview aan de bewoners van ongeveer één uur. Ter beantwoording van vraagstelling 4 wordt aan de verzorgenden een vragenlijst voorgelegd met betrekking tot arbeidssatis-

factie en daarnaast wordt elke geïnterviewde bewoner door twee verzorgenden beoordeeld op eenzaamheid met behulp van de BPS. De gegevensverzameling voor dit onderzoek heeft plaatsgevonden in juni 1991.

4. DE RESULTATEN

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Aan de hand van de 4 vraagstellingen zijn de onderzoeksgegevens geanalyseerd en per paragraaf worden de resultaten van één vraagstelling besproken. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 4.6 afgesloten met een samenvatting van de resultaten.

4.2. Het aantal eenzame bewoners

Aan de hand van de eerste vraagstelling wordt vastgesteld hoeveel bewoners van het verzorgingstehuis aangeven eenzaam te zijn. Om te kunnen bepalen om welk aantal bewoners het hier dan gaat is de normering die Bosma (1988) ten aanzien van de schaal voor intensiteit van eenzaamheidsgevoelens heeft gebruikt, gehanteerd. Bosma heeft deze gemis-intensiteitsschaal namelijk gebruikt in zijn onderzoek onder thuiswonende en in verzorgingstehuizen wonende ouderen. Een somscore van 0 t/m 3 wordt door hem gedefinieerd als niet eenzaam, van 4 t/m 6 als enigszins boven het gemiddelde en een somscore van 7 t/m 11 wordt gedefinieerd als eenzaam.

In dit onderzoek is volgens deze normering 45% van de bewoners niet eenzaam, 22% enigszins eenzaam en 32% eenzaam.

Tabel 4.1: Mate van eenzaamheid van de bewoners (N=157)

Mate van eenzaamheid	aantal	percentage
niet eenzaam	71	45.2
enigszins eenzaam	35	22.3
wel eenzaam	50	31.8
niet bekend	1	.6
totaal	157	100.0

Nadat het aantal bewoners dat eenzaam is bekend was, is vervolgens gekeken welke varianten van eenzaamheid nu samenhangen met de intensiteit van eenzaamheid. Met behulp van een one-way-variantie-analyse werd duidelijk dat de bewoners die eenzaam zijn (32%) gemiddeld hoger scoren op alle varianten van eenzaamheid die door De Jong-Gierveld & Kamphuis (1986) worden onderscheiden. Dat zijn emotionele-, situationele-, sociale eenzaamheid, het ontbreken van sociale steun en het tijdsperspectief waarin de eenzaamheid wordt geplaatst. Er is een significant verschil in de wijze waarop bewoners die eenzaam zijn en zij die niet of enigszins eenzaam zijn deze verschillende varianten van eenzaamheid ervaren (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2: Relatie tussen de intensiteit van eenzaamheidsgevoelens van de bewoners (N = 157) en andere aspecten van eenzaamheid

varianten eenzaamheid	niet eenzaam	enigszins eenzaam	eenzaam	F	p
emotionele eenzaamheid gemiddelde stand.dev.	1.08 .93	2.57 1.21	4.16 1.25	112.9	.000
situationele eenzaamheid gemiddelde stand.dev.	2.01 1.31	3.81 1.53	5.40 1.26	93.9	.000
sociale eenzaamheid gemiddelde stand.dev.	.59 .68	2.11 .99	2.90 1.14	92.3	.000
ontbreken soc. steun gemiddelde stand.dev.	.69 .85	2.34 1.18	3.46 1.32	95.7	.000
tijdsperspectief gemiddelde stand.dev.	1.80 1.53	2.88 1.70	4.02 1.15	33.0	.000

In het geval van emotionele eenzaamheid betekent dit dat de eenzame bewoner iemand mist met wie hij/zij zowel vreugde als verdriet zou willen delen. Daarnaast heeft de eenzame bewoner het gevoel dat er niemand

is die speciaal aandacht voor hem/haar heeft. Wat betreft de situationele eenzaamheid voelt de eenzame bewoner zich opgesloten in de eigen kamer en heeft het idee dat hij/zij de oude vrienden kwijt is en dat er niemand is met wie hij/zij kan praten over de problemen waar de hij/zij mee zit. Ten aanzien van de sociale eenzaamheid voelt de eenzame bewoner dat anderen in zijn/haar naaste omgeving hem/haar links laten liggen. Hij/zij vindt de vrienden- en kennissenkring te klein en mist gezelligheid om zich heen.

Het ontbreken van sociale steun ervaart de eenzame bewoner doordat hij/zij het gevoel heeft dat hij/zij bij niemand terecht kan in geval van narigheid of zomaar voor de gezelligheid.

Wat betreft het tijdsperspectief waarin de bewoner zijn gevoelens plaatst, is het zo dat de eenzame bewoner een negatiever toekomstperspectief heeft dan de enigszins eenzame en de niet-eenzame bewoner. Hij/zij denkt niet dat zijn/haar situatie in de toekomst zal veranderen en verwacht niet van anderen dat zij hem/haar hierbij zullen helpen.

De groep bewoners die enigszins boven het gemiddelde scoorde (enigszins eenzaam, 22%) zit in alle bovenstaande situaties tussen de beide uitersten in.

In het vervolg van dit hoofdstuk zullen deze drie groepen bewoners worden aangeduid als de niet eenzame, de enigszins eenzame en de eenzame bewoners. Voor het beantwoorden van vraagstelling 2 zal steeds de intensiteitsschaal voor eenzaamheid (11 items) gebruikt worden wanneer het gaat om de variabele eenzaamheid.

4.3. De factoren die samenhangen met eenzaamheid

Ter beantwoording van vraagstelling 2 wordt nagegaan welke factoren samenhangen met eenzaamheid en wordt bepaald welke factoren daarbij het meest belangrijk zijn. In het theoretisch kader in hoofdstuk twee is ten aanzien van deze factoren een onderscheid gemaakt tussen de persoonsgebonden- en de situationele factoren. Eerst worden de resultaten ten aanzien van de persoonsgebonden factoren besproken daarna die van de situationele.

Persoonsgebonden factoren

In de eerste plaats de *demografische variabelen*. Er is geen significant verband gevonden tussen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en eenzaamheid. Dit houdt in dat het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau

van de bewoners geen invloed hebben op de mate waarin gevoelens van eenzaamheid ervaren worden. Er is wel een verband gevonden tussen samenlevingsverband en eenzaamheid. Eenzaamheid is bij de bewoners die alleen wonen significant groter dan bij de bewoners die met een partner samenwonen. De burgerlijke staat van de bewoners hangt niet samen met eenzaamheid. Het is echter wel zo dat bewoners die gescheiden zijn gemiddeld hoger scoren op de intensiteitsschaal van eenzaamheid en dus eenzamer zijn dan weduwen/weduwren en alleenstaanden. De gehuwde bewoners hebben de laagste score.

Tabel 4.3: Samenhang tussen intensiteit van eenzaamheidsgevoelens en achtergrondkenmerken van de bewoners

Variabele	N	Gemiddelde	St.dev.	t-waarde	p
Geslacht:					
man	37	4.4	3.4	.07	.90
vrouw	119	4.3	3.4		
Woonsituatie:					
alleenstaand	123	4.6	3.4	2.38	.02
met partner	32	3.0	3.0		
Burgerlijke staat					
gehuwd	31	3.3	3.2	1.52	.21
weduwe/naar	94	4.5	3.6		
gescheiden	7	6.0	3.8		
alleenstaand	24	4.5	3.1		

Tabel 4.4: Produkt-moment-correlaties van leeftijd en opleiding met intensiteit van eenzaamheidsgevoelens van de bewoners

Variabele	N	r	p
leeftijd	154	-.09	.29
opleiding	156	.08	.33

In de tweede plaats zijn in de samenhang tussen de *'need'factoren* en eenzaamheid geanalyseerd. De *functionele status* van de bewoners hangt significant samen met eenzaamheid (zie tabel 4.5). Dit betekent dat hoe minder zelfstandig een bewoner is op verzorgend en huishoudelijk gebied des te intenser gevoelens van eenzaamheid door de bewoner ervaren worden. Ook de mobiliteit van de bewoner hangt samen met de mate

waarin eenzaamheidsgevoelens ervaren worden. Een bewoner die zich nog goed zelfstandig kan verplaatsen voelt zich minder eenzaam dan een bewoner die hier niet toe in staat is. Ook de *ervaren gezondheid* van de bewoners en eenzaamheid hangen met elkaar samen. Voor de bewoner houdt dit in dat naarmate hij of zij zich minder gezond voelt, hij/zij eenzamer is dan een bewoner die zijn/haar gezondheid als goed ervaart. Als laatste 'need'factor *gevoelens van depressiviteit*. Er is in dit onderzoek een verband gevonden tussen depressiviteit en eenzaamheid. Bewoners die in een hoge mate depressieve gevoelens hebben scoren ook hoog op de intensiteitsschaal en behoren tot de groep eenzame bewoners. Het gevoel van welbevinden is bij deze bewoners vaak slecht. Men heeft dan een lage waardering van zichzelf en heeft een negatieve levensvisie. Het zelfstandig functioneren van deze bewoners is meestal klein en men is niet in staat om aan alledaagse problemen het hoofd te bieden.

Tabel 4.5: Produkt-moment-correlaties van 'need' factoren met intensiteit van eenzaamheidsgevoelens van de bewoners

Variabele	N	r	p
ADL/HDL	156	.35	.000
ADL	156	.32	.000
HDL	156	.32	.000
mobilititeit	156	.29	.000
ervaren gezondheid	156	.41	.000
depressiviteit	148	.60	.000

Situationele factoren

Om het oordeel van de bewoners ten aanzien van de *kwaliteit van het verzorgingstehuis* te kunnen bepalen is in eerste instantie gekeken naar de betrouwbaarheid van de zeven subschalen van de uitsprakenlijst 'wonen in het verzorgingstehuis' van Van Geen (1989). De subschalen die een voldoende hoge Cronbach's alpha bleken te hebben (zie tabel 3.13) eten, vriendschap, thuisvoelen en personeel, zijn betrokken bij de analyse.

Tabel 4.6: Produkt-moment-correlaties van subschalen 'uitsprakenlijst kwaliteit verzorgingstehuis' en intensiteit van eenzaamheidsgevoelens van de bewoners

Variabele	N	r	p
eten	156	.26	.001
vriendschap	156	.68	.000
thuisvoelen	156	.51	.000
personeel	156	.50	.000

Al deze schalen hebben een significant verband met eenzaamheid. Dit betekent dat naarmate de bewoners meer ontevreden zijn over het eten en het personeel, over de vriendschappen die ze hebben in huis en zich er niet thuisvoelen, dat ze een hogere intensiteit van eenzaamheidsgevoelens ervaren. Wat het eten betreft werd het oordeel van de bewoner gevraagd over de kwaliteit van de maaltijd, of het eten er aantrekkelijk uitziet en of het warm wordt geserveerd. Het oordeel over het personeel richtte zich op de vraag of het personeel vriendelijk is of ze genoeg aandacht hebben voor de bewoners en over de wijze waarop de verzorging plaatsvindt. De contacten van een bewoner met medebewoners en de mogelijkheid tot onderlinge vriendschappen is beoordeeld met behulp van de subschaal vriendschap. Tenslotte is aan de bewoners gevraagd in hoeverre zij zich prettig voelen in het verzorgingstehuis en het gevoel hebben dat het hun eigen thuis is.

Wat betreft het *sociale netwerk* zijn de kwantiteit, de woonafstand en de kwaliteit onderzocht met behulp van een hiervoor opgestelde vragenlijst van Kempen (1990). Eerst wordt ingegaan op de kwantiteit, dat wil zeggen de omvang van het netwerk van de bewoners en het aantal en soort contacten van de netwerkleden met de bewoners.

Tabel 4.7: Aantal netwerkleden van de bewoners (N=157)

Variabele	gemiddelde	std.dev.	min.	max.	N
partner	.18	.38	0	1	157
familie	3.96	3.14	0	14	157
kennissen	1.01	1.53	0	12	157
personeel	.67	.64	0	3	157
totale netwerk	5.82	3.47	0	17	157

Het aantal netwerkliden dat een bewoner ziet, is gemiddeld 6 (zie tabel 4.7). Hiervan is het grootste deel familie (gemiddeld 4). Het aantal kennissen dat een bewoner gemiddeld ziet is één en is dus veel kleiner. De grootte van het netwerk, het aantal familieleden en kennissen dat een bewoner ziet, is significant met de intensiteit van eenzaamheid van de bewoner. Bewoners die familie en kennissen weinig tot nooit zien, zijn eenzamer dan de bewoners die regelmatig familie en kennissen op bezoek krijgen.

Het aantal contacten van een bewoner met netwerkliden is onderscheiden naar persoonlijk en telefonisch/schriftelijk contact gemiddeld per maand (zie tabel 4.8). Het maximale aantal kennissen dat een bewoner per maand ziet, is zo hoog (311), omdat er bewoners zijn die dagelijks met medebewoners een activiteit uitoefenen (bv. kaartspelen).

Tabel 4.8: Aantal persoonlijke en telefonisch/schriftelijke contacten gemiddeld per maand

variabele	gemiddeld	std.dev.	min.	max.	N
persoonlijk:					
familie	12.67	14.57	0	84	157
kennissen	9.32	28.29	0	311	157
personeel	19.03	18.80	0	90	157
telefonisch/schriftelijk:					
familie	12.85	22.42	0	159	157
kennissen	.97	4.40	0	35	157
personeel	.19	2.40	0	30	157

De frequentie van persoonlijke contacten met het personeel is het hoogst (19.0), op de tweede plaats volgen de persoonlijke contacten met familieleden (12.7). Dit is ook wel begrijpelijk. Personeel is elke dag aanwezig in het verzorgingstehuis en gemakkelijk bereikbaar voor de bewoners. Belangrijker is het om te kijken naar het aantal persoonlijke en telefonisch/schriftelijke contacten van de bewoner met familieleden en kennissen. De bewoners zien in een maand meer familieleden dan kennissen en vrienden. Ook het telefonisch/schriftelijk contact is veruit het meest met familieleden. Zowel de persoonlijke contacten met familie en kennissen als het telefonisch/schriftelijk contact met de familie hangen samen met de intensiteit van eenzaamheid van de bewoner. Dit houdt in dat hoe minder persoonlijke contacten een bewoner heeft met familie en

kennissen en hoe minder telefonisch/schriftelijke contacten hij/zij heeft met familieleden, hoe eenzamer de bewoner dan is.

Ten tweede is de woonafstand van de netwerkleden onderzocht. Kempen (1990) maakt hierbij een onderscheid tussen netwerkleden met een reisafstand van 15 minuten of minder en netwerkleden met een reisafstand van langer dan 15 minuten. Kempen heeft voor deze grens van 15 minuten gekozen, omdat hij veronderstelt dat een netwerklid met een reistijd van 15 minuten binnen een redelijk kort tijdsbestek (d.w.z. binnen 'n half uur heen en terug) de bewoner kan bezoeken.

Tabel 4.9: Percentage bewoners (N=157) dat netwerkleden heeft met een reisafstand van ≤ 15 min.

	familie	kennissen	totaal aantal netwerken
reistijd:			
≤ 15 min.	47.1%	74.4%	84.7%
> 15 min.	52.9%	25.6%	15.3%
totaal	100.0	100.0	100.0

In dit onderzoek is ook een grens van 15 minuten reistijd gekozen. Bij 84.7% van de bewoners wonen dan de netwerkleden binnen een woonafstand van 15 minuten. Het percentage bewoners dat familieleden heeft binnen een woonafstand van 15 minuten en een woonafstand van meer dan 15 minuten is bijna gelijk. 74.4% van de bewoners heeft kennissen die in een reisafstand van 15 minuten wonen. Het aantal bewoners dat alleen maar familie en kennissen heeft met een reisafstand van meer dan 15 minuten is respectievelijk 52.9% en 25.6%.

Er is een significant verband gevonden tussen eenzaamheid van de bewoners en een reisafstand van ≤ 15 minuten van de netwerkleden. Dit betekent dat bewoners met netwerkleden met een reisafstand van minder dan 15 minuten (familie en kennissen) minder eenzaam zijn dan bewoners met netwerkleden die verder dan 15 minuten reistijd van de bewoner wonen.

Als laatste is de kwaliteit van het netwerk onderzocht. De vragenlijst van Kempen (1990) kan worden onderverdeeld in 5 subschalen die meten de mate waarin:

1. de bewoner hulp krijgt van/geeft aan anderen bij huishoudelijke klusjes en geldzaken (instrumentele ondersteuning);
2. de bewoner hobby's uitoefent en dagjes uit gaat met anderen (social companionship);
3. de bewoner advies en informatie krijgt van/geeft aan anderen (informatieve ondersteuning);
4. de bewoner emotionele steun ontvangt van/geeft aan anderen (emotionele ondersteuning);
5. de bewoner het gevoel heeft door anderen ondersteund te worden (sociale ondersteuning).

Tabel 4.10: Gemiddeld aantal netwerkliden dat ondersteuning biedt

	instru- menteel	social com- panionship	infor- matie	emotio- neel	sociale ondersteuning
gemiddelde steun door:					
familie	1.49	.59	.93	2.09	2.82
kennissen	.25	.43	.10	.37	.53
personeel	.59	.04	.03	.15	.11
totaal gemiddelde	2.41	1.13	1.18	2.80	3.66

Wat als eerste opvalt is het feit dat sociale ondersteuning de hoogste gemiddelde score heeft. Dit betekent dat de bewoners in het verzorgings-
tehuis de meeste steun ervaren van anderen op het gebied van de sociale ondersteuning. Deze sociale ondersteuning komt echter vrijwel alleen van familieleden. Zij geven de bewoner het gevoel dat ze aandacht voor en vertrouwen in hem/haar hebben, en zijn degenen bij wie de bewoner zich veilig voelt. De familie wordt niet alleen het meest genoemd bij de mate van sociale ondersteuning ook bij de vragen ten aanzien van emotionele- en instrumentele ondersteuning worden het meest de namen van familieleden opgegeven. Zowel persoonlijk emotionele steun als materiële steun krijgt de bewoner het meest van familieleden.

De mate waarin de bewoner informatie en social companionship ontvangt van anderen in het sociale netwerk, is een stuk kleiner. Dat wil zeggen dat leden van het netwerk bijna nooit een spelletje doen of een keer uitgaan met de bewoner. 30% van de bewoners doet weleens een spelletje of gaat een keer uit met familie of kennissen. Bij 4% van de bewoners wordt het personeel genoemd wanneer het gaat om de vraag

met wie de bewoner de afgelopen tijd een spelletje heeft gedaan of een hobby heeft uitgeoefend. De informatie die een bewoner ontvangt komt bij meer dan 50% alleen maar van familieleden. Van het personeel ontvangt 3% van de bewoners informatie.

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat het grootste deel van de hulp en ondersteuning die een verzorgingstehuisbewoner ontvangt vanuit het sociale netwerk afkomstig is van familieleden. Het gevoel dat er iemand om je geeft en vertrouwen in je heeft is bij de bewoners het sterkst aanwezig. In de tweede plaats zijn de persoonlijke en emotionele steun en de hulp op huishoudelijk en financieel terrein twee gebieden waarbij de bewoner veel steun ervaart vanuit het sociale netwerk. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat deze ontvangen steun dan hoofdzakelijk afkomstig is van de familieleden van de bewoner. Kennissen worden in veel mindere mate genoemd door de bewoners en het personeel het minst.

Van de vijf verschillende vormen van ondersteuning hebben social companionship, emotionele en sociale ondersteuning een samenhang met eenzaamheid. Dit betekent dat de mate waarin een bewoner sociale emotionele steun en social companionship ontvangt vanuit zijn/haar netwerk samenhangt met eenzaamheidsgevoelens. Hoe minder steun de bewoner ervaart, hoe intenser diens gevoelens van eenzaamheid.

Nu bekend is welke persoonsgebonden- en situationele factoren samenhangen met eenzaamheid van de bewoners is het mogelijk om te onderzoeken welke van deze factoren dan de belangrijkste zijn.

Door de belangrijkste factoren te identificeren kunnen namelijk aanwijzingen worden verkregen omtrent welke bewoners een grotere kans hebben om eenzaam te zijn (de verzorgenden zouden hier dan in de toekomst op kunnen anticiperen) en welke kenmerken van het verzorgingstehuis bijdragen tot eenzaamheid van de bewoners (hierin zouden in de toekomst mogelijk veranderingen kunnen worden aangebracht).

Als eerste stap is met behulp van oneway-variantie-analyse nagegaan of de persoonsgebonden en situationele factoren die in het voorafgaande een significante samenhang vertoonden met eenzaamheid, ook afzonderlijk significante verschillen laten zien tussen drie groepen bewoners: niet eenzame, enigszins eenzame en eenzame bewoners.

Tabel 4.11: Oneway-variantie-analyse van persoonsgebonden en situationele factoren en de drie groepen bewoners

variabele	niet eenzaam	enigszins eenzaam	eenzaam	F	p
woonsituatie	1.3	1.2	1.1	1.88	.156
functionele status	28.2	29.9	33.1	7.42	.001
mobiliteit	5.6	5.9	6.7	5.16	.001
depressiviteit	40.5	45.9	53.9	27.35	.000
ervaren gezondheid	8.6	9.5	11.5	10.61	.000
eten	7.2	8.1	9.2	5.55	.005
thuisvoelen	12.4	16.0	18.9	19.92	.000
vriendschap	17.1	23.9	27.6	54.98	.000
personeel	12.7	13.9	20.1	22.90	.000
aantal bezoekende:					
familie	4.6	3.0	3.7	3.51	.032
kennissen	1.3	1.1	.5	3.73	.026
totaal	6.6	4.7	4.9	5.78	.004
netwerkliden					
bezoekende ≤ 15 min.:					
familie	1.7	1.0	.6	2.75	.067
kennissen	.9	.7	.4	2.42	.092
totaal netwerkliden	2.1	1.7	1.0	5.56	.005
bezoekfrequentie ≤ 15 min.:					
familie	15.3	12.9	9.1	2.68	.072
kennissen	15.4	4.8	4.1	3.00	.053
totaal netwerkliden	30.6	17.7	13.1	5.42	.005
social companionship	1.4	1.4	.6	4.40	.014
emotionele ondersteuning	3.3	3.1	2.1	2.08	.128
sociale ondersteuning	4.5	3.6	2.5	2.81	.063

Uit tabel 4.11 blijkt dat dit het geval is voor de variabelen functionele status, mobiliteit, depressiviteit, ervaren gezondheid, tevredenheid met het eten, personeel en vriendschappen in het verzorgingstehuis en de mate waarin de bewoner zich er thuisvoelt, het aantal familie, kennissen dat een bewoner bezoekt, totaal aantal netwerkliden dat op bezoek komt en binnen 15 minuten reisafstand woont, het aantal keren dat netwerkliden met een reistijd binnen 15 minuten bij een bewoner langskomen en tot slot social companionship, dat wil zeggen de steun die een bewoner ontvangt van iemand door middel van hobby of samen een dagje uitgaat.

Vervolgens is met behulp van discriminantanalyse onderzocht welke combinatie van deze variabelen het beste discrimineert tussen de drie

groepen niet eenzame, enigszins eenzame en eenzame bewoners. De volgorde waarin de variabelen geselecteerd worden is hierbij van belang. De eerste variabele heeft namelijk de sterkste relatie met eenzaamheid.

Tabel 4.12: De variabelen die het meest discrimineren tussen de drie groepen bewoners

	gestandaardiseerde coëfficiënten	verandering in Rao's V	p
vriendschap	.54	117.7	.000
depressiviteit	.50	133.9	.000
thuisvoelen	.49	141.5	.022
personeel	.47	148.0	.038
social companionship	.45	155.4	.025
familie	.44	161.0	.063

% correct geclassificeerd: 69.9

N.B.: De verandering in Rao's V geeft aan in hoeverre de betreffende variabele die geselecteerd wordt in combinatie met de eerder geselecteerde variabelen nog significant discrimineert met eenzaamheid.

De eerste variabele die geselecteerd wordt, is de aanwezigheid van vriendschap met medebewoners in het verzorgingstehuis. Het gaat hier dan niet zozeer om het aantal vriendschappen van een bewoner met medebewoners, maar om de inhoud van de vriendschap, bijvoorbeeld de mogelijkheid om je hart te luchten en het gevoel niet alleen te staan.

De variabele die als tweede discrimineert tussen de drie groepen bewoners is depressiviteit. De depressieve gevoelens kunnen zowel lichamelijk als geestelijk tot uiting komen. Bijvoorbeeld dat de bewoner zich lichamelijk niet fit voelt, moeite heeft met slapen en geen eetlust heeft, of dat de bewoner prikkelbaar is of ongedurig en het idee heeft dat hij/zij niet meer nodig is op deze wereld en daardoor de toekomst somber tegemoet ziet.

Als derde wordt de variabele zich thuisvoelen in het verzorgingstehuis geselecteerd. Bijvoorbeeld, verlangde de bewoner er naar om naar een verzorgingstehuis te gaan of had hij/zij nog liever even gewacht. Vindt de bewoner het bezwaarlijk om bezoek in het verzorgingstehuis te ontvangen en hoe vindt de familie van de bewoner het om op bezoek te komen. Na de variabele thuisvoelen is als vierde de variabele personeel geselecteerd. Hierbij gaat het om de waardering van de bewoner ten aanzien

van de aandacht die men krijgt en de vriendelijkheid van de verzorgenden en de wijze waarop de verzorging plaatsvindt. Als vijfde is van de ondersteunende variabelen social companionship geselecteerd. Hierbij gaat het om de ondersteuning uit het netwerk van een bewoner door middel van het uitoefenen van een hobby of een dagje uitgaan met iemand uit het netwerk.

De laatste variabele die in de discriminantanalyse werd geselecteerd is het aantal keren dat familieleden op bezoek komen bij een bewoner. Het maakt hierbij niet uit of de familie binnen een reisafstand van 15 minuten woont of verder weg, maar puur om het aantal van hen dat daadwerkelijk bij een bewoner langs gaat.

Op basis van deze zes variabelen wordt 70% van de bewoners correct geclassificeerd als niet eenzaam, enigszins eenzaam of eenzaam. Dit betekent dat wanneer bewoners geen vriendschap met medebewoners hebben, ze depressief zijn, zich niet thuisvoelen in het verzorgingstehuis, ontevreden over het personeel zijn, geen mensen hebben die activiteiten met hen ondernemen en zelden familieleden zien, er een grote kans bestaat dat ze eenzaam zijn.

Met andere woorden, de kwaliteit van het leefklimaat in het verzorgingstehuis, depressiviteit en contacten met familie blijken belangrijker te zijn voor het ervaren van eenzaamheid dan lichamelijke factoren als zelfredzaamheid met betrekking tot verzorgende en huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en de ervaren gezondheid.

4.4. De oplossingen voor eenzaamheid door de bewoners

Ter beantwoording van vraagstelling 3 werden de ideeën geïnventariseerd die de bewoners zelf hebben om eenzaamheid op te lossen. Alle oplossingen die genoemd zijn, zijn door de onderzoeker in acht categorieën onderverdeeld:

- Categorie 1: eenzaamheid ligt aan de bewoners zelf;
- Categorie 2: redenen om geen oplossing te noemen;
- Categorie 3: kwaliteit van contacten tussen de bewoners;
- Categorie 4: meer personeel;
- Categorie 5: meer activiteiten;
- Categorie 6: meer aandacht van personeel aan bewoners;
- Categorie 7: mensen van buitenaf aantrekken;
- Categorie 8: bewoners méér bij activiteiten betrekken.

In deze acht categorieën zijn twee soorten oplossingen aanwezig. De in categorie 1, 2 en 3 genoemde oplossingen zijn eerder meningen van een bewoner en vormen eigenlijk geen oplossing. De oplossingen in de andere categorieën (4 t/m 8) worden als echte oplossingen gezien omdat deze een specifiek idee of een oplossing bevatten die door bewoners zelf genoemd zijn.

Het maximale aantal oplossingen dat genoemd werd door een bewoner, is vier. Het meest werd er één oplossing genoemd door een bewoner (45.2%), 21% heeft geen enkele oplossing genoemd. Wanneer echter de categorieën 1, 2 en 3 worden weggelaten, omdat het daarin meer om een mening van de bewoner gaat dan om een oplossing, dan verandert de score als volgt. Het aantal bewoners dat één oplossing noemde is gedaald naar 25.5%, terwijl de groep die geen enkele oplossing noemde is gestegen tot 61.8% (zie tabel 4.13). Van de niet eenzame bewoners heeft 66% geen enkele oplossing genoemd. Bij de eenzamen is dit 60% en bij de enigszins eenzame bewoners noemde 45,3% geen oplossingen.

Tabel 4.13: Aantal oplossingen van bewoners (N=157) in percentages

aantal oplossingen	totaal aantal oplossingen percentage	oplossingen nr. 4,5,6,7,8 percentage
0	21.0	61.8
1	45.2	25.5
2	19.7	8.9
3	11.5	3.2
4	2.5	.6
totaal	100.0	100.0

Aan de hand van alle genoemde meningen en oplossingen bij vraagstelling 3 is via een oneway-variantie-analyse onderzocht welke van de drie groepen eenzamen volgens de intensiteitsschaal van eenzaamheid, gemiddeld het hoogst gescoord hebben. Hieruit blijkt dat de mate waarin eenzaamheidsgevoelens bij de bewoners aanwezig zijn, samenhangen met de frequentie waarin een antwoord werd gegeven op de vraag of de bewoner een oplossing wist om eenzaamheid op te lossen. Hierbij zien we de volgende trend: de niet eenzame bewoners geven gemiddeld de meeste antwoorden, de enigszins eenzame bewoners antwoorden gemiddeld al minder en de eenzamen hebben de minste antwoorden gegeven.

Tabel 4.14: Gemiddeld aantal genoemde oplossingen bij de 3 groepen eenzamen (N=157)

groepen	N	gem.	st.dev.	F	p
niet eenzaam	71	1.46	1.03	2.40	.09
enigszins eenzaam	35	1.29	.96		
eenzaam	50	1.06	.98		

Voor alle acht categorieën is onderzocht welke groep bewoners, niet eenzaam, enigszins eenzaam en eenzaam, de meeste antwoorden heeft gegeven in een categorie. De resultaten zullen per categorie besproken worden.

Tabel 4.15: Verdeling van de genoemde oplossingen naar intensiteit van eenzaamheidsgevoelens van de bewoners

soort oplossing	absoluut aantal oplossingen	totaal %	niet eenzaam %	enigszins eenzaam %	eenzaam %	X ²	p
1 oorzaak	53	33.8	45.1	17.1	28.0	11.67	.01
2 reden	32	20.4	22.5	34.3	8.0	5.16	.01
3 contact	19	12.1	18.3	5.7	8.0	4.04	.09
4 personeel	23	14.6	8.5	25.7	16.0	3.81	.05
5 activiteiten	18	11.5	14.1	11.4	8.0	2.02	.58
6 aandacht	17	10.8	5.6	11.4	18.0	7.18	.09
7 extern	9	5.7	5.6	5.7	6.0	2.69	.99
8 betrokkenheid	12	7.6	11.3	8.6	2.0	4.26	.16

De mening 'het ligt aan de mensen zelf dat ze eenzaam zijn' die in categorie 1 aan de orde komt, wordt significant het meest geuit door de niet eenzame bewoners. Dit betekent dat deze mening met name door niet eenzamen gegeven wordt. Opmerkingen als, dat moet iemand zélf doen dat kan een ander niet voor je doen, eenzaamheid ligt aan de mensen zelf en, men moet meer de gezelligheid opzoeken en bij een clubje gaan zitten, zijn hierbij de meest voorkomende meningen. Van de enigszins eenzame en de eenzame bewoners hebben beduidend minder mensen deze mening oplossing genoemd. Respectievelijk 83% en 72% van hen heeft geen antwoord gegeven dat ingedeeld kon worden in categorie 1.

Categorie 2, die 'het geven van een reden om geen oplossing te noemen' bevat, wordt veelal gebruikt door de enigszins eenzame en de niet eenzame bewoners. Aan de ene kant is de reden dat de bewoner zelf niet eenzaam is en daarom ook geen oplossing weet. Aan de andere kant wordt vaak als reden gegeven dat men gewoon geen ideeën heeft om eenzaamheid op te lossen. Van de eenzame bewoners heeft 8% een antwoord gegeven dat in deze categorie kon worden ingedeeld.

In de laatste categorie waarin een mening gegeven wordt, categorie 3, gaat het om de mening van de bewoners ten aanzien van de onderlinge contacten tussen de bewoners. Hier is een significant verband gevonden tussen de mening over de contacten en de mate waarin eenzaamheidsgevoelens worden ervaren. Van de niet eenzame bewoners vindt 18.3% de contacten tussen bewoners goed. Bij de eenzamen is dit 8% en van de enigszins eenzamen vindt slechts 5.7% de onderlinge contacten goed. Dit betekent dat de bewoners die een bepaalde mate van eenzaamheid ervaren, maar (nog) niet eenzaam zijn, het meest negatief oordelen over de onderlinge contacten tussen bewoners.

Van de vijf categorieën waarin oplossingen door de bewoners zijn genoemd, wordt als eerste categorie 4 onderscheiden met daarin de oplossing dat er meer personeel moet komen in het verzorgingstehuis. De behoefte aan meer personeel is bij de enigszins eenzame en de eenzame bewoners groter dan bij de niet eenzamen. Minder met uitzendkrachten werken zodat er niet steeds nieuwe gezichten zijn onder het personeel en het idee om bijvoorbeeld sociaal werkers aan te trekken die dan extra aandacht kunnen geven aan en een praatje kunnen maken met de bewoners zijn hierbij de meest voorkomende oplossingen.

Eenzaamheid oplossen door middel van meer activiteiten, categorie 5, is een oplossing die in gelijke mate door zowel de enigszins eenzame als de niet eenzame bewoners gegeven werd. Activiteiten bevorderen volgens hen namelijk de contacten tussen de bewoners. Een andere aspect is dat er meer samen koffie en thee moet worden gedronken. De gedachte is dat door aan activiteiten mee te doen en met anderen koffie en thee te drinken, eenzaamheidsgevoelens zullen verminderen. Deze ideeën worden door de eenzame bewoners maar in beperkte mate ondersteund. 8% van hen heeft een oplossing in deze categorie genoemd.

Ten aanzien van de oplossing 'extra aandacht van het personeel' die in categorie 6 aan de orde komt, zijn het juist de eenzame bewoners die een antwoord hebben gegeven in deze categorie. De eenzame bewoners

hebben het grootste aandeel geleverd van de oplossingen in categorie 6. Het gaat dan met name om de oplossing dat er meer aandacht moet zijn voor slechtziende en slechthorende bewoners. Zij kunnen tijdens de activiteiten en bijvoorbeeld de kerkdiensten de spreker niet goed volgen. Deze bewoners zijn hierdoor geneigd maar niet meer naar gezamenlijke bijeenkomsten te gaan omdat men het toch niet goed kan volgen. Daarnaast is de vraag naar extra aandacht door middel van een praatje of een spelletje met een bewoner die niet gemakkelijk van zijn kamer af kan een veel genoemde oplossing.

Eenzaamheidsgevoelens verminderen door mensen van buitenaf, dat wil zeggen buurtbewoners, meer bij activiteiten te betrekken (categorie 7) wordt in beperkte mate door de bewoners als oplossing genoemd. Alle drie groepen bewoners, de niet eenzamen, de enigszins eenzamen en de eenzamen geven een gelijk aantal oplossingen in categorie 7. Ze zijn van mening dat activiteiten in eerste instantie gericht moeten zijn op de verzorgingstehuisbewoners en dat pas in tweede instantie de buurtbewoners toegang mogen hebben tot zulke activiteiten.

De laatste categorie waarin een oplossing werd genoemd, categorie 8, gaat in op de oplossing dat 'bewoners méér bij activiteiten betrokken moeten worden'. Wat betreft de activiteiten die georganiseerd worden in het huis vinden de niet eenzamen en de enigszins eenzame bewoners dat bewoners die op hun kamers blijven zitten tijdens zo'n activiteit, opgehaald moeten worden om toch aan het gebeuren deel te nemen. Ook de bewoners die uit zichzelf niet kunnen komen zouden van hun kamers opgehaald moeten worden om zodoende toch aan de activiteiten in huis deel te kunnen nemen. Oplossingen in deze categorie worden bijna niet door eenzame bewoners gegeven. Slechts 2% van hen noemde een oplossing in deze richting.

4.5. Het oordeel van de verzorgenden

Om vraagstelling 4, in hoeverre de verzorgenden de mate van eenzaamheid van de bewoners op een betrouwbare en valide manier kunnen beoordelen en welke factoren van invloed zijn op de mate waarin verzorgenden de juiste taxatie maken, te kunnen beantwoorden, is in eerste instantie gekeken naar het oordeel van de verzorgenden over het gedrag van de bewoner.

Elke bewoner is door twee verzorgenden onafhankelijk van elkaar geobserveerd en beoordeeld aan de hand van de BPS (Beoordelings-

schaal voor Psychische en Sociale problemen van Van Loveren-Huyben e.a., 1988b).

Voor het bepalen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, dat wil zeggen nagaan in hoeverre het oordeel van de ene verzorgende overeenkomt met het oordeel van de tweede verzorgende, is het percentage overeenstemming tussen steeds twee beoordelingen berekend op een drie-puntsschaal. Van de oorspronkelijke vijf antwoordmogelijkheden zijn 'nooit' en 'zelden' bij elkaar gevoegd tot 'nooit', 'soms' is 'soms' gebleven en 'vaak' en 'zeer vaak' zijn samengevoegd tot 'vaak'. In het vervolg wordt wanneer over de BPS-schaal gesproken wordt de BPS bedoeld met deze drie antwoordcategorieën nooit, soms en vaak.

De mate van overeenstemmingen tussen het oordeel van de eerste verzorgende die een bewoner beoordeelde en het oordeel van de tweede verzorgende is in onderstaande tabel in percentages weergegeven.

Tabel 4.16: Percentage overeenstemming verzorgenden (N=36) op driedeling BPS-schaal

Omschrijving variabele: de bewoner	Percentage
1 is geïrriteerd en mopperig	68%
2 is ontevreden over de verzorging	72%
3 is onsamenhangend als hij/zij met je praat	74%
4 negeert wat om hem/haar heen gebeurt	71%
5 kan in huis de weg niet vinden	84%
6 geeft anderen de schuld	82%
7 jammert en klaagt	73%
8 is nergens in geïnteresseerd	76%
9 is wantrouwend en achterdochtig	79%
10 moet in de gaten worden gehouden	73%
11 dwaalt van het onderwerp af als je met hem/haar praat	80%
12 heeft moeite met onthouden	75%
13 is overstuurd als kleine dingen fout gaan	59%
14 begrijpt niet wat je hem/haar duidelijk wilt maken	75%
15 is veeleisend	79%
16 is verward	77%
17 heeft moeite met het nemen van beslissingen	71%
18 is dingen kwijt	81%
19 moet aangemoedigd worden om aan activiteiten deel te nemen	65%
20 trekt zich terug op de kamer	56%
21 is eenzaam	58%
22 heeft weinig interesse in omgeving	77%
23 dwaalt doelloos door het huis (of buiten)	93%

Uit tabel 4.16 komt naar voren dat het percentage overeenstemming tussen de verzorgenden slechts voor vijf gedragingen van de bewoners 80% of hoger is, en derhalve als voldoende betrouwbaar kan worden beschouwd. De meeste beoordelingen zitten qua interbeoordelaarsbetrouwbaarheid net op de grens, dat wil zeggen deze hebben een overeenstemmingspercentage tussen de 70 en 80%. Opvallend is dat bij de gedragingen 'is eenzaam' en 'trekt zich terug op de kamer' de overeenstemming tussen de beoordelaars het laagst is.

Deze resultaten lijken er op te wijzen dat het vormen van een betrouwbaar objectief oordeel over psycho-sociale gedragingen van een bewoner voor de verzorgenden moeilijk is. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste kan het zijn dat alleen een goede instructie voorafgaand aan het gebruik van de BPS door de verzorgenden in dit onderzoek niet voldoende is geweest (zie Van Loveren-Huyben e.a., 1988b) om een voldoende hoog percentage overeenstemming te krijgen.

Ten tweede kan het zijn dat sommige 'gedragingen' moeilijk objectief door een buitenstaander (in dit geval een verzorgende) waar te nemen zijn, omdat het betreffende 'gedrag' eerder een subjectief ervaren gevoel is. Met name bij eenzaamheid speelt dit een rol. Eenzaamheid werd immers in dit onderzoek gedefinieerd als een subjectief ervaren discrepantie tussen de relaties zoals men die wenst en de relaties zoals men die gerealiseerd heeft in de situatie waarin men verkeert. Een derde mogelijkheid is dat er grote individuele verschillen tussen de verzorgenden zijn in de mate waarin ze de psycho-sociale gedragingen van de bewoners op een juiste wijze taxeren. Individuele verschillen met betrekking tot de validiteit van de beoordelingen kunnen namelijk de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in negatieve zin beïnvloeden.

Om de individuele verschillen in validiteit van de beoordelingen van de verzorgenden te bekijken is een vergelijking gemaakt tussen het oordeel van de verzorgende over een bewoner en het oordeel van de bewoner over zichzelf. Hiervoor zijn de schaal die de intensiteit van eenzaamheid bij een bewoner meet en de variabele waarin het gedrag 'de bewoner is eenzaam' beoordeeld wordt met elkaar vergeleken. De score is dan als volgt berekend. Het aantal bewoners dat door een verzorgende juist is beoordeeld (dat wil zeggen de verzorgende heeft dezelfde score toegekend als de bewoner zelf) is gedeeld door het aantal bewoners dat een verzorgende in totaal heeft beoordeeld, en vervolgens vermenigvuldigd met 100.

Deze zelfde procedure is gevolgd bij een viertal andere beoordelingen van de verzorgenden. Dit betreft gedragingen waarbij we zowel over het oordeel van de bewoner als dat van de verzorgende beschikken en waarbij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid laag is (zie tabel 4.17).

Tabel 4.17: Vergelijking van oordeel bewoner bij diverse items met de beoordelingen van de verzorgenden (N=36), in percentages

	variabelen	gemid. %	stand. dev.	min. %	max. %
oordeel bewoner	intensiteitsschaal eenzaamheid	39%	18%	0%	88%
oordeel verzorgende	'bewoner is eenzaam'				
oordeel bewoner	subschaal personeel: mening van bewoner over personeel	46%	20%	0%	83%
oordeel verzorgende	'bewoner is ontevreden over verzorging'				
oordeel bewoner	'mijn gedachten zijn even helder als vroeger'	53%	17%	0%	83%
oordeel verzorgende	subschaal cognitie: oordeel verzorgenden over geheugen + oriëntatie van bewoner				
oordeel bewoner	'ik neem gemakkelijk besluiten'	38%	19%	0%	100%
oordeel verzorgende	'bewoner heeft moeite met het nemen van beslissingen'				
oordeel bewoner	'ik ben prikkelbaarder dan gewoonlijk'	52%	22%	14%	88%
oordeel verzorgende	'bewoner is geïrriteerd en mopperig'				

Voor eenzaamheid is de gemiddelde score 39%. Hiervan zijn er tien verzorgenden die 50% tot 88% van het aantal bewoners dat ze beoordeeld hebben, hetzelfde oordeel hebben gegeven als de bewoner zelf. De overige 26 verzorgenden hadden bij het aantal bewoners dat ze moesten beoordelen minder dan 50% goed. Gezien de afstand tussen de minimumscore (0%) en de maximumscore (88%) wordt duidelijk dat de

validiteit van de beoordelingen van de bewoners door de verzorgenden grote individuele verschillen laten zien. Dit is niet alleen het geval bij het beoordelen van eenzaamheid bij de bewoner ook bij vier andere items waarbij een vergelijking mogelijk was, zijn de onderlinge verschillen bij de verzorgenden groot.

Vervolgens is nagegaan in hoeverre de mate waarin de verzorgenden een juiste taxatie maken van de eenzaamheid van de bewoners en van de vier andere gedragingen samenhangen met aspecten van arbeidssatisfactie en leeftijd, werkervaring en opleiding (tabel 4.18 en tabel 4.19).

Tabel 4.18: Produkt-moment-correlaties aspecten van arbeidssatisfactie en de validiteit van de beoordelingen van de verzorgenden (N=36)

variabele	bewoner is eenzaam	bewoner is ontevreden over ver- zorging	subschaal cognitie (geheugen +oriëntatie)	bewoner heeft moeite met beslissen	bewoner is geïrri- teerd en mopperig
Tevredenheid met:					
mogelijkheden					
patiëntenzorg					
r	-.03	.08	.14	-.12	.05
p	.88	.65	.43	.48	.76
werkintrinsieke aspecten					
r	<u>.43</u>	.05	.11	-.23	-.03
p	.01	.76	.53	.17	.87
collegiale contacten					
r	<u>.41</u>	<u>.40</u>	-.04	-.03	-.01
p	.01	.02	.82	.94	.96
feedback					
r	.05	.20	-.15	-.13	-.22
p	.77	.24	.37	.46	.20
verantwoordelijkheid					
r	.21	.23	-.06	-.08	.02
p	.22	.17	.75	.64	.93
werkbelasting					
r	.01	.14	.02	.20	.06
p	.96	.42	.91	.23	.72

Hieruit komt in de eerste plaats naar voren dat de factoren waarin tevredenheid van de verzorgenden met de mogelijkheden voor patiënten-

zorg, met feedback, verantwoordelijkheid en werkbelasting werden gemeten, niet samenhangen met de mate waarin verzorgenden op een valide wijze de eenzaamheid van de bewoners inschatten. De factoren tevredenheid met collegiale contacten en tevredenheid met werkintrinsieke aspecten hangen wel significant samen met de validiteit van het oordeel van de verzorgenden over de eenzaamheid van de bewoners. Dit wil zeggen dat hoe meer een verzorgende het waard vindt om zich voor zijn/haar werk in te spannen, het werk als zinvol ervaart, enthousiast is en voldoening voelt na een dag werken, des te beter heeft deze verzorgende de bewoners beoordeeld op eenzaamheid. Daarnaast heeft collegialiteit ook invloed. Het hebben van collega's die je graag mogen en sympathiek vinden en weten dat je bij je collega's terecht kunt wanneer je ergens mee zit zijn daarbij de belangrijkste punten. Dat betekent dat wanneer de verzorgenden tevreden zijn over de collegiale contacten, zij de bewoners beter beoordelen op eenzaamheid én op de mate waarin de bewoners tevreden zijn over de verzorging dan verzorgenden die minder tevreden zijn over de contacten met hun collega's.

In de tweede plaats tonen de leeftijd en opleiding van de verzorgende, de mate van werkervaring in de gezondheidszorg in het algemeen en in het verzorgingstehuis geen verband met de validiteit van de beoordelingen van de verzorgenden. Het was niet mogelijk om een samenhang te toetsen tussen het geslacht en functies van de verzorgenden en hun taxaties omdat de variabelen geslacht en functie erg scheef verdeeld zijn. Slechts twee van de 36 verzorgenden zijn man. Wat betreft de functies geldt dat 3 verzorgenden afdelingshoofd zijn, 8 zijn leerlingbejaardenverzorgende en 25 verzorgenden zijn gediplomeerd bejaarden- of ziekenverzorgende.

Tot slot kan geconcludeerd worden dat de demografische gegevens van de verzorgenden geen enkele relatie hebben met de validiteit van hun beoordelingen van de bewoners. Bij de arbeidssatisfactiegebonden factoren is wel een verband gevonden tussen de validiteit van de beoordelingen van de verzorgenden en hun tevredenheid met collegiale contacten en met werkintrinsieke aspecten. Hoe meer de verzorgenden hun werk als zinvol waarderen en hoe meer tevreden ze zijn over de contacten met collega's, des te beter beoordelen de verzorgenden dan de mate van eenzaamheid van de bewoners.

Tabel 4.19: Verbanden tussen demografische variabelen en de validiteit van de beoordelingen van de verzorgenden (N=36)

variabele	bewoner is eenzaam	bewoner is ontevreden over ver- zorging	subschaal cognitie (geheugen +oriëntatie)	bewoner heeft moeite met beslissen	bewoner is geïrri- teerd en mopperig
leeftijd					
r	-.19	-.09	-.02	-.22	-.24
p	.26	.60	.91	.20	.16
werkervaring gezondheidszorg					
r	-.11	-.04	.08	-.20	-.33
p	.51	.80	.66	.25	.10
werkervaring verzorgingstehuis					
r	.01	.10	.16	.17	.01
p	.93	.57	.36	.33	.97
opleiding					
-overige opleiding (N=10)					
gemiddelde	36%	44%	55%	32%	55%
stand. dev.	21%	30%	13%	17%	24%
-bejaardenverzorging/ ziekenverzorging (N=18)					
gemiddelde	40%	48%	49%	37%	54%
stand. dev.	18%	15%	18%	19%	24%
-MDGO-VZ/MBO-V (N=5)					
gemiddelde	48%	48%	60%	58%	50%
stand. dev.	13%	13%	17%	12%	18%
p	.51	.51	.37	.04	.91

4.6. Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksresultaten aan de hand van de vier vraagstellingen besproken. Omdat het om veel gegevens gaat, wordt in deze paragraaf kort weergegeven wat de belangrijkste resultaten zijn.

In vraagstelling 1 ging het om de vraag hoeveel bewoners er eenzaam zijn in het verzorgingstehuis waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden.

Met behulp van de intensiteitsschaal voor eenzaamheid geeft 22% van de bewoners aan enigszins eenzaamheidsgevoelens te kennen en 32% geeft aan eenzaam te zijn. Tevens zijn de eenzame en in iets mindere mate ook de enigszins eenzame bewoners degenen die op de verschillende aspecten van eenzaamheid hoger scoorden dan de niet eenzame bewoners. Het gaat dan om gevoelens waarbij de bewoner een vertrouwd iemand mist en gezelligheid van anderen om zich heen mist. De vrienden- en kennissenkring wordt te klein gevonden en men heeft het gevoel bij niemand terecht te kunnen om te praten. Bovendien verwachten deze bewoners weinig veranderingen in hun situatie in de toekomst.

Nadat het aantal bewoners met eenzaamheidsgevoelens bekend was, is in vraagstelling 2 onderzocht welke persoonsgebonden en situationele factoren samenhangen met eenzaamheid. Van de demografische variabelen heeft alleen de woonsituatie van een bewoner een verband met eenzaamheid. Alleenstaande bewoners zijn eenzamer dan bewoners die met een partner samenleven. Alle in dit onderzoek onderscheiden 'need'factoren hangen afzonderlijk samen met eenzaamheid. Naarmate de zelfredzaamheid met betrekking tot verzorgende en huishoudelijke activiteiten lager is, de mobiliteit geringer is, de gezondheid als slechter wordt ervaren of wanneer de bewoners veel depressieve gevoelens kennen is de intensiteit van de eenzaamheidsgevoelens groter bij de bewoners. Wat betreft de factoren die betrekking hebben op de kwaliteit van het verzorgingstehuis werd duidelijk dat naarmate bewoners minder tevreden zijn over het personeel, het eten, de vriendschappen binnen het verzorgingstehuis en zich er niet thuisvoelen, zij een hogere intensiteit van eenzaamheidsgevoelens ervaren dan bewoners die wel tevreden zijn over deze kenmerken van het verzorgingstehuis.

Aan het sociale netwerk van de bewoners werden drie dimensies onderscheiden: de kwantiteit, de woonafstand en de kwaliteit van het netwerk. De bewoners hebben gemiddeld vaker contact met familieleden dan met vrienden of kennissen. Uitgesplitst naar persoonlijke en schriftelijke/telefonische contacten blijken de bewoners de familie naast het personeel het meest te zien en zijn de schriftelijke en telefonische contacten van de bewoners het meest vaak met familieleden. Het aantal familieleden én kennissen dat door de bewoners genoemd wordt hangt samen met de eenzaamheid van de bewoners. Dit betekent dat hoe meer contacten de bewoners hebben met netwerkleiden hoe lager hun intensiteit van eenzaamheid is. Dit geldt zowel voor het aantal persoonlijke contacten van familie en kennissen met de bewoners als voor het aantal telefonische/schriftelijke contacten van familieleden met de bewoners. Van het aantal

familieleden dat bij de bewoners langs komt woont een evenredig aantal binnen een reistijd van 15 minuten of minder en met een reistijd van meer dan 15 minuten. Driekwart van de kennissen van de bewoners woont echter binnen een reistijd van 15 minuten. Bewoners met familie en kennissen binnen een woonafstand van 15 minuten hebben minder gevoelens van eenzaamheid. Ten aanzien van de kwaliteit van het netwerk van de bewoners, dat wil zeggen van wie ontvangen de bewoners ondersteuning, werd verreweg het meest de familie door de bewoners genoemd. Ondersteuning van kennissen en personeel werd in verhouding met het aantal familieleden slechts incidenteel genoemd. Het gevoel dat iemand vertrouwen in je heeft en van wie de bewoners het gevoel hebben dat ze aandacht voor hem/haar hebben (de sociale ondersteuning) is volgens de bewoners het meest afkomstig van familie. Van de vijf vormen van ondersteuning zijn het de sociale- en emotionele ondersteuning en social companionship die significant samenhangen met eenzaamheid. Voor de bewoners betekent dit dat hoe minder aandacht, vertrouwen en persoonlijke steun ze uit hun netwerk ervaren en hoe minder activiteiten ze ondernemen met netwerkleiden des te intenser hun eenzaamheidsgevoelens zullen zijn.

Uit de discriminant-analyse waarin bekeken werd welke combinatie van variabelen die afzonderlijk een significante samenhang vertonen met eenzaamheid, het beste discrimineert tussen de drie groepen niet eenzame, enigszins eenzame en eenzame bewoners, bleek dat de kwaliteit van het verzorgingstehuis, depressiviteit en de contacten met familie belangrijker zijn voor het ervaren van eenzaamheid door de bewoners dan lichamelijke factoren als zelfredzaamheid met betrekking tot verzorgende en huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en de ervaren gezondheid van de bewoners.

De bewoners van het verzorgingstehuis staan in dit onderzoek centraal en aan hen is gevraagd of zij een oplossing weten voor eenzaamheid (vraagstelling 3). De niet eenzame bewoners weten aan de ene kant geen oplossing omdat ze zelf niet eenzaam zijn maar vinden ook het vaakst dat het aan de bewoners zelf ligt wanneer ze eenzaam zijn. Aan de andere kant noemen ze als oplossing dat er meer activiteiten moeten komen en dat alle bewoners dan aanwezig moeten zijn. Degenen die niet willen en die niet kunnen komen zouden van hun kamer opgehaald moeten worden zodat ze in contact komen met medebewoners. De enigszins eenzamen zijn het op bijna alle punten eens met de niet eenzamen. De mening dat eenzaamheid aan de bewoners zelf ligt wordt door hen echter minder onderschreven. Zij hebben daarnaast wel als

oplossing genoemd dat er meer personeel moet komen in huis. Bij de eenzame bewoners werd vrijwel alleen als oplossing genoemd dat er enerzijds meer personeel moet komen en anderzijds dat het personeel meer extra aandacht moet besteden aan eenzame bewoners door middel van een gesprek of een spelletje met de bewoner. Slechts 40% van de bewoners wist één of meerdere oplossingen aan te dragen. De enigszins eenzame bewoners leverden hierin het grootste aandeel, daarna de eenzamen en het minst zijn er oplossingen genoemd door de niet eenzame bewoners.

Tenslotte is in vraagstelling 4 de betrouwbaarheid en validiteit van het oordeel van de verzorgenden over de mate van eenzaamheid van de bewoners onderzocht. In de mate waarin de verzorgenden een valide oordeel hebben gegeven zitten nogal wat individuele verschillen. Dit zou enerzijds kunnen komen doordat de instructie voorafgaand aan de beoordelingen niet voldoende was of anderzijds dat eenzaamheid bij de bewoners voor verzorgenden niet valide is in te schatten. In dit onderzoek werd echter wel aangetoond dat wanneer verzorgenden hun werk zinvol vinden en positief waarderen en wanneer de contacten met collega's goed zijn dat de beoordelingen van deze verzorgenden meer valide waren dan van degenen die slechte contacten hebben en hun werk niet positief waarderen.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

5.1 Inleiding

Nadat in het vorige hoofdstuk alle onderzoeksresultaten beschreven zijn, is het mogelijk om concluderende opmerkingen te maken. In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies weergegeven aan de hand van de vier vraagstellingen die in dit onderzoek centraal hebben gestaan. Vervolgens wordt op basis van de onderzoeksresultaten een aantal aanbevelingen gedaan om de eenzaamheidsproblematiek in het verzorgingstehuis te verminderen.

5.2 Conclusies

In dit onderzoek is gekozen voor een cognitieve benadering van eenzaamheid omdat in de cognitieve benadering het individu centraal staat en eenzaamheid uitgebreid wordt behandeld. Eenzaamheid werd hierbij gezien als een subjectief ervaren discrepantie tussen de relaties zoals men die wenst en de relaties zoals men die gerealiseerd heeft in de situatie waarin men verkeert (De Jong-Gierveld, 1984).

Naar aanleiding van vraagstelling 1 waarin aan de bewoners van het verzorgingstehuis gevraagd werd in hoeverre zij zich eenzaam voelden, kan geconcludeerd worden dat 45% van hen zich niet eenzaam voelt, 22% heeft enigszins eenzaamheidsgevoelens en 32% voelt zich echt eenzaam. De helft van het totaal aantal bewoners dat in het verzorgingstehuis woont, kent gevoelens van eenzaamheid of voelt zich eenzaam. Deze driedeling is door Bosma (1988) ook gehanteerd. Uit zijn onderzoek komt naar voren dat van de ouderen die in een verzorgingstehuis wonen (N=90) 63% niet eenzaam is, 18% enigszins en 19% eenzaam is. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het percentage eenzame bewoners in dit onderzoek aanzienlijk hoger is (32%) dan bij Bosma (19%). Het resultaat was dan ook voldoende aanleiding om in dit onderzoek te gaan kijken welke factoren van invloed kunnen zijn op eenzaamheid.

De definitie van eenzaamheid geeft aan dat wanneer een bewoner een afstand ervaart tussen het gewenste en het bereikte niveau van zijn/haar sociale relaties dat dan gevoelens van eenzaamheid ontstaan. In vraag-

stelling 2 zijn de persoonsgebonden en situationele factoren aan de orde geweest waarvan uit ander onderzoek was gebleken dat ze (mogelijk) met eenzaamheid samenhangen. In dit onderzoek werd aangetoond dat wanneer een bewoner alleen woont hij/zij meer eenzaamheid ervaart dan een bewoner die samen met een partner woont. Dit komt overeen met De Jong-Gierveld (1984) en Koedoot & Hommel (1989) die concluderen dat alleenstaanden vaker eenzaam zijn dan samenwonenden. In vergelijking met het onderzoek van Kempen (1990) worden de volgende verschillen tussen thuiswonende en bewoners van een verzorgingstehuis zichtbaar. Is bij thuiswonende ouderen nog 50% tevreden over de gezondheid, bij verzorgingstehuisbewoners is dit gedaald naar 22%. Ook de zelfredzaamheid met betrekking tot verzorgende en huishoudelijke activiteiten lijkt bij thuiswonenden wat beter te zijn (gemiddelde score van 27.5) dan bij bewoners van het verzorgingstehuis (gemiddelde score van 30.2). Als laatste lijken de thuiswonenden gemiddeld ook minder depressieve gevoelens (gemiddelde score van 38) te hebben dan de verzorgingstehuisbewoners (gemiddelde van 45.8). In dit onderzoek werd gevonden dat een geringe zelfredzaamheid van de bewoners op huishoudelijk en verzorgend gebied, een geringe mobiliteit, een slecht ervaren gezondheid en een aanwezigheid van depressieve gevoelens allemaal samenhangen met eenzaamheid. Deze persoonsgebonden factoren, dat wil zeggen factoren in het individu zelf aanwezig, beïnvloeden de intensiteit waarin de bewoners van het verzorgingstehuis eenzaamheid ervaren. Ook bij factoren buiten het individu, de situationele factoren, zijn relaties met eenzaamheid gevonden. Bewoners die niet tevreden zijn met het eten, de vriendschappen in het verzorgingstehuis en het personeel en zich niet thuisvoelen in het verzorgingstehuis zijn eenzamer dan bewoners die hierover wel tevreden zijn. Dit resultaat wijkt af van datgene dat Van Geen (1989) gevonden heeft. In het onderzoek van Van Geen blijkt dat de bewoners van het verzorgingstehuis de relaties met familieleden, de bewonerscommissie en de verzorging de belangrijkste aspecten vinden ten aanzien van de kwaliteit van het verzorgingstehuis. Ze concludeert dat de onderwerpen waarover de bewoners niet dagelijks met elkaar spreken (relatie met familie, verzorging) belangrijk gevonden worden omdat het hierbij gaat om persoonlijke, intieme aspecten die te beladen zijn om als gespreksstof met medebewoners te dienen. In dit onderzoek blijkt echter dat de kwaliteit van het verzorgingstehuis met name beoordeeld wordt door de bewoners op personeel (verzorging), vriendschap en of zij zich er thuisvoelen. Hoe meer de bewoners tevreden waren over hun vriendschappen en de verzorging door het personeel in het

verzorgingstehuis en hoe meer zij zich op hun gemak en thuisvoelen hoe minder de intensiteit van eenzaamheid. De relatie met de familie wordt ook in dit onderzoek door de bewoners belangrijk gevonden. Bewoners die veel contacten hebben met familieleden en kennissen voelen zich minder eenzaam dan de bewoners met weinig contacten. Dit geldt dan zowel voor het aantal persoonlijke contacten van de bewoners met kennissen en familieleden als voor het aantal telefonische/schriftelijke contacten met de familie. Een ander aspect dat samenhangt met eenzaamheid is de woonafstand van de netwerkleden. Zowel familie als kennissen met een reisafstand van 15 minuten of minder komen vaker bij de bewoners langs dan de netwerkleden die verder dan 15 minuten reizen wonen. Tenslotte is de ondersteuning die de bewoners uit hun netwerk ontvangen onderzocht. Hierbij blijkt dat bewoners die weinig ondersteuning ontvangen uit hun netwerk intensere gevoelens van eenzaamheid ervaren. De bewoners van het verzorgingstehuis in Den Haag ontvangen bij de verschillende vormen van ondersteuning (instrumentele-, informatieve-, emotionele-, sociale ondersteuning en social companionship) verreweg de meeste steun van familieleden. De sociale ondersteuning wordt van deze vijf het meest vaak ontvangen door de bewoners van familieleden. Het gaat hierbij om het gevoel dat een ander aandacht voor de bewoner heeft en bij wie hij/zij zich veilig durft te voelen. Naast de sociale ondersteuning zijn de emotioneel/persoonlijke ondersteuning en social companionship, de activiteiten die de bewoner met een ander onderneemt, twee vormen van ondersteuning die vaak worden ontvangen van familie. Zowel de kwantiteit, de woonafstand en de kwaliteit van het netwerk van de bewoners staat in dit onderzoek in relatie met de eenzaamheid van de bewoners. Wanneer dit vergeleken wordt met andere onderzoeken dan blijkt dat Anderson (1985) en Kempen (1990) in hun onderzoek een negatief verband vinden tussen de grootte van het netwerk en eenzaamheid, terwijl in andere onderzoeken (De Jong-Gierveld, 1984; Koedoot & Hommel, 1989) geen relatie wordt gevonden. Verder blijkt dat de kwaliteit van het sociale netwerk ook bij andere onderzoeken samenhangt met eenzaamheid (De Jong-Gierveld, 1984; Koedoot & Hommel, 1989) net als de woonafstand van het sociale netwerk (Kempen, 1990).

Met behulp van al deze variabelen die significant samenhangen met eenzaamheid werd door middel van een discriminant-analyse onderzocht welke combinatie van variabelen het beste discrimineert tussen de drie groepen bewoners (niet eenzaam, enigszins eenzaam en eenzaam). Hieruit kwam naar voren dat bij het ervaren van eenzaamheidsgevoelens

de tevredenheid met het leefklimaat in het verzorgingstehuis, de aanwezigheid van depressieve gevoelens en het aantal familieleden dat de bewoners ziet belangrijker lijken dan de zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied, de mate van mobiliteit en de ervaren gezondheid van de bewoners.

Van de zes factoren in de discriminantanalyse (vriendschappen met medebewoners in het verzorgingstehuis, aanwezigheid van depressieve gevoelens, de mate waarin de bewoners zich thuisvoelen in het verzorgingstehuis en tevreden zijn over het personeel, het aantal mensen dat activiteiten onderneemt met de bewoners en het aantal familieleden die de bewoners zien) is de factor afwezigheid van vriendschappen met medebewoners het meest belangrijk voor de mate waarin de bewoners eenzaamheid ervaren. Het aantal mensen dat activiteiten met de bewoners onderneemt en het aantal familieleden die de bewoners zien, zijn twee factoren die pas als vijfde en zesde factor in de discriminantanalyse geselecteerd werden. Dit betekent dat vriendschap met medebewoners voor de bewoners van het verzorgingstehuis als belangrijker ervaren worden om eenzaamheid tegen te gaan dan het uitoefenen van activiteiten met anderen en de contacten met familie.

Het onderzoek van Dykstra (1990) sluit hierbij aan. Zij heeft gevonden dat hoe meer het netwerk van ouderen enkel is samengesteld uit familieleden, hoe groter de kans is op eenzaamheid. Volgens Dykstra ligt de oorzaak hiervoor in het feit dat ouderen die uitsluitend relaties onderhouden met familieleden minder toegang hebben tot hulpbronnen dan ouderen die een meer gevarieerd netwerk hebben.

Bij het ervaren van steun vanuit het netwerk is echter ook het volgende van belang. Wanneer aan mensen gevraagd wordt van wie en waarbij men de afgelopen tijd steun heeft ontvangen dan worden meestal twee vormen van ondersteuning door elkaar genoemd. Enerzijds is dit 'received support', dat wil zeggen steun gebaseerd op concrete ervaringen in specifieke situaties en anderzijds wordt ook 'perceived support' genoemd. Hierbij gaat het om algemene verwachtingen die men heeft omtrent het ontvangen van steun (Schwarzen & Leppin, 1991). Omdat de mate waarin mensen steun ervaren van anderen beïnvloed wordt door niet alleen de daadwerkelijk ontvangen steun maar ook door de gewenste ontvangen steun, is het nodig de uitkomsten van de discriminantanalyse enigszins te relativiseren. Steun moet hier dan ook opgevat worden als één van de mogelijke buffers tegen het intreden van een verslechtering ingeval van al aanwezige problematiek (in dit geval eenzaamheid) (Felling, Fiselier & Van der Poel, 1991).

Tevens kwam in dit onderzoek naar voren dat de aanwezigheid van depressieve gevoelens, ná het hebben van vriendschappen met medebewoners, als tweede geselecteerd is in de discriminant-analyse. Dit wil zeggen dat niet alleen factoren buiten de bewoners (sociale netwerk) maar juist ook kenmerken van de bewoners zelf (depressiviteit) een belangrijke plaats innemen bij het ervaren van eenzaamheid.

Omdat eenzaamheid een gevoel is en dit voor elke bewoner weer anders kan zijn, is aan de bewoners zelf gevraagd hoe zij denken dat eenzaamheid opgelost kan worden (vraagstelling 3). De antwoorden bij deze vraag zijn onderverdeeld in categorieën. Van alle bewoners die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek heeft 40% een echte oplossing genoemd met betrekking tot eenzaamheid. De meeste oplossingen kwamen van de enigszins eenzame bewoners, gevolgd door de eenzamen. De niet eenzame bewoners hebben de minste oplossingen gegeven. Uit het aantal genoemde oplossingen kan geconcludeerd worden dat de niet eenzame bewoners met name meer activiteiten als oplossing zien en dat de enigszins eenzamen hierop aansluiten maar tevens ook meer personeel wensen. Tot slot wensen de eenzame bewoners ook meer personeel maar vragen daarnaast extra aandacht van het personeel juist omdat zij eenzaam zijn. Een gesprek hebben of een spelletje doen met de bewoner bijvoorbeeld zou volgens de eenzame bewoners al helpen. Verder is onderzocht of het mogelijk is dat verzorgenden de mate van eenzaamheid van de bewoners goed kunnen inschatten zodat op tijd gesignaleerd kan worden door hen of een bewoner eenzaam is of niet. Vraagstelling 4 van dit onderzoek heeft aan de ene kant de beoordelingen van de bewoners door de verzorgenden met elkaar vergeleken en aan de andere kant is onderzocht welke demografische variabelen en werkbelevingsfactoren op de validiteit van die beoordelingen van invloed zijn. Bij het beoordelen van de situatie en eenzaamheidsgevoelens van de bewoner door de verzorgenden kwamen grote onderlinge verschillen tussen de verzorgenden naar voren. Het percentage overeenstemming tussen de verzorgenden was bij slechts enkele gedragingen van de bewoners meer dan 80%. Uit een vergelijking van de score van de verzorgenden op het oordeel over verschillende soorten gedrag van de bewoner met het oordeel van de bewoner zelf op dat gedrag werd duidelijk dat de verschillen tussen de verzorgende erg uiteenlopen wat betreft de mate waarin ze de eenzaamheid op een juiste wijze inschatten. Met betrekking tot deze individuele verschillen in de beoordelingen kan in dit onderzoek geconcludeerd worden dat een valide oordeel van de

verzorgenden samenhangt met goede collegiale contacten tussen de verzorgenden en een positieve waardering door de verzorgenden van hun huidige werksituatie. Het aantal jaren werkervaring en de opleiding van de verzorgenden hangen niet samen met de validiteit van hun beoordelingen. De betrouwbaarheid van de beoordelingen van de verzorgenden bleek in dit onderzoek niet voldoende wanneer alleen een instructie voorafgaand aan het gebruik van de BPS-schaal werd gegeven (zie paragraaf 4.5). Waarschijnlijk is een training nodig waarin de verzorgenden leren om een bewoner objectief te observeren en dit kunnen vertalen naar de gedragingen die in de BPS-schaal genoemd worden.

5.3 Aanbevelingen

In het theoretisch kader in hoofdstuk 2 is beschreven dat eenzaamheid een zeer complex probleem is waarvoor niet één goede oplossing is te geven. In de aanbevelingen zal dan ook worden ingegaan op enkele aandachtspunten die naar aanleiding van dit onderzoek in een verzorgingstehuis in Den Haag van belang geacht worden met betrekking tot de eenzaamheidsproblematiek van de bewoners.

Een eerste aanbeveling die gedaan kan worden op basis van de resultaten van dit onderzoek, is dat de verzorgenden meer bewust letten op een aantal gedragsaspecten van de bewoners: Hoe vaak en wanneer verlaten bewoners hun kamers en hebben zij contact met medebewoners. Ontvangen de bewoners regelmatig bezoek of gaan ze weleens uit. Het is hierbij niet de bedoeling dat de verzorgenden constant op het doen en laten van de bewoners letten. Wanneer verzorgenden de indruk hebben dat bewoners eenzaam, depressief of helemaal niet gelukkig zijn dan kunnen de hierboven genoemde aspecten een beter inzicht geven in de situatie van de bewoners.

De volgende aanbeveling is ook gericht op de verzorgenden. Veel bewoners geven aan meer contacten met de verzorgenden te wensen door middel van een gesprek of een activiteit. Het uitoefenen van een activiteit met de bewoners is voor de verzorgenden meestal geen probleem en zal, indien er tijd voor beschikbaar is, zeker plaats kunnen vinden. Het aangaan van een gesprek met de bewoners over hun problemen vereist echter bepaalde vaardigheden. Gezien de diverse problematieken bij de bewoners is het begrijpelijk dat verzorgenden het niet aandurven of niet aankunnen om zo'n gesprek aan te gaan met de bewoners. Van de kant van de bewoners is hier echter wel veel vraag

naar. Om de verzorgenden meer zekerheid te geven tijdens zulke gesprekken is het aan te bevelen dat ze bijvoorbeeld een bijscholingscursus volgen waarin hen gesprekstechnieken geleerd worden en ze leren om te gaan met moeilijke situaties gedurende een gesprek. Op deze wijze kunnen de verzorgenden niet alleen op lichamelijk gebied optimale verzorging bieden maar ook op psycho-sociaal gebied.

In de derde plaats kwam uit de onderzoeksresultaten naar voren dat de tevredenheid van de bewoners met het leefklimaat in het verzorgingstehuis een belangrijke rol speelt bij eenzaamheid. Tijdens de analyses van de onderzoeksresultaten kwam ook naar voren dat de bewonerscommissie wel bestaat maar niet goed functioneert. Bijna 65% van de geïnterviewde bewoners kent de bewonerscommissie niet of weet niet wat de commissie doet. Omdat het oordeel over de kwaliteit van het leefklimaat in het verzorgingshuis sterk samenhangt met de mate van eenzaamheid van de bewoners is het vergroten van de betrokkenheid van de bewoners bij het doen en laten van de bewonerscommissie nodig zodat de bewoners actief zelf mee gaan denken en kunnen helpen het leefklimaat goed te houden en problemen (eenzaamheid) mee kunnen helpen oplossen.

In de vierde plaats wordt er een aanbeveling gegeven ten aanzien van de activiteitenbegeleiding in het verzorgingstehuis. Dykstra (1990) constateerde dat ouderen met éézijdige netwerken dat wil zeggen alleen bestaand uit familieleden, een grotere kans maken op eenzaamheid dan ouderen met een gevarieerd netwerk. In dit onderzoek is ook aangetoond dat de bewoners de meeste ondersteuning van hun familieleden ontvangen. Het lijkt niet reëel om van familieleden die al zeer actief bij de bewoners betrokken zijn nog meer aandacht te vragen. Het is beter om het netwerk van de bewoners uit te breiden dat wil zeggen gevarieerder te maken. Onder leiding van een activiteitenbegeleidster zou bijvoorbeeld een gespreksgroep gestart kunnen worden. In deze groep kunnen dan onderwerpen besproken worden die de bewoners bezighouden en waarover ze graag met anderen van gedachten willen wisselen. De activiteitenbegeleiding zou dan die bewoners kunnen vragen mee te doen die weinig van hun kamers komen en zelden tot nooit naar activiteiten komen die georganiseerd worden. De persoonlijke contacten die in zo'n groep ontstaan kunnen de bewoners helpen om een gevarieerder netwerk op te bouwen zodat ze ook heel dichtbij netwerkleden hebben op wie ze een beroep kunnen doen, die ze vertrouwen en bij wie ze zich prettig voelen.

Tot slot wordt er nog een aanbeveling gedaan ten aanzien van de

werkbeleving en arbeidsvoldoening van de verzorgenden. In dit onderzoek kwam naar voren dat enerzijds de tevredenheid waarmee verzorgenden hun werk doen en de mate waarin ze hun werk als zinvol ervaren en waarderen en anderzijds de mate waarin de verzorgenden tevreden zijn over hun contacten met collega's, de validiteit van hun beoordelingen van de bewoners in positieve zin beïnvloeden. Dit betekent dat wanneer verzorgenden hun werk positief waarderen en goede contacten hebben met collega's, dat dit het inzicht van de verzorgenden in de situatie van de bewoners verhoogt en daardoor de kwaliteit van zorg. De verzorgenden zijn immers beter in staat om in te spelen op de bewoners omdat ze diens situatie goed kunnen inschatten. Vanuit deze bevinding is het van belang dat de directie en de afdelingshoofden ernaar streven een plezierige werksfeer en zo optimaal mogelijke arbeidsomstandigheden te creëren voor de verzorgenden.

LITERATUUR

- ANDERSSON, L. Intervention against loneliness in a group of elderly women: an impact evaluation. *Social Science and Medicine* 20, 4 (1985) p. 355-364
- BOSMA, A. De gezondheid van mensen in de derde levensfase; een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten. Eindhoven: Afdeling preventieve en sociale psychiatrie GG & GD 1988
- BOUMANS, N.P.G., J.A. LANDEWEERD. Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen. Arbeidsvoldoening, gezondheid- en stressbeleving bij verpleegkundigen in de psychiatrie: een vooronderzoek. *Verpleegkunde* 1, 4 (1986/1987) p. 234-241
- BOUMANS, N.P.G., J.A. LANDEWEERD, J.H.M. VAN HOUTEN. Arbeidsvoldoening bij verpleegkundigen. Factor- en betrouwbaarheidsanalyse van een meetinstrument. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 67, 6 (1989) p. 199-203
- BOWLING, A. Social support and social networks: their relationship to the succesful and unsuccesful survival of elderly people in the community. *Family Practice* 8, 1 (1988) p. 68-23
- BRINK-MUINEN, A. VAN DEN, H. SIXMA. De zorg voor ouderen in Almere. Utrecht: Nivel 1990
- COHEN-MANSFIELD, J. Sources of satisfaction and stress in nursing home care givers: preliminary results. *Journal of Advanced Nursing* 14, 5 (1989) p. 383-388
- DYKSTRA, P.A. Next of (non) kin. The importance of primary relationships for older adults' well-being. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse 1990
- FELLING, A.J.A., A.A.M. FISELIER, M.G.M. VAN DER POEL. Primaire relaties en sociale steun. Achtergronden van de behoefte aan steun, de aard en omvang van informele steunverlening en daarbij opgedane ervaringen. Instituut voor toegepaste sociale wetenschappen, Nijmegen 1991
- FISHER, C.S., S.L. PHILIPS. Who is alone? Social characteristics of people with small networks. In: Peplau, L.A., D. Perlmán (eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons 1982, p. 1-20
- FREDERIKS, C.M.A. Zorgbehoefte van en hulpverlening aan ouderen. Maastricht: Datawysse 1990
- GEEN, V. VAN. Meer greep op eigen leven: een procedure om de mening van bewoners over hun eigen verzorgingshuis bespreekbaar te maken. Amsterdam: Swets en Zeitlinger 1989

in het bij nivel

- GILLISSEN, M. Preventie project RIAGG Noordhage. Meer dan een kwart van de cliënten komt uit het verzorgingstehuis. *Leeftijd* 3 (1989) p. 4-6
- ILLIFFE, S., A. HAINES, S. GALLIVAN, A. BOOROFF, E. GOLDENBERG, P. MORGAN. Assessment of elderly people in general practice (1+2). *British Journal of General Practice* 41 (1991) p. 9-15
- JANSSEN, T., CL. ROMIJN, CL. WOLDRINGH. De beschrijving van het controlemeetnet. In: Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid. Nijmegen: Instituut voor toegepaste sociale wetenschappen 1989
- JONG-GIERVELD, J. DE, F. KAMPHUIS. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement* 9, 3 (1985) p. 289-299
- JONG-GIERVELD, J. DE, F. KAMPHUIS. Opname in een verzorgingstehuis, een oplossing voor eenzame ouderen? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 17 (1986) p. 147-156
- JONG-GIERVELD, J. DE, F. KAMPHUIS. Is opname in een verzorgingstehuis een oplossing voor eenzame ouderen? *Huisarts Nu* 15, 14 (1986) p. 563-567
- JONG-GIERVELD, J. DE. Eenzaamheid: een meersporig onderzoek. Deventer: Van Loghum Slaterus 1984
- KALKMAN, A.L.M., J. KEIJSERS, A.P.H. VISSER, G.J. KOK. Gezondheidsvoorlichting aan ouderen over het ouder worden, slaapklachten, eenzaamheid en medicijngebruik. In: Jong over oud: veroudering in gezondheidswetenschappelijk perspectief. Amsterdam: Thesis Publishers 1990, p. 19-39
- KAM, P. VAN DER, F. MOL, M.G.H.G. WIMMERS. Beoordelingsschaal voor oudere patiënten. Deventer: Van Loghum Slaterus 1971
- KEMPEN, G.I.J.M. Thuiszorg voor ouderen. Groningen: Styx publications 1990
- KEMPEN, G.I.J.M. TH.P.B.M. SUURMEIJER. Factors influencing professional home care utilization among the elderly. *Social Science and Medicine* 32, 1 (1991) p. 77-81
- KLERK, M.M.Y. DE, R. HUIJSMAN. Evaluatie totaal ouderenbeleid Venlo. In: Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen 1989
- KOEDOOT, N., A. HOMMEL. Het project individuele zorgsubsidie voor ouderen te Rotterdam. In: Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid. Nijmegen: Instituut voor Toegepast Sociale Wetenschappen 1989
- LANGER, E.J., J. RODIN. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology* 34, 2 (1976) p. 191-198
- LINNEMAN, M., G. LEENE, K. BETTINK, M. SCHRAM, J. VOERMANS. Uit eenzaamheid: over hulpverlening bij ouderen. Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu, Van Loghum 1990

LINSCHOTEN, C.P. VAN, W.O. ZIJLSTRA, E.W. WOLFFENSBERGER. Substitutie in Zuid-Oost Groningen: schets van de beginsituatie. In: Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen 1989

LITWAK, E. Helping the elderly: the complementary roles of informal networks and formal systems. New York/London: The Guilford Press 1985

LOVEREN-HUYBEN, C.M.S. VAN, J.A. VAN DER BOM. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (1). Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 14 (1983) p. 199-206

LOVEREN-HUYBEN, C.M.S. VAN, J.A. VAN DER BOM. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (2). Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 16 (1985) p. 135-140

LOVEREN-HUYBEN, C.M.S. VAN, J.A. VAN DER BOM. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (3). Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 19 (1988a) p. 201-210

LOVEREN-HUYBEN, C.M.S. VAN, J.A. VAN DER BOM, P.A.J.M. BRONTS. Handleiding voor de BPS. Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen in het verzorgingshuis. Deventer: Van Loghum Slaterus 1988b

MAGRUDER-HABIB, K., W.W.K. ZUNG, J.R. FEUSSNER. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Medical Care 28, 3 (1990) p. 239-250

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Zorg voor ouderen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij (1986) p. 1-17

PEPLAU, L.A., D. PERLMAN. Perspectives on loneliness. In: Peplau, L.A., D. Perlman (eds.). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley and Sons 1982, p. 1-20

PERLMAN, D., L.A. PEPLAU. Theoretical approaches to loneliness. In: Peplau, L.A., D. Perlman. Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley and Sons 1982, p. 123-134

RODIN, J., E.J. LANGER. Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. Journal of Personality and Social Psychology 35, 12 (1977) p. 897-902

SCHWARZER, R., A. LEPPIN. Social support and health: a theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships, 8 (1991), p. 99-127

SEEMAN, T.E., L.F. BERKMAN. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. Social Science and Medicine 26, 7 (1988) p. 737-749

SLIVINSKE, L.R., V.L. FITCH. The effect of control enhancing interventions on the well-being of elderly individuals living in retirement communities. The Gerontologist, 27, 2 (1987) p. 176-181

SOCIAAL-CULTURELE BERICHTEN. Bejaardenoorden 1989; voorlopige uitkomsten, 1989.
S.C.B. 8 (1990a) p. 1-8

SOCIAAL-CULTURELE BERICHTEN. Bejaardenoorden 1989; voorlopige uitkomsten, 1989.
S.C.B. 14 (1990b) p. 4-10

TEMPELMAN, C.J.J. Welbevinden bij ouderen: constructie van een meetinstrument.
Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit 1987



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Bijlage 1

Vragenlijst voor bewoners van het verzorgingshuis.

Bewonernummer :

Interviewer :

Naam interviewer :

.....

Naam bewoner :

Kamernummer:

Om te beginnen wil ik een paar algemene vragen aan u stellen.

1. Wat is uw leeftijd ?

.....jaar.

2. Geslacht (invullen door interviewer)

- man
- vrouw

3. Wat is uw burgerlijke staat ?

- gehuwd
- weduwe/weduwnaar
- gescheiden
- alleenstaand/ongehuwd

4. Woont u hier (invullen door interviewer)

- alleen
- met partner of huisgenoot

5. Wat is de hoogste schoolopleiding die u heeft gehad (afgerond met diploma)?

- lagere school
- lager beroepsonderwijs (LTS, Huishoudschool)
- MULO, VGLO
- middelbaar beroepsonderwijs
- HAVO, HBS, Gymnasium, MMS
- hoger beroepsonderwijs (HBO)
- academische opleiding (Universiteit, Technische Hogeschool)
- weet niet
- anders, namelijk.....

6. Hoelang woont u al in Favente Deo ?

.....maanden (dit invullen bij minder dan één jaar)
.....jaar

DEEL A.

Ik ga u een aantal uitspraken voorleggen die betrekking hebben op verzorgende en huishoudelijke bezigheden. Het gaat erom of u deze activiteiten zelfstandig kunt uitvoeren in uw huidige situatie, dus op dit moment. Wanneer u een activiteit niet of nooit doet dan moet u kijken of u in staat bent om de activiteit uit te voeren. Er zijn per uitspraak 3 antwoordmogelijkheden:

1. ja, zonder moeite
2. ja, met moeite
3. nee, dat kan ik niet zelfstandig

(Toon de respondent antwoordwijzer A.)

	ja, zonder moeite	ja, met moeite	nee, niet zelf- standig
	1	2	3
1. Kunt u zich volledig zelfstandig zonder moeite aan- en uitkleden?	0	0	0
2. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite in en uit bed komen?	0	0	0
3. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite gaan zitten en opstaan?	0	0	0
4. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite uw gezicht en handen wassen?	0	0	0
5. Kunt u zichzelf volledig zelfstandig zonder moeite helemaal wassen?	0	0	0
6. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite gebruik maken van het toilet?	0	0	0
7. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite eten en drinken?	0	0	0
8. Kunt u zichzelf volledig zelfstandig zonder moeite binnenshuis verplaatsen? (eventueel met stok)	0	0	0
9. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite de trap op en af?	0	0	0
10. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite buitenshuis lopen?	0	0	0

	ja, zonder moeite	ja, met moeite	nee, niet zelf- standig
	1	2	3
11. Kunt u volledig zelfstandig zonder moeite uw voeten en nagels verzorgen?	0	0	0
12. Kunt u zelfstandig zonder moeite koken?	0	0	0
13. Kunt u zelfstandig zonder moeite uw broodmaaltijden verzorgen?	0	0	0
14. Kunt u zelfstandig zonder moeite licht poetswerk doen? (o.a. stof afnemen, prullen opruimen e.d.)	0	0	0
15. Kunt u zelfstandig zonder moeite zwaar poetswerk doen? (o.a. dweilen, ramen lappen, stofzuigen e.d.)	0	0	0
16. Kunt u zelfstandig zonder moeite de was doen en/of strijken?	0	0	0
17. Kunt u zelfstandig zonder moeite de bedden opmaken en/of verschonen?	0	0	0
18. Kunt u zelfstandig zonder moeite boodschappen doen?	0	0	0
19. Kunt u zelfstandig zonder moeite de afwas doen?	0	0	0

DEEL B.

Ik ga u weer een aantal uitspraken voorleggen. Deze uitspraken zijn opgetekend uit de mond van een groot aantal mensen met wie eerder uitgebreid over hun situatie gesproken is. Wat u nu moet doen is bij elke uitspraak die ik noem, aangeven in hoeverre die de laatste tijd op u van toepassing is. U kunt kiezen uit de volgende antwoorden:

- JA! = precies op mij van toepassing
- ja = grotendeels op mij van toepassing
- min of meer = min of meer op mij van toepassing
- nee = grotendeels niet/in beperkte mate op mij van toepassing
- NEE! = helemaal niet op mij van toepassing

(Toon de respondent antwoordwijzer B.)

	JA! 1	ja 2	min of meer 3	nee 4	NEE! 5
1. Ik heb een aantal vrienden en kennissen waarop ik kan bouwen.	0	0	0	0	0
2. Ik mis aanspraak en aanloop in de buurt.	0	0	0	0	0
3. Ik ben al mijn vrienden en kennissen van vroeger kwijtgeraakt.	0	0	0	0	0
4. Er zijn slechts weinig mensen met wie je écht kan praten.	0	0	0	0	0
5. Voor een gezellig praatje kan ik zo bij verschillende mensen in de buurt terecht.	0	0	0	0	0
6. Ik mis een echt goede vriend(in).	0	0	0	0	0
7. Ik mis gezelligheid om me heen.	0	0	0	0	0
8. Zelfs van mijn familie ondervind ik de laatste tijd veel onbegrip.	0	0	0	0	0
9. Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.	0	0	0	0	0
10. De burens zijn zeer afstandelijk.	0	0	0	0	0
11. Vaak voel ik me in de steek gelaten.	0	0	0	0	0
12. In vrolijke situaties ben je misschien bij anderen welkom, maar als je in de put zit is dat anders.	0	0	0	0	0

	JAI 1	ja 2	min of meer 3	nee 4	NEE! 5
13. Er zijn slechts weinig mensen die de moeite nemen eens naar je te luisteren.	0	0	0	0	0
14. Ik ervaar een leegte om me heen.	0	0	0	0	0
15. Ik voel dat de mensen in de buurt me links laten liggen.	0	0	0	0	0
16. Ik voel me opgesloten in het kleine wereldje van mijn kamer.	0	0	0	0	0
17. Er is niemand die speciaal belangstelling voor me heeft.	0	0	0	0	0
18. Zelfs van je naast familieleden kan je weinig belangstelling meer verwachten.	0	0	0	0	0
19. Ik mis mensen om me heen.	0	0	0	0	0
20. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan.	0	0	0	0	0
21. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.	0	0	0	0	0
22. Je hebt eigenlijk niemand met wie je vreugde of verdriet zou willen delen.	0	0	0	0	0
23. Ik vind mijn kring van vrienden en kennissen te beperkt.	0	0	0	0	0
24. Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.	0	0	0	0	0
25. Eenmaal eenzaam blijf je eenzaam.	0	0	0	0	0
26. Ze laten je als eenzame maar aan je lot over.	0	0	0	0	0
27. Het ergste van alles is, dat deze situatie zo uitzichtsloos is.	0	0	0	0	0
28. Eenzaamheid is niet op te lossen, je moet ermee leren leven.	0	0	0	0	0
29. De andere mensen zijn in wezen niet bereid je uit je eenzaamheid te verlossen.	0	0	0	0	0

DEEL C.

De vragen die nu volgen hebben betrekking op hoe u zich de laatste tijd voelt. Het is belangrijk dat u zo eerlijk mogelijk antwoordt. Er zijn geen 'goede' of 'slechte' antwoorden. Er zijn 4 soorten antwoorden mogelijk:

- nee/bijna niet
- soms
- dikwijls
- ja/bijna altijd

(Toon de respondent antwoordwijzer C.)

	nee 1	soms 2	dikwijls 3	ja 4
1. Ik voel me neerslachtig en somber.	0	0	0	0
2. 's Morgens voel ik me het best.	0	0	0	0
3. Ik heb huilbuien of het gevoel dat ik ieder moment wel in huilen kan uitbarsten.	0	0	0	0
4. Ik heb moeite met slapen.	0	0	0	0
5. Ik heb de laatste tijd evenveel eetlust als een tijdje geleden.	0	0	0	0
6. Ik vind kijken naar, samen zijn of praten met een aantrekkelijke man of vrouw leuk.	0	0	0	0
7. Ik heb het gevoel dat ik magerder word.	0	0	0	0
8. Ik heb last van verstopping.	0	0	0	0
9. Mijn hart klopt sneller dan normaal.	0	0	0	0
10. Ik raak van het minste vermoeid.	0	0	0	0
11. Mijn gedachten zijn even helder als vroeger.	0	0	0	0
12. Ik vind het gemakkelijk om alles te doen wat ik vroeger ook deed.	0	0	0	0
13. Ik ben rusteloos en ongedurig.	0	0	0	0
14. Ik ben hoopvol gestemd over de toekomst.	0	0	0	0
15. Ik ben prikkelbaarder dan gewoonlijk.	0	0	0	0
16. Ik neem makkelijk besluiten.	0	0	0	0

	nee 1	soms 2	dikwijls 3	ja 4
17. Ik geloof dat ik nuttig en nodig ben.	0	0	0	0
18. Ik vind mijn leven boeiend.	0	0	0	0
19. Ik denk dat ik beter af zou zijn als ik dood was.	0	0	0	0
20. Ik doe alle gebruikelijke dingen nog met plezier.	0	0	0	0

DEEL D.

Er komen nu een paar vragen die te maken hebben met uw gezondheid. U heeft per vraag drie antwoordmogelijkheden:

1. mee eens
2. weet niet
3. niet mee eens

(Toon de respondent antwoordwijzer D.)

	mee eens 1	weet niet 2	niet mee eens 3
1. Ik voel me prima.	0	0	0
2. Ik mankeer altijd wel wat.	0	0	0
3. Ik voel mezelf nog heel goed gezond.	0	0	0
4. Ik voel me vaak niet zo goed.	0	0	0
5. Vergeleken met mijn leeftijdsgenoten is mijn gezondheid uitstekend.	0	0	0

DEEL E.

De uitspraken die nu volgen hebben betrekking op het 'wonen in een verzorgingshuis'. Probeer zo eerlijk mogelijk te antwoorden. Het gaat bij deze uitspraken om uw mening over het verzorgingshuis Favente Deo. U kunt bij elke uitspraak kiezen uit 5 antwoorden:

1. JA! = ja, altijd/precies van toepassing
2. ja = ja/grotendeels van toepassing
3. soms = af en toe van toepassing
4. nee = nee/in beperkte mate van toepassing
5. NEE! = nee, nooit/helemaal niet van toepassing

(Toon de respondent antwoordwijzer E.)

	JA! 1	ja 2	soms 3	nee 4	NEE! 5
1. Het eten is hier over het algemeen uitstekend.	0	0	0	0	0
2. Het eten komt te koud op tafel.	0	0	0	0	0
3. Er wordt hier veel over het eten geklaagd.	0	0	0	0	0
4. Het eten ziet er altijd zeer verzorgd uit.	0	0	0	0	0
5. Ik kan me hier af en toe een extraatje permitteren.	0	0	0	0	0
6. Ik heb hier genoeg ruimte.	0	0	0	0	0
7. De aanblik van dit huis zou heel wat vriendelijker kunnen.	0	0	0	0	0
8. Wat er georganiseerd wordt, zou beter verzorgd kunnen zijn.	0	0	0	0	0
9. Hier vind ik altijd wel iemand om mee te praten.	0	0	0	0	0
10. Dit huis biedt mij precies wat ik nodig heb.	0	0	0	0	0
11. Als je zelf niet de eerste stap doet, laat iedereen je hier links liggen.	0	0	0	0	0
12. Hoe laat ik naar bed ga en opsta, kan je helemaal zelf bepalen.	0	0	0	0	0
13. Bij mooi weer wordt het iedereen mogelijk gemaakt om naar buiten te gaan.	0	0	0	0	0
14. Mijn familie vindt het prettig om in dit huis op bezoek te komen.	0	0	0	0	0

	JAI 1	ja 2	soms 3	nee 4	NEE! 5
15. Ik vind het soms bezwaarlijk om in deze omgeving bezoek van buiten te ontvangen.	0	0	0	0	0
16. Echte vriendschap is hier moeilijk.	0	0	0	0	0
17. In dit huis leeft iedereen teveel voor zichzelf.	0	0	0	0	0
18. Meteen in het begin hebben mijn burens en ik kennis gemaakt.	0	0	0	0	0
19. Je kunt hier altijd wel met iemand over de diepere dingen van het leven praten.	0	0	0	0	0
20. Tegenwoordig heb ik te weinig mensen om me heen.	0	0	0	0	0
21. De bewonerscommissie doet erg goed werk.	0	0	0	0	0
22. De bewonerscommissie komt te weinig voor de bewoners op.	0	0	0	0	0
23. De bewonerscommissie praat meestal over onbelangrijke zaken.	0	0	0	0	0
24. Je ziet hier teveel nieuwe medewerkers.	0	0	0	0	0
25. Het personeel is vriendelijk.	0	0	0	0	0
26. Het personeel heeft te weinig aandacht voor je.	0	0	0	0	0
27. Ik heb nog steeds voldoende contact met vroegere kennissen.	0	0	0	0	0
28. Ik had liever nog even gewacht om hier naar toe te komen.	0	0	0	0	0
29. De overgang van mijn huis naar hier was voor mij erg moeilijk.	0	0	0	0	0
30. Het duurde erg lang voor ik me hier thuis voelde.	0	0	0	0	0
31. Je wordt hier teveel betutteld.	0	0	0	0	0
32. Ik voel me hier helemaal op mijn plaats.	0	0	0	0	0

	JAI 1	ja 2	soms 3	nee 4	NEEI 5
33. Als je ziek bent, dan wordt je bijzonder goed verzorgd.	0	0	0	0	0
34. Het personeel staat altijd voor je klaar.	0	0	0	0	0
35. Het personeel heeft het snel in de gaten als er iets met je mis is.	0	0	0	0	0
36. Als je gebeld hebt, moet je hier vaak lang wachten.	0	0	0	0	0
37. Er is hier altijd wel iemand die je helpt als je ergens hulp bij nodig hebt.	0	0	0	0	0
38. Het personeel loopt zonder antwoord af te wachten je kamer binnen.	0	0	0	0	0
39. Je kunt hier precies doen en laten wat je wilt.	0	0	0	0	0
40. Het personeel besteedt ruim voldoende aandacht aan je klachten.	0	0	0	0	0
41. Er zijn hier in huis groepjes waar je moeilijk tussenkomt.	0	0	0	0	0
42. Ongeacht zijn afkomst is iedereen hier even belangrijk.	0	0	0	0	0

DEEL F.

De volgende vragen gaan over de contacten die u zoal hebt met mensen in uw omgeving. Deze contacten kunnen bijvoorbeeld gaan over hulp, advies, informatie e.d.; u kunt hierbij denken aan vrienden, kennissen, familieleden, buren of hulpverleners.

Ik stel u een aantal vragen; bij elke vraag kunt u personen noemen die bij die vraag horen. Van deze personen zou ik graag de voornaam en de eerste letter van de achternaam horen. Maar allereerst vraag ik u de voornamen en eerste achterletters van uw eventuele partner of huisgenoot en kinderen + schoonkinderen. Het gaat hierbij om nog levende personen.

(Namen + eerste letters achternaam noteren op vragenformulier F1.)

De vragen: (de respondent mag maximaal 6 namen noemen; antwoorden noteren op formulier F2.)

1. Wie heeft de afgelopen maanden bij u geholpen met het huishouden of met klussen, bijvoorbeeld schoonmaken, koken, boodschappen doen, invullen van formulieren, timmerklussen e.d.? (alleen onbetaald!)
2. Bij wie heeft u zelf de afgelopen maanden weleens geholpen met het huishouden of met klussen?
3. Van wie heeft u de afgelopen jaren wel eens veel geld of voor langere tijd grote spullen geleend?
4. Aan wie heeft u de afgelopen jaren wel eens veel geld of voor langere tijd grote spullen geleend?
5. Bij wie zou u ook midden in de nacht om hulp kunnen aankloppen?
6. Met wie heeft u het afgelopen jaar samen een hobby beoefend, gekaart, gepuzzeld en dergelijke?
7. Met wie bent u de afgelopen maanden wel eens uitgegaan, bijvoorbeeld winkelen, wandelen of zomaar een dagje uit?
8. Aan wie vraagt u advies wanneer u belangrijke beslissingen moet nemen?
9. Wie vraagt aan u advies wanneer hij of zij belangrijke beslissingen moet nemen, voor zover u dat kunt inschatten?
10. Met wie bespreekt u uw persoonlijke problemen?
11. Wie bespreekt met u zijn of haar persoonlijke problemen, voor zover u dat kunt inschatten?
12. Welke personen geven u weleens complimenten?
13. Welke personen geven u weleens een duwtje in de goede richting?
14. Bij welke personen hebt u het gevoel dat zij aandacht voor u hebben?

15. Bij welke personen hebt u een veilig gevoel?

16. Bij welke personen hebt u het gevoel dat zij vertrouwen in u hebben?

Vragenformulier F1.

Namen: partner / huisgenoot + (schoon) kinderen

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

FORMULIER F2.

	naam 1	naam 2	naam 3	naam 4	naam 5	naam 6
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						

DEEL G.

Vervolgens ga ik nu een lijst met u opstellen van de **verschillende** personen die door u genoemd zijn.

(Eerst de namen van (levende) partner of huisgenoot en eigen kinderen en schoonkinderen. Vervolgens de namen van de vragen 1 t/m 16, voor zover hier **nieuwe** personen opstaan.

Op deze wijze ontstaat een lijst met allemaal verschillende personen. Voor elk van deze personen de volgende vragen laten beantwoorden; gebruik hiervoor de codes van Deel G.)

	naam	soort relatie	hoe lang kent u..	hoe vaak ziet u	hoe vaak belt/schr.	reistijd
1.			jr			min.
2.			jr			min.
3.			jr			min.
4.			jr			min.
5.			jr			min.
6.			jr			min.
7.			jr			min.
8.			jr			min.
9.			jr			min.
10.			jr			min.
11.			jr			min.
12.			jr			min.
13.			jr			min.
14.			jr			min.
15.			jr			min.
16.			jr			min.
17.			jr			min.
18.			jr			min.
19.			jr			min.

	naam	soort relatie	hoe lang kent u..	hoe vaak ziet u	hoe vaak belt/schr.	reistijd
20.			jr			min.
21.			jr			min.
22.			jr			min.
23.			jr			min.
25.			jr			min.
26.			jr			min.
27.			jr			min.
28.			jr			min.
29.			jr			min.
30.			jr			min.

DEEL G.

Codes:

Relatie:

- 1 = partner/huisgenoot
- 2 = kind/schoonkind
- 3 = kleinkind
- 4 = broer/zus
- 5 = overige familie
- 6 = kennis/ vriend
- 7 = medebewoner
- 8 = verzorgend personeel
- 9 = huishoudelijk personeel
- 10 = anders, namelijk.....

Zien/bellen + schrijven:

- 1 = dagelijks
- 2 = enkele keren per week
- 3 = 1 x per week
- 4 = 1-3 keer per maand
- 5 = enkele keren per jaar
- 6 = 1 x per jaar of minder

Reistijd:

reistijd in minuten met het voor hem/haar gebruikelijke vervoer.
bij inwoning en bij medebewoners: '0'.

DEEL H.

Tot slot wil ik u vragen hoe u denkt dat eenzaamheid bij bewoners in een verzorgingshuis opgelost zou kunnen worden.

Het gaat hier om de ideeën die u heeft om eenzaamheid van bewoners te verminderen.

(Antwoord van de respondent hieronder noteren. Wanneer de respondent zelf geen idee heeft wat hij/zij hier moet antwoorden dan pas het onderstaande rijtje met aanwijzingen noemen!)

Aanwijzingen:

- Wat vindt de respondent van de activiteiten die georganiseerd worden, verbeteren die de contacten?
- Hoe denkt de respondent over de onderlinge contacten tussen bewoners?
- Wat vindt de respondent van de mogelijkheid om iets te vieren met familie in het verzorgingshuis?
- Wat vindt de respondent van de mogelijkheid om bezoek van buitenaf te laten deelnemen aan voorzieningen van het huis?

JA

MET

MOEITE

JA

ZONDER

MOEITE

NEE

NIET

**ZELF-
STANDIG**



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Bijlage 3

Beoordelingschaal voor bewoners verzorgingshuis.

Naam bewoner: mw/dhr

nummer:

Afdeling:

Kamernummer:

Naam beoordelaar:

nummer:

Functie:

Hieronder volgen 23 uitspraken. Ga bij elke uitspraak na of het gedrag dat beschreven wordt; nooit, zelden, soms, vaak of zeer vaak voorkomt.

	nooit	zelden	soms	vaak	zeer vaak
	0	1	2	3	4
1. Is geïrriteerd en mopperig.					
2. Is ontevreden over de verzorging.					
3. Is onsamenhangend als hij/zij met je praat.					
4. Negeert wat om hem/haar heen gebeurt.					
5. Kan in huis de weg niet vinden.					
6. Geeft anderen de schuld van zijn/haar moeilijkheden.					
7. Jammert en klaagt.					
8. Is nergens in geïnteresseerd.					
9. Is wantrouwend en achterdochtig.					
10. Moet in de gaten worden gehouden.					
11. Dwaalt van het onderwerp af als je met hem/haar praat.					
12. Heeft moeite met onthouden.					
13. Is snel overstuur als kleine dingen fout gaan.					
14. Begrijpt niet wat je hem/haar duidelijk wilt maken.					
15. Is veeleisend.					
16. Is verward.					
17. Heeft moeite met het nemen van beslissingen (ook bij kleine dingen).					
18. Is dingen kwijt.					

	nooit 0	zelden 1	soms 2	vaak 3	zeer vaak 4
19. Moet aangemoedigd worden om aan activiteiten deel te nemen.					
20. Trekt zich terug op de kamer.					
21. Is eenzaam.					
22. Heeft weinig interesse in de omgeving.					
23. Dwaalt (doelloos) door het huis of buiten.					

Opmerkingen:

Instructie bij de 'Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen' (BPS).

Instructie

Geef bij elk van onderstaande vragen aan hoe vaak het betreffende gedrag bij een bewoner voorkomt. Neem hierbij de afgelopen 4-5 dagen als uitgangspunt. De bedoeling van deze beoordelingsschaal is dat u invult wat u daadwerkelijk ziet. Het is niet de bedoeling dat u daarbij naar verklaringen zoekt. De beoordelingsschaal wordt steeds ingevuld door één verzorgende. Vul alle vragen in door een kruisje te zetten bij de betreffende antwoordcategorie.

Betekenis van de antwoordcategorieën

- 0 = nooit
 1 = zelden (komt bijna niet voor, slechts een enkele keer)
 2 = soms (regelmatig, enkele keren per week)
 3 = vaak (vrijwel dagelijks)
 4 = zeer vaak (meerdere keren per dag)

Een voorbeeld:	nooit	zelden	soms	vaak	zeer vaak
	0	1	2	3	4

Is geïrriteerd en mopperig	x
----------------------------	---

Indien de bewoner de afgelopen 4-5 dagen nooit humeurig is geweest, dan zet u een kruisje bij 'nooit'. Probeer bij twijfel tussen twee antwoordcategorieën altijd tot een keuze te komen.

Tot slot nog enkele punten die van belang zijn bij het observeren van mensen.

Om iemand zo objectief mogelijk te observeren moet u op de volgende punten letten:

- Observeer nauwkeurig, dat wil zeggen let op kleine dingen en bepaal hoe vaak een bepaald gedrag voorkomt.
- Wees niet bevooroordeeld, dat wil zeggen dat u uw eigen gevoelens zo min mogelijk een rol laat spelen bij de beoordeling.
- Noteer het waarneembare, dat wil zeggen kijk en noteer alleen dat wat u ziet leg er géén interpretatie in.
- Observeer systematisch. Een grote hoeveelheid indrukken werkt onnauwkeurigheid in de hand.
- Vergelijk observaties, dat wil zeggen dat u niet af moet gaan op indrukken die in één bepaalde situatie voorkomen, maar dat u meerdere situaties met elkaar vergelijkt.

U moet voor het invullen van de beoordelingsschaal van één bewoner ongeveer 10 minuten tijd rekenen.

Succes.

Omschrijving van de uitspraken uit de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen

1. 'Is geïrriteerd en mopperig'

Omschrijving: snel geïrriteerd, humeurig; reageert kortaf, kribbig; het gaat om persoonsgerichte irritatie (naar personeel en andere bewoners).

2. 'Is ontevreden over de verzorging'

Omschrijving: levert negatief commentaar over de kwaliteit van de verleende zorg (verzorging, keuken, civiele dienst, etc.).

3. 'Is onsamenhangend als hij/zij met je praat'

Omschrijving: springt van de hak op de tak; het vertelde (bijv. een antwoord op een vraag) vertoont geen lijn.

4. 'Negeert wat om hem/haar heen gebeurt'

Omschrijving: doet geen moeite het gebeuren in en buiten het huis te volgen.

5. 'Kan in huis de weg niet vinden'

Omschrijving: weet niet waar hij/zij op een bepaald moment is; weet de weg niet (aan te wijzen) naar een bepaalde ruimte (bijv. de eigen kamer).

Opmerking: moet men iemand constant begeleiden (bijv. bij loopmoeilijkheden) dan beoordeelt men of zo iemand de weg kan vinden zonder hulp. Laat zo iemand vertellen waar hij/zij zich op een bepaald moment bevindt of laat hem/haar de weg wijzen.

6. 'Geeft anderen de schuld van zijn/haar moeilijkheden'

Omschrijving: de oorzaak van eigen problemen legt men bij een ander (bijv. kinderen, familie, huisarts, verzorgend personeel, bewoners).

7. 'Jammert en klaagt'

Omschrijving: het gaat om klachten zonder aanleiding.

8. 'Is nergens in geïnteresseerd'

Omschrijving: toont geen belangstelling voor activiteiten in het verzorgingshuis.

9. 'Is wantrouwend en achterdochtig'

Omschrijving: zoekt overal iets achter; anderen (bijv. familie, verzorgenden) hebben slechte bedoelingen met de bewo(o)n(st)er; vertrouwt niemand bij wat hij/zij zegt of doet.

10. 'Moet in de gaten worden gehouden'

Omschrijving: kan een aantal dingen niet meer zelf overzien; heeft begeleiding nodig in verband met veiligheid en gezondheid.

11. 'Dwaalt van het onderwerp af als je met hem/haar praat'

Omschrijving: kan niet bij één onderwerp blijven; komt van het één op het ander en raakt de draad kwijt.

12. 'Heeft moeite met onthouden'

Omschrijving: is vergeetachtig; maakt wel afspraken maar vergeet ze weer.

Opmerking: maakt iemand bijv. een briefje om een afspraak niet te vergeten en vergeet hij/zij die afspraak daardoor niet, dan heeft hij/zij géén moeite met het onthouden van afspraken.

13. 'Is snel overstuur als kleine dingen fout gaan'

Omschrijving: raakt van streek, reageert paniekerig als alledaagse dingen fout gaan.

14. 'Begrijpt niet wat je hem/haar duidelijk wilt maken'

Omschrijving: snapt jouw bedoeling niet; kan je niet volgen.

Opmerking: bij slechthorenden ervoor zorgen dat ze je wél kunnen horen (duidelijk praten en nagaan of gehoorapparaat is ingeschakeld) of de mededeling opschrijven.

15. 'Is veeleisend'

Omschrijving: legt totaal beslag op anderen; wil de aandacht niet met anderen delen; is niet meer redelijk in wat men vraagt; is niet voor rede (uitleg) vatbaar; wil het onderste uit de kan.

16. 'Is verward'

Omschrijving: is de kluts kwijt; zegt of doet dingen die niet (helemaal) kloppen.

17. 'Heeft moeite met het nemen van beslissingen (ook bij kleine dingen)'

Omschrijving: is besluiteloos, onzeker over wat men zal kiezen; maakt niet (snel) een eigen keuze; laat anderen beslissen.

18. 'Is dingen kwijt'

Omschrijving: weet niet waar hij/zij bepaalde voorwerpen heeft neergelegd.

19. 'Moet aangemoedigd worden om aan activiteiten deel te nemen'

Omschrijving: uit zichzelf neemt hij/zij nergens aan deel; moet gemotiveerd worden (bijna dringend uitgenodigd) ergens aan deel te nemen.

Opmerking: het gaat niet om geheugenstoornissen waardoor iemand vergéét aan iets deel te nemen.

20. 'Trekt zich terug op de kamer'

Omschrijving: onttrekt zich (bewust) aan gemeenschappelijke activiteiten.

21. 'Is eenzaam'

Omschrijving: voelt zich alleen en vindt dat (zeer) onprettig.

22. 'Heeft weinig interesse in de omgeving'

Omschrijving: weinig of belangstelling voor wat er in de omgeving gebeurt (bijv. het weer, jaargetijde, wereldgebeuren).

Opmerking: hier gaat het om dingen die zich vooral buiten het verzorgingshuis afspelen.

23. 'Dwaalt (doelloos) door het huis of buiten'

Omschrijving: loopt maar wat heen en weer; is niet speciaal ergens naar toe op weg (bijv. om een bezoek af te leggen).

'Opmerkingen'

Hier kan men opvallende gedragingen invullen die bij geen van de 23 voorafgaande uitspraken zijn onder te brengen en die men als beoordelaar belangrijk vindt in verband met het onderzoek.



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Bijlage 5

VRAGENLIJST VERZORGENDEN

Algemene gegevens.

1. Wat is uw leeftijd?
....jaar
2. Wat is uw geslacht?
man/vrouw
3. Wat is uw functie?
4. Wat is de hoogste opleiding die u heeft gehad (afgerond met diploma)?
5. Hoelang werkt u al in uw huidige functie in de gezondheidszorg?
6. Hoelang bent u al werkzaam in dit verzorgingshuis?

Naam:

Nummer:

Hieronder volgen vragen die gaan over hoe u uw werk ervaart.

Achter elke vraag worden 5 antwoordmogelijkheden genoemd, hiervan moet u er één invullen.

	zeer tevreden	tevreden	neutraal	on- tevreden	zeer on- tevreden
1. Hoe tevreden bent u met de mate waarin het mogelijk is het bewoners naar hun zin te maken.	0	0	0	0	0
2. Hoe tevreden bent u met de mate waarin individuele zorgverlening mogelijk is.	0	0	0	0	0
3. Hoe tevreden bent u met de mate waarin u tijd hebt de bewoners goed te verzorgen.	0	0	0	0	0
4. Hoe tevreden bent u met de mate waarin het mogelijk is psycho-sociale zorg te verlenen.	0	0	0	0	0
5. Hoe tevreden bent u met de mate waarin het mogelijk is bewonerszorg te verlenen volgens eigen maatstaven.	0	0	0	0	0
6. Hoe tevreden bent u met de mate waarin u te maken hebt met bewoners die u graag mogen.	0	0	0	0	0
7. Hoe tevreden bent u met de mate waarin u het gevoel hebt dat bewoners u een geschikte meid/kerel vinden.	0	0	0	0	0
8. Hoe tevreden bent u met de mate waarin u het gevoel hebt iets waardevols tot stand gebracht te hebben.	0	0	0	0	0
9. Hoe tevreden bent u met de mate waarin u kunt laten merken dat u de bewoners sympathiek vindt.	0	0	0	0	0
10. Hoe tevreden bent u met de mate waarin u met de bewoners goede contacten kunt onderhouden.	0	0	0	0	0

	zeer eens	eens	neutraal	oneens	zeer oneens
11.Het werk hier is zinvol voor mij.	0	0	0	0	0
12.Over het huidige werk ben ik enthousiast.	0	0	0	0	0
13.Mijn werk geeft mij veel voldoening.	0	0	0	0	0
14.Ik voel me tevreden als ik dit werk goed doe.	0	0	0	0	0
15.Het werk geeft me de kans te laten zien wat ik waard ben.	0	0	0	0	0
16.Het werk is het waard je ervoor in te spannen.	0	0	0	0	0
17.Ik vind mijn werk eentonig.	0	0	0	0	0
18.Ik voel een grote eigen verantwoordelijkheid.	0	0	0	0	0

	zeer tevreden	tevreden	neutraal	on- tevreden	zeer on- tevreden
19.Hoe tevreden bent u met de mate waarin u uw collega's graag mag.	0	0	0	0	0
20.Hoe tevreden bent u met de mate waarin u te maken hebt met collega's die u graag mogen.	0	0	0	0	0
21.Hoe tevreden bent u met de mate waarin u kunt laten merken dat u uw collega's sympatiek vindt.	0	0	0	0	0
22.Hoe tevreden bent u met de mate waarin u het gevoel hebt dat collega's u een geschikte meid/kerel vinden.	0	0	0	0	0
23.Hoe tevreden bent u met de mate waarin u goede vrienden onder uw collega's kunt maken.	0	0	0	0	0
24.Hoe tevreden bent u met de mate waarin u het gevoel hebt dat u bij uw werkgroep hoort.	0	0	0	0	0
25.Hoe tevreden bent u met de mate waarin verteld wordt wat er van u wordt verwacht.	0	0	0	0	0
26.Hoe tevreden bent u met de mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn.	0	0	0	0	0
27.Hoe tevreden bent u met de mate waarin het afdelingshoofd bij moeilijkheden achter u staat.	0	0	0	0	0

	zeer eens	eens	neutraal	oneens	zeer oneens
28.Ik vind het vaak moeilijk om erachter te komen of ik mijn werk goed doe of niet.	0	0	0	0	0
29.Ik weet meestal wel of ik het werk goed doe of niet.	0	0	0	0	0
30.De meesten die dit werk doen, vinden het moeilijk om erachter te komen of ze het werk goed doen of niet.	0	0	0	0	0
31.De meesten die dit werk doen, voelen zich tevreden als ze het werk goed doen.	0	0	0	0	0
32.De meesten die dit werk doen, voelen een grote eigen verantwoordelijkheid.	0	0	0	0	0
33.De meesten die dit werk doen, vinden het erg zinvol.	0	0	0	0	0
34.De meesten die dit werk doen, vinden het eigen verantwoordelijkheid of het werk goed gedaan wordt of niet.	0	0	0	0	0
35.De meesten die dit werk doen, weten meestal wel of ze het werk goed doen of niet.	0	0	0	0	0
36.De meesten die dit werk doen, voelen zich rot als ze ontdekken dat ze het werk niet goed gedaan hebben.	0	0	0	0	0
37.Het raakt me weinig of ik mijn werk goed doe.	0	0	0	0	0
38.Ik voel me rot als ik ontdek dat ik mijn werk niet goed gedaan heb.	0	0	0	0	0
39.De meeste dingen die ik moet doen, zijn nutteloos.	0	0	0	0	0
40.Werken is een noodzakelijk kwaad.	0	0	0	0	0
41.Ik heb er moeite mee me over het werk druk te maken.	0	0	0	0	0
42.Mijn werk maakt me gejaagd of zenuwachtig.	0	0	0	0	0
43.Ik voel me in mijn werk onder druk staan.	0	0	0	0	0
44.Ik denk thuis vaak na over mijn werkproblemen.	0	0	0	0	0

