



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (R.M.A. van Nispen, A.P.A. van Beek, C. Wagner, *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek* NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

**Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven  
bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen:  
een kwalitatief onderzoek**

**Deelrapport I**

R.M.A. van Nispen  
A.P.A. van Beek  
C. Wagner



ISBN 90-6905-721

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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



# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergronden van het onderzoek	7
1.2 Doelstelling van het onderzoek	9
1.3 Indeling van het rapport	9
<b>2 Methoden</b>	<b>11</b>
2.1 Gegevensverzameling	11
2.2 Onderwerpen van het interview	12
2.3 Data-analyse	13
<b>3 Beschrijving van de onderzoeksgroep</b>	<b>15</b>
<b>4 Lichaam</b>	<b>19</b>
4.1 Ervaren ziekte en gezondheid	19
4.2 Lichamelijke beperkingen en mogelijkheden	21
4.3 Verzorgd lichaam	22
4.4 (Lichamelijk) genieten	24
<b>5 Leefomstandigheden</b>	<b>27</b>
5.1 Leefstijl	27
5.2 Dagritme	29
5.3 Woonomgeving	30
5.4 Veiligheid	31
5.5 Mobiliteit	33
5.6 Financiën	34
<b>6 Participatie</b>	<b>37</b>
6.1 Sociale contacten	37
6.2 Sociale rollen	39
6.3 Warmte en genegenheid	40
6.4 Dingen meemaken	41
6.5 Humor	42
<b>7 Mentaal welbevinden/levenskunst</b>	<b>45</b>
7.1 Eigen identiteit	45
7.2 Voortgezette groei	46
7.3 Ouder worden/bakens verzetten	47
7.4 Onafhankelijkheidsgevoel	47
7.5 Spiritualiteit	48
<b>8 Conclusie en beschouwing</b>	<b>51</b>
8.1 Conclusies	51
8.2 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen	55
<b>Literatuur</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>59</b>



## Voorwoord

Het voor u liggende rapport gaat in op verantwoorde zorg en kwaliteit van leven van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het rapport beschrijft vanuit cliëntenperspectief wat bewoners zelf belangrijk vinden in hun leven, hun wensen en de wijze waarin zij ondersteund willen worden bij het behouden van hun kwaliteit van leven.

Het onderzoek maakt deel uit van een traject van Arcares, de Branchevereniging Verpleging en Verzorging, waarin kwaliteit van leven en verantwoorde zorg worden gedefinieerd vanuit cliëntenperspectief. Dit traject bestaat uit de volgende stappen.

1. Aan de hand van literatuuronderzoek en consensusbijeenkomsten met cliënten(raden), zorgaanbieders en deskundigen is vastgesteld welke aspecten van belang zijn voor kwaliteit van leven. Daarbij zijn een viertal domeinen vastgesteld, namelijk lichamelijk welbevinden, leefomstandigheden, participatie en levenskunst/mentaal welbevinden. Vanuit de vier domeinen is een eerste versie van een meetinstrument opgesteld ('Verkennd onderzoek inzake kwaliteit van leven van ouderen', Brouwer et al., 2004a; 'Operationalisering prestatie-indicatoren voor kwaliteit van leven', Brouwer et al., 2004b).
2. In de periode april-juni 2004 is het meetinstrument voor het vaststellen van kwaliteit van leven afgenomen bij ongeveer 200 bewoners in 5 zorginstellingen in Nederland. Daarnaast zijn deze bewoners uitgebreid geïnterviewd over wat zij verstaan onder verantwoorde zorg en kwaliteit van leven. De bewoners die meededen aan het onderzoek, zijn dus tweemaal bezocht.
3. De gegevens van het meetinstrument over kwaliteit van leven en de interviews over verantwoorde zorg zijn door het NIVEL geanalyseerd. Dit deelrapport beschrijft de resultaten van de interviews over verantwoorde zorg. De gegevens over het meetinstrument voor het vaststellen van kwaliteit van leven worden in een tweede deelrapport beschreven. 'Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: de verfijning van een meetinstrument', NIVEL 2005.

In het onderhavige rapport worden de resultaten op de vier domeinen in afzonderlijke hoofdstukken beschreven. Dit betekent dat de lezer die enkel is geïnteresseerd in één of enkele domeinen zich tot deze hoofdstukken kan beperken. De resultaten worden geïllustreerd met citaten van bewoners en interviewfragmenten.

Tijdens dit onderzoek is nauw samengewerkt met Mw. dr. I. Heesbeen en Mw. drs. C. van Sprundel van Arcares. Wij danken hen voor hun waardevolle bijdragen en suggesties.

Wij hopen dat u als lezer van dit rapport meer inzicht krijgt in wat bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen belangrijk vinden in het leven, wat hun wensen zijn en op welke wijze zij ondersteund willen worden bij het behouden van hun kwaliteit van leven.

Utrecht, juni 2005

Mw. dr. C. Wagner

Programmaleider Kwaliteit en Organisatie



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergronden van het onderzoek

De zorgverlening in zorginstellingen dient bij te dragen aan de kwaliteit van het leven van de bewoners. Voor bewoners die voor langere tijd worden opgenomen in een zorginstelling, zoals een verpleeghuis of een verzorgingshuis, betekent dit dat de zorgverlening zich niet alleen dient te richten op de klinische gezondheidstoestand van bewoners, maar ook op andere aspecten van het leven zoals een zinvolle dagbesteding en het onderhouden van sociale contacten. Dit idee sluit aan bij de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996). Volgens deze Kwaliteitswet zijn zorginstellingen verplicht verantwoorde zorg te leveren. Dit is zorg van goed niveau die doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend en tegemoet komt aan de reële behoefte van de patiënt (Kwaliteitswet zorginstellingen; Sluijs et al., 2002).

Mede door de ontwikkelingen in de medische wetenschap, welke leiden tot meer mogelijkheden en verlenging van het leven, zullen in de nabije toekomst steeds meer mensen aanspraak maken op verpleging en verzorging. Momenteel ontvangen 62.300 mensen intramurale verpleeghuiszorg. Hiervan heeft 6,4% dagbehandeling. In verzorgingshuizen is het aantal mensen dat zorg ontvangt 104.800. Het aantal verpleeghuizen met somatische en/of psychogeriatrische afdelingen is 328 en het aantal verzorgingshuizen is 1.342 (Arcares, 2004). De vraag wordt steeds dringender hoe en of het mogelijk is om de kwaliteit van leven van de bewoners te waarborgen en mogelijk te verbeteren.

Kwaliteit van leven wordt beschouwd als een belangrijke uitkomstmaat van zorg. Onderzoeken naar kwaliteit van leven van bewoners in verpleeghuizen onderschrijven dit uitgangspunt (Holtkamp, 2003; Gerritsen, 2004). Kwaliteit van leven wordt in de literatuur veelal opgevat als een multi-dimensionaal concept waaraan tenminste een somatisch, een psychisch en een sociaal concept te onderscheiden zijn. Zo noemen Van Campen et al. (1997) veiligheid en autonomie van bewoners, naast de gezondheidstoestand, belangrijke aspecten van kwaliteit van leven. Zij definiëren kwaliteit van leven als het oordeel van de bewoner over zijn/haar zintuiglijke, lichamelijke en psychosociale functioneren en zijn/haar ervaren autonomie en ervaren veiligheid (Van Campen et al., 1998). De aspecten veiligheid en autonomie komen ook duidelijk naar voren in de door de Landelijke Organisatie Cliëntenraden gedefinieerde behoeftegebieden (LOC, 1999). Meer termen die in verband worden gebracht met kwaliteit van leven van mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn bijvoorbeeld dagelijkse activiteiten die men zelf nog kan uitvoeren (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen), onafhankelijkheid, keuzevrijheid en persoonlijke controle (Jirovec et al., 1993; Kane et al., 1997), privacy en persoonlijke levenssfeer (De Wildt, 1999), maar ook een gevoel van tevredenheid met het leven en het hebben van een doel in het leven (Hammer, 1999).

In recent onderzoek van Gerritsen (2004) wordt naast het fysiek welbevinden van bewoners, het sociaal welbevinden genoemd als een belangrijk aspect van kwaliteit van leven. Gerritsen gebruikt als theoretisch kader de algemene theorie van de Sociale Productie Functies (SPF-theorie) van Lindenberg<sup>1</sup>. Volgens deze theorie streeft iedereen naar een optimaal subjectief welbevinden, welke het resultaat is van *fysiek* en *sociaal welbevinden*.

Fysiek welbevinden wordt enerzijds bereikt door de juiste hoeveelheid stimulatie, bijvoorbeeld door fysieke inspanning of geestelijke en zintuiglijke prikkeling. Anderzijds wordt fysiek welbevinden bereikt door een optimaal comfort. Comfort is een somatische en emotionele toestand gebaseerd op het ontbreken van fysiologische behoeften (geen pijn, honger en dorst) en het hebben van een plezierige en veilige omgeving. De bijbehorende persoonlijke bronnen bestaan uit acties zoals sporten en werken, maar ook uit bezittingen zoals geld.

Sociaal welbevinden wordt bereikt door het behalen van de drie doelen namelijk status, bevestiging van gedrag en affectie. Status duidt op iemands positie in sociale rangordes, zoals bijvoorbeeld beroep, levensstijl of een bepaald talent. De bronnen die daarbij nodig zijn, zijn bijvoorbeeld scholing of sociale klasse. Met bevestiging van gedrag wordt bedoeld dat men geheel leeft volgens de eigen of door relevante anderen gehanteerde normen. Sociale vaardigheden en competentie zijn hiervoor noodzakelijk. Tenslotte gaat affectie over liefde, vriendschap, intimiteit en emotionele ondersteuning, die men bijvoorbeeld ontvangt van de partner of kinderen. Het is gedeeltelijk mogelijk bronnen die wegvallen te compenseren door middel van andere bronnen. Gerritsen noemt het voorbeeld van het wegvallen van een partner dat gedeeltelijk gecompenseerd kan worden door contacten met vrienden. Soms vallen er dermate veel bronnen weg dat het moeilijk wordt om te compenseren met andere bronnen. Dit kan het geval zijn voor bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het is daarom een vereiste dat de personen die de bewoner ondersteunen weten hoe ze moeten bijdragen aan het welbevinden van de bewoner (Gerritsen, 2004; Kempen et al., 1998).

Momenteel is weinig informatie beschikbaar over de wijze waarop bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen zelf de kwaliteit van leven definiëren. Het is onduidelijk welke aspecten bewoners belangrijk vinden in hun leven, welke wensen zij hebben en hoe zij ondersteund willen worden vanuit de zorginstelling. Uit onderzoek van Holtkamp (2003) blijkt dat lichamelijke zorgbehoeften van bewoners in verpleeghuizen een hogere prioriteit hebben bij verzorgenden dan psychosociale behoeften van bewoners, vooral op somatische afdelingen. Naast de nadruk op fysiek welbevinden is het voor het welzijn van bewoners noodzakelijk dat verpleeg- en verzorgingshuizen ook voldoende nadruk leggen op andere aspecten die bewoners belangrijk achten voor hun welbevinden.

---

<sup>1</sup> De SPF-theorie stelt dat mensen hun eigen welzijn 'produceren' door zo veel mogelijk universele doelen te bereiken binnen hun eigen mogelijkheden (Ormel et al., 1997). Individuen worden gezien als zelfbewuste actoren die normaal gesproken op een rationele wijze kosten-effectieve middelen kiezen om deze doelen te realiseren. Er wordt uitgegaan van een hiërarchie, waarin het hoogst haalbare *subjectief welbevinden* is voor elk individu, oftewel een optimale kwaliteit van leven of psychisch welzijn.

## 1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het verschaffen van meer inzicht in wat bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen belangrijk vinden in hun leven, hun wensen en de wijze waarin zij ondersteund willen worden bij het behouden van kwaliteit van leven. De nadruk die ligt op het perspectief van de zorggebruiker past bij de ontwikkelingen van de laatste decennia, waarin er veel aandacht is voor het actief betrekken van zorggebruikers bij het ontwikkelen van beleid dat gericht is op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging (Donabedian, 1992; Aharony et al., 1993; Strasser et al., 1993). Op deze manier weerspiegelt het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg niet alleen de ideeën van zorgverleners en beleidsmakers (Bensing, 1992; Batalden, 1991), maar wordt er expliciet uitgegaan van het perspectief van de cliënt.

Aan de hand van de doelstelling zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

**1. *Welke onderwerpen vinden bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen met name van belang in hun leven?***

Bepaalde onderwerpen zullen door bewoners als belangrijk of als minder belangrijk voor hun leven worden gezien. Daarnaast wordt ingegaan op de praktische invulling van onderwerpen. Sociale contacten zullen bijvoorbeeld voor de bepaalde bewoners voornamelijk bestaan uit contacten met de kinderen, terwijl andere bewoners met name de contacten met medebewoners zullen noemen.

**2. *Op welke wijze en door wie worden bewoners ondersteund, of kunnen zij worden ondersteund, bij deze onderwerpen ?***

Wensen bewoners ondersteuning op bepaalde onderwerpen en hoe wordt aan de ondersteuning vorm gegeven? Door wie worden bewoners het liefst ondersteund? De ondersteuning kan bijvoorbeeld gebeuren door een medewerker van de zorginstelling of een familielid van de bewoner.

**3. *In hoeverre kunnen verschillen op bovenstaande vragen worden verklaard door de setting waarin bewoners verblijven?***

Bewoners die bijvoorbeeld tijdelijk in een instelling verblijven kunnen andere onderwerpen in hun leven belangrijk vinden dan bewoners die definitief in de zorginstelling zijn opgenomen.

## 1.3 Indeling van het rapport

In dit rapport worden de resultaten van de interviews besproken aan de hand van de door Arcare gedefinieerde domeinen: lichaam, leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de inhoud van deze vier domeinen en wordt de onderzoeksmethode en de gegevensverzameling beschreven. In hoofdstuk 3 komen enkele achtergrondkenmerken van de geïnterviewde bewoners aan de orde. In hoofdstuk 4 tot en met 7 worden vervolgens de resultaten beschreven per domein en per onderdeel uit de vragenlijst. De rapportage wordt afgesloten met een conclusie en een beschouwing in hoofdstuk 8.

Bij de beschrijving van de resultaten zal de nadruk liggen op de overeenkomsten tussen bewoners voor wat betreft de huidige en gewenste situatie. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan individuele verschillen tussen bewoners. De resultaten zullen inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van illustratieve citaten.

## 2 Methoden

In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden van onderzoek beschreven. In paragraaf 2.1 wordt de manier van gegevensverzameling gepresenteerd. Vervolgens komen in paragraaf 2.2 de onderwerpen van het interview aan bod. Paragraaf 2.3 geeft een korte beschrijving van de data-analyse.

### 2.1 Gegevensverzameling

In de periode april - juni 2004 is de vragenlijst 'Kwaliteit van leven' en het interview 'Verantwoorde zorg' afzonderlijk van elkaar afgenomen bij bewoners in vijf zorginstellingen. De zorginstellingen bestaan uit twee verpleeghuizen en drie verzorgingshuizen in Nederland (zie figuur 2.1). De zorginstellingen zijn door Arcares uitgenodigd om aan het onderzoek mee te werken. De bewoners zijn in eerste instantie benaderd door de zorginstelling aan de hand van een, door Arcares opgestelde, informatiebrief. Bewoners zijn in deze brief gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. De zorginstellingen hebben vervolgens zelf de bewoners geselecteerd en een planning gemaakt voor de interviews. Deze zijn afgenomen door vijf interviewers.

Figuur 2.1 Overzicht van de zorginstellingen die aan het onderzoek hebben deelgenomen



Zowel bewoners die langdurig in het verpleeg- of verzorgingshuis zijn opgenomen, als bewoners die tijdelijk ter revalidatie zijn opgenomen, zijn in het onderzoek betrokken. In

de verzorgingshuizen heeft tevens een aantal bewoners die extramurale verzorging ontvangen vanuit het verzorgingshuis aan het onderzoek meegewerkt. Tabel 2.1 toont het aantal bewoners dat aan het onderzoek heeft meegewerkt in de verpleeg- en verzorgingshuizen en hun opnamesituatie.

Tabel 2.1 Verblijfssetting van bewoners die hebben meegewerkt aan het onderzoek

	Aantal bewoners	Aantal bewoners in percentages
Verpleeghuis intramuraal	54	26,5%
Reactivering	24	11,8%
Verzorgingshuis intramuraal	93	45,6%
Extramuraal verzorgingshuis	33	16,1%
<b>Totaal</b>	<b>204</b>	<b>100 %</b>

Het grootste deel van de geïnterviewde bewoners woont in het verzorgingshuis (45,6%) en ruim een kwart van bewoners is langdurig opgenomen in het verpleeghuis.

Bij 197 bewoners is de vragenlijst over kwaliteit van leven afgenomen. Dezelfde groep bewoners is gevraagd mee te werken aan het interview over verantwoorde zorg. Helaas was het in de praktijk niet mogelijk om bij al deze bewoners het interview ‘Verantwoorde zorg’ af te nemen. Een aantal bewoners heeft aangegeven het niet prettig te vinden om openlijk over hun leven te praten. Andere bewoners hadden te maken met een plotselinge achteruitgang in hun gezondheidstoestand en waren daarom niet in staat om aan het interview mee te werken. Derhalve zijn er 7 extra bewoners voor het interview geworven, waarvan ook de achtergrondkenmerken bekend zijn (N=204). In totaal is bij 174 bewoners het interview over verantwoorde zorg afgenomen. De interviews namen gemiddeld ongeveer een uur in beslag (62 minuten, Sd = 19,1) Tijdens het interview zijn aantekeningen gemaakt. Alle interviews zijn na afloop uitgewerkt in een interviewverslag.

## 2.2 Onderwerpen van het interview

Het interview bestaat uit vragen en onderwerpen die vier domeinen bestrijken, namelijk lichaam, leefomstandigheden, participatie, levenskunst/mentaal welbevinden. De domeinen zijn eerder in een pilot-onderzoek vastgesteld (zie Brouwer et al., 2004a).

*Lichaam:* De bewoners zijn ondervraagd over een aantal aspecten van lichamelijk welzijn. De onderwerpen die achtereenvolgens aan de orde kwamen zijn ziekte en gezondheid, beperkingen en mogelijkheden, verzorgd lichaam en lichamelijk genieten. In de gesprekken werd nagegaan wat de huidige situatie van de bewoners is, hoe men ziekte en gezondheid ervaart en hoe met lichamelijke beperkingen wordt omgegaan en de mogelijkheden die men nog heeft. Andere onderwerpen die aan de orde kwamen, zijn aspecten die te maken hebben met een verzorgd lichaam of uiterlijk en het ‘lichamelijk’ genieten van bijvoorbeeld eten en drinken, activiteiten of lichamelijk contact. Naast de huidige situatie werd nagegaan hoe men eventueel ondersteund wordt en wat de gewenste situatie is.

*Leefomstandigheden:* De bewoners van de onderzochte verpleeg- en verzorgingshuizen werden gevraagd naar verschillende onderwerpen betreffende de leefomstandigheden waarin zij verkeren. Daarnaast werd gevraagd in hoeverre men wordt ondersteund om de

leefomstandigheden te optimaliseren. Iedereen heeft immers andere wensen ten aanzien van zijn huis en de omgeving waarin men woont, maar ook de manier waarop men de dag indeelt. De onderwerpen die in het vraaggesprek aan de orde kwamen zijn leefstijl, dagritme, woonomgeving, maar ook veiligheid, mobiliteit en financiën. Daarbij kwam de gewenste situatie aan de orde, maar ook op welke manier men ondersteund wordt.

*Participatie:* Bewoners zijn bevraagd over hun sociale contacten met anderen, de sociale rollen die men vervult, of men warmte en genegenheid ervaart, deelname aan sociale activiteiten, de hobby's die men heeft en plezier in het leven. Daarnaast is aan bewoners gevraagd in hoeverre zij ondersteund worden in hun sociale participatie en de mate waarin zij wensen hebben op dit gebied. De onderwerpen die achtereenvolgens aan de orde kwamen zijn sociaal netwerk, sociale rollen, intimiteit, dingen (mee)maken en humor.

*Levenskunst/mentaal welbevinden:* Aan de bewoners is een aantal vragen gesteld met betrekking tot hun mentaal welbevinden. De vragen gingen in op beleving van de eigen identiteit, voortgezette groei, ouder worden of de bakens verzetten, gevoelens van onafhankelijkheid en spiritualiteit. Bij al deze aspecten is gevraagd naar de huidige situatie, de mate waarin bewoners ondersteund worden en hun wensen op dit gebied.

Bijlage 1 toont een overzicht van de vragen die in het interview aan de orde zijn gekomen.

In de rapportage zal worden gesproken worden over 'verzorgenden'. Hiermee worden verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden bedoeld, ongeacht hun opleiding en bevoegdheden. Bewoners zelf hebben het vaak over verpleegster, zuster of hulp.

### **2.3 Data-analyse**

Om de resultaten van de kwalitatieve interviews te interpreteren, zijn de antwoorden per domein en per vraag bekeken op interessante uitspraken. Ook is per vraag bekeken of het mogelijk was om onderwerpen te rubriceren of eventueel te kwantificeren. Hiertoe zijn scoringsschema's gemaakt. Per domein en daarbij behorend onderwerp (paragraaf 2.2) zijn voor alle geïnterviewden verschillende aspecten geordend en van een code voorzien.

Verder zijn de meest informatieve citaten verzameld om zoveel mogelijk inzicht te creëren in de kwaliteit van leven van de bewoners.





### 3 Beschrijving van de onderzoeksgroep

In dit hoofdstuk worden de achtergrondkenmerken van de groep bevroegde bewoners beschreven. De achtergrondkenmerken zijn bekend voor alle bewoners (N=204) die aan het onderzoek hebben meegewerkt. Dit betreft bewoners die aan één of beide vragenlijsten heeft meegewerkt.

Aan de bewoners is gevraagd sinds wanneer zij in de zorginstelling verblijven. De verblijfsduur van de geïnterviewde bewoners staat vermeld in tabel 3.1. Ruim de helft van de bewoners verblijft langer dan twee jaar in de zorginstelling; ruim een kwart is korter dan een jaar in de zorginstelling opgenomen.

Tabel 3.1 Verblijfsduur in zorginstelling van geïnterviewde bewoners

	Aantal bewoners	Aantal bewoners in percentages
< 6 maanden	41	20,2 %
6-12 maanden	17	8,4 %
1-2 jaar	35	17,2 %
> 2 jaar	110	54,2 %
<b>Totaal</b>	<b>203</b>	<b>100 %</b>

In totaal hebben 67 (33%) mannen en 137 (67%) vrouwen aan het onderzoek deelgenomen. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewden is 81 jaar (Sd=9,1), variërend van 42 tot 99 jaar. De grootste groep bewoners, ruim driekwart, is in de leeftijdscategorie van 75 tot 90 jaar. In tabel 3.2 staat de leeftijd in klassen vermeld.

Tabel 3.2 Leeftijd in klassen van geïnterviewde bewoners

	Aantal bewoners	Aantal bewoners in percentages
< 75 jaar	25	12,3 %
75 – 90 jaar	157	77,0 %
> 90 jaar	22	10,8 %
<b>Totaal</b>	<b>204</b>	<b>100 %</b>

Naast het geslacht en de leeftijd van bewoners, is de burgerlijke staat van bewoners genoteerd (tabel 3.3). Driekwart van de geïnterviewden is alleenstaand. Ongeveer een kwart van de geïnterviewde bewoners heeft een partner. Hiervan woont ongeveer de ene helft samen en de andere helft gescheiden van de partner.

Tabel 3.3 Burgerlijke staat geïnterviewde bewoners

	Aantal bewoners	Aantal bewoners in percentages
Alleenstaand	153	75,4 %
Met partner samenwonend	24	11,8 %
Met partner gescheiden wonend	26	12,8 %
<b>Totaal</b>	<b>203</b>	<b>100 %</b>

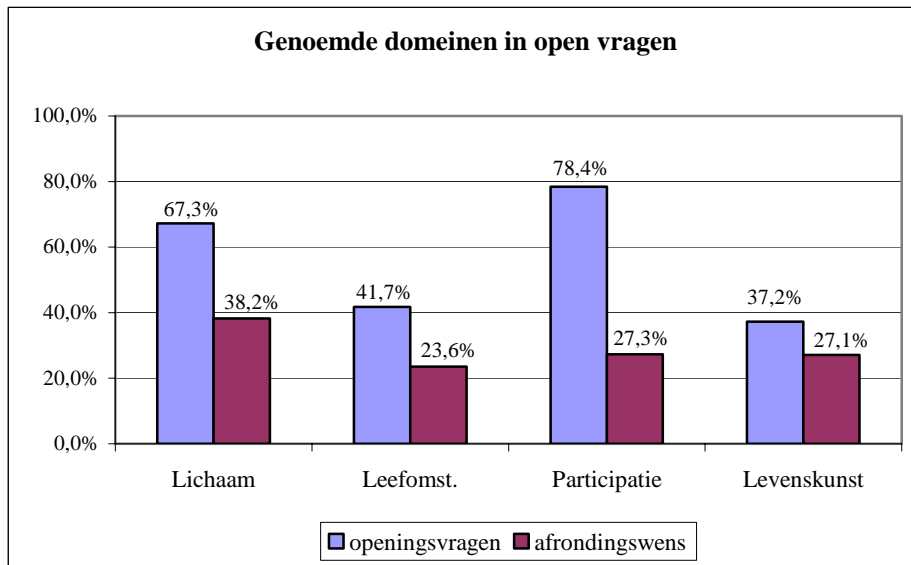
De vraag naar opleiding is slechts door circa de helft van de bewoners beantwoord. Voor bijna de helft van de bewoners geldt dat zij een laag opleidingsniveau hebben, namelijk lagere school (zie tabel 3.4). Ruim 40 procent van de bewoners heeft een gemiddeld opleidingsniveau, zoals de middelbare school of middelbaar beroepsonderwijs. Tenslotte heeft bijna 10% hoger onderwijs genoten, zoals een universitaire opleiding.

Tabel 3.4 Opleidingsniveau geïnterviewde bewoners

	Aantal bewoners	Aantal bewoners in percentages
Lagere school	57	49,1 %
Middelbare school, middelbaar beroepsonderwijs	48	41,4 %
Hoger onderwijs, universiteit	11	9,5 %
<b>Totaal</b>	<b>116</b>	<b>100 %</b>

Aan het begin van alle interviews werden drie openingsvragen gesteld. In deze algemene vragen werd gevraagd naar wat bijdraagt aan een goed leven en wat het leven minder goed maakt. Aan het eind van het interview werd de bewoners gevraagd naar een persoonlijke wens. Na analyse bleek dat de onderwerpen die bij de openingsvragen werden genoemd vooral te maken hebben met de domeinen 'lichaam' en 'participatie' (zie figuur 3.1). Participatie-onderwerpen werden het meest genoemd, namelijk door ruim driekwart van de bewoners. Ook werden onderwerpen genoemd die met de domeinen 'leefomstandigheden' en 'mentaal welbevinden' van doen hebben. Bij de afsluitingswens werden door bijna 40% van de bewoners aspecten genoemd die met het onderwerp 'lichaam' te maken hebben. De andere drie domeinen werden bij de afsluitingswens ongeveer even vaak genoemd, namelijk door ongeveer een kwart van de bewoners.

Figuur 3.1 Resultaat openingsvragen en afsluitingswens



Samenvattend kan worden gezegd dat het gaat om een groep mensen op relatief hoge leeftijd, die veelal alleenstaand zijn. De meeste bewoners hebben een middelbare beroepsopleiding of lagere school en verblijven voor langere tijd in de zorginstelling. De bewoners noemen spontaan het meest onderwerpen die te maken hebben met de domeinen lichaam en participatie. Echter, ook de domeinen leefomstandigheden en mentaal welbevinden worden spontaan genoemd. In de volgende hoofdstukken komen de resultaten van de interviews aan de orde.



## 4 Lichaam

*“Er wordt hier geen rekening gehouden dat ik niets kan lezen, maar als ik het vraag wordt het voorgelezen. Wel heb ik het gesproken boek, zodat ik zelf buiten kan gaan zitten. De bijna blindheid en katheter bepalen alles. Ze nemen me in mijn rolstoel mee uit wandelen. Maar als ik droom, dan fiets ik weer, dan zie ik alles, dan ben ik weer in mijn tuin bezig. Droom en werkelijkheid liggen ver uit elkaar”.*  
Bewoner, verzorgingshuis

Bewoners zijn ondervraagd over een aantal aspecten van lichamelijk welzijn. In de gesprekken werd nagegaan wat de huidige situatie van de bewoners is, hoe men ziekte en gezondheid ervaart en hoe met lichamelijke beperkingen wordt omgegaan en de mogelijkheden die men nog heeft. Andere onderwerpen die aan de orde kwamen, zijn aspecten die te maken hebben met een verzorgd lichaam of uiterlijk en het ‘lichamelijk’ genieten van bijvoorbeeld eten en drinken, activiteiten of lichamelijk contact. Naast de huidige situatie werd nagegaan hoe men eventueel ondersteund wordt en wat de gewenste situatie is.

### 4.1 Ervaren ziekte en gezondheid

De ervaren ziekte en gezondheid werd besproken aan de hand van aspecten als het hebben van een ziek of gezond lichaam, pijn, vermoeidheid of juist vitaliteit. Daarnaast werd gevraagd naar wat de bewoner ondersteunt of zou kunnen ondersteunen bij de gezondheid. Gesproken werd over de arts, de aandacht die men krijgt, bijvoorbeeld door het maken van een praatje of het serieus genomen worden door de verzorging. Ook werd gesproken over het gebruik van medicatie en de medicatieverstrekking. Ten slotte werd aandacht besteed aan de gewenste situatie.

Afhankelijk van de lichamelijke gesteldheid, wonen de bewoners in een verpleeg- of verzorgingshuis. In verpleeghuizen is de lichamelijke problematiek uiteraard vaak ernstiger. Enkele bewoners geven aan niet voor zichzelf in de zorginstelling te wonen, maar voor de partner die intensievere verzorging nodig heeft. Hoewel deze mensen dus relatief gezond en vitaal zullen zijn, wonen ze toch in het verzorgingshuis. Voor de meeste bewoners van de zorginstellingen geldt echter dat er sprake is van een grote verscheidenheid aan lichamelijke klachten, problemen en aandoeningen. Een paar voorbeelden van aandoeningen die genoemd worden zijn reuma, diabetes, CVA<sup>2</sup>, TIA<sup>3</sup>,

---

<sup>2</sup> CVA: Cerebrovasculair accident

<sup>3</sup> TIA: Transient ischaemic attack

gebroken heup, longemfyseem en epilepsie. Ook gezondheidsklachten als pijn, decubitus, te hoog cholesterolgehalte, slaapproblemen en evenwichtsstoornissen worden genoemd.

Bewoners in het verzorgingshuis hebben over het algemeen hun eigen huisarts. In het verpleeghuis heeft men veelal te maken met de verpleeghuisarts of een behandelend arts in het ziekenhuis. Een aantal bewoners geeft aan dat de verzorgende de arts voor hen inschakelt als ze een arts nodig hebben, andere bewoners geven aan dat de mantelzorg dat voor hen doet.

De bewoners zijn over het algemeen goed te spreken over de behandelend arts. Een groot deel van de bewoners zegt ondersteund te worden door de behandelend arts. Dit uit zich bijvoorbeeld in het voldoende aandacht hebben voor lichamelijke klachten en problemen. Echter, in één zorginstelling werd ook aangegeven dat men vaak lang op de behandelend arts moet wachten voor hij of zij langskomt. Ook kwam het hier voor dat men het voorgeschreven geneesmiddel niet of pas erg laat kreeg, zodat de aandoening of kwaal een tijd lang onbehandeld bleef. Over de verzorgenden is een groot aantal bewoners tevreden voor wat betreft de mate waarin de klachten serieus worden genomen. Een aantal bewoners geeft echter aan dat men zich juist niet serieus genomen voelt door de verzorgenden. Anderzijds worden sociale contacten met de verzorgenden en de arts genoemd als een belangrijk aspect van de lichamelijke ondersteuning. Een aantal bewoners zegt regelmatig een informeel praatje te maken met de arts of verzorgenden, terwijl anderen dat aspect juist missen. Dat men soms persoonlijke aandacht mist van verzorgenden komt duidelijk naar voren in het volgende citaat van een bewoner in een verpleeghuis. De bewoner in het tweede fragment voelt zich wel serieus genomen door de huisarts, maar de aandacht van de verzorgenden laat wat te wensen over:

*“Ze verzorgen me hier niet zoals ik voor mijn schoonmoeder gezorgd heb. Ik bleef ook altijd even bij haar koffie drinken en dat doen ze hier niet. Ze verzorgen me en meer niet. Ik ben volledig afhankelijk van ze en als ze met me bezig zijn dan praten ze over me heen over hun eigen sores. Ze hebben geen aandacht voor mij”.*

Bewoner, verpleeghuis

*Mw. heeft slechte ogen. De verzorgenden letten niet altijd goed op de houdbaarheidsdatum van medicijnen. Ook de wisseling van de verzorgenden gaat te snel. Verzorgenden zouden beter de zorgdossiers kunnen lezen; het gaat nu allemaal te snel en daardoor zijn de verzorgenden niet altijd goed op de hoogte. De lijsten worden niet goed nagekeken. Mw. praat dit het liefste uit in een persoonlijk gesprek met de verzorgenden. Mw. heeft een fijne huisarts.*

Bewoner, verzorgingshuis

Ter ondersteuning van de gezondheid gebruiken vrijwel alle geïnterviewde bewoners medicijnen, maar de verstrekking van medicijnen is verschillend. Een aantal bewoners, met name in de verzorgingshuizen, krijgt de medicijnen uitgereikt in een week- of dagdoos. Anderen laten de medicijnenverstrekking aan de verzorging over, die hen de medicatie op

het juiste tijdstip langs komt brengen en laat innemen. Bewoners in verpleeghuizen krijgen de medicijnen vaak uitgereikt op bepaalde tijdstippen, bijvoorbeeld bij de maaltijd. In verzorgingshuizen wordt ook wel genoemd dat de verzorgende de medicatie de avond van te voren alvast afgeeft, zodat de bewoner zelf ruim voor het ontbijt zijn of haar medicatie kan innemen. Anderen geven aan zelf verantwoording te nemen voor de medicijninname. Desgevraagd zijn de bewoners over het algemeen tevreden over de medicijnverstrekking.

## 4.2 Lichamelijke beperkingen en mogelijkheden

Er werd in het interview gesproken over lichamelijke beperkingen en mogelijkheden die men heeft om de beperkingen te trotseren of compenseren. Gevraagd is naar de beperkingen die men heeft met lopen, zien, horen of met het volgen van wat er in de wereld gebeurt en hoe daarmee om te gaan, bijvoorbeeld door het gebruik van hulpmiddelen. Zowel bewoners in verpleeghuizen, als in verzorgingshuizen hebben vaak te maken met lichamelijke beperkingen, zoals het niet of slecht kunnen lopen. Veel mensen geven dan ook aan ondersteund te worden door hulpmiddelen bij hun lichamelijke beperkingen. Een aantal heeft een loophulpmiddel, en dan met name een rollator of een rolstoel en sommigen een stok voor binnenshuis. Anderen geven aan de rollator en (elektrische) rolstoel voor buitenshuis te gebruiken. Maar ook een scootmobiel wordt genoemd, met name voor de langere afstanden. Bij een paar mensen komt de noodzaak van zuurstof ter sprake. Ook visuele hulpmiddelen spelen een grote rol, zoals een (lees)bril, een loep, grote letterboeken of het ‘gesproken boek’. Een paar mensen geven aan één of twee gehoorapparaten te hebben. Op de vraag of men volgt wat er in de wereld gebeurt, geven de meeste mensen aan dat te doen. Een aantal volgt het nieuws, leest de krant of kijkt naar het journaal op televisie. Bewoners verschillen in de mate waarin zij hun lichamelijke achteruitgang en hun lichamelijke beperkingen hebben geaccepteerd. Dit wordt geïllustreerd door onderstaande fragmenten uit de interviews. De mate waarin men de lichamelijke beperkingen heeft geaccepteerd hangt onder andere samen met de tijdsduur dat men last heeft van de beperkingen. Wanneer de aandoening plotseling of kort geleden is ontstaan, bijvoorbeeld in het geval van een CVA, dan blijkt dat men vaker moeite heeft met het accepteren van de nieuwe situatie, waarin de persoon (ernstige) lichamelijke beperkingen heeft.

*Dhr. vindt het wel eens moeilijk om alles te accepteren. Dhr. heeft een hersenbloeding gehad en is hier nu bijna een jaar. Dhr. zit in een gemotoriseerde rolstoel. Lopen blijft, ondanks dagelijkse fysiotherapie, moeilijk. Dhr. heeft met de hersenbloeding een ‘forse klap gehad’ en ziet zijn herstel somber in. Dhr. zal waarschijnlijk nooit meer kunnen lopen en fietsen.*

Bewoner, verpleeghuis

*“Ik kan goed met mijn lichamelijke beperkingen omgaan, omdat ik van jongs af aan wist dat ik er last van zou krijgen. Mijn moeder heeft deze aandoening, en mijn oudste zoon ook”.*

Bewoner, verpleeghuis

### 4.3 Verzorgd lichaam

In de interviews werd aan de bewoners gevraagd wat voor hen bij een verzorgd lichaam hoort, hoe men daarbij wordt ondersteund en welke wensen bewoners hebben met betrekking tot hun uiterlijke en persoonlijke verzorging. Daarbij komen zaken aan de orde als uiterlijk, waaronder het haar (wassen, kammen, kappersbezoek), scheren, het gezicht en make-up, het gebit, de nagels en voeten en meer in het algemeen: er netjes uitzien en het hebben van een schoon lichaam. Ook douchen, wassen en baden, de toiletgang en het gebruik van incontinentiemateriaal horen bij het onderwerp 'verzorgd lichaam'. Ter ondersteuning bij de persoonlijke verzorging geven de meeste bewoners aan dat ze één keer per week worden gedoucht met hulp van of door de verzorging. Een aantal mensen doucht zichzelf. Wanneer mensen zich niet zelfstandig kunnen wassen, wordt dat tevens overgenomen door de verzorging. Soms wast de bewoner zich gedeeltelijk zelf en voor de rest met hulp van de verzorging. Er wordt met name in een zorginstelling genoemd dat men te vlot is met het wassen. De betreffende bewoners geven aan dat er één washandje wordt gebruikt om het gehele lichaam te wassen, wat men niet fris vindt. Anderen zijn wel tevreden over het wassen. Uit de interviews komt nog een aantal verschillen in lichamelijke verzorging aan de orde. Een aantal bewoners doucht het liefst een aantal keer per week, anderen vinden één keer in de week voldoende. In de antwoorden van de geïnterviewde bewoners zijn echter ook overeenkomsten aanwezig. Zo kunnen bewoners, die hulp nodig hebben bij de lichamelijke verzorging in de meeste gevallen niet zelf bepalen wanneer zij geholpen willen worden. Wat de wensen ten aanzien van de persoonlijke verzorging betreft geven een paar mensen aan momenteel op een ongewenst tijdstip te worden gedoucht. Van de bewoners waarmee gesproken is over de gewenste douchefrequentie, geeft 35% aan vaker gedoucht te willen worden (N=106), bijvoorbeeld twee of drie keer per week of dagelijks. Ook bewoners die 's ochtends hulp nodig hebben bij het wassen en aankleden kunnen meestal niet zelf het tijdstip van zorgverlening bepalen. Sommigen geven aan behoefte te hebben aan een bad, bijvoorbeeld als het douchen te vermoeiend is. Dit is echter niet in alle zorginstellingen mogelijk. Hoewel er geen klachten zijn over het aantal wasbeurten aan de wastafel, zou een aantal mensen vaker willen worden gedoucht dan op dit moment aangeboden wordt in de instellingen. Ook heeft men soms in de warme zomermaanden behoefte aan meer douchebeurten.

Qua uiterlijke verzorging in het algemeen bestaan er grote verschillen tussen bewoners in de mate van verzorging. Vrijwel alle bewoners nemen actief deel aan de uiterlijke verzorging, door bijvoorbeeld het kammen van het haar of bijhouden van het (kunst)gebit. Ter ondersteuning bij de uiterlijke verzorging helpt ook de mantelzorg regelmatig een handje mee. Verder gaan veel mensen regelmatig naar de kapper. De handnagels worden verzorgd door de verzorgenden, de manicure, mantelzorg, of men doet het zelf. De voeten worden veelal verzorgd door de pedicure die in een aantal zorginstellingen regelmatig bij de bewoners langskomt. Sommigen geven aan zelf de voeten te verzorgen. Een aantal mensen geeft aan het belangrijk te vinden om er netjes uit te zien, door het dragen van schone kleding en de juiste kledingcombinatie. Wanneer men bijvoorbeeld slechtziend is wordt hier veelal door de verzorging, de partner of door de kinderen op gelet. Hieronder staan een aantal illustraties die de verschillen in wensen met betrekking tot lichamelijke en uiterlijke verzorging goed weergeven:



*Dhr. vindt het belangrijk om iedere dag (en in de zomer mogelijk vaker) te douchen en zich te scheren. Ook trekt hij dagelijks schone onder- en bovenkleding aan. Alle verzorging en de toiletgang doet dhr. nu nog zelf. Dhr. wil graag dagelijks gedoucht worden, ook in de toekomst wanneer hij het niet meer zelf kan. Dhr. zou zich vies voelen als hij maar 1 keer per week kon douchen.*

Bewoner, verzorgingshuis

*Mw. wordt tweemaal per week gedoucht met behulp van een verzorgende. Daarnaast wordt zij dagelijks gewassen en wordt zij geholpen bij het aankleden. Mw. helpt mee. Zo wast zij de voorkant van haar lichaam. De verzorgende wast haar benen en rug. Mw. doet zelf haar haarverzorging. Zij steekt haar haar op en gaat regelmatig naar kapper. Mw. doet zelf de gebitsverzorging en gaat regelmatig naar de tandarts. Mw. gebruikt dagelijks dag- en nachtcrème. De nagels van haar handen worden verzorgd door haar dochter. Voor haar voeten komt de pedicure 1x per 8 weken op bezoek.*

Bewoner, verzorgingshuis

*Mw. vindt het belangrijk er netjes en verzorgd uit te zien; 'niet afgetakeld'. Mw. wordt 1x per week op maandagmorgen geholpen met douchen. Meestal gebeurt dit rond 8.30 uur. Mw. zou het liefst om 8.00 uur gedoucht worden, maar dit is meestal niet mogelijk. Soms wordt mw. pas om 9.30 uur gedoucht en dat vindt mw. vervelend. Mw. heeft de dag en het tijdstip van douchen niet zelf kunnen kiezen. Mw. vindt 1x per week douchen wel voldoende. Mw. wast zich op de andere dagen aan de kraan. Ook de gebitsverzorging en het haren kammen doet mw. zelf. Mw. trekt dagelijks schone kleding aan. Mw. knipte tot nu toe altijd zelf haar nagels. Binnenkort wil mw. graag een afspraak maken met de pedicure voor haar voeten; dat lijkt mw. prettig. De dochter van mw. komt iedere week krulspelden inzetten en mw. gaat regelmatig naar de kapper voor een permanent. Mw. gebruikt geen make-up. Mw. kan zelfstandig naar het toilet. Mw. gebruikt een kleine inlegger i.v.m. druppelincontinentie van urine. Mw. is tevreden over de uiterlijke verzorging en mw. heeft geen wensen op dit gebied.*

Bewoner, verzorgingshuis

Ook is er gepraat over de toiletgang en het gebruik van incontinentiemateriaal. Een groot deel van de ondervraagden kan zelfstandig naar het toilet. Wanneer men hulp bij de toiletgang nodig heeft, blijkt uit de interviews dat men in een aantal gevallen, met name in één zorginstelling, lang moet wachten totdat men geholpen wordt. Zowel voor men naar het toilet gebracht wordt, als dat men van het toilet wordt afgehaald. Ook blijkt dat deze bewoners het niet langer kunnen ophouden door het lange wachten. Sommigen geven aan dat het ook lang duurt voordat men verschoond wordt, wat soms een kapotte huid tot gevolg heeft. Bij het gebruik van incontinentiemateriaal is het in een enkel geval een probleem dat men een bepaald aantal inleggers per maand van de verzekering krijgt en dat men de rest er zelf bij moet kopen. Desgevraagd zijn de meeste bewoners tevreden over de beschikbaarheid van het incontinentiemateriaal.

*“’s Nachts krijg ik de po en overdag ga ik naar het toilet. Ik gebruik inleggers als verzorging. Het duurt soms lang voor de verzorging komt, deze zijn altijd druk en dat is soms vervelend”.*

Bewoner, verpleeghuis

#### 4.4 (Lichamelijk) genieten

Aan de bewoners is gevraagd wat voor hen (lichamelijk) genieten is. Dit kon gaan om eten en drinken, het roken van een sigaret, het drinken van een borrel, lichamelijke beweging, zoals sport, maar ook het hebben van lichamelijk contact en intimiteit. Als het gaat om genieten van eten en drinken, dan geeft een aantal mensen aan dat het eten van de zorginstelling hen niet smaakt en een aantal geniet er juist wel van. Een punt is dat het eten soms koud wordt wanneer er maar één verzorgende hulp biedt bij het eten aan een aantal bewoners tegelijk. In alle in dit onderzoek participerende zorginstellingen vond ruim 40% van de bewoners, waarmee over de kwaliteit van maaltijden is gesproken (N=164), het eten goed en 35% vond het eten (zeer) slecht. De overigen gaven geen oordeel over het eten. Ook het tijdstip van de maaltijden wordt niet door alle mensen altijd even gunstig bevonden. De warme maaltijd wordt vaak 's middags genuttigd. Sommige zorginstellingen bieden ook de mogelijkheid om de warme maaltijd 's avonds te eten, bijvoorbeeld door het opwarmen van de maaltijd in de magnetron. In een zorginstelling geeft men aan dat een enkele keer wordt vergeten dat sommige bewoners 's avonds warm eten. In een zorginstelling is de mogelijkheid 's avonds te dineren in het restaurant. Met name de gezelligheid van het eten met andere bewoners wordt genoemd als positief punt van het gezamenlijk eten in het restaurant of de gezamenlijke huiskamer. Sommige mensen geven aan liever alleen te eten dan in de huiskamer, omdat men niet wil dat anderen zich storen aan hun eetgedrag wanneer ze bijvoorbeeld knoeien met het eten. Dit kan worden veroorzaakt door tremoren of andere lichamelijke beperkingen die het niet mogelijk maken om zogenaamd 'netjes' te eten. In een aantal zorginstellingen eten bewoners altijd op hun kamer, omdat er geen restaurant of gezamenlijke huiskamer aanwezig is. Een aantal bewoners drinkt regelmatig een borreltje, een glas wijn of neemt een advocaatje. De volgende fragmenten uit de interviews dienen als voorbeeld voor de verschillende wensen die bewoners hebben ten aanzien van het eten.

*“Er zijn twee soorten gerechten en ik kan zelf een keuze maken. Het eten wordt door de verzorgende opgeschept op een bord. Drie keer per week is er soep en er is altijd een toetje. Het eten zou wel wat warmer mogen zijn, want het koelt af op de kar”.*

Bewoner, verzorgingshuis

*“Het eten in het verzorgingshuis is niet lekker en te gaar. Soms zijn er ook te weinig groenten bij de maaltijd. Als ik het echt niet lust dan pak ik een potje appelmoes uit de kast. Af en toe kook ik zelf, of mijn dochter brengt wat te eten mee”.*

Bewoner, verzorgingshuis

Ook voor lichamelijke beweging hebben de bewoners aandacht. Veel mensen maken een wandeling met de rollator of in de rolstoel. Een aantal bewoners doet aan sport, bijvoorbeeld op de hometrainer, de fiets of gymnastiek. Een aantal bewoners geeft aan moeite te hebben met het feit dat de lichamelijke beperkingen hen belemmeren in het uitoefenen van hun sport of zelfs in een klein wandelingetje buiten. De ondersteuning die men ontvangt bij de lichamelijke beweging kan bestaan uit fysiotherapie, maar ook hulp van een vrijwilliger of verzorgende bij het maken van een wandelingetje, door bijvoorbeeld de rolstoel te duwen. Hoewel er behoefte aan is geven bewoners aan dat de verzorging daar in de meeste gevallen geen of nauwelijks tijd voor heeft. Ook zijn er niet overal voldoende vrijwilligers beschikbaar.

*“We zijn altijd actief geweest, maar zijn nu beiden beperkt. Buiten wandelen doen we niet, maar ik ga wel eens een stuk fietsen”.*

Bewoner, verzorgingshuis

Een aantal mensen zegt lichamelijk contact belangrijk te vinden, zoals knuffelen met familie, bijvoorbeeld de kinderen en kleinkinderen. Zoals in het onderstaande citaat naar voren komt, geven een paar bewoners aan wel eens een knuffel te krijgen van een verzorgende als men het bijvoorbeeld moeilijk heeft. Dit werd door de betreffende bewoners als zeer prettig ervaren.

*“Soms is het fijn als iemand een arm om je heen slaat. De verpleging heeft hier veel voor je over. Ze leven echt met je mee. Laatst was ik een keer heel erg beroerd en toen kreeg ik een kus op mijn wang. Ze lieten mij voelen dat ze er echt 100% voor mij waren”.*

Bewoner, verpleeghuis

Echter, er zijn ook enkele bewoners die daar nadrukkelijk niet op gesteld zijn. Bij een aantal bewoners is ook intimiteit aan de orde gekomen in het interview. De meeste bewoners geven aan op het gebied van erotiek geen behoeften meer te hebben. Het grootste deel van de bewoners is alleenstaand. De groep bewoners die samenleeft met de partner ervaart vaak nog wel warmte en intimiteit, zoals onderstaand fragment laat zien.

*Dhr. en mw. gaan 's avonds pas slapen als zij elkaar een zoen hebben gegeven. De verzorgenden plagen dhr. daar wel eens mee, maar dat kan dhr. niets schelen.*

Bewoner, verzorgingshuis



## 5 Leefomstandigheden

*“Alleen het park is wel mooi. Ik zou liever winkelen et cetera. De buurt heeft mij niets te bieden. Ik zou graag een theehuis of een cafeetje willen. Dan kan ik alleen op stap. Dat heb ik altijd gedaan. Ik heb juist geen vriendinnen nodig bij het winkelen. Gewoon iets om naartoe te lopen. Ik voel me nu net een hond die uitgelaten wordt”.*

Bewoner, verzorgingshuis

De bewoners van de onderzochte verpleeg- en verzorgingshuizen werden gevraagd naar verschillende onderwerpen betreffende de leefomstandigheden waarin zij verkeren. Daarnaast werd gevraagd in hoeverre men wordt ondersteund om de leefomstandigheden te optimaliseren. Iedereen heeft immers andere wensen ten aanzien van zijn huis en de omgeving waarin men woont, maar ook de manier waarop men de dag indeelt. De onderwerpen die in het vraaggesprek aan de orde kwamen, zijn leefstijl, dagritme, woonomgeving, maar ook veiligheid en mobiliteit.

### 5.1 Leefstijl

In de interviews werd besproken wat mensen belangrijk vinden aan de eigen plek, zoals het comfort en de eigen sfeer. De plek waar men zich thuis voelt, de deuren kan afsluiten en waar men privacy ervaart. In het gesprek is ingegaan op de ruimte die men heeft in de zorginstelling, bijvoorbeeld de grootte en het aantal kamers dat men tot zijn beschikking heeft, of men de kamer moet delen met anderen en of het mogelijk is er te blijven wonen. Ook werd de mogelijkheid van het hebben van een huisdier nagegaan. De inrichting van de eigen plek en de beschikbaarheid van een zitje buiten op het balkon of terras kwam eveneens aan de orde. Niet alleen de ondersteuning van verzorgenden in de leefomgeving of huishouding werd nagegaan, maar ook de bejegening door hen. Tenslotte werden wensen betreffende de leefstijl besproken.

*Dhr. zou graag een grotere woonruimte willen, met een aparte slaapkamer. Nu staat het bed in de woonkamer. Ook het keukentje is veel te klein. Eenmaal per week wordt het appartement schoongemaakt. Dit is te weinig en bij ziekte wordt er geen vervanging geregeld. Dhr. zou graag willen dat er tweemaal per week werd schoongemaakt. Dhr. is erg tevreden met de inrichting van het appartement.*

*De privacy is voldoende. Verzorgenden bellen aan of kloppen en komen niet binnen als dhr. ‘nee’ roept. Dit komt in de praktijk eigenlijk nauwelijks voor. Het contact tussen de dhr. en de verzorgenden verloopt prettig.*

Bewoner, verzorgingshuis

De ruimte die men heeft om in te leven verschilt uiteraard in verpleeg- en verzorgingshuizen. In verzorgingshuizen heeft men een kamer of appartement voor zichzelf; in verpleeghuizen wordt vaak een kamer gedeeld met medebewoners. In verzorgingshuizen is een verschil in intra- en extramurale zorg. De bewoners die extramurale zorg ontvangen vanuit het verzorgingshuis wonen vaak in een ruim appartement. Uit de interviews kwam naar voren dat 44% van de bewoners, waarmee over de grootte van de leefruimte is gesproken (N=151), de ruimte vaak aan de kleine kant vindt. Ook heeft men wel bezwaar tegen het feit dat de ruimte gedeeld moet worden met anderen. Met name in verzorgingshuizen waar het appartement bestaat uit één kamer, geven bewoners aan behoefte te hebben aan een aparte slaapkamer. Men vindt het niet fris dat het bed in de woonruimte staat. Bewoners vinden het bijvoorbeeld onprettig als er in de ruimte waar men slaapt, gerookt wordt door het bezoek. Verder vindt men de ruimte te klein om bezoek te ontvangen. Ook vindt een aantal bewoners de keuken, badkamer, doucheceel en toilet aan de kleine kant en men mist opbergruimte. In verpleeghuizen geven een aantal bewoners aan graag een eigen kamer te willen hebben in verband met de privacy. Op een tweepersoonskamer moet men rekening houden met de kamergenoot. Sommigen vinden het vervelend dat men erbij is wanneer de kamergenoot bezoek ontvangt of dat men het eigen bezoek ontvangt terwijl de kamergenoot erbij is. Anderen hebben geen bezwaar tegen het delen van de ruimte, zij vinden het juist gezellig. In verband met de privacy geeft een aantal bewoners aan dat de verzorgenden ongevraagd binnen lopen, zonder kloppen. Sommigen van hen vinden dit een probleem, terwijl anderen dit niet als een probleem ervaren. In dit kader is tevens gevraagd of het mogelijk was om de kamer of het appartement af te sluiten. Met name in verzorgingshuizen was dit meestal wel het geval. In verpleeghuizen kan de kamer niet altijd worden afgesloten, met name wanneer de kamer wordt gedeeld met anderen. Enkele bewoners ervaren dit als problematisch. In één van de verzorgingshuizen zegt een aantal mensen graag een afstandsbediening te willen hebben om de deur te openen. Op die manier hoeven ze niet op te staan om de deur te openen, wat vaak vermoeiend is, maar hoeven ze de deur ook niet altijd open te laten.

Ook werd in het kader van de leefstijl de inrichting van de kamer of het appartement besproken. In verzorgingshuizen kan men in principe zelf de inrichting van de eigen ruimte bepalen. Echter, de ruimte is vaak kleiner dan men gewend was toen men nog thuis woonde, dus kunnen niet alle meubels of andere spulletjes worden meeverhuisd. In verpleeghuizen kunnen nauwelijks tot geen persoonlijke spullen worden meegenomen. Een aantal bewoners geeft aan dat het mogelijk is om op het balkon of het terras te zitten en ervaren dat als prettig. In een aantal gevallen kunnen bewoners geen gebruik maken van het balkon, omdat bijvoorbeeld de drempel te hoog is. Aan de bewoners is gevraagd of zij behoefte hebben aan een huisdier. Een enkeling zou inderdaad graag een huisdier hebben, zoals blijkt uit het onderstaand citaat. Echter, deze bewoners geven ook aan de verzorging van het huisdier voor hen waarschijnlijk een te zware belasting is.

*Mw. houdt erg van honden. Als zij nog kon lopen zou zij zeker een hond nemen. 'Dan ben je nooit alleen'.*

Bewoner, verzorgingshuis

De ondersteuning die men ontvangt bij het opruimen of schoonmaken van de leefomgeving kwam ook aan de orde in de vraaggesprekken. In verpleeghuizen worden de huishoudelijke taken uitgevoerd door medewerkers van de instelling. In verzorgingshuizen is de huishoudelijke ondersteuning meer divers. Een kleine groep bewoners voert de huishoudelijke taken geheel zelfstandig uit. Anderen krijgen gedeeltelijk hulp bij het uitvoeren van het huishouden. Veel bewoners zijn tevreden over de huishoudelijke ondersteuning. Echter, een vijfde van de bewoners, waarmee over de hulp in het huishouden werd gesproken (N=130), is ontevreden, omdat het niet altijd gebeurt zoals de bewoner vroeger thuis gewend was.

*Na de dood van echtgenote is voor dhr. alles veranderd. De echtgenote was degene die een plek "thuis" maakte. Dhr. heeft moeite met het verlies van zijn vrouw. ....  
Het bed wordt dagelijks door verzorgenden opgemaakt en eenmaal per week wordt er schoongemaakt. Dit is volgens dhr. voldoende. Zijn dochter is wel eens ontevreden over het schoonmaken. Dhr. is gehecht aan zijn eigen spullen en de foto's. Dhr. heeft voldoende privacy.  
Bewoner, verzorgingshuis*

Tenslotte werd gesproken over continuïteit in de zorginstelling, oftewel de mogelijkheid om te kunnen blijven wonen en niet te hoeven verhuizen naar een ander verpleeg- of verzorgingshuis. Een paar mensen hopen erop te kunnen blijven wonen in de zorginstelling, ook bij verdere lichamelijke achteruitgang. Met name voor mensen in de reactivering is een verpleeghuis vaak een tijdelijk verblijf. Zij vergelijken hun leefstijl en leefomstandigheden dan ook vaker met de situatie thuis, dan mensen die voor onbepaalde tijd in de zorginstelling verblijven.

## 5.2 Dagrithme

Je eigen gang kunnen gaan en het bepalen van een eigen dagritme is een belangrijk aspect van kwaliteit van leven. Dit kan met name een belangrijk onderwerp zijn voor bewoners die vaak al een stuk zelfstandigheid en onafhankelijkheid hebben moeten opgeven toen ze in de zorginstelling kwamen wonen. De bewoners werd gevraagd hoe hun ideale dagritme eruit ziet: of men zelf kan bepalen wanneer men opstaat, wanneer men naar bed gaat, wanneer men eet en bepaalde activiteiten uitvoert. Als men het niet zelf kan bepalen, werd gevraagd of het op het juiste tijdstip gebeurt.

Een aantal mensen zegt tevreden te zijn met het dagritme dat ze hebben. Soms lijkt het dagritme op wat ze al gewend waren en sommigen lijken probleemloos in het ritme van de zorginstelling mee te draaien. Daarnaast zegt een aantal mensen niet tevreden te zijn over het dagritme. Ze vinden dat ze zich bijvoorbeeld teveel aan de tijdstippen van de maaltijden aan moeten passen, of aan het tijdstip van de dagactiviteiten. Het bepalen wanneer men bepaalde activiteiten uitvoert is ook vaak afhankelijk van de mobiliteit van mensen. Wanneer men niet zelf kan gaan wandelen wegens loopproblemen is men immers afhankelijk van derden. Uit hoofdstuk 4 kwam reeds naar voren dat verzorgenden hier vaak

geen tijd voor hebben. Voor het opstaan en naar bed gaan geldt eveneens dat men het tijdstip niet zelf kan bepalen wanneer men niet meer zelfstandig kan functioneren. Sommige bewoners geven aan graag meer inspraak te hebben als het gaat om het bepalen van het dagritme. Een voorbeeld hiervan is dat men in het verpleeghuis bijvoorbeeld vroeger naar bed moet dan men gewend was. Ook gebeurt het dat men pas later wordt geholpen met opstaan (soms pas om half twaalf) dan men gewend was of dat men moet wachten tot men 's ochtends geholpen wordt met wassen, zodat men nog met de pyjama aan moet ontbijten. Vaak is hier wel begrip voor van bewoners, omdat de bewoners weten dat de verzorgenden bezig zijn met anderen en dat andere bewoners ook weer op hen moeten wachten. Dit betekent echter niet dat bewoners zich hierbij prettig voelen. Een kleine groep mensen hoeft zich niet aan te passen en kan het eigen dagritme volledig zelf bepalen, bijvoorbeeld als men nog zelf kookt en boodschappen doet. Dit is in de verpleeghuizen niet mogelijk. Een klein aantal mensen is ontevreden over het tijdstip waarop de medicatie wordt verstrekt.

Wat duidelijk naar voren komt uit de interviews is dat alle bewoners een dagritme volgen waarin de verschillende activiteiten op een vast tijdstip worden uitgevoerd. Uit de volgende fragmenten blijkt hoe een dagritme eruit kan zien, of men tevreden is en of men nog wensen heeft ten aanzien van het dagritme.

*Mw. staat het liefst rond 7.30 uur op, dan wassen, aankleden en ontbijten. Mw. staat hier wel eens later op, omdat zij afhankelijk is van de verzorging. Om 10.00 uur koffie drinken en om 12.00 uur eet mw. de warme maaltijd. Na de maaltijd gaat mw. even rusten. Om 14.30 uur drinkt zij thee. Mw. eet het liefst rond 18.00 uur de broodmaaltijd. Nu is het rond 17.30 en dat vindt mw. wat te vroeg. Rond 21.30 wordt mw. naar bed gebracht. Thuis ging mw. rond 23.00 uur naar bed. 21.30 uur vindt mw. eigenlijk te vroeg.*  
Bewoner, verpleeghuis

### 5.3 Woonomgeving

In de vraaggesprekken kwamen verschillende aspecten rond de woonomgeving aan de orde, namelijk de bereikbaarheid voor bijvoorbeeld familie en de toegankelijkheid van de zorginstelling, de voorzieningen in de buurt en de mogelijkheid om in de tuin of op een terrasje te kunnen gaan zitten.

De aanwezigheid van buurtvoorzieningen is voor een aantal mensen een belangrijk onderwerp. Men kan denken aan winkels, een restaurantje of andere bedrijvigheid in de buurt. In een aantal gevallen, met name in de verzorgingshuizen, worden de (grote) boodschappen door de kinderen gebracht of er is een winkeltje in de zorginstelling. Bewoners hebben verschillende voorkeuren. Sommigen zijn gesteld op winkels en bedrijvigheid, terwijl anderen juist de rust van een bosrijke omgeving waarderen. Het blijkt dat een aantal mensen graag de mogelijkheid wilt hebben om de natuur in te gaan. Dit kan in de vorm van een park of bos zijn in de buurt, maar een tuin, een balkon of



een terrasje buiten vindt men soms ook al heel prettig. Een aantal bewoners geeft aan hiervan gebruik te maken, hoewel sommigen niet zelfstandig naar buiten kunnen door problemen met de mobiliteit. Bijvoorbeeld doordat bruggetjes te steil zijn en men niet zelfstandig in het park in de rolstoel kan rondrijden. Met name in verpleeghuizen speelt voor velen het leven zich binnenshuis af. In één instelling geven veel bewoners aan niet of nauwelijks buiten te komen. In een andere instelling zegt men wel regelmatig van het uitzicht te genieten, bijvoorbeeld van de bomen in het park of een weiland met paarden.

*Mw. houdt van een mooi uitzicht. Mw. houdt van het buitenleven. Mw. kijkt uit over de paarden in de wei en het bos. Regelmatig komen er kinderen naar de paarden, mw. kan daar erg van genieten. De bereikbaarheid van het verzorgingshuis is goed. Het bezoek kan de auto goed parkeren. Er is een winkeltje in huis, mw. gaat daar wel eens naartoe. Overige boodschappen worden gedaan door de kinderen. De toegankelijkheid is goed. Mw. kan zich met de rollator goed verplaatsen. Mw. maakt nooit gebruik van het openbaar vervoer.*

Bewoner, verzorgingshuis

De bereikbaarheid van de zorginstelling is een belangrijk onderwerp. Hierbij is het met name belangrijk dat de zorginstelling goed is te bereiken voor het bezoek en dat er voldoende parkeergelegenheid is. Voor veel bewoners is het belangrijk dat de kinderen in de buurt van de zorginstelling wonen. Ook het openbaar vervoer in de omgeving is voor een aantal bewoners een belangrijk aspect van de woonomgeving. Wanneer er bijvoorbeeld een bushalte voor de zorginstelling is, betekent dit dat bewoners makkelijk ergens heen kunnen en dat bezoek de instelling makkelijk kan bereiken.

Over de toegankelijkheid van de zorginstelling en de omgeving zijn een aantal bewoners goed te spreken. Ze kunnen gemakkelijk met de rollator of rolstoel over de gang, omdat er geen drempels zijn. Sommigen geven aan dat de tuin of park niet goed toegankelijk is. Dit kan enerzijds te maken hebben met het feit dat de persoon fysiek niet in staat is naar buiten te gaan, anderzijds kan het te maken hebben met hoe de tuin of het park is aangelegd.

## 5.4 Veiligheid

Veiligheid is een onderwerp dat verschillende aspecten behelst. Gedacht kan worden aan de veiligheid in en rondom de woning wat betreft vallen, brand of inbraak. Ook is gesproken over het toezicht dat er is van verzorgenden of ander personeel, (persoonlijke) alarmering en bepaalde aanpassingen die de veiligheid bevorderen.

Een aantal mensen ervaren het toezicht in de zorginstelling als voldoende. Men heeft het gevoel dat er altijd wel mensen in de buurt zijn waar men zich toe kan wenden als er iets mis is. Ook wordt genoemd dat als de bewoner van het verzorgingshuis vraagt of er 's nachts even een verzorgende kan komen kijken of alles wel goed gaat, dat men dat dan doet. De één zegt dat er maar op een knopje te gedrukt hoeft te worden of de verzorgenden zijn er al, terwijl de ander juist aangeeft dat er niet direct wordt gereageerd op het alarm.

Dit kan het gevoel dat er altijd toezicht is ondermijnen. Sommigen geven aan dat er voldoende toezicht is omdat men een aantal keren per dag langs komt voor koffie of andere zaken.

Alarmering is in de zorginstellingen meestal goed geregeld. Op verschillende plaatsen zijn alarmbellen door middel van een knop of koord gerealiseerd, bijvoorbeeld bij het bed, op de telefoon, op het toilet of in de badkamer. Als een bewoner valt, gewoon iets wil vragen of als er iets aan de hand is kan er op de knop worden gedrukt. Er wordt echter niet altijd spoedig genoeg gereageerd, volgens een aantal bewoners. Een aantal bewoners heeft persoonlijke alarmering, bijvoorbeeld om de hals. Sommige bewoners geven aan het alarm niet altijd om te hebben, omdat ze het vervelend vinden zitten of omdat het te snel af gaat. Anderen voelen zich veiliger door de persoonlijke alarmering.

*Mw. maakt zich ongerust over brand. Mw. gebruikt persoonlijke alarmering en heeft aanpassingen in de badkamer. Laatst waren er twee stoppen in de TV gesprongen met een luide knal. Toen waren er meteen twee verzorgenden aanwezig en dit gaf mw. een veilig gevoel. Mw. vond dit erg fijn.*

Bewoner, verzorgingshuis

Indien een bewoner slecht ter been is, kan het gevoel van veiligheid vooral zitten in de aanwezigheid van aanpassingen. Sommige bewoners geven aan bang te zijn om te vallen, omdat ze bijvoorbeeld eerder al een heup hebben gebroken. Aanpassingen die vooral genoemd worden zijn beugels bijvoorbeeld bij het toilet, douchestangen, een verhoogd toilet, een tillift of antislip matjes. Sommige bewoners missen dergelijke aanpassingen, omdat het door ruimtegebrek niet mogelijk is om bijvoorbeeld een douchestoel te plaatsen. Anderen geven aan dat bepaalde aanpassingen niet goed bevestigd zijn, wat juist een onveilige situatie creëert.

Over brandbeveiliging maken sommige bewoners zich zorgen. Er wordt een aantal malen genoemd dat men niet weet hoe men het pand moet verlaten als er brand is. Men weet niet hoe men zichzelf of de partner zo snel mogelijk in veiligheid kan brengen. Een voorbeeld is dat in de lift staat vermeld dat deze bij brand niet mag worden gebruikt. Als men echter slecht ter been is weet men niet hoe men dan beneden moet komen. Een paar bewoners maken zich zorgen over de grote hoeveelheid rollators die mogelijk de weg blokkeren als men onverwacht uit de huiskamer weg moet vluchten. Bewoners wensen meer voorlichting ten aanzien van de brandbeveiliging en wat te doen bij brand. Andere bewoners zeggen zich in het geheel niet druk te maken om brand. Er hangen volgens deze bewoners overal brand- en rookmelders, sproeiërs aan het plafond en er worden regelmatig brandoefeningen gedaan, wat een gevoel van veiligheid geeft.

Een aantal bewoners maakt zich niet snel ongerust over inbraken. Een groep bewoners zegt nooit zijn deur op slot te doen, omdat er nooit iets gebeurt. Anderen voelen zich minder veilig en doen altijd de deur op slot of laten een radio aan om de indruk te wekken dat men thuis is. In bepaalde instellingen is er cameratoezicht en kan een bezoeker het gebouw 's avonds na een bepaald tijdstip niet vrijuit betreden. Er moet dan eerst aangebelld worden,

voordat de toegang tot de instelling mogelijk is. Sommige bewoners maken zich geen zorgen over de vaste verzorgenden die in de zorginstelling werken, maar hebben minder vertrouwen in vakantiekrachten die in de zomermaanden tijdelijk werk doen. Bewoners zijn dan banger voor diefstal, veelal omdat wordt vermoed dat zij eerder geneigd zijn tot het stelen van eigendommen, omdat zij niet meer in de zorginstelling terugkeren. Sommige bewoners geven aan dat verzorgenden waarschuwen dat het beter is om de deur op slot te doen, omdat ook familieleden van andere bewoners rondlopen, oftewel, er is niet altijd toezicht en af en toe wordt er wel eens iets ontvreemd. Dit is wat opvallender in een zorginstelling in een grotere stad.

Op de vraag wat de bewoners een veilig gevoel geeft of zou kunnen geven wordt met name het toezicht van verzorgenden genoemd. Indien men persoonlijke alarmering heeft, blijkt dat veelal een veilig gevoel te geven. Af en toe een brandoefening en verlichting draagt ook bij aan de veiligheid.

*Dhr. weet hoe het noodalarm werkt en dit geeft een veilig gevoel. Dhr. zou wel graag meer informatie hebben over de gang van zaken bij brand. Er zijn verschillende aanpassingen in de badkamer aanwezig. Een douchestoel wordt momenteel aangevraagd. Een antislip vloer in de douche is wenselijk. Nu ligt er wel een antislip mat, maar dit geeft een minder veilig gevoel.*

Bewoner, verzorgingshuis

## 5.5 Mobiliteit

In de interviews is gesproken over mobiliteit buitenshuis, maar ook binnenshuis. Er is gesproken over eventuele beperkende huisregels en of men kan gaan en staan waar men wilt. Wellicht is er hulp of zijn er hulpmiddelen of bepaalde aanpassingen nodig om ergens heen te kunnen. Tenslotte is er gesproken over het faciliteren van vervoer.

Wanneer men hulp nodig heeft bij verplaatsingen op grotere afstanden, als men bijvoorbeeld ergens op bezoek wilt, worden veelal de kinderen of eventueel andere familieleden ingeschakeld. Een enkeling maakt nog wel eens gebruik van de eigen auto of het openbaar vervoer. Een aantal bewoners heeft een taxipasje in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten. Ook geven een aantal bewoners aan gebruik te maken van het (rolstoel)busje van de zorginstelling. Bij uitjes in groepsverband wordt daar tevens gebruik van gemaakt. Indien men nog redelijk zelfstandig is, wordt ook gebruik gemaakt van een scootmobiel, om bijvoorbeeld het dorp of de stad in te gaan voor boodschappen. Anderen nemen de rolstoel, rollator of stok mee als ze op pad gaan.

Meestal is er geen sprake van beperkende huisregels, zodat men kan gaan waar hij of zij wil, mits de eigen gezondheidstoestand het toelaat. Echter, het is vaak niet mogelijk om op stap te gaan wanneer men dat wenst. In één zorginstelling wordt aangegeven dat er veel belangstelling is voor uitjes, maar dat men daardoor niet altijd aan de beurt komt.

*Mw. wordt momenteel vooral door haar gezondheid verhinderd om te gaan en staan waar zij wilt. Mw. heeft een elektronische rolstoel om te wandelen. Voor langere afstanden maakt zij gebruik van de Wvg-taxi. Mw. gaat af en toe met zus op stap. Ze hoeft niet persé thuis te zijn voor het middageten. Eventueel kan zij een koude maaltijd bestellen die dan 's avonds wordt opgewarmd in de magnetron. Mw. maakt hier weinig gebruik van, want ze gaat dan liever uit eten. Mw. wil graag vaker op stap.*

Bewoner, verpleeghuis

*Mw. gaat graag mee met de uitstapjes van het huis in het busje. Dit is voor haar erg belangrijk. Mw. vindt het ingewikkeld om bij haar kinderen op bezoek te gaan. Zij wil niet bij één wel op bezoek komen en dan niet naar de ander gaan, omdat zij daar niet met de rolstoel naar binnen kan. Dat is een heel gedoe.*

Bewoner, verpleeghuis

## 5.6 Financiën

In de interviews is gevraagd naar de financiële situatie van de bewoners, of men dingen kan betalen die men nodig heeft om een prettig leven te kunnen leiden. Er werd nagegaan of er sprake is van een verandering in het uitgavenpatroon. Ook werd gevraagd in welke mate en door wie men eventueel wordt ondersteund bij het uitzoeken van de financiën, bijvoorbeeld bij de belastingaangifte, het invullen van formulieren en het verkrijgen van de gewenste goederen.

Het merendeel van de bewoners komt uit met het inkomen dat men krijgt, kan de dingen doen die men wil doen en kan de dingen kopen waar men op dat moment behoefte aan heeft. Anderen geven aan niet zoveel meer nodig te hebben en daardoor geen financiële zorgen te hebben. Echter, een aantal bewoners geeft aan moeite te hebben met het feit dat de financiële situatie is veranderd. Dit uit zich bijvoorbeeld in het niet meer kunnen geven van cadeautjes aan kinderen en kleinkinderen en het niet meer kunnen maken van uitstapjes of reizen.

*Dhr. zou wel meer leuke dingen willen doen, zoals uitstapjes en cultuur, muziek of boeken kopen en op vakantie gaan. Dhr. is onlangs wel op vakantie geweest, maar hij zou wel vaker willen. Dhr. regelt alle financiële zaken zelf en dat bevalt hem goed.*

Bewoner, verpleeghuis

Bij de financiële zaken in het algemeen zijn een aantal bewoners die zeggen het nog allemaal zelf te regelen. Een groot aantal bewoners geeft echter aan ondersteuning te ontvangen van de kinderen of andere familieleden bij het verzorgen van de financiën.

Sommige zorginstellingen hebben een vrijwilliger beschikbaar die de bewoners speciaal daarmee kan helpen. Een enkeling zou gebruik willen maken van een vertrouwenspersoon die de financiën van de bewoners beheert. Sommige bewoners schakelen een belastingadviseur in voor de jaarlijkse aangifte.

*“Ik heb geen geldzorgen. Ik kan alles doen en als we samen met de scootmobiel weggaan, drinken we op een terras een kopje koffie. Dat vinden we belangrijk. Onze zoon vult formulieren in en een vrijwilliger van het huis doet de belasting”.*

Bewoner, verzorgingshuis



## 6 Participatie

*“De kinderen wonen allemaal in de buurt. De kleinkinderen en kinderen komen iedere avond op bezoek. Zij hebben onderling afspraken gemaakt zodat ik iedere avond bezoek krijg. De familie is al grotendeels overleden. Ik ben als enige overgebleven. Ik heb goed contact met medebewoners voor de gezelligheid, ik ga elke dag naar beneden voor een praatje”.*  
Bewoner, verzorgingshuis

In het interview is de sociale participatie van bewoners uitgebreid aan de orde gekomen. Bewoners zijn bevraagd over hun sociale contacten met anderen, de sociale rollen die men vervult, of men warmte en genegenheid ervaart, deelname aan sociale activiteiten, de hobby's die men heeft en plezier in het leven. Daarnaast is aan bewoners gevraagd in hoeverre zij ondersteund worden in hun sociale participatie en de mate waarin zij wensen hebben op dit gebied. In de volgende paragrafen worden de onderwerpen één voor één besproken.

### 6.1 Sociale contacten

Het merendeel van de bewoners noemt de kinderen als de belangrijkste bron van sociale contacten. Het citaat bovenaan deze pagina geeft de rol die kinderen kunnen spelen in de sociale contacten duidelijk aan. Een groot deel van de bewoners vindt de contacten met kinderen voldoende. Onvoldoende contacten met kinderen lijkt een persoonlijk gegeven: de ene persoon vindt het onvoldoende als de kinderen ééns per week langs komen, de ander is tevreden als de kinderen eens per maand op bezoek komen. Bijna de helft van de bewoners (N=138) geeft aan dat de kinderen regelmatig op bezoek komen.

*“De kinderen komen minder vaak dan toen ik nog thuis woonde. Ze denken zeker dat ik hier niet meer alleen ben...”.*  
Bewoner, verzorgingshuis

Van de 138 bewoners waarmee over kinderen is gesproken heeft 10% geen kinderen en vindt 18% dat de kinderen te weinig langskomen. Dit komt doordat ze niet in de buurt wonen, of zelfs in het buitenland. De bewoners ervaren dit veelal als een groot gemis. De bewoners met een partner noemen uiteraard ook hun echtgenoot of echtgenote als een

belangrijke persoon in de sociale contacten. Het verlies van de partner kan grote gevolgen hebben voor de sociale contacten van de persoon. Met name wanneer de partner degene was die de sociale contacten onderhield.

*Mw. heeft weinig sociale contacten. Mw. was altijd samen met haar echtgenoot. 'We konden elkaar geen 5 minuten missen'. Mw. mist haar man iedere dag en huilt iedere dag. .... Mw. heeft geen kinderen, geen familie.*

*De echtgenoot was degene die de sociale contacten onderhield. Mensen houden afstand en na de dood van haar echtgenoot komt niemand meer langs. Daardoor is mw. veel kennissen kwijtgeraakt. Mw. heeft wel vriendschap gezocht, maar dat is niet gelukt.*

Bewoner, verzorgingshuis

Ook overige familieleden en vrienden worden genoemd als bron van sociale contacten. Echter, veel familieleden of vrienden zijn reeds overleden. Een beperkt aantal bewoners geeft aan nog contacten te hebben met (schoon)broers en/of (schoon)zussen. Niet alleen de ouderdom, maar ook de verhuizing naar de zorginstelling leidt in een aantal gevallen tot het wegvallen van sociale contacten, bijvoorbeeld verlies in contact met de burens en het opzeggen van een lidmaatschap van een vereniging. Bij een aantal bewoners is er dan ook sprake van gevoelens van eenzaamheid.

Medebewoners worden uiteraard genoemd als een bron van sociale contacten. Een aantal bewoners geeft aan in de zorginstelling vrienden of vriendinnen te hebben wonen. Echter, het wegvallen van sociale contacten door verhuizing of het overlijden van familie of vrienden wordt niet automatisch ondervangen door sociale contacten met bewoners. Met name het geroddel wordt genoemd als reden voor het afhouden van contacten met medebewoners. Een aantal bewoners noemt de contacten met medewerkers en vrijwilligers als onderdeel van de sociale contacten. Als voorbeelden van contacten met medewerkers worden bijvoorbeeld de gesprekken op de dagbehandeling genoemd en persoonlijke gesprekken met de zorgcoördinator of persoonlijk begeleider.

Bewoners maken onder andere gebruik van de telefoon en het schrijven van brieven of kaarten om contacten met anderen te onderhouden. De bewoners maken weinig gebruik van de computer en e-mail. Een aantal bewoners zou wel willen leren gebruik te maken van internet en e-mail om met anderen in contact te komen. Echter, een paar bewoners geven aan niet van e-mail gebruik te willen maken, omdat ze geen motivatie hebben om dit nu nog 'op deze leeftijd' te leren. Sommige bewoners geven aan ondersteuning te ontvangen bij het schrijven van brieven, bijvoorbeeld van de kinderen of anderen.

Bewoners geven aan dat zij op verschillende manieren ondersteund kunnen worden bij het onderhouden van sociale contacten. Een aantal bewoners zou graag bezoek krijgen van een vrijwilliger om eens te praten. Anderen geven aan behoefte te hebben aan een ruimte, zoals een restaurant, waarin zij bezoek kunnen ontvangen. In de zorginstellingen die zo'n gezamenlijke ruimte hebben, wordt er veel gebruik van gemaakt. Er wordt bijvoorbeeld met de familie naartoe gegaan, wanneer deze op bezoek komen of met vrienden of vriendinnen gekaart of gebiljart. Ook de introductie van nieuwe bewoners wordt door een



aantal bewoners genoemd in de ondersteuning van sociale contacten. Zo geeft een aantal bewoners aan dat zij zich ‘verloren’ voelden in het begin dat zij in de zorginstelling woonden. Een goede introductie van nieuwe bewoners zou deze gevoelens kunnen voorkomen.

## 6.2 Sociale rollen

Aan de bewoners is gevraagd welke sociale rollen zij vervullen en op welke wijze zij ondersteund kunnen worden bij het vervullen van hun sociale rollen. Dit bleek een lastige vraag voor veel bewoners. De vraag moest vaak nog worden verduidelijkt. Er werd dan aan bewoners gevraagd welke betekenis zij vervullen in contacten met anderen of hoe zij zichzelf zien. In de meeste gevallen noemen bewoners hun rol als moeder, vader, oma of opa.

*Mw. is vooral moeder, oma en overgrootmoeder. Dat is het belangrijkste. ‘Ik ben een broedse kip, schrijft u dat maar op’. Mw. probeert een steun te zijn voor de hele familie. Dit geeft haar veel voldoening. Mw. heeft het idee dat de familie haar niet alles vertelt om haar niet verdrietig te maken. Ze vindt dit onzin. Mw. heeft het toch wel in de gaten als er iets aan de hand is.*

Bewoner, verzorgingshuis

Overige sociale rollen worden minder vaak genoemd. Eventueel noemen bewoners hun vroegere beroep of hun actieve rol in de gemeenschap als sociale rol, zoals onderstaand fragment illustreert.

*Dhr. heeft altijd een actieve rol gespeeld in het dorp. Dhr. zat daar ook in een vereniging. Mensen uit het dorp komen nog regelmatig op bezoek. Dhr. is daarnaast echtgenoot en boer.*

Bewoner, verpleeghuis

Ook het helpen van anderen, wordt genoemd als sociale rol. Een aantal mensen geeft aan graag nuttig te zijn; een betekenis te hebben voor anderen. In een aantal gevallen kunnen bewoners daarin een actieve rol vervullen, bijvoorbeeld in het helpen van een buurvrouw of buurman in de zorginstelling.

*Dhr. houdt een oogje in het zeil bij zijn buurvrouw. Af en toe loopt hij binnen voor een praatje. Dhr. wordt actief door anderen bij activiteiten betrokken. Dhr. wil zich echter niet op de voorgrond plaatsen, hij wacht tot hij gevraagd wordt.*

Bewoner, verzorgingshuis

*Mw. is erg hulpvaardig ingesteld. Mw. kan met name iets betekenen voor haar buurvrouw. Mw. is gevraagd om gastvrouw te zijn voor nieuwe bewoners. Mw. vindt dit erg leuk om te doen en is blij dat men haar gevraagd heeft.*

Bewoner, verzorgingshuis

Het is voor bewoners moeilijk aan te geven hoe zij ondersteund wensen te worden in hun sociale rollen. Een deel van de bewoners geeft aan hulpvaardig te zijn en graag anderen te willen helpen. Door lichamelijke beperkingen lukt dat niet goed meer en daardoor proberen ze het niet meer. Enkele bewoners geven aan graag actief betrokken te zijn bij de dagelijkse gang van zaken in de zorginstelling, maar willen zich niet op de voorgrond plaatsen. Andere bewoners geven aan graag een praatje te maken met medewerkers of een vrijwilliger over dit onderwerp.

### 6.3 Warmte en genegenheid

Warmte en genegenheid kan bestaan uit lichamelijk contact, zoals een zoen of een arm je heen, of uit het kunnen praten over belangrijke zaken. De meeste bewoners geven aan dat zij warmte en genegenheid ontvangen en dat zij terecht te kunnen bij anderen. Bij het ervaren van warmte en genegenheid spelen de kinderen een belangrijke rol. Met name wanneer de partner is weggefallen. Zorgen worden niet altijd met de kinderen gedeeld. Een aantal bewoners geeft aan hun kinderen daar niet (teveel) mee lastig te willen vallen. Zorgen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het verdriet over het verlies van een partner of een kind, maar ook over een gebrek aan sociale contacten binnen de zorginstelling.

*Mw. heeft graag een arm om haar heen. Mw. wil niemand met haar zorgen lastig vallen. Mw. heeft op deze leeftijd uiteraard verdriet gekend. Mw. praat daar weinig over. 'Dat helpt toch niet.' Als er echt iets is, bespreekt mw. dit met haar kinderen. Mw. had een goede en zorgzame echtgenoot. Dhr. is een aantal jaar geleden overleden en mw. mist hem nog steeds..... Mw. denkt niet dat zij ooit over de dood van haar echtgenoot heen komt en mw. kan het moeilijk aanvaarden. Mw. staat niet open voor een nieuwe relatie. 'Dan zou ik mij ontrouw voelen'. ..... Mw. had geen zin meer in het leven na de dood van haar man, mw. was moedeloos. Zij heeft zich eroverheen gezet 'omdat het moest'. Mw. ervaart veel steun van de kinderen en ook de verzorging steunt mw. hierbij.*

Bewoner, verzorgingshuis

Zoals bovenstaand fragment al laat zien kunnen ook verzorgenden een rol spelen in het ervaren van warmte en genegenheid van bewoners. Bewoners kunnen eventueel terecht met hun verdriet bij verzorgenden, maar verzorgenden kunnen ook bewoners ondersteunen met lichamelijk contact. Echter, ook niet alle bewoners hebben hier behoefte aan.

*“Ik wordt praktisch niet vastgepakt. Alles gaat een beetje zakelijk. Dat vind ik jammer, het mag best een beetje warmer voor mij. Als je kinderen en kleinkinderen hebt, dan krijg je daar je liefde van, dat scheelt veel. Maar die heb ik niet. Ik zou wel eens een lieve kus willen krijgen. Er komt wel eens een vrijwilliger bij mij, daar krijg ik een kus van, maar ja, die heeft tig kleinkinderen, dus die heeft ook nog wat anders te doen”.*

Bewoner, verpleeghuis

Ook anderen kunnen bewoners ondersteunen in het ervaren van warmte genegenheid. In dit kader worden wel vrienden, medebewoners, vrijwilligers en overig personeel zoals een maatschappelijk werker genoemd.

## 6.4 Dingen meemaken

Met de bewoners is gesproken over de wijze waarop zij hun tijd te besteden: aan welke activiteiten zij deelnemen in de zorginstelling en welke hobby's zij uitoefenen.

*Mw. doet veel mee aan activiteiten; zij is lid van de cliëntenraad, doet aan handwerken en gaat naar filmavonden. Mw. verveelt zich nooit. Mw. houdt van een Bonte Avond, muziek en cultuur. Gezamenlijke bijeenkomsten vindt mw. leuk, dus ook vergaderingen.*

Bewoner, verzorgingshuis

Een groot aantal bewoners neemt deel aan activiteiten van de zorginstelling. Activiteiten die door de zorginstelling worden georganiseerd zijn bijvoorbeeld spelletjes als kaarten, sjoelen en bingo, maar ook activiteiten zoals gezamenlijk koffie drinken, gezamenlijk koken of bijvoorbeeld filmavonden. Een aantal bewoners noemt de activiteiten van de dagbehandeling in het verzorgingshuis of in het verpleeghuis in dit kader.

Voorbeelden van hobby's die vaak genoemd worden zijn handwerken, de krant lezen, puzzelen en wandelen. Ook noemen bewoners activiteiten die zij gezamenlijk met andere bewoners, uit eigen initiatief ondernemen. Zo zijn er kaart- of bridgeclubjes, biljartclubs en groepjes die gezamenlijk koffie drinken.

Een aantal bewoners noemt de uitjes die de zorginstelling organiseert. Echter, alhoewel men wel mee zou willen met de uitjes stuit dit bij bewoners soms op praktische bezwaren. Een aantal bewoners vindt de uitjes bijvoorbeeld te vermoeiend en zou liever hebben dat de uitjes een halve dag in beslag namen. Anderen maken zich ongerust over het feit dat zij niet regelmatig naar het toilet kunnen tijdens het uitje.

Deelname aan activiteiten is uiteraard een persoonlijk gegeven. Een deel van de bewoners doet graag aan alle activiteiten mee, terwijl anderen het liefst beperkt deelnemen aan activiteiten omdat zij graag ook andere zaken ondernemen. Uiteraard wordt ook het bezoek genoemd als een belangrijke activiteit. Wel is er soms sprake van verveling. Een aantal bewoners geeft aan zich regelmatig in het weekend te vervelen. Sommige bewoners krijgen in het weekend niet veel bezoek en vinden dat in de zorginstelling te weinig in het weekend wordt georganiseerd. Enkele bewoners zouden graag meer ondersteuning wensen in hun

activiteitendeelname door een plotselinge verandering in hun situatie, zoals onderstaand citaat illustreert.

*Dhr. heeft nu, na de dood van zijn vrouw, opeens veel vrije tijd. Dhr. is nog aan het zoeken hoe hij de dag het beste kan indelen. Dhr. leest graag en kijkt af en toe TV. .... Het lezen gaat moeilijk. Dhr. heeft tot op hoge leeftijd graag gedanst, maar kan dat nu niet meer. Dhr. wil niet ergens lid van worden; 'dan zit je weer zo vast'.*  
Bewoner, verzorgingshuis

## 6.5 Humor

Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen hebben veelal te maken met lichamelijke of geestelijke achteruitgang. Dit maakt dat hun leven ingrijpend kan veranderen. Ook de opname in het verpleeg- of verzorgingshuis is vaak van grote invloed op het leven van bewoners. Plezier en humor in het leven kan dan belangrijk zijn om de problemen te relativiseren. Aan de bewoners werd gevraagd wat voor hen het leven leuk maakt, hoe zij daarbij ondersteund worden en welke wensen zij hebben op dit gebied.

Plezier is niet voor alle bewoners evident. Door het verlies van de partner, een kind of de sociale contacten wordt het plezier in het leven minder. Zaken die het leven plezierig maken zijn onder andere contacten, gesprekken en activiteiten met de kinderen, familieleden, vrienden of de dagelijkse contacten met bewoners. Sommigen genieten van muziek, een mooie film, cultuur of hobby's.

*Mw. houdt van humor. Zij houdt van leuke gesprekken. Mw. heeft ook veel plezier met de kinderen. Jaarlijks wordt, met de dochters en schoondochters, een meidendag georganiseerd. Ook met de medewerkers heeft mw. vaak leuke gesprekken.*  
Bewoner, verzorgingshuis

Bewoners kunnen op verschillende wijzen ondersteund worden bij het hebben van plezier in het leven, bijvoorbeeld door activiteiten te ondernemen met de kinderen. Een aantal bewoners noemt speciale activiteiten in huis als een bron van plezier. In één van de instellingen was bijvoorbeeld onlangs een themaweek georganiseerd, waar veel bewoners van hebben genoten. Andere activiteiten die worden genoemd zijn een muziekkavond, een bonte avond en het gezamenlijk voetbal kijken in huis. Ook medewerkers kunnen bewoners ondersteunen op dit gebied. Een groot aantal bewoners noemt prettige contacten met medewerkers. Vooral het grapjes maken met medewerkers vormt een bron van plezier.

Wanneer bewoners worden gevraagd naar hun wensen op het gebied van plezier maken, komen bovenstaande onderwerpen eveneens aan de orde. Een aantal bewoners zou graag willen dat er meer speciale activiteiten worden georganiseerd in huis. Anderen noemen de contacten met de medewerkers. Een aantal bewoner noemt ook de activiteiten die vroeger

het leven plezierig maakten zoals naar de schouwburg gaan, reizen en naar de bioscoop gaan.

*Mw. probeert overal de zonnige kant van te zien. Mw. was vroeger gek op dansen. Mw. danst nog wel eens met haar zoon of schoondochter. Ook vindt mw. het fijn als er kinderen op bezoek komen. Mw. heeft zelf geen kleinkinderen. Er worden wel eens cabaretavonden georganiseerd en dat vindt mw. erg leuk. Daar kan mw. van genieten. .... Mw. vindt het activiteiten aanbod voldoende.*

Bewoner, verzorgingshuis



## 7 Mentaal welbevinden/levenskunst

*“Ik zal wel vol met fouten zitten. Ik show graag nog een beetje, al ben ik dan oud. Als je je niks verbeeldt, en je bent ook niks, dan is het ook niks. Ik wil graag goed voor de dag komen. Vroeger was ik een streber en strontewijs; ik was een levensgenieter; ik was een grote praatjesmaker. Nu ben ik een tevreden mens. Ik kijk heel tevreden op mijn leven terug. We hebben het zó goed gehad. Als ik hier om mij heen kijk, denk ik: waar heb ik het aan verdiend dat ik 82 ben?”*

Bewoner, verzorgingshuis

Aan de bewoners is een aantal vragen gesteld met betrekking tot hun mentaal welbevinden. De vragen gingen in op beleving van de eigen identiteit, voortgezette groei, ouder worden of de bakens verzetten, gevoelens van onafhankelijkheid en spiritualiteit. Bij al deze aspecten is gevraagd naar de huidige situatie, de mate waarin bewoners ondersteund worden en hun wensen op dit gebied.

### 7.1 Eigen identiteit

Allereerst is gevraagd naar de beleving van de eigen identiteit: aan bewoners is gevraagd hoe zij zich zien als mens, hoe anderen hen zien en of zij wel eens over deze zaken praten met anderen. De antwoorden op deze vragen zijn uiteraard divers.

*Mw. omschrijft zichzelf als makkelijk, eerlijk en geduldig. Mw. heeft wel duidelijke grenzen. De familie kent mw. heel goed. De mensen in huis kennen mw. minder goed, maar dat vindt mw. normaal. Mw. is open naar anderen toe. Mw. kan niet tegen 'snauwerige mensen'. Mw. is hulpvaardig en kan goed luisteren.*

Bewoner, verzorgingshuis

Zoals bovenstaand citaat laat zien, noemen bewoners verschillende persoonlijke eigenschappen om zichzelf te definiëren. Met name het hulpvaardig zijn, wordt door bewoners genoemd. Een aantal bewoners vindt het moeilijk zichzelf te omschrijven. Het is voor sommige bewoners ook moeilijk om te beschrijven hoe anderen hen zien, zoals onderstaande citaten illustreren.

*Dhr. praat daar nooit over, ook niet met de kinderen. Dhr. denkt 'dat het wel goed zit'. Soms is dhr. wat bozig als het allemaal tegen zit.*

Bewoner, verpleeghuis

*Dat weet mw. niet. Mw. zegt weinig, maar hoort alles. Mw. is niet moeilijk in de omgang. Mw. is zachtvaardig.....*

Bewoner, verzorgingshuis

Aan de bewoners is gevraagd of zij wel eens over hun identiteit praten met anderen. Een deel van de bewoners geeft aan, dat wanneer zij hierover praten dit vooral is met de kinderen en/of hun partner. Met medebewoners lijkt weinig over dit soort zaken gesproken te worden. Een deel van de bewoners geeft aan dat zij eigenlijk nooit over dit onderwerp praten met anderen, zoals ook blijkt uit bovenstaande fragmenten.

## 7.2 Voortgezette groei

In het kader van voortgezette groei is aan bewoners gevraagd of zij nog zaken bijleren in het leven en hoe zij hierbij eventueel ondersteund kunnen worden. De vraag was bedoeld om te informeren in hoeverre bewoners toekomstperspectief zien. Echter, de vraag is door bewoners niet op deze wijze geïnterpreteerd: bewoners gingen met name in op de praktische mogelijkheden van leren. De vraag wordt zeer divers beantwoord. Een aantal bewoners geeft aan niets meer bij te willen leren. Daar voelt men zich te oud voor. Anderen geven aan dat zij nog steeds allerlei zaken bijleren, omdat dit hoort bij het leven. Dit kunnen kleine zaken zijn zoals het openmaken van een fles, maar ook grotere zaken zoals het leren omgaan met anderen. Met name in het verpleeghuis is er een groep bewoners aanwezig die huishoudelijke taken opnieuw aanleert in hun revalidatie. Een klein deel van de bewoners geeft aan dat zij zich verdiepen in bijvoorbeeld een vreemde taal of de plaatselijke historie. Een aantal bewoners geeft aan bepaalde informatieve TV programma's te volgen.

*“Ik heb geen behoefte aan cursussen. Het slechte zien blijft een grote handicap. Ik heb wel eens gedacht over boetseren, omdat ik daar mijn gezichtsvermogen niet zo voor nodig heb, maar daar heb ik geen geduld voor.”*

Bewoner, verpleeghuis

Aan de bewoners is tevens gevraagd op welke wijze zij hierbij ondersteund kunnen worden. Het overgrote deel van de bewoners geeft aan geen behoefte te hebben aan speciale cursussen. Hiervoor worden verschillende oorzaken aangegeven. Zo is het volgen van een cursus voor bepaalde bewoners te vermoeiend, anderen kunnen geen cursussen meer volgen in verband met hun slechte zicht of beginnende cognitieve problemen. Een



klein deel van de bewoners geeft aan wel degelijk geïnteresseerd te zijn in het volgen van een cursus. Zo geeft één van de bewoners aan graag een cursus archeologie te willen volgen. Anderen geven als voorbeeld het willen volgen van een computercursus. Het ondersteunen van voortgezette groei middels gesprekken met anderen wordt weinig genoemd als een wens van bewoners.

### 7.3 Ouder worden/bakens verzetten

Met een aantal bewoners is gepraat over moeite hebben met het ouder worden, welke oorzaken het heeft dat bewoners wel of geen moeite hebben met het ouder worden en op welke wijze zij ondersteund kunnen worden bij het ouder worden. Een deel van de bewoners blijkt geen moeite te hebben met het ouder worden. Echter, ruim een derde vindt het wel degelijk lastig om ouder te worden (N=137). Als oorzaak voor moeite met het ouder worden, worden onder andere de lichamelijke beperkingen, de afhankelijkheid van anderen en het verlies van dierbaren genoemd.

*“Af en toe is het moeilijk om ouder te worden, ik word er niet altijd even blij van. Ik vind verjaardagen bijvoorbeeld maar niks. Je wordt elke keer een jaar ouder, en dat vind ik maar niks. Ik heb een mooie tijd gehad, en ik ben wel tevreden met wat er geweest is. Ik ben niet tevreden over de infarcten die ik heb gehad. Wat mij betreft is het zo goed geweest. Ik zou nu wel willen sterven.”*

Bewoner, verpleeghuis

Qua ondersteuning noemen bewoners gesprekken met medebewoners en de kinderen of de partner. Met name met medebewoners wordt nogal eens over het ouder worden gesproken. De bewoners geven aan dat er weinig aan het ouder worden te doen is.

*“Mw. kan er niets aan doen dat ze ouder wordt. Mw. vindt het niet altijd leuk, maar dood hoort bij het leven. ‘Mijn zoon zegt dan altijd; tel je zegeningen moeder’. ‘Ik denk dan: Krijg toch de pip jongen!’”*

Bewoner, verzorgingshuis

### 7.4 Onafhankelijkheidsgevoel

Het grootste deel van de bewoners geeft aan, al dan niet in samenspraak met de kinderen of hun partner, zelf over hun leven te kunnen beslissen. De mate waarin men zich onafhankelijk voelt is slechts gedeeltelijk afhankelijk van de fysieke beperkingen van bewoners. Ook betreft de ervaren onafhankelijkheid verschillende onderwerpen, zoals financiën, het behoud van het eigen dagritme of bijvoorbeeld het levenseinde van bewoners.

*Dhr. heeft de touwtjes nog stevig in handen. Dhr. is nog steeds de baas, terwijl anderen de taken uitvoeren.*

Bewoner, verpleeghuis

*Mw. heeft duidelijke afspraken gemaakt over levensbeëindiging en haar begrafenis met de arts en haar zus. Mw. vindt dit een rustig idee.*

Bewoner, verpleeghuis

Een klein aantal bewoners geeft aan beperkt te worden in hun onafhankelijkheid. Bewoners voelen bijvoorbeeld dat zij teveel worden geleefd door de zorginstelling.

*Mw. krijgt geen kans om zelf haar dag in te delen vanwege de dagbehandeling. Mw. heeft het te druk. Zij komt niet toe aan de dingen die zij ook graag doet, ..... Mw. zou wat meer tijd willen hebben.*

Bewoner, verzorgingshuis

Bewoners wensen, voor wat betreft hun onafhankelijkheid, met name ondersteund te worden door mensen die dicht naast hen staan zoals de kinderen, de partner of familieleden.

## 7.5 Spiritualiteit

Spiritualiteit speelt een rol in het leven van de meeste bewoners. Spiritualiteit wordt door de meesten geïnterpreteerd als het hebben van een geloofsovertuiging. De geloofsovertuiging van bewoners is verschillend<sup>4</sup>. Echter, binnen de zorginstelling wordt voornamelijk dezelfde geloofsovertuiging aangehangen. Het geloof, en de daarbij horende activiteiten, speelt bij een groot aantal bewoners een belangrijke rol.

*Mw. gaat iedere dag naar de kapel om een kaarsje aan te steken. Daar heeft mw. steun aan. Mw. praat niet veel met de pastoor. Mw. gaat wel altijd naar de mis op dinsdag, donderdag en zaterdag.*

Bewoner, verzorgingshuis

*Dhr. is gelovig. Dhr. volgt de dienst op TV. Hij gaat niet de kerkdiensten in huis. Dhr. kijkt naar 'the hour of power' of luistert naar kerkdiensten op radio 5. Mooie preken vindt dhr. belangrijk. Zonder het geloof zou dhr. een groot gemis ervaren.*

Bewoner, verpleeghuis

<sup>4</sup> Dit is niet zo verwonderlijk gezien de regio's waarin de participerende zorginstellingen zich bevinden.

Uiteraard zijn er ook bewoners die geen geloofsovertuiging aanhangen of waarvoor de geloofsovertuiging minder belangrijk is.

*Dhr. is 'normaal' gelovig. Dhr. is katholiek opgevoed. Dhr. vindt dat de katholieke kerk veel onzin vertelt. 'Het geloof is er om mensen in toom te houden, zei mijn vader al'. Vroeger werd er veel waarde aan het geloof gehecht vanwege de armoede. Dhr. gaat niet naar de kerk. Volgt het nog wel eens op televisie. De pastor is eenmaal op bezoek geweest. 'Daar werd ik niet veel wijzer van'. Dhr. heeft er geen behoefte aan.*  
Bewoner, verzorgingshuis

Vrijwel alle bewoners, die gebruik maken van de diensten van de zorginstelling met betrekking tot de geloofsbeleving, zijn hierover tevreden. Ook wordt de sociale rol van de kerk genoemd, bijvoorbeeld ouderlingen die langskomen voor een praatje met de bewoners. Bewoners noemen als ondersteuning verder nog gesprekken met een geestelijke, zoals de pastoor, of dominee.

*“Als ik mijn geloof niet had dan kwam ik er niet. Dat is echt mijn houvast. Er is nu een nieuwe dominee – die komt niet meer binnenlopen om een praatje te maken, maar doet het voor de groep, onpersoonlijk. .... Hij zei: ik kom alleen als u erom vraagt. Dan kan hij lang wachten, tot ik helemaal in de puree zit. Dat heb ik hem gezegd ook”.*  
Bewoner, verzorgingshuis

Zoals bovenstaand citaat laat zien, hebben enkele bewoners behoefte aan meer persoonlijke gesprekken met de geestelijke. Echter, niet alle bewoners zijn gesteld op deze gesprekken. Ook over het bespreken van het geloof met andere bewoners verschillen de meningen. Een aantal bewoners geeft aan hier niet op gesteld te zijn. Het geloof wordt genoemd als iets persoonlijks; iets wat anderen niets aan gaat. Een aantal bewoners noemt in het kader van ondersteuning ook de kinderen. Kinderen kunnen bijvoorbeeld met de bewoner naar kerk gaan op zondagochtend. In een aantal gevallen noemen bewoners dat zij het jammer vinden dat hun kinderen niet meer kerkelijk zijn.



## 8 Conclusie en beschouwing

Kwaliteit van leven wordt steeds vaker gezien als een belangrijke uitkomstmaat van zorg. In dit pilot-onderzoek zijn 174 bewoners in 5 zorginstellingen ondervraagd over het begrip verantwoorde zorg en aspecten van kwaliteit van leven. Het doel van het onderzoek is het verschaffen van meer inzicht in wat bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen belangrijk vinden in hun leven, hun wensen en de wijze waarin zij ondersteund willen worden. De resultaten zijn beschreven aan de hand van vier domeinen namelijk lichaam, leefomstandigheden, participatie en levenskunst/mentaal welbevinden. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen één voor één beantwoord. Tevens worden kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst en enkele aanbevelingen gedaan.

### 8.1 Conclusies

Ten eerste is gekeken in hoeverre de interviewleidraad de belangrijkste dimensies van kwaliteit van leven van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen dekt. De vragen uit de interviews lijken goed aan te sluiten bij de belevingswereld van bewoners en over het algemeen worden de vragen goed beantwoord. Uit de interviews komt een grote verscheidenheid aan antwoorden naar voren. Bewoners hebben hun persoonlijke behoeften, wensen en ervaringen en zijn daardoor moeilijk te categoriseren. Met name de citaten en fragmenten uit de interviews bieden inzicht in de grote verscheidenheid van bewoners. Dit betekent dat, wanneer men de zorg wil aanpassen aan de vraag of behoeften van bewoners, men zal moeten uitgaan van de individuele situatie. Bewoners vinden het vaak moeilijk aan te geven wat ze graag zouden willen of nodig hebben. In een persoonlijk gesprek waarin voldoende tijd voor de bewoner wordt genomen is het mogelijk de wensen en behoeften van bewoners goed in kaart te brengen. Bewoners zullen niet snel 'te veel' zorg vragen. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat kwaliteit van leven niet alleen door de zorg wordt bepaald, maar ook door gebeurtenissen uit het verleden en de persoonlijkheid van de bewoner. Zo kan bijvoorbeeld het verlies van een zoon of dochter van grote invloed zijn op de huidige ervaren kwaliteit van leven. Bij de verwerking van deze gebeurtenissen speelt uiteraard ook de levenshouding of persoonlijkheid van bewoners een rol.

*Welke onderwerpen vinden bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen met name van belang in hun leven?*

Naast de individuele verschillen zijn er tevens overeenkomsten in de antwoorden van bewoners aanwezig. De onderwerpen die de geïnterviewde bewoners in de verpleeg- en verzorgingshuizen het vaakst spontaan noemen wanneer in het algemeen gevraagd wordt naar wat het leven goed of slecht maakt, hebben betrekking op de domeinen 'lichaam' en 'participatie'. Voorbeelden van onderwerpen die worden genoemd zijn onder andere de lichamelijke gezondheid, lichamelijke beperkingen en de sociale contacten met kinderen en

kleinkinderen. De domeinen 'leefomstandigheden' en 'levenskunst/mentaal welbevinden' werden ook spontaan genoemd door bewoners, maar iets minder vaak.

Het domein 'Lichaam' heeft betrekking op de lichamelijke gezondheid, ervaren lichamelijke beperkingen en het genieten van bijvoorbeeld eten en drinken en beweging. Het merendeel van de bewoners voelt zich gezond, ondanks de eventuele lichamelijke beperkingen. De lichamelijke beperkingen van bewoners zijn divers. De meeste bewoners hebben problemen met lopen. Dit heeft grote gevolgen voor de mobiliteit van bewoners en het genieten van lichamelijke beweging. Bij de lichamelijke beweging geeft een deel van de geïnterviewden aan behoefte te hebben aan een vrijwilliger of verzorgende die af en toe meegaat voor een wandeling. Er is tevens een grote diversiteit waarneembaar in het genieten van eten en drinken tussen individuele bewoners. In iedere zorginstelling is er een groot aantal bewoners dat het eten prima vindt, en een aantal bewoners waarbij het eten niet smaakt, ondanks de keuzemogelijkheden in verschillende zorginstellingen. Daarnaast zijn de bewoners niet altijd tevreden over de mate van verzorging. Met name het aantal douchebeurten schiet volgens de bewoners die hierbij hulp nodig hebben te kort.

Het domein 'leefomstandigheden' heeft betrekking op leefstijl, dagritme, de woonomgeving en veiligheid, maar ook mobiliteit en financiën. Uit het onderzoek komt sterk naar voren dat bewoners die hulp nodig hebben bij hun dagelijkse verrichtingen, niet zelf hun dag kunnen indelen of bij de dagindeling onvoldoende worden betrokken. Zij zijn afhankelijk van de verzorgenden bij het wassen, opstaan, naar bed gaan, naar het toilet gaan en bij het eten van de maaltijden. Dit geldt met name voor bewoners in de onderzochte verpleeghuizen. Echter, ook bewoners in de onderzochte verzorgingshuizen en extramurale zorg kunnen vaak niet geheel hun eigen dagritme bepalen, vanwege hulp bij de lichamelijke verzorging en de vaste tijdstippen waarop de maaltijden worden verstrekt. Ook blijken bewoners vaak te moeten wennen aan de kleinere behuizing en het hebben van een kamergenoot in het verpleeghuis. Een aantal bewoners blijkt vragen te hebben over de veiligheid en wenst inlichtingen bijvoorbeeld over wat te doen bij brand wanneer men niet zelfstandig het pand kan verlaten.

Het domein 'participatie' bestaat uit sociale contacten en de sociale rollen die men heeft, het ervaren van warmte en genegenheid, het meemaken van dingen, zoals uitstapjes en het hebben van hobby's, het hebben van humor of plezier in het leven. Familie en met name de kinderen en kleinkinderen zijn belangrijk voor de meeste bewoners. Wanneer men geen kinderen heeft, of als de kinderen niet vaak genoeg langskomen, ervaart men dat veelal als een gemis. Sommige bewoners voelen zich dan ook eenzaam, met name als zij geen aansluiting vinden bij de medebewoners. In een aantal zorginstellingen blijkt er tevens behoefte te zijn aan een mogelijkheid om bezoek mee te nemen naar een aparte ruimte, bijvoorbeeld een restaurant. Een zinvolle dagbesteding is tevens een belangrijk aspect van kwaliteit van leven. Bewoners nemen wisselend deel aan activiteiten zoals deze worden georganiseerd; een aantal bewoners geeft aan dat de activiteiten niet aansluiten bij hun wensen en voorkeuren. Het spreekt voor zich dat niet iedereen altijd plezier in het leven heeft, onder andere door lichamelijke beperkingen en het verlies van naasten.

Het domein 'levenskunst' bestaat uit de eigen identiteit, voortgezette groei, ouder worden en bakens verzetten, het gevoel van onafhankelijkheid en spiritualiteit. Het geloof of

levensovertuiging speelt een belangrijke rol voor het merendeel van de geïnterviewde bewoners. Het goed gekend worden door andere bewoners vinden de geïnterviewden minder belangrijk, met name vanwege de sociale controle binnen de zorginstelling. Een belangrijk deel van de bewoners blijkt moeite te hebben met ouder worden, met name vanwege de gebreken die komen met de ouderdom.

*Op welke wijze en door wie worden bewoners ondersteund, of kunnen zij worden ondersteund, bij deze onderwerpen ?*

Bij het domein 'lichaam', komt in dit onderzoek sterk naar voren, dat een aantal bewoners de sociale, informele contacten met de arts en verzorgenden noemt als belangrijke ondersteuning bij de lichamelijke gezondheid. Wellicht heeft dit te maken met de beperkte mate waarin lichamelijke klachten zijn te verhelpen bij de onderzoeksgroep. Contacten met de arts en verzorgenden krijgen daardoor waarschijnlijk een andere betekenis. Voor wat betreft lichamelijke gebreken worden de bewoners materieel ondersteund door allerlei hulpmiddelen en aanpassingen. Met name de rollator wordt genoemd.

Bij het domein 'leefomstandigheden' van bewoners spelen de verzorgenden een bepalende rol, met name bij de lichamelijke verzorging. Verzorgenden bepalen grotendeels de dagindeling voor bewoners met lichamelijke beperkingen, doordat zij bewoners ondersteunen bij hun dagelijkse verzorging. Wanneer men wordt ondersteund door huishoudelijke hulp, blijkt men niet altijd tevreden over de manier van schoonmaken. Daarnaast ervaren de meeste bewoners het als zeer prettig, wanneer men het gevoel heeft dat er toezicht is. Voor wat betreft de mobiliteit met name op grote afstanden, worden de bewoners grotendeels ondersteund door kinderen en familie. Een aantal bewoners maakt eveneens gebruik van speciale voorzieningen, zoals de Wvg-taxi of rolstoelbus.

Bij het domein 'participatie' spreken de bewoners vooral over de ondersteuning die men al dan niet van de eigen omgeving ervaart. De echtgenoot, familie en vrienden zijn grotendeels weggevallen, waardoor het aantal sociale contacten afneemt. Uit onderzoek van Kocken (1991) naar Rotterdamse ouderen blijkt dat een aanwezige partner de belangrijkste persoon vormt. Bij afwezigheid worden de kinderen als belangrijkste relatie gezien. Niet alleen in de sociale contacten, maar ook bij het uitoefenen van sociale rollen, het ervaren van warmte en genegenheid en bij het meemaken van dingen spelen kinderen een belangrijke rol. In tegenstelling tot eerder onderzoek van Seeman et al. (1988), blijkt in dit onderzoek dat kinderen niet alleen belangrijk zijn als het gaat om instrumentele steun (helpen met verhuizen, regelen van financiën, et cetera). Ook als het gaat om emotionele steun en het bieden van warmte en genegenheid spelen kinderen volgens de bewoners een cruciale rol. Ondanks het feit dat men leeft in groepsverband is dit geen garantie tegen eenzaamheid of verveling. Weggevallen contacten met de partner, kinderen of vrienden kunnen niet zondermeer worden ondervangen door medebewoners en verzorgenden. Verzorgenden lijken goed te kunnen ondersteunen op het gebied van sociale participatie bij bewoners die eenzaam zijn door bijvoorbeeld eens een praatje te maken en het aanbieden van geschikte activiteiten.

Bij het domein 'levenskunst' blijken bewoners in het mentaal welbevinden met name te worden ondersteund door familie en vrienden. Er is minder behoefte aan ondersteuning van verzorgenden en overige bewoners op dit gebied. Het geloof blijkt voor velen een

belangrijke bron van steun en geeft antwoord op belangrijke levensvragen. De kerk dient voor de bewoners niet alleen om het geloof te belijden, maar is ook een bron van sociale contacten. Dit komt ook naar voren uit onderzoek van Knipscheer et al. (1998) die een studie uitvoerden naar ouderen in Nederland. Hoewel er binnen de zorginstellingen diensten zijn, vindt men het vaak jammer als men niet meer in staat is de kerk buiten de zorginstelling te bezoeken. Een aantal bewoners geeft aan graag met een pastoor of dominee te praten over levensvragen. Anderen hebben hier in het geheel geen behoefte aan. Tenslotte is er een aantal bewoners die gebruik maakt van het aanbod aan cursussen, zoals internetten en e-mailen, maar ook handwerken en knutselen.

*In hoeverre kunnen verschillen op bovenstaande vragen worden verklaard door de setting waarin bewoners verblijven?*

Bijna alle resultaten in dit rapport zijn weergegeven voor alle bewoners tezamen. Echter, in de geïnterviewde bewoners zijn verschillende groepen te onderscheiden: bewoners in het verzorgingshuis (45%), bewoners die extramurale zorg ontvangen vanuit het verzorgingshuis (16%) en bewoners die langdurige (27%) of kortdurende zorg (12%) ontvangen in het verpleeghuis. Tussen deze groepen zijn enkele verschillen waarneembaar.

Voor wat betreft het domein 'lichaam' wordt het volgende gevonden. Bewoners die ter revalidatie zijn opgenomen in het verpleeghuis lijken meer problemen te ondervinden van hun lichamelijke beperkingen, dan bewoners die permanent in het verpleeghuis verblijven. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de relatief korte tijd dat zij te maken hebben met de beperkingen. Bewoners die langdurig zijn opgenomen in het verpleeghuis zijn wellicht aan de beperkingen gewend geraakt en kunnen er beter mee omgaan.

Bij het domein 'leefomstandigheden' blijkt dat de geïnterviewde bewoners die voor een korte periode, ter revalidatie, in het verpleeghuis zijn opgenomen, in het algemeen minder problemen hebben met het feit dat zij niet zelf hun dagindeling kunnen bepalen en dat zij met meerdere bewoners op één kamer slapen. Als reden hiervoor geven zij aan dat de opname slechts tijdelijk is en dat zij hopen binnenkort weer naar huis te gaan. Geïnterviewde bewoners die langdurig in het verpleeghuis zijn opgenomen hebben vaak wel een aantal wensen op het gebied van leefomstandigheden, zoals een grotere woonruimte en meer mogelijkheden om zelf de dag te kunnen indelen. Tussen de geïnterviewde bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen en bewoners die extramurale zorg ontvangen zijn eveneens verschillen waarneembaar. Zo hebben bewoners die extramurale zorg ontvangen vaak meer vrijheid in hun dagindeling en lijken zij betere afspraken te kunnen maken over de tijdstippen van lichamelijke verzorging, wanneer zij hierbij hulp nodig hebben. Ook blijken bewoners die extramurale zorg ontvangen vaak ruime appartementen te hebben. Zij hebben dan ook geen klachten over de grootte van de leefomgeving en hebben voldoende ruimte om bezoek te ontvangen.

Het ontvangen van bezoek is tevens van belang voor de participatie. De geïnterviewde bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen geven aan niet altijd voldoende ruimte hiervoor te hebben. In een zorginstelling bestond de mogelijkheid om 's middags of 's avonds de maaltijd te nuttigen in het restaurant. Dit lijkt de contacten met medebewoners te bevorderen.



Bij het domein 'levenskunst' blijken er met name verschillen te zijn in geloof. Vanzelfsprekend is men in het zuiden van het land eerder katholiek en in het noorden protestant. Aandacht voor de geloofsovertuiging wordt door het merendeel van de bewoners gewaardeerd. De zorginstellingen richten zich, ondanks het feit dat zij van algemene signatuur zijn, met name op de dominante geloofsovertuiging in huis. Mensen met een 'afwijkende' geloofsovertuiging kunnen hierdoor minder goed hun geloof belijden.

## 8.2 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen

### *Beperkingen en aanbevelingen voor verder onderzoek*

Bij het interpreteren van de resultaten is een aantal zaken van belang. Het onderzoek is uitgevoerd onder een beperkt aantal bewoners van vijf verpleeg- en verzorgingshuizen. De zorginstellingen zijn door Arcares uitgenodigd om aan het onderzoek mee te werken. Dit betekent dat deze zorginstellingen geen steekproef betreffen uit alle Nederlandse instellingen. Bovendien zijn de bewoners benaderd door de zorginstelling zelf. Om deze redenen is het mogelijk dat antwoorden van bewoners niet representatief zijn voor alle bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen.

In dit onderzoek zijn 174 bewoners geïnterviewd. Dit betreft een groep mensen met een relatief hoge leeftijd, die veelal alleenstaand zijn en vaak al langere tijd in de zorginstelling verblijven. Voor deelname aan het interview was het een vereiste dat de cognitieve functies van bewoners voldoende intact waren. Soms bleek het toch zo te zijn dat een bewoner in enige mate cognitief beperkt was en bijvoorbeeld last had van afasie. Vanwege de realiseerbaarheid zijn bewoners met sterke cognitieve beperkingen niet in dit onderzoek betrokken. Hierdoor zijn de resultaten niet zondermeer van toepassing op alle bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen. Nader onderzoek naar kwaliteit van leven voor de groep bewoners met cognitieve problemen, bijvoorbeeld op psychogeriatrische afdelingen, is derhalve noodzakelijk.

Het is niet geheel mogelijk inzicht te geven in de verschillende groepen bewoners die intra- en extramurale zorg of andere vormen van zorg ontvangen, gezien het beperkte aantal van de geïnterviewde bewoners. Hierboven zijn bepaalde tendensen te onderscheiden, maar deze zijn zeer globaal van aard. Verschillen tussen verschillende doelgroepen zouden nader moeten worden onderzocht.

Tenslotte zijn er vijf interviewers geweest die in principe ieder één instelling hebben bezocht. Doordat ieder zijn eigen manier van bevragen heeft, zijn niet altijd alle onderwerpen even uitgebreid aan de orde gekomen. Echter, door het hoge aantal bewoners dat is bevestigd kon toch een duidelijk beeld worden gecreëerd van de resultaten op alle domeinen van kwaliteit van leven.

Bewoners waren zeer open over hun leven en de mogelijke problemen die zij ervaren. Dit heeft volgens de auteurs te maken met het feit dat de interviews zijn afgenomen door een buitenstaander. Indien in vervolgonderzoek het interview nogmaals wordt afgenomen, is het belangrijk dat de bewoners de kans krijgen om vrijuit te kunnen spreken over de onderwerpen. De interviews kunnen daarom het beste worden afgenomen door iemand die veraf staat van de bewoner.

### *Aanbevelingen voor de praktijk*

Een aantal zaken die uit de interviews naar voren komen zijn reeds bekend. Voorbeelden hiervan zijn de beperkingen in het bepalen van het eigen dagritme en de grote individuele verschillen tussen bewoners voor wat betreft activiteitsdeelname et cetera. Wanneer men de zorg wil aanpassen aan de wensen en behoeften van bewoners om kwaliteit van leven te bevorderen is het wel degelijk belangrijk hiermee rekening te houden. In de zorgverlening aan bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen dient voldoende aandacht te zijn voor individuele verschillen tussen bewoners. Het spreekt voor zich dat het nuttig is om bewoners over vele onderwerpen die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen en die wellicht tekort schieten, geregeld te laten terugkoppelen. Dit hoeft niet altijd op een formele manier te gebeuren, zoals via vragenlijsten. Verzorgenden kunnen immers direct aan de bewoners vragen naar knelpunten in de zorg of in het dagelijks leven.

In onderzoek naar kwaliteit van leven (en kwaliteit van zorg) ligt de nadruk veelal op lichamelijk welzijn en de leefomstandigheden van bewoners. Sociale participatie komt in de meeste onderzoeken minder duidelijk aan de orde. Uit dit onderzoek blijkt echter dat sociale participatie volgens de bewoners met name bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Kinderen van bewoners spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van hun ouders. Dit betreft zowel instrumentele steun als emotionele ondersteuning. Instrumentele steun bestaat uit de praktische hulp bij financiën en het zorgen voor vervoer. Emotionele ondersteuning bestaat onder andere uit het bieden van warmte en genegenheid en het terecht kunnen bij anderen. Dit betekent dat het belangrijk is kinderen in de evaluatie van de zorgverlening te betrekken en voldoende ruimte te creëren voor bewoners om hun kinderen te laten deelnemen aan hun leven. Ook is het belangrijk dat extra aandacht wordt besteed aan bewoners die geen sociale contacten met kinderen onderhouden. Een aantal bewoners blijkt sociaal nog zeer actief te (willen) zijn, bijvoorbeeld in de vorm van lidmaatschap van de cliëntenraad, het introduceren van nieuwe bewoners, het helpen van en een oogje in het zeil houden bij medebewoners. Andere bewoners hebben meer of andere ondersteuning nodig. Verzorgenden blijken belangrijk te zijn bij de sociale participatie van bewoners, met name bij bewoners die aangeven zich eenzaam te voelen en weinig aansluiting vinden bij activiteiten. Een goede introductie van nieuwe bewoners kan bijdragen aan de sociale participatie. Voor verzorgenden is tevens een belangrijke ondersteunende rol weggelegd, met name bij het lichamelijk welzijn en het behoud van het eigen dagritme van de bewoners.

# Literatuur uit deelrapport 1

- Aharony L & Strasser S (1993). Patient satisfaction: what we know and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 50, 49-70.
- Arcares, 2004. [www.arcares.nl](http://www.arcares.nl) "boekenlegger".
- Batalden PB & Nelson EC (1991). Hospital quality, patient, physician and employee judgments. *International Journal of Quality Assurance*, 3, 7-17.
- Bensing JM, & Dronkers D (1992). Instrumental and affective aspects of physician behaviour. *Medical Care*, 30, 283-298.
- Campen van C, Kerkstra A, Taes CGJ. Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. Utrecht: NIVEL, 1997.
- Campen van C, Kerkstra A (1998). Ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. Constructie van een meetinstrument. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 29, 11-18.
- Donabedian (1992). Quality assurance in health care: the consumers' role. *Quality in Health Care*, 1, 247-251.
- Gerritsen D. Quality of life and its measurement in nursing homes. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2004.
- Hammer RM (1999). The lived experience of being at home. A phenomenological investigation. *Journal of Gerontological Nursing*, 11, 10-18.
- Holtkamp CCM. Effects of the resident assessment instrument on quality of care and quality of life in nursing homes. Dissertatie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2003.
- Jirovec MM & Maxwell BA (1993). Nursing home resident functional ability and perceptions of choice. *Journal of Gerontological Nursing*, 9, 10-14.
- Kane RA, Caplan, AL, Urv-Wong EK, Freeman IC, Aroskar MA & Finch M (1997). Everyday matters in the lives of nursing home residents: wish for and perception of choice and control. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 1086-1093.
- Kempen GIJM, Brilman EI & Ormel J (1998). Groningen Longitudinal Aging Study: Een onderzoek naar het dagelijks functioneren, het welbevinden en de zorgbehoeften van ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 29, 141-149.
- Knipscheer CPM, Dykstra PA, Tilburg van TG & Jong de-Gierveld J (1998). Leefvormen en sociale netwerken van ouderen. Een selectie van bevindingen uit een NESTOR-Studie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 29, 110-119.

- Kocken PL. Psychisch welbevinden op oudere leeftijd. Onderzoek naar de prevalentie van psychische problematiek en preventiemogelijkheden bij Rotterdamse ouderen. GGD-Rotterdam: 1991.
- Landelijke Organisatie Cliëntenraden. Verantwoorde zorg: referentiekader verpleeghuiszorg vanuit bewonersoptiek. Utrecht: Landelijke Organisatie Cliëntenraden, 1999.
- Ormel J, Lindenberg S, Steverink N & Vonkorff M (1997). Quality of life and Social Production Functions: A framework for understanding health effects. *Social Science and Medicine*, 45, 1051-1063.
- Seeman TE & Berkman LF (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Social Sciences and Medicine*, 26(7), 737-749.
- Sluijs E, Beek van APA, Mouthaan I, Neef de M, Wagner C. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg: een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Strasser S, Aharony L & Greenberger D (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50, 219-248.
- Wildt de AGB (1999). Eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer: verslag van een project. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde*, 4, 30-32.
- Zorgconsult interne rapportages voor Arcares: Brouwer AMA, Koemans JMA, Wijngaarden AW. Verkennend onderzoek inzake kwaliteit van leven van ouderen. Utrecht: Arcares/Zorgconsult, 2004a.
- Brouwer AMA, Koemans JMA, Wijngaarden AW. Operationalisering prestatie-indicatoren voor 'kwaliteit van leven'. Utrecht: Arcares/Zorgconsult, 2004b.

# Bijlage 1

## Vooraf

Pilotinstelling	
Interviewer	
Naam cliënt	
Respondentnummer (zie lijst KvL)	
Datum interviews	KvL:   VZ:

## I. Lichaam

### Ziekte / gezondheid

#### **V1. Wat ondersteunt u (of: zou u kunnen ondersteunen) bij uw gezondheid?**

dokter  
aandacht/serieus nemen klachten  
medicatie(verdeling)

### Beperkingen/mogelijkheden

#### **V2. Wat ondersteunt u (of: zou u kunnen ondersteunen) bij uw lichamelijke beperkingen?**

i.v.t. lopen (hulp, loophulpmiddelen naar wens?, zuurstof)  
i.v.t. zien (hulp bijvoorbeeld voorlezen, bril naar behoren?)  
i.v.t. horen (gehoorapparaat naar behoren?, hulpmiddelen)  
i.v.t. volgen wat er in de wereld gebeurt (hulp)

### Verzorgd lichaam

#### **V3. Wat hoort voor u bij een verzorgd lichaam?**

wassen (hoe vaak, wanneer?)  
douchen  
baden  
haar  
gezicht (make-up)  
gebit  
nagels  
voeten  
toiletgang (incontinentiematerialen)

### Lichamelijk genieten

#### **V4. Wat is voor u (lichamelijk) genieten? (of: zou zijn)**

eten, drinken (hulp, wat, tijdstip, aankleding tafel)  
i.v.t. roken (hulp, mogelijkheid om te roken)  
i.v.t. gebruik alcohol (mogelijkheid om te drinken)  
lichamelijk contact  
erotiek (ruimte, zowel letterlijk als figuurlijk)  
lichamelijke beweging

## II. Leefomstandigheden

### Leefstijl

#### **V5. Wat is belangrijk voor uw eigen plek?**

ruimte (grootte, aantal kamers, delen met anderen)  
inrichting  
hulp bij opruimen/schoonmaken  
bejegening (omgaan met privacy tijdens binnenkomen, tijdens verzorging)  
mogelijkheden afsluiten deuren  
zitje buiten/balkon/terras  
huisdieren  
continuïteit (blijven wonen)

### Dagritme

#### **V6. Hoe ziet uw ideale dagritme eruit?**

opstaan (zelf bepalen?/goed tijdstip?)  
naar bed gaan (zelf bepalen?/goed tijdstip?)  
eten (zelf bepalen?/goed tijdstip?)  
activiteiten (zelf bepalen?/goed tijdstip?)

### Woonomgeving

#### **V7. Wat vindt u belangrijk aan uw woonomgeving? (of: zou u belangrijk vinden)**

tuin  
natuur  
buurtvoorzieningen  
bereikbaarheid (voor anderen)  
toegankelijkheid (voor jezelf)

### Veiligheid

#### **V8. Wat zorgt dat u zich veilig voelt? (of: zou voelen)**

toezicht  
alarmering  
aanpassingen  
brandbeveiliging  
inbraakbeveiliging

### Mobiliteit

#### **V9. Wat is voor u nodig (of: wat wordt voor u gedaan )om te kunnen gaan en staan waar u wilt?**

hulp bij verplaatsingen (grotere afstanden, ergens heen)  
hulpmiddelen  
aanpassingen  
vervoer faciliteren  
geen beperkende huisregels?

## Financiën

**V10a. Zijn er dingen die u niet kunt (of: niet kon) betalen, maar die voor u eigenlijk wel nodig zijn (of: nodig waren) om een prettig leven te kunnen leiden?**

verandering uitgavenpatroon?

**V10b. Zijn er financiële zaken waarbij u hulp krijgt (of: zou willen hebben)?**

hulp bij belastingaangifte  
hulp bij Invullen formulieren  
hulp bij verkrijgen van gewenste goederen

## III. Participatie

### Sociaal netwerk

**V11a. Hoe zien uw sociale contacten er uit?**

familie  
vrienden  
medebewoners  
vereniging, club  
medewerkers  
vrijwilligers

**V11b. Krijgt u hulp (of: kunt u hulp gebruiken) bij het onderhouden en leggen van sociale contacten?**

contact leggen met clubs, organisaties in huis of in de buurt  
bellen, e-mailen (mogelijkheden, hulp)  
bezoekersfaciliteiten (ruimte, bezoeken, openingstijden restaurant)

### Sociale rollen

**V12a. Welke sociale rollen heeft u?**

**V12b. Krijgt u hulp (of: kunt u hulp gebruiken) bij het vervullen van uw rollen in contacten met anderen?**

erover praten met ...

### Intimiteit

**V13a. Bij wie ervaart u warmte en genegenheid, bij wie kunt u terecht?**

**V13b. Zijn er dingen die u hierbij ondersteunen? (of: zouden kunnen ondersteunen)**

erover praten met ...

### Dingen (mee)maken

**V14. Wat wordt er voor u gedaan (of: wat zou er gedaan kunnen worden) om dingen te doen te hebben?**

activiteiten (bijvoorbeeld hobby, kunst, cultuur, uitjes)  
hulp bij gebruik communicatiemiddelen (bijvoorbeeld telefoon, brief, e-mail)  
informatie over activiteiten in de buurt  
mogelijkheden om zichzelf te vermaken (ruimte, materialen)

### Humor

**V15. Wat maakt het leven voor u leuk? (of: wat kan het leven voor u leuk maken?)**

**V15b. Wat wordt er voor u gedaan (of: wat zou er gedaan kunnen worden) om het leven leuker te maken?**

activiteiten (bijvoorbeeld cabaret, film, clowns)  
bejegening medewerkers

## IV. Levenskunst / Mentaal welbevinden

### Beleving eigen identiteit

**V16a. Hoe ziet u uzelf als mens?**

**V16b. Bespreekt u dit wel eens (of: zou u het prettig vinden om dit wel eens te bespreken) met iemand?**

erover praten met ....

**V16c. Hoe zien anderen u?**

**V16d. Bespreekt u dit wel eens (of: zou u het prettig vinden om dit wel eens te bespreken) met iemand?**

erover praten met ....

### Voortgezette groei

**V17a. Hoe ligt dit voor u? Wat leert u nog bij? (of zou u bij willen leren?)**

**V17b. Zijn er dingen die u hierbij ondersteunen (of: zouden kunnen ondersteunen)?**

cursusaanbod  
erover praten met ....

### Bakens verzetten

**V18a. Hoe ligt dit voor u? Waarom heeft u (geen) moeite met ouder worden?**

**V18b. Zijn er dingen die u hierbij ondersteunen (of: zouden kunnen ondersteunen)?**

erover praten met ....



### **Onafhankelijkheidsgevoel**

**V19a. Hoe ligt dit voor u? Wat zorgt dat u de regie over uw eigen leven voert? (of: wat zou maken...)**

**V19b. Zijn er dingen die u hierbij ondersteunen (of: zouden kunnen ondersteunen)?**

meer betrokken worden bij beslissingen  
hulpmiddelen, domotica  
erover praten met ....

### **Spiritualiteit**

**V20a. Hoe ligt dit voor u? Bent u gelovig, of heeft een bepaalde levensopvatting?**

**V20b. Bespreekt u deze levensbeschouwelijke dingen wel eens (of: zou u het prettig vinden om deze wel eens te bespreken) met iemand?**

erover praten met ....

### **Slotvragen**

- Hoe lang duurde het interview?

- Algemene bevindingen (was het vermoeiend voor de geïnterviewde, hoe vond hij/zij het interview, zijn er nog suggesties, ontbreken er belangrijke vragen of invullingen/deelgebieden?)