

Tilburg University

Hoe ziet mensgerichte zorg eruit in de praktijk?

Kools, J. F. R. M.; van Boekel, L. C.; Luijkx, K. G.

Publication date:
2020

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Kools, J. F. R. M., van Boekel, L. C., & Luijkx, K. G. (2020). *Hoe ziet mensgerichte zorg eruit in de praktijk? Een onderzoek naar hoe mensgerichte zorg wordt vormgegeven in twee zorglocaties met verschillende zorgconcepten*. Tranzo, Tilburg University.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Hoe ziet mensgerichte zorg eruit in de praktijk?

Een onderzoek naar hoe mensgerichte zorg wordt vormgegeven in twee zorglocaties met verschillende zorgconcepten

Nathalie Kools MSc.
Dr. Leonieke van Boekel
Prof. Dr. Katrien Luijkx

Juli 2020



Hoe ziet mensgerichte zorg eruit in de praktijk?

Een onderzoek naar hoe mensgerichte zorg wordt vormgegeven in twee zorglocaties met verschillende zorgconcepten

Managementsamenvatting

Doel

Het doel van het huidige onderzoek was om van twee verschillende zorgconcepten in kaart te brengen hoe zij mensgerichte zorg in de praktijk hebben vormgegeven. Uit de literatuur blijken verschillende elementen belangrijk in het bieden van mensgerichte zorg aan mensen met dementie in zorglocaties, waaronder het behouden van de autonomie, het afstemmen van de zorg op de belevingswereld van de persoon met dementie, het betrekken van naasten in de zorg en het bieden van een fysieke omgeving die mensgerichte zorg faciliteert. In het kader van het huidige onderzoek werd bestudeerd hoe deze elementen in de praktijk zijn gebracht door twee zorglocaties die langdurige zorg bieden aan mensen met dementie. De zorglocaties betroffen De Wever, locatie Satijnhof en De Leyhoeve, locatie Tilburg, beiden gevestigd in Tilburg. In het huidige onderzoek trachten we antwoord te geven op onderstaande onderzoeksvragen:

1. In hoeverre voldoet de fysieke omgeving aan voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren?
2. Welke attitudes hebben medewerkers over mantelzorgverlening?
3. In welke mate bieden medewerkers mensgerichte zorg?
4. In welke mate wordt mantelzorg verleend en ervaren naasten een rol in de zorg voor de bewoner?
5. Hoe komt autonomie van bewoners tot uitdrukking in het dagelijks leven?

Methode

Verschiedende meetinstrumenten zijn geselecteerd voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Middels observaties is in kaart gebracht in hoeverre de fysieke omgeving voldeed aan voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren en daarmee bijdroeg aan het welzijn van de bewoners. Tevens zijn twee vragenlijsten afgenomen: één bij medewerkers en één bij naasten van bewoners. Middels de vragenlijst voor medewerkers is onderzocht in welke mate mensgerichte zorg geboden werd en wat de attitudes van medewerkers waren over mantelzorgverlening. Middels de vragenlijst voor naasten van bewoners is de mate van mantelzorgverlening onderzocht en de attitudes van naasten van bewoners over medewerkers. Tot slot zijn bewoners van de zorglocaties geobserveerd om te onderzoeken hoe mensgerichte zorg tot uitdrukking komt in het dagelijks leven.

Resultaten en discussie

In totaal vulden 68 medewerkers een vragenlijst in en 21 naasten. Twaalf bewoners zijn geobserveerd. Echter, vanwege de inclusie van een paar bewoners met alleen somatische klachten binnen De Leyhoeve blijft voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies over mensen met dementie in het algemeen. De gemiddelde leeftijd van medewerkers was 42,92 jaar ($SD = 11,91$). Medewerkers van Satijnhof waren significant ouder, hadden meer jaren werkervaring in de langdurige ouderenzorg en waren meer jaren werkzaam in hun organisatie dan medewerkers van De Leyhoeve. Van de medewerkers was 39,7% welzijnsmedewerker (gastvrouw/heer of huiskamer moeder/vader) en was 41,2% zorgmedewerker (verzorgende of verpleegkundige). De gemiddelde leeftijd van de naasten van bewoners was 58,19 jaar ($SD = 7,13$; range 47-74). De gemiddelde leeftijd van de bewoners waar naasten mantelzorg aan verleenden was 85,55 jaar ($SD = 6,88$; range 71-97). Tot slot hadden de geobserveerde bewoners een gemiddelde leeftijd van 85,03 jaar ($SD = 6,18$; range = 72-98).

Onderstaand wordt een korte samenvatting gegeven van de antwoorden op de onderzoeksvragen. Ten eerste bleek de **fysieke omgeving** van de zorglocaties te voldoen aan de meeste voorwaarden om mensgerichte zorg te leveren en draagt daarmee bij aan het welzijn van de bewoner. Er werd met name hoog gescoord op de thema's privacy en autonomie, faciliteiten- en voorzieningenniveau

en huiselijkheid en kleinschaligheid. Er werd relatief laag gescoord op de thema's Uitzicht en Natuur en Oriëntatie en Routing.

Ten tweede hadden **medewerkers** van beide zorglocaties vrij positieve attitudes ten opzichte van **mantelzorgverlening**. Opvallend was dat zorgmedewerkers een positievere attitude hadden over naasten van bewoners dan welzijnsmedewerkers. Een mogelijke verklaring kan zijn dat welzijnsmedewerkers in hun dagelijkse werk vaker omgaan met en zaken moeten afstemmen op naasten van bewoners dan de zorgmedewerkers. Dit zou kunnen betekenen dat welzijnsmedewerkers ook vaker geconfronteerd worden met lastige situaties waarin naasten van bewoners bijvoorbeeld niet tevreden zijn over de geleverde zorg of dat bewoners juist onrustig worden van bezoek door naasten.

Ten derde zijn **medewerkers** van beide zorglocaties ervan overtuigd dat zij in relatief hoge mate **mensgerichte zorg** leveren aan hun bewoners. Hierin vonden we geen verschillen tussen de twee zorglocaties. Wel zien we dat medewerkers van De Leyhoeve in significant hogere mate zorg op de persoon afstemden dan medewerkers van Satijnhof. Daarnaast bleek dat een positievere attitude van medewerkers over mantelzorgverlening voorspeld kon worden door de een grotere mate waarin mensgericht gewerkt wordt, meer jaren werkervaring in de langdurige ouderenzorg en een lagere leeftijd van medewerkers.

Ten vierde werd gemiddeld genomen ongeveer 6 uur per week **mantelzorg verleend** aan de bewoners met dementie in zorglocaties door de **naasten** die de vragenlijst invulden. Hierin vonden we geen significant verschil in de mate van mantelzorgverlening tussen de twee zorglocaties. Naasten van bewoners van beide zorglocaties ervaren dat zij een vrij grote rol spelen in de zorg voor de bewoner. Ook hier vonden we geen significant verschil tussen de twee zorglocaties.

Ten vijfde hebben we middels observaties onderzocht hoe **autonomie en mensgerichte zorg er in de praktijk uitziet** bij beide zorglocaties. Ondanks dat we in detail konden observeren wat er in de dagelijkse zorg gebeurt, bleek veel informatie niet altijd op een kwantitatieve manier te vatten en mist er veel informatie door de keuze om enkel in de algemene huiskamers te observeren. In toekomstige studies zou ook geobserveerd moeten worden in eigen woonruimtes, zodat een duidelijker beeld geschetst kan worden van de autonomie van bewoners. Tevens leken de bewoners van Satijnhof erg te verschillen in de mate van dementie vergeleken met de bewoners van De Leyhoeve, waarbij de mate van dementie binnen De Leyhoeve minder ernstig leek. Gezien de grote variatie in type bewoners, is voorzichtigheid geboden bij generalisatie naar bewoners met dementie in het algemeen.

De onderzoekers hebben door middel van de observaties echter wel een goed beeld van de dagelijkse gang van zaken in de algemene huiskamers van beide zorglocaties. Alhoewel evenveel uren aan observaties zijn uitgevoerd, bleken er meer (inter)acties en gebeurtenissen plaats te vinden bij bewoners van Satijnhof ten opzichte van bewoners van De Leyhoeve. Onderzoekers hadden de indruk dat bewoners van De Leyhoeve beter in staat waren te converseren dan de bewoners van Satijnhof. Bij de Leyhoeve waren gesprekken in de algemene huiskamers vaak levendiger en gevarieerder en tussen meerdere personen in vergelijking tot Satijnhof. Ook kwamen interacties tussen drie of meer personen en interacties tussen medebewoners vaker voor binnen De Leyhoeve dan binnen Satijnhof. Daarnaast merkten de onderzoekers op dat binnen Satijnhof er relatief meer reuring was in de algemene huiskamer door het in- en uitlopen van personeel en doordat de algemene huiskamer direct grensde aan de ingang van de afdeling. De algemene huiskamers bij Leyhoeve waren wat meer afgesloten waardoor er minder mensen in en uit liepen. Dit kwam ook naar voren in de studieresultaten: binnen Satijnhof werden sociale interacties vaker geïnitieerd vanuit medewerkers terwijl binnen de Leyhoeve dit vaker geïnitieerd werd door bewoners.

Conclusie

Uit de huidige studie blijkt dat beide zorglocaties mensgerichte zorg bieden. Zo voldoet de fysieke omgeving van beide zorglocaties aan de meeste voorwaarden om mensgerichte zorg te leveren, hebben medewerkers van beide zorglocaties vrij positieve attitudes ten opzichte van mantelzorgverlening, zijn medewerkers ervan overtuigd dat zij in relatief hoge mate mensgerichte zorg verlenen en ervaren naasten van bewoners van beide zorglocaties een vrij grote rol in de zorg voor de bewoners. Door in detail twee verschillende zorglocaties te bestuderen worden verschillen en nuances zichtbaar, zoals dat in beide zorglocaties het zorgmedewerkers een positievere attitude hebben over mantelzorgverlening dan welzijnsmedewerkers. Tevens geeft de huidige studie inzicht in de beperkingen en uitdagingen gerelateerd aan het doen van observaties in zorglocaties die langdurige zorg bieden aan mensen met dementie. Zo zagen we dat observaties een goede indruk kunnen geven van de dagelijkse gang van zaken, de sfeer en dynamiek op een zorglocatie, maar dat het belangrijk is om niet alleen in algemene huiskamers te observeren en de mate van dementie te inventariseren om hier een volledig beeld van te kunnen schetsen.

Over Academische Werkplaats Ouderen en Tranzo

Tranzo is het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van de Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University. Tranzo verbindt wetenschap en praktijk op het gebied van zorg en welzijn. In co-creatie met de praktijk werken we aan kennisontwikkeling en kennisuitwisseling. Door deze manier van werken bevorderen we *evidence based* werken en ontwikkelen we producten en diensten die in de praktijk kunnen worden ingezet.

Het onderzoek werd uitgevoerd vanuit de Academische Werkplaats Ouderen (AWO) van Tranzo, Tilburg University. In de AWO werken ouderen, zorgprofessionals van ouderenzorgorganisaties en de wetenschap samen aan mensgerichte zorg voor kwetsbare ouderen, thuis en in het verpleeghuis. De AWO doet sociaalwetenschappelijk onderzoek naar de leefwereld van kwetsbare ouderen. Met deze kennis evalueren en innoveren we de ouderenzorg. Wij streven ernaar dat ouderen erkend worden als unieke personen en als volwaardige partners in de zorg. Door de kennis en kunde van ouderen, zorgprofessionals en wetenschappers te bundelen tonen de onderzoeken heel duidelijk de wensen en behoeften van ouderen en zijn de resultaten bruikbaar in de zorgpraktijk.

Dit onderzoeksrapport is geschreven door Nathalie Kools MSc., Dr. Leonieke van Boekel en Prof. Dr. Katrien Luijckx. Via deze weg danken wij Jogé Boumans MSc., Prof. Dr. Caroline Baan en Dr. Marjolein Verbiest voor het opzetten van de studie en Dr. Hanneke van der Meide en Remco Hoppenbrouwers voor de dataverzameling. Tevens danken wij Walter Ceelen en Corina van Meel van Woonzorgcentrum Satijnhof (De Wever) en Tabitha Franken en Elly van der Wijk van Woonlandschap De Leyhoeve voor de werving van deelnemers en het bieden van een klankbord tijdens de gehele onderzoeksperiode.



Inhoudsopgave

Inleiding	8
Methode	10
Resultaten	15
Discussie.....	32
Referenties	36
Bijlagen.....	38

Inleiding

Achtergrond

In Nederland is de afgelopen decennia een verandering in de intramurale zorg voor mensen met dementie merkbaar (Rijksoverheid, 2015). Het is steeds belangrijker geworden dat mensen het leven kunnen leiden waar zij zelf voor kiezen, ook als zij in een zorglocatie verblijven. Organisaties die 24-uurs zorg bieden voor mensen met dementie zijn hun manier van zorgverlening en de fysieke omgeving (samengevat het zorgconcept) op een meer mensgerichte manier vorm gaan geven. Van een primaire focus op lichamelijke gezondheid en veiligheid in traditionelere organisaties is de aandacht in de zorg voor mensen met dementie dus verschoven naar een meer mensgerichte manier van zorgverlening (Kitwood, 1997; Mitchell & Agnelli, 2015). Daarnaast ontstaan ook nieuwe innovatieve zorgconcepten die zich richten op het bieden van zorg en wonen voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld kleinschalige woonvormen in dorpen, woonvormen voor mensen met affiniteit voor cultuur of het bieden van een plek waar mensen kunnen blijven wonen ook als zij meer zorg nodig hebben. Deze zorgconcepten proberen elk op hun eigen wijze zo goed mogelijk aan te sluiten bij de belevingswereld van mensen met dementie en diens mantelzorgers. Door middel van deze meer mensgerichte benaderingen zou er meer ruimte moeten ontstaan voor behoeften, wensen en waarden en normen van de persoon met dementie en diens mantelzorgers.

Er zijn verschillende elementen belangrijk in het bieden van mensgerichte zorg aan mensen met dementie in zorglocaties die langdurig zorg bieden. Ten eerste is het essentieel dat bewoners hun eigen keuzes kunnen maken en worden ondersteund om hun autonomie te behouden (Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018; Kitwood, 1997). Vaak zijn mensen met dementie echter niet meer in staat om een gemaakte keuze uit te voeren. Om de autonomie te stimuleren, is het daarom cruciaal dat zorgverleners de autonomie van mensen met dementie stimuleren door hen te blijven betrekken bij de besluitvorming (Kitwood, 1997; McCormack, 2001). Zo kunnen zorgverleners mensen met dementie laten kiezen wat zij willen eten of welke kleding zij willen dragen.

Ten tweede is een goede samenwerking en relatie in de driehoek tussen bewoners, zorgmedewerkers en naasten essentieel voor het bieden van mensgerichte zorg (Boumans, van Boekel, Baan, & Luijckx, 2019; de Rooij et al., 2012; Stanbridge, Burbach, Rapsey, Leftwich, & McIver, 2013). De betrokkenheid van naasten in de zorg voor mensen met dementie draagt bij aan de mate waarin mensgerichte zorg geboden kan worden aan mensen met dementie (Natan, 2009), omdat zij de meeste kennis hebben over de voorkeuren, gewoonten en wensen van de bewoner (Eurocarers, 2009; Reid & Chappell, 2017). Naast een hogere mate van mensgerichte zorg, verhoogt de betrokkenheid van naasten tevens het welzijn en de kwaliteit van leven van zowel de bewoners als de naasten (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011; Landeweer, 2018; van Nistelrooij, Visse, Spekking, & de Lange, 2017). Uit eerder onderzoek blijkt dat goede betrokkenheid van naasten gerealiseerd kan worden door duidelijke en goede communicatie tussen zorgmedewerkers en naasten over de mogelijkheden om ondersteuning te bieden en door een open en welkome houding van zorgmedewerkers ten aanzien van mantelzorgverlening (Boumans et al., 2019).

Tot slot blijkt ook de fysieke omgeving van zorglocaties die langdurige zorg verlenen aan mensen met dementie een belangrijke rol te spelen in het aanbieden van mensgerichte zorg (De Boer et al., 2018; Woodbridge et al., 2016; Fleming, Crookes, & Sum, 2008). Zo kunnen bijvoorbeeld een huiselijke sfeer, een privékamer waarin bewoners zich kunnen terugtrekken en voorzieningen waar bewoners zelf iets te eten of drinken kunnen nemen, bijdragen aan de autonomie van bewoners. Ook voor de betrokkenheid van naasten speelt de fysieke omgeving een belangrijke rol. De mogelijkheid voor naasten om bijvoorbeeld zelf koffie te mogen pakken, een sleutel te hebben om binnen te komen en huiselijkheid in de zorgomgeving kan mantelzorgverlening stimuleren.

Al met al zijn er verschillende elementen belangrijk in het bieden van mensgerichte zorg aan mensen met dementie in zorglocaties die langdurige zorg bieden, waaronder het behouden van de autonomie, het afstemmen van de zorg op de belevingswereld van de persoon met dementie, het betrekken van naasten in de zorg en het bieden van een fysieke omgeving die mensgerichte zorg faciliteert. Het doel van de huidige studie was om in kaart te brengen hoe deze elementen in de praktijk zijn gebracht door twee zorglocaties die langdurige zorg bieden aan mensen met dementie. De zorglocaties betreffen De Wever, locatie Satijnhof en De Leyhoeve, locatie Tilburg, beiden gevestigd in Tilburg. Beide zorglocaties bieden kleinschalige woonvormen waarbij mensgerichte zorg centraal staat. De zorglocaties zijn echter verschillend in hun oorsprong en geschiedenis. Het zorgconcept van De Wever is in de loop van de tijd ontwikkeld (vanaf 1970) vanuit een meer traditioneel design en met een duidelijke zorgachtergrond. De Wever streeft naar het bieden van zorg waarin iedereen mee kan doen en waarbij huiselijkheid hoog in het vaandel staat. Het zorgconcept van De Leyhoeve is in 2015 ontstaan en is gebaseerd op een 'hospitality design', waarbij gastvrijheid, klantvriendelijkheid en bejegening voorop staan. Samen met je partner op een prettige manier oud worden staat hier centraal.

Eerdere bevindingen

De huidige studie maakt deel uit van een groter onderzoek waarvoor meerdere deelstudies zijn uitgevoerd. In deelstudie 1 is een literatuuronderzoek uitgevoerd om te onderzoeken wat al bekend is over de wijze waarop zorgconcepten voor mensen met dementie bij kunnen dragen aan autonomie en mantelzorgverlening. Hierbij is ook gekeken in hoeverre de fysieke omgeving van zorgconcepten of technologie bij kunnen dragen aan autonomie en mantelzorg (Boumans et al., 2019). In deelstudie 2 zijn de zorgconcepten van Satijnhof (De Wever) en De Leyhoeve nader onderzocht door het bestuderen van bestaande documenten, beleidsstukken en interviews met bestuurders en zorgmedewerkers. In deelstudie is beschreven op welke wijze beide zorgconcepten tot stand zijn gekomen en zijn vormgegeven. Hierbij werd tevens onderzocht hoe de autonomie van bewoners met dementie en mantelzorgverlening wordt gestimuleerd door observaties uit te voeren binnen de twee zorglocaties.

Doelstelling deelstudie 3

Het doel van de huidige studie was om van twee verschillende zorgconcepten in kaart te brengen hoe zij mensgerichte zorg in de praktijk hebben vormgegeven. Dit wordt bekeken aan de hand van vijf onderzoeksvragen:

1. In hoeverre voldoet de fysieke omgeving aan voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren?
2. Welke attitudes hebben medewerkers over mantelzorgverlening?
3. In welke mate bieden medewerkers mensgerichte zorg?
4. In welke mate wordt mantelzorg verleend en ervaren naasten een rol in de zorg voor de bewoner?
5. Hoe komt autonomie van bewoners tot uitdrukking in het dagelijks leven?

Methode

Studie design

Een gemixte methoden design met observaties van bewoners en vragenlijsten ingevuld door naasten van bewoners en zorgmedewerkers is gebruikt. De fysieke omgeving van de twee zorglocaties is in kaart gebracht middels observaties. Dataverzameling vond plaats in de periode van maart 2019 tot en met september 2019.

Deelnemers en setting

Data werd verzameld bij de medewerkers, naasten van bewoners en bewoners van twee zorglocaties die beiden een kleinschalige woonvorm hebben, te weten De Wever (locatie Satijnhof) en De Leyhoeve. De Leyhoeve was de initiatiefnemer van het onderzoek en Satijnhof was vanaf het begin van het gehele onderzoeksproject betrokken als tweede zorglocatie.

Satijnhof bood ten tijde van het onderzoek zorg aan in totaal 58 bewoners in de zorgsuites, verdeeld over 9 woongroepen. Binnen Satijnhof wordt met name zorg verleend aan mensen met een vorm van dementie (psychogeriatrische zorg), met uitzondering van 1 woongroep waar somatische zorg gegeven wordt. In totaal zijn 106 zorgmedewerkers in dienst, waarvan 92 werkzaam zijn op de psychogeriatrische woongroepen. Daarnaast zijn 6 welzijnsmedewerkers en 31 gastvrouwen/heren werkzaam binnen Satijnhof. Van de gastvrouwen/heren zijn 28 werkzaam op de psychogeriatrische woongroepen. Er zijn 24 uur per dag zorgmedewerkers aanwezig binnen Satijnhof en de gastvrouwen/heren zijn gemiddeld genomen 19 uur per dag aanwezig op hun woongroep.

De Leyhoeve bood ten tijde van het onderzoek zorg aan 78 bewoners, verdeeld over 10 woongroepen. Alhoewel binnen De Leyhoeve ook zorg verleend wordt aan bewoners met een combinatie van dementie en somatische klachten of alleen somatische klachten, heeft het merendeel dementie. In totaal zijn 87 zorgmedewerkers in dienst. Hiertoe behoren echter ook zo'n 17 medewerkers van het thuiszorgteam voor bewoners die een zelfstandige woonruimte huren binnen De Leyhoeve. Daarnaast zijn 63 welzijnsmedewerkers (huiskamers/moeders) werkzaam binnen De Leyhoeve. Er is een nachtteam van zorgmedewerkers in huis die 24 uur per dag zorg kunnen bieden en de huiskamermoeders/vader zijn dagelijks aanwezig van 07:30 tot 22:30.

Procedure

Deelnemers werden gerekruteerd op verschillende wijzen. Om medewerkers en naasten van bewoners te informeren over het onderzoek werden posters met uitleg over het onderzoek opgehangen op de twee afdelingen binnen de twee zorglocaties, werd informatie geplaatst in nieuwsbrieven en werd men op de hoogte gebracht door een contactpersoon van de zorglocatie. Hiertoe werden tevens informatiemomenten voor medewerkers georganiseerd tijdens teamoverleggen. Voor naasten werd aangesloten bij bestaande overleggen. Medewerkers vulden de vragenlijst op papier of online in. Naasten van bewoners ontvingen de vragenlijst met antwoordenvolp, waarna zij deze thuis invulden en terug opstuurden. Voor de observaties werd toestemming verkregen van bewoners of hun wettelijke vertegenwoordigers.

Ethische overwegingen

De huidige studie is goedgekeurd door het *Ethics Review Board* (ERB) van de School of Social and Behavioral Sciences van Tilburg University (EC-2019.06) en door de Commissie Ethiek van De Wever. Alle medewerkers en naasten die een vragenlijst ontvingen zijn gevraagd om deel te nemen en zijn geïnformeerd dat ze op elk moment konden stoppen met deelname aan het onderzoek. Voor de observaties van bewoners zijn alle deelnemers of hun wettelijke vertegenwoordigers geïnformeerd over het onderzoek en is toestemming verkregen om de bewoner te observeren.

Privacy van deelnemers is gewaarborgd door vertrouwelijk om te gaan met de onderzoeksdata en alleen in het bezit van het onderzoeksteam te houden.

Meetinstrumenten

Observatie fysieke omgeving

Fysieke omgeving van beide zorglocaties is in kaart gebracht door middel van de OAZIS-Dementie (Onderzoek Aantrekkelijkheid Zorgomgevingen Impact Scan) (Van der Schaaf & Naut, 2009; de Boer et al., 2018). De OAZIS-dementie is een hulpmiddel om inzicht te verkrijgen in verschillende omgevingsvariabelen die impact kunnen hebben op de mens in termen van herstel, welzijn en tevredenheid. Met deze tool kan in kaart gebracht worden in hoeverre de fysieke omgeving voldoet aan voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren en geeft daarmee een indicatie van de mate waarin de fysieke omgeving bijdraagt aan het welzijn van de bewoners. De zorgomgeving is hiertoe beoordeeld op zeven thema's: (1) Privacy en Autonomie, (2) Sensorische Stimulatie, (3) Uitzicht en Natuur, (4) Faciliteiten en Voorzieningenniveau, (5) Oriëntatie en Routing, (6) Huiselijkheid en Kleinschaligheid en (7) Veiligheid. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar beide zorglocaties beoordeeld aan de hand van de OAZIS. De onderzoekers beantwoordden de vragen op een 5-punts Likertschaal (1 = *helemaal mee oneens*, tot 5 = *helemaal eens*), waarbij een hoge score betekent dat de fysieke omgeving voldoet aan de meeste of alle voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren en daarmee bijdraagt aan het welzijn van bewoners met dementie. Daarnaast maakten de onderzoekers extra veldnotities over zaken die opvielen. De OAZIS-dementie vindt u in Bijlage 1.

Vragenlijst medewerkers

Om de mate waarin medewerkers mensgericht werken en hun attitude ten aanzien van mantelzorgverlening te onderzoeken, zijn twee bestaande vragenlijsten gebruikt. De eerste bestaande vragenlijst die gebruikt is, is Attitudes towards Families Checklist (AFC) (Maas & Buckwalter, 1990). Hiervoor hebben we de vragenlijst middels een heen- en terugvertaling op gedegen wijze vertaald naar het Nederlands. De AFC is een zelfrapportage-vragenlijst van 16 vragen die de attitude van medewerkers ten aanzien van mantelzorgverlening meet, met onder andere vragen over familiebezoek, familieverzoeken met betrekking tot de zorg voor de bewoner en familieparticipatie in de zorg voor de bewoner. Medewerkers beantwoordden de vragen op een 7-punts Likertschaal (1 = *zeer mee oneens*, tot 7 = *zeer mee eens*), waarbij een hoge score inhoudt dat medewerkers een positieve attitude hebben ten aanzien van mantelzorgverlening.

De tweede bestaande vragenlijst die gebruikt is, is de Nederlandse vertaling van de Person-Centered Assessment Tool (PCAT-NL) (Edvardsson, Fetherstonhaugh, Nay, & Gibson, 2010; Trimbos Instituut, z.j.). De PCAT-NL is een zelfrapportage-vragenlijst van 13 vragen die de mate waarin medewerkers en hun zorgorganisatie mensgericht werken achterhaalt. De vragenlijst bestaat uit drie subschalen: de mate waarin zorg op de persoon wordt afgestemd, de mate waarin medewerkers steun ervaren van de organisatie en de mate waarin de omgeving toegankelijk en geschikt is voor mensen met dementie. Medewerkers beantwoordden de vragen op een 5-punts Likertschaal (1 = *helemaal mee eens*, tot 5 = *helemaal mee oneens*), waarbij een hoge score inhoudt dat medewerkers in mindere mate mensgerichte zorg verlenen.

Tot slot bevatte de vragenlijst voor medewerkers enkele algemene vragen waar gevraagd werd naar onder andere geslacht, leeftijd en werkervaring in de zorgsector van de medewerkers. De afgenomen vragenlijst vindt u in Bijlage 2.

Vragenlijst naasten

Om te onderzoeken wat voor rol naasten van bewoners ervaren in de zorg voor de bewoner, is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van een gedeelte van de Family Perceived Involvement Role (FPCR) (Maas & Buckwalter, 1990): de gevalideerde vragenlijst PFCR-NL (Trimbos Instituut, z.j.). De PFCR-NL is een zelfrapportage-vragenlijst van 15 vragen die naasten

van bewoners bevroogt over de samenwerking tussen hen en medewerkers van de zorglocaties. Een voorbeeldvraag is: “In welke mate heeft u het gevoel zeggenschap te hebben over de zorg die uw naaste krijgt?”. Naasten van bewoners beantwoordden de vragen op een 7-punts Likertschaal (1 = *zeer mee oneens*, tot 7 = *zeer mee eens*), waarbij een hoge score inhoudt dat naasten van bewoners een positieve attitude hebben ten aanzien van de samenwerking met medewerkers.

Tot slot werd met zelfontworpen vragen de mate van mantelzorgverlening onderzocht en bevatte de vragenlijst enkele algemene vragen waar gevraagd werd naar onder andere geslacht, leeftijd en relatie ten opzichte van de bewoner. De afgenomen vragenlijst vindt u in Bijlage 3.

Observatie bewoners

Om verder inzicht te verkrijgen in uitingen van autonomie van bewoners, de wijze waarop autonomie gestimuleerd wordt en interacties tussen zorgmedewerkers, naasten van bewoners en bewoners zijn een aantal bewoners geobserveerd. Hiertoe is de MEDLO-Tool (Maastricht Electronic Daily Life Observation Tool) gebruikt (de Boer, Hamers, Zwakhalen, Beerens, & Verbeek, 2016). Bewoners werden op verschillende momenten geobserveerd, maar uitsluitend in de algemene huiskamers van de zorglocaties. Hiervoor is gekozen om de privacy van de bewoners te respecteren. Deze keuze is tegelijkertijd wel een beperking, omdat het mogelijk is dat mensen met dementie in hun eigen woonruimte veel autonomie vertonen, maar dat dit met de huidige studieopzet niet meegenomen kan worden.

De originele MEDLO-tool is op bepaalde vlakken uitgebreid of aangepast zodat deze beter paste bij het doel van deze studie en de zorglocaties waarbij de data is verzameld. Met name tijdens de voorbereiding van deze studie is veelvuldig contact geweest met de ontwikkelaars van de MEDLO-tool, omdat zij zelf ook enkele verbeterpunten en bevindingen hadden waar wij gebruik van konden maken. De originele MEDLO-tool is namelijk ontwikkeld en getest bij zorgboerderijen waar bewoners meer zelfstandig activiteiten ondernemen, een minder ernstige zorgvraag hebben, waar meer dynamiek is en waar ook andere activiteiten worden ondernomen. Dit is minder het geval in de zorglocaties van de huidige studie: tijdens proefobservaties bleek dat de zorgomgeving niet heel dynamisch was; er was weinig (inter)actie. Indien de originele MEDLO-tool was toegepast, was er veel informatie verloren gegaan. Bij deze originele methode zou namelijk op vaste tijdsmomenten geobserveerd worden, zodat één bewoner telkens één minuut werd geobserveerd in vijf minuten tijd. Om deze reden is de belangrijkste aanpassing ten opzichte van de originele MEDLO-tool dat bewoners niet op vooraf vastgestelde tijdsmomenten zijn geobserveerd, maar op alle momenten dat een (inter)actie of gebeurtenis zich voordeed. Bij beide zorglocaties is op 6 ochtenden en 6 middagen telkens 4 uur geobserveerd met behulp van de beschreven methode, wat overeenkomt met 96 uur aan observaties in totaal. In totaal hebben drie verschillende onderzoekers de observaties uitgevoerd. Twee onderzoekers observeerden tegelijkertijd in twee verschillende algemene huiskamers, waarbij elke onderzoeker bewoners van één algemene huiskamer bestudeerde. Er is gelet op spreiding van de onderzoekers over de bewoners, zorglocaties en algemene huiskamers.

Een andere wijziging is de toevoeging van twee scoringscategorieën aan de MEDLO-tool, waaronder “Initiatief interactie” en “Initiatief actie”. De scoringscategorie “Stemming” pasten we aan naar drie scoringsmogelijkheden in plaats van zeven, omdat het onmogelijk is te differentiëren tussen bijvoorbeeld behoorlijk grote of zeer grote signalen van geluk, boosheid of verdriet. Tot slot maakten we bij de scoringscategorie “Type sociale interactie” (uitgebreide) veldnotities. De gebruikte MEDLO-tool, inclusief toevoegingen en aanpassingen, vindt u in Bijlage 4.

Analyse

Fysieke omgeving

Voor de analyse van de observaties van de fysieke omgeving (OAZIS-dementie) gebruikten we het softwareprogramma SPSS. De vragen per thema werden samengevoegd in schalen middels de

SPSS functie *compute variable*, waarbij de gemiddelde scores per schaal berekend werden. Beschrijvende statistieken zijn gebruikt om gemiddelden en standaarddeviaties van elke schaal in kaart te brengen.

Vragenlijsten

Voor de analyse van de vragenlijsten voor medewerkers en naasten van bewoners maakten we gebruik van het softwareprogramma SPSS. Sommige vragen van de vragenlijsten moesten worden omgekeerd vanwege een mix van positief en negatieve gestelde vragen. Tevens zijn daarna alle scores van de P-CAT-NL omgekeerd zodat een hoge score inhield dat medewerkers een grotere mate mensgerichte zorg verlenen.

Middels Cronbach's alpha zijn betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd om te bepalen of de vragen van de AFC, P-CAT-NL en PFCR-NL samengenomen konden worden en drie schalen mochten vormen. De 16 vragen van de AFC hadden een interne consistentie van *Cronbach's α* = ,73, wat een acceptabele interne consistentie impliceert en voldoende reden gaf om de vragen samen te voegen in één schaal. De 13 vragen van de P-CAT-NL hadden een interne consistentie van *Cronbach's α* = ,80, wat een goede interne consistentie impliceert en voldoende reden gaf om de vragen samen te voegen in één schaal. Tevens konden ook subschaal 1 (vraag 1 t/m 7; de mate waarin zorg op de persoon wordt afgestemd) en subschaal 2 (vraag 8 t/m 11; de mate waarin medewerkers steun ervaren van de organisatie) van de P-CAT-NL samengenomen worden in aparte schalen vanwege hun acceptabele interne consistentie (beiden *Cronbach's α* = ,77). Subschaal 3 (vraag 12 en 13; de mate waarin de omgeving toegankelijk en geschikt is voor mensen met dementie) kon niet worden samengenomen in een aparte schaal, vanwege een onacceptabele interne consistentie (*Cronbach's α* = ,48). De 15 vragen van de PFCR-NL hadden een interne consistentie van *Cronbach's α* = ,88, wat een goede interne consistentie impliceert en voldoende reden gaf om de vragen samen te voegen in één schaal. Vragen werden samengevoegd in schalen middels de SPSS-functie *compute variable*, waarbij de gemiddelde scores per schaal berekend werden zoals de ontwikkelaars van de respectievelijke schalen aanbevelen. Gemiddelde scores werden berekend voor elke deelnemer met niet meer dan één niet-ontbrekend antwoord voor de betreffende vragen. Deelnemers met veel ontbrekende antwoorden werden uitgesloten van de berekeningen.

Beschrijvende statistieken zijn gebruikt voor alle demografische en aan werk gerelateerde eigenschappen om gemiddelden, minimale en maximale waarden en standaarddeviaties in kaart te brengen. *T-toetsen voor onafhankelijke steekproeven* zijn gebruikt om de uitkomstmaten 'mate van mantelzorgverlening', 'de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening (AFC) en 'de ervaren rol van naasten in de zorg voor de bewoner' (PFCR-NL) tussen de twee zorglocaties te vergelijken. Ook zijn *t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven* gebruikt om uitkomstmaat AFC tussen zorg- en welzijnsmedewerkers te vergelijken. *Mann-Whitney toetsen* zijn gebruikt om de uitkomstmaten 'leeftijd van de medewerker', 'het aantal jaren dat de medewerker werkzaam is in de langdurige ouderenzorg' en 'het aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in hun huidige organisatie' te vergelijken tussen de twee zorglocaties, omdat deze uitkomstmaten niet normaal verdeel bleken. Ook zijn *Mann-Whitney U toetsen* gebruikt om de uitkomstmaten 'mate waarin mensgericht gewerkt wordt' (P-CAT-NL), 'mate waarin zorg op persoon wordt afgestemd (P-CAT-NL subschaal 1) en 'de mate waarin medewerkers steun ervaren van de organisatie' (P-CAT-NL subschaal 2) vergelijken tussen de twee zorglocaties en tussen zorg- en welzijnsmedewerkers. *Mann-Whitney U toetsen* waren hiervoor nodig omdat ook deze uitkomstmaten (P-CAT-NL, subschaal 1 en subschaal 2) niet normaal verdeeld bleken. Tot slot is een *meervoudige lineaire regressie* middels de *enter* methode gebruikt om te onderzoeken of 'de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening' (AFC) voorspeld kon worden door 'de mate waarin mensgericht gewerkt wordt' (P-CAT), 'leeftijd van de medewerker' en 'het aantal jaren dat de medewerker werkzaam is in de langdurige ouderenzorg'. Aan alle assumpties voor de uitgevoerde toetsen werd voldaan, zoals beschreven in Bijlage 5.

Observaties bewoners

Voor de analyse van de observaties van bewoners met dementie (MEDLO-tool) gebruikten we het softwareprogramma SPSS. Beschrijvende statistieken zijn gebruikt voor alle demografische kenmerken van bewoners om gemiddelden, minimale en maximale waarden en standaarddeviaties in kaart te brengen. Voor de aspecten van bezigheden en sociale interactie werden de percentages berekend dat deze voorkwam ten opzichte van het totaal aantal observaties. Dit werd tevens uitgesplitst per zorglocatie.

Resultaten

Overzicht deelnemers

In totaal vulden 68 medewerkers een vragenlijst in: 23 van Satijnhof en 45 van De Leyhoeve. Dit betrof zowel zorg- als welzijnmedewerkers. 21 naasten vulden een vragenlijst in: 9 van Satijnhof en 12 van De Leyhoeve. Tot slot werden 12 bewoners geobserveerd: 5 van Satijnhof en 7 van De Leyhoeve. Van deze bewoners is echter geen *Mini-Mental State Examination* (MMSE) afgenomen, waardoor we geen indicatie hebben van de mate van dementie van deze bewoners. Desalniettemin weten we dat alle bewoners van Satijnhof een vorm van dementie hebben, maar dat dit niet het geval is voor De Leyhoeve: hier wordt ook zorg geboden aan mensen met (alleen) een lichamelijke zorgvraag. Tijdens de observaties merkten we dat de mate van dementie bij bewoners binnen De Leyhoeve minder ernstig was dan bij bewoners van Satijnhof.

Fysieke omgeving

In Tabel 1 vindt u een overzicht van de beoordelingen van de fysieke omgeving op basis van de OAZIS-dementie per zorglocatie. Beide zorglocaties scoorden gemiddeld boven de 3 op de thema's, wat wijst op een hoge totaalscore van de OAZIS-dementie thema's. Dit betekent dat de fysieke omgeving voldeed aan de meeste voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren en daarmee bijdraagt aan het welzijn van de bewoners.

Beide zorglocaties scoorden relatief hoog op de thema's Privacy en Autonomie, Faciliteiten- en voorzieningenniveau en Huiselijkheid en Kleinschaligheid. Voor het thema Privacy en Autonomie werd bijvoorbeeld hoog gescoord op onder andere de stellingen *'Bewoners hebben de mogelijkheid om persoonlijke spullen op te hangen en neer te zetten in de gezamenlijke ruimten en de ruimte waar zij slapen'*, *'Op de afdeling/woonvorm zijn voorzieningen beschikbaar zodat bewoners zelf iets te eten/drinken kunnen nemen'* en *'Bewoners hebben de mogelijkheid zich terug te trekken in een privéruimte'*. Wat betreft het thema Faciliteiten- en voorzieningenniveau werd hoog gescoord op onder andere de stellingen *'Er is voldoende ruimte om bezoek te ontvangen'* en *'Er is een restaurant in de buurt waar bewoners samen met bezoek iets kunnen gaan eten of drinken'*. Voor het thema Huiselijkheid en Kleinschaligheid werd hoog gescoord op onder andere de stellingen *'De afdeling/woonvorm is huiselijk aangekleed (bv. schilderijen, beelden, vissenkomp)*' en *'De manier waarop tafels en stoelen in de algemene ruimte zijn geplaatst, bevordert de sociale interactie tussen bewoners'*. Beide zorglocaties scoorden relatief laag op de thema's Uitzicht en Natuur en Oriëntatie en Routing. Voor het thema Uitzicht en Natuur werd met name laag gescoord op de stellingen *'Bewoners hebben uitzicht op natuur en groen vanuit de slaapkamer'* en *'Er zijn buiten dieren aanwezig (bv. vee of een kleine dierenweide)*. Satijnhof scoorde tevens aanzienlijk lager op de stellingen *'Bewoners hebben een aantrekkelijk en levendig uitzicht vanuit de slaapkamer'*, *'Bewoners hebben uitzicht op natuur en groen vanuit de slaapkamer'* en *'Er is een groene (afgeschermd) buitenruimte aanwezig'*. Voor het thema Oriëntatie en Routing werd met name laag gescoord op de stelling *'Bewoners kunnen vanaf de woonkamer de wc zien'*. Satijnhof scoorde aanzienlijk lager dan De Leyhoeve op de stelling *'Er wordt gebruik gemaakt van duidelijke pictogrammen/naamplaatjes om het toilet en de badkamer mee aan te duiden'*.

Satijnhof scoorde op bijna alle OAZIS-dementie thema's (iets) hoger dan De Leyhoeve, met uitzondering van het thema Uitzicht en Natuur. Dit is niet erg verrassend, omdat de locatie van De Leyhoeve grenst aan een groot park en Satijnhof midden in een woonwijk ligt. De grootste verschillen tussen de zorglocaties vonden we op de thema's privacy en autonomie, faciliteiten- en voorzieningenniveau en veiligheid. Zo scoorde De Leyhoeve minder hoog dan Satijnhof op een aantal stellingen van het thema privacy en autonomie, zoals bijvoorbeeld *'Sanitaire ruimtes zijn op korte afstand van slaapkamers bewoners'* en *'op de afdeling/woonvorm zijn voorzieningen beschikbaar zodat bewoners zelf iets te eten/drinken kunnen nemen'*. Stellingen van het thema faciliteiten- en

voorzieningenniveau waarop De Leyhoeve minder hoog scoorde dan Satijnhof waren bijvoorbeeld ‘Er zijn binnen of buiten de afdeling/woonvorm ruimtelijke mogelijkheden voor het aanbieden van diverse activiteiten’ en ‘Er is een aparte ruimte om te snoezelen aanwezig’. Daarnaast scoorde De Leyhoeve minder hoog dan Satijnhof op de stellingen van het thema veiligheid: ‘Er zijn hulpmiddelen gericht op veiligheid aanwezig bij de toiletten (bv. beugels en/of handvatten)’ en ‘Er zijn hulpmiddelen gericht op veiligheid aanwezig bij de douches (bv. beugels en/of handvatten, douchestoel).

Tabel 1.

OAZIS-dementie beoordelingen per zorglocatie

Thema's	Zorglocatie			
	Satijnhof (De Wever) (n = 2)		De Leyhoeve (n = 2)	
	M	SD	M	SD
1. Privacy en Autonomie	4,86	,00	4,14	,00
2. Sensorische Stimulatie	4,37	,06	4,36	,04
3. Uitzicht en Natuur	3,23	,32	3,72	,12
4. Faciliteiten- en voorzieningenniveau	4,72	,08	4,11	,00
5. Oriëntatie en Routing	4,18	,45	3,64	,10
6. Huiselijkheid en Kleinschaligheid	4,59	,00	4,50	,12
7. Veiligheid	5,00	,00	4,00	,00
Totaal	4,42	,11	4,07	,01

Toelichting. M = Gemiddelde. SD = Standaarddeviatie. OAZIS-dementie thema's variëren van (1) *Helemaal mee oneens* tot (5) *Helemaal mee eens*.

- De fysieke omgeving voldeed aan de meeste voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren en draagt daarmee bij aan het welzijn van de bewoners.
- Beide zorglocaties scoorden relatief **hoog** op de thema's Privacy en Autonomie, Faciliteiten- en voorzieningenniveau en Huiselijkheid en Kleinschaligheid en relatief **laag** op de thema's Uitzicht en Natuur en Oriëntatie en Routing.
- Satijnhof scoorde op bijna alle thema's (iets) **hoger** dan De Leyhoeve, met uitzondering van het thema Uitzicht en Natuur. De grootste verschillen tussen de zorglocaties waren

Attitudes medewerkers en mensgerichte zorg*Algemene kenmerken*

De gemiddelde leeftijd van medewerkers was 42,92 jaar ($SD = 11,91$) en 60 van de 68 medewerkers waren vrouw. Alle medewerkers hadden de Nederlandse nationaliteit. Een groot deel van de demografische gegevens en aan werk gerelateerde eigenschappen van de medewerkers die deelnamen aan de studie zijn weergegeven in Tabel 2. De antwoorden van deelnemers die bij de vraag: “Wat is uw functie?” met ‘anders’ beantwoordden, waren ‘activiteitenbegeleider’, ‘helpende (plus, zorg en zorg en welzijn)’, ‘HRM’, ‘woonbegeleider’, ‘zorgcoach’, en ‘zorgcoördinator’. Wat

betreft leeftijd waren medewerkers van Satijnhof (*Mediaan* = 50,00) significant ouder dan medewerkers van De Leyhoeve (*Mediaan* = 42,00), $U = 312,00$, $p < ,05$, $r = -,27$. Tevens bleek er een relatief groot verschil tussen de twee zorglocaties in het aantal jaren werkervaring van medewerkers in de ouderenzorg, waarbij medewerkers van Satijnhof (*Mediaan* = 18,75) significant meer jaren werkervaring hebben in de langdurige ouderenzorg dan medewerkers van De Leyhoeve (*Mediaan* = 6,00), $U = 325,00$, $p < ,05$, $r = -,27$. Dit is te verklaren doordat De Leyhoeve zich juist richt op het aannemen van medewerkers die niet uit de zorg komen. Ook bleek er een relatief groot verschil in het aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in hun huidige organisatie, waarbij medewerkers van Satijnhof (*Mediaan* = 11,25) significant meer jaren werkzaam waren in hun organisatie dan medewerkers van De Leyhoeve (*Mediaan* = 1,00), $U = 222,50$, $p < ,01$, $r = -,46$. Een verklaring hiervoor is dat De Leyhoeve pas sinds 2015 bestaat en dus een relatief jonge organisatie. De verdeling van het opleidingsniveau van de deelnemers is weergegeven in Figuur 1. Tevens is de verdeling van deelnemers met zorgopleidingen weergegeven in Figuur 2. Het antwoord van de deelnemer die deze zorgopleiding-vraag met 'anders' antwoordde, was 'vooropleiding zorg'.

Tabel 2.

Overzicht eigenschappen van medewerkers van de twee zorglocaties.

Eigenschappen	Zorglocatie		
	Satijnhof ($n = 23$)	Leyhoeve ($n = 45$)	Totaal ($N = 68$)
	n (%)	n (%)	n (%)
Leeftijd (in jaren)			
< 30	2 (8,7%)	11 (24,4%)	13 (19,1%)
30-39	3 (13,0%)	9 (20,0%)	12 (17,6%)
40-49	5 (21,7%)	11 (24,4%)	16 (23,5%)
≥ 50	11 (47,8%)	14 (31,1%)	25 (36,8%)
<i>Missing data</i>	2 (8,7%)	0 (0,0%)	2 (2,9%)
<i>M (SD)</i>	47,71 (11,48)	40,69 (11,55)	42,92 (11,91)
<i>Range</i>	22-66	20-57	20-66
Geslacht			
Vrouw	22 (95,7%)	38 (84,4%)	60 (88,2%)
Man	0 (0,0%)	6 (13,3%)	6 (8,8%)
Anders	0 (0,0%)	1 (2,2%)	1 (1,5%)
<i>Missing data</i>	1 (4,3%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)
Functie			
Verpleegkundige	2 (8,7%)	4 (8,9%)	6 (8,8%)
Verzorgende	6 (26,1%)	16 (35,6%)	22 (32,4%)
Welzijnsmedewerker	9 (39,1%)	18 (40,0%)	27 (39,7%)
Anders	6 (26,1%)	7 (15,6%)	13 (19,1%)

Aantal jaren werkzaam in
ouderenzorg

<i>M (SD)</i>	17,08 (10,87)	10,30 (10,57)	12,56 (11,07)
<i>Range</i>	0,3-37	1-34	0,3-37

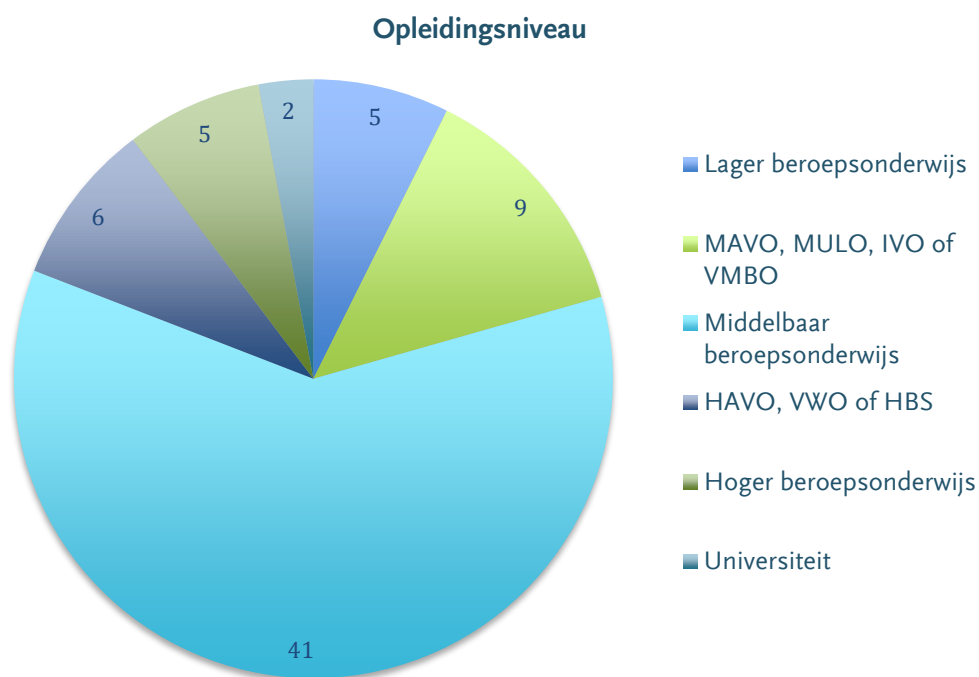
Aantal jaren werkzaam in
huidige organisatie

<i>M (SD)</i>	11,03 (8,48)	1,72 (,92)	4,78 (6,55)
<i>Range</i>	0,3-27	,8-4	0,3-27

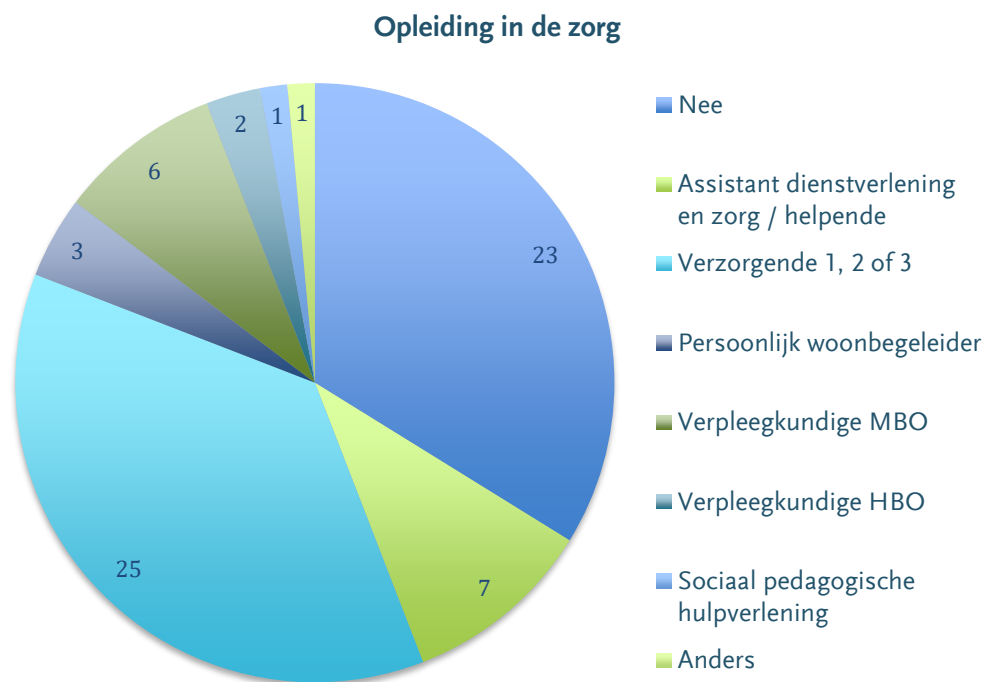
Aantal uren werkzaam per
week

< 24	8 (34,8%)	5 (11,1%)	13 (19,1%)
24-31	10 (43,5%)	28 (62,2%)	38 (55,9%)
≥ 32	4 (17,4%)	12 (26,7%)	16 (23,5%)
<i>Missing data</i>	1 (4,3%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)
<i>M (SD)</i>	24,18 (5,98)	28,00 (4,47)	26,75 (5,29)
<i>Range</i>	12-36	20-36	12-36

Toelichting. *M* = Gemiddelde. *SD* = Standaarddeviatie.



Figuur 1. Verdeling opleidingsniveau medewerkers in absolute aantallen ($N = 68$).



Figuur 2. Verdeling type opleiding in de zorg medewerkers in absolute aantallen ($N = 68$).

Attitudes medewerkers over mantelzorgverlening (AFC)

We onderzochten of er een verschil was tussen de twee zorglocaties (Satijnhof of De Leyhoeve) in de attitudes die medewerkers hadden over mantelzorgverlening. Gemiddeld genomen was er geen verschil in de attitude die medewerkers hadden over mantelzorgverlening tussen Satijnhof ($M = 4,51$; $SE = ,15$) en De Leyhoeve ($M = 4,37$; $SE = ,10$), $t(65) = ,82$, $p > ,05$, $r = ,10$. Beide scores, welke werden gemeten op een 7-punts Likertschaal, komen overeen met een vrij positieve attitude van medewerkers over mantelzorgverlening.

Tevens onderzochten we of er een verschil was tussen twee type medewerkers (zorg- of welzijnsmedewerkers) in de attitudes die zij hadden over mantelzorgverlening. Hierbij classificeerden we de functies 'verpleegkundige', 'verzorgende' en aan zorg-gerelateerde functies genoemd bij 'anders' als zorgmedewerkers ($N = 36$). De functies 'activiteitenbegeleider', 'gastvrouw/man', 'huiskamer moeder/vader' en andere aan welzijn-gerelateerde functies genoemd bij 'anders' classificeerden we als welzijnsmedewerkers ($N = 28$). Gemiddeld genomen hadden zorgmedewerkers een significant positievere attitude over mantelzorgverlening ($M = 4,57$; $SE = ,11$) dan welzijnsmedewerkers ($M = 4,21$; $SE = ,12$), $t(62) = 2,14$, $p < ,05$. Dit representeerde een klein tot middelgroot effect, $r = ,26$.

- Medewerkers van beide zorglocaties hadden een vrij positieve attitude over mantelzorgverlening. Hierin was geen verschil tussen de zorglocaties.
- Zorgmedewerkers hadden een significant **positievere** attitude over mantelzorgverlening dan welzijnsmedewerkers.

Mate waarin mensgericht wordt gewerkt (P-CAT-NL)

We onderzochten of er een verschil was tussen de twee zorglocaties (Satijnhof of De Leyhoeve) in de mate waarin mensgericht gewerkt wordt. Medewerkers van Satijnhof ($Mediaan = 3,73$) leken niet te verschillen in de mate van mensgerichte zorg ten opzichte van medewerkers van De Leyhoeve ($Mediaan = 3,69$), $U = 458,00$, $p > ,05$, $r = -,06$. Deze scores, welke werden gemeten op een 5-punts Likertschaal, komen overeen met het bieden van mensgerichte zorg in vrij hoge mate.

Daarnaast onderzochten we of er een verschil was tussen twee type medewerkers (zorg- of welzijnsmedewerkers) in de mate waarin mensgericht gewerkt wordt, waar we gebruik maakten van de classificaties zoals beschreven in de resultaten van de *Attitudes towards Families Checklist (AFC)*. Zorgmedewerkers (*Mediaan* = 3,69) leken niet te verschillen in de mate van mensgerichte zorg ten opzichte van welzijnsmedewerkers (*Mediaan* = 3,77), $U = 467,00$, $p > ,05$, $r = -,06$.

Ook onderzochten we of er een verschil was tussen de twee zorglocaties (Satijnhof of De Leyhoeve) en tussen twee type medewerkers (zorg- of welzijnsmedewerkers) in de mate waarin zorg op de persoon wordt afgestemd (P-CAT-NL subschaal 1). Medewerkers van De Leyhoeve (*Mediaan* = 4,00) stemden in significant hogere mate zorg af op de persoon ten opzichte van medewerkers van Satijnhof (*Mediaan* = 3,70), $U = 310,00$, $p < ,05$. Dit was een middelgroot effect, $r = -,30$. Wanneer we enkel naar type medewerker keken, bleken zorgmedewerkers (*Mediaan* = 4,00) niet te verschillen in de mate waarin zij zorg afstemden op de persoon ten opzichte van welzijnsmedewerkers (*Mediaan* = 3,86), $U = 390,00$, $p > ,05$, $r = -,19$.

Tot slot onderzochten we of er een verschil was tussen de twee zorglocaties (Satijnhof of De Leyhoeve) en tussen twee typen medewerkers (zorg- of welzijnsmedewerkers) in de mate waarin medewerkers steun ervaren van hun organisatie (P-CAT-NL subschaal 2). Medewerkers van Satijnhof (*Mediaan* = 4,00) bleken niet te verschillen in de mate waarin zij steun ervoeren van hun organisatie ten opzichte van medewerkers van De Leyhoeve (*Mediaan* = 4,00), $U = 463,00$, $p > ,05$, $r = -,05$. Wanneer we enkel naar type medewerker kijken, bleken zorgmedewerkers (*Mediaan* = 3,75) niet te verschillen in de mate waarin zij zorg afstemden op de persoon ten opzichte van welzijnsmedewerkers (*Mediaan* = 4,00), $U = 427,50$, $p > ,05$, $r = -,13$.

- Medewerkers van beide zorglocaties waren ervan overtuigd dat zij in relatief hoge mate mensgerichte zorg verlenen. Hierin vonden we **geen** verschillen tussen de twee zorglocaties.
- Medewerkers van De Leyhoeve stemden in significant **hogere** mate zorg af op de persoon ten opzichte van medewerkers van Satijnhof.

Verklaringen voor de attitude van medewerkers over mantelzorgverlening

We onderzochten of de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening (AFC) voorspeld kon worden door de mate waarin mensgericht gewerkt wordt (P-CAT), de leeftijd van medewerkers en het aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg. We vonden dat de mate waarin mensgericht gewerkt wordt, de leeftijd van medewerkers en het aantal jaren werkzaam een significante hoeveelheid variantie verklaarden in de attitude van medewerkers over naasten, $F(3, 59) = 6,64$, $p < ,001$, $R^2 = ,25$, $R^2_{Adjusted} = ,21$. Alle variabelen bleken significante voorspellers van de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening. De mate waarin mensgericht gewerkt wordt bleek de grootste voorspeller van de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening ($\beta = ,36$, $t(59) = 3,01$, $p < ,01$) en representeerde een positief effect. Uit de analyses bleek dat voor elke ,46 toename in de mate waarin mensgericht gewerkt wordt een extra toename van ,25 in de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening verwacht worden. Met andere woorden, een hogere mate waarin mensgericht gewerkt wordt hangt samen met een positievere attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening. De leeftijd van de medewerker was de tweede grootste voorspeller van de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening ($\beta = -,32$, $t(59) = -2,28$, $p < ,05$). Dit representeerde een negatief effect, wat inhoudt dat een hogere leeftijd van medewerkers samenhangt met een negatievere attitude over mantelzorgverlening. De derde grootste voorspeller was het aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg ($\beta = ,28$, $t(59) = 2,11$, $p < ,05$). Op basis hiervan kan gesteld worden dat voor meer werkervaringsjaren samenhangt met een positievere attitude over mantelzorgverlening. De resultaten van de meervoudige lineaire regressie vindt u in Tabel 3.

Tabel 3.

Resultaten meervoudige lineaire regressie van mate van mensgerichte zorg (P-CAT-NL), leeftijd medewerker en jaren werkzaam in langdurige ouderenzorg op attitude van medewerkers over mantelzorgverlening (AFC).

	B	SE B	β
<i>Stap 1</i>			
Constant	3,02	0,79	
Mate van mensgerichte zorg (P-CAT-NL)	0,52	0,17	,36**
Leeftijd medewerkers	-0,02	0,01	-,32*
Jaren werkzaam in langdurige ouderenzorg	0,02	0,01	,28*

Toelichting. $R^2 = ,25$. * $p < ,05$ ** $p < ,01$.

- De attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening kan voorspeld worden door de mate waarin mensgericht gewerkt wordt, de leeftijd van medewerkers en het aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg.
 - Een hogere mate waarin mensgericht gewerkt wordt hangt samen met een **positievere** attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening.
 - Een hogere leeftijd van medewerkers hangt samen met een **negatievere** attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening.
 - Een groter aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg hangt samen met een **positievere** attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening.

Correlaties tussen variabelen medewerkers

In Tabel 4 zijn de *Pearson correlaties* weergegeven van de variabelen die op schaal zijn gemeten in de vragenlijst voor medewerkers. We vonden dat een positievere attitude van medewerkers over mantelzorgverlening samenhang met een hogere mate van mensgerichte zorg ($r(65) = ,40, p < ,01$) en een hogere mate waarin zorg wordt afgestemd op de persoon ($r(65) = ,37, p < ,01$). Ook vonden we dat een positievere attitude van medewerkers over mantelzorgverlening samenhang met een lagere leeftijd van medewerkers ($r(64) = -,32, p < ,01$). We vonden dat een hogere mate van mensgerichte zorg samenhang met een lagere leeftijd van medewerkers ($r(65) = -,30, p < ,05$). Daarnaast vonden we dat een hogere mate waarin zorg wordt afgestemd op de persoon samenhang met een lagere leeftijd van medewerkers ($r(65) = -,32, p < ,05$) en een kleiner aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn bij hun huidige organisatie ($r(65) = -,28, p < ,05$). We vonden tevens dat een hogere mate waarin medewerkers steun ervaren van hun organisatie samenhang met een kleiner aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg ($r(64) = -,25, p < ,05$). Ook vonden we dat een hogere leeftijd van medewerkers samenhang met een groter aantal jaren dat medewerker werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg ($r(63) = ,55, p < ,01$). We vonden dat een hogere leeftijd van medewerkers samenhang met een groter aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn bij de huidige organisatie ($r(64) = ,26, p < ,05$). Ondanks dat de correlatie tussen werkervaring in de huidige organisatie en leeftijd van medewerker significant is, is deze correlatie niet heel sterk. Mogelijk wordt dit verklaard door het feit dat de Leyhoeve pas enkele jaren bestaat en de medewerkers van deze zorglocatie dus nooit hoog scoren op werkervaring in huidige organisatie. We vonden daarnaast dat een hogere leeftijd van medewerkers samenhang met een lager aantal uren dat medewerkers werkzaam zijn per week ($r(64) = -,28, p < ,05$), wat inhoudt

dat oudere werknemers minder uren werken. Tot slot vonden we dat een groter aantal jaren dat medewerkers zijn in de langdurige ouderenzorg samenhang met een groter aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn bij de huidige organisatie ($r(65) = ,35, p < ,05$). Dit houdt in dat medewerkers die al lang in de langdurige ouderenzorg werken vaak ook lang werkzaam zijn bij dezelfde organisatie.

Tabel 4.
Pearson correlaties vragenlijst medewerkers.

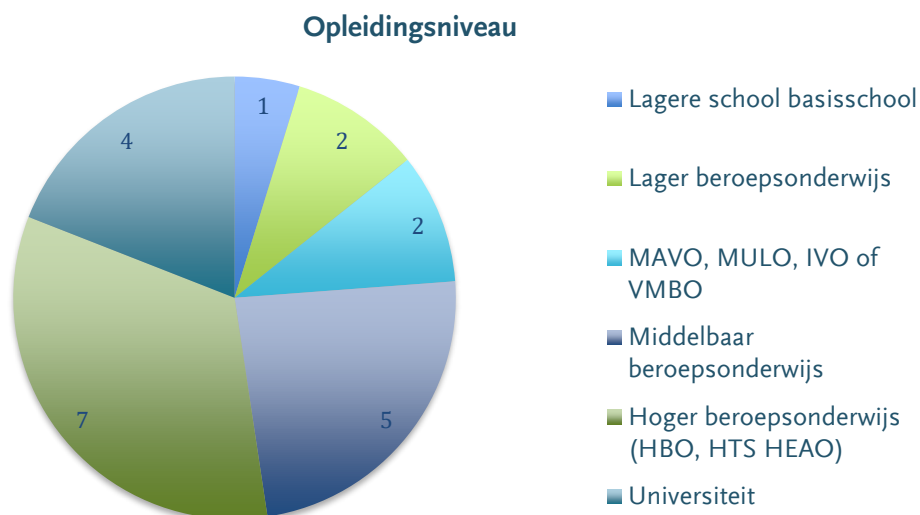
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Attitude medewerkers over naasten van bewoner (AFC)	1							
2. Mate van mensgerichte zorg (P-CAT-NL)	,40**	1						
3. Mate waarin zorg wordt afgestemd op persoon (P-CAT-NL subschaal 1)	,37**	-	1					
4. Mate waarin medewerkers steun ervaren van organisatie (P-CAT-NL subschaal 2)	,23	-	-	1				
5. Leeftijd medewerkers	-,32**	-,30*	-,32**	-,20	1			
6. Jaren werkzaam in langdurige ouderenzorg	,06	-,17	,08	-,25*	,55**	1		
7. Jaren werkzaam bij huidige organisatie	,05	-,22	-,28*	-,17	,26*	,35**	1	
8. Uren werkzaam per week	,09	,12	,11	,14	-,28*	-,15	-,10	1

Toelichting. * $p < ,05$ ** $p < ,01$.

Betrokkenheid naasten van bewoners

Algemene kenmerken

De gemiddelde leeftijd van de naasten van bewoners was 58,19 jaar ($SD = 7,13$; *range* 47-74). 14 van de 21 naasten waren vrouw. Alle naasten hadden de Nederlandse nationaliteit. Wat betreft de burgerlijke staat waren 16 naasten gehuwd, 4 in een vaste relatie of samenwonend en was 1 naaste verweuwd. In Figuur 1 is de verdeling van het opleidingsniveau van de naasten weergegeven.

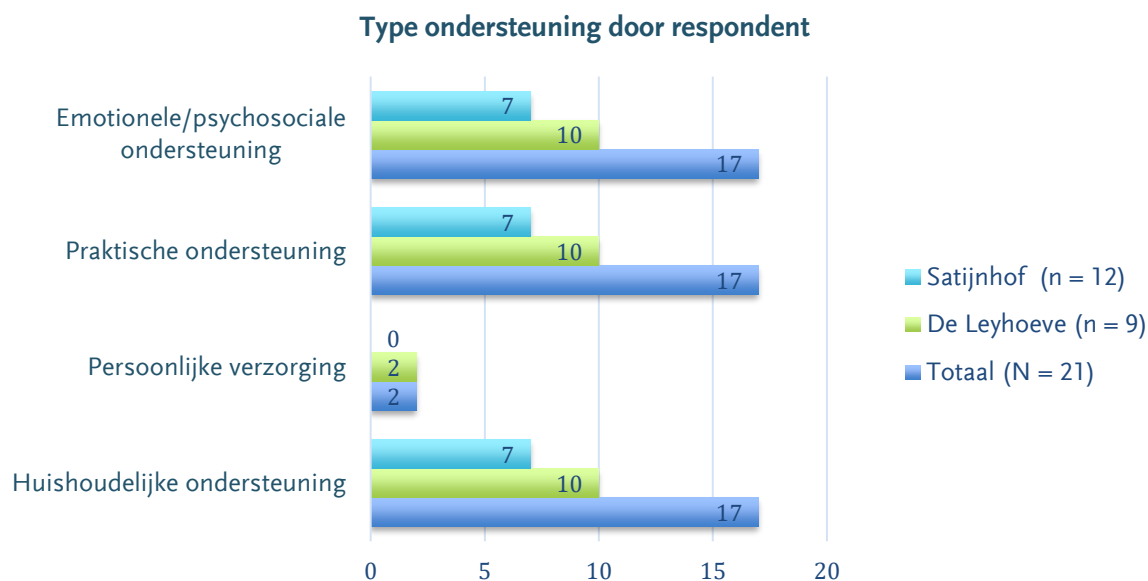


Figuur 3. Verdeling opleidingsniveau naasten (N = 21).

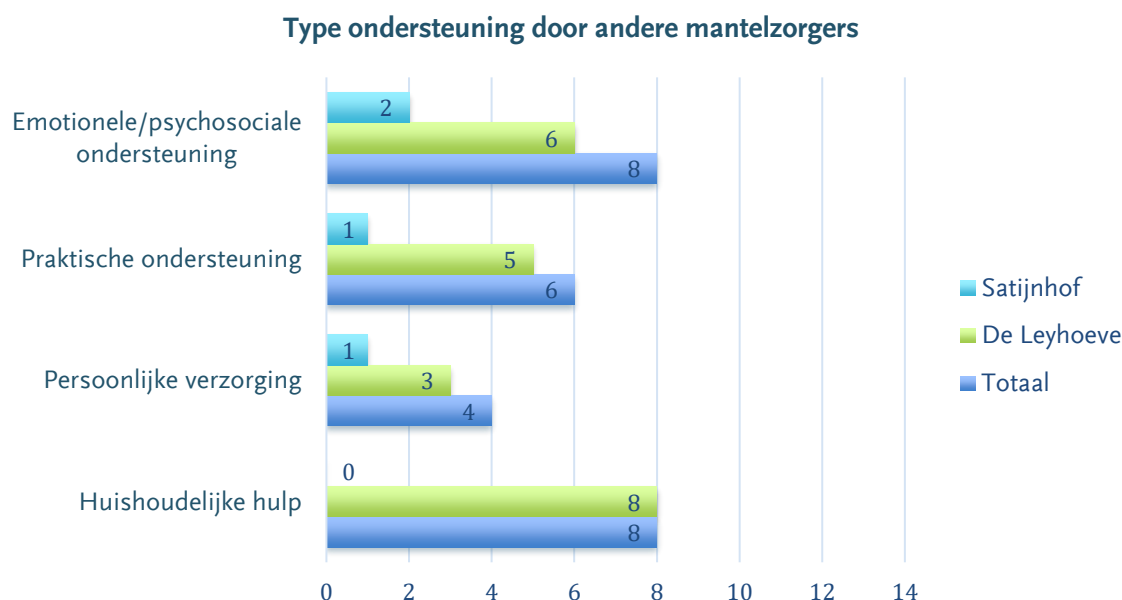
Mate van mantelzorgverlening

Alle deelnemers verleenden mantelzorgverlening aan een bewoner. De gemiddelde leeftijd van de bewoners waar deelnemers mantelzorg aan verleenden was 85,55 jaar ($SD = 6,88$; *range* 71–97). Dit betrof 15 vrouwen en 5 mannen (bij 1 deelnemer miste een antwoord). De meeste deelnemers verleenden mantelzorg aan zijn/haar ouder: alle 12 naasten van De Leyhoeve en 7 naasten van Satijnhof gaven ondersteuning aan zijn/haar ouder. 2 naasten van Satijnhof verleenden mantelzorg aan hun partner. Wat betreft het type mantelzorgverlening dat deelnemers gaven aan de bewoner, was dit voornamelijk emotionele/psychosociale ondersteuning (bv. troosten, steun bij maken van beslissingen), praktische ondersteuning (bv. financiële zaken regelen, vervoer naar afspraken) en huishoudelijke ondersteuning (bv. de was doen, boodschappen). Persoonlijke verzorging (bv. baden, douchen, aankleden) werd door weinig deelnemers gegeven. In Figuur 4a vindt u de verdeling van het type mantelzorgverlening dat deelnemers gaven aan de bewoner per zorglocatie. Gemiddeld genomen gaven deelnemers gemiddeld 6,05 uur zorg per week aan de bewoner ($SD = 3,12$). We onderzochten of er een verschil was tussen de twee zorglocaties in het aantal uren dat deelnemers mantelzorg verleenden aan de bewoner. We vonden geen significant verschil in het aantal uren dat deelnemers ondersteuning gaven aan de bewoner tussen Satijnhof ($M = 5,38$, $SE = 1,09$) en De Leyhoeve ($M = 6,55$, $SE = 0,97$), $t(17) = -,80$, $p > ,05$, $r = ,20$. In Tabel 4 vindt u de resultaten van de uitgevoerde statistische toets.

2 van de 9 deelnemers van Satijnhof en 11 van de 12 deelnemers van De Leyhoeve gaven aan dat ook andere mantelzorgers ondersteuning gaven aan de bewoner. Dit betrof met name emotionele/psychosociale ondersteuning en in mindere mate huishoudelijke ondersteuning, praktische ondersteuning en persoonlijke verzorging. In Figuur 4b is weergegeven wat voor type ondersteuning werd gegeven door deze andere mantelzorgers dan degene die de vragenlijst invulden, per zorglocatie. Van de 2 deelnemers van Satijnhof die aangaven dat ook andere mantelzorgers ondersteuning gaven aan de bewoner, gaf de ene deelnemer aan dat er gemiddeld 2 uur per week ondersteuning gegeven werd door andere mantelzorgers (persoonlijke verzorging, praktische ondersteuning en emotionele/psychosociale ondersteuning) en de andere deelnemer dat andere mantelzorgers gemiddeld 35 uur per week ondersteuning gaven (enkel emotionele/psychosociale ondersteuning). Van de 11 deelnemers van De Leyhoeve die aangaven dat ook andere mantelzorgers ondersteuning gaven aan de bewoner, lag het gemiddeld aantal uren per week dat ondersteuning werd gegeven door andere mantelzorgers op 5,10 uur per week ($SD = 1,41$; *range* 2-14). Vanwege de te kleine steekproef konden we geen uitspraken doen over verschillen tussen de twee zorglocaties in het aantal uren dat andere mantelzorgers ondersteuning gaven aan de bewoner.



Figuur 4a. Type ondersteuning door deelnemer (N = 21).



Figuur 4b. Type ondersteuning door andere mantelzorgers (N_{totaal} = 13).

- We vonden geen significant verschil in de mate van mantelzorgverlening door de deelnemers tussen de twee zorglocaties.
- Vanwege de te kleine steekproef konden we geen uitspraken doen over een verschil in het aantal uren dat **andere** mantelzorgers dan de deelnemers hulp gaven aan de bewoner tussen de twee zorglocaties.

Ervaren rol van familie in zorg voor bewoner (PFCR-NL)

Om te onderzoeken of er een verschil was in de ervaren rol van de naasten in de zorg voor de bewoner tussen de twee zorglocaties, voerden we een *t-toets voor onafhankelijke steekproeven* uit, waarvoor we aan alle assumpties voldeden (zie Bijlage 5). Er was geen significant verschil in de ervaren rol van naasten in de zorg voor de bewoner tussen Satijnhof ($M = 5,23$, $SE = ,18$) en De Leyhoeve ($M = 5,50$, $SE = ,30$), $t(19) = -,70$, $p > ,05$, $r = ,16$. Beide scores, welke werden gemeten op

een 7-punts Likertschaal, komen overeen met een vrij grote ervaren rol in de zorg voor de bewoner. In Tabel 5 vindt u de resultaten van de uitgevoerde statistische toets.

Tabel 5.
Statistische toetsen op afhankelijke variabelen van vragenlijst naasten

	Zorglocatie				t-waarde (df)	r
	Satijnhof (De Wever)		De Leyhoeve			
	M	SD	M	SD		
1. Uren mantelzorgverlening door deelnemer	5,38	1,09	6,55	0,97	-,80 (17)	,20
2. Ervaren rol van familie in zorg voor naaste (PFCR-NL)	5,23	,18	5,50	,30	-,70 (19)	,16

Toelichting. M = Gemiddelde. SE = Standaardfout. r = effectgrootte. Uren mantelzorgverlening is in uren. PFCR-NL schaal varieert van (1) Zeer mee oneens tot (7) Zeer mee eens.

- We vonden geen significant verschil in ervaren rol van familie in de zorg voor de bewoner tussen de twee zorginstellingen.

Correlaties tussen variabelen naasten

In Tabel 6 zijn de *Pearson correlaties* weergegeven van de variabelen die op schaal zijn gemeten in de vragenlijst voor naasten. Het enige significante verband dat we vonden is de bevinding dat een hogere leeftijd van de mantelzorger samenhangt met een hogere leeftijd van de bewoner die mantelzorg ontvangt ($r(19) = ,56, p < ,05$). Dit representeerde een significant positief en middelgroot verband. Dit verband is logisch, omdat alle deelnemers mantelzorg gaven aan hun ouder of partner.

Tabel 6.
Pearson correlaties vragenlijst naasten.

	1.	2.	3.	4.
1. Mate van mantelzorgverlening	1			
2. Ervaren rol van familie in zorg voor bewoner (PFCR-NL)	,01	1		
3. Leeftijd mantelzorger	,25	-,20	1	
8. Leeftijd bewoner die mantelzorg ontvangt	,14	-,14	,56*	1

Toelichting. * $p < ,05$.

Observaties om te zien hoe autonomie er in het dagelijkse leven uit ziet

Algemene kenmerken

In totaal zijn 12 bewoners geobserveerd; 7 van Satijnhof en 5 van De Leyhoeve. De geobserveerde bewoners hadden een gemiddelde leeftijd van 85,03 jaar ($SD = 6,18$; $range = 72-98$) en 10 van de 12 waren vrouw. Observaties vonden plaats in de algemene huiskamers, op momenten waarop iets gebeurde, zoals bij een interactie met een medebewoner, zorgmedewerker of naaste, het ondernemen van een bezigheid of een verandering in gedrag of stemming. In totaal zijn er 937

observaties uitgevoerd, waarvan 670 (*range* 55-140) bij Satijnhof en 267 (*range* 33-69) bij De Leyhoeve. In Tabel 7 is het aantal observaties weergegeven per geobserveerde bewoner. De totale tijdsperiodes van observaties waren gelijk bij Satijnhof en Leyhoeve, maar uit het aantal genoteerde observaties blijkt dat er meer (inter)acties en gebeurtenissen plaatsvonden in de algemene huiskamers bij bewoners van Satijnhof ten opzichte van bewoners van De Leyhoeve. Binnen Satijnhof waren namelijk bijna dubbel zoveel observaties van (inter)acties als binnen Leyhoeve. Dit is mede te verklaren doordat er meer bewoners van Satijnhof geobserveerd mochten worden en doordat bewoners van Satijnhof vaker en voor langere tijd aanwezig waren in de algemene huiskamers, wat tevens de enige locatie was waar is geobserveerd ten behoeve van dit onderzoek. In tegenstelling tot de frequente aanwezigheid in algemene huiskamers van bewoners van Satijnhof, waren bewoners van De Leyhoeve vaak uitsluitend in de algemene huiskamer te vinden voor eetmomenten of in sommige gevallen de gehele observatieperiode niet aanwezig in de algemene huiskamer

Tabel 7.

Aantal observaties per bewoner

	Aantal observaties
Satijnhof	
Bewoner 1	55
Bewoner 2	83
Bewoner 3	114
Bewoner 4	94
Bewoner 5	97
Bewoner 6	87
Bewoner 7	140
Totaal	670
Gemiddelde per bewoner	96
De Leyhoeve	
Bewoner 1	69
Bewoner 2	48
Bewoner 3	63
Bewoner 4	33
Bewoner 5	54
Totaal	267
Gemiddelde per bewoner	53

Algemene indruk van onderzoekers van de observaties

Voorafgaand aan de rapportage van de observaties met de MEDLO-tool zijn er enkele belangrijke kanttekeningen die de onderzoekers opmerkten tijdens de observatiemomenten. Observaties werden uitsluitend uitgevoerd in de algemene huiskamers van de bewoners. Bij Satijnhof was er relatief meer reuring in de algemene huiskamer door het in- en uitlopen van personeel en doordat

de algemene huiskamer direct grensde aan de ingang van de afdeling. De algemene huiskamers bij Leyhoeve waren wat meer afgesloten waardoor er minder mensen in en uit liepen. Wanneer bewoners van de zorglocaties buiten de algemene huiskamers waren, zaten deze voornamelijk op hun eigen kamer. Dit was met name het geval voor bewoners van De Leyhoeve, die minder vaak dan bewoners van Satijnhof in de algemene huiskamers leken te zijn. Sommige bewoners van De Leyhoeve kwamen pas later in de ochtend naar de algemene huiskamer (pas nadat ze zichzelf gewassen en aangekleed hadden) en sommigen kwamen zelfs alleen naar de algemene huiskamer om te lunchen. Omdat de observaties beperkt zijn tot de algemene huiskamers, hebben we geen beeld van de (inter)acties van deze bewoners in hun eigen kamers.

Een andere opmerking die de onderzoekers hadden was dat de gesprekken in de algemene huiskamers binnen De Leyhoeve vaak levendiger, gevarieerder en tussen meerdere personen waren in vergelijking tot Satijnhof. De indruk was dat bewoners van De Leyhoeve beter in staat waren te converseren dan de bewoners van Satijnhof.

(Inter)acties van bewoners

Tabel 8 geeft een overzicht van de (inter)acties van de geobserveerde bewoners, zoals geobserveerd met de MEDLO-tool. De volgende aspecten zijn gemeten:

- Bezigheid
 - De activiteit die uitgevoerd werd of plaatsvond in de directe omgeving van de bewoner (gemeten op een lijst van 25 mogelijke activiteiten)
 - De initiator van de activiteit (bv. bewoner of medewerker)
- Sociale interacties
 - Het aantal personen waarmee sociale interactie was (variërend van geen sociale interactie tot interactie met drie of meer personen)
 - De initiator van de sociale interactie (bv. bewoner of medewerker)
 - Het type sociale interactie (bv. positief sociaal of negatief restrictief)
 - Met wie de sociale interactie plaatsvond (bv. medebewoner, medewerker of bezoek)

Wat betreft de geobserveerde bezigheden, behoorde een praatje maken tot de meest frequente observaties (39,9%). Percentueel gezien werd vaker een praatje gemaakt in algemene huiskamers van De Leyhoeve (51,3%) dan in huiskamers van Satijnhof (35,4%). De onderzoekers merkten een verschil in de aard van conversaties tussen Leyhoeve en Satijnhof. Zo leken bewoners van De Leyhoeve over het algemeen beter in staat om te converseren: gesprekken duurden langer, vonden plaats tussen meerdere personen en/of over meer verschillende onderwerpen gingen. Ook behoorde eten/drinken tot een frequente bezigheid van de bewoners (18,7%). Dit is ook logisch omdat bij beide zorglocaties de algemene huiskamer de plek was waar voornamelijk werd gegeten en gedronken door bewoners. Daaropvolgend in frequentie waren bezigheden als lopen (9,4%), (zelf)verzorgingsactiviteiten (7,5%) en gaan zitten/liggen (5,1%). Opvallende verschillen tussen Satijnhof en De Leyhoeve in de percentages van de frequentie dat sommige bezigheden voorkwamen waren doelloos, repetitief gedrag (3,3% en 0,0%, respectievelijk), rusten/bewust slapen (2,7% en 0,4%, respectievelijk), handwerk/kunst (1,3% en 0,0%, respectievelijk) en koken (0,7% en 0,0%, respectievelijk). In totaal viel 3,4 procent van de bezigheden onder de categorie 'overig', met bezigheden zoals tuinieren of planten verzorgen, een telefoongesprek voeren en bewegen of sport.

Bezigheden geïnitieerd door bewoners kwamen vaker voor binnen De Leyhoeve (59,9%) dan binnen Satijnhof (40,3%). Voorbeelden uit de veldnotities luiden: *‘[bewoner staat uit zichzelf op en zet wat stoelen recht en gaat weer zitten]’* en *‘[mevrouw zet radio harder want een leuk liedje, gaat meezingen]’*. Daarentegen kwamen bezigheden geïnitieerd door medewerkers vaker voor binnen Satijnhof (52,5%) dan binnen De Leyhoeve (29,2%). Een voorbeeld uit de veldnotities luidt: *“Kijk*

eens, hier uw medicijnen, het zijn bruistabletten. Een sterke vrouw en sterke botten. Heeft u ze doorgeslikt?” [Mevrouw knikt en merkt op dat medewerker het warm heeft]. “Binnen kwartier moet het op zijn” zegt medewerker en loopt weg.’

Als sociale interacties plaatsvonden, was dat het vaakst tussen twee personen (51,0%). Deze interacties tussen twee personen kwamen vaker voor binnen Satijnhof (53,6%) dan binnen De Leyhoeve (44,6%). Ook interacties tussen drie of meer personen kwamen vaak voor (19,0%). Interacties met drie of meer personen kwamen aanzienlijk vaker voor binnen De Leyhoeve (33,3%) dan binnen Satijnhof (13,3%). Voorbeelden uit de veldnotities luiden: *‘[iedereen praat over het eten van gisteravond]’* en *‘[bewoners praten met elkaar over de ring van andere bewoner die kwijt is]’*. Opvallend is dat enkel binnen Satijnhof een aantal eenzijdige interacties plaatsvonden, zowel vanuit de bewoners als vanuit de medewerkers. Voorbeelden uit de veldnotities luiden: *‘Bewoner vertelt heel verhaal maar 1 bewoner slaapt en de andere staart de andere kant op en reageert niet.’* en *‘Gastvrouw geeft keuze wat betreft boterham, gesneden of dubbel. Mevrouw reageert niet. Gastvrouw zegt later dat ze dubbel heeft gedaan want dan knoeit het niet zo erg.’*

Wanneer sociale interacties plaatsvonden, kwam dit het vaakst voor met welzijnsmedewerkers (huiskamermoeders/vaders of gastvrouwen/heren) (31,5%). Dit is te verklaren doordat welzijnsmedewerkers van beide zorglocaties gedurende de gehele dag actief en werkzaam waren in de algemene huiskamers. Daaropvolgend kwamen interacties met zorgmedewerkers het vaakst voor (18,3%). Voor deze interacties vonden we geen grote verschillen tussen de twee zorglocaties, al kwamen deze interacties met welzijnsmedewerkers en zorgmedewerkers vaker voor binnen Satijnhof (33,7% en 13,0%, respectievelijk) dan binnen De Leyhoeve (26,2% en 6,4%, respectievelijk). Een verschil dat wel opvallend was, was het aantal interacties dat plaatsvond met medebewoners. Hierbij lag het aantal een stuk hoger binnen De Leyhoeve (18,7%) dan binnen Satijnhof (5,7%). Dit sluit aan bij de algemene indruk die de onderzoekers hadden tijdens de observaties, waarbij ze stelden dat de gesprekken in de algemene huiskamers binnen De Leyhoeve vaak levendiger, gevarieerder en tussen meerdere personen waren in vergelijking tot Satijnhof.

De sociale interacties die werden geobserveerd waren veruit het vaakst ‘positief sociaal’ van aard. Dit houdt in dat de interacties bestonden uit goede, constructieve en bevorderlijke gesprekken. Deze ‘positief sociale’ interacties kwamen aanzienlijk vaker voor binnen Satijnhof (50%) dan binnen De Leyhoeve (33%). Een voorbeeld uit de veldnotities luidt: *‘[gastvrouw vraagt of dochter al terug is van vakantie]’*. Daaropvolgend kwamen interacties die ‘positief zorg’ van aard waren het vaakst voor. Dit zijn interacties die passen bij de verlening van fysieke zorg met bijvoorbeeld een (korte) uitleg. Voor deze ‘positief zorg’ interacties vonden we geen grote verschillen tussen de twee locaties. Een voorbeeld uit de veldnotities luidt: *‘Medewerker zegt: “[naam bewoner] ik heb nog een tabletje voor u, slik ze maar door.” Bewoner bromt wat. Medewerker zegt: “Het is voor je eigen bestwil, anders gaat het pijn doen. Zijn ze weg [naam bewoner]? Nu lekker een boterhammetje eten, smakelijk!”’*. Interacties die ‘negatief restrictief’ of ‘negatief beschermend’ van aard waren kwamen nauwelijks voor (0,1% en 0,3%, respectievelijk).

Tot slot kwam het initiatief van de interacties binnen Satijnhof het vaakst vanuit de medewerkers (48,5%) en veel minder vaak vanuit de bewoners zelf (16,9%). Binnen De Leyhoeve kwam het initiatief van de interacties het vaakst vanuit de bewoners (34,8%) en minder vaak vanuit de medewerkers (29,2%). Interacties waarbij het initiatief vanuit de medewerkers kwam, kwamen vaker voor binnen Satijnhof (48,5%) dan binnen De Leyhoeve (29,2%). Een voorbeeld uit de veldnotities luidt: *‘[Bewoner komt weer in de huiskamer nadat ze een tijdje op haar kamer is geweest. Vrijwilliger ziet haar voor het eerst vandaag en vraagt hoe het gaat]’*. Interacties waarbij het initiatief vanuit de bewoner kwam, kwamen vaker voor binnen De Leyhoeve (34,8%) dan binnen Satijnhof (16,9%). Een voorbeeld uit de veldnotities luidt: *‘[mevrouw schenkt karnemelk voor haarzelf in en zegt tegen haar man dat hij even moet wachten]’*.

Tabel 8.

Percentages van bezigheden en sociale interacties.

MEDLO-aspect	Satijnhof (n = 670)	Leyhoeve (n = 267)	Totaal (N = 936)
	n (%)	n (%)	n (%)
Bezigheden			
Praatje maken	237 (35,4%)	137 (51,3%)	374 (39,9%)
Eten/drinken	135 (20,1%)	40 (15,0%)	175 (18,7%)
Lopen	55 (8,2%)	33 (12,4%)	88 (9,4%)
(Zelf)verzorgingsactiviteiten	55 (8,2%)	15 (5,6%)	70 (7,5%)
Gaan zitten/liggen	40 (6,0%)	8 (3,0%)	48 (5,1%)
Huishoudelijke activiteiten	21 (3,1%)	7 (2,6%)	28 (3,0%)
Lezen/schrijven/kruiswoordpuzzels/spelletjes	17 (2,5%)	15 (5,6%)	32 (3,4%)
Muziek/zingen	21 (3,1%)	2 (0,7%)	23 (2,5%)
Doelloos, repetitief gedrag	22 (3,3%)	0 (0,0%)	22 (2,3%)
Rusten/bewust slapen	18 (2,7%)	1 (0,4%)	19 (2,0%)
Televisie kijken/radio luisteren	7 (1,0%)	4 (1,5%)	11 (1,2%)
Handwerk/kunst	9 (1,3%)	0 (0,0%)	9 (1,0%)
Koken	5 (0,7%)	0 (0,0%)	5 (0,5%)
Overig	28 (4,0%)	4 (1,5%)	32 (3,4%)
<i>Missing data</i>	0 (0,0%)	1 (0,4%)	1 (0,1%)
Initiatief activiteit			
Bewoner	270 (40,3%)	160 (59,9%)	430 (45,9%)
Medewerker	350 (52,5%)	78 (29,2%)	428 (45,7%)
Niet geobserveerd	44 (6,6%)	28 (10,5%)	72 (7,7%)
<i>Missing data</i>	6 (0,9%)	1 (0,4%)	7 (0,7%)
Aantal personen waarmee sociale interactie was			
Geen sociale interactie	178 (26,6%)	53 (19,9%)	231 (24,7%)
Eenzijdige interactie vanuit de bewoner	12 (1,8%)	0 (0,0%)	12 (1,3%)

Eenzijdige interactie vanuit een ander	28 (4,2%)	0 (0,0%)	28 (3,0%)
Interactie tussen twee personen	359 (53,6%)	119 (44,6%)	478 (51,0%)
Interactie tussen drie of meer personen	89 (13,3%)	89 (33,3%)	178 (19,0%)
<i>Missing data</i>	4 (0,6%)	6 (2,2%)	10 (1,1%)
Sociale interactie met wie			
Geen sociale interactie	158 (23,6%)	52 (19,5%)	210 (22,4%)
Met zorgmedewerker	154 (13,0%)	17 (6,4%)	171 (18,3%)
Met welzijnsmedewerker	226 (33,7%)	71 (26,2%)	296 (31,5%)
Met andere bewoner(s)	38 (5,7%)	50 (18,7%)	88 (9,4%)
Met vrijwilliger	11 (1,6%)	1 (0,4%)	12 (1,3%)
Met bezoek	16 (2,4%)	5 (1,9%)	21 (2,2%)
Combinatie van bovenstaand	43 (6,4%)	64 (24,0%)	107 (11,4%)
<i>Missing data</i>	24 (3,6%)	8 (3,0%)	32 (3,4%)
Soort sociale interactie			
Geen	170 (25,4%)	123 (46,1%)	293 (31,3%)
Negatief restrictief	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)
Negatief beschermend	3 (0,4%)	0 (0,0%)	3 (0,3%)
Neutraal	37 (5,5%)	15 (5,6%)	52 (5,5%)
Positief zorg	92 (13,7%)	33 (12,4%)	125 (13,3%)
Positief sociaal	335 (50,0%)	88 (33,0%)	423 (45,1%)
<i>Missing data</i>	32 (4,8%)	8 (3,0%)	40 (4,3%)
Initiatief interactie			
Niet van toepassing	4 (0,6%)	0 (0,0%)	4 (0,4%)
Bewoner	113 (16,9%)	93 (34,8%)	206 (22,0%)
Medewerker	325 (48,5%)	78 (29,2%)	403 (43,0%)
Niet geobserveerd	156 (23,3%)	86 (32,2%)	242 (25,8%)
<i>Missing data</i>	72 (10,7%)	10 (3,7%)	82 (8,8%)

Toelichting. N = aantal observaties. Betreft n = 7 bewoners van Satijnhof en n = 5 van Leyhoeve.

- Een praatje maken kwam als bezigheid het vaakst voor in beide zorglocaties, al kwam dit aanzienlijk vaker voor binnen De Leyhoeve dan binnen Satijnhof.
- Activiteiten geïnitieerd door bewoners kwamen vaker voor binnen De Leyhoeve dan binnen Satijnhof, terwijl activiteiten geïnitieerd door medewerkers vaker voorkwamen binnen Satijnhof dan binnen De Leyhoeve.
- Sociale interacties vonden het vaakst plaats tussen twee personen, al kwamen deze vaker voor binnen Satijnhof dan binnen De Leyhoeve. Interacties tussen drie of meer personen kwamen aanzienlijk vaker voor binnen De Leyhoeve dan binnen Satijnhof.
- Sociale interacties vonden het vaakst plaats met welzijnsmedewerkers en ook redelijk vaak met zorgmedewerkers. Hierbij waren geen grote verschillen tussen zorglocaties. Wel vonden er binnen De Leyhoeve aanzienlijk vaker interacties plaats met medewerkers dan binnen Satijnhof.
- Sociale interacties waren het vaakst positief sociaal' van aard, al kwam dit aanzienlijk vaker voor binnen Satijnhof dan binnen De Leyhoeve. Interacties waren ook redelijk vaak 'positief zorg' van aard.
- Het initiatief van interacties binnen Satijnhof kwamen het vaakst vanuit de medewerkers en veel minder vaak vanuit de bewoners. Binnen De Leyhoeve kwam het initiatief van de interacties het vaakst vanuit de bewoners en minder vaak vanuit de medewerkers. Interacties waarbij het initiatief vanuit de medewerkers kwam, kwamen vaker voor binnen Satijnhof en interacties waarbij het initiatief vanuit de bewoners kwam, kwamen vaker voor binnen De Leyhoeve.

Discussie

Het huidige onderzoek geeft inzicht in hoe mensgerichte zorg eruitziet in de praktijk en hoe dit wordt vormgegeven in twee zorglocaties met verschillende zorgconcepten. Dit is bekeken aan de hand van vijf onderzoeksvragen:

1. In hoeverre voldoet de fysieke omgeving aan voorwaarden om mensgerichte zorg te realiseren?
2. Welke attitudes hebben medewerkers over mantelzorgverlening?
3. In welke mate bieden medewerkers mensgerichte zorg?
4. In welke mate wordt mantelzorg verleend en ervaren naasten een rol in de zorg voor de bewoner?
5. Hoe komt autonomie van bewoners tot uitdrukking in het dagelijks leven?

Fysieke omgeving

De fysieke omgeving van de zorglocaties uit dit onderzoek bleek te voldoen aan de meeste voorwaarden om mensgerichte zorg te leveren en draagt daarmee bij aan het welzijn van de bewoner. Deze gevonden gemiddeldes van de fysieke omgeving van de zorglocaties komen tevens overeen met beoordelingen van andere kleinschalige woonvormen zoals beschreven in de studie van De Boer et al. (2018). Beide zorglocaties scoorden hoog op het bieden van Privacy en Autonomie, wat tot uiting kwam in bijvoorbeeld de mogelijkheid om persoonlijke spullen op te hangen en neer te zetten in de gezamenlijke ruimten en slaapkamers, het zelf kunnen pakken van wat te eten of drinken en de mogelijkheid om zich terug te trekken in een privéruimte. Ook was het Faciliteiten- en voorzieningenniveau hoog, door bijvoorbeeld voldoende ruimte om bezoek te ontvangen en de aanwezigheid van een restaurant waar bewoner met bezoek kan? gaan zitten. Tot slot was de Huiselijkheid en Kleinschaligheid bij beide zorglocaties groot, wat tot uiting kwam doordat de afdeling/woonvorm huiselijk is aangekleed (bv. met schilderijen) en de algemene ruimtes zodanig waren ingericht dat deze de sociale interactie tussen bewoners bevorderden. Beide zorglocaties scoorden relatief laag op de thema's Uitzicht en Natuur en Oriëntatie en Routing. Dit kwam onder andere doordat er bij beiden beperkt uitzicht op natuur en groen was vanuit de slaapkamers en er - specifiek binnen Satijnhof - geen groene (afgeschermd) buitenruimte aanwezig was. Daarbij konden bewoners bij beide zorglocaties beperkt vanaf de woonkamer de wc zien en werd er - specifiek binnen Satijnhof - geen gebruik gemaakt van duidelijke pictogrammen/naamplaatjes om het toilet en de badkamer mee aan te duiden. Satijnhof scoorde op bijna alle thema's (iets) hoger dan De Leyhoeve, met uitzondering van het thema Uitzicht en Natuur. De grootste verschillen tussen de zorglocaties waren op de thema's Privacy en Autonomie, Faciliteiten- en voorzieningenniveau en Veiligheid.

Attitudes medewerkers over mantelzorgverlening

Bij beide zorglocaties hadden medewerkers vrij positieve attitudes ten opzichte van mantelzorgverlening. Zo vinden medewerkers bijvoorbeeld dat samenwerken met naasten van bewoners een belangrijk onderdeel uitmaakt van hun werk en dat naasten vaak nuttige ideeën hebben over de zorg voor de bewoner. Het was opvallend dat zorgmedewerkers een positievere attitude hadden over naasten van bewoners dan welzijnsmedewerkers. Deze bevinding komt overeen met andere studies die vinden dat verpleegassistenten negatievere attitudes hebben dan verpleegkundigen ten opzichte van familieleden van bewoners en dat verpleegassistenten familieleden eerder als een bron van stress zien dan als een hulpmiddel (Park, 2010; Gladstone, Dupuis, & Wexler, 2006). Zo beschrijven de onderzoekers van deze studie dat verpleegassistenten soms zo gefocust waren op het uitvoeren van de vele fysieke taken van zorg dat ze in beperkte en minder gepaste wijze omgaan met bewoners en diens mantelzorgers. Verpleegassistenten worden in betreffende studies gedefinieerd als medewerkers die gecertificeerd zijn om bewoners te helpen met dagelijkse activiteiten en zorg aan bed, wat overeenkomt met de werkzaamheden van

welzijnsmedewerkers in de huidige studie. Een mogelijke verklaring kan dus zijn dat welzijnsmedewerkers in hun dagelijkse werk vaker omgaan met en zaken moeten afstemmen op naasten van bewoners dan de zorgmedewerkers. Dit zou kunnen betekenen dat welzijnsmedewerkers ook vaker geconfronteerd worden met lastige situaties waarin naasten van bewoners bijvoorbeeld niet tevreden zijn over de geleverde zorg of dat bewoners juist onrustig worden van bezoek door naasten.

Mate waarin medewerkers mensgerichte zorg bieden

Medewerkers van beide zorglocaties waren ervan overtuigd dat zij in relatief hoge mate mensgerichte zorg verlenen. Dit kwam tot uiting door bijvoorbeeld de perceptie dat medewerkers vaak bespreken hoe zij zorg kunnen bieden waarin de persoon centraal staat en er van de dagelijkse routine af mag worden geweken om tegemoet te komen aan de wensen van de bewoners. We vonden hierin geen verschillen tussen de zorglocaties. Wanneer we de subschalen van het meetinstrument bekeken, vonden we echter wel dat medewerkers van De Leyhoeve in significant hogere mate zorg afstemden op de persoon ten opzichte van medewerkers van Satijnhof. Een beperking van de huidige studie is dat de mate van mensgerichte zorg volledig is gebaseerd op de medewerkers van de zorglocaties, wat een vertekend beeld kan geven van de werkelijke mate waarin mensgerichte zorg wordt geboden vanwege sociaal wenselijke antwoorden.

Daarnaast waren we geïnteresseerd in of de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening voorspeld kon worden door de mate waarin mensgericht gewerkt wordt, het aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg en de leeftijd van medewerkers. Dit bleken alle drie significante voorspellers te zijn van de attitude die medewerkers hebben over mantelzorgverlening. Een hogere mate van mensgerichte zorg bleek en een groter aantal jaren dat medewerkers werkzaam zijn in de langdurige ouderenzorg bleken samen te hangen met een positievere attitude van medewerkers over mantelzorgverlening. Daarnaast bleek een hogere leeftijd van medewerkers samen te hangen met een negatievere attitude over mantelzorgverlening.

Betrokkenheid naasten van bewoners

Gemiddeld genomen werd ongeveer 6 uur per week mantelzorg verleend aan de bewoners met dementie in zorglocaties door de deelnemers. Hierin vonden we geen significant verschil in de mate van mantelzorgverlening tussen de twee zorglocaties. Dit aantal uren is vergelijkbaar met het aantal uren dat gerapporteerd werd in de Dementiemonitor 2018 (Van der Heide, van den Buuse, & Francke, 2018). Ter vergelijking is in Bijlage 6 de mate van mantelzorgverlening door naasten van bewoners met dementie in zorglocaties weergegeven, waarbij de bevindingen van de Dementiemonitor 2018 afgezet zijn tegen de bevindingen van het huidige onderzoek.

Daarnaast vonden we dat naasten van bewoners van beide zorglocaties een vrij grote rol ervaren in de zorg voor de bewoner. Zo vonden naasten van bewoners dat zij over het algemeen goed contact hebben met de medewerkers, dat de medewerkers en zij het doorgaans eens zijn over de prioriteiten in de zorg voor de bewoners en er in de zorg voor de bewoner geen grote veranderingen worden aangebracht zonder de goedkeuring van hen. In deze ervaren rol in de zorg voor de bewoner vonden we geen significant verschil tussen de twee zorglocaties.

Observaties om te zien hoe autonomie er in het dagelijkse leven uitziet

Observaties zijn uitgevoerd om te onderzoeken hoe autonomie en mensgerichte zorg er in de praktijk uitziet bij beide zorglocaties. Observaties zijn een goede methode om in detail te observeren wat er in de dagelijkse zorg gebeurt en in welke context deze zorg plaatsvindt. Het observeren met de MEDLO-tool heeft als voordeel dat de veel informatie op een kwantitatieve manier geanalyseerd kan worden. Echter bleek de keerzijde hiervan dat veel informatie niet altijd op een kwantitatieve manier te vatten is, zoals een non-verbale interactie, een bepaalde sfeer of toonzetting van een gesprek of de algemene indruk van een gesprek.

Een andere grote beperking van dit studieonderdeel is dat enkel is geobserveerd in de algemene huiskamers. Hiervoor is gekozen om de privacy van de bewoners te respecteren, maar hierdoor was het niet mogelijk om een beeld te vormen van de autonomie van bewoners in hun eigen woonruimte. Zo kan het zijn dat mensen met dementie in hun eigen woonruimte veel autonomie vertoonden, maar dat dit met de huidige studieopzet niet meegenomen kon worden. Met name binnen De Leyhoeve kwamen bewoners soms enkel naar de huiskamer toe om te eten of te drinken. Dit blijkt tevens uit de gevonden resultaten: naast eten en drinken en een praatje maken kwamen andere bezigheden niet vaak voor binnen De Leyhoeve. De overige tijd zaten bewoners van De Leyhoeve vaak in hun eigen appartement, waardoor we geen inzicht hebben in de activiteiten en interacties die op die momenten plaatsvonden. Omdat de autonomie van bewoners dus maar beperkt gemeten kon worden, hebben we geen duidelijk antwoord kunnen vormen op deze onderzoeksvraag. In toekomstige studies zou ook geobserveerd moeten worden in eigen woonruimtes, zodat een duidelijker beeld geschetst kan worden van de autonomie van bewoners.

Daarnaast merkten we tijdens de observaties dat de bewoners van Satijnhof erg verschilden van bewoners van De Leyhoeve. Zo bleken 2 van de 5 bewoners van De Leyhoeve cognitieve klachten te hebben en 3 van de 5 somatische klachten en leek de mate van dementie bij bewoners binnen De Leyhoeve minder ernstig dan van bij bewoners van Satijnhof. Bewoners van De Leyhoeve kunnen vaak zelfstandig hun gang gaan en hebben vrijwel geen zorg of begeleiding nodig in de huiskamer, terwijl bewoner van Satijnhof wel meer zorg of begeleiding nodig lijken te hebben in de huiskamer. Omdat er geen Mini-Mental State Examination (MMSE) is afgenomen, hebben we geen indicatie van de mate van dementie van de bewoners. Desalniettemin weten we dat alle bewoners van Satijnhof een vorm van dementie hebben, maar dit niet het geval is voor De Leyhoeve: hier wordt ook zorg geboden aan mensen met (enkel) een lichamelijke zorgvraag. Gezien de grote variatie in type bewoners, is voorzichtigheid geboden bij generalisatie van de bevindingen van de observaties naar bewoners met dementie in het algemeen.

De onderzoekers hebben door middel van de observaties echter wel een goed beeld van de dagelijkse gang van zaken in de algemene huiskamers van beide zorglocaties. Alhoewel evenveel uren aan observaties zijn uitgevoerd, bleken er meer (inter)acties en gebeurtenissen plaats te vinden bij bewoners van Satijnhof ten opzichte van bewoners van De Leyhoeve. Dit is mede te verklaren doordat er meer bewoners van Satijnhof geobserveerd mochten worden en doordat bewoners van Satijnhof vaker en voor langere tijd aanwezig waren in de algemene huiskamers. Onderzoekers hadden de indruk dat bewoners van De Leyhoeve beter in staat waren te converseren dan de bewoners van Satijnhof. Zo vonden ze dat binnen De Leyhoeve gesprekken in de algemene huiskamers vaak levendiger en gevarieerder waren en tussen meerdere personen plaatsvonden in vergelijking tot Satijnhof. Dit verschil in de aard van conversaties tussen Leyhoeve en Satijnhof werd tevens bevestigd in één van de gesprekken die een onderzoeker voerde met een welzijnsmedewerker van De Leyhoeve. Deze gaf aan dat bij De Leyhoeve bewoners met cognitieve problemen en bewoners met alleen somatische klachten samenwonen. De welzijnsmedewerker ervaaarde dat als heel positief en gaf aan de bewoners zo het gesprek gaande houden en andere bewoners kunnen helpen, wat vervolgens weer voldoening geeft aan de bewoners. Daarnaast blijkt het verschil in de aard van gesprekken ook uit analyse van de observaties: interacties tussen drie of meer personen en interacties tussen medebewoners kwamen vaker voor binnen De Leyhoeve dan binnen Satijnhof. Daarnaast merkten de onderzoekers op dat er binnen Satijnhof relatief meer reuring was in de algemene huiskamer door het in- en uitlopen van personeel en doordat de algemene huiskamer direct grensde aan de ingang van de afdeling. De algemene huiskamers bij Leyhoeve waren wat meer afgesloten waardoor er minder mensen in en uit liepen. Dit kwam ook naar voren in de studieresultaten: binnen Satijnhof werden sociale interacties vaker geïnitieerd vanuit medewerkers terwijl bij Leyhoeve dit initiatief vaker kwam van bewoners.

Conclusie

Uit de huidige studie blijkt dat beide zorglocaties mensgerichte zorg bieden. Zo voldoet de fysieke omgeving van beide zorglocaties aan de meeste voorwaarden om mensgerichte zorg te leveren, hebben medewerkers van beide zorglocaties vrij positieve attitudes ten opzichte van mantelzorgverlening, zijn medewerkers ervan overtuigd dat zij in relatief hoge mate mensgerichte zorg verlenen en ervaren naasten van bewoners van beide zorglocaties een vrij grote rol in de zorg voor de bewoners. Door in detail twee verschillende zorglocaties te bestuderen worden verschillen en nuances zichtbaar, zoals dat in beide zorglocaties het zorgmedewerkers een positievere attitude hebben over mantelzorgverlening dan welzijnsmedewerkers. Tevens geeft de huidige studie inzicht in de beperkingen en uitdagingen gerelateerd aan het doen van observaties in zorglocaties die langdurige zorg bieden aan mensen met dementie. Zo zagen we dat observaties een goede indruk kunnen geven van de dagelijkse gang van zaken, de sfeer en dynamiek op een zorglocatie, maar dat het belangrijk is om niet alleen in algemene huiskamers te observeren en de mate van dementie te inventariseren om hier een volledig beeld van te kunnen schetsen.

Referenties

- Boumans, J., van Boekel, L. C., Baan, C. A., & Luijkx, K. G. (2019). How can autonomy be maintained and informal care improved for people with dementia living in residential care facilities: A systematic literature review. *The Gerontologist*, 59(6), e709-e730.
- De Boer, B., Beerens, H. C., Katterbach, M. A., Viduka, M., Willemse, B. M., & Verbeek, H. (2018). The physical environment of nursing homes for people with dementia: Traditional nursing homes, small-scale living facilities, and green care farms. *Healthcare*, 6(4), p. 137. Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- De Boer, B., Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Tan, F. E., Hamers, J. P., & Verbeek, H. (2016). Daily lives of residents with dementia in nursing homes: development of the Maastricht electronic daily life observation tool. *International Psychogeriatrics*, 28(8), 1333-1343.
- De Rooij, A. H., Luijkx, K., Spruyte, N., Emmerink, P. M., Schols, J. M., & Declercq, A. G. (2012). Family caregiver perspectives on social relations of elderly residents with dementia in small-scale versus traditional long-term care settings in the Netherlands and Belgium. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3106–3116. doi:doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04110.x
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101.
- Eurocarers. (2009). *Family care in Europe. Factsheet*. Geraadpleegd op <https://www.eurocarers.org/userfiles/files/factsheets/Carers%20in%20Europe%20-%202009.pdf>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19. doi:10.1093/geront/gnx122
- Fleming, R., Crookes, P. A., & Sum, S. (2008). A review of the empirical literature on the design of physical environments for people with dementia. Geraadpleegd op <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3923&context=hbspapers>
- Gladstone, J. W., Dupuis, S. L., & Wexler, E. (2006). Changes in family involvement following a relative's move to a long-term care facility. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 25(1), 93-106.
- Janssen, B., Van Regenmortel, T., & Abma, T. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8(3), 145-156. doi:10.1007/s10433-011-0190-8
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press, Buckingham.
- Landeweer, E. (2018). Sharing care responsibilities between professionals and personal networks in mental healthcare: A plea for inclusion. *Ethics and social welfare*, 12, 147-159.
- Maas, M., & Buckwalter, K. (1990). Final report: Phase II nursing evaluation research: Alzheimer's care unit [R01 NR01689-NCNR]. *Rockville, MD: National Institutes of Health*.
- McCormack, B. (2001). Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing & Society*, 21, 417-446. doi:Doi 10.1017/S0144686x01008303
- Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50.

- Natan, M. B. (2009). Coordinating the roles of nursing home staff and families of elderly nursing home residents. *J Nurs Care Qual*, 24(4), 332-339. doi:10.1097/NCQ.0b013e3181a8b257
- Park, M. (2010). Nursing staff stress from caregiving and attitudes toward family members of nursing home residents with dementia in Korea. *Asian Nursing Research*, 4(3), 130-141.
- Reid, R. C., & Chappell, N. L. (2017). Family involvement in nursing homes: Are family caregivers getting what they want? *Journal of Applied Gerontology*, 36, 993–1015. doi:doi:10.1177/0733464815602109
- Rijksoverheid. (2015). Veranderingen zorg en ondersteuning 2015-2014. Geraadpleegd op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/>>veranderingen-zorg-en-ondersteuning
- Schaaf van der P., Nauta J. (2009). OAZIS. A tool to measure the quality of the physical (health) care environment.
- Stanbridge, R. I., Burbach, F. R., Rapsey, E. H. S., Leftwich, S. H., & Mclver, C. C. (2013). Improving partnerships with families and carers in in-patient mental health services for older people: a staff training programme and family liaison service. *Journal of Family Therapy*, 35(2), 176-197. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00584.x
- Trimbos Instituut. (z.j.). *PERSOONSGERICHTE ZORG (P-CAT NL)*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, op https://www.trimbos.nl/docs/4aae8ec4-88de-4bd5-be43-4ebb213f2536.pdf?_ga=2.79455700.1704719592.1592833303-337240567.1582723701
- Trimbos Instituut. (z.j.). *ROL FAMILIE IN ZORG NAASTE (PFCR-NL)*. Geraadpleegd op 10 oktober 2018, op <https://www.trimbos.nl/docs/9a0ecd54-08b7-4ced-a187-a5f02e14035d.pdf>
- Van der Heide, I., van den Buuse, S., & Francke, A. L. (2018). *Dementiemonitor Mantelzorg 2018: mantelzorgers over ondersteuning, zorg, belasting en de impact van mantelzorg op hun leven*.
- Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekking, A., & de Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *J Med Ethics*, 43(9), 637-644.
- Woodbridge, R., Sullivan, M.P., Harding, E., Crutch, S., Gilhooly, K., Gilhooly, M., Mckintyre, A., & Wilson, L. (2016). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. *Dementia*, 17, 533–572.

Bijlagen

Bijlage 1. OAZIS-Dementie

OAZIS - dementie

PRIVACY EN AUTONOMIE

Item	Helemaa l mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaa l mee oneens
1. Bewoners beschikken over een eenpersoonskamer.	1 (0%)	2 (1-33%)	3 (34- 67%)	4 (68- 99%)	5 (100%)
2. Sanitaire ruimtes zijn op korte afstand van de slaapkamers van de bewoners gesitueerd.	1 (>15 meter)	2 (10-15 meter)	3 (5-10 meter)	4 (0-5 meter)	5 (aan de kamer vast)
3. Sanitaire ruimtes zijn discreet, zodat er sprake is van visuele en auditieve privacy	1	2	3	4	5
4. Bewoners hebben de mogelijkheid zich terug te trekken in een privé ruimte (b.v. privé-slaapkamer of andere ruimte). <i>Scoor 5 als iemand een ruime privé-ruimte heeft. Indien niet: kijk naar de verhouding tussen privé-ruimten en het aantal bewoners. Een afdeling met tweepersoonskamers voor in totaal 30 bewoners en één gespreksruimte scoort dus laag op dit item.</i>	1	2	3	4	5
5. Bewoners hebben de <u>mogelijkheid</u> om persoonlijke spullen op te hangen en neer te zetten in de gezamenlijke ruimten en de ruimte waar zij slapen . <i>Er moet dus ook ruimte zijn voor persoonlijke spullen, bijvoorbeeld een stoel.</i>	1	2	3	4	5
6. Ongewenste inkijk van buitenaf wordt voorkomen of is individueel te reguleren.	1	2	3	4	5

7. Op de afdeling/woonvorm zijn voorzieningen beschikbaar zodat bewoners zelf iets te eten/drinken kunnen nemen.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

SENSORISCHE STIMULATIE

Item	Helemaa l mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaa l mee oneens
8. Inpandige ruimten (zonder daglichttoetreding via ramen) zijn zo veel mogelijk vermeden. Voor zover aanwezig zijn inpandige ruimten niet bestemd voor bewoners. <i>Met uitzondering van toilet en badkamers.</i>	1	2	3	4	5
9. De woonkamer beschikt over voldoende ramen. <i>Bereken hoeveel oppervlakte bedraagt het raam verhouding tot de vloer.</i>	1 (0-5%)	2 (5-10%)	3 (10-20%)	4 (20-30%)	5 (>30%)
10. Er is rekening gehouden met het materiaalgebruik op de afdeling om geluidsoverlast tot een minimum te reduceren.	1	2	3	4	5
11. De slaapkamer beschikt over voldoende ramen. <i>Bereken hoeveel oppervlakte bedraagt het raam verhouding tot de vloer.</i>	1 (0-5%)	2 (5-10%)	3 (10-20%)	4 (20-30%)	5 (>30%)
12. In ruimten waar bewoners verblijven wordt verblinding door daglicht en harde lichtweerkaatsing als gevolg van directe bezonning voorkomen of is (individueel) te reguleren met zonwering.	1	2	3	4	5
13. De temperatuur in de algemene ruimtes is aangenaam en comfortabel.	1	2	3	4	5
14. Het personeel kan de temperatuur reguleren.	1	2	3	4	5
15. Er is voldoende ventilatie in de ruimten waar bewoners verblijven.	1	2	3	4	5
16. De ventilatie op de slaapkamer is individueel regelbaar (b.v. op iedere kamer kan een raam open).	1	2	3	4	5
17. De ventilatie in de algemene ruimte is regelbaar.	1	2	3	4	5
18. Er is overdag veel licht aanwezig in de algemene ruimtes. <i>Denk aan: kleur vitrage, dichte/open gordijnen, etc.</i>	1	2	3	4	5
19. De (kunst)verlichting is afgestemd op het type activiteiten dat plaatsvindt in de ruimte	1	2	3	4	5

20. Met de opzet van de afdeling/woonvorm wordt geluidsoverlast tot een minimum gereduceerd, bijvoorbeeld door de slaapkamers te situeren in een afgeschermd zone. <i>Als er veel mensen langs de slaapkamerdeuren aflopen scoor je dus laag op dit item.</i>	1	2	3	4	5
21. Geuren van lichamelijke af-uitscheidingen zijn niet aanwezig op de afdeling/woonvorm.	1	2	3	4	5
22. Er hangt een aangename geur in de woonvorm.	1	2	3	4	5
23. Er zijn veel betekenisvolle voorwerpen aanwezig (b.v. boeken, kranten, tijdschriften, spelletjes, knuffels, snuisterijen) die toegankelijk en zichtbaar zijn voor de bewoners.	1	2	3	4	5
24. Deuren van ruimten die niet bestemd zijn voor bewoners (zoals de uitgang) vallen niet op. <i>Ze hebben geen (of een laag) contrast tussen de deurpost en de wand (of er is gebruik gemaakt wandtekening). Als je door een raam naar buiten kan kijken, is er sprake van een hoog contrast. De nooduitgang telt niet mee.</i>	1	2	3	4	5
25. Geluiden op de afdeling/woonvorm (radio, tv, afwasmachine, roepen van personeel) zijn niet storend.	1	2	3	4	5

UITZICHT EN NATUUR

Item	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee oneens
26. Bewoners hebben een aantrekkelijk en levendig uitzicht vanuit de woonkamer.	1	2	3	4	5
27. Bewoners hebben een aantrekkelijk en levendig uitzicht vanuit de slaapkamer.	1	2	3	4	5
28. Er is rekening gehouden met de gezichtspositie van bedlegerige bewoners <u>en</u> mensen in een rolstoel: de hoogte van de borstwering, de raampositie, de inrichting van de ruimte (zichtlijnen en positie van meubels), zowel in de slaapkamer als in de woonkamer.	1	2	3	4	5
29. Bewoners hebben uitzicht op natuur en groen vanuit de slaapkamer.	1	2	3	4	5
30. Als bewoners binnen het gebouw zijn, kunnen zij merken of het buiten dag of nacht is, of het bewolkt is of dat de zon schijnt, doordat het gebouw overal voldoende daglicht toelaat.	1	2	3	4	5
31. Bewoners hebben uitzicht op natuur en groen vanuit de woonkamer.	1	2	3	4	5
32. Er is een groene (afgeschermd) buitenruimte aanwezig.	1	2	3	4	5
33. De gebruikte kunstwerken en afbeeldingen in het gebouw heeft als thema natuur.	1	2	3	4	5
34. Er zijn planten (die niet giftig zijn) in de gangen en algemene ruimten.	1	2	3	4	5

35. Er zijn binnen dieren aanwezig (bijvoorbeeld vissen, vogels, huisdieren). <i>Vraag ook aan de verzorging of er dieren zijn toegestaan en of er daadwerkelijk huisdieren worden meegenomen</i>	1	2	3	4	5
36. Er buiten dieren aanwezig (bijvoorbeeld vee, of een kleine dierenweide.	1	2	3	4	5

FACILITEITEN EN VOORZIENINGEN NIVEAU

Item	Helemaa l mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaa l mee oneens
37. Er zijn verschillende ruimtelijke faciliteiten op de woonvorm om andere bewoners te ontmoeten. Deze mogelijkheden komen tegemoet aan uiteenlopende behoeften aan sociale interactie, van een praatje maken tot een persoonlijk gesprek.	1	2	3	4	5
38. Er zijn binnen of buiten de afdeling/woonvorm ruimtelijke mogelijkheden voor het aanbieden van diverse activiteiten.	1	2	3	4	5
39. Er is voldoende ruimte om bezoek te ontvangen in het gemeenschappelijk gebied (minimaal twee bezoekers).	1	2	3	4	5
40. Er is voldoende ruimte om bezoek te ontvangen in het privégebied van de bewoner (minimaal twee bezoekers).	1	2	3	4	5
41. Er is een restaurant in de buurt waar bewoners samen met bezoek iets kunnen gaan eten of drinken.	1 (≥ 500 meter)	2 (250- 499 meter)	3 (100- 249 meter)	4 (30-99 meter)	5 (inpan- dig, op het terrein, of < 30 meter)
42. Er is een <u>aparte</u> ruimte om te snoezelen aanwezig. <i>Ja = 5, nee = 0.</i>	1	2	3	4	5
43. Er is een afgeschermd buitenruimte aanwezig waar bewoners naartoe kunnen. <i>Kijk of de buitenruimte aanwezig is, niet of hij betreden kan worden.</i>	1	2	3	4	5
44. Er is een (afgeschermd) buitenruimte die bewoners zelfstandig kunnen betreden.					

<i>Kijk of er vrije toegang is tot de buitenruimte. Controleer bijvoorbeeld of de deur op slot zit en of er geen andere belemmeringen zijn. Scoor 1 als de deur naar buiten niet open gaat, scoor 3 als de deur naar buiten op verzoek open gaat, en scoor 5 als de deur naar buiten altijd open staat.</i>	1	2	3	4	5
45. De buitenruimte is ook begaanbaar voor bewoners met een rolstoel of rollator. <i>Bijvoorbeeld: er zijn geen trapjes en verhogingen aanwezig in de buitenruimte</i>	1	2	3	4	5

ORIENTATIE EN ROUTING

Item	Helemaa l mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaa l mee oneens
46. De structuur van de afdeling/woonvorm is open/overzichtelijk (zichtlijnen zorgen ervoor dat oriëntatie in de woonvorm makkelijk is).	1	2	3	4	5
47. Bewoners kunnen vanaf hun slaapkamer de wc zien. <i>Scoor '1' als de wc met geen mogelijkheid zichtbaar is vanuit de slaapkamers; Scoor '3' als de wc vanuit de deuropening is te zien; Scoor '4' als de wc vanuit het bed te zien is (indien deur open is); Scoor '5' als iedereen op zijn eigen slaapkamer toegang heeft tot de wc</i>	1	2	3	4	5
48. Bewoners kunnen vanaf de woonkamer de wc zien.	1	2	3	4	5
49. Er wordt gebruik gemaakt van duidelijke pictogrammen/naamplaatjes om het toilet en de badkamer mee aan te duiden.	1	2	3	4	5
50. De naam (en foto) van de bewoners is vermeld bij de ingang van de slaapkamers. <i>Scoor '5' als de foto's én de namen van de bewoners duidelijk zichtbaar zijn (de tekst is groot genoeg) Scoor '4' als één van bovenstaande items is gedaan.</i>	1	2	3	4	5
51. Tussen verschillende ruimten waar bewoners verblijven is het contrast van de vloer laag.	1	2	3	4	5
52. In de algemene ruimten is een hoog contrast tussen de wand en de vloer.	1	2	3	4	5

HUISELIJKHEID / KLEINSCHALIGHEID

Item	Helemaa l mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaa l mee oneens
53. De afdeling/woonvorm ziet er huiselijk uit.	1	2	3	4	5
54. Meubilair en aankleding van de algemene ruimten zijn herkenbaar voor bewoners. <i>Bewoners mogen bijvoorbeeld hun eigen spullen meenemen voor de algemene ruimten; of er herkenbare, oude spullen aanwezig.</i>	1	2	3	4	5
55. De inrichting van de afdeling/woonvorm is zodanig dat bewoners een plek voor zichzelf en een klein gezelschap hebben.	1	2	3	4	5
56. De manier waarop tafels en stoelen in de algemene ruimte geplaatst zijn bevordert de sociale interactie tussen bewoners.	1	2	3	4	5
57. De afdeling/woonvorm is huiselijk aangekleed. <i>Bijvoorbeeld: schilderijen, beelden, vissenkomp, tafelkleed, etc.</i>	1	2	3	4	5
58. Meubilair en vloeren van ruimten waar bewoners verblijven zijn makkelijk te reinigen.	1	2	3	4	5
59. Er is aandacht besteed aan de esthetiek van het plafond (kaal systeemplafond = laagste score; neutraal plafond = middelste score).	1	2	3	4	5
60. Lampen zijn qua uiterlijk niet institutioneel (TL – buizen). <i>Scoor niet hoger dan 3 als er TL buizen hangen</i>	1	2	3	4	5
61. Bewoners kunnen het tijdstip van opstaan en naar bed gaan zelf bepalen.	1	2	3	4	5
62. Bewoners hebben de mogelijkheid om te participeren in de dagelijkse huishoudelijke activiteiten.	1	2	3	4	5
63. Er wordt samen gekookt op de afdeling/woonvorm.	1	2	3	4	5
64. De medewerkers dragen geen uniform. <i>Helemaal mee oneens: een wit uniform, mee oneens: een wit jasje, neutraal: wel uniform, maar geen wit uniform, mee eens: eigen kleding met polo/shirt van organisatie, helemaal mee eens: eigen kleding.</i>	1	2	3	4	5
65. Er is een vast, klein, team medewerkers dat voor een afgebakende groep bewoners zorgt. <i>Een beperkte groep personeel zorgt voor een beperkte groep bewoners. Bijvoorbeeld: ongeveer 7 personeelsleden op 7 bewoners zorg voor de maximale score.</i>	1	2	3	4	5

66. Familieleden vormen een onderdeel van het huishouden. <i>Helemaal mee oneens: er zijn bezoektijden, familie mag zelf niets uit de koelkast pakken; Helemaal mee eens: familieleden worden betrokken bij een variëteit aan huishoudelijke activiteiten op de afdeling</i>	1	2	3	4	5
67. Het takenpakket van medewerkers in de dagelijkse zorg is geïntegreerd <i>Hiermee bedoelen we dat de zorgmedewerker op de afdeling zelf huishoudelijke taken verricht zoals bijvoorbeeld het verzorgen van de maaltijden.</i>	1	2	3	4	5
68. De indeling van de afdeling/woonvorm lijkt op die van een archetype huis.	1	2	3	4	5
69. De afdeling/woonvorm heeft een eigen voordeur met bel. <i>Scoor 5 als er een voordeur met bel is, lijkend op die van een woonhuis.</i>	1	2	3	4	5

VEILIGHEID

Item	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
70. Er zijn hulpmiddelen gericht op veiligheid aanwezig bij de toiletten (b.v. beugels en/of handvatten).	1	2	3	4	5
71. Er zijn hulpmiddelen gericht op veiligheid aanwezig bij de douches (b.v. beugels en/of handvatten, douchestoel).	1	2	3	4	5
72. Vloeren zijn niet glad. <i>De badkamervloer bevat bijvoorbeeld reliëf</i>	1	2	3	4	5

BIJLAGE 2. VRAGENLIJST NAASTEN

Vragen over mantelzorg

De onderstaande vragen hebben betrekking op de persoon aan wie u mantelzorg verleent.

1. Wat is uw relatie met degene aan wie u mantelzorg verleent? Kies het antwoord dat het best bij uw situatie past:
 - partner
 - zus of broer
 - (schoon-, stief-, pleeg-)vader/moeder
 - (schoon-, stief-, pleeg-)vader/moeder die bij mij woonde voor verhuizing naar het verpleeghuis
 - grootouder
 - zus of broer die bij mij woonde voor verhuizing naar het verpleeghuis
 - andere familie, namelijk:
 - huisgenoot die bij mij woonde voor verhuizing naar het verpleeghuis
 - kennis, vriend
 - collega
 - buurvrouw of -man

2. Hoeveel uur geeft u gemiddeld per week hulp aan deze persoon?
 uur per week

3. Wat voor hulp geeft u? (**meerdere antwoorden mogelijk**)
 - huishoudelijke hulp (b.v. de was doen, boodschappen)
 - persoonlijke verzorging (b.v. baden, douchen, aankleden)
 - praktische ondersteuning (b.v. financiële zaken regelen, vervoer naar afspraken)
 - emotionele/psychosociale ondersteuning (b.v. troosten, steun bij maken van beslissingen)

4. Geven andere mantelzorgers hulp en zo ja, hoeveel uur hulp geven andere mantelzorgers gemiddeld per week?
 - nee, er zijn geen andere mantelzorgers (**ga door naar vraag 6**)
 - ja, uur per week

5. Wat voor hulp geven andere mantelzorgers? (**meerdere antwoorden mogelijk**)
 - huishoudelijke hulp (b.v. de was doen, boodschappen)
 - persoonlijke verzorging (b.v. baden, douchen, aankleden)
 - praktische ondersteuning (b.v. financiële zaken regelen, vervoer naar afspraken)
 - emotionele/psychosociale ondersteuning (b.v. troosten, steun bij maken van beslissingen)

6. Wat is de leeftijd van de persoon aan wie u mantelzorg verleent?
 jaar

7. Wat is het geslacht van deze persoon?
 - man
 - vrouw

Elke onderstaande uitspraak beschrijft een aspect van uw rol in de zorg voor uw naaste. Kruis bij elke uitspraak het vakje aan dat het beste weergeeft in welke mate u het ermee oneens of eens bent.

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Beetje mee oneens	Neutraal	Beetje mee eens	Mee eens	Zeer mee eens
8. Ik heb het gevoel dat ik voorzichtig moet zijn met suggesties of vragen over de zorg voor mijn naaste, omdat de medewerkers anders denken dat ik mij met hun zaken bemoei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ik voel me een buitenstaander in de zorg voor mijn naaste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik heb het gevoel dat ik zeggenschap heb over de zorg die mijn naaste krijgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik heb het gevoel dat mijn naaste niet wordt verzorgd zoals ik het wil als ik er niet ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. De medewerkers negeren mijn aanwijzingen over de zorg voor mijn naaste als het hun uitkomt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Het is duidelijk dat de medewerkers uiteindelijk bepalen welke zorg wordt verleend en op welke manier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ik heb het gevoel dat de medewerkers er zijn om mij te helpen mijn naaste de best mogelijke zorg te geven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dingen die ik belangrijk vind in de zorg voor mijn naaste, vinden de medewerkers vaak onbelangrijk of lastig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. De medewerkers hechten de meeste waarde aan regels, procedures en efficiëntie, terwijl ik de meeste waarde hecht aan het zorgen voor mijn naaste op een persoonlijke manier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. De medewerkers en ik zijn het doorgaans eens over de prioriteiten in de zorg voor mijn naaste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. In de zorg voor mijn naaste worden geen grote veranderingen aangebracht zonder mijn goedkeuring.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Beetje mee oneens	Neutraal	Beetje mee eens	Mee eens	Zeer mee eens
19. De medewerkers willen dat ik alleen bezoeker ben van mijn naaste, terwijl ik betrokken wil zijn bij zijn of haar zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wanneer naasten en medewerkers het niet eens zijn over de zorg, wordt er voor deze meningsverschillen in onderling overleg een oplossing gevonden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ik heb het gevoel dat de communicatie met de medewerkers over de zorg voor mijn naaste ergens toe leidt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Over het algemeen heb ik goed contact met de medewerkers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algemene vragen

23. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

24. Wat is uw geslacht?

- Man
 Vrouw
 Anders

25. Wat is uw nationaliteit?

- Nederlandse
 Anders, namelijk

26. Wat is de nationaliteit van uw moeder?

- Nederlandse
 Anders, namelijk

27. Wat is de nationaliteit van uw vader?

- Nederlandse
 Anders, namelijk

28. Wat is uw burgerlijke staat?

- Alleenstaand
 Vaste relatie, samenwonend
 Vaste relatie, niet samenwonend

- Gehuwd
- Gescheiden
- Weduwe/Weduwenaar

29. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgemaakt?

- Ik heb geen school of opleiding afgemaakt
- Lagere school of basisschool
- Huishoudschool, vbo, lbo, lts, leao of lhno
- Mavo, mulo, ivo of vmbo
- Mbo, mts, meao, mhno, inas of intas
- Havo, vwo, hbs, mms, atheneum of gymnasium
- Hbo, hts, heao of hhno
- Universiteit
- Ik heb een andere opleiding afgemaakt, namelijk

Hebt u nog op- of aanmerkingen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BIJLAGE 3. VRAGENLIJST MEDEWERKERS

Beoordeel elk van de volgende stellingen op basis van je meest actuele observaties en gevoelens. Kruis het vakje aan dat het beste je mening weergeeft over je werk met bewoners met een vorm van dementie en hun naasten.

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Beetje mee oneens	Neutraal	Beetje mee eens	Mee eens	Ze er mee eens
1. Naasten maken te veel lawaai en storen andere bewoners met een vorm van dementie.							
2. Wanneer naasten op bezoek zijn op de etage/afdeling, lijken bewoners meer geïrriteerd te raken.							
3. Naasten moeten goed beseffen dat ze bezoekers van de instelling zijn en moeten zich strikt aan onze regels houden.							
4. De regels van de instelling met betrekking tot bezoek zouden strenger moeten zijn.							
5. Naasten blijven vaak te lang op bezoek bij hun naasten met een vorm van dementie.							
6. Naasten hebben vaak nuttige ideeën over de zorg voor hun naasten met een vorm van dementie.							
7. Samenwerken met naasten maakt een belangrijk onderdeel uit van mijn werk.							
8. Naasten zijn goed in het helpen zorgen voor bewoners met een vorm van dementie.							
9. Naasten zouden zoveel mogelijk te zeggen moeten hebben over de zorg voor hun naasten met een vorm van dementie.							
10. De meeste naasten komen bijna nooit op bezoek bij hun naaste met een vorm van dementie.							
11. De meeste naasten kunnen niet accepteren dat hun naasten met een vorm van dementie een cognitieve beperking hebben.							

	Zeer mee oneens	Mee oneens	Beetje mee oneens	Neutraal	Beetje mee eens	Mee eens	Zeer mee eens
12. Naasten hebben te veel verzoeken die mijn werk moeilijker maken.							
13. De meeste naasten weten veel over hoe om te gaan met hun naasten met een vorm van dementie.							
14. Wanneer naasten op de etage/afdeling zijn, lijken ze niet te weten wat ze moeten doen.							
15. Naasten begrijpen dat we de zorg hebben voor meerdere bewoners met een vorm van dementie en dat we niet altijd kunnen doen waar zij om vragen.							
16. De meeste bewoners met een vorm van dementie negeren hun naasten als die op bezoek zijn en het lijkt hen niet uit te maken of ze er wel of niet zijn.							

Geef hieronder aan wat volgens jou van toepassing is in de woonvoorziening waar je werkt. Let op, de antwoordmogelijkheden zijn nu anders dan hierboven.

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens of oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
17. We bespreken vaak hoe we zorg kunnen bieden waarin de persoon centraal staat.					
18. Er zijn officiële teambijeenkomsten waarin we de zorg aan de bewoners bespreken.					
19. De levensgeschiedenis van de bewoners wordt expliciet gebruikt in de door ons gebruikte zorgplannen.					
20. Goed contact tussen het personeel en de bewoners is belangrijker dan dat het werk afkomt.					

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens of oneens	Mee oneens	Helemaal mee oneens
21. We mogen van de dagelijkse routine afwijken om tegemoet te komen aan de wensen van bewoners.					
22. De bewoners kunnen meedoen aan op de persoon afgestemde activiteiten.					
23. Er wordt dagelijks bekeken wat de behoeften van de bewoners zijn.					
24. Ik heb gewoonweg geen tijd om zorg te bieden waarbij de persoon centraal staat.					
25. Ik vind het onrustig op de afdeling of woning.					
26. We moeten eerst het werk af hebben voordat we aandacht kunnen besteden aan een huiselijke sfeer.					
27. Deze organisatie maakt het mij onmogelijk om zorg te bieden waarbij de persoon centraal staat.					
28. Voor de bewoners is het moeilijk om de weg te vinden in deze instelling of woonvorm.					
29. De bewoners kunnen naar buiten wanneer zij dit willen.					

Ten slotte willen we je nog een aantal algemene vragen stellen, onder andere over je werkervaring in de ouderenzorg en je opleiding.

30. Wat is je leeftijd? jaar

31. Wat is je geslacht?

- Man
- Vrouw
- Anders

32. Wat is je nationaliteit?

.....

33. Wat is de hoogste opleiding die je hebt afgemaakt?

- Ik heb geen school of opleiding afgemaakt
- Lagere school of basisschool
- Lager beroepsonderwijs (bijv. huishoudschool, vbo, lbo, lts, leao of lhno)
- Mavo, mulo, ivo of vmbo
- Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. mbo, mts, meao)
- Havo, vwo of hbs
- Hoger beroepsonderwijs (bijv. hbo, hts, heao)
- Universiteit
- Anders, namelijk

34. Heb je een opleiding in de **zorg** genoten?

- Nee
- Assistent Dienstverlening en Zorg / Helpende Zorg en Welzijn
- Verzorgende 1,2,3
- Persoonlijk / Woonbegeleider
- Verpleegkundige (MBO)
- Verpleegkundige (HBO)
- Sociaal-Pedagogische Hulpverlening
- Anders, namelijk

35. Wat is je huidige functie?

- Verpleegkundige
- Arts
- Verzorgende
- Psycholoog
- Diëtist
- Fysio / ergo / psychomotorisch / creatief therapeut
- Maatschappelijk werker
- Activiteitenbegeleider
- Anders, namelijk

36. Hoeveel uren ben je per week werkzaam? uur p/w

37. Hoeveel jaar ben je werkzaam in de (langdurige) ouderenzorg?
jaar

38. Hoeveel jaar ben je werkzaam bij je huidige organisatie?
jaar

Heb je nog op- of aanmerkingen?

.....

.....

.....

BIJLAGE 4. OVERZICHT GEBRUIKTE SCORINGSCATEGORIEËN EN BIJBEHORENDE SCORINGSMOGELIJKHEDEN MEDLO-TOOL (INCLUSIEF TOEVOEGINGEN/AANPASSINGEN)

Scoringscategorie	Scoringmogelijkheid
Zorglocatie	(1) Satijnhof; (2) De Leyhoeve
Dagdeel	(1) Ochtend; (2) Middag; (3) Avond
Bewoner	-
Initiatief activiteit*	(1) Bewoner; (2) Medewerker; (3) Niet geobserveerd
Activiteit	(1) Eten en drinken; (2) Tuinieren, planten verzorgen; (3) Huishoudelijke activiteiten; (4) Koken; (5) Bewegen/sport ^a ; (6) Dansen ^a ; (7) Handwerk/kunst; (8) Muziek/zingen; (9) Buiten een wandeling maken; (10) (Zelf) verzorgingsactiviteiten ^b ; (11) Kaarten, spelletjes doen, puzzelen ^c ; (12) Lezen, schrijven, kruiswoordpuzzels ^c ; (13) De computer gebruiken; (14) Snoezelen of sensorische stimulatie; (15) Schoonheidsactiviteiten ^b ; (16) Praatje maken; (17) Een telefoongesprek voeren; (18) Huisdieren; (19) Televisie kijken of radio luisteren; (20) Lopen; (21) Zitten/liggen; (22) Rusten of bewust slapen; (23) Doelloos, repetitief gedrag; (24) Niet te observeren; (25) Overig
Locatie	(1) In een gezamenlijke ruimte op de woonvorm; (2) In de eigen kamer; (3) In een gezamenlijke ruimte buiten de woonvorm; (4) Badkamer/toilet; (5) Buiten
Betrokkenheid	(1) Actief (duidelijke participatie met de activiteit); (2) Passief (duidelijke participatie op de activiteit); (3) Betrokken bij iets anders (actief); (4) Niet betrokken (voor zich uit staren, geen focus); (5) Niet betrokken (lijkt te slapen)
Aantal personen waarmee sociale interactie was	(0) Geen sociale interactie; (1) Eenweg interactie vanuit bewoner; (2) Eenweg interactie vanuit een ander; (3) Tweeweg interactie; (4) Drieweg of meer interactie
Interactie met wie	(0) Geen sociale interactie; (1) Met zorgmedewerker; (2) Met welzijnsmedewerker; (3) Met stagiaire zorg; (4) Met stagiaire welzijn; (5) Met andere bewoner(s); (6) Met vrijwilliger; (7) Met bezoek; (8) Combinatie van bovenstaand
Soort sociale interactie	(0) Geen; (1) Negatief restrictief; (2) Negatief beschermend; (3) Neutraal; (4) Positief zorg; (5) Positief sociaal
Initiatief interactie*	(0) Niet van toepassing; (1) Bewoner; (2) Medewerker; (3) Niet geobserveerd; (4) medebewoner.
Fysieke interactie	(0) Geen interactie met fysieke omgeving; (1) Ja

Fysieke inspanning	(1) Liggen/geen beweging (bijna slapen); (2) Rustig zitten (wakker); (3) Rustige tot gemiddelde zittende activiteit (zittend sjoelen); (4) Opstaan of iets pakken / Staan of rustige staande activiteit (5) Staande activiteit of lopen (rustig); (6) Lopende activiteit of fietsen (zwaardere activiteit); (7) Dutten
Stemming*	(1) Negatief; (2) Neutraal; (3) Positief
Agitatie	(0) Niet aanwezig; (1) Milde mate aanwezig; (2) Duidelijk aanwezig; (3) Extreem aanwezig
Bezoek	(1) Ja; (2) Nee
Veldnotities	-

Toelichting. *Afwijkend van originele MEDLO-tool. ^{abc} Activiteiten die tijdens de analyse zijn samengenomen vanwege overlap.

BIJLAGE 5. ASSUMPTIES UITGEVOERDE STATISTISCHE TOETSEN*Vragenlijst medewerkers*

1. DV: **leeftijd**, IV: **zorglocatie** --> *Mann-Whitney U toets*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,94$; $p < ,01$ --> leeftijd is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - b. Afhankelijke variabele P-CAT-NL is gemeten op een continue schaal
 - c. IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data

2. DV: **leeftijd**, IV: **jaren werkzaam in langdurige ouderenzorg** --> *Mann-Whitney U toets*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,89$; $p < ,01$ --> jaren werkzaam in langdurige ouderenzorg is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - b. Afhankelijke variabele jaren werkzaam in langdurige ouderenzorg is gemeten op een continue schaal
 - c. IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data

3. DV: **leeftijd**, IV: **jaren werkzaam in huidige organisatie** --> *Mann-Whitney U toets*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,66$; $p < ,01$ --> jaren werkzaam in huidige organisatie is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - b. Afhankelijke variabele jaren werkzaam in huidige organisatie is gemeten op een interval schaal
 - c. IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data

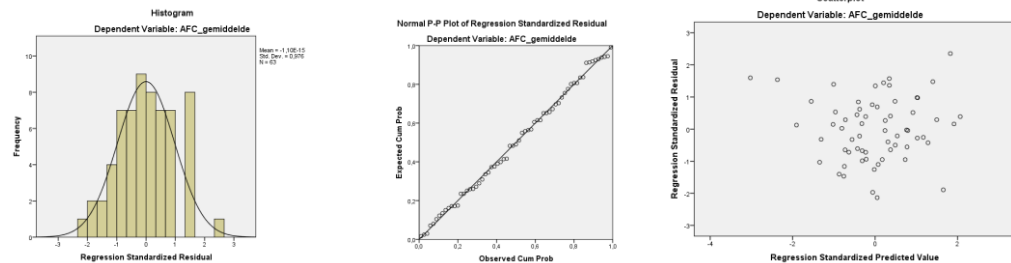
4. DV: **AFC**, IV: **zorglocatie** --> *t-toets voor onafhankelijke steekproeven*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,98$; $p = ,51$ --> AFC is normaal verdeeld
 - b. Afhankelijke variabele AFC is gemeten op een interval schaal
 - c. IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data
 - f. *Levene's test*: $F = ,88$, $p = ,35$ --> Homogeniteit in varianties

5. DV: **AFC**, IV: **type medewerker** --> *t-toets voor onafhankelijke steekproeven*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,98$; $p = ,51$ --> AFC is normaal verdeeld
 - b. Afhankelijke variabele AFC is gemeten op een interval schaal
 - c. IV (type medewerker) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data
 - f. *Levene's test*: $F = ,05$, $p = ,83$ --> Homogeniteit in varianties

6. DV: **P-CAT-NL totaal**, IV: **zorglocatie** --> *Mann-Whitney U toets*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,95$; $p = ,01$ --> P-CAT-NL is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - b. Afhankelijke variabele P-CAT-NL is gemeten op een interval schaal
 - c. IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data

7. DV: **P-CAT-NL totaal**, IV: **type medewerker** --> *Mann-Whitney U toets*
- Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,95$; $p = ,01$ --> P-CAT-NL is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - Afhankelijke variabele P-CAT-NL is gemeten op een interval schaal
 - IV (type medewerker) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - Geen grote uitschieters in data
8. DV: **P-CAT-NL subschaal 1**, IV: **zorglocatie** --> *Mann-Whitney U toets*
- Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,96$; $p = ,02$ --> P-CAT-NL is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - Afhankelijke variabele P-CAT-NL is gemeten op een interval schaal
 - IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - Geen grote uitschieters in data
9. DV: **P-CAT-NL subschaal 1**, IV: **type medewerker** --> *Mann-Whitney U toets*
- Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,96$; $p = ,02$ --> P-CAT-NL is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - Afhankelijke variabele P-CAT-NL is gemeten op een interval schaal
 - IV (type medewerker) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - Geen grote uitschieters in data
10. DV: **P-CAT-NL subschaal 2**, IV: **zorglocatie** --> *Mann-Whitney U toets*
- Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,95$; $p = ,01$ --> P-CAT-NL is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - Afhankelijke variabele P-CAT-NL is gemeten op een interval schaal
 - IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - Geen grote uitschieters in data
11. DV: **P-CAT-NL subschaal 2**, IV: **type medewerker** --> *Mann-Whitney U toets*
- Shapiro-Wilk Test of Normality*: $W = ,95$; $p = ,01$ --> P-CAT-NL is niet normaal verdeeld, dus een t-toets voor onafhankelijke steekproeven niet mogelijk
 - Afhankelijke variabele P-CAT-NL is gemeten op een interval schaal
 - IV (type medewerker) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - Geen grote uitschieters in data
12. DV: **AFC**, IV: **P-CAT-NL Totaal, leeftijd medewerker, werkervaringsjaren** --> *Meervoudige lineaire regressie*
- Geen outliers (std. residuals min/max value moet tussen -3,29 en 3,29 liggen) --> Een analyse op de gestandaardiseerde residuen liet zien dat de data geen outliers bevatte (Std. Residual Min = -2,14, Std. Residual Max = 2,35).
 - Geen collineariteit van data (VIF niet groter dan 10 en tolerantie niet kleiner dan 0,1) --> Testen van collineariteit lieten zien dat multicollineariteit geen zorg is ((PCAT: Tolerance = ,91, VIF = 1,11; Werkervaring: Tolerance = ,71, VIF = 1,41; Leeftijd medewerker: Tolerance = ,66, VIF = 1,52).
 - Onafhankelijke errors (Durbin-Watson tussen de 1 en 3, zo dicht mogelijk bij 2) --> De data voldeed aan de assumptie van onafhankelijke errors (Durbin-Watson = 2,101).

- d. Normaal verdeelde errors, homoscedasticiteit en lineariteit van data --> De histogram van gestandaardiseerde residuen liet zien dat de data normaal verdeelde errors bevatte, net zoals de P-P plot van gestandaardiseerde residuen, die punten liet zien die op of dicht bij de lijn lagen. De scatterplot van gestandaardiseerde residuen lieten zien dat de data voldeed aan de assumpties van homogeniteit in variantie en lineariteit.

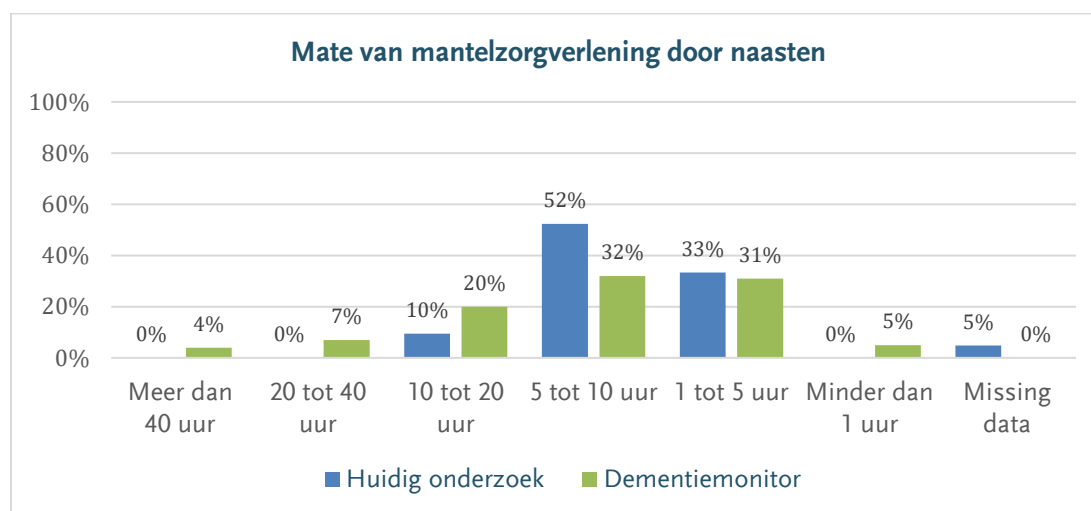


- e.
f. Non-zero variances --> De data voldeed tevens aan de assumptie van non-zero variances (AFC: Variance = ,46; PCAT: Variance = ,21; Werkervaring: Variance = 122,54; Leeftijd medewerker: Variance = 141,79).

Vragenlijst naasten

1. DV: **Mate van mantelzorgverlening**, IV: **zorglocatie** --> *t-toets voor onafhankelijke steekproeven*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality: $W = ,94$; $p = ,25$ --> Mate van mantelzorgverlening is normaal verdeeld*
 - b. Afhankelijke variabele mate van mantelzorgverlening is gemeten op een interval schaal
 - c. IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data
 - f. *Levene's test: $F = ,07$, $p = ,80$ --> Homogeniteit in varianties*
2. DV: **PFCR-NL**, IV: **zorglocatie** --> *t-toets voor onafhankelijke steekproeven*
 - a. *Shapiro-Wilk Test of Normality: $W = ,92$; $p = ,08$ --> PFCR-NL is normaal verdeeld*
 - b. Afhankelijke variabele PFCR-NL is gemeten op een interval schaal
 - c. IV (zorglocatie) bestond uit twee onafhankelijke groepen
 - d. Deelnemers onafhankelijk van elkaar gemeten
 - e. Geen grote uitschieters in data
 - f. *Levene's test: $F = 1,88$, $p = ,49$ --> Homogeniteit in varianties*

BIJLAGE 6. MATE VAN MANTELZORGVERLENING



Figuur 5. Verdeling aantal uren mantelzorgverlening door naasten in huidig onderzoek (N = 21) ten opzichte van Dementiemonitor 2018 (N = 1167).