



‘IK VOELDE ME ZO MACHTELOOS’

Een kwalitatief onderzoek naar het vergroten van weerbaarheid van zorgpersoneel met betrekking tot het omgaan met ongewenst gedrag van familieleden van cliënten.

‘IK VOELDE ME ZO MACHTELOOS’

Een kwalitatief onderzoek naar het vergroten van weerbaarheid van zorgpersoneel met betrekking tot het omgaan met ongewenst gedrag van familieleden van cliënten.

Auteur: Aniek van der Sanden
Studentnummer: 3273512
Datum en plaats: 29 maart 2021, te Kaatsheuvel
Document: Openbaar

In opdracht van: Frans Korf
Organisatie: Stichting Mijzo
Begeleider: dr. Tineke Roelofs

Instituut: Fontys Hogeschool HRM en Psychologie
Plaats: Eindhoven
Begeleidend docent: dr. Ilse van Beljouw
Assessor: drs. Kazimier Helfenrath

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van mijn afstudeeronderzoek naar het vergroten van weerbaarheid bij het zorgpersoneel van Mijzo met betrekking tot ongewenst gedrag van familieleden van cliënten. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Stichting Mijzo in het kader van de afronding van de opleiding Toegepaste Psychologie aan Fontys Hogeschool HRM en Psychologie te Eindhoven.

In januari 2019 ben ik gestart als 'Medewerker Zorgondersteuning III' bij Stichting Mijzo, destijds Schakelring, waar ik tot op heden nog steeds met veel plezier werkzaam ben. Ik heb grote affiniteit met zowel de doelgroep als de organisatie. Toen we ons vorig schooljaar moesten gaan oriënteren op organisaties om ons afstudeeronderzoek te gaan doen was de keuze voor mij dan ook snel gemaakt. Inmiddels ben ik bijna een jaar verder en heb ik nooit spijt gehad van deze keuze.

Graag zou ik een aantal personen willen bedanken die mij hebben ondersteund gedurende dit proces. Allereerst wil ik mijn begeleider vanuit Mijzo, Tineke Roelofs, bedanken. Ik wil Tineke bedanken voor de adviezen en de ondersteuning die zij mij heeft gegeven. Van haar visie en kritische feedback heb ik veel geleerd op het gebied van onderzoeken. Ook wil ik mijn begeleider vanuit Fontys, Ilse van Beljouw, bedanken voor haar behulpzaamheid, vertrouwen, adviezen en natuurlijk de gezelligheid en creatieve ideeën in de werkplaats. Mijn assessor Kazimier Helfenrath heeft mijn onderzoek diverse keren van opbouwende feedback voorzien waardoor ik werd gestimuleerd om kritisch te kijken naar mijn onderzoek. Mijn mede-werkplaatsstudenten gaven steun, motiverende tips en waren altijd bereid om te helpen. Daar wil ik hen allemaal voor bedanken, in het bijzonder Frederique van Schendel. Ook wil ik mijn ouders, zus en vrienden bedanken voor de steun, motivatie en het meedenken gedurende dit onderzoek. Tot slot wil ik graag de deelnemers van het onderzoek bedanken voor de tijd en input die zij hebben gegeven. Zonder hen was mijn onderzoek niet compleet.

Het afgelopen jaar stond in het teken van onderzoeken en het schrijven van mijn scriptie. Ik kijk terug op een jaar waarin ik veel heb mogen leren en me als onderzoeker heb kunnen ontwikkelen. Ondanks dat ik een groot deel van het jaar als stressvol heb ervaren, kijk ik terug op een mooie en leerzame tijd.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Aniek van der Sanden

Kaatsheuvel, 28 maart 2021

Samenvatting

Ongewenst gedrag van familieleden van cliënten is een probleem dat steeds vaker voorkomt binnen de zorgsector. Ook bij zorgorganisatie Mijzo worden medewerkers steeds meer geconfronteerd met ongewenst gedrag, bijvoorbeeld verbale agressie en intimidatie. Omdat dit een negatieve invloed heeft op werkplezier en het welzijn van de zorgmedewerkers, wil Mijzo achterhalen hoe de weerbaarheid van zorgmedewerkers tegen dit gedrag vergroot kan worden. Daarom is er een onderzoek uitgevoerd naar de individuele en sociale factoren die de weerbaarheid van zorgmedewerkers beïnvloeden en is er onderzocht hoe de weerbaarheid kan worden vergroot.

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag zijn er tien semigestructureerde interviews afgenomen bij zorgmedewerkers van verschillende locaties en afdelingen bij Mijzo. Er zijn zowel zorgverleners gesproken die zichzelf weerbaar achten tegen ongewenst gedrag, als zorgverleners die het moeilijk vinden om met ongewenst gedrag om te gaan. In het onderzoek is gekeken naar de attitude (houding), eigen effectiviteit, vaardigheden, sociale steun en barrières.

Uit het onderzoek blijkt dat sociale steun van collega's en teamleiders en een positieve attitude ten opzichte van het aanspreken van familieleden van groot belang zijn. Daarnaast spelen het beheersen van vaardigheden en het vertrouwen hebben in eigen kunnen ook een belangrijke rol. Ook de invloed van sociale normen is een aspect dat mag niet worden onderschat. Een belangrijke bevinding in het onderzoek is het feit dat ongewenst gedrag van familieleden vaak veel te lang wordt geaccepteerd. De attitude en de sociale normen zijn een van de grootste oorzaken hiervoor. Veel verzorgenden hebben het idee dat zij altijd vriendelijk en netjes moeten blijven tegenover familieleden. Het behouden van een goede relatie met familie lijkt een prioriteit. Daarnaast hebben veel zorgverleners het idee dat ongewenst gedrag van familie 'normaal' is binnen de zorgsector. Ook leidt onduidelijkheid vanuit de organisatie over de grenzen ertoe dat verzorgenden niet weten wanneer zij familie mogen aanspreken op ongewenst gedrag.

Om de weerbaarheid van zorgverleners te vergroten wordt het belangrijk geacht in te zetten op de attitude van zorgverleners en de sociale normen die er heersen. Attitudes kunnen veranderd worden door middel van onder andere voorlichtingen. Ook leidinggevenden kunnen een prominente rol spelen. De onderzoeker gaat hierop een interventie ontwikkelen om zo de weerbaarheid van zorgverleners te vergroten.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Eerste verkenning adviesvraag	9
1.4 Doelstelling en onderzoeksvraag	10
1.5 Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader	12
2.1 ASE-model	12
2.2 Vaardigheden en barrières	13
2.3 Attitude	14
2.4 Sociale invloed	15
2.5 Eigen effectiviteit	17
2.6 Externe variabelen	18
2.7 Conclusie	19
3. Methodologie	20
3.1 Onderzoekspopulatie	20
3.2 Procedure	21
3.3 Meetinstrument	22
3.4 Analyse	23
4. Resultaten	24
4.1 Attitude en normen	24
4.2 Eigen effectiviteit, vaardigheden en barrières	25
4.3 Sociale steun	27
4.4 Succesvolle acties	28
5. Discussie	29
5.1 Conclusie	29
5.2 Discussie	30
5.3 Methodologische sterktes en kanttekeningen	31
5.4 Aanbevelingen	33
5.4.1 Vervolgonderzoek	33
5.4.2 Praktijk	33
6. Literatuurlijst	35
7. Bijlagen	40
7.1 Eerste oproep respondenten	40
7.2 Tweede oproep respondenten	41
7.3 Mailcontact respondenten	42
7.4 Informatiebrief	44

7.5 Toestemmingsformulier	46
7.6 Ethische verantwoording	48
7.7 Verantwoording topiclijst	50
7.8 Eerste topiclijst	52
7.9 Tweede topiclijst	55
7.10 Analyseplan	58
7.11 Transcripten met open codering	60
7.12 Codelijst	63
7.13 Axiaal coderen	66
7.14 Codeboom	67
7.15 Mindmap alle thema's	75
7.16 Mindmap kernthema's	76
7.17 Checklist Ethiek van Onderzoek	78

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Ongewenst gedrag is een groot probleem in de zorgsector. In 2017 ervoeren werknemers met een zorg- of welzijnsberoep naar verhouding het meest ongewenst gedrag op het werk door externen, waaronder klanten of patiënten (CBS, 2019). Ongewenst gedrag kan worden gedefinieerd als gedragingen van een individu of van een groep, gericht tegen een persoon die deze gedragingen als vernederend, intimiderend of bedreigend ervaart. Myers, Rogers, LeCrone, Kelley, & Eaton (2020) geven aan dat onrealistische verwachtingen, veeleisend gedrag en verbaal agressief gedrag het meest voorkomend zijn binnen verpleeghuizen.

Ruim 52% van de medewerkers in zorg- of welzijnsberoepen gaf aan één of meerdere keren te maken hebben gehad met ongewenst gedrag. Dit percentage is zeer hoog, zeker wanneer dit wordt vergeleken met andere sectoren. In het onderwijs (27,5%), de dienstverlenende (24,5%) of de technische sector (9,3%) komt ongewenst gedrag op de werkvloer een stuk minder voor. Van de vijf beroepsgroepen die het meest te maken hebben met intimidatie of lichamelijk geweld, vallen er vier onder zorg en welzijn. 49% van de verpleegkundigen geeft aan te maken te hebben gehad met intimidatie. Ook het percentage lichamelijk geweld ligt hoog: 38% van de verpleegkundigen en 33% van de verzorgenden geven aan hiermee in aanraking te zijn gekomen (CBS, 2019). Als het gaat over ongewenst gedrag in het verpleeghuis wordt vaak gedacht aan ongewenst gedrag van cliënten. Echter zijn het niet alleen cliënten die ongewenst gedrag tegenover zorgpersoneel vertonen, ook bij familieleden van cliënten komt het geregeld voor. Volgens Buijsen (2009) komt ongewenst gedrag van familie tegenwoordig steeds vaker en in grotere mate voor. Wanneer een cliënt in een verpleeginstelling wordt geplaatst, neemt diegene zijn of haar sociale context mee. Familieleden blijven, ook na de opname in een verpleeghuis, betrokken bij de zorg van de cliënt. Betrokkenheid van familie wordt vergroot wanneer het ziektebeeld van de cliënt de cognitieve vermogens aantast. Iemand uit de sociale context krijgt dan een formele rol in het besluitvormingsproces over de zorg van de cliënt. Doordat familie op internet steeds meer toegang heeft tot informatie en adviezen over de zorg, worden beslissingen van artsen en verzorgenden steeds meer in twijfel getrokken (Reid & Chappell, 2017; Touwen, Cools, & Engberts, 2010; Kruizinga, 2018).

Ook bij zorgorganisatie Mijzo krijgen zorgmedewerkers steeds meer te maken met ongewenst gedrag van familie. Veel zorgverleners bij Mijzo die langere tijd werkzaam zijn binnen de organisatie geven aan een forse toename te zien van de mondigheid van familieleden ten opzichte van voorgaande jaren. Zorgorganisaties Schakelring, de Riethorst Stromenland en Volckaert zijn in januari 2021 gefuseerd onder de naam Mijzo. Mijzo biedt zorgondersteuning in verschillende vormen en op diverse gebieden. Cliënten kunnen bij Mijzo terecht voor revalidatie, wijkverpleging, palliatieve zorg, langdurige zorg, eerstelijns verblijf en dagbesteding. Mijzo biedt ondersteuning aan cliënten met Parkinson, Huntington, (jonge) mensen met dementie, Korsakov, wondzorg en niet aangeboren hersenletsel. Het werkgebied van Mijzo bevindt zich tussen de steden 's-Hertogenbosch, Tilburg, Breda en Gorinchem (Mijzo, z.d.).

1.2 Probleemstelling

Volgens verschillende zorgmedewerkers en teamleiders binnen Mijzo is het een probleem dat familieleden verbaal agressief zijn en intimiderend gedrag vertonen. De zorgmedewerker wil de beste zorg kunnen leveren aan de cliënt en hierbij een prettige samenwerking hebben met naasten van deze cliënt. Clustermanager en tevens opdrachtgever voor dit onderzoek, Frans Korf, vertelt: “Het zorgpersoneel voelt zich regelmatig geïntimideerd, wat terecht is. Wat je dan ziet is dat ze meegaan met de familie, terwijl dat voor de cliënt niet per definitie het beste is” (persoonlijke communicatie, 30 september 2020). De coördinator van het bedrijfsopvangteam van Schakelring, B., geeft aan gemiddeld vier MIM-meldingen (Melding Incidenten Medewerkers) per maand binnen te krijgen, gerelateerd aan situaties waar familie bij betrokken is. Zo schreef een zorgmedewerker in een MIM-melding het volgende: “Gefrustreerd, gelaten en overruled loop ik de kamer uit. Ik heb het helemaal gehad met deze situatie, met deze dochter en met mij zo te laten vertellen wat ik moet doen. Ik ben een professionele werknemer en ik neem al mijn taken serieus, ik kan tegen kritiek en opmerkingen. Maar ik heb ook mijn grenzen en die zijn bereikt. Ik durfde niet tegen A. (dochter van de cliënt) in te gaan en zij overruled me met haar strenge gelaat, rot opmerkingen en haar ‘ik weet het beter’-gedrag. Ik sta er niet achter dat ik de cliënt uit bed heb gehaald” (persoonlijke communicatie, 2 oktober 2020).

De gevolgen voor de mentale gezondheid van zorgpersoneel dat te maken krijgt met intimidatie en andere vormen van ongewenst gedrag zijn groot. Uit onderzoek van Abraham, Flight, & Roorda (2011) blijkt dat personeelsleden die regelmatig te maken krijgen met agressie vaak minder goede gezondheid rapporteren; ze zijn vaker gespannen, gestrest en slapen slechter, waardoor de kans dat er op het werk minder goed gepresteerd wordt groter is. Ook zijn ze minder tevreden met arbeidsomstandigheden en ervaren vaker burn-out klachten. Personeel is vaker geneigd om van baan te veranderen en bovendien verzuimen deze medewerkers vaker en is het verzuim langer van duur.

Er zijn diverse interventies opgezet vanuit Mijzo om zorgverleners te ondersteunen in het omgaan met ongewenst gedrag van familie. Een voorbeeld daarvan zijn de agressie- en communicatietrainingen waar zorgverleners aan deel kunnen nemen. Ook zijn er via het digitale leerportaal cursussen te volgen omtrent ‘gesprekstechnieken’, ‘communiceren in de zorg’ en ‘gastvrijheid’. Daarnaast heeft Mijzo een adviseur gespreksvoering binnen de organisatie waar zorgmedewerkers zich op kunnen beroepen wanneer zij problemen ervaren in de communicatie met familie. Ook is er een Bedrijfs Opvang Team (BOT) waar medewerkers ten alle tijden ondersteuning kunnen krijgen. Deze interventies zijn een prettige ondersteuning bij het omgaan met ongewenst gedrag. Echter ziet de opdrachtgever nog steeds dat veel zorgverleners moeite hebben met het omgaan hiermee. De opdrachtgever zou graag zien dat medewerkers ook zonder deze ondersteuning, dus zelfstandig, meer weerstand weten te bieden tegen ongewenst gedrag. Het doel van de opdrachtgever is om zorgverleners meer zelfvertrouwen en tools te geven om met ongewenste gedragingen om te gaan, om op deze manier een prettigere werksituatie te creëren waarin zorgverleners minder last ervaren van de negatieve gevolgen van dit gedrag. De opdrachtgever wil uiteindelijk voorkomen dat medewerkers uitvallen, denk hierbij bijvoorbeeld aan burn-outklachten. Hieruit is de vraag gesteld om onderzoek te doen hoe de weerbaarheid van zorgmedewerkers vergroot kan worden in het omgaan met ongewenst gedrag van familie. Het is belangrijk om duidelijk te hebben wat het begrip weerbaarheid

inhoudt en wat de betekenis is ten opzichte van dit onderzoek. In dit onderzoek wordt het begrip 'weerbaarheid' bedoeld als het in staat kunnen zijn om tegenstand te bieden tegen ongewenst gedrag (Kaptein, 2017) en op een juiste manier hiermee om te gaan. Dit houdt in dat verzorgend personeel familieleden aanspreekt wanneer zij ongewenst gedrag vertonen. Hierbij is het van belang dat de zorgmedewerker weet waar de eigen grenzen liggen en hoe deze kunnen worden aangegeven, ook wel 'assertiviteit' genoemd. Assertiviteit betekent 'de manier waarop en de mate waarin iemand voor zichzelf opkomt, in welke situatie dan ook' (Arendsen, 2016; Van Dam, Van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2011). In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, zal dieper worden ingegaan op deze begrippen en op de factoren die een rol spelen bij weerbaarheid en weerbaar zijn.

1.3 Eerste verkenning adviesvraag

Ondanks de toename van het vertonen van ongewenst gedrag van familie naar verzorgenden zijn er in de literatuur weinig onderzoeken te vinden over dit onderwerp. Huidige onderzoeken zijn met name gericht op het omgaan met (seksueel) ongewenst gedrag van cliënten zelf. Echter zit er een groot verschil tussen het omgaan met ongewenst gedrag van cliënten en dat van familieleden. De verhouding tussen cliënt en zorgpersoneel is anders dan de verhouding tussen familie en de verzorgende (Van der Veen, Hulstein, Wever, Roelofsen, & Bouwmeester, 2018). Het is onduidelijk waarom er nog weinig onderzoek is gedaan naar ongewenst gedrag van familie. Echter is het wel van belang dat hier onderzoek naar wordt gedaan omdat ongewenst gedrag een probleem is wat steeds vaker voor gaat komen, zo schrijven verschillende onderzoekers waaronder Kruizinga (2018), Buijssen (2009) en kennisorganisatie Vilans (De Jong, Schutte, & Van Tienhoven, 2019). Buijssen (2009) geeft in zijn boek een aantal verklaringen voor de toename van ongewenst gedrag. Eén reden is dat mensen tegenwoordig zelden nog opkijken naar andere mensen. Hierin speelt de veranderende media een belangrijke rol. In praatprogramma's worden veel sprekers, zelfs belangrijke personen, steeds persoonlijker aangesproken. Daarnaast worden regeringsleiders tegenwoordig op felle toon aangevallen en bekritiseerd. Een aantal decennia geleden was dit ondenkbaar. Een andere reden is dat assertiviteit en mondigheid is toegenomen ten opzichte van jaren geleden. Mensen zijn steeds meer geneigd om op te komen voor zichzelf en verhaal te halen wanneer zij zich onjuist bejegend voelen.

Ondanks dat er nog weinig onderzoeken zijn gedaan naar dit onderwerp zijn er wel diverse tools ontwikkeld door zorgorganisaties, waarin enkele handvaten worden gegeven om met 'lastige' familieleden om te gaan. In 2018 hebben diverse zorgorganisaties met behulp van het programma 'Waardigheid en trots' van kennisorganisatie Vilans een tool uitgebracht waarin 'kijken door de ogen van de ander' centraal stond. Deze tool richt zich met name op het aangaan van een prettige samenwerking tussen familieleden, cliënten en zorgpersoneel. Ook heeft Vilans diverse 'toolkits' gepubliceerd die gaan over familieparticipatie, samenwerken met familie en de 'driehoeksverhouding' tussen familieleden, cliënten en zorgpersoneel (De Jong, Schutte, & Van Tienhoven, 2019; Scholten, 2013). In deze artikelen ligt de nadruk op het krijgen en behouden van een goede samenwerking met familie. In het artikel van Scholten (2013) wordt benadrukt dat het vaak geen 'lastige' families zijn, maar familieleden die in een lastige situatie verkeren. Het is dan belangrijk om te kijken wat de oorzaak is van 'lastig' gedrag van familie. Uit het onderzoek van Myers et al. (2020) blijkt dat ongewenst gedrag, zoals

overmatig controleren en veeleisend zijn, in verband kan worden gebracht met schuldgevoelens van familieleden. Er zijn familieleden die gevoelens van onmacht ervaren wanneer zij een familielid niet meer zelf kunnen verzorgen en hen 'gedwongen' moeten verhuizen naar een verpleeghuis. Een andere oorzaak kan zijn dat familieleden het vaak moeilijk vinden om de situatie te begrijpen en te accepteren. Zonen en dochters van cliënten hebben niet alleen privéleven en baan, maar worden plotseling ook verantwoordelijk voor de zorg voor hun ouder(s). Dit kan een overweldigende situatie zijn voor hen, iets waar ze vaak niet op voorbereid zijn. Daarnaast kan veeleisend gedrag ook voortkomen uit serieuze en rechtmatige bezorgdheid van de familie. Buijssen (2009) geeft in zijn boek diverse strategieën om met ongewenst gedrag van familieleden om te gaan. De grootste tip die Buijssen geeft is om het gesprek aan te gaan met de familie. In dit boek wordt, net als in het artikel van Scholten (2013), aangegeven dat het van belang is om naar de onderliggende oorzaak van gedrag te kijken. In het gesprek met familie is het van belang om de verwachtingen van beide partijen helder te krijgen. Buijssen geeft aan dat het niet helder hebben van wederzijdse verwachtingen in een groot deel van de gevallen de bron is van het ontstaan van ongewenst gedrag.

Hoewel diverse zorgorganisaties handvaten aanreiken om met ongewenst gedrag om te gaan, is het nog steeds een actueel probleem bij zorgorganisaties. Ook bij Mijzo hebben deze tools de weg naar de werkvloer nog niet gevonden. Een mogelijke oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat ongewenst gedrag in de zorg zo vaak voorkomt dat het als 'normaal onderdeel van het werk wordt beschouwd', aldus onderzoekers bij TNO. Dit kan ervoor zorgen dat zorgverleners het gedrag accepteren en geringe acties ondernemen om dit gedrag aan te pakken (Baltesen, 2020). Het is dus van belang om te kijken wat maakt dat ongewenst gedrag van familie wel of niet wordt aangepakt. Hiervoor is het belangrijk om in te zoomen op zorgverleners en welke aspecten de weerbaarheid bij hen beïnvloeden. Een model dat hiervoor geschikt is, is het ASE-model dat gebaseerd is op de Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991) en de Social Learning Theory van Bandura (Boone, Reilly, & Sashkin, 1977). In dit model staan 'attitude', 'sociale invloed', 'eigen effectiviteit' en 'vaardigheden en barrières' centraal. Dit model zal in het theoretisch kader nader worden toegelicht.

1.4 Doelstelling en onderzoeksvraag

De adviesvraag van de opdrachtgever luidt: "Hoe kan zorgpersoneel meer weerbaarheid tonen tegen ongewenst gedrag van familie van cliënten?". Om te onderzoeken hoe de weerbaarheid vergroot kan worden, is het van belang om te kijken welke factoren van invloed zijn op de weerbaarheid van zorgverleners. Dit onderzoek heeft dan ook als doel in beeld te krijgen welke individuele en sociale factoren van invloed zijn en welke rol deze spelen bij het omgaan met ongewenst gedrag. Naar aanleiding van het veldonderzoek zal er een interventie ontwikkeld worden die zich waarschijnlijk gaat richten op één van de gedragsfactoren. Uit het veldonderzoek zal blijken welke factor dit gaat zijn. Het doel van deze interventie is om de weerbaarheid bij zorgpersoneel te vergroten.

Om antwoord te kunnen geven op de adviesvraag van Mijzo is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

"Welke individuele en sociale factoren beïnvloeden de weerbaarheid tegen ongewenst gedrag van familieleden, volgens zorgverleners bij Mijzo?"

Met als bijbehorende deelvraag:

- Welke individuele en sociale factoren vergroten de weerbaarheid van zorgverleners?

1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk gaat u lezen over het theoretisch kader van dit onderzoek. Hier zal worden ingegaan op belangrijke thema's die al bekend zijn over dit onderwerp in de wetenschappelijke literatuur. Zoals in bovenstaande paragraaf al werd benoemd, wordt in dit hoofdstuk het ASE-model toegelicht. Na het theoretisch kader wordt de methodologie beschreven. In dit hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op de methode die in het veldonderzoek is toegepast. U kunt hierin lezen over de vorm van dataverzameling, de doelgroep en de manier waarop de data is geanalyseerd. Na dit hoofdstuk zal er aandacht worden besteed aan de resultaten die uit de data-analyse zijn gekomen. In het laatste hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Tot slot volgt de conclusie, discussie en de aanbevelingen naar de opdrachtgever.

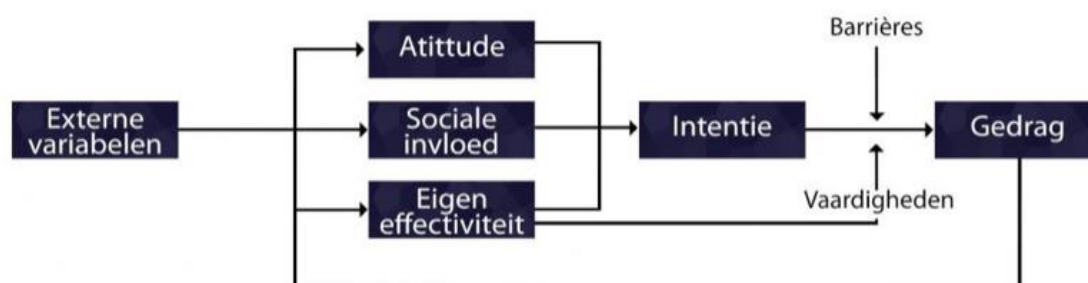
2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal, gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, dieper ingegaan worden op relevante aspecten die een belangrijke basis zijn voor het veldonderzoek. Er worden theorieën en onderzoeken beschreven die van belang zijn voor het onderzoek bij Mijzo en het beantwoorden van de onderzoeksvraag. In de eerste paragraaf wordt besproken waarom het ASE-model is gekozen voor dit onderzoek. In de paragrafen die daarop volgen worden alle aspecten van het ASE-model toegelicht en wordt er gekeken wat hierover al bekend is in de literatuur. Daarnaast wordt er gekeken hoe dit van toepassing zou kunnen zijn bij Mijzo. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie waarin de belangrijkste bevindingen uit de literatuur beschreven staan.

2.1 ASE-model

Een model dat duidelijk laat zien welke factoren een rol spelen bij het vertonen van bepaald gedrag, is het ASE-model, te zien in figuur 1 (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988). Dit onderzoek baseert zich op het ASE-model omdat dit model, in tegenstelling tot de Theory of Planned Behavior, ook vaardigheden en belemmeringen betreft bij het vertonen van bepaald gedrag. In het ASE-model wordt gesproken over ‘gedrag’. Omdat dit onderzoek zich richt op het vergroten van weerbaarheid van zorgverleners zal er vanaf nu hierover, of in gelijkaardige termen, gesproken worden.

Het ASE-model gaat ervan uit dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen, leidt tot het daadwerkelijk uitvoeren van bepaald gedrag. De ‘intentie tot gedrag hebben’, betekent dat iemand van plan is om zich op een bepaalde (nieuwe) manier te gedragen. Indien bepaald gedrag voldoende positieve effecten heeft, krijgen mensen de intentie om dat gedrag uit te voeren. Ondanks de intentie kunnen bepaalde factoren maken dat gedragingen niet worden uitgevoerd, in het ASE-model de ‘barrières’ genoemd. Ook het beheersen van vaardigheden speelt een rol bij het vertonen van bepaald gedrag (Wiekens, 2012; Wesselman, 2015). Het wel of niet vertonen van gedragingen wordt bepaald door een samenspel tussen de drie determinanten. Alle aspecten van het ASE-model worden in dit theoretisch kader toegelicht en gekoppeld aan de zorgverleners bij Mijzo.



Figuur 1: ASE-model (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988).

2.2 Vaardigheden en barrières

Het beschikken over de juiste vaardigheden en het wel of niet kunnen overkomen van barrières, heeft een grote invloed op de realisatie van bepaald gedrag (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988). Myers et al. (2020) hebben onderzocht welke vaardigheden en andere gedragingen van belang zijn bij het omgaan met ongewenst gedrag van familieleden in het verpleeghuis. De respondenten in het onderzoek noemden het tonen van empathie een nuttige vaardigheid bij het omgaan met families die veeleisend zijn. Dit houdt in dat er actief wordt geluisterd naar de familie, vertrouwen wordt opgebouwd en wordt afgestemd met elkaar. Respondenten gaven aan dat hierbij met name 'actief luisteren' zeer van belang is, omdat familieleden hierdoor het gevoel krijgen dat ze gehoord worden.

De zorgverleners gaven in het onderzoek van Myers et al. (2020) aan dat het soms noodzakelijk is om assertief en heel direct te zijn in de communicatie met familie. Met name wanneer familieleden onrealistische eisen en verwachtingen hebben of iets willen wat niet ten goede komt aan de cliënt. Echter wordt in dit onderzoek ook aangegeven dat dit erg lastig kan zijn omdat medewerkers een evenwicht proberen te vinden tussen het aanpakken van het probleem, maar daarbij ook een goede relatie met de familie willen behouden. Volgens de respondenten is het behouden van deze balans zeer uitdagend, zeker wanneer de situatie medewerkers dwingt om harde grenzen te stellen.

Een andere aanpak die in dit onderzoek werd aangedragen om met bijvoorbeeld veeleisende of overbezorgde familieleden om te gaan, is het informeren van familieleden. Een respondent gaf aan dat het zeer belangrijk is om families in het begin van de opname informatie te geven over procedures binnen het verpleeghuis en het ziektebeeld van de cliënt. Het hebben van kennis zorgt ervoor dat families betrokken blijven bij de cliënt. Ook helpt het om bepaalde beslissingen van de zorg beter te begrijpen en misverstanden te voorkomen. In het onderzoek gaven respondenten aan boeken en websites te gebruiken om familieleden informatie te geven om beslissingen te nemen rondom de zorgsituatie van de cliënt. Het informeren van familie over ziekteprocessen kan hen helpen bij de acceptatie of om de besluitvorming over de zorg te ondersteunen (Myers et al., 2020).

Samengevat worden de vaardigheden 'actief luisteren', 'empathie tonen' en 'assertiviteit' belangrijk geacht bij het omgaan met ongewenst gedrag van familieleden. Het is dus van belang dat de zorgverleners bij Mijzo deze vaardigheden beheersen. Wanneer iemand de intentie heeft om bepaald gedrag uit te voeren, kunnen barrières zoals het niet voldoende beheersen van vaardigheden alsnog maken dat bepaald gedrag niet wordt uitgevoerd. Maar ook andere barrières kunnen maken dat familieleden niet worden aangesproken op ongewenst gedrag. Angst om de relatie met familie te beschadigen zou een voorbeeld kunnen zijn van een barrière. Andere barrières kunnen ook zitten in de gedragsdeterminanten 'attitude', 'sociale invloed' en 'eigen effectiviteit'. In de paragrafen waarin deze determinanten toegelicht worden, komen mogelijke barrières aan bod (Wesselman, 2015; Myers et al., 2020).

Het is belangrijk dat de invloed van vaardigheden en barrières niet wordt onderschat. Het is daarom van belang om in het veldonderzoek te kijken in welke mate zorgverleners bij Mijzo deze vaardigheden beheersen. Indien uit het veldonderzoek blijkt dat zorgverleners bij Mijzo deze vaardigheden niet (voldoende) beheersen, adviseren Majerovitz, Mollott, & Rudder (2009) om communicatietrainingen te geven waarin zij leren actief te luisteren, door te vragen en emotionele

ondersteuning te bieden. Snelder (2008) geeft aan dat assertieve vaardigheden kunnen worden ontwikkeld door een training. Uit zijn onderzoek blijkt dat een training in assertieve vaardigheden daadwerkelijk kan leiden tot een hoger niveau van assertiviteit en dus effectief is.

De intentie om bepaald gedrag te vertonen ontstaat niet zomaar. Zoals te zien is in figuur 1 (paragraaf 2.1) spelen attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit hierbij een belangrijke rol. Hieronder zullen deze begrippen nader worden toegelicht (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988).

2.3 Attitude

Om intentie tot bepaald gedrag te hebben, moet er sprake zijn van een positieve attitude, ook wel houding genoemd, ten aanzien van bepaald gedrag. Attitudes zijn evaluaties: beoordelingen in termen van positief, goed, benaderbaar of juist negatief en slecht. Iemand kan een attitude hebben over zichzelf (zelfwaardering), andere personen, groepen, objecten of gebeurtenissen. Attitudes worden gebruikt om onder andere snel te oordelen en snel te kunnen reageren. Er wordt altijd gekeken wat gedrag ons op kan leveren (positief) en wat de nadelen van bepaalde gedragingen zouden kunnen zijn (negatief). Voor een zorgverlener kan dit bijvoorbeeld zijn: 'aanspreken van familie zou voor vermindering van ongewenst gedrag kunnen leiden' (positief), of negatief: 'aanspreken van familie zou tot een slechtere relatie kunnen leiden' (Vonk, 2017; Wesselman, 2015; Wiekens, 2012). Volgens Schuur (2014) is een veelvoorkomende attitude onder zorgverleners dat ze bang zijn voor klachten of andere negatieve consequenties wanneer familieleden zouden worden aangesproken.

Een attitude komt voornamelijk tot stand op basis van ervaringen. Wanneer iemand een positieve ervaring heeft met bepaald gedrag, is de attitude positief. Andersom, wanneer iemand een negatieve ervaring heeft, is de attitude ook negatief. Wanneer een zorgmedewerker bijvoorbeeld in het verleden familieleden heeft aangesproken op ongewenst gedrag en hier toen een negatieve ervaring mee heeft gehad, bijvoorbeeld verergering van gedrag, dan zal de attitude negatief zijn en familie niet snel opnieuw worden aangesproken. Attitudes worden, naast ervaringen, ook gebaseerd op gewoonten en overtuigingen: beliefs. 'Iedereen moet respectvol met elkaar omgaan', zou een overtuiging kunnen zijn van een zorgverlener die familieleden aanspreekt op ongewenst gedrag (Vonk, 2017; Wesselman, 2015; Wiekens, 2012).

Attitudes verschillen in sterkte. Sterke attitudes zijn relatief stabiel over de tijd en moeilijk te veranderen. Minder sterke attitudes zijn gemakkelijker te beïnvloeden. Omdat attitudes van invloed zijn op het wel of niet aanspreken van familieleden, is het belangrijk om te kijken hoe (negatieve) attitudes veranderd kunnen worden. Pogingen tot attitudeverandering kunnen worden gedaan met behulp van een zogenoemde 'overredende boodschap', bijvoorbeeld een voorlichtingsfolder, informerende video, et cetera. Belangrijk hierbij is dat de beoogde ontvanger de boodschap *aandacht* geeft, *begrijpt* en ervan *overtuigd* raakt. Het veranderen van een negatieve attitude van zorgverleners zou dus kunnen door middel van een 'overredende boodschap' met bovengenoemde aspecten (Vonk, 2017). Volgens Hamstra (2009) kunnen attitudes worden omgevormd door een interventie, bijvoorbeeld een voorlichting, te geven waarin informatie wordt gegeven over de ongewenste (oude) attitude en de gewenste attitude. Hierbij is het van belang dat de beoogde doelgroep bewust gaat nadenken over de

attitude die veranderd moet worden, in het geval van Mijzo het aanspreken van familieleden op ongewenst gedrag. In het veldonderzoek is het van belang om te kijken wat de attitude van zorgverleners is ten opzichte van ongewenst gedrag van familieleden van cliënten. Interessant is om te kijken of deze houdingen positief of negatief zijn.

Ondanks dat een positieve attitude een grote invloed heeft, maakt een positieve attitude alleen niet direct dat familieleden worden aangesproken op ongewenst gedrag. Er spelen meerdere factoren een rol bij het wel of niet vertonen van gedrag, waaronder de sociale invloed en de eigen effectiviteit.

2.4 Sociale invloed

In het ASE-model is te zien dat de sociale invloed ook een grote rol speelt bij de intentie die iemand heeft bij het vertonen van bepaald gedrag. De sociale omgeving beïnvloedt iemand op verschillende manieren. Eén manier is via de sociale norm. Met sociale normen wordt bedoeld wat iemand denkt dat de relevante, heersende normen zijn voor de situatie waarin diegene zich op dat moment bevindt. Het is de stimulerende of remmende werking van de sociale omgeving van een individu. De mening van anderen kan een sterke invloed hebben op het gedrag van een persoon, wat maakt dat mensen zich in bepaalde gevallen *conformer*en, oftewel aanpassen, naar anderen (Vonk, 2017; Wesselman, 2015; Wiekens, 2012). Het gaat vaak om normen, waarden, groeps- en denkpatronen die medewerkers binnen een organisatie in het verleden hebben gevormd en die nu nog steeds een prominente leidraad zijn binnen de organisatie (Jaliens & Van der Lek, 2009). Wanneer er in het verpleeghuis bijvoorbeeld de norm heerst dat ongewenst gedrag niet wordt geaccepteerd, dan zal een zorgverlener familie sneller aanspreken. Echter, wanneer de sociale norm heerst dat ongewenst gedrag 'normaal' is, zoals vaak het geval is binnen verpleeghuizen volgens onderzoekers van TNO (Baltesen, 2020), zullen verzorgenden ongewenst gedrag van familie niet snel aanpakken (Jaliens & Van der Lek, 2009). Belangrijk om te benoemen is dat de sociale norm niet vrij is van vertekeningen: de sociale norm kan verkeerd worden ingeschat. Een zorgverlener kan bijvoorbeeld overschatten hoeveel anderen dezelfde attitude hebben als zij, dit wordt ook wel het *false-consensus-effect* genoemd. Zij zullen geneigd zijn te denken dat de sociale norm in overeenstemming is met de eigen attitude. Een duidelijk beeld hebben van de daadwerkelijke heersende normen binnen het verpleeghuis kan maken dat dit verschijnsel wordt voorkomen. Dit kan gedaan worden door de medewerkers met elkaar in gesprek te laten gaan (Vonk, 2017; Wesselman, 2015; Wiekens, 2012). Ook de organisatie speelt hierin een belangrijke rol en kan de sociale norm beïnvloeden door de werkelijke heersende normen expliciet te communiceren, waardoor hier geen onduidelijkheden over ontstaan (Jaliens & Van der Lek, 2009). Het is hierbij zeer belangrijk dat de norm (het gewenste gedrag) zichtbaar is voor medewerkers van de organisatie. Hoe zichtbaarder de gedragingen, hoe meer de kans toeneemt dat de nieuwe sociale norm verspreid wordt. De (nieuwe) sociale norm kan worden verspreid op communicatieplatformen of in het gebouw zelf door middel van bijvoorbeeld posters en video's. Ook leidinggevend en verzorgenden onderling spelen een grote rol in het verspreiden van de sociale norm. De voorbeeldfunctie die leidinggevend en verzorgenden hierin hebben mag niet worden onderschat. Dit wordt later in deze paragraaf toegelicht (Rijksuniversiteit Groningen, 2016; Universiteit Utrecht, 2020).

Een andere invloed van de sociale omgeving is de sociale steun die wel of niet wordt ervaren. Sociale steun wordt in de literatuur gedefinieerd als 'de mate waarin iemand sociale steun ondervindt van collega's, levenspartner, vrienden of anderen'. Wanneer iemand sociale steun ervaart is de kans groter dat bepaald gedrag wordt vertoond, in dit onderzoek is dat het aanspreken van familie (Schoor, 2014; Huey & Palaganas, 2020). Remmerswaal (2013) beaamt de importantie van sociale steun op een individu. Volgens Remmerswaal speelt teamdynamiek en onderlinge steun een zeer belangrijke rol in het wel of niet aanspreken van familieleden. In veilige of onveilige teams wordt anders met ongewenst gedrag omgegaan. In veilige en effectieve teams waar teamleden open kunnen zijn over meningen en gevoelens en waar teamleden elkaar steunen en vertrouwen, heerst een klimaat van samenwerking en saamhorigheid. Dit stimuleert het aanspreken van familie op ongewenst gedrag. Sociale steun is ook van groot belang na het ervaren van een ongewenste situatie met familieleden. Praten met anderen over de situatie kan belangrijk zijn bij het verwerken ervan en kan negatieve gevolgen voorkomen. Volgens Haesevoets, Deheu, & Pouwelse (2012) neemt het aantal gezondheidsklachten, bijvoorbeeld stress, toe bij werknemers die een tekort aan sociale steun van collega's ervaren. Ook de ervaren sociale steun van leidinggevers blijkt van invloed te zijn op het welbevinden van de werknemer. Volgens psycholoog Van Daalen kan de sociale steun worden bevorderd door gelegenheid aan te bieden om ervaringen uit te wisselen, te praten en met het team regelmatig samen te komen. Dit kan worden gedaan door regelmatig vaste teambijeenkomsten in te voeren waarbij openheid over gevoelens wordt gestimuleerd (Voion, 2012; Huey & Palaganas, 2020).

Een andere vorm van sociale invloed is via modeling. In het geval van modeling gaan mensen gedrag van rolmodellen, bijvoorbeeld leidinggevers, imiteren. Wanneer een verzorgende ziet dat een teamleider familie aanspreekt op ongewenst gedrag is de neiging om dit gedrag ook te vertonen groter. Aan de andere kant, wanneer de teamleider dit niet doet, zullen verzorgenden ook minder snel geneigd zijn dit te doen. In de kindertijd zijn ouders vaak de rolmodellen waar kinderen naar opkijken. De opvoeding die iemand heeft gehad speelt dus ook een belangrijke rol bij het wel of niet opkomen voor zichzelf op latere leeftijd. Wanneer zorgverleners als kind in een thuissituatie zijn opgegroeid waarbij de ouders opkomen voor zichzelf belangrijk vonden en het kind hierin ook stimuleerden, zullen zij sneller geneigd zijn dit nu ook te doen (Vonk, 2017).

De invloed die de sociale omgeving heeft op een individu wordt niet alleen bepaald door wat anderen daadwerkelijk vinden, maar ook door wat een individu denkt dat de anderen in de omgeving vinden (normatieve overtuiging). De grootte en mate van impact van de sociale invloed op een individu, kan voor iedereen en in elke situatie anders zijn (Vonk, 2017; Wiekens, 2012). In dit onderzoek is het van belang om te kijken welke sociale normen (verzorgenden denken die) er heersen binnen het verpleeghuis en hoe deze van invloed zijn op de zorgverleners. Daarnaast is het van groot belang om te kijken in welke mate sociale steun wordt ervaren en wat voor invloed dat heeft op het wel of niet aanspreken van familie.

2.5 Eigen effectiviteit

Een derde factor die een rol speelt bij de intentie om bepaald gedrag te vertonen is de 'waargenomen gedragscontrole', ook wel 'eigen effectiviteit' genoemd. Onder eigen effectiviteit wordt verstaan of een individu gelooft in het eigen kunnen om gedrag (succesvol) uit te voeren (Bandura, 1997). Het gaat bij eigen effectiviteit niet om wat iemand daadwerkelijk kan (waar het bij 'vaardigheden en barrières' wel om ging), maar om wat iemand denkt te kunnen. Belangrijk is om te realiseren dat er een groot verschil zit tussen beide. Zelfvertrouwen kan bijvoorbeeld een aspect zijn van eigen effectiviteit. Als iemand gelooft in het eigen kunnen, en er dus sprake is van voldoende eigen effectiviteit, is de kans op een vergrote intentie om gedrag te vertonen aannemelijker. Wanneer een verzorgende bijvoorbeeld vertrouwen heeft in het eigen kunnen om familie aan te spreken op ongewenst gedrag, is de kans dat familie wordt aangesproken groter (Wesselman, 2015; Wiekens, 2012). Volgens Bandura (1977) wordt de eigen effectiviteit geconstrueerd op basis van diverse informatiebronnen: uitvoerende ervaringen, indirecte ervaringen, verbale overreding en de affectieve en fysiologische toestand. Eigen successituaties uit het verleden hebben een positief effect op de huidige mate van een individu's eigen effectiviteit en kan het zelfvertrouwen vergroten. Echter blijkt ook dat situaties waarin een individu (naar eigen perceptie) 'gefaald' heeft, een negatief effect kunnen hebben op de eigen effectiviteit. Het zien van succesvolle ervaringen bij anderen (ook wel modeling genoemd, zoals hierboven beschreven) is een andere manier waardoor de eigen effectiviteit beïnvloed wordt. Wanneer zorgverleners bijvoorbeeld collega's of leidinggevendens spreken die succesvol familieleden hebben aangesproken op ongewenst gedrag, kan dit hoop en vertrouwen geven om zelf ook succesvol te zijn. De eigen effectiviteit kan ook door verbale overreding bevorderd worden. Bij verbale overreding bemoedigen zorgverleners elkaar en geven elkaar concrete handvaten om bepaald gedrag uit te voeren.

De affectieve en fysiologische toestand is ook van invloed op de eigen effectiviteit. Tijdens stressvolle situaties kunnen individuen een sterke fysiologische reactie ervaren, waaronder hartkloppingen, transpireren en gevoelens van onrust. Deze fysiologische reacties kunnen veelal belemmerend werken in bepaalde situaties, waardoor individuen de eigen effectiviteit vaak lager inschatten wanneer zij deze reactie bij zichzelf waarnemen. Deze interpretatie kan een stressreactie tot gevolg hebben, waardoor bepaald gedrag nog verder belemmerd kan worden (Brenninkmeijer, Van Houwelingen, Blonk, & Van Yperen, 2006). Volgens Bandura (1998) ontwikkelt werk gerelateerde eigen effectiviteit zich gedurende het hele leven.

Naast deze aspecten, zijn er ook andere aspecten van invloed op de eigen effectiviteit. Uit onderzoek van Judge, Jackson, Shaw, Scott, & Rich (2007) is gebleken dat de persoonlijkheid ook een belangrijke rol speelt. Bepaalde persoonlijkheidsfactoren, waaronder 'conscientieusheid', 'extraversie' en 'openheid voor ervaringen', hebben een positief effect op de eigen effectiviteit. Zo communiceren extraverte mensen meer met anderen en kunnen zij beter samenwerken. Hierdoor leren zij meer van andermans kwaliteiten en kunnen zij daarmee de eigen vaardigheden te verbeteren (Verkoulen-Smeets, 2017). Xanthopoulou, Bakker, Heuven, Demerouti, & Schaufeli (2008) vonden in hun onderzoek dat sociale steun van collega's, zoals in voorgaande paragraaf beschreven is, indirect en positief was gerelateerd aan het gevoel van eigen effectiviteit. Wanneer zorgverleners een gevoel van sociale steun ervaren hebben zij mogelijk meer vertrouwen in eigen kunnen wanneer zij familieleden moeten

aanspreken op ongewenst gedrag. Eigen effectiviteit kan zich ontwikkelen door ervaring en oefening. Zorgverleners kunnen bijvoorbeeld in een training oefenen met het omgaan met ongewenst gedrag en hierdoor vertrouwen krijgen in het eigen kunnen. Diverse onderzoekers, waaronder Cotton, Reynolds, & Apps (2010), Luthans, Avey, Avolio, & Peterson (2010) en Demerouti, Van Eeuwijk, Snelder, & Wild (2011) geven aan dat een training op persoonlijke effectiviteit, zelfvertrouwen en competentie op de lange termijn positieve effecten heeft op medewerkers. Brenninkmeijer et al. (2006) beschrijven een training om eigen effectiviteit te vergroten, genaamd de 'JOBS-training'. In deze training gaan de deelnemers aan de slag met het ontwikkelen van vaardigheden, voeren zij groepsdiscussies, geven zij feedback en leren zij vertrouwen te krijgen in het eigen kunnen. Volgens Schuur (2014) is coaching ook een effectieve manier om de eigen effectiviteit te vergroten. Zowel leidinggevenden als collega's kunnen deze rol als coach op zich nemen. Door middel van coaching kan een verzorgende die aan het eigen handelen is gaan twijfelen, bijvoorbeeld ten gevolge van een ongewenste situatie met familieleden, het zelfvertrouwen terugkrijgen.

In het veldonderzoek is het belangrijk om te achterhalen welke rol eigen effectiviteit speelt bij het omgaan met ongewenst gedrag van familieleden en in welke mate zorgverleners vertrouwen hebben in het eigen kunnen. Mocht uit het onderzoek blijken dat de eigen effectiviteit van zorgverleners laag is, zou hierop kunnen worden ingespeeld doormiddel van een training.

2.6 Externe variabelen

Zoals te zien is in figuur 1 (paragraaf 2.1) zijn externe variabelen van invloed op de drie gedragsdeterminanten 'attitude', 'sociale invloed' en 'eigen effectiviteit'. Onder externe variabelen vallen aspecten zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en persoonskenmerken. Indirect hebben deze factoren ook een invloed op bepaalde intenties en het vertonen van gedrag.

Zoals in voorgaande paragraaf ook al is aangehaald, speelt persoonlijkheid een belangrijke rol in het vertonen van bepaald gedrag (Wille, Fruyt, & Feys, 2012). De Big Five is een persoonlijkheidsmodel dat vijf karaktertrekken onderscheidt door middel van vijf schalen. Eén daarvan is de schaal 'Extraversie' die, zoals eerder beschreven, van invloed is op de eigen effectiviteit. Bij de schaal 'Extraversie' bevindt iemand zich tussen twee dimensies: 'dominant-extravert' versus 'ondergeschikt-introvert'. Zorgverleners die in hun persoonlijkheid meer neigen naar eerstgenoemde karaktertrek, zullen mogelijk assertiever zijn en hierdoor meer voor zichzelf opkomen dan zorgverleners die neigen naar 'ondergeschikt-introvert'. Een andere schaal van de Big Five is 'Neuroticisme', waarbij iemand op deze dimensie tussen 'nervus' en 'zelfverzekerd' zit. Verzorgenden die 'nervus' zijn zullen waarschijnlijk minder snel familieleden aanspreken die ongewenst gedrag vertonen dan zorgverleners die 'zelfverzekerd' zijn (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2017). Tot recent leek dat, wanneer eenmaal de volwassenheid was bereikt, de persoonlijkheid vast stond en hier in de verdere levensloop geen verandering meer in plaats kon vinden (Costa & McCrae, 2008; Zimbardo et al., 2017). Echter geven steeds meer onderzoekers, waaronder Visser (2017), Bodien (2013) en Hamburger (2017), aan dat persoonlijkheidseigenschappen tot op zekere hoogte wel degelijk te veranderen zijn. Iemand kan bijvoorbeeld door ervaring, training of coaching meer zelfverzekerd worden.

Naast persoonlijkheid speelt ook opleidingsniveau een rol. Zorgverleners die bijvoorbeeld een opleiding hebben gevolgd waarin bepaalde vaardigheden aangeleerd zijn zullen mogelijk sneller tegen familie optreden dan zorgverleners met een opleiding waarin dit niet is behandeld (Arendsen, 2016; Wesselman, 2015). Echter is een opleiding waarin bepaalde vaardigheden zijn aangeleerd geen garantie voor weerbaarheid. Een zorgverlener die bijvoorbeeld onzeker is (eigen effectiviteit) of geen steun ervaart (sociale invloed) kan moeilijkheden ervaren in het aanspreken van familieleden.

Andere factoren zoals leeftijd en geslacht kunnen mogelijk ook van invloed zijn op het aanspreken van familieleden, echter zijn deze factoren een vaststaand gegeven en dus niet te beïnvloeden (Zimbardo et al., 2017). In het veldonderzoek zal hier de nadruk dan ook niet direct op liggen, maar op de andere gedragsdeterminanten die gemakkelijker te beïnvloeden zijn. Wel worden deze variabelen in gedachte gehouden om te zien of er bepaalde verbanden te vinden zijn.

2.7 Conclusie

Samenvattend is het ASE-model de basis van dit onderzoek naar het vergroten van weerbaarheid bij het zorgpersoneel van Mijzo. De drie gedragsdeterminanten 'attitude', 'sociale invloed' en 'eigen effectiviteit' zijn belangrijke voorspellers voor het wel of niet vertonen van bepaald gedrag. Het wel of niet aanspreken van familieleden op ongewenst gedrag, of te wel de weerbaarheid, is een samenspel tussen deze gedragsdeterminanten.

Allereerst is het belangrijk dat zorgverleners een positieve attitude hebben ten aanzien van het aanspreken van familie op ongewenst gedrag. Indien er sprake is van een negatieve attitude kan dit een belemmering vormen in situaties met ongewenst gedrag van familie. Een attitude wordt voornamelijk gevormd door ervaringen en overtuigingen. De (sociale) normen die binnen de organisatie heersen spelen ook een grote rol. Indien er de norm heerst dat ongewenst gedrag binnen de zorgsector 'normaal' is, zullen zorgverleners dit gedrag sneller accepteren dan wanneer de norm heerst dat dit gedrag onacceptabel is. Bij het aanspreken van familie blijkt eigen effectiviteit van groot belang te zijn. Zelfvertrouwen kan een belangrijke stimulus zijn om familie te attenderen op ongewenst gedrag. Daarentegen kan onzekerheid maken dat familieleden niet worden aangesproken. Sociale steun blijkt van invloed te zijn op de eigen effectiviteit. Indien zorgverleners open en eerlijk kunnen zijn over gevoelens en er een veilige sfeer heerst binnen het team zal ongewenst gedrag sneller worden aangepakt. Vaardigheden die effectief blijken te zijn bij het omgaan met familieleden blijken 'actief luisteren', 'empathie tonen' en 'assertiviteit'. Omdat barrières een belemmering kunnen vormen bij het aanspreken van familieleden is het van belang dat dit ook wordt onderzocht.

Echter moet er worden benadrukt dat de beschreven informatie en situaties in dit theoretisch kader niet gebaseerd zijn op onderzoek bij Mijzo. Bepaalde literaturen komen uit onderzoeken die bij andere organisaties of in andere landen zijn uitgevoerd. Om deze reden is het belangrijk dat bovenstaande aspecten nader onderzocht worden in de specifieke context, namelijk bij de zorgverleners van Mijzo. Het is daarbij van belang om te kijken welke determinanten het meest van invloed zijn op de weerbaarheid van zorgverleners. Naar aanleiding van het veldonderzoek kan er een uitspraak worden gedaan over hoe de weerbaarheid bij zorgverleners van Mijzo kan worden vergroot.

3. Methodologie

De onderzoeksvraag die bij dit veldonderzoek centraal stond is: *"Welke individuele en sociale factoren beïnvloeden de weerbaarheid tegen ongewenst gedrag van familieleden, volgens zorgverleners bij Mijzo?"* Het doel van dit veldonderzoek was om te achterhalen welke factoren van invloed zijn op de weerbaarheid van zorgverleners bij Mijzo. Dit is gedaan door in de interviews te vragen naar het eigen handelen van zorgverleners in een situatie waarin zij te maken kregen met ongewenst gedrag. Hierbij lag de focus op de moeilijkheden die zij hierin ervaarden. Ook is er gevraagd naar de houding van zorgverleners ten opzichte van ongewenst gedrag en de rol van sociale steun. Er is voor een kwalitatieve wijze van dataverzameling gekozen aangezien het om ervaringen, meningen, gevoelens en achterliggende behoeften van zorgmedewerkers ging.

In dit hoofdstuk staat beschreven welke respondenten hebben geparticipeerd, welke procedure is gevolgd, welke meetinstrumenten zijn gebruikt en hoe de verkregen data is geanalyseerd.

3.1 Onderzoekspopulatie

De populatie in dit onderzoek waren medewerkers van de locaties die voor de fusie onder Schakelring vielen. Deze locaties betroffen: Eekhof, Elzenhoven, Eikendonk, Koetshuis, Sint-Antonius, Sint-Janshof, Spoorwiel, Zandley en Zonnehof (Schakelring, z.d.). Er waren geen locaties of afdelingen uitgesloten van het veldonderzoek (met uitzondering van het Koetshuis), om een zo representatief mogelijk beeld van de organisatie te krijgen. Het Koetshuis was bewust niet meegenomen in de dataverzameling omdat de onderzoeker daar zelf werkzaam is en de objectiviteit gewaarborgd moest blijven.

Omdat dit onderzoek representatief is voor heel Mijzo waren er zorgverleners van zowel Somatische als Psychogeriatrische afdelingen gesproken. Zowel 'verzorgenden' als 'verpleegkundigen' konden deelnemen aan het onderzoek. Uitgaande van de peiling, uitgevoerd in december 2018, zijn er naar schatting 560 medewerkers in de categorie 'verplegend' personeel en 95 medewerkers in de categorie 'verpleegkundig' personeel (Schakelring, 2018). Ook studerende flex-medewerkers konden deelnemen aan het onderzoek. Bovengenoemde keuzes waren gemaakt om de diversiteit van de onderzoekspopulatie zo hoog mogelijk te laten zijn. De mate van diversiteit was terug te zien in functies, leeftijd, ervaringen, afdelingen, locaties, et cetera. Deze aspecten zorgden voor verschil in kenmerken tussen de respondenten, wat de populatievaliditeit vergrootte (Van Ravenstein, 2018).

Uit deze onderzoekspopulatie was een (gedeeltelijk zelfselecterende en selecte) steekproef getrokken van N=10. In de procedure staat nader beschreven hoe deze steekproeftrekking was gedaan. In tabel 1 staat een overzicht met de inclusie- en exclusiecriteria voor participatie in het onderzoek. In tabel 2 staan de kenmerken van de deelnemende respondenten.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Respondent is werkzaam als (student/flex-) verzorgende of verpleegkundige binnen 'Schakelring ¹ '.	Respondent is niet werkzaam als (student/flex-) verzorgende of verpleegkundige (maar bijvoorbeeld als welzijnsmedewerker of schoonmaakster).
	Respondent is werkzaam bij locatie Koetshuis.

¹ = Alle locaties die voor de fusie naar Mijzo onder Schakelring vielen.

Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria respondenten

	Datum gesprek	Geslacht	Afdeling	Leeftijd	Gespreksduur
R1	05/01/2021	Vrouw	PG	56	55 minuten
R2	11/01/2021	Vrouw	PG	51	58 minuten
R3	19/01/2021	Vrouw	PG	41	54 minuten
R4	20/01/2021	Vrouw	PG	27	47 minuten
R5	21/01/2021	Vrouw	PG	49	43 minuten
R6	27/01/2021	Vrouw	Somatiek	19	49 minuten
R7	28/01/2021	Vrouw	Somatiek	31	54 minuten
R8	11/02/2021	Vrouw	PG	54	48 minuten
R9	17/02/2021	Vrouw	Somatiek	61	43 minuten
R10	22/02/2021	Vrouw	Somatiek	55	44 minuten

Tabel 2: Overzicht informatie respondenten

3.2 Procedure

In deze paragraaf staat de procedure van dit onderzoek beschreven. Allereerst had de onderzoeker een oproep geschreven aan het zorgpersoneel van Mijzo (bijlage 7.1). De onderzoeker had contact opgenomen met de begeleidster van Mijzo, Tineke Roelofs, met de vraag of zij de oproep op Intranet wilde plaatsen. Er werd gekozen om de oproep op Intranet te zetten, omdat alle zorgverleners hier toegang tot hebben. Hierdoor had iedere zorgverlener een even grote kans om deel te nemen aan het onderzoek. In deze oproep stond beschreven wat het doel van het onderzoek was en welke rol de zorgverleners hierin speelden. Helaas leverde deze oproep niet het gewenste aantal respondenten op, waarna de onderzoeker een nieuwe oproep had gemaakt om op Intranet te plaatsen (bijlage 7.2). Door COVID-19 lag er een grote druk op de zorg, waardoor het zeer moeilijk was om respondenten te verzamelen voor het onderzoek. Nadat beide oproepen niet voldoende respondenten opleverden, had Tineke Roelofs, GZ-psycholoog binnen Mijzo, verzorgenden (van verschillende locaties) aangesproken met de vraag om te participeren in het onderzoek. Dit waren zorgverleners die recent of in het verleden

te maken hebben gehad met ongewenst gedrag. In totaal had Tineke Roelofs zes respondenten gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. De respondenten die wilden participeren in het onderzoek werden via de mail uitgenodigd voor een interview (bijlage 7.3). De onderzoeker vroeg de respondenten om de informatiebrief te lezen (bijlage 7.4) en, indien er geen vragen waren, het toestemmingsformulier te ondertekenen (bijlage 7.5).

De interviews waren afgenomen in de periode van 5 januari tot en met 22 februari 2021. Vrijwel alle interviews waren op dezelfde manier gegaan. Allereerst werden de deelnemers bedankt voor de tijd en de deelname aan het onderzoek. Vervolgens stelde de onderzoeker zichzelf voor en gaf extra informatie over het onderzoek. Daarna werden de aspecten uit het toestemmingsformulier kort herhaald en werd nogmaals toestemming gevraagd voor de opname van het gesprek. Vervolgens werden er een aantal gegevens over de respondent betreffende de werkzaamheden bij Mijzo en de leeftijd gevraagd. Hierna stelde de onderzoeker gedurende het gehele gesprek inhoudelijke vragen op basis van de topiclijst. Het vertellen over ongewenste situaties kon negatieve gevoelens bij de respondent oproepen. Daarom hield de onderzoeker goed in de gaten hoe de respondent reageerde op vragen en nodig werd gevraagd hoe de respondent zich voelde. Bovendien vroeg de onderzoeker standaard aan het eind van elk interview hoe de respondent het gesprek had ervaren. Alle respondenten gaven aan het gesprek goed ervaren te hebben. De tijdsduur van de interviews varieerde van 43 tot 58 minuten.

Gedurende het onderzoek was er ethisch gehandeld door de onderzoeker. Er werd op zorgvuldige manier omgegaan met de persoonsgegevens en andere documenten betreffende het onderzoek. In de ethische verantwoording wordt hier nadere toelichting op gegeven (bijlage 7.6). Hierin staat ook beschreven hoe de onderzoeker de risico's op schade voor deelnemers zo laag mogelijk heeft proberen te houden.

3.3 Meetinstrument

De data in dit onderzoek werd op kwalitatieve wijze verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Bij de semigestructureerde interviews werd een lijst met thema's en vragen opgesteld die per interview konden variëren, afhankelijk van de informatie die gegeven werd. Doordat de interviews semigestructureerd waren, had de onderzoeker de mogelijkheid om door te vragen op relevante onderwerpen (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2011). De topiclijst was opgesteld op basis van het theoretisch kader. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de topiclijst gebaseerd was op de eerste versie van het theoretisch kader. Naarmate het onderzoek vorderde werd het theoretisch kader door nieuwe inzichten aangepast, vandaar dat deze topics niet geheel overeenkomen. In de verantwoording van de topiclijst staat dit nader toegelicht (bijlage 7.7). Doordat deze topiclijst bij ieder interview was aangehouden, is de validiteit gewaarborgd. De eerste topiclijst is te vinden in bijlage 7.8. Na vier interviews zijn de vragen bij de topic 'betrokkenheid & relatie' aangepast, omdat uit de voorgaande interviews bleek dat deze vragen niet goed aansloten. Vanaf het vijfde interview was dus gebruik gemaakt van de vernieuwde topiclijst (bijlage 7.9). In elk interview werd allereerst gevraagd naar een situatie waarin de verzorgende te maken had gehad met ongewenst gedrag. Vervolgens vroeg de onderzoeker door aan de hand van de topiclijst. Hieronder staan de topics beschreven die aan bod waren gekomen:

- Handelen & weerbaarheid
- Betrokkenheid & relatie
- Veerkracht

3.4 Analyse

Gedurende het analyseproces werden verschillende fases doorlopen. De data werd geanalyseerd aan de hand van een analyseplan, te vinden in bijlage 7.10. Allereerst werden alle interviews direct na het afnemen door de onderzoeker getranscribeerd. Dit houdt in dat alle interviews zijn teruggeluisterd waarbij elk woord werd uitgewerkt. Gedeeltes van deze transcripten zijn terug te vinden in bijlage 7.11. Na het transcriberen begon de onderzoeker met 'open coderen'. Hierbij werden er 'labels' aan fragmenten uit de verkregen informatie gehangen. In de volgende fase genaamd 'axiaal coderen', had de onderzoeker de losse codes uitgeprint en gegroepeerd in diverse thema's (bijlage 7.13). Op basis van deze open en axiale codes werd er een codeboom gemaakt (bijlage 7.14). Tijdens het analyseren werd er met name gelet op uitspraken die gedaan werden omtrent attitude, eigen effectiviteit, sociale steun, vaardigheden en belemmeringen. In het analyseplan wordt hier nader op ingegaan.

Nadat er axiaal gecodeerd was, werden de thema's in twee mindmaps gezet en zocht de onderzoeker verbanden tussen de verschillende thema's. Vervolgens werd er een mindmap gemaakt voor de zorgverleners die zich weerbaar achtten tegen ongewenst gedrag en voor zorgverleners die het moeilijk vonden om met ongewenst gedrag om te gaan. Hiervoor werd gekozen om een duidelijker overzicht te creëren en om opvallende resultaten en verbanden sneller te zien. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, had de onderzoeker enkele medestudenten mee laten kijken in het analyseproces. Aan de hand van de mindmaps werden de resultaten in het volgende hoofdstuk beschreven.

4. Resultaten

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal: *“Welke individuele en sociale factoren beïnvloeden de weerbaarheid tegen ongewenst gedrag van familieleden, volgens zorgverleners bij Mijzo?”* Met als bijbehorende deelvraag: *“Welke individuele en sociale factoren vergroten de weerbaarheid van zorgverleners?”*

Om bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden is er data verzameld en vervolgens geanalyseerd. Er zijn zowel zorgverleners geïnterviewd die zichzelf weerbaar achten tegen ongewenst gedrag als verzorgenden die moeite hebben met het aanspreken van familieleden. Hierdoor is er een breed inzicht verkregen in de factoren die weerbaarheid vergroten. In dit hoofdstuk worden de resultaten toegelicht.

4.1 Attitude en normen

Uit de interviews blijkt dat de attitude een belangrijke rol speelt bij het wel of niet aanspreken van familieleden op ongewenst gedrag. Attitude kan worden gedefinieerd als de houding die iemand heeft ten opzichte van personen, situaties, objecten en gebeurtenissen en worden gevormd door overtuigingen en ervaringen. Zorgverleners kunnen een attitude hebben over zowel ongewenst gedrag van familie als over het aanspreken van familieleden op dat gedrag. Er is een duidelijk verschil te zien tussen zorgverleners met een ‘positieve’ attitude ten aanzien van het aanspreken van familieleden en verzorgenden met een ‘negatieve’ attitude ten aanzien hiervan. Zo gaven een aantal verzorgenden aan attitudes te hebben als: ‘ongewenst gedrag is onacceptabel’, ‘wederzijds respect is heel belangrijk’ en ‘de regels moeten door iedereen worden nageleefd’. Wanneer zorgverleners met deze attitude te maken krijgen met ongewenst gedrag van familieleden, spreken zij familieleden daar dan ook op aan, maken zij duidelijk waar de grens ligt en attenderen hen op gemaakte afspraken.

“Ik spreek hem er altijd op aan. Omdat ik gewoon vind, afspraak is afspraak en weet je, als er familie binnenkomt van andere bewoners, dan geldt daar dezelfde afspraak voor dus ik kan niet de ene familie wel aanspreken en de andere niet. Want dat slaat natuurlijk helemaal nergens op.” (Respondent 3).

Aan de andere kant is te zien bij zorgverleners die een negatieve attitude hebben over het attenderen van familieleden op ongewenst gedrag, dat dit een barrière vormt en hen weerhoudt om familieleden aan te spreken. Voorbeelden van genoemde negatieve attitudes zijn onder andere: ‘bang om familieleden te irriteren’ en ‘aanspreken heeft toch geen zin’. De negatieve attitudes lijken bij verzorgenden met name te zijn ontstaan door negatieve ervaringen met familieleden. Veel verzorgenden gaven aan te maken te hebben gehad met familieleden die verbaal erg sterk zijn en ‘mazen in de wet’ proberen te zoeken. Wanneer zorgverleners vervolgens familieleden aanspreken komen zij met sterke argumenten waardoor de verzorgenden sprakeloos zijn. Hierdoor is de zorgverlener in het vervolg minder snel geneigd om familieleden aan te spreken. Opvallend is dat bij veel verzorgenden de grens van acceptatie van ongewenst gedrag zeer hoog ligt. Veel zorgverleners lijken de overtuiging te hebben dat ongewenst gedrag in de zorg ‘normaal’ is, zo blijkt uit het verhaal van een verzorgende die ongewenst gedrag van de dochter van een cliënt meemaakte: *“Kijk wat ik met*

haar heb meegemaakt is niet prettig en soms aanvallend, maar het voelt niet als... ja, die ene mail was wel redelijk dreigend, maar dat voelde nog niet dreigend genoeg dat ik daar, zeg maar iets mee moest.” (Respondent 5).

Ook een andere zorgverlener deed er een andere opvallende uitspraak over: *“Want ja, weet je, het hoort ook wel een beetje bij het werk.” (Respondent 2).*

Er lijkt dus een norm binnen Mijzo te heersen dat ongewenst gedrag van familieleden erbij hoort in de zorgsector. Meerdere respondenten gaven ook aan dat het voor hen onduidelijk is waar de grens vanuit de organisatie ligt en wanneer zij volgens het beleid familieleden mogen aanspreken. Deze onduidelijkheid kan maken dat verzorgenden sneller geneigd zijn om de sociale normen die (zij denken dat) er heersen te volgen. Dit kan ervoor zorgen dat ongewenst gedrag te lang wordt geaccepteerd.

Opvallend is dat vrijwel alle respondenten aangaven de attitude te hebben dat zij altijd vriendelijk, netjes en beleefd moeten blijven tegen familieleden. Het behouden van een goede relatie en het tevredenstellen van familieleden lijkt een prioriteit te zijn bij veel verzorgenden. Dit resulteert in het verleggen van grenzen, gedrag van familie door de vingers zien en het niet aanspreken van familieleden op het overtreden van (COVID-19) regels.

4.2 Eigen effectiviteit, vaardigheden en barrières

Naast de attitude speelt de eigen effectiviteit van de zorgverlener een grote rol bij het aanspreken van familie op ongewenst gedrag. Eigen effectiviteit is de mate van het vertrouwen van een individu in eigen bekwaamheid om bepaald gedrag uit te voeren, in dit onderzoek het aanspreken van familieleden op ongewenst gedrag. De meerderheid van de respondenten gaf aan vertrouwen te hebben in eigen kunnen om familieleden aan te spreken. Deze verzorgenden zijn sneller geneigd om familieleden aan te spreken dan verzorgenden die onzeker zijn over zichzelf. Zorgverleners die zelfverzekerd zijn weten vaak duidelijker waar de eigen grenzen liggen en zijn vastberaden deze niet te laten verleggen. Veel zorgverleners die zelfverzekerd zijn gaven aan duidelijk te weten hoe zij familieleden moeten aanspreken, wat maakt dat zij dit ook sneller zullen doen. Zij laten zich niet intimideren door mondige familieleden en blijven bij hun standpunt.

“Ja, ik sta er gewoon en ik weet ook waar ik over praat, dus ik straal waarschijnlijk ook dat zelfvertrouwen uit zeg maar, met zoiets van, je komt niet om mij heen, dat straal ik uit.” (Respondent 9).

Te zien is bij de zorgverleners die onzeker zijn over de eigen effectiviteit, dat zij familieleden vaker hun zin geven en niet duidelijk weten hoe ze familieleden kunnen aanspreken. Ook weten deze verzorgenden vaak minder goed waar hun eigen grenzen liggen, waardoor deze sneller worden overtreden. In de interviews worden verschillende stimulerende factoren genoemd voor de eigen effectiviteit. Vrijwel alle respondenten gaven aan dat ervaring een zeer grote rol speelt bij de eigen effectiviteit. Het ervaren en leren van situaties met familieleden maakt dat verzorgenden weten welke aanpak bij het aanspreken van familieleden effectief is en welke niet. Daarnaast leren zij door zowel de

eigen ervaring als die van anderen hoe het beste kan worden gereageerd op familieleden die bijvoorbeeld boos worden of fysieke agressie vertonen. Ook geven veel zorgverleners die vertrouwen hebben in zichzelf aan dat opleidingen en geleerde vaardigheden hier een belangrijke rol in spelen. Verschillende verzorgenden hebben bijvoorbeeld agressietrainingen gevolgd. Ook beheersen zorgverleners vaak sterke gesprekstechnieken die zij geleerd hebben in, bijvoorbeeld, de EVV-opleiding. Hierin hebben zij handvaten gekregen en weten zij op welke manier familie kan worden aangesproken, wat een positieve invloed heeft op de eigen effectiviteit. De zorgverleners die onzeker zijn over het eigen handelen geven aan meer trainingen te willen in onder andere gesprekstechnieken, assertiviteit en omgaan met agressie. Ook persoonlijkheid blijkt een belangrijke rol te spelen bij de eigen effectiviteit. Veel van de zorgverleners die zelfvertrouwen hebben geven aan van nature zeker te zijn over zichzelf en minder gevoelig te zijn voor dominante familieleden. Verschillende verzorgenden geven aan dat hun 'natuurlijke' mate van assertiviteit hoger is dan bij zorgverleners die onzekerder zijn. Doordat zij vaak wat minder bang zijn om de relatie met familie te beschadigen zijn zij niet bang om de confrontatie aan te gaan.

Verschillende respondenten geven aan dat het niet beheersen van gesprekstechnieken en het niet weten hoe familieleden kunnen worden aangesproken voor onzekerheid zorgt. Zorgverleners die wat meer onzeker zijn over zichzelf geven aan zich persoonlijk veel aan te trekken van mondige familieleden en dat deze emoties hen belemmeren in het aanspreken van familieleden: *"Ik voelde me zó klein, ik voelde me zó vernederd, ja, gewoon zó de grond ingetrapt. Want ik voelde me, ja, misschien heb ik nog wel staan janken van kwaadheid, maar ik was echt zo uit het veld geslagen, dat ze zo konden doen. Ik kon niks meer zeggen."* (Respondent 1). Opvallend is dat zij familieleden vaak tevreden willen houden, wat maakt dat zij de regels voor hen sneller versoepelen. Dit heeft als gevolg dat familieleden 'gebruik' gaan maken van deze verzorgenden: *"Ze probeerde ook echt diegene eruit te zoeken waar ze overheen kon walsen, die ze wel zover kon krijgen om te doen wat zij wilde. En als ze het van de ene niet kreeg, ging ze wel naar de andere waar ze het wel voor elkaar kreeg"*. (Respondent 4). Gevolg hiervan is dat familie 'voorkeur' gaat krijgen voor verzorgenden die doen wat zij van hen vragen en een afkeer gaan krijgen tegen verzorgenden die zich aan de regels houden. Dit brengt ook andere gevolgen met zich mee. Doordat er geen eenduidig protocol is, niet alle verzorgenden familie aanspreken op het overtreden van regels en het team hierin niet op één lijn zit, worden zorgverleners die familie consequent aanspreken 'buiten spel' gezet:

"Maar als je al twijfelt of jouw collega dat ook zo gaat doen met de afspraken, dan weet je dat jij alweer uitgespeeld gaat worden van 'ja maar van die en die mocht het gister niet en van Pietje mocht het wel.'" (Respondent 7).

Een groot deel van de zorgverleners die familie wel aanspreken geven aan in deze situatie sneller geneigd te zijn om toe te geven en stoppen met het aanspreken van familie op regels. Hierdoor wordt ongewenst gedrag in stand gehouden en wordt het steeds moeilijker voor zorgverleners om familieleden aan te spreken. Het niet op één lijn zitten met alle collega's zorgt dus voor een barrière in het attenderen

van familieleden op ongewenst gedrag. Enkele respondenten waarbij het team wel op één lijn zat in het aanspreken van familie, gaven aan dat bij hen het overtreden van regels afnam omdat familie in deze situatie geen kans krijgt om verzorgenden tegen elkaar uit te spelen.

4.3 Sociale steun

Vrijwel alle respondenten geven aan naar de teamleider te stappen wanneer zij te maken krijgen met ongewenst gedrag van familie. In enkele gevallen wordt ook de psycholoog of arts ingeschakeld. De steun van de teamleider, psycholoog of arts wordt als zeer prettig ervaren bij het omgaan met ongewenst gedrag. Verzorgenden geven aan dat de teamleider en psycholoog vaak neutraler in de situatie staan en dat het voor hen, in tegenstelling tot verzorgenden, minder van belang is om de directe relatie goed te houden. Er werd aangegeven dat zij hierdoor vaak wat strenger naar familie kunnen zijn en hen wel durven te confronteren met ongewenst gedrag. Daarnaast zijn zij sneller geneigd om met familie in gesprek te gaan om naar de oorzaak van het ongewenste gedrag te vragen, in tegenstelling tot de verzorgenden. De meerderheid van de zorgverleners geeft dan ook aan dat de oorzaak van ongewenst gedrag in veel gevallen onduidelijk is. Een ander veelgenoemd aspect is dat familie meer aanneemt van de psycholoog en teamleider door de 'hogere rang', waardoor verzorgenden hen betrekken bij het oplossen van situaties met familie. Daarnaast geven verschillende zorgverleners aan dat het overleggen met de teamleider en psycholoog prettig is om te kijken hoe de situatie het beste aangepakt kan worden en hoe verzorgenden het beste kunnen handelen. Vrijwel alle respondenten gaven aan steun te krijgen van de teamleider wanneer zij hierom vroegen. Enkele respondenten gaven aan deze steun in het verleden niet te hebben gekregen, wat ervoor zorgde dat het ongewenste gedrag van familie continueerde en een steeds negatievere impact had op de verzorgende:

“En toen werd ik door niemand van het team ondersteund, toen moest ik het alleen maar uitzoeken, ook door de teamleider niet. Nou dan weet je ook weer waar je staat binnen je team.” (Respondent 10).

Niet alleen de steun van de teamleider is belangrijk, ook collega's onderling vinden het fijn als ze op elkaar kunnen rekenen. Een enkele verzorgende benoemde dat zij (in het verleden) te maken heeft gehad met een collega die haar zeer onzeker maakte over haar bekwaamheid en handelen, wat maakte dat zij niets durfde te zeggen. Alle respondenten geven aan dat het niet ontvangen van steun van collega's een belemmering vormt om ongewenst gedrag van familie aan te pakken. Het kunnen overleggen met collega's over de aanpak van een bepaalde situatie wordt als zeer prettig ervaren. Ook werd aangegeven dat het leerzaam is om gebeurtenissen te reflecteren met collega's en wanneer iemand kritische vragen stelt over het handelen van de verzorgenden. Bovendien zorgt sociale steun ervoor dat de eigen effectiviteit van verzorgenden wordt vergroot. Wetende dat collega's achter de aanpak van de situatie staan en vertrouwen hebben in hen werkt bevorderend voor het vertrouwen in eigen kunnen. *“Ja, het is gewoon zó prettig om te weten dat ik er niet alleen voor sta.” (Respondent 5).* Daarnaast wordt sociale steun na het ervaren van een ongewenste situatie met familie als zeer belangrijk geacht door de zorgverleners. Een groot deel van de zorgverleners benoemd dat het luchten van hun hart bij collega's en de situatie nabespreken van groot belang is bij het verminderen van

negatieve emoties. Alle respondenten gaven aan verder geen ondersteuning te missen vanuit Mijzo. Met deze ondersteuning wordt het kunnen praten over moeilijke situaties bedoeld.

Opmerkelijk is dat slechts een enkele verzorgende aangaf ondersteuning te hebben gevraagd van het Bedrijf Opvang Team, de gespreksadviseur, klachtenfunctionaris of de vertrouwenspersoon. Een andere opvallende bevinding is dat MIM-meldingen (Melding Incidenten Medewerkers) zelden worden gemaakt. Slechts één verzorgende gaf aan in het verleden eenmalig een MIM-melding te hebben gemaakt. Zorgverleners ervaren dus veel ongewenst gedrag, maar er wordt weinig hulp gevraagd aan Mijzo. Mogelijk heeft dit te maken met de attitude en de normen die er heersen binnen het verpleeghuis dat ongewenst gedrag in de zorg normaal is. Hierdoor zullen zij het mogelijk minder snel melden wanneer zij met ongewenst gedrag te maken krijgen.

4.4 Succesvolle acties

Een aantal respondenten gaven aan dat zij, of collega's binnen hun team, een aantal acties hebben toegepast die bevorderend werken bij het omgaan met ongewenst gedrag. De eerste actie die door de respondenten werd benoemd was het inplannen van gesprekken met familie om de situatie te bespreken. Respondenten gaven aan dat hierbij één verzorgende namens het team in gesprek gaat en alvorens inventariseert waar het team tegen aanloopt, zodat dit tijdens het overleg besproken kan worden. Enkele verzorgenden gaven aan direct bij de opname in gesprek te gaan met familie en de verwachtingen over de zorg en familiebetrokkenheid duidelijk te communiceren. Een deel van de verzorgenden gaven aan dat doordat er transparantie en openheid was, er minder sprake was van ongewenst gedrag van familie.

Een andere bevinding die zeer effectief blijkt te zijn is het aanstellen van één aanspreekpunt voor familie, vaak de persoonlijk begeleider (PB-er). De verzorgenden waarbij deze actie van toepassing was gaven aan dat dit erg prettig is bij familieleden die bij elk bezoek kritiek uiten of andere vormen van ongewenst gedrag vertoonden. Zij gaven aan dat ze familieleden direct doorverwezen naar de PB-er en zo zelf 'beschermd' werden tegen deze familieleden. Een ander bijkomend voordeel is dat er minder snel sprake is van miscommunicatie. Wanneer steeds één iemand afspraken maakt met familie en deze vervolgens duidelijk communiceert naar het team ontstaat er geen verwarring, waardoor familie verzorgenden minder snel tegen elkaar kan uitspelen.

Enkele respondenten gaven aan dat familie soms niet weet hoe het ziektebeeld van de cliënt eruitziet. Sommige familieleden zijn overbezorgd, gaan niet goed met de cliënt om of willen keuzes in het zorgplan die de cliënt niet ten goede komt. Enkele respondenten gaven aan familie informatie te geven over het ziektebeeld van de cliënt. Hierdoor snappen familieleden beter hoe hun geliefde verandert en waarom het zorgpersoneel bepaalde keuzes maakt. Enkele respondenten gaven aan dat het uitleggen van de beweegredenen, bijvoorbeeld bepaalde keuzes in de zorg, helpen bij het krijgen van begrip en medewerking van familie. Ook het centraal zetten van de cliënt en het benadrukken van de positieve gevolgen voor de cliënt kan helpen om ongewenst gedrag te verminderen.

5. Discussie

In dit onderzoek is gestreefd antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag: *"Welke individuele en sociale factoren beïnvloeden de weerbaarheid tegen ongewenst gedrag van familieleden, volgens zorgverleners bij Mijzo?"*. Met als bijbehorende deelvraag: *"Welke individuele en sociale factoren vergroten de weerbaarheid van zorgverleners?"*

De betekenis van de resultaten die in de resultatenparagraaf beschreven staan en het theoretisch kader zijn geïnterpreteerd en gekoppeld aan deze vragen. In dit hoofdstuk wordt de conclusie en de discussie van dit onderzoek beschreven. In de discussie worden de getrokken conclusies geëvalueerd en wordt er kritisch gekeken naar het handelen van de onderzoeker. Tot slot volgen de aanbevelingen voor de opdrachtgever.

5.1 Conclusie

Er is onderzoek gedaan naar de individuele en sociale factoren die van invloed zijn op de weerbaarheid van zorgverleners bij Mijzo. Er kan geconcludeerd worden dat de factoren 'attitude', 'eigen effectiviteit' 'sociale steun' en 'vaardigheden' van groot belang zijn bij de weerbaarheid van zorgverleners tegen ongewenst gedrag.

Er is een duidelijk verschil te zien tussen zorgverleners met een positieve en negatieve attitude (houding) ten opzichte van het aanspreken van familieleden op ongewenst gedrag. Zorgverleners met een positieve attitude ('de regels moeten door iedereen worden nageleefd') spreken familieleden sneller aan dan zorgverleners met een negatieve attitude ('familie blijft de regels toch overtreden'). Volgens Schuur (2014) is een veelvoorkomende attitude dat zorgverleners bang zijn voor klachten, wat bij de zorgverleners van Mijzo ook lijkt te spelen. Het hebben van een positieve attitude vergroot de weerbaarheid van zorgverleners. Sociale normen lijken een zeer grote invloed te hebben op de zorgverlener. Zowel uit het veldonderzoek als uit het onderzoek van Baltesen (2020) blijkt dat veel zorgverleners het idee hebben dat ongewenst gedrag in de zorg 'normaal' is, waardoor met name verbaal ongewenst gedrag veel te lang geaccepteerd wordt. Naast de attitude is het vertrouwen in eigen kunnen, ook wel eigen effectiviteit genoemd, een grote invloed op het wel of niet aanspreken van familieleden. Zorgverleners met vertrouwen in eigen kunnen hebben een grotere neiging om familieleden aan te spreken dan zorgverleners die onzekerder zijn. Persoonlijkheid, vaardigheden, ervaring en sociale steun hebben een zeer grote invloed op de eigen effectiviteit. Deze resultaten komen overeen met die uit het onderzoek van van Judge et al. (2007) en Xanthopoulou et al. (2008). Uit het theoretisch kader kan geconcludeerd worden dat trainingen een positief effect hebben op de eigen effectiviteit (Cotton et al., 2010; Luthans et al., 2010; Demerouti et al., 2011). Dit gegeven blijkt ook uit het veldonderzoek. Door (agressie)trainingen waarin vaardigheden als gesprekstechnieken en assertiviteit worden aangeleerd, weten zorgverleners beter hoe zij kunnen handelen, wat het vertrouwen in het eigen kunnen vergroot. Myers et al. (2020) bevestigen deze bevindingen. Een aanvulling die zij hierop geven zijn vaardigheden als 'actief luisteren' en 'empathie tonen', deze blijken zeer effectief te zijn bij het omgaan met ongewenst gedrag. Het overleggen met collega's onderling over de aanpak van ongewenst gedrag van familie werkt ook bevorderend voor de eigen effectiviteit. Daarnaast is de steun

van de teamleiders van groot belang, wat overeenkomt met de bewering van Remmerswaal (2013). Het gevoel hebben dat verzorgenden er niet alleen voor staan en kunnen terugvallen op collega's is van groot belang bij het omgaan met ongewenst gedrag. De weerbaarheid van zorgverleners wordt dus vergroot door de sociale steun. Uit het veldonderzoek blijkt dat vrijwel alle zorgverleners bij Mijzo deze sociale steun ervaren.

5.2 Discussie

In dit onderzoek is door middel van semigestructureerde interviews inzicht verkregen in de individuele en sociale factoren die van invloed zijn op de weerbaarheid van zorgverleners bij Mijzo. Eerst zal worden ingegaan op de overeenkomsten en tegenstellingen met betrekking tot de literatuur in het theoretisch kader. Vervolgens zal ook worden gekeken naar nieuwe relevante literatuur.

Kijkend naar de onderzoeken in het theoretisch kader in vergelijking met het veldonderzoek zijn er veel overeenkomsten te vinden. Belangrijk hierbij is wel om te benoemen dat er nog weinig onderzoeken zijn gedaan omtrent dit onderwerp, waardoor hier nog niet veel over bekend is en de literatuur dus mogelijk een eenzijdig beeld geeft. Dit beschreven Myers et al. (2020) ook in hun onderzoek naar ongewenst gedrag waarin werd aangegeven: "Gedragingen van familieleden in verpleeghuizen en de reacties van medewerkers daarop zijn nog niet systematisch onderzocht. Deze studie is een eerste poging om de ervaringen met dit gedrag in kaart te brengen". Hierdoor hebben Myers et al. de resultaten niet kritisch kunnen vergelijken met andere onderzoeken, wat maakt dat resultaten niet vanuit andere invalshoeken en visies belicht zijn. Myers et al. geven aan dat verschillende aspecten in de onderzoeksmethoden het generaliseren van de bevindingen naar andere zorginstellingen kan beperken. De belangrijkste beperking was de niet-gerandomiseerde selectie van zorginstellingen en respondenten. Ook hielden de onderzoekers geen rekening met het type faciliteit en werden belangrijke kenmerken van respondenten niet gespecificeerd, zoals leeftijd, geslacht of etniciteit. Echter wordt beschreven dat, ondanks deze beperkingen, dit onderzoek een stevige basis vormt voor meerdere studies omtrent dit onderwerp. De resultaten uit dit veldonderzoek bevestigen het onderzoek van Myers et al. waarin wordt gesteld dat vaardigheden als 'gesprekstechnieken', 'assertiviteit' en 'empathie tonen' een belangrijke rol spelen bij het aanspreken van familieleden op ongewenst gedrag.

Uit het veldonderzoek blijkt dat veel zorgverleners niet weten wat de oorzaak van ongewenst gedrag van familie is en dat hier niet naar wordt gevraagd. Scholten (2013) benoemt dat ongewenst gedrag kan voortkomen uit schuldgevoelens en het niet weten om te gaan met de verslechterde situatie van de cliënt. Er wordt aangegeven dat het van groot belang is om met familieleden in gesprek te gaan en te onderzoeken wat de oorzaak is van ongewenst gedrag, zodat er kan worden gekeken hoe hierop kan worden ingespeeld om uiteindelijk ongewenst gedrag te verminderen. Andere onderzoekers, waaronder Reid & Chappell (2017), Van Ingen-Schenau (2009) en Hoek et al. (2020) bevestigen dit. Volgens deze onderzoekers is het dus van groot belang dat zorgverleners het gesprek met familie aangaan om te kijken naar de onderliggende factoren die maken dat ongewenst gedrag wordt vertoond. Echter moet hierbij rekening gehouden worden met het feit dat het gesprek aangaan met familieleden over de

oorzaken van ongewenst gedrag belemmeringen met zich mee kan brengen. Zo kan het voor zorgverleners moeilijk zijn om dit gesprek met familie aan te gaan. Het ingaan op de onderliggende oorzaak van ongewenst gedrag kan bepaalde vaardigheden vereisen, waaronder probleem verhelderende en zingevende gesprekstechnieken. Het is niet vanzelfsprekend dat verzorgenden deze vaardigheden beheersen (Vosselman & Van Hout, 2013; Donders, 2014). Ook moet er rekening gehouden worden met de haalbaarheid en relevantie voor de opdrachtgever om zorgverleners deze gesprekstechnieken aan te leren. Om deze gesprekstechnieken aan te leren zal Mijzo moeten investeren in trainingen of cursussen. Bovendien zullen deze vaardigheden na een bepaalde tijd bijgeschoold moeten worden. Daarnaast bleek uit het veldonderzoek dat de psycholoog, arts of teamleider vaker dit gesprek aangaat, omdat zij een achtergrond in gespreksvaardigheden hebben. Daarnaast hebben zij een 'hogere' functie, waardoor familieleden vaak meer van hen aannemen. Ook werd aangegeven dat teamleiders, psychologen of de arts dit gesprek gemakkelijker aan kunnen gaan omdat zij niet direct betrokken zijn en neutraler in de situatie staan. Het is dus voor Mijzo relevanter om deze gesprekken over te laten aan de arts, psycholoog of teamleider.

Het ligt niet binnen de reikwijdte van dit onderzoek om harde uitspraken te doen over de sociale norm die er heerst binnen Mijzo, hiervoor is helaas onvoldoende data verzameld in het veldonderzoek en zijn er te weinig zorgverleners gesproken. Toch zijn er aanwijzingen naar voren gekomen dat er binnen Mijzo de sociale norm heerst dat ongewenst gedrag 'erbij hoort' en 'normaal' is in de zorgsector, dit blijkt uit zowel de literatuur als diverse uitspraken van respondenten. Er zijn in de literatuur geen oorzaken gevonden over waarom ongewenst gedrag in de zorg 'normaal' lijkt te zijn. Volgens het CBS (2019) komt ongewenst gedrag in de zorg twee tot drie keer zo veel voor (52%) als in andere sectoren, waaronder de commerciële (27%) en economische sector (17%). Het lijkt dus van groot maatschappelijk belang dat er wordt achterhaald wat maakt dat ongewenst gedrag binnen deze sector zo hoog is en hoe het komt dat het verschil met andere sectoren zo groot is. Hier wordt nader op ingegaan in paragraaf 5.4.

Omdat ongewenst gedrag een probleem is dat zich in het laatste decennia sterk heeft ontwikkeld (Maurits, De Veer, & Francke, 2016) en er weinig onderzoek naar is gedaan betekent dit dat Mijzo, en tevens ook andere zorginstellingen, voor een nieuwe uitdaging staan. De bevindingen van dit onderzoek geven in zekere mate een beginnend inzicht in oplossingen hoe de weerbaarheid van zorgverleners kan worden vergroot. Voor meer kennis over het vergroten van weerbaarheid zal dit onderzoek op grotere schaal en binnen diverse zorgorganisaties uitgevoerd moeten worden.

5.3 Methodologische sterktes en kanttekeningen

In alle fases van dit onderzoek, denk hierbij aan het literatuuronderzoek, het veldonderzoek en het analyseren van de resultaten, heeft de onderzoeker contact gehad met andere studenten die onderzoek uitvoerden. Er zijn verschillende aspecten van het onderzoek besproken en bediscussieerd, wat heeft geleid tot nieuwe inzichten, zoals verbeteringen in het theoretisch kader en de vraagstelling in het onderzoek. In het veldonderzoek zijn er zorgverleners gesproken van verschillende afdelingen, locaties

en functies. Ook zijn er zowel zorgverleners die langere tijd werkzaam zijn in de zorg gesproken als zorgverleners die de opleiding recent hebben afgerond. Door verschillende zorgverleners te includeren in het veldonderzoek, is de populatievaliditeit vergroot. In het interview met de respondenten is een vertrouwde en open omgeving gecreëerd waardoor de zorgverleners zich prettig voelden om hun ervaringen te delen. Dit heeft de onderzoeker gedaan door te benadrukken dat alles gezegd mag worden en dat er geen onderwerpen besproken hoeven worden waar de respondent zich onprettig bij voelt. Daarnaast is de anonimiteit goed benadrukt. Na elk interview werd het verhaal van de respondent samengevat om te controleren of de onderzoeker de informatie correct heeft begrepen en om te voorkomen dat relevante informatie vergeten werd. Om de objectiviteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, is er tijdens de data-analyse samengewerkt met medestudenten. De onderzoeker heeft de codes door hen laten controleren, heeft deze onderling besproken en zijn bediscussieerd.

Naast de methodologische sterktes zijn er ook kanttekeningen bij het onderzoek te plaatsen. Het theoretisch kader was tijdens dit onderzoek een grote uitdaging waardoor deze in eerste instantie niet alle relevante aspecten bevatte. De topiclijst die gehanteerd is tijdens de interviews is echter wel op deze eerste versie van het theoretisch kader gebaseerd, waardoor deze andere topics bevat dan er nu in zouden staan. Enkele aspecten zijn concreet aan bod gekomen, zoals de 'sociale steun', 'vaardigheden' en 'barrières'. Ook zijn de aspecten 'attitudes' en de 'eigen effectiviteit' wel behandeld, maar mogelijk zouden deze nog dieper uitgevraagd zijn indien de onderzoeker een topiclijst zou hanteren die gebaseerd is op het huidige theoretisch kader.

Volgens Swaen & Benders (2016) is het van belang om tijdens de dataverzameling te zorgen voor gelijke omstandigheden om zo de betrouwbaarheid in acht te nemen. Er is tijdens de dataverzameling gestreefd om de interviews onder dezelfde omstandigheden uit te voeren. Helaas is dit door COVID-19 niet in alle gevallen gelukt. Alle interviews zijn digitaal afgenomen waarbij de onderzoeker zich steeds in dezelfde (geluidsdichte) ruimte heeft bevonden. Echter had de onderzoeker weinig invloed op de ruimte waarin de respondent zat gedurende het interview. De meeste verzorgenden bevonden zich tijdens het interview thuis. Enkel zaten in een werkruimte op een locatie van Mijzo waarbij in enkele gevallen collega's de ruimte binnentraden. Ondanks dat de onderzoeker niet het idee had dat de respondent zich hierdoor anders ging gedragen, kan dit de respondent wel beïnvloeden en zorgen voor terughoudendheid in bepaalde uitspraken. Daarnaast zijn enkele interviews gevoerd zonder dat de onderzoeker en respondent elkaar (gedurende het gehele interview) konden zien. Dit ten gevolge van het niet aanwezig zijn van een webcam of een slechte internetverbinding. Mogelijk heeft dit het gesprek beïnvloed omdat het persoonlijke aspect wegvalt. In een vervolgonderzoek via een online medium zou het wenselijk zijn om alle respondenten onder dezelfde omstandigheden te spreken en door middel van dezelfde media.

5.4 Aanbevelingen

5.4.1 Vervolgonderzoek

Zoals in bovenstaande paragraaf is beschreven is het onduidelijk wat maakt dat ongewenst gedrag in de zorgsector zo veel voorkomt, zeker in vergelijking met andere sectoren. Er is nog geen onderzoek gedaan naar waarom ongewenst gedrag in de zorg 'normaal' lijkt te zijn. Er wordt daarom aanbevolen hier onderzoek naar te laten doen. Door te achterhalen waarom ongewenst gedrag 'erbij' lijkt te horen, kan hier een concrete en doelgerichte interventie op worden ingezet om deze attitude en 'norm' te veranderen. Een andere mogelijkheid is om dit probleem op grotere schaal te laten onderzoeken, bijvoorbeeld door universiteiten of onderzoeksinstituten. Omdat dit volgens het CBS (2019) een landelijk probleem is in de gehele zorgsector, dus niet alleen in verpleeghuizen, maar ook in ziekenhuizen, de gehandicaptenzorg en andere zorginstellingen, zouden al deze instanties baat hebben bij een onderzoek naar dit probleem. Het lijkt dus een maatschappelijke noodzaak om hier diepgaande informatie over te verkrijgen om op deze manier geschikte interventies te kunnen ontwikkelen die bijdragen aan vermindering van ongewenst gedrag in de gehele zorgsector.

Naast een vervolgonderzoek dat ook van maatschappelijk belang is, wordt er een aanbeveling gedaan voor vervolgonderzoek specifiek binnen Mijzo. Een opvallende bevinding in het veldonderzoek is dat meerdere verzorgenden aangeven trainingen te willen volgen in gesprekstechnieken, communicatievaardigheden en assertiviteit. Echter, wanneer er wordt gekeken naar de trainingen die Mijzo (zowel fysiek als online) aanbiedt, blijkt dat hier al diverse mogelijkheden voor zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld agressie- en communicatietrainingen waar zorgverleners aan deel kunnen nemen. In de (drie daagse) agressietraining worden zowel gesprekstechnieken als assertieve vaardigheden aangeleerd. Via het digitale leerportaal zijn ook diverse cursussen te volgen omtrent 'gesprekstechnieken' en 'communiceren in de zorg'. Opvallend is dus dat zorgverleners aangeven meer mogelijkheden te willen om zich hierin te ontwikkelen. Voor een vervolgonderzoek is het dan ook interessant om onderzoek te doen naar wat maakt dat zorgverleners, ondanks de aangeboden mogelijkheden, steeds blijven aangeven meer te willen. Sluit de inhoud van de huidige training niet aan? Is het onduidelijk voor zorgverleners dat deze trainingen en cursussen er zijn? Of spelen er andere factoren een rol? Omdat dit een vraagstuk is waarbij de input van veel zorgverleners van Mijzo-breed van belang is, zou dit onderzocht kunnen worden door middel van een kwantitatief onderzoek, dus met behulp van vragenlijsten. Naar aanleiding van het onderzoek zou kunnen worden gekeken waar de behoeftes van de zorgverleners liggen en op welk aspect Mijzo een interventie kan inzetten.

5.4.2 Praktijk

Uit het onderzoek blijkt dat alle onderzochte factoren van invloed zijn op de weerbaarheid van zorgverleners. Dit zijn de sociale invloed, eigen effectiviteit, vaardigheden en attitude. Uit het veldonderzoek blijkt dat de sociale steun van teamleiders en/of collega's in voldoende mate wordt ervaren door de zorgverleners. Daarnaast gaven alle zorgverleners aan geen ondersteuning vanuit Mijzo te missen op dit vlak. Op dit aspect hoeft dus geen interventie te worden ontwikkeld. De ervaren steun heeft een positieve invloed op de eigen effectiviteit, net als de trainingen die worden aangeboden.

Verschillende zorgverleners gaven aan gesprekstechnieken en assertieve vaardigheden te willen ontwikkelen. Dit zou dus een mogelijke interventie kunnen zijn. Echter biedt Mijzo via het medewerkersportaal al verschillende trainingen aan op het gebied van ‘communiceren in de zorg’ en ‘gesprekstechnieken’. Daarnaast is er ook een mogelijkheid om deel te nemen aan agressietrainingen. Aangezien er dus al diverse trainingen worden aangeboden wordt aanbevolen om hier geen nieuwe interventie voor te ontwikkelen. Bovendien zijn er andere aspecten waar wel een interventie voor ontwikkeld moet worden, namelijk de attitude van zorgverleners en de sociale norm die er heerst. Zowel uit de theorie als uit het veldonderzoek blijkt dat er een norm heerst dat ongewenst gedrag een ‘normaal’ verschijnsel is binnen de zorg. Veel zorgverleners hebben dan ook de attitude dat ongewenst gedrag ‘erbij hoort’, waardoor ongewenst gedrag te lang wordt geaccepteerd. Om de weerbaarheid van zorgverleners bij Mijzo te vergroten, is het van belang om deze sociale norm en attitude te veranderen. Indien de verzorgenden namelijk blijven denken dat ongewenst gedrag erbij hoort, zullen zij de noodzaak niet inzien om hier wat aan te doen. Volgens Vonk (2017), Hamstra (2009) en Vermeulen (2009) kunnen attitudes worden veranderd door middel van een overredende boodschap. Een voorbeeld van een overredende boodschap is een voorlichtingsfolder, –poster of –video. Sociale normen kunnen worden beïnvloed door de werkelijk heersende normen expliciet te communiceren en duidelijk te maken aan de medewerkers (Jaliens & Van der Lek, 2009). De (nieuwe) normen kunnen bijvoorbeeld worden gecommuniceerd op communicatieplatformen of in de organisatie zelf door middel van posters en video’s (Rijksuniversiteit Groningen, 2016; Universiteit Utrecht, 2020). Volgens Kaplan & Heanlein (2010) is de sociale media een effectief platform voor communicatie van sociale normen. Samenvattend zijn er dus twee aspecten waar een interventie voor ontwikkeld kan worden. Aangezien deze twee aspecten in verband staan met elkaar, gaat de onderzoeker uitzoeken hoe de interventie zo ontwikkeld kan worden dat zowel de sociale norm als de attitude van zorgverleners veranderd wordt.

6. Literatuurlijst

- Abraham, M., Flight, S., & Roorda, W. (2011, 15 september). *Agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak*. Geraadpleegd op 8 oktober 2020, van <https://kennisopenbaarbestuur.nl/media/228049/Agressie-en-geweld-tegen-werknemers-met-een-publieke-taak.pdf>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010, 30 augustus). *Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van <https://score.hva.nl/Bronnen/Vereniging%20Hogescholen%20-%20Gedragscode%20praktijkgericht%20onderzoek.pdf>
- Arendsen, M. (2016). Assertief reageren. *Bijzijn XL*, 9(5), 23-29. Geraadpleegd op 21 februari 2021, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12632-016-0044-3.pdf>
- Baltesen, F. (2020, 2 juli). *Agressie patiënten in de zorg is "normaal geworden"*. Geraadpleegd op 24 februari 2021, van <https://www.zorgvisie.nl/agressie-patienten-in-de-zorg-is-normaal-geworden/>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. In J. G. Adair, D. Belanger, & K. L. Dion (Eds.). *Advances in psychological science: Vol. 1. Personal, social and cultural aspects* (pp. 51-71). Hove, UK: Psychology Press.
- Bodien, G. (2013, 27 februari). *Persoonlijkheid is veranderbaar en hangt samen met welbevinden*. Geraadpleegd op 15 maart 2021, van <https://progressiegerichtwerken.com/persoonlijkheid-is-veranderbaar-en-hangt-samen-met-welbevinden/>
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Boone, T., Reilly, A. J., Sashkin, M. (1977) Social Learning Theory. *Group & Organization Studies*, 2(3), 384-385. doi:10.1177/105960117700200317
- Brenninkmeijer, V., van Houwelingen, A., Blonk, R., & Van Yperen, N. W. (2006). Geloof in eigen kunnen: Het effect van JOBS, een groepsinterventie voor werklozen. *Gedrag & Organisatie*, 19, 97-112.
- Buijssen, H. (2009). *Mijn Moeder Lag Om 11 Uur Nog in Bed*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- CBS. (2019, 28 januari). *Meeste ongewenst gedrag in zorg- en welzijnsberoepen*. Geraadpleegd op 11 september 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/05/meeste-ongewenst-gedrag-in-zorg-en-welzijnsberoepen>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory*

- and assessment, Vol. 2. *Personality measurement and testing* (p. 179–198). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781849200479.n9>
- Cotton, D., Reynolds, J., & Apps, J. (2010). *Parenting services: filling in the gaps, training for parenting support*. England.
- Demerouti, E., Van Eeuwijk, E., Snelder, M., & Wild, U. (2011). Assessing the effects of a “personal effectiveness” training on psychological capital, assertiveness and self-awareness using self-other agreement. *Career Development International*, 16, 60-81. doi: 10.1108/13620431111107810
- De Jong, Y., Schutte, W., & Van Tienhoven, P. (2019 juli). *Wensen, verwachtingen en grenzen in de driehoek*. Geraadpleegd van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/familieparticipatie/handreiking-samenwerking-informele-zorg.pdf>
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282. <https://doi.org/10.1093/her/3.3.273>
- De Vries, S., van Niekerk, M., van Dalen, E. J., & Nuyens, M. (2002). *Gewenst beleid tegen ongewenst gedrag: Voorbeelden van goed beleid tegen ongewenste omgangsvormen op het werk*. Geraadpleegd op 8 oktober 2020, van https://kennisopenbaarbestuur.nl/media/233673/Gewenst-beleid-tegen-ongewenst-gedrag_Voorbeelden-van-goed-beleid-tegen-ongewenste-omgangsvormen-op-het-werk.pdf
- Donders, W. (2013). *Praktische gespreksvoering* (2de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Haesevoets, T., Dehue, F., & Pouwelse, M. (2012). Pesten op het werk: de relatie met lichamelijke gezondheidsklachten en de invloed van sociale steun. *Gedrag en Organisatie*, 25(4), 367.
- Hamburger, O. (2017, 24 augustus). *Persoonlijkheid is (nog) veranderbaarder dan we dachten*. Geraadpleegd op 15 maart 2021, van <https://gelukkigwerken.nl/persoonlijkheid-is-veranderbaar/>
- Hamstra, D. (2009). *De invloed van sekse en manier van lesgeven van de docent op de attitudeverandering in relationeel geweld na het preventieprogramma “Stay in Love”*. (Master's thesis). Kinder- en Jeugdpsychologie, Utrecht University, Utrecht.
- Hoek, J. M., Van Haastregt, J. C. M., De Vries, E., Backhaus, R., Hamers, J. P. H., Verbeek, H. (2020). Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? *Dementia Vol, 0*, 1-18. doi: 10.1177/1471301220962235
- Huey, C. W. T., & Palaganas, J. C. (2020) What are the factors affecting resilience in health professionals? A synthesis of systematic reviews. *Medical Teacher*, 42(5), 550-560. doi: 10.1080/0142159X.2020.1714020
- Jaliens, J., & Van der Lek, E. (2009). *Organisatiecultuur versus veranderingsbereidheid* (Master's thesis). Sociologie, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Judge, T.A., Jackson, L., Shaw J.C., Scott, B.A., Rich. B.L. (2007). Self-Efficacy and Work-related performance: The integral role of individual differences. *Journal of applied Psychology*, 92, 107-127. doi: 10.1037/0021-9010.92.1.107

- Kaplan, M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons*, 53(1), 59-68. doi: 10.1016/j.bushor.2009.09.003
- Kaptein, M. (2017, 6 mei). *Weerbaarheid*. Geraadpleegd op 11 februari 2021, van <https://www.depsycholoog.nl/weerbaarheidstraining/#1>
- Kemp, C., Ball, M., Perkins, M., Hollingsworth, C., & Lepore, M. (2009). "'I get along with most of them': direct care workers' relationships with residents' families in assisted living." *Gerontologist* 49(2): 224-235. doi: 10.1093/geront/gnp025
- Kruizinga, E. (2018, 9 mei). *De zorgdriehoek*. Geraadpleegd op 7 februari 2021, van <https://www.nursestation.nl/de-zorgdriehoek/>
- Majerovitz, S. D., Mollott, R. J., & Rudder, C. (2009) We're on the Same Side: Improving Communication Between Nursing Home and Family. *Health Communication*, 24:1, 12-20. doi:10.1080/10410230802606950
- Maurits, E. E. M., De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg*. Geraadpleegd op 24 maart 2021, van https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Inspelen_op_veranderingen_in_de_zorg.pdf
- Mijzo. (z.d.). *Veelgestelde vragen*. Geraadpleegd op 23 oktober 2020, van <https://www.mijzo.nl/veelgestelde-vragen>
- Myers, D. R., Rogers, R. K., LeCrone, H. H., Kelley, K., & Eaton, H. S. (2020). Nursing facility social work with family behavioral health challenges, *Journal of Family Social Work*, 1-21. doi: 10.1080/10522158.2020.1724579
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., & Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, 21, 41-67. doi: 10.1002/hrdq.20034
- Reid, R. C., & Chappell, N. L. (2017). "Family Involvement in Nursing Homes: Are Family Caregivers Getting What They Want?" *J Appl Gerontol* 36(8): 993-1015. <https://doi.org/10.1177/0733464815602109>
- Remmerswaal, J. L. M. (2013). *Handboek groepsdynamica*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Rijksuniversiteit Groningen. (2016, 14 december). *Wat buitenrokers ons leren over het kantelen van normen*. Geraadpleegd op 16 maart 2021, van <https://www.rug.nl/feb/news/2016/science-publication-co-authored-by-wander-jager>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek* (P. Smitt & I. Smeets, Vert.). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Schakelring. (2018). *Personeelssamenstelling Schakelring*. Geraadpleegd van <https://www.schakelring.nl/wp-content/uploads/2019/01/Personeelssamenstelling-actuele-cijfers-21-12-2018-002.pdf>
- Schakelring. (z.d.). *Woonzorgcentra*. Geraadpleegd op 14 september 2020, van <https://www.schakelring.nl/woonzorgcentra/>
- Scholten, C. (2013 april). *Familieparticipatie*. Geraadpleegd op 17 februari 2021, van https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/06_toolkit_fam_part_cultuur.pdf
- Schuur, G. (2014). *Omgaan met agressie* (8ste editie). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

- Snelder, M. M. (2008). *Het effect van de training Persoonlijke Effectiviteit op Assertiviteit, Psychologische capaciteiten en Bevlogenheid* (Master's thesis). Faculteit Sociale Wetenschappen, Utrecht University, Utrecht.
- Swaen, B., & Benders, L. (2016, 23 november). *Betrouwbaarheid in je scriptie*. Geraadpleegd op 23 maart 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/betrouwbaarheid-je-scriptie/>
- Touwen, D. P., Cools, H. J. M., & Engberts, D. P. (2010). Vertegenwoordiging en verantwoordelijkheid. Over medische verantwoordelijkheid en mondige familieleden. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41(1), 19-26. doi: 10.1007/BF03096176
- Universiteit Utrecht. (2020, 27 maart). *Hoe bereiken we de noodzakelijke gedragsverandering?* Geraadpleegd op 16 maart 2021, van <https://www.uu.nl/opinie/hoe-bereiken-we-de-noodzakelijke-gedragsverandering>
- Universiteit van Amsterdam. (z.d.). *Practicum Academische Vaardigheden*. Geraadpleegd op 27 maart 2021, van <http://practicumav.nl/presenteren/interview.html>
- Van Dam A., Van Tilburg C., Steenkist P., Buisman M. (2011). Assertiviteit. In: Niet meer door het lint. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8950-6_10
- Van Ingen-Schenau, J. (2009, 30 december). *Omgaan met 'lastige' familie in het verpleeghuis, Denkbeeld*. Geraadpleegd op 27 september 2020, van <https://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/omgaan-met-lastige-familie-in-het-verpleeghuis-Mok81Eh7yP>
- Van Ravenstein, R. (2018, 30 oktober). *De validiteit in je scriptie*. Geraadpleegd op 25 januari 2021, van <https://24editor.com/de-validiteit-in-je-scriptie/>
- Van der Veen, J., Hulstein, J., Wever, M., Roelofsen, E., & Bouwmeester, M. (2018). *'Kijk eens door de ogen van een ander'*. Geraadpleegd op 17 februari 2021, van <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2018/05/Samenwerken-in-de-driehoek-DEF.pdf>
- Verkoulén-Smeets, M. (2017). *De modererende invloed van leeftijd op de relatie tussen persoonlijkheid en werk gerelateerde zelfeffectiviteit en resulterend loopbaansucces* (Master's thesis). Faculteit Management, Science and Technology, Open Universiteit, Nederland.
- Vermeulen, E. (2009). *Het effect van "Stay in Love" op de attitude ten opzichte van relationeel geweld en de invloed van empathie op deze attitudeverandering bij adolescenten* (Master's thesis). Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Visser, C. (2017, 10 februari). *De veranderlijkheid en veranderbaarheid van persoonlijkheid*. Geraadpleegd op 15 maart 2021, van <https://progressiegerichtwerken.nl/de-veranderlijkheid-en-veranderbaarheid-van-persoonlijkheid/>
- Voion. (2012, 16 november). *Steun collega's goed tegen stress*. Geraadpleegd op 9 maart 2021, van <https://www.voion.nl/inspiratie/steun-collegas-goed-tegen-stress/>
- Vonk, R. (2017). *Sociale psychologie* (4de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Vosselman, M., & Van Hout, K. (2013). *Zingevende gespreksvoering* (1ste editie). Amsterdam, Nederland: Boom Nelissen.
- Wesselman, M. (2015, 21 december). *ASE-model: van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag*. Geraadpleegd op 4 maart 2021, van

<https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/ase-model-van-attitude-sociale-invloed-en-eigen-effectiviteit-naar-intentie-tot-gedrag/>

Wiekens, C. (2012). *Beïnvloeden en veranderen van gedrag* (1ste editie). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux B.V.

Wille B., Fruyt F. & Feys M. (2012). Big five traits and intrinsic success in the new career era: A 15 year longitudinal study on employability and work family conflict. *Applied Psychology: An International Review*, 62, 124–156. doi: 10.1111/j.1464-0597.2012.00516.x

Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E. & Schaufeli, W.B. (2007). The role of personal resources in the Job Demands-Resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>

Zimbardo, P., Johnson, R., & McCann, V. (2017). *Psychologie, een inleiding* (1ste editie). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux B.V.

7. Bijlagen

7.1 Eerste oproep respondenten

Oproep respondenten onderzoek Mijzo/Schakelring

Kom jij (weleens) in aanraking met ongewenst gedrag van familie en weet je niet goed hoe je hiermee moet omgaan? Lees dan zeker even verder!

Krijg je als verzorgende te maken met opdringerige familie? Of met intimiderend en verbaal agressief gedrag van familie? Vind je het moeilijk om hiermee om te gaan en je eigen grenzen aan te geven? Doe dan mee als respondent voor mijn onderzoek!

Vanuit de opleiding Toegepaste Psychologie ben ik voor mijn afstudeerscriptie een onderzoek aan het doen naar het omgaan met ongewenst gedrag van familieleden van bewoners. Door middel van interviews ga ik kijken met wat voor soort gedrag je te maken krijgt en wat je lastig vindt in deze situatie. Hier ga ik vervolgens een interventie voor ontwikkelen!

Lijkt het je wat om mee te doen? Lees dan even verder voor meer informatie.

Voor deze interviews ben ik op zoek naar vijf verzorgenden van PG en vijf verzorgenden van Somatiek die te maken krijgen met ongewenst gedrag en het erg lastig vinden om hiermee om te gaan. Het onderzoek is Schakelring-breed, wat betekent dat het niet uit maakt op welke locatie je werkt. Omdat ik zelf werkzaam ben bij het Koetshuis en daar familieleden ken, is ervoor gekozen om geen medewerkers van het Koetshuis te interviewen voor dit onderzoek.

Wij maken samen een afspraak voor het interview en kijken welke dag en tijd jou het beste schikt. Door de steeds strengere maatregelen omtrent COVID-19 bestaat de kans dat de interviews via een digitale manier worden afgenomen, het liefst via bijvoorbeeld Microsoft Teams. Het interview zal maximaal een uur duren. Dit interview is voldoende voor mij voor het onderzoek, hierna hoeft je dus zelf niets meer te doen. De informatie die je met mij deelt zal ik **anoniem** en **vertrouwelijk** gebruiken voor het onderzoek. Het is dus niet naar jou terug te herleiden.

Herken je je in bovenstaande en zou je hierover in gesprek willen gaan voor mijn onderzoek? Stuur dan een mail naar aniek.vandersanden@student.fontys.nl.

Graag ook even vermelden of je verzorgende van PG of van Somatiek bent. Mocht je nog vragen hebben dan mag je deze ook naar bovenstaand mailadres sturen.

Met vriendelijke groet,

Aniek van der Sanden

7.2 Tweede oproep respondenten

GEZOCHT!

Verzorgende PG of Somatiek werkzaam bij Mijzo

Onderzoek naar ongewenst gedrag
van familie van cliënten



Wil jij je ontwikkelen in het omgaan met ongewenst gedrag van familie?
Lees dan even verder!

Over het onderzoek:

Mijn naam is Aniek van der Sanden en ik ben 20 jaar oud. Vanuit de opleiding Toegepaste Psychologie voer ik een onderzoek uit naar ongewenst gedrag van familieleden van cliënten (denk hierbij aan bijv. opdringerige, veeleisende of verbaal agressieve familie). Ik onderzoek welke belemmeringen/moeilijkheden zorgverleners ervaren bij het omgaan met dit gedrag. Met deze informatie wordt uiteindelijk een training ontwikkeld.

Naar wie ben ik op zoek?

Ben je verzorgende binnen Schakelring en wil je je ontwikkelen in het omgaan met ongewenst gedrag? Dan ga ik graag met je in gesprek!

Wat houdt meedoen aan het onderzoek in?

- Eenmalig (online) interview van maximaal 60 minuten;
 - We plannen een datum en tijd die jou schikt;
 - Volledig anoniem en vertrouwelijk.

Vragen over het onderzoek en/of aanmelden?

Stuur dan een mail naar: aniek.vandersanden@student.fontys.nl



7.3 Mailcontact respondentent

Voorbeeld 1:



Sanden, Aniek A.W.J. van der

Di 29-12-2020 12:13







Aan: [Redacted]



Handtekening zetten via Wor...

428 kB



Informatiebrief .docx

160 kB



Toestemmingsformulier .docx

141 kB

3 bijlagen (730 kB) Alles downloaden Alles opslaan in OneDrive - Office 365 Fontys

Hoi [Redacted]

In de bijlage vind je de informatiebrief en het toestemmingsformulier. Ik wil je vragen om de informatiebrief rustig door te lezen, bij vragen mag je me altijd mailen of bellen. Wanneer je de brief hebt doorgelezen en geen vragen hebt mag je een handtekening zetten onder het toestemmingsformulier. Ik heb ook een bestand toegevoegd die laat zien hoe je digitaal een handtekening kunt zetten.

Ik zie je graag op dinsdag 5 januari om 12:00uur! Mocht je voor die tijd nog vragen hebben, mail me gerust.

Met vriendelijke groet,
Aniek van der Sanden

Voorbeeld 2:

Aniek van der Sanden

Antw.: interview

Aan: [Redacted]

18 januari 2021 12:44



Hoi [Redacted]

Bedankt voor je reactie! Voor mijn onderzoek ga ik interviews houden met verzorgende, dus ik zou graag met je in gesprek gaan hierover. Zullen we direct een datum inplannen? Ik stel een aantal data voor:

Woensdag 20 januari (tussen 9:00 en 13:00)
Donderdag 21 januari (hele dag)
Vrijdag 22 januari (hele dag)
Maandag 25 januari (hele dag)
Dinsdag 26 januari (hele dag)

Graag hoor ik van je welke dag en tijd jou het beste uitkomt. Mocht geen van de bovenstaande data lukken, stel gerust zelf een datum voor!

Met vriendelijke groet,
Aniek van der Sanden

Voorbeeld 3:

Aniek van der Sanden

7 februari 2021 10:46



Antw.: Lastige families

Aan: [REDACTED]

Hoi [REDACTED]

Geen probleem. Bedankt voor je reactie en wat fijn dat je mee wil doen!
Zullen we direct een datum plannen? Ik zal een aantal data voorstellen:

Maandag 8 februari tussen 9:00 en 14:00
Dinsdag 9 februari tussen 9:00 en 13:30 of na 15:00
Woensdag 10 februari tussen 10:00 en 13:00
Donderdag 11 februari hele dag
Vrijdag 12 februari hele dag

Graag hoor ik van je of een van deze data je schikt. Zo niet, stel gerust zelf een datum voor!

Met vriendelijke groet,
Aniek van der Sanden

[Bekijk meer van \[REDACTED\]](#)

Antw.: Lastige families

8 februari 2021 20:25



Aan: Aniek van der Sanden

Hoi Aniek,

Prima Ik weet niet hoe je het wil doen, via teams of zo.
Ik ben vrijdag tot 1500 aan het werk . Ik heb om drie uur gesprek met mijn werkbegeleider.
Als je het via teams wil doen zou ik donderdag ochtend wel kunnen. Laat me maar even weten wat of hoe je het wil.

Met vriendelijke groet

[REDACTED]

7.4 Informatiebrief

Informatiebrief voor deelnemers aan het onderzoek ‘ongewenst gedrag van familieleden van cliënten’

Geachte lezer,

Je krijgt deze brief omdat je hebt aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek naar ‘Ongewenst gedrag van familieleden van cliënten’. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Aniek van der Sanden, student aan Fontys Hogeschool Toegepaste Psychologie in Eindhoven. In deze informatiebrief wordt het doel van het onderzoek nader uitgelegd. Daarnaast wordt beschreven hoe het onderzoek plaatsvindt en wat er met de informatie en gegevens van jou als respondent gebeurt. Je wordt gevraagd deze brief rustig door te lezen.

Wat is het doel van het onderzoek?

Bij de zorg voor cliënten binnen Mijzo is familie altijd betrokken. Zeker wanneer de cliënt niet zelfredzaam is of een complexe zorgbehoefte heeft, is de communicatie en samenwerking met familie zeer van belang. In de samenwerking tussen familie en zorgpersoneel kan er ook sprake zijn van conflicten en mogelijk ongewenst gedrag. Het omgaan met dit gedrag kan soms erg moeilijk zijn en de zorgmedewerker kan hier, ook nadien, vervelende gevolgen door ervaren. In dit onderzoek wil ik te weten komen hoe zorgmedewerkers omgaan met dit ongewenste gedrag en hoe dit wordt ervaren.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

De onderzoeker zal de zorgmedewerkers die willen participeren als respondent via de mail een uitnodiging sturen voor een interview. Bij voorkeur wordt het interview face-to-face afgenomen. Mocht dit niet lukken ten gevolge van de maatregelen die zijn getroffen omtrent COVID-19, dan wordt het interview via MS Teams afgenomen. Het interview zal tussen de 45 en 60 minuten duren. Het gesprek zal worden opgenomen. Bij een face-to-face interview zal alleen een audio-opname worden gemaakt. Indien het interview via MS Teams plaatsvindt wordt ook het beeld opgenomen, mits je hiermee akkoord bent. De informatie die je geeft zal **anoniem** worden gebruikt voor het onderzoek.

Wat gebeurt er met de informatie uit de interviews?

De informatie die uit de interviews wordt gehaald zal door de onderzoeker gebruikt worden om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. Op basis hiervan zal er een interventie ontwikkeld worden. Deze interventie, bijvoorbeeld in de vorm van een training of voorlichting, zal binnen Mijzo worden gegeven. De interventie zal waarschijnlijk in mei 2021 plaatsvinden.

Deelname is vrijwillig

De deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Wanneer je akkoord bent gegaan om mee te doen, maar later toch besluit om liever niet deel te nemen, dan mag je dit ten alle tijden aangeven. Je hoeft hiervoor geen reden te geven. De informatie die tijdens het interview wordt verkregen zal 5 jaar

(beveiligd) bewaard worden. Als je aan dit onderzoek meedoet dan geef je daar toestemming voor. Als je dit niet wilt, dan kan je niet meedoen aan het onderzoek.

Mogelijke gevolgen interviews

Omdat er in de interviews mogelijk gevoelige onderwerpen worden besproken, kan het zijn dat dit tijdens en na het interview bepaalde gevoelens of emoties oproept. Mocht het zo zijn dat je hier langere tijd last van hebt, dan mag je dit aangeven bij de onderzoeker. Ook kun je contact opnemen met GZ-psycholoog Tineke Roelofs of met het Bedrijfs Opvang Team. Zij zullen hierover met jou in gesprek gaan en kijken wat je nodig hebt.

Wil je verder nog iets weten?

Mocht je na het lezen van deze informatiebrief nog vragen hebben dan kan je altijd terecht bij de onderzoeker. Je kunt de onderzoeker zowel via de mail als via de telefoon bereiken. Onderstaand zie je de contactgegevens:

Aniek van der Sanden

E-mail: aniek.vandersanden@student.fontys.nl

Telefoonnummer: [geanonimiseerd]

Opmerkingen of klachten?

Wanneer je opmerkingen of klachten hebt over dit onderzoek kan je contact opnemen met Tineke Roelofs. Onderstaand zie je haar contactgegevens:

Tineke Roelofs

E-mail: [geanonimiseerd]

Telefoonnummer: [geanonimiseerd]

7.5 Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier onderzoek 'Ongewenst gedrag van familie van cliënten'

Met dit formulier vraagt de onderzoeker toestemming om je gegevens voor het onderzoek 'Ongewenst gedrag van familie van cliënten' te verzamelen, op te slaan en (anoniem) te gebruiken. Lees onderstaande tekst zorgvuldig door en zet daarna, indien je akkoord bent, een handtekening:

Ik heb de informatiebrief gelezen, vragen die bij mij speelden heb ik kunnen stellen en zijn voldoende beantwoord;

Ik heb genoeg tijd gehad om te beslissen of ik wil participeren in dit onderzoek;

Ik weet dat mijn deelname vrijwillig is, wanneer ik besluit om niet meer deel te nemen, dan mag ik dit op ieder moment (zonder reden) aangeven;

Ik geef toestemming dat er audio- en, indien van toepassing, beeldopnames gemaakt worden;

Ik weet dat mijn gegevens worden geanonimiseerd;

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor dit onderzoek;

Ik geef toestemming om gegevens nog 5 jaar te bewaren.

Met mijn handtekening geef ik akkoord voor bovenstaande.

Naam:

Datum:

Handtekening:

Aan de onderzoeker:

Ik verklaar hierbij dat ik de respondent volledig heb geïnformeerd over de inhoud en de doeleinden van dit onderzoek;

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die van invloed zou kunnen zijn op de toestemming van de respondent, breng ik de respondent daar tijdig van op de hoogte.

Met mijn handtekening geef ik akkoord voor bovenstaande.

Naam:

Datum:

Handtekening:

7.6 Ethische verantwoording

Ethische verantwoording is van groot belang bij het uitvoeren van onderzoek. In alle fases van het onderzoek heeft de onderzoeker zich gehouden aan de Gedragscode praktijkgericht onderzoek van de hbo-raad (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, & Peij, 2010). Als onderzoeker vind ik het van groot belang om respectvol, professioneel en zorgvuldig te werk te gaan. Hier is te allen tijde aandacht aan besteed. Hieronder wordt nader toegelicht hoe de onderzoeker hier in verschillende fases van het onderzoek rekening mee heeft gehouden.

In alle fases van dit onderzoek is eerlijk en correct gerapporteerd over de data en de bronnen die voor het onderzoek zijn geraadpleegd. Tijdens het beschrijven van het theoretisch kader is er in diverse vertrouwelijke en internationale zoekmachines naar literatuur gezocht, waaronder Google Scholar, Researchgate.net en onlinelibrary.wiley.com. Op deze manier is geprobeerd om een zo veelzijdig mogelijk scala aan onderzoeken en visies te verkrijgen. Er zijn onderzoeken en literatuur met elkaar vergeleken en kritisch gekeken naar de relevantie en betrouwbaarheid van verschillende onderzoeken. Er is op een eerlijke manier beschreven wat de resultaten zijn geweest van zowel het literatuuronderzoek als de eigen dataverzameling. De resultaten zijn niet gunstiger of ongunstiger beschreven dan dat deze waren. Naar de opdrachtgever en begeleider van Mijzo is te allen tijde eerlijk gecommuniceerd over de voortgang van het onderzoek en over de resultaten die uit het onderzoek zijn gebleken.

Deze ‘transparantie’ is ook getoond naar de deelnemers van het onderzoek. Alle informatie die voor de respondenten van belang is geweest en die mogelijke deelname aan het onderzoek veranderd zou kunnen hebben, is eerlijk naar hen gecommuniceerd door middel van de informatiebrief en het toestemmingsformulier. Omdat dit een onderzoek is naar de ervaringen met ongewenst gedrag van familie bestond er de kans dat dit vervelende gevoelens naar boven zou kunnen brengen bij de deelnemers. Hier ben ik me als onderzoeker zeer bewust van geweest en ik heb geprobeerd om de risico's op schade bij de deelnemers zo klein mogelijk te houden. Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeker de mate waarin de respondent stress of andere negatieve gevoelens ervaart minimaliseert. Dit is gedaan door in de informatiebrief duidelijk te benoemen wat het onderzoek inhoudt en waar ik met de respondent over in gesprek ga. Hierdoor kon de respondent voor zichzelf nagaan of diegene zich er goed bij voelt om hierover te praten. Er is duidelijk aangegeven dat respondenten niet mee hoeven te doen als zij zich hier niet prettig bij voelen en dat zij te allen tijde mogen afzien van deelname. Daarnaast is in de informatiebrief geschreven wat de respondent kan doen indien diegene negatieve gevoelens ervaart naar aanleiding van het interview. Ook heb ik dit gedaan door gedurende het interview de respondent goed in de gaten te houden en bij twijfel over de gemoedstoestand hiernaar te vragen. Dit was bij een enkele respondent het geval, toen ik hiernaar vroeg gaf de respondent aan er geen moeite mee te hebben om erover te praten. Aan het eind van elk interview is er standaard gevraagd hoe de respondent het gesprek heeft ervaren en met welk gevoel de respondent het interview verlaat. In een enkel geval had een respondent (lichte) negatieve gevoelens naar aanleiding van het vertellen van de ervaringen. Hier ben ik toen over in gesprek gegaan met de respondent en heb ik met diegene overlegd

wat zij op dat moment nodig had. De respondent gaf toen aan geen ondersteuning nodig te hebben. Wel is er afgesproken dat de respondent zich bij de onderzoeker of de teamleider zou melden indien de negatieve gevoelens langere tijd aanhielden.

Doordat veel interviews digitaal en vanuit de thuissituatie zijn afgenomen is het hanteren van de privacy een extra uitdaging geweest. De onderzoeker heeft hier zo goed mogelijk rekening mee proberen te houden door in een afgesloten en geluidsdichte ruimte te zitten. Daarnaast zijn huisgenoten geïnformeerd over het interview en is nadrukkelijk benoemd dat de onderzoeker niet gestoord mocht worden tijdens het gesprek. Ook is het verantwoord en betrouwbaar omgaan met de gegevens van de respondenten in deze tijd een extra uitdaging geweest. Doordat de onderzoeker nog thuiswonend is, is het niet volledig gelukt om alle informatie tegen derden te beschermen, bijvoorbeeld de transcripten. Wel zijn alle persoonlijke gegevens van de respondenten ten alle tijden geanonimiseerd, waardoor alleen de onderzoeker (en begeleider) weet wie de respondenten zijn.

Tijdens het onderzoek is de objectiviteit in acht genomen, wat inhoudt dat ik me niet heb laten beïnvloeden door mijn eigen gevoel of vooroordelen. Voor mij is dit een extra punt van aandacht, waarvan ik me zeer bewust ben, omdat ik zelf werkzaam ben binnen één van de locaties bij Mijzo, namelijk bij het Koetshuis. Om de objectiviteit zo goed mogelijk te waarborgen is ervoor gekozen om de data niet te verzamelen bij deze locatie. Doordat ik werkzaam ben binnen Mijzo sta ik dichterbij dit onderzoek en heb ik zelf bepaalde ideeën bij ongewenst gedrag. Om de objectiviteit te blijven waarborgen ben ik me hier als onderzoeker zeer bewust van geweest en heb ik te allen tijde met een open en kritische blik naar het onderzoek gekeken.

7.7 Verantwoording topiclijst

De topiclijst werd opgesteld op basis van de onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvraag. De informatie uit het theoretisch kader was gebruikt bij de vormgeving van de topiclijst. Zoals in de methodologie te lezen is, kwamen onderstaande topics aan bod in de topiclijst. Hieronder wordt een nadere toelichting gegeven.

- Handelen & weerbaarheid
- Betrokkenheid & relatie
- Veerkracht

Eerder is in de methodologie al beschreven dat bovengenoemde topics niet overeenkomend met het huidige theoretisch kader. Dit komt omdat het theoretisch kader gedurende het onderzoek vrijwel volledig werd aangepast door nieuwe inzichten die verkregen zijn. In het oude theoretisch kader kwamen bovenstaande topics aan bod. Ondanks de verschillen in de topiclijst en het theoretisch kader, waren alle aspecten van het huidige theoretisch kader wel aan bod gekomen in de interviews. Hieronder worden de topics toegelicht en is ook beschreven in welke mate de topics overlap hebben met het huidige theoretisch kader.

Algemeen

De eerste topic betrof een aantal aspecten rondom de kennismaking, formaliteiten en persoonlijke informatie van de respondent. Dit werd gedaan met de reden dat de onderzoeker en de respondent kennis konden maken en er een veilige en open sfeer gecreëerd werd. Na de kennismaking werden de formaliteiten kort herhaald, om zeker te weten dat de respondent op de hoogte was van de procedure en 'voorwaarden' van het onderzoek. Verder had de onderzoeker naar persoonlijke informatie gevraagd omdat dit een rol kon spelen bij de ervaring en het handelen in een situatie met ongewenst gedrag. Hierbij kon gedacht worden aan bijvoorbeeld leeftijd en werkervaring.

Handelen & weerbaarheid

Om de weerbaarheid bij zorgverleners te vergroten is inzicht in hoe zorgverleners op dit moment handelen in een situatie waarin zij te maken krijgen met ongewenst gedrag zeer belangrijk. Er werd gevraagd naar het handelen van zorgverleners in situaties waarin zij geconfronteerd werden met ongewenst gedrag. Ook werd er gekeken naar wat verzorgenden aangeven goed te kunnen in het omgaan met ongewenst gedrag en welke vaardigheden zij beheersen. Daarnaast was er gekeken wat de respondent nog moeilijk vond in het omgaan met de situatie en welke vaardigheden er nog ontbraken. Indien de zorgverlener al bepaalde vaardigheden beheerste, werd er gevraagd hoe deze waren aangeleerd. Ook werd er in de interviews gevraagd naar hoe weerbaar de verzorgende zichzelf voelde en welke factoren hier een rol bij speelde, wat de 'eigen effectiviteit' indiceert. Kijkend naar het huidige theoretisch kader heeft deze topic ook overeenkomsten met 'vaardigheden' en 'barrières' (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988).

Betrokkenheid & relatie

In het oude theoretisch kader werd er geschreven over de betrokkenheid van familieleden en de factoren die van invloed zijn op het behoud van een goede relatie met familieleden. Dit werd toen meegenomen in de topiclijst om een beeld te verkrijgen van de mate van betrokkenheid van familieleden bij de zorg, om zo te kunnen kijken wat het verband was met de mate van ongewenst gedrag. Ook leek het interessant om te kijken naar de soort relatie (persoonlijk of professioneel) die verzorgenden met familieleden opbouwden, omdat dit mogelijk van invloed was op het vertonen van ongewenst gedrag (Reid & Chappell, 2017; Kemp, Ball, Perkins, Hollingsworth, & Lepore, 2009). Door voortschrijdend inzicht en het nieuwe theoretisch kader zou dit een topic zijn die in een volgend onderzoek naar dit onderwerp niet zou worden meegenomen, omdat dit onderzoek zich meer richt op de individuele factoren die weerbaarheid beïnvloeden.

Veerkracht

De laatste topic, gebaseerd op het oude theoretisch kader, was 'veerkracht'. Hierbij werd gekeken naar het mentale welzijn van de respondent na een ongewenste situatie met familieleden. Het doel van deze topic was om in beeld te krijgen wat de respondent doet om eventuele negatieve emoties te verwerken en wat de invloed van sociale steun van collega's hierbij was. Uit de literatuur bleek namelijk dat sociale steun van groot belang is na de ervaring met ongewenst gedrag (Huey & Palaganas, 2020). Omdat uit de literatuur bleek dat steun vanuit de organisatie ook een belangrijke rol speelt (Remmerswaal, 2013; Schuur, 2014) werd er gekeken naar de ondersteuning die Mijzo aan verzorgenden biedt en in welke mate hier gebruik van werd gemaakt. Ook werd er nagegaan of de respondenten bepaalde ondersteuning misten tijdens of na de situatie met ongewenst gedrag. Kijkend naar het huidige theoretisch kader komt deze topic overeen met 'sociale steun' (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988).

Afsluiting

Aan het einde van het interview werd de gegeven informatie samengevat, om zo te controleren of alles goed begrepen was en hier geen misvattingen in konden ontstaan (Universiteit van Amsterdam, z.d.). Tevens werd er aan de respondent gevraagd of er nog belangrijke informatie was die nog niet aan bod was gekomen, zodat de respondent indien nodig aanvullende informatie kon geven. Vervolgens werd er gevraagd hoe de respondent het interview had ervaren, omdat dit een onderwerp was wat mogelijk negatieve gevoelens naar boven bracht. Ook werd er gevraagd of de respondent nog vragen had en benoemde de onderzoeker dat deze altijd nog via de mail gesteld mochten worden, indien van toepassing. Tot slot bedankte de onderzoeker de respondent voor de openheid tijdens het interview.

Aangezien het theoretisch kader door nieuwe inzichten in een later stadium van het onderzoek is aangepast, zou de huidige topiclijst ten dele andere onderwerpen bevatten. De aspecten van het ASE-model ('vaardigheden', 'barrières', 'attitude', 'sociale invloed' en 'eigen effectiviteit') zouden de basis van de topics vormen waaruit de vragen werden opgesteld. Ondanks dat de topiclijst anders zou worden opgesteld, zijn in de huidige resultaten van het veldonderzoek alle determinanten van het ASE-model terug te vinden (De Vries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988).

7.8 Eerste topiclijst

Interviewprotocol onderzoek 'Omgaan met ongewenst gedrag van familieleden van cliënten'	
Algemeen	Onderwerpen
Opening (binnen komen)	Welkom heten. Fijn dat je er bent. Bedanken voor de tijd. Voorstellen: 'Ik ben Aniek van der Sanden, ik ben een vierdejaars student aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan Fontys in Eindhoven. In mijn vrije tijd werk ik als facilitair medewerker/ zorgondersteuning bij het Koetshuis en sinds september ben ik ook mijn afstudeeronderzoek bij Schakelring/Mijzo aan het doen. Ik doe onderzoek naar ongewenst gedrag van familieleden van cliënten en ik ga kijken hoe medewerkers hier meer weerbaarheid tegen kunnen tonen. Ook ga ik onderzoeken wat zorgmedewerkers nog moeilijk vinden in het omgaan hiermee. Na mijn onderzoek ga ik een interventie ontwikkelen en deze geven aan medewerkers van Mijzo.'
Formaliteiten	Deelname is vrijwillig; Stoppen wanneer de respondent dit wil, mag zonder reden; Respondent hoeft vragen niet te beantwoorden indien ze dat niet wil; Akkoord opname? Alleen onderzoekers zien de data; Gegevens worden geanonimiseerd; Duur van het interview is een uur; Bij onduidelijkheid mag je dit aangeven; Er zijn geen foute antwoorden mogelijk; Heeft de respondent nog vragen;
Aanvullende informatie respondent	'Hoe lang ben je al verzorgende bij Mijzo?' 'Heb je hiervoor bij een andere zorginstelling gewerkt?' 'Wat is precies je functie?' 'Mag ik vragen hoe oud je bent?'
Topics	Voorbeeldvragen
Voorbeeldsituatie	'Kun je een voorbeeld noemen van een situatie waarin er een conflict was met familie?'

	<u>Geheugensteuntjes:</u> - Situatie concreet maken: - Wie waren er betrokken - Waar vond het plaats - Welk tijdstip was het - Wat was de aanleiding
Handelen & weerbaarheid	‘Hoe handelde je in deze situatie?’ ‘Hoe weerbaar voel je je in het moment?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> - Acties/handelingen respondent concreet maken Wat ging goed in het omgaan met de situatie? Welke vaardigheden beheerst de respondent? Wat vond de respondent moeilijk in het omgaan met de situatie? Welke vaardigheid denkt de respondent te missen? <u>Indien de respondent zichzelf weerbaar acht:</u> - Hoe komt dit? - Welke vaardigheden bezit diegene? - Hoe geleerd? - Altijd al weerbaar geweest?
Betrokkenheid & relatie	‘Hoe betrokken ben je bij de cliënt en de familie?’ ‘Hoe zou je de relatie met de familie omschrijven?’ ‘Wat vind je belangrijk in de relatie met familie?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> - Is de relatie/betrokkenheid altijd zo geweest? - Wanneer was de eerste frictie?
Voorbeeldsituatie terugpakken	‘Hoe ging het na de conflictsituatie verder?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> - Wanneer stopte het gedrag - Hoe is dit zo gekomen - Wat hielp hierbij - Wat was jouw rol
Veerkracht	‘Hoe voel je je na de ongewenste situatie?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> - Hoe komt het dat de respondent zich zo voelt - Wat doet de respondent na de situatie - Hoelang heeft de respondent ‘last’ van de situatie - Sociale steun zoeken - Wat heb je nodig om je beter te voelen - Is er iets wat nu nog mist, wat wel prettig zou zijn bij het ‘verwerken’

	Wat kan Mijzo (extra) doen ter ondersteuning
Eind	Onderwerpen
Afronding	'Is er nog iets wat niet gezegd is maar wat voor dit onderzoek wel van belang is om te weten?' Hoofdzaken samenvatten om zo te controleren of de onderzoeker de informatie goed heeft begrepen.
Afsluiting	Respondent bedanken voor openheid en informatie. 'Hoe heb je het gesprek ervaren?' 'Heb je nog vragen/opmerkingen?' Bij vragen: contact opnemen met mij. Nogmaals bedanken en gesprek afsluiten.

7.9 Tweede topiclijst

Interviewprotocol onderzoek 'Omgaan met ongewenst gedrag van familieleden van cliënten'	
Algemeen	Onderwerpen
Opening (binnen komen)	Welkom heten. Fijn dat je er bent. Bedanken voor de tijd. Voorstellen: 'Ik ben Aniek van der Sanden, ik ben een vierdejaars student aan de opleiding Toegepaste Psychologie aan Fontys in Eindhoven. In mijn vrije tijd werk ik als facilitair medewerker/ zorgondersteuning bij het Koetshuis en sinds september ben ik ook mijn afstudeeronderzoek bij Schakelring/Mijzo aan het doen. Ik doe onderzoek naar ongewenst gedrag van familieleden van cliënten en ik ga kijken hoe medewerkers hier meer weerbaarheid tegen kunnen tonen. Ook ga ik onderzoeken wat zorgmedewerkers nog moeilijk vinden in het omgaan hiermee. Na mijn onderzoek ga ik een interventie ontwikkelen en deze geven aan medewerkers van Mijzo.'
Formaliteiten	Deelname is vrijwillig; Stoppen wanneer de respondent dit wil, mag zonder reden; Respondent hoeft vragen niet te beantwoorden indien ze dat niet wil; Akkoord opname? Alleen onderzoekers zien de data; Gegevens worden geanonimiseerd; Duur van het interview is een uur; Bij onduidelijkheid mag je dit aangeven; Er zijn geen foute antwoorden mogelijk; Heeft de respondent nog vragen;
Aanvullende informatie respondent	'Hoe lang ben je al verzorgende bij Mijzo?' 'Heb je hiervoor bij een andere zorginstelling gewerkt?' 'Wat is precies je functie?' 'Mag ik vragen hoe oud je bent?'
Topics	Voorbeeldvragen
Voorbeeldsituatie	'Kun je een voorbeeld noemen van een situatie waarin er een conflict was met familie?'

	<u>Geheugensteuntjes:</u> • Situatie concreet maken: - Wie waren er betrokken - Waar vond het plaats - Welk tijdstip was het • Wat was de aanleiding
Handelen & weerbaarheid	‘Hoe handelde je in deze situatie?’ ‘Hoe weerbaar voel je je in het moment?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> • Acties/handelingen respondent concreet maken • Wat ging goed in het omgaan met de situatie? • Welke vaardigheden beheerst de respondent? • Wat vond de respondent moeilijk in het omgaan met de situatie? • Welke vaardigheid denkt de respondent te missen? <u>Indien de respondent zichzelf weerbaar acht:</u> • Hoe komt dit? • Welke vaardigheden bezit diegene? • Hoe geleerd? • Altijd al weerbaar geweest?
Betrokkenheid & relatie	‘Hoe is de betrokkenheid van deze familie?’ ‘Hoe zou je de betrokkenheid van deze familie willen zien?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> • Is de relatie/betrokkenheid altijd zo geweest? • Wanneer was de eerste frictie?
Voorbeeldsituatie terugpakken	‘Hoe ging het na de conflictsituatie verder?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> • Wanneer stopte het gedrag • Hoe is dit zo gekomen • Wat hielp hierbij • Wat was jouw rol
Veerkracht	‘Hoe voel je je na de ongewenste situatie?’ <u>Geheugensteuntjes:</u> • Hoe komt het dat de respondent zich zo voelt • Wat doet de respondent na de situatie • Hoelang heeft de respondent ‘last’ van de situatie • Sociale steun zoeken • Wat heb je nodig om je beter te voelen • Is er iets wat nu nog mist, wat wel prettig zou zijn bij het ‘verwerken’ • Wat kan Mijzo (extra) doen ter ondersteuning

Eind	Onderwerpen
Afronding	'Is er nog iets wat niet gezegd is maar wat voor dit onderzoek wel van belang is om te weten?' Hoofdzaken samenvatten om zo te controleren of de onderzoeker de informatie goed heeft begrepen.
Afsluiting	Respondent bedanken voor openheid en informatie. 'Hoe heb je het gesprek ervaren?' 'Heb je nog vragen/opmerkingen?' Bij vragen: contact opnemen met mij. Nogmaals bedanken en gesprek afsluiten.

7.10 Analyseplan

In de 'methodologie' (hoofdstuk 3, paragraaf 3.4) staat een korte beschrijving van de data-analyse. In deze bijlage wordt deze beschrijving nader toegelicht.

Coderen

Zoals eerder is beschreven in de methodologie zijn alle interviews volledig getranscribeerd. Hierbij is alles wat er is verteld, woord voor woord uitgeschreven. Dit is gedaan om een duidelijk overzicht te krijgen van de verkregen informatie en om deze vervolgens te kunnen analyseren. Voorbeelden van transcripten zijn te lezen in de volgende bijlage (7.11). De data is geanalyseerd door middel van coderen. Coderen is ontwikkeld als techniek in de gefundeerde theoriebenadering. Deze theoriebenadering bestaat uit drie fasen, namelijk: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Hieronder zullen deze drie stappen worden toegelicht en wordt er beschreven hoe de onderzoeker te werk is gegaan (Boeije, 2016).

Stap 1: Open coderen

In de eerste fase van codering zijn de transcripten allereerst zorgvuldig doorgelezen. Vervolgens is de tekst in verschillende fragmenten opgedeeld, hierbij is secuur gekeken naar het begin en eind van elk fragment. Wanneer er in een uitspraak gesproken werd over bijvoorbeeld 'onzekerheid' en 'praten met collega's', dan werd dit opgedeeld in twee verschillende fragmenten. Vervolgens heeft de onderzoeker naar de inhoud van elk fragment gekeken en de hoofdboodschap eruit gehaald, welke is beschreven in een 'code', ook wel label genoemd. Codes bevatten een samenvattende notatie voor een fragment (Boeije, 2016). Tijdens het analyseren heeft de onderzoeker de focus gelegd op uitspraken die respondenten deden omtrent attitude, eigen effectiviteit, sociale steun, vaardigheden en barrières. Een aantal voorbeelden van woorden die opvielen zijn: 'moeilijk', 'onzeker', 'zelfverzekerd', 'grenzen', 'acceptatie', 'weerbaar', 'collega's', 'gesprekstechnieken', 'assertiviteit', 'ervaring', 'gevoel', 'steun', 'aanspreken' en 'teamleider'.

In de fase van coderen is het van belang om de objectiviteit in acht te houden. Dit heeft de onderzoeker gedaan door enkele medestudenten met een kritische blik naar de fragmenten en codes te laten kijken. In bijlage 7.11 staat een voorbeeld van een transcript met gemarkeerde fragmenten en bijbehorende code. Er kunnen meerdere fragmenten zijn die over hetzelfde onderwerp gaan, aan deze thema's is hetzelfde label gegeven. Toen alle fragmenten gecodeerd waren heeft de onderzoeker alle codes in een lijst gezet (bijlage 7.12). Daarna is de onderzoeker naar de volgende fase in het codeerproces gegaan (Boeije, 2016).

Stap 2: Axiaal coderen

De tweede stap in het analyseproces is 'axiaal coderen'. Axiaal coderen vormt een brug tussen open coderen en selectief coderen. In het proces van axiaal coderen heeft de onderzoeker achterhaald welke categorieën konden worden gevormd op basis van de open codes. Er is gekeken welke codes samenhang met elkaar hadden en welke juist verschillend waren van elkaar. De samenhangende codes zijn ondergebracht in één categorie. Een voorbeeld van codes die samenhangen zijn: 'steun andere

PB-er prettig', 'fijn om situatie te bespreken met collega's' en 'steun teamleider is zeer van belang'. Deze codes horen onder het thema: 'sociale steun'. Een aantal andere voorbeelden van thema's zijn: 'huidig handelen', 'attitude', 'eigen effectiviteit', 'barrières' en 'succesvolle acties'. Het volledige overzicht met thema's is te zien in bijlage 7.13. Aan het eind van deze fase heeft de onderzoeker een codeboom gemaakt, zie hiervoor bijlage 7.14 (Boeije, 2016).

Stap 3: Selectief coderen

In deze laatste fase van het codeerproces heeft de onderzoeker selectief gecodeerd. Bij deze stap heeft de nadruk gelegen op de integratie van de bevindingen. Hierbij heeft de onderzoeker verbanden gelegd tussen de verschillende thema's. Dit heeft de onderzoeker gedaan door alle relevante thema's in een mindmap te zetten en te kijken welke aspecten met elkaar te maken hebben. Om een visueel beeld te krijgen van de gevonden informatie heeft de onderzoeker één grote mindmap gemaakt met alle gevonden thema's (bijlage 7.15). Om specifieker te kunnen kijken naar opvallende verbanden en om zo goed mogelijk te kunnen vergelijken, heeft de onderzoeker ook twee kleinere mindmaps gemaakt met de kernthema's. Eén mindmap ging over de zorgverleners die zichzelf weerbaar achten en de andere over de zorgverleners die het moeilijk vinden om met ongewenst gedrag om te gaan. Deze mindmaps zijn terug te vinden in bijlage 7.16. Zoals te zien is in beide mindmaps heeft de onderzoeker alle verbanden tussen de onderwerpen met elkaar verbonden door middel van lijnen. Vervolgens heeft de onderzoeker alle verbanden onder elkaar beschreven in een document. Hierdoor had de onderzoeker een duidelijk overzicht als basis voor de resultatenparagraaf. Na het beschrijven van de resultatenparagraaf is er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag (Boeije, 2016).

7.11 Transcripten met open codering

A: Aniek (onderzoeker)

V: Verzorgende

Voorbeeld 1

Wie:	Uitspraak:	Code:
A:	Hoe voelde je je toen na die situatie zeg maar?	
V:	Eh, ik was een beetje overrompelt. Ik zat zo van eh, oké wat is me nou weer overkomen. En eh, we hebben toen ook wel met collega's erover gehad en dat was ook wel heel fijn en het is niet dat ik het mee naar huis heb genomen maar dan voel je je gewoon eh, ik weet niet dan word je in een keer heel onzeker.	Verzorgende voelde zich overrompelt Praten met collega's over gebeurtenis is fijn Onzeker over eigen capaciteiten
A:	Ja. Ja...	
V:	Ik had daarna meteen het gevoel van oh, shit, weetjewel. Mocht ik dit nou straks nog een keer meemaken, hoe gaat dat nou? Dus dan wordt je in een keer heel onzeker dan denk je van oh kan ik dit nog wel. Ik ga dan meteen aan alles twijfelen.	Bang voor mogelijke herhaling situatie Onzeker over eigen capaciteiten
A:	Ja...	
V:	Ja, dat heb ik heel sterk.	
A:	Ja. Want hoe komt dat dan dat je je dan zo voelt?	
V:	Ja, ik weet niet. Toch gewoon, dan maak je zo'n vervelende situatie mee en dan wist je op dat moment niet hoe je moest handelen, en dan merk je ook gewoon aan jezelf dat je gewoon vastloopt, dat maakt dan ook dat je dan toch weer gaat twijfelen, van oké, ik maak nu zo'n rotsituatie mee, ik wist niet hoe ik moest handelen, ja dat is dan meteen ja, alsof je dus te weinig ervaring hebt om het vak te doen. En dan heb je bij andere dingen, ik merkte ook daarna dat als ik iets moest doen, al was het iets heel simpels, dat ik meteen ging twijfelen van 'doe ik het wel goed?'. 'Sla ik geen stappen over?'. 'Kan ik het niet beter?' Ja omdat je dan gewoon op 1 moment hebt meegemaakt dat je dus ervaring te kort had, en daardoor niet wist hoe je moest handelen. Dat je daarna bij alles denkt van, ja. Heb ik wel genoeg kennis om dit uit te voeren? Wat doe ik fout? Doe ik überhaupt iets fout?	Verzorgende wist niet hoe te handelen Verzorgende wist niet hoe te handelen Te weinig ervaring Onzeker over eigen capaciteiten Te weinig ervaring Onzeker over eigen capaciteiten
A:	Ja, dus dat je heel erg gaat twijfelen aan jezelf.	
V:	Ja, echt héél erg.	
A:	Ja. En je zegt van he, je hebt het er met collega's over, eh, hoe voelde je je toen daarna?	
V:	Ja dat was wel heel fijn, dan heb je toch gewoon eh, dan hoor je ook vanuit collega's hoe zij het hebben gehad en hoe zij het hebben ervaren. En dan merk je toch wel dat iedereen gewoon wel een beetje hetzelfde erin stond en dat iedereen, iedereen heeft heel veel begrip voor elkaar. Want iedereen was erbij natuurlijk. En hun zitten ook van ja, ik snap dat het heel lastig voor jou was. Ja, dat is wel heel fijn om het er dan over te hebben. Dat je ook hoort van, oké, het is dus niet zozeer dat ik slecht heb gehandeld, want zij hadden daar ook heel veel moeite mee. Ja dat is gewoon fijn.	Praten met collega's over gebeurtenis is fijn Fijn om situatie met collega's te bespreken Geruststelling krijgen eigen handelen is fijn

Voorbeeld 2

Wie:	Uitspraak:	Code:
A:	Zou je een voorbeeld kunnen noemen van een situatie waarin er sprake was van ongewenst gedrag van familie?	
V:	V: Nou we hebben daar, er is 1 familie en die eh, en die zoeken eigenlijk constant de discussie met je op zeg maar. Dus nu vooral bijvoorbeeld eh, met die mondkapjes, doen we ze wel op, doen we ze niet op. 'De kamer van mijn moeder is geen openbare ruimte.' Weetjewel, het is constant de grenzen opzoeken en ons eh, de discussie uitlokken. En wat ik vooral merk is dat ik het lastig vind, niet zo zeer zeg maar om gewoon te zeggen wat de regels zijn want de regels zijn de regels, die heb ik niet bedacht, wij voeren ze uit. Maar het zou zo fijn zijn zeg maar als familie weet dat het voor ons geen fijne tijd is. He, als ze toch wel weten zeg maar dat eh, dat wij het best haalbare voor hun familielid willen, dat wij ook die regels niet bedacht hebben zeg maar om hun te pesten, dat is heel lastig.	Familie zoekt de grenzen op Familie zoekt de grenzen op Niet lastig om familie op regels te wijzen Wil begrip van familie krijgen
A:	Wat vind je daar lastig....	
V:	... Je merkt ook wel, de ene collega die durft het wel te zeggen, de andere collega is wat minder direct en draait er een beetje omheen. En je merkt dat daardoor dan ook zeg maar de verwarring ontstaat. En daar maken hun zo handig gebruik van, zeg maar.	Niet iedereen durft familie aan te spreken Familie maakt handig gebruik van verwarring rondom regels
A:	Ja, want je geeft aan he, de ene collega kan het wel zeggen en de ander wat minder. Hoe sta jij daarin?	
V:	Nee ja de afspraak is de afspraak, dus dat zeg ik wel gewoon. Ik zeg gewoon zoals het is, zoals het is, is het. Maar hij weet je wel, het is man zeg maar die constant weet hoe die jou een onbehaaglijk gevoel moet geven. In alles wat ie zegt of doet, hoe die zich gedraagt of hoe die zich he, als ie bijvoorbeeld binnen komt zal die nooit met mondkapje op binnen komen. Die doet ie altijd pas op als ie al in de gang staat. Dat je eigenlijk moet zeggen van god het is eigenlijk de bedoeling dat je hem buiten opzet, voordat u binnenkomt. En weet je, dat moet je dus elke keer, hij komt elke dag binnen, dat moet je elke dag zeggen. Er zijn met hem afspraken gemaakt zeg maar dat ie 1x afscheid mag nemen, omdat het anders voor zijn vrouw te ingewikkeld is. Nee dan hebben ze die afspraak gemaakt, maar nee dan loopt hij volgende keer weer twee keer langs. Waardoor dat je haar helemaal over de emmer hebt. En dat wil je gewoon niet.	Verzorgende attendeert familie wel op afspraken Familie geeft verzorgende onbehaaglijk gevoel Familie houdt zich niet aan de regels Constant aanspreken op regels Familie houdt zich niet aan de regels
A:	Nee, nee dat snap ik.	
V:	Weetje en dat maakt het lastig dat hij ja, ik weet niet, alsof hij er zeg maar zijn levenswerk van heeft gemaakt om het ons zo moeilijk mogelijk te maken. En ik kan dat op zich heel goed loslaten, maar het zou wel fijn zijn als je gewoon een keer tegen hem kan zeggen van jo, eh, zo gaan we het doen en niet anders weet je wel, dit is het.	Quote Kan gedrag familie goed loslaten Verzorgende wil duidelijker grenzen aangeven
A:	Ja, ja. En...	
V:	Voor mijn gevoel blijven wij een beetje te lang sudderen. Ik vind best dat je op een gegeven moment als je tig keer het gesprek bent aangegaan vind ik best dat je een keer mag zeggen tot hier en niet verder. En en dat gebeurt eigenlijk niet. Niet vanuit ons omdat wij natuurlijk vinden dat we dat niet kunnen maken, maar ook niet van uit hogere hand. En dan denk ik ja hoe ver wil je gaan zeg maar. Wil je wachten tot wij allemaal over de flos zijn of eh, he.	Situatie te lang geaccepteerd Verzorgenden denken grenzen niet te mogen aangeven Hogere hand grijpt niet in Verzorgende vraagt zich af wanneer hogere hand ingrijpt

Voorbeeld 3

Wie:	Uitspraak:	Code:
V:	Nou ja en om half 8 belt dan haar dochter, nou en die had zó'n grote muil, nou ik, eh, nou ik gewoon, echt, ja, gewoon ja, nou ik was, ik zei niks, nou ik kom uit [stad] en ik woon al heel lang hier in Brabant, maar ik ben echt niet op mijn mondje gevallen, maar echt ik was zó boos. Het moment waarop zij dat dan zei, dan was het heel erg dominant.	Familie had grote mond tegen verzorgende Verzorgende durft te zeggen wat ze denkt Verzorgende erg boos door familie Familie is zeer dominant
A:	Ja, ja...	
V:	Ik wist gewoon niet meer wat ik moest zeggen. Ik was eigenlijk ja, hoe noem je dat, uit het veld geslagen een beetje.	Verzorgende wist niet hoe te handelen
A:	Ja, ja...	
V:	En dat broeide zo op en ja, en dan weet ik ja je moet gewoon netjes blijven, want ja jij staat daar gewoon beroepsmatig. En nou ja, een collega van mij zat erbij en die zag gewoon, ja. Ik kookte gewoon vanbinnen.	Verzorgende vindt dat ze netjes moet blijven Verzorgende erg boos door familie
A:	Ja, ja, nee, dat snap ik heel goed.	
V:	En, eh, nou ja, en dan probeer je dingen uit te leggen en dat ze dan zulke dingen zeggen zo van 'oh moeders was zeker vervelend en dan heb je haar maar op bed gelegd' en dan denk ik, en dan vind ik het eigenlijk, ik kook dan. Ook hoe je over je moeder kan praten zo.	Verzorgende legt eigen handelen uit Familie maakt sarcastische opmerkingen Gefrustreerd over gedrag familie
A:	Ja, ja, dat snap ik. En...	
V:	Dan denk ik, waarom vraag je niet, he, ze mogen best van mij om half 8 bellen, laat ik dat vooropstellen, maar waarom vraag je niet waarom ik haar op bed heb gelegd. En dan mag je het er nog niet mee eens zijn, dat kan. Dat is dan ieder zijn eigen inleving, of opvulling, of hoe heet het, wat jij, jouw mening erover. Maar je krijgt nog niet eens de kans om iets uit te leggen. Ja, dan voel ik me gewoon echt, dan denk ik van je hebt nog niet eens respect voor ons ofzo he, én voor je moeder niet want ja je kleineert je moeder.	Verzorgende snapt niet dat familie niet naar beweegredenen vraagt Verzorgende krijgt geen kans beweegredenen uit te leggen Familie toont geen respect
A:	Ja. Ja. Precies.	
V:	En dat was eigenlijk wel dat ze mij in een hoek duwde zeg maar.	Verzorgende voelde zich in hoek geduwd
A:	Ja, want wat heb je toen in die situatie gedaan zeg maar? Want he, je gaf net al aan dat je echt kookte van woede en dat je collega de telefoon uit je handen moest halen.	
V:	Ja ik ben gewoon echt even naar buiten gelopen. Want ik weet gewoon dat ik op zo'n moment dan zo boos ben. En de andere mensen die, daar kan ik geen sneer aan geven, ik kan niet kattig doen, of weet ik het wat. Dus mijn collega die pakte de telefoon want die had ik echt neergegoot. Ik was zó kwaad, was ik. Ik ben gewoon heel eventjes naar buiten gelopen, gewoon even, we hebben dan een balkon bij ons, gewoon even, even rustig, en dan na 5 minuten gaat het, even wat drinken en dan even weer chill worden en ja eh dan gewoon. Maar ja, nu dat ik het erover heb dan kook ik gewoon weer. Want dit is al in april-mei geweest maar toch het is zo, ik vind het gewoon nog steeds niet kunnen.	Verzorgende erg boos door familie Verzorgende moest tot bedaren komen Situatie grijpt verzorgende nog steeds aan
A:	Ja. Het grijpt je nog steeds erg aan?	

7.12 Codelijst

Voorbeeld codelijst:

- Problemen met familielid
- Veel gesprekken gehad maar blijft fout gaan
- Fijn om over situatie familie te praten
- Familie kan moeilijk inleven in cliënt
- Er zijn meerdere gesprekken geweest met familie
- Familie overtreedt regels en afspraken
- Familie belooft beterschap maar valt terug in oude gewoonten
- Bewoner wordt ongelukkig van gedrag familie
- WhatsApp groep opgericht families onderling
- Verzorgende doen hun best voor cliënten
- Familie probeert jonge/nieuwe verzorgende uit
- Familie loopt weg na aanspreking op gedrag
- Familie zoekt elke keer de rand op van de regels
- Verzorgende spreekt familie rustig en vriendelijk aan op ongewenst gedrag
- Familie schrok dat hij werd aangesproken
- Familie werd te lang te weinig aangesproken op niet nakomen regels
- Moeilijk om familie aan te spreken i.v.m. weerwoord dat je krijgt
- Familie geeft het aan zwaar te hebben met geliefde in instelling
- Verzorgende is er voornamelijk voor vrouw, maar denken ook aan familie
- Familie wil geen ondersteuning (bij omgaan 'verlies' vrouw)
- Geen verwijten wanneer familie de volgende keer komt
- Attenderen van familie op regels gebeurt te weinig
- Familie loopt over verzorgende heen
- Familie heeft heel veel duidelijkheid nodig
- Familie begint over eigen punten/belangen
- Verzorgende weet gesprekstechnieken niet
- Verzorgende weet oorzaak gedrag niet
- Verzorgende durft het gesprek aan te gaan
- Gesprekken met arts en psycholoog helpen niet
- Familie blijft de grens opzoeken
- Verzorgende geeft aan dat het bij meneer ligt
- Familie maakt een probleem van alle (kleine) dingen
- Verzorgende wordt moedeloos van familie
- Lijkt wel of afspraken niet blijven hangen bij familie
- Ze wil aangeven wat gedrag familie met hun doet
- Krijgen gevoel dat ze niet genoeg doen voor zijn vrouw
- Voor corona was familie ook al moeilijk
- Familie gaf ook commentaar op verzorging van andere bewoners

- Cliënt wordt ongelukkig van de leuke verhalen van haar man
- Familie wil dingen voor geliefde die geliefde zelf niet wil
- Familie begrijpt gedrag niet van geliefde
- Familie weet niet hoe ze met geliefde om moet gaan
- Verzorgende spreekt familie aan op hoe om te gaan met cliënt (met dementie)
- Verzorgende verteld waarom het belangrijk is om cliënt op bepaalde manier te benaderen
- Familie blijft bij eigen standpunt
- Gedrag van meneer is vanaf het begin al zo geweest
- Informatie komt bij familie niet binnen
- Constant herinneren van familie aan afspraken
- Familie laten ervaren hoe belevingswereld cliënt is
- Verzorgende schrikken van gedrag familie
- Zij voelt zich niet weerbaar omdat ze het voor cliënt opneemt
- Meneer is wel heel weerbaar
- Situatie is vermoeiend
- Er is nooit gezegd: nu is het klaar
- Visuele communicatie blijft veel beter hangen
- Personeel voelt zich moedeloos
- Zorgpersoneel doet zo hun best voor bewoner
- Familie levert commentaar
- Familie heeft overal een weerwoord op
- Familie weet mogelijk zelf de oorzaak van gedrag niet eens
- Familie negeert verzorgende
- Familie wil alleen eigen punten bespreken
- Meneer is een aparte man
- Huwelijk is misschien niet helemaal goed
- Meneer is niet vriendelijk tegen zijn vrouw
- Verzorgende vraagt zich af wanneer familie tevreden is
- Met sinterklaas geeft meneer wel een presentje
- Ze praat met collega's over de situatie
- Commentaar familie hoort bij het werk
- Verzorgende weten uiteindelijk wel dat ze het goed doen
- Verzorgende voelt zich niet lang vervelend over dit gedag
- Sommige collega's ervaren wel vervelende gevoelens door meneer
- Verzorgende zou de band met meneer niet als slecht omschrijven
- Verzorgende noemt gedrag meneer 'de aard van het beestje'
- In privé situaties kan verzorgende een normaal gesprek voeren met meneer
- Jongere collega's voelen zich sneller geïntimideerd/onzekeer
- Familie kan op dwingende toon dingen vragen
- Verzorgende zegt niet tegen familie dat ze zich vervelend voelen door zijn gedrag

- Verzorgende wil tegen familie zeggen wat gedrag familie met hen doet
- Verzorgende wil familie nog meer aanspreken op vervelend gedrag tegenover zijn vrouw
- Familie wordt niet altijd aangesproken op gedrag
- Meneer zegt onaardige dingen tegen leerlingen
- Verzorgende trekt zich niet zo veel aan van opmerkingen familie
- Twijfel over wanneer je het als verzorgende goed doet
- Belangrijk om eerst de emotie te laten zakken voordat je in gesprek gaat met meneer
- Rustig blijven zit in haar aard
- Door vroegere ervaringen is ze assertiever geworden
- Verzorgende vindt dat ze soms wat assertiever mag zijn
- Door ervaring heeft ze geleerd om het gesprek aan te gaan
- Verzorgende was onzeker over of ze het wel goed deed
- Verzorgende krijgt zelfreflectie door erover te praten

7.14 Codeboom

Dikgedrukt = zeer vaak benoemd door respondenten

Huidig handelen

- └ Ontevreden over
 - └ Eigen grens onduidelijk
 - └ Eigen grens wordt overtreden
 - └ **Weet niet hoe ze familie moet aanspreken**
 - └ **Gedrag te lang geaccepteerd**
 - └ Durft familie niet aan te spreken op regels
- └ Ervaren succesvol
 - └ Spreekt familie aan op gedrag
 - └ Gedrag familie wordt niet geaccepteerd
 - └ Weet eigen grenzen duidelijk
 - └ Geeft grenzen duidelijk aan
 - └ Maakt voor niemand uitzondering
 - └ Sommige verzorgende te hard
- └ Beide
 - └ Collega erbij roepen
 - └ Oudere collega vaak meer overwicht
 - └ Verzorgende wil het beste voor cliënt
 - └ Probeert middenweg te vinden
 - └ Politie / beveiliging bellen
 - └ **Blijven netjes en vriendelijk**
 - └ Alles geprobeerd om situatie te beteren
 - └ Proberen gesprek aan te gaan met familie
 - └ **Gaat naar teamleider/psycholoog**
 - └ Wil familie begeleiden bij emoties
 - └ Rustig blijven
 - └ Begrip en inlevingsvermogen / empathie
 - └ MIM melding zelden gemaakt

Attitude

- └ 'Laat maar gaan'
- └ Bang om verkeerde dingen te zeggen
- └ Gedrag familie hoort bij het werk
- └ Ongewenst gedrag is niet oké
- └ **Relatie met familie goed houden**
 - └ Familie tevreden houden
 - └ Wil familie niet irriteren
- └ **Moeten altijd netjes blijven**
- └ Voelt zich verplicht familie op regels te attenderen
- └ Geen zin in confrontatie
- └ **Wil beste voor cliënt**
- └ Voelt zich visitekaartje bedrijf
- └ **Familie heeft toch een sterker weerwoord**
 - └ Aanspreken heeft geen zin

Eigen effectiviteit

- └ Eigen grenzen aangeven moeilijk
- └ Oudere collega kan meer
 - └ Neemt familie meer van aan
- └ Voelt zich niet weerbaar
- └ Voelt zich 'kleiner' dan familie
- └ Twijfelt over zichzelf
- └ **Onzeker over eigen capaciteiten**
- └ **Steun collega's bevordert aanspreken**
- └ Zelfverzekerd

Weerbaar(der) door

└ Ervaring

- └ Eigen ervaringen
 - └ Eigen grenzen heel duidelijk
- └ Ervaring van anderen

└ Persoonlijkheid

- └ Krachtige uitstraling

└ Opvoeding

└ Opleiding

- └ EVV-opleiding
- └ Agressietraining
- └ **Gesprekstechnieken (LSD)**

Sociale steun

└ Psycholoog / Teamleider / Arts

- └ Relatie minder belangrijk
- └ Vragen door op oorzaak gedrag
- └ **Hogere rang (neemt familie meer van aan)**
- └ Kan beslissingen maken die verzorgende niet kan maken

└ Mijzo

- └ BOT
 - └ Zelden ingeschakeld
- └ Vertrouwenspersoon
- └ Psycholoog
- └ Gespreksadviseur

└ Collega's

- └ Overleggen situatie aanpakken
- └ Reflecteren op aanpak en leren ervan
- └ **Elkaar steunen**

Te leren vaardigheden

└ Assertiever zijn

- └ Grenzen aangeven
- └ Eigen grens duidelijk hebben
- └ Directief zijn

└ Emoties geen rol laten spelen

- └ Gesprekstechnieken ontwikkelen

└ Leren wat ze moeten zeggen

- └ Leren familie rustig te houden
- └ Zelfverzekerder worden
- └ Situatie los kunnen laten
- └ Lichaamshouding
- └ Tegen familie in durven gaan

Barrières

└ Interpersoonlijk

└ Team niet op één lijn

- └ Niet iedereen spreekt familie aan
- └ Familie ziet openingen
- └ Verzorgende tegen elkaar uitgespeeld
- └ Benaderingsplannen/afspraken worden niet nageleefd

└ Onwil familie

- └ Onduidelijke communicatie binnen team
- └ Geen steun collega's / hogere hand

└ Door COVID-19 geen prioriteit

└ Onduidelijk wanneer verzorgende familie mag aanspreken

└ Intrapersoonlijk

└ Wil relatie goed houden

- └ Familie tevredenstellen
- └ Staan tussen wens familie en beste keuze voor cliënt

└ Durft niet door weerwoord familie

└ Weet niet hoe te handelen

- └ Weet gesprekstechnieken niet
- └ Weet niet hoe familie rustig te houden

Gevolgen

- └ Gevolgen relatie familie
 - └ Samenwerking verslechterd
- └ Gevolgen cliënt
 - └ Relatie met cliënt wordt beïnvloed
 - └ Cliënt krijgt benodigde zorg niet
- └ Gevoel verzorgende
 - └ Korte termijn
 - └ Emoties
 - └ Frustratie
 - └ Irritatie
 - └ Uit het veld geslagen
 - └ Kwetsbaar
 - └ Boos
 - └ Onrechtvaardigheid
 - └ Gespannen gevoel als familie aanwezig is
 - └ Overrompeld
 - └ Vernederd
 - └ Niet weerbaar
 - └ Trekt zich het niet persoonlijk aan
 - └ Lange termijn
 - └ **Onzeker over zichzelf**
 - └ Bang voor komst familie
 - └ Moedeloos
 - └ Moeite met loslaten situatie
 - └ Niet gehoord door teamleider
 - └ Geen last van situatie thuis
- └ Coping
 - └ **Praten met collega's achteraf**
- └ Tweedeling in team

Succesvolle acties

- └ **Psycholoog betrekken**
- └ **Teamleider betrekken**
- └ Openheid vanaf begin
 - └ Verwachtingen helder
- └ Naar oorzaak gedrag vragen
- └ Eén aanspreekpunt (PB-er)
- └ Cliënt centraal zetten
 - └ Familie wijzen op gevolgen gedrag op cliënt
 - └ Positieve effecten benadrukken
- └ Familie informatie geven ziektebeeld cliënt
- └ Beweegredenen verduidelijken
- └ Constant herinneren aan afspraken
- └ Gesprekken voorbereiden
- └ Team op één lijn (houden aan afspraken)
- └ In rapportages ook positieve dingen zetten

Gewenste situatie

- └ **Wil begrip en waardering krijgen**
- └ Protocollen relatie familie
- └ Openheid over gevoelens
- └ **Familie accepteert regels**
- └ Eerlijke communicatie zorg
- └ In gesprek met familie om situatie uit te praten
- └ Prettige samenwerking met familie

Soorten ongewenst gedrag familie

└ Persoonlijk

- └ Dwingen
- └ Privé lastigvallen
- └ Kritiek geven
- └ Kleineren
- └ Beschuldigen
- └ **Onzeker maken**

└ Fysiek

- └ Vastgrijpen

└ Algemeen

- └ **Zorg tegen elkaar uitspelen**
- └ Onderling onenigheid
- └ Vooroordelen
- └ **Pakken zwakkere verzorgende**
 - └ Jonge medewerkers
- └ **Geen begrip / waardering**
- └ Niet nadenken over gevolgen gedrag
- └ Onderling fouten zorg bespreken
- └ Onrealistische verwachtingen zorg
- └ **Afspraken niet nakomen**
- └ **Regels negeren**
- └ **Grenzen willen verleggen**
- └ Steeds mondiger
- └ Niet luisteren
- └ Zin doordrammen

└ Cliënt

- └ **Wil iets wat niet goed is voor cliënt**
- └ Zorg cliënt tegenwerken
- └ Behandelen cliënt niet goed
 - └ Verzorgende voelt zich verplicht in te grijpen

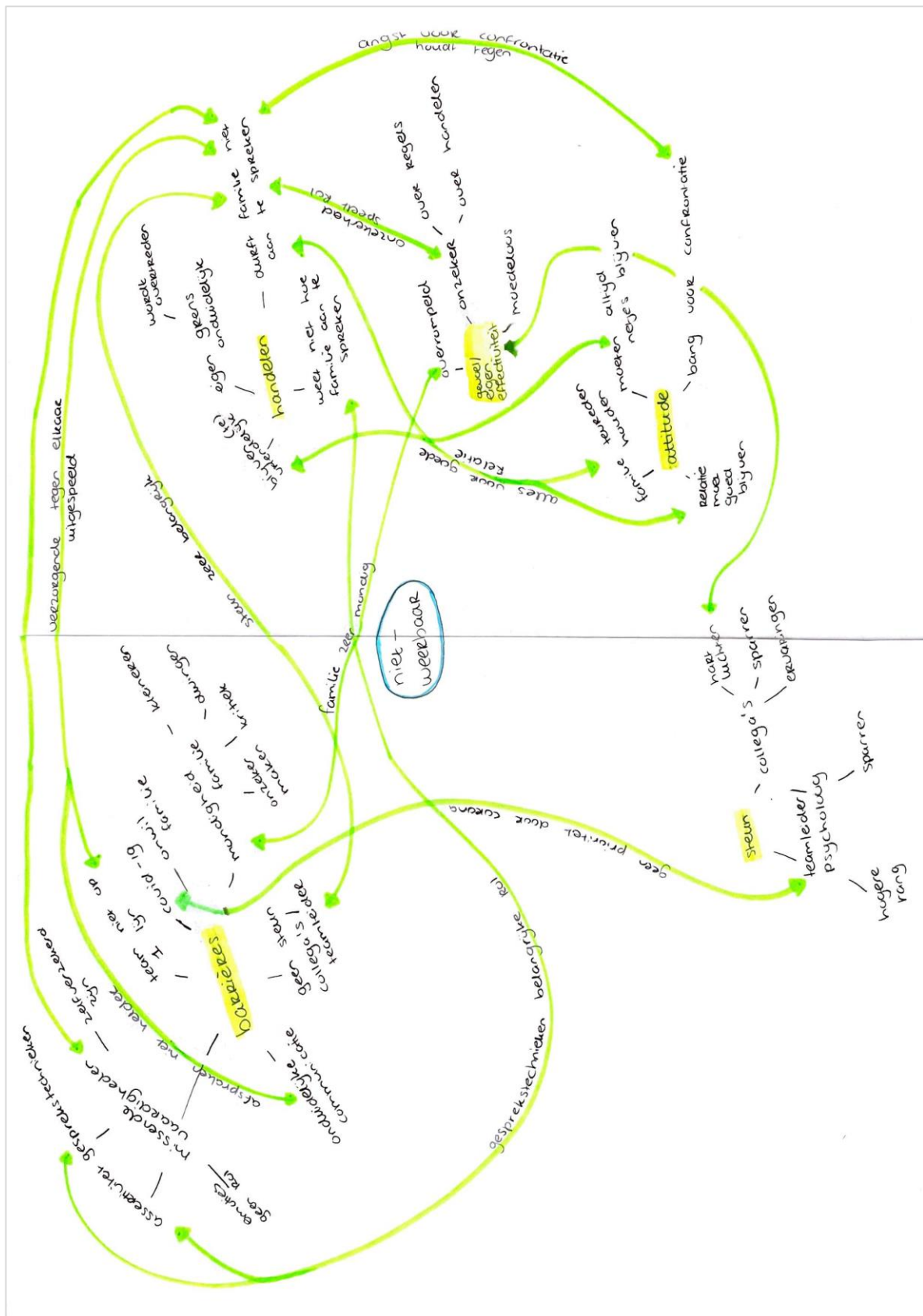
Attributie

- └ Interpersoonlijk familie
 - └ Onderling overhoop
 - └ Opvoeding
- └ Wil beste voor cliënt
- └ Zelf verzorgende
- └ Begrijpen ziektebeeld cliënt niet
- └ Emoties
 - └ Bezorgdheid
 - └ Gevoel van falen
 - └ Moeite met loslaten
 - └ Schuldgevoel
- └ **Onbekend**
- └ COVID-19
- └ Andere zorgvisie
 - └ **Zoeken informatie op internet**
- └ Achteruitgang gezondheid cliënt

7.15 Mindmap alle thema's



Mindmap 2: 'Niet'-weerbare zorgverleners



7.17 Checklist Ethiek van Onderzoek

Checklist Ethiek van Onderzoek

Fontys Commissie Ethiek van Onderzoek (FCEO)

Onderzoek dat onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt, moet door een erkende Medisch Ethische Toetsing Commissie (METC) getoetst worden.

Onderzoek valt onder deze wet als het aan de volgende **twee** voorwaarden voldoet (zie ook <http://www.ccmo.nl>, te weten:

- 1). Er is sprake van medisch-wetenschappelijk onderzoek,
én
- 2). Personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd.

Binnen Fontys streven we er naar géén onderzoek te doen dat onder de WMO valt.

Ook onderzoek niet onder deze wet valt loop je mogelijk tegen ethische kwesties aan. Onderstaande vragenlijst kan helpen deze kwesties in beeld te krijgen.

De lijst werkt volgens het principe 'pas toe of leg uit' (m.a.w.: als je ergens 'nee' hebt geantwoord moet je ófwel het onderzoek aanpassen óf een goede (ethische verantwoorde) reden hebben om het zo te doen.

Deel 1: checklist

		Ja	Nee	n.v.t
1	Krijgen de deelnemers een brief of email met informatie over het onderzoek?	X		
2	Is de beschikbare template (zie onder) gebruikt voor het schrijven van de informatiebrief?	X		
3	Staat in de informatiebrief dat deelnemers vrijwillig meedoen en zich op elk moment kunnen bedenken en kunnen stoppen, ook tijdens het onderzoek?	X		
4	Geeft iedere deelnemer schriftelijk toestemming voor deelname aan de studie door een toestemmingsverklaring te ondertekenen?	X		
5	Indien het onderzoek bestaat uit observaties, wordt aan de deelnemers gevraagd of ze toestemming geven dat ze worden geobserveerd en dat beeldmateriaal en/of audio wordt opgenomen?			X
6	Wordt in de toestemmingsverklaring aangegeven dat deelnemers op elk moment en om welke reden dan ook kunnen stoppen met het onderzoek?	X		
7	Bij onderzoek met vragenlijsten, mogen deelnemers vragen weg laten die ze niet willen beantwoorden?			X
8	Staat in de informatiebrief dat de data van de deelnemers vertrouwelijkheid worden behandeld en dat ze, indien gepubliceerd, niet terug te leiden zijn naar de persoon?	X		
9	Krijgen deelnemers na afloop (een samenvatting van) de resultaten?	X		
10	Bij interviews: wordt aan de deelnemers toestemming gevraagd om de interviews op te nemen (audio en/of video-opname) en hebben de deelnemers de mogelijkheid om dit te weigeren?	X		
11	Wordt toestemming gevraagd om eventuele (fragmenten van) audio- of video-opnames te gebruiken bij presentaties of andere doeleinden?			X

Als één van de vragen met 'nee' is beantwoord (1-11), geef dan uitleg.

Uitleg niet van toepassing.

	Markeer met kruisje in het vakje (NVT = niet van toepassing)		Ja	Nee	n.v.t.
12	Als de deelnemers bewust andere of <i>misleidende informatie</i> krijgen, dan is het verplicht om achteraf het doel en de resultaten van het onderzoek kort uit te leggen omdat de deelnemers hiervan niet op de hoogte waren. Wordt dit gedaan?				X
13	Worden de deelnemers in het onderzoek op een of andere manier <i>onvolledig geïnformeerd</i> over het doel of de ware opzet van het onderzoek?			X	
14	Bestaat er een risico dat deelnemers lichamelijke of psychische problemen of ongemak ervaren?		X		
15	Zijn de deelnemers van het onderzoek:	Kinderen (onder de 16 jaar)?		X	
		Mensen met leer- of communicatieproblemen?		X	
		Patiënten van een (zorg)instelling?		X	
		Eigen student(en)?		X	
16	Zijn de deelnemers aan het onderzoek, door mentale beperkingen, zelf NIET in staat om schriftelijk toestemming te geven (wilsonbekwaam)?			X	
17	Vereist het onderzoek de medewerking van anderen voor de werving van de deelnemers voor het onderzoek? (Bijv. studenten op school, leden van een zelfhulpgroep, bewoners van een verpleeghuis?)		X		
18	Is het nodig dat deelnemers ongemerkt deelnemen aan het onderzoek, dus zonder hun medeweten en toestemming op dat moment? (Bijvoorbeeld geheime observatie van mensen op niet-openbare plaatsen)			X	
19	Worden er in het onderzoek vragen gesteld en/of discussies gevoerd over gevoelige onderwerpen? (Bijvoorbeeld pesten, buitensluiten van personen, seksuele geaardheid, seksuele activiteit, suicide, drugsgebruik, politieke voorkeur etc.)		X		
20	Worden er in het onderzoek medicijnen, placebo's of andere stoffen (bijv. voedings, supplementen, vitamines) gegeven aan de deelnemers, of is er sprake van ingrijpende of mogelijk schadelijke procedures (bijv. afwijking van de reguliere zorg)?			X	
21	Worden er in het onderzoek weefselmonsters (inclusief bloed/urine) van deelnemers verkregen?			X	
22	Kan deelname aan het onderzoek pijn of ongemak veroorzaken? (denk hierbij ook aan gebruik van devices/hulpmiddelen zoals smartwatches/echo's e.d.)			X	
23	Kan deelname aan het onderzoek psychologische stress, ongemak, angst of schade veroorzaken of negatieve gevolgen hebben?		X		
24	Moeten de deelnemers langdurig deelnemen en/of veel herhaalde metingen/testen doen?			X	
25	Vraagt het onderzoek inzicht in gevoelige/vertrouwelijke gegevens (b.v. patiëntendossiers)?			X	
26	Vindt het onderzoek, of delen van het onderzoek, plaats buiten de EU?			X	
27	Gaat onderzoek gepaard met het delen van gegevens of vertrouwelijke informatie buiten de gegeven toestemming?			X	
28	Krijgen deelnemers een (financiële, of andersoortige) beloning voor deelname aan het onderzoek?			X	
29	Is de deelnemer op een of andere manier afhankelijk van de onderzoeker? Denk hierbij bijvoorbeeld aan studenten die meedoen aan onderzoek van docenten, of patiënten die deelnemen aan een onderzoek van hun eigen arts/behandelaar.			X	
30	Heeft de opdrachtgever (of een andere partij) belang bij bepaalde onderzoeksresultaten			X	

Als op één van de vragen (11-30) 'ja' is geantwoord, leg dan uit hoe daar mee omgegaan wordt.

14 – 19 – 23: *Aangezien in het onderzoek vragen worden gesteld over ongewenst gedrag van familieleden van cliënten bestaat er een mogelijkheid dat dit negatieve emoties oproept bij de respondent. Vooraf wordt in de informatiebrief duidelijk vermeld dat dit het onderwerp is van het onderzoek en dat de onderzoeker hier vragen over gaat stellen in het interview. Daarnaast is er in de informatiebrief benoemd dat het praten over ervaringen mogelijk negatieve gevoelens kan oproepen. Ook staat er beschreven wat de respondenten kunnen doen wanneer zij na het interview negatieve gevolgen ervaren. Hierdoor zijn de deelnemers vooraf goed geïnformeerd en kunnen zij zelf de beslissing maken of zij het wel of niet willen participeren in het onderzoek.*

Gedurende het interview heeft de onderzoeker oog gehad voor de gemoedstoestand van de respondent en hiernaar gevraagd indien er (mogelijk) sprake was van negatieve emoties. Aan het eind van elk interview is gevraagd hoe de respondent het gesprek heeft ervaren.

17: *De werving van respondenten heeft deels plaatsgevonden via GZ-psycholoog Tineke Roelofs. Zij heeft de oproep die de onderzoeker heeft gemaakt op het medewerkersportaal van Mijzo geplaatst. Ook heeft zij, nadat de onderzoeker zelf niet voldoende respondenten heeft kunnen werven, verzorgenden waarvan zij wist dat ze (in het verleden) te maken hebben gehad met ongewenst gedrag, aangesproken met de vraag om te participeren in het onderzoek.*

		Ja	Nee	n.v.t.
31	Zijn de gegevens volledig anoniem? Anonieme data is niet meer tot de persoon herleidbaar, ook niet met een coderingssleutel. Bij gebruik van anonieme gegevens is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) niet van toepassing.	X		
32	Worden de gegevens gecodeerd/gepseudonimiseerd? Data zijn hiermee wel nog te herleiden naar de persoon met een coderingssleutel. Dit is toegestaan als de deelnemer hier expliciet toestemming voor heeft gegeven door een toestemmingsverklaring te ondertekenen.	X		
33	Worden de persoonlijke gegevens die herleidbaar zijn gescheiden bewaard en losgekoppeld van de verzamelde onderzoeksgegevens en de coderingssleutel?	X		
34	Heeft alleen de onderzoeker en/of de onderzoeksbegeleider toegang tot de data van de deelnemers (en, indien van toepassing, de coderingssleutel)?	X		
35	Wordt de bewaartermijn ¹ van de onderzoeksdata genoemd in de informatiebrief en toestemmingsverklaring voor deelnemers aan het onderzoek?	X		
36	Worden data alleen opgeslagen op de persoonlijke Fontys OneDrive of een andere door Fontys goedgekeurd opslagmedium?	X		

Als één van de vragen (30-37) met 'nee' is beantwoord, geef dan een toelichting.

Uitleg niet van toepassing.

¹ Richtlijn voor wetenschappelijk onderzoek is: minimaal 10 jaar; AVH: niet langer dan noodzakelijk.