

Samenvatting

In dit proefschrift worden de effecten van *snoezelen*, oftewel zintuigactivering, in de 24-uurszorg aan demente verpleeghuisbewoners bestudeerd. *Snoezelen* is in deze studie gedefinieerd als een benaderingswijze om door middel van actieve zintuigprikkeling een ingang te vinden in de belevingswereld van de demente oudere, met als doel het welbevinden te optimaliseren of in stand te houden. In dit hoofdstuk wordt een Nederlandstalige samenvatting van de onderzoeksresultaten gegeven. Er wordt ingegaan op de effecten van *snoezelen* op demente verpleeghuisbewoners (o.a. stemming en gedrag) en op zorgverleners (o.a. werkbeleving). Ook worden de effecten van *snoezelen* op de interactie tussen verzorgenden en bewoners beschreven.

Inleiding (hoofdstuk 1)

In de inleiding van dit proefschrift zijn de aanleiding van het onderzoek en de onderzoekopzet beschreven. Het is nog niet mogelijk om dementie te voorkómen of te genezen. In de laatste decennia zijn echter wel vormen van begeleiding ontwikkeld voor mensen met dementie die tot doel hebben om gevoelens van algemeen welbevinden van iedere individuele bewoner te bevorderen. Eén van deze begeleidingsvormen heet *snoezelen*, ook wel *zintuigactivering* genoemd.

Snoezelen is in het verleden bekend geworden als een activiteit, waarbij verstandelijk gehandicapten of demente ouderen meegenomen worden naar een speciale *snoezelruimte*, waar hun zintuigen geprikkeld worden door bijvoorbeeld muziek, lichtballen, kleurenprojecties op de muur, tastmaterialen, een waterbed en/of aromastreamers. Uit eerder onderzoek is bekend dat *snoezelen* als activiteit in een *snoezelruimte* een positief effect heeft op de stemming en het gedrag van bewoners, maar dat dit effect slechts kortdurend is. Vanuit deze wetenschap is de gedachte ontstaan dat het *snoezelen* geïntegreerd zou moeten worden in de 24-uurszorg, zodat er mogelijk een langer durend effect ontstaat. In het hier beschreven onderzoek is *snoezelen* daarom gedefinieerd als een benaderingswijze die door verzorgenden wordt toegepast in de dagelijkse 24-uurszorg. *Snoezelen* doet geen appèl op de cognitieve vermogens van demente ouderen. De persoon met dementie wordt niet gecorrigeerd, maar in zijn/haar waarde gelaten.

Het proefschrift start met een systematische literatuurstudie naar de effecten van dertien psychosociale begeleidingsmethoden, waaronder *snoezelen*, op apathisch, depressief en agressief gedrag bij dementie. Vervolgens is een gecontroleerd veldexperiment uitgevoerd waarin *snoezelen* werd geïmplementeerd op zes psychogeriatrische verpleegafdelingen. Deze afdelingen zijn vergeleken met zes controle afdelingen, die de gangbare zorg bleven leveren. Het doel van de studie was

om de effecten van *snoezelen*, geïntegreerd in de 24-uurszorg, te onderzoeken op (i) de verbale en non-verbale communicatie van zorgverleners en bewoners; (ii) de kwaliteit van het gedrag van zorgverleners; (iii) de stemming en het gedrag van demente verpleeghuisbewoners en; (iv) de werkbeleving van zorgverleners in de psychogeriatric. Tevens is het implementatietraject op de experimentele afdelingen geëvalueerd.

De studie is uitgevoerd in zes verpleeghuizen, verspreid over Nederland, die elk een experimentele en een controle afdeling leverde. Op twee momenten werden metingen verricht: voorafgaande aan de implementatie (voormeting) en na 18 maanden (nameting). Bewoners werden alleen geïnccludeerd wanneer vooraf schriftelijk toestemming verkregen was van de wettelijke vertegenwoordiger. Na de voormeting kregen de verzorgenden van de experimentele groep een cursus 'snoezelen voor uitvoerenden'. Gedurende de implementatieperiode zijn ook drie *in-company* follow-upbijeenkomsten onder leiding van dezelfde trainer georganiseerd. Tevens waren er twee kaderbijeenkomsten waarin leidinggevend en management van de deelnemende afdelingen bij elkaar kwamen ter ondersteuning van de implementatie.

Naast de kwantitatieve metingen vond een kwalitatieve analyse plaats van het implementatieproces om na te gaan in hoeverre de implementatie van *snoezelen* op de experimentele afdelingen geslaagd was. Hiervoor werden semi-gestructureerde interviews gehouden met de leidinggevenden van de experimentele afdelingen en/of de projectleiders en zijn de follow-up- en kaderbijeenkomsten bijgewoond.

Om de effecten van *snoezelen* op demente ouderen te bestuderen is gebruik gemaakt van gedragsobservatielijsten en video-opnames van de ochtendzorg. Aan de voormeting deden 125 bewoners mee (62 in de experimentele groep en 63 in de controle groep) en aan de nameting 128 (66 in de experimentele groep en 62 in de controle groep). Verzorgenden vulden gedragsobservatielijsten in over deze bewoners. Daarnaast konden 250 video-opnames gemaakt worden: 124 bewoners (van de 125) werden gefilmd in de voormeting en 126 bewoners (van de 128) in de nameting. Tussen de voor- en nameting vielen 66 bewoners uit, voornamelijk door overlijden. Daarom werden voor de nameting nieuwe bewoners geïnccludeerd (n=69). Door gebruik te maken van een multilevel model kon alle beschikbare data gebruikt worden voor de analyses, zowel de gecorreleerde data van de *completers* (die aan de voormeting en aan de nameting meegedaan hadden) als de data van de *non-completers* (die alleen aan de voormeting of alleen aan de nameting meegedaan hadden). Deze methode voldoet aan het *intention-to-treat* principe. Er werden verschilcores berekend, waarbij het verschil tussen de gemiddelde score van de experimentele groep in voor- en nameting getoetst werd tegen het verschil tussen de gemiddelde score van de controle groep in voor- en nameting.

Om de effecten van *snoezelen* op de communicatie en het gedrag van zorgverleners te onderzoeken is opnieuw gebruik gemaakt van de video-opnames van de ochtendzorg. Aan de voormeting deden 117 verzorgenden mee (57 in de experimentele groep en 60 in de controle groep) en aan de nameting 121 (60 in de experimentele groep en 61 in de controle groep). Twaalf verzorgenden zijn twee keer gefilmd omdat er meer bewoners dan verzorgenden beschikbaar waren. In totaal vielen 37 verzorgenden uit tussen de voor- en de nameting. Daarom werden er 41 nieuwe verzorgenden geïncludeerd. Om het werken volgens de *snoezel* methode onder de knie te krijgen werden de nieuwe verzorgenden op de experimentele groep gecoacht op de werkvloer door hun leidinggevende of de coördinator zintuigactivering. Daarnaast woonden zij de follow-up bijeenkomsten bij die werden georganiseerd op de experimentele afdelingen. Door te kiezen voor een multilevel model kon alle beschikbare data gebruikt worden voor de analyses.

Om de effecten van *snoezelen* op de werkbeleving van verzorgenden te onderzoeken werd aan verzorgenden gevraagd een vragenlijst in te vullen. Voor de analyses van de voormeting werd gebruik gemaakt van 129 ingevulde vragenlijsten (64 uit de experimentele groep en 65 uit de controle groep). Voor de nameting werden 127 vragenlijsten geanalyseerd (64 uit de experimentele groep en 63 uit de controle groep).

Literatuurstudie naar effecten van psychosociale methoden (hoofdstuk 2)

Om inzicht te krijgen in de wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van 13 psychosociale begeleidingsmethoden om apathisch, depressief en agressief gedrag bij mensen met dementie te reduceren is een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Hierbij werden de richtlijnen van de Cochrane Collaboration gebruikt. Tien elektronische databases werden doorzocht. Dit leidde tot 3.977 zoekresultaten. Na toetsing door twee onderzoekers bleven 19 studies over die aan alle inclusiecriteria voldeden. Deze studies werden vervolgens beoordeeld op hun wetenschappelijke kwaliteit en de resultaten werden samengevat. Om conclusies te trekken over de mate van bewijs voor de effectiviteit van elke psychosociale methode werden de resultaten van de studies daarna samengevoegd met een *Best Evidence Synthesis*.

De uitkomst van de literatuurstudie was dat er wetenschappelijk bewijs is dat personen met matige tot ernstige dementie (MMSE 0-17) en een hoge mate van zorgafhankelijkheid minder apathisch zijn wanneer zij verblijven in een *snoezelkamer*. Er is ook wetenschappelijk bewijs, zij het beperkt, dat personen met de ziekte van Alzheimer, die voldoen aan de DSM-III-R criteria voor ernstige of matige depressie en die thuis wonen met iemand die voor hen zorgt, minder depressief zijn wanneer

hun zorgverleners getraind zijn in het toepassen van de Plezierige Activiteiten Methode of de Probleem Oplos Methode, twee vormen van gedragstherapie. Als laatste is er wetenschappelijk bewijs, zij het beperkt, dat personen die in een verpleeghuis wonen, voldoen aan de DSM-III-R criteria voor de ziekte van Alzheimer, mobiel zijn, begeleidingsbehoefstig of licht verzorgingsbehoefstig zijn, maar relatief zware functionele beperkingen hebben, minder agressief zijn wanneer zij deelnemen aan psychomotorische groepstherapie.

Voor de andere tien psychosociale methoden was geen of onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat deze apathie, depressie of agressie bij mensen met dementie gunstig beïnvloeden.

Evaluatie van het implementatieproces (hoofdstuk 3)

Hoofdstuk 3 beschrijft het implementatieproces op de experimentele afdelingen.

In totaal hebben 80 zorgverleners (waarvan 59 verzorgenden en zes leidinggevenden) deelgenomen aan de training ‘*snoezelen* voor uitvoerenden’, die werd gegeven door Bernardus Trainingscentrum/ Fontis. De *in-company* training bestond uit vier wekelijkse bijeenkomsten van vier uur met huiswerk opdrachten. De training is geëvalueerd met behulp van een vragenlijst. De deelnemers vonden de training informatief, toepasbaar, praktisch, interessant en goed aansluiten bij hun deskundigheid en werksituatie. De meerderheid voelde zich aan het eind van de training voldoende uitgerust om het nieuwe zorgmodel in de praktijk te implementeren en had de intentie om het geleerde daadwerkelijk in de praktijk te gaan brengen. De gemiddelde beoordeling van de training op een schaal van 0 tot 10 was 8,4.

Aan het einde van de training werd een werkgroep ingesteld die maandelijks de voortgang op de afdeling zou evalueren en zo nodig bijstellen. Volgens de *snoezelmethode* werd een levensloop anamnese afgenomen bij familieleden van deelnemende bewoners en werden de bewoners systematisch geobserveerd om erachter te komen op welke zintuigprikkelingen zij goed reageerden en welke minder bij hen pasten. De resultaten van de observaties werden opgeschreven in een *snoezelplan* en geïntegreerd in het *snoezelverpleegplan*.

Om inzicht te krijgen in het implementatieproces op de experimentele afdelingen werden de follow-up bijeenkomsten bijgewoond (drie per afdeling plus twee algemene bijeenkomsten) en semi-gestructureerde interviews (zes in totaal) gehouden. Voor het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren werd het model uit de ZonMw Implementatiemonitor gebruikt (Theunissen e.a., 2003).

De training werd beschouwd als een belangrijke bevorderende factor voor een geslaagde implementatie, in eerste instantie voor het opdoen van de benodigde kennis en het motiveren van het team, maar ook als de basis voor het veranderen

van gewoontes. De follow-up bijeenkomsten werden met name motiverend gevonden om door te gaan met de implementatie en het veranderen van gewoontes. Individuele coaching en feedback (supervisie) bleken essentieel om de veranderingen daadwerkelijk in te bedden in de dagelijkse praktijk. Conform de *snoezelmethode* rapporteerden de meeste zorgverleners hun (observatie) bevindingen in het *snoezelverpleegplan*, dat bedoeld was om daadwerkelijk veranderingen in de zorg te bewerkstelligen, ook wanneer de zorg door bijvoorbeeld oproepkrachten verleend werd. Volgens de teamleden zorgde deze werkwijze er ook voor dat zij meer gingen praten over probleemgedrag van bewoners en vaker discussieerden over mogelijke oplossingen, zowel informeel (bijvoorbeeld tijdens de koffiepauze) als formeel (bijvoorbeeld tijdens het multidisciplinair overleg (MDO)). Dit werd eveneens beschouwd als een bevorderende factor om veranderingen vast te houden en verdere verbeteringen door te voeren.

Vier verpleeghuizen schreven een lange termijn implementatieplan, inclusief tijdschema en begroting, hetgeen beschouwd kan worden als een bevorderende interventie in de organisatiestructuur die nodig is om de geïmplementeerde veranderingen te bestendigen. Drie verpleeghuizen hadden concrete plannen om de implementatie van *snoezelen* na afloop van het onderzoek voort te zetten op andere verpleegafdelingen. Vier afdelingen deden (grote) investeringen (bijvoorbeeld *snoezelkamer*, *snoezelbadkamer*), terwijl op twee afdelingen de zintuigactivering met name in de benaderingswijze en in de dagelijkse omgeving gezocht werd.

Naast bovenstaande bevorderende factoren werden ook een aantal belemmerende factoren genoemd door de zorgverleners van de experimentele afdelingen. De werkdruk was een faalfactor op alle deelnemende afdelingen. Met name in de eerste fase van het onderzoek, toen de observaties van de bewoners veel tijd in beslag namen (10x een uur), was er niet altijd voldoende tijd. Ook periodes van onderbezetting, bijvoorbeeld tijdens vakanties, bij vacatures of bij ziekte, verstoorde het implementatieproces van tijd tot tijd. Twee afdelingen meldden ook een gebrek aan beleid en ondersteuning van het management.

Het implementatiemodel liet zien dat deze contextuele factoren, die niet altijd gemakkelijk op te lossen zijn, het implementatie proces beïnvloedden. Wanneer er echter een balans was tussen belemmerende en bevorderende factoren was het nog steeds mogelijk om tot een geslaagde implementatie te komen. Wanneer er echter te veel belemmerende factoren zijn dienen deze eerst aangepakt te worden, bij voorkeur voor de start van de implementatie.

De resultaten lieten zien dat de implementatie van *snoezelen* in de 24-uurszorg leidde tot een verandering van taakgerichte zorg naar bewonersgerichte zorg op alle experimentele afdelingen. In de ogen van de zorgverleners had de implementatie van

snoezelen ook geleid tot positieve effecten bij de bewoners. Twee soorten veranderingen bij bewoners werden veelvuldig genoemd. Ten eerste vonden verzorgenden het gemakkelijker om contact te krijgen met bewoners en reageerden de bewoners (daardoor) meer. Ten tweede vonden verzorgenden dat bewoners die hinderlijk gedrag vertoonden, zoals agitatie, rusteloosheid of agressie, rustiger en tevredener waren geworden.

Wat betreft organisatorische veranderingen die waren doorgevoerd noemden verzorgenden de verandering in de dagplanning, en met name het 'loslaten van de klok', het meest opvallend. Verzorgenden vonden dat ze daardoor minder gestresst waren gaan werken, hetgeen in hun ogen een positief effect had op zowel de bewoners als henzelf.

Concluderend slaagden alle deelnemende afdelingen erin de overstap te maken van taakgericht werken naar bewonersgericht werken, hetgeen een voorwaarde is voor het toepassen van *snoezelen*. De combinatie van implementatie activiteiten uit de verschillende niveaus uit het implementatiemodel bleek het meest effectief om blijvende veranderingen te bewerkstelligen.

Effecten van snoezelen op de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg (hoofdstuk 4)

In *hoofdstuk 4* zijn de effecten van de implementatie van *snoezelen* op de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg beschreven. Hiervoor werden 250 video-opnames (124 uit de voormeting en 126 uit de nameting) van de ochtendzorg geobserveerd door onafhankelijke observatoren die gebruik maakten van het gecomputeriseerde observatiesysteem 'Observer' en het Roter Interaction Analysis System (RIAS). De verzorgenden uit de experimentele groep vertoonden in de nameting een significante toename in het aankijken van de bewoner, in affectief aanraken en in lachen (non-verbale communicatie). Verbaal was er een toename in het maken van een sociaal praatje, het geven van bevestiging, het praten over zintuigactivering, het geven van informatie over de ochtendzorg en het faciliteren van autonomie. Ook het totaal aantal verbale uitingen nam toe. De veranderingen in de non-verbale en verbale communicatie van verzorgenden hadden een bevorderende invloed op de communicatie van de bewoners. De video-observaties wezen uit dat bewoners langer oogcontact hadden met de verzorgenden en meer lachten. Verbaal was er, in vergelijking met de controle groep van bewoners, een afname van het aantal negatieve uitingen (tegenwerpingen en boosheid) en een toename van autonomie (mening geven, keuze maken). De ochtendzorg nam in de experimentele groep na afloop van de implementatie echter meer tijd in beslag. Dit geeft aan dat positieve effecten kunnen worden bewerkstelligd in de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg op voorwaarde dat er een

tijdsinvestering gedaan wordt op zorgmomenten met één op één zorg, zoals de ochtendzorg.

Concluderend tonen de resultaten van deze deelstudie aan dat verzorgenden de communicatie principes die aan *snoezelen* ten grondslag liggen 18 maanden na de start van de implementatie daadwerkelijk toepasten. Positieve veranderingen werden zowel gemeten bij verzorgenden als bij bewoners.

Effecten van snoezelen op het gedrag van verzorgenden tijdens de ochtendzorg (hoofdstuk 5)

In *hoofdstuk 5* is beschreven in hoeverre verzorgenden van de experimentele afdelingen er daadwerkelijk in slaagden de kwaliteit van hun gedrag tijdens de ochtendzorg te verbeteren door het aannemen van een bewonersgerichte(re) attitude. Hierbij werden opnieuw de 250 video-opnames van de ochtendzorg (124 in de voormeting en 126 in de nameting) beoordeeld door onafhankelijke observatoren. Zij gebruikten een 4-puntsschaal, die was ontwikkeld voor deze studie. De schaal had tot doel om de kwaliteit van het gedrag van verzorgenden tijdens de zorg aan demente verpleeghuisbewoners in kaart te brengen en was gebaseerd op het *Dialectical Framework* van Kitwood. De schaal bestond uit 10 items met positief gedrag van verzorgenden en 12 items met negatief gedrag van verzorgenden. Voorbeelden van positief gedrag waren erkennen/respecteren, aansluiten op de mogelijkheden van de bewoner, meegaan in de belevingswereld en empathie tonen. Voorbeelden van negatief gedrag waren infantiliseren/betuttelen, negeren, sneller gaan dan de bewoner aankan en niet ingaan op wensen/initiatieven van de bewoner. Daarnaast werd het aantal zintuigprikkelers tijdens de ochtendzorg geteld.

De resultaten lieten zien dat verzorgenden uit de experimentele groep in de nameting daadwerkelijk een meer bewonersgerichte attitude hadden tijdens de ochtendzorg, terwijl de verzorgenden van de controle groep weinig veranderingen lieten zien. De totaalscore van 'positief gedrag' was in de experimentele groep significant verbeterd. Daarnaast was er een verbetering op alle sub-items van positief gedrag in de experimentele groep. De totaal score van 'negatief gedrag' was significant afgenomen. Een meer gedetailleerde analyse liet zien dat dit werd veroorzaakt door een afname van negatief gedrag in de experimentele groep op vier sub-items en een toename van negatief gedrag in de controle groep op vier andere sub-items. Tenslotte was het aantal expliciet aangeboden zintuigprikkelers in de experimentele groep toegenomen.

Concluderend lieten de resultaten van deze deelstudie zien dat de implementatie van *snoezelen* leidde tot positieve veranderingen in het gedrag van verzorgenden tijdens de ochtendzorg.

Effecten van snoezelen op de stemming en het gedrag van demente verpleeghuisbewoners (hoofdstuk 6)

In hoofdstuk 6 is ingegaan op de vraag of de implementatie van *snoezelen* ook leidde tot een positieve verandering in de stemming en het gedrag van demente verpleeghuisbewoners. Om de effecten van *snoezelen* op patiëntenuitkomsten te onderzoeken werd gebruik gemaakt van (i) gedragsobservaties op de verpleegafdeling en (ii) video-opnames van de ochtendzorg. Bij beide metingen werd gebruik gemaakt van bestaande gedragsobservatielijsten, die in eerder onderzoek voldoende betrouwbaar waren bevonden. De observaties op de afdeling werden gedaan door de verzorgenden. Daarnaast werden de hierboven genoemde video-opnames van de ochtendzorg geobserveerd door twee onafhankelijke observatoren. Zij gaven een oordeel over de stemming en het gedrag van de bewoner tijdens de ochtendzorg.

De resultaten lieten een significante verschilscore in het voordeel van de experimentele groep zien op de effectmaten apathisch gedrag, decorumverlies, opstandig gedrag, agressief gedrag en depressief gedrag, zoals gemeten tijdens de observaties op de afdeling. Deze beoordelingen betroffen het ('gegeneraliseerde') gedrag van de bewoner in de twee weken voorafgaande aan het invullen van de lijst. De beoordelingen van de observatoren over het gedrag van de bewoners tijdens de ochtendzorg wezen uit dat er significante verschilcores waren in het voordeel van de experimentele groep op een aantal uitkomstmaten voor welzijn en adaptief gedrag. In vergelijking met de controle groep die de gangbare zorg kreeg, waren de bewoners van de experimentele afdelingen in een betere stemming. Zij hadden meer plezier tijdens de ochtendzorg, waren tevredener, hadden een betere relatie met de verzorgende en spraken vaker in volledige zinnen. In vergelijking met de voormeting en met de controle groep was de experimentele groep tijdens de ochtendzorg minder verveeld, inactief, minder vaak verdrietig, vertoonde minder weerstand en minder klaaggedrag.

Er werden subgroepanalyses gedaan in de subgroep van *completers* (geïnccludeerd in voormeting en nameting) en de subgroep van *non-completers* (alleen geïnccludeerd in de voormeting of in de nameting) op de variabelen waar een interactie-effect gevonden was. Hieruit bleek dat de controle groep geen verbeteringen vertoonden, noch de groep van *completers*, noch de groep van *non-completers*. De experimentele groep vertoonde veelal vooruitgang. Alleen in de subgroep van *completers* werd op enkele uitkomstmaten achteruitgang gemeten, maar de achteruitgang was kleiner in de experimentele groep dan in de controle groep.

Concluderend ondersteunden de bevindingen van deze deelstudie de effectiviteit van *snoezelen* op de stemming en het gedrag van demente verpleeghuisbewoners. *Snoezelen* in de 24-uurszorg verminderde met name teruggetrokken gedrag (zoals apathie) en hinderlijk gedrag (zoals agressie) en bevorderde gevoelens van welbevinden.

Effecten van snoezelen op de werkbeleving van verzorgenden (hoofdstuk 7).

In *hoofdstuk 7* zijn de effecten van *snoezelen* op de werkbeleving (kwaliteit van de arbeid) van verzorgenden gepresenteerd. Hiervoor werd aan verzorgenden gevraagd om een uitgebreide vragenlijst in te vullen tijdens de voor- en de nameting, waarbij gebruik gemaakt werd van bestaande meetinstrumenten die in eerdere studies voldoende betrouwbaar waren gebleken.

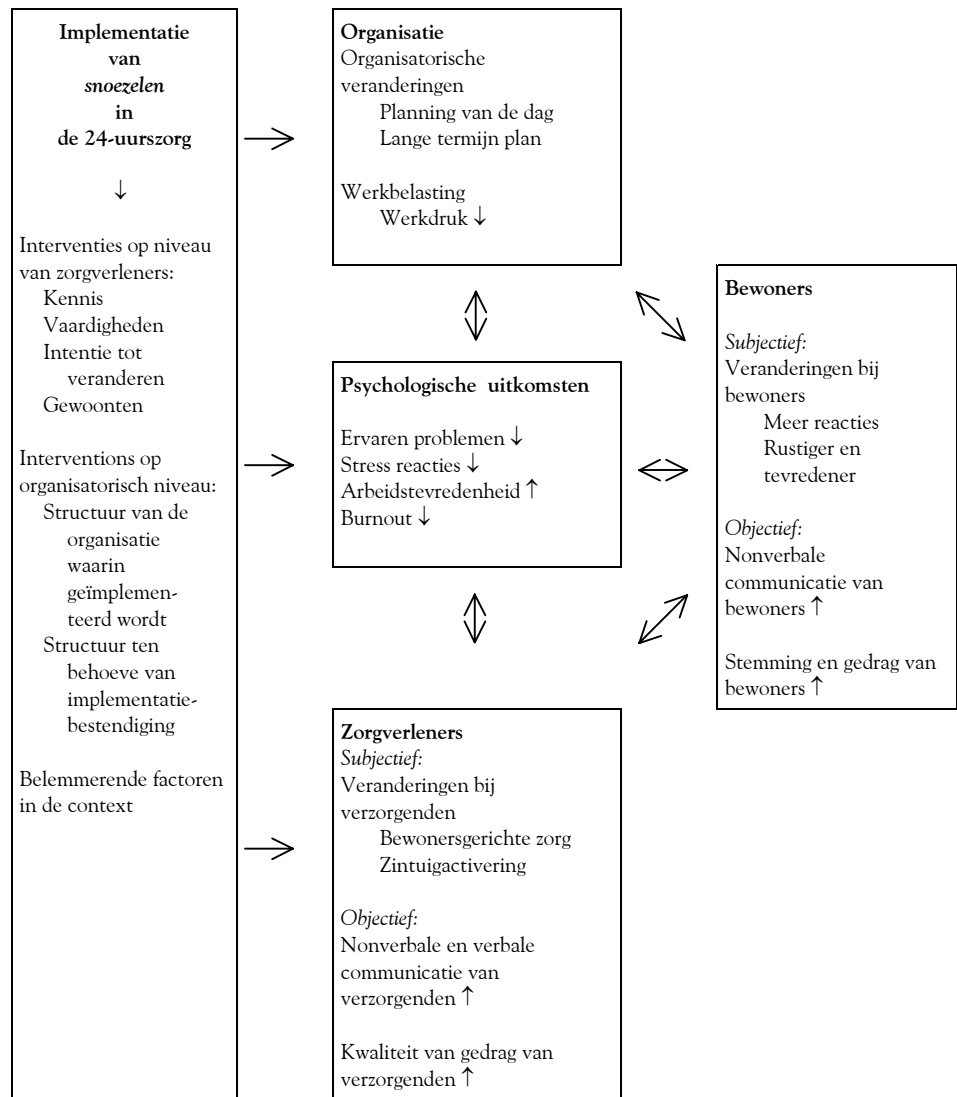
De verzorgenden in de experimentele groep hadden in de nameting een significant betere score op de schaal voor stress reacties, de *burnout* subschaal 'emotionele uitputting' en de arbeidstevredenheid subschalen 'tevredenheid met de kwaliteit van zorg', 'tevredenheid met het contact met bewoners' en 'tevredenheid met groeimogelijkheden'. De totaalscore voor arbeidstevredenheid was eveneens verbeterd in de experimentele groep. Daarnaast werd een significant interactie-effect gemeten op twee sub-schalen voor ervaren problemen van verzorgenden in de zorg aan demente ouderen, namelijk: 'problemen door gebrek aan tijd' en 'gebrek aan zelfvertrouwen en onzekerheid in de zorg'. Ook ervaaarde de experimentele groep in de nameting, in vergelijking met de controle groep, minder problemen met specifieke gedragingen van demente ouderen (met name met depressief gedrag, decorumverlies en rusteloos gedrag). Tenslotte lieten de resultaten een significante verbetering zien in het voordeel van de experimentele groep op de subschaal 'werkdruk'. 'Inspraak' en 'problemen met de taak' vertoonden eveneens een interactie-effect, maar dit werd veroorzaakt door een afname in de controle groep en niet door een toename in de experimentele groep.

Concluderend lieten de resultaten van deze deelstudie zien dat de implementatie van *snoezelen* in de 24-uurszorg een positief effect had op de werkbeleving (kwaliteit van arbeid) van verzorgenden.

Samenvatting en discussie (hoofdstuk 8)

In *hoofdstuk 8* is een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten, gevolgd door een reflectie op de gebruikte theoretische modellen. Hoewel oorspronkelijk uitgegaan werd van verschillende modellen om de kwaliteit van leven van bewoners en de kwaliteit van arbeid van verzorgenden in kaart te brengen, wezen de onderzoeksresultaten erop dat de modellen nauw samenhangen en elkaar waarschijnlijk over en weer beïnvloedden. Verzorgenden gaven bijvoorbeeld aan dat zij na de implementatie van *snoezelen* minder werkstress ervaaarden. Hoewel het een doel van de training '*snoezelen* voor zorgverleners' was om 'de klok los te laten' en relaxter te werken, kunnen meer factoren dan alleen de training invloed hebben gehad op verminderde stress reacties. De afname van moeilijk of hinderlijk gedrag van bewoners kan hier bijvoorbeeld ook aan bijgedragen hebben.

Figuur 1 Relaties tussen de onderzoeksresultaten



Op grond van de studieresultaten kon geen definitief uitsluitsel gegeven worden over meer of minder doorslaggevende factoren. Wel werd verondersteld dat alle factoren uit het schema in meerdere of mindere mate van invloed waren op andere factoren.

Het werkzame mechanisme wat aan het effect van de *snoezelen* interventie ten grondslag lag, kon op basis van de onderzoeksresultaten niet definitief vastgesteld worden. Nader onderzoek is nodig om uit te vinden in welke mate de

bewonersgerichte houding van verzorgenden, de gerichte zintuigactivering of een combinatie van beide bijdroegen aan het effect.

Daarna is ingegaan op de klinische relevantie van de studie en zijn de onderzoeksresultaten vergeleken met eerdere studies naar het effect van *snoezelen* en het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg, een interventie die veel raakvlakken vertoont met *snoezelen* in de 24-uurszorg. Geconcludeerd werd dat de volgende factoren waarschijnlijk hebben bijgedragen aan het succes van de interventie die in dit proefschrift is onderzocht: De relatief eenvoudige methodiek, die dicht staat bij de alledaagse praktijk in de zorg, een langere implementatieperiode dan in eerdere studies, coaching en supervisie van vrijwel complete teams en een relatief homogene onderzoekspopulatie (matig tot diep demente verpleeghuisbewoners).

Vervolgens is gereflecteerd op de gehanteerde methoden van onderzoek. De belangrijkste sterke punten van het onderzoek waren de aandacht voor het implementatieproces en het gebruik van video-opnames, waardoor geblindeerde en gedetailleerde effectmetingen gedaan konden worden.

De belangrijkste aandachtspunten waren de niet-geblindeerde effectmetingen door verzorgenden op de afdeling, de keuze voor 'gangbare zorg' als controle interventie in plaats van een placebo interventie, de vervanging van uitvallers door nieuw geïncludeerde bewoners en verzorgenden, mogelijke selectie bias, het contaminatierisico en sociaal wenselijk gedrag bij video-opnames.

Tot slot zijn aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk gedaan.

Voorwaarde voor het vinden van positieve effecten is dat de implementatie goed voorbereid, begeleid en ondersteund wordt door zowel het centrale management, de leidinggevende van de afdeling en het afdelingsteam, niet alleen op de korte termijn, maar zeker ook op langere termijn. De implementatie dient opgenomen te worden in het beleid(splan) van het centrale management, waarin ook de te bereiken doelen en taaktoewijzingen opgenomen zijn. Er dient tevens aandacht besteed te worden aan het identificeren van mogelijke belemmeringen, het vooraf zoeken naar potentiële oplossingen voor deze belemmeringen, het vaststellen van de voorwaarden waar de organisatie aan moet voldoen en het zorg dragen voor de benodigde middelen die bij aanvang van de implementatie voor handen dienen te zijn. In het lange termijn beleidsplan dienen onder andere een tijdsplanning, structureel budget (bijvoorbeeld voor training van nieuwe teamleden) en structurele evaluaties van het verloop opgenomen te zijn. Het heeft de voorkeur om zoveel mogelijk disciplines te betrekken bij de implementatie.

De start van de implementatie dient zorgvuldig gepland te worden. Voorkomen moet worden dat er meerdere zorginnovaties tegelijkertijd geïmplementeerd worden of dat het team waar de innovatie ingevoerd gaat worden instabiel is. Het hele team behoort betrokken te worden bij de implementatie. Bij voorkeur wordt het team ook gezamenlijk getraind. Een training dient niet alleen kennis en vaardigheden te vergroten, maar ook de teamleden enthousiast te maken, weerstanden weg te nemen en te motiveren het geleerde toe te gaan passen in de praktijk.

Follow-up bijeenkomsten met dezelfde trainer zijn zeer stimulerend om door te gaan met de implementatie en steeds nieuwe doelen te bereiken. Structurele coaching en feedback zijn essentieel op diverse niveaus: Op het niveau van de leidinggevende die het proces op de afdeling dagelijks moet begeleiden, bijvoorbeeld door de zorgmanager en/of door een onafhankelijke persoon in de organisatie. Maar ook op het niveau van de teamleden die het in de praktijk uit moeten voeren, bijvoorbeeld door de leidinggevende van de afdeling of door een onafhankelijke persoon (bijvoorbeeld projectleider zintuigactivering). Tot slot zijn structurele evaluaties van het implementatieproces nodig, bijvoorbeeld door een interne werkgroep, waarbij de doelen zo nodig bijgesteld worden.

Hoewel aanvullend onderzoek nodig is om de huidige onderzoeksresultaten te bevestigen en verder uit te bouwen, kan de verpleeghuiszorg de resultaten gebruiken om de kwaliteit van zorg aan demente verpleeghuisbewoners te verbeteren. *Snoezelen* heeft niet alleen een positieve invloed op hun kwaliteit van leven, maar ook op de kwaliteit van de arbeid van verzorgenden in de psychogeriatrische zorg.

