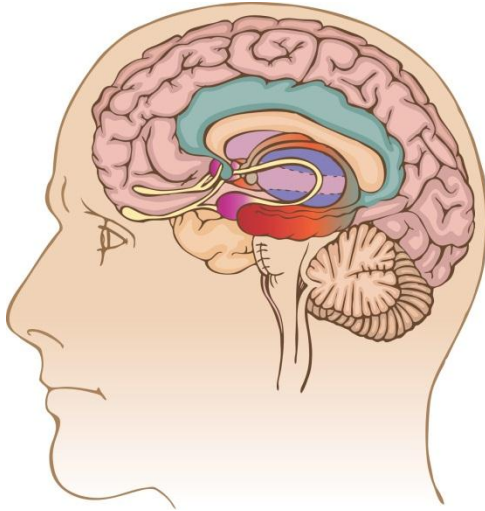


Bacheloropdracht

De ervaringen van begeleiders bij ZorgAccent met kleinschalig wonen voor Korsakov-patiënten in vergelijking met meer versus minder werkervaring.



Auteur: Angélique Gruters
Studentnummer: S1131834
Studie: Psychologie
Email: a.a.a.gruters@student.utwente.nl
Telefoon: 06-37347194
Datum: 9 juli 2013

Begeleiders Universiteit Twente:

Dr. M. G. Postel
Dr. P. A. M. Meulenbeek

Externe begeleider:

Drs. M. Bakker

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Abstract	5
1. Inleiding	6
1.1 Alcoholgebruik	6
1.2 Het syndroom van Korsakov	6
1.3 Kleinschalig wonen	7
1.4 Kleinschalig wonen bij dementie	8
1.5 Aspecten in huidig onderzoek	9
1.6 Onderzoeksvraag	10
2. Methode	12
2.1 Respondenten en design	12
2.2 Procedure	12
2.3 Het meetinstrument: de vragenlijst	12
2.3.1 <i>Sociodemografische variabelen</i>	12
2.3.2 <i>Arbeidstevredenheid</i>	13
2.3.3 <i>Motivatie</i>	13
2.3.4 <i>Open vragen</i>	13
2.4 Het meetinstrument: het interview	14
2.5 Analyse resultaten	14
3. Resultaten	15
3.1 Sociodemografische variabelen	15
3.2 Arbeidstevredenheid	15
3.3 Werkmotivatie	16
3.4 Werkervaring	17
3.5 Positieve aspecten van kleinschalig wonen	17
3.6 Negatieve aspecten van kleinschalig wonen	19
3.7 Vaardigheden en kennis bij kleinschalig wonen	20
3.8 Moeilijkheidsgraad werkzaamheden bij kleinschalig wonen	21
3.9 Flexibiliteit bij kleinschalig wonen	22
4. Discussie	25
4.1 Discussie	25
4.1.1 <i>Resultatenbespreking en conclusies</i>	25
4.1.2 <i>Sterke punten van het onderzoek</i>	28
4.1.3 <i>Kanttekeningen bij het onderzoek</i>	28
4.2 Aanbevelingen	29
4.2.1 <i>Aanbevelingen voor praktijk</i>	29
4.2.2 <i>Aanbevelingen voor onderzoek</i>	30
Literatuurlijst	31
Bijlagen	34
I Enquête	34
II Sjabloon interviews	41
III Tabel post-hoc analyse	42
IV Tabel kwalitatieve coderingen	43

VOORWOORD

Alweer aangekomen bij het laatste stuk schrijven voor mijn bachelor these kan ik terugkijken naar een interessante, leerzame en vooral leuke periode. Ik heb met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt.

Ik wil in het bijzonder mijn begeleider Marloes Postel bedanken voor haar uitgebreide feedback en steun gedurende deze opdracht. Dankzij de gesprekken met haar kon ik telkens weer een stap verder zetten in het onderzoeksproces. Tevens wil ik Peter Meulenbeek bedanken voor zijn feedback-moment op mijn verslag.

Mijn externe begeleider Marielle Bakker wil ik ook bedanken. Dankzij haar had ik meer input over de theoretische kant van het onderzoek en verliep het contact met ZorgAccent makkelijk en zonder problemen. Ik ben van mening dat mijn begeleiders ervoor hebben gezorgd dat ik dit onderzoek met succes kan afronden. Tevens wil ik de managers van ZorgAccent, Ans Oosterwechel en Paulie Renshof ook van harte bedanken voor hun medewerking en het regelen van de afname van de enquête en de interviews. Ten slotte ben ik ook de begeleiders erg dankbaar voor hun open en enthousiaste houding tijdens dit onderzoek.

Ik wens ZorgAccent veel succes met de overgang naar kleinschalig wonen en ik hoop contact te houden over de stand van zaken op dit gebied.

Angélique Gruters

SAMENVATTING

Achtergrond Onder de zware drinkers ontwikkelt drie procent het syndroom van Korsakov, naar schatting ongeveer 8.000 tot 10.000 mensen in Nederland. Het syndroom wordt gekenmerkt door geheugen- en executieve stoornissen. Het komt het meeste voor bij chronische alcoholisten en wordt veroorzaakt door een ernstig gebrek aan thiamine. De geheugenstoornissen zijn niet te herstellen waardoor de nadruk van verzorging ligt op begeleiding van het alledaagse leven bij zowel groot- als kleinschalige instellingen. Kleinschalig wonen wordt gedefinieerd als een groep van zes tot acht bewoners die een eigen huishouden vormen en leven volgens gezinsmodel. Onderzoek heeft aangetoond dat verzorgenden over het algemeen positiever zijn over kleinschalig wonen dan over grootschalige afdelingen. Overigens blijkt dat jonge, onervaren medewerkers meer moeite hebben met de zelfstandigheid van kleinschalig wonen. In het huidige onderzoek zal er een focus worden gelegd op de werkervaring. De onderzoeksvraag is dan ook: *Wat zijn de verschillen in ervaring met kleinschalig wonen voor Korsakov-patiënten van begeleiders bij ZorgAccent met meer versus minder werkervaring?*

Methode Er werden schriftelijke enquêtes afgenomen bij 61 begeleiders die werkzaam waren bij ZorgAccent. Van de 61 begeleiders vulden 59 begeleiders de enquête in. De enquête bestond uit een vragenlijst over arbeidstevredenheid, werkmotivatie en open vragen over voordelen, nadelen, vaardigheden, kennis, werkzaamheden en flexibiliteit bij kleinschalig wonen. Na het afnemen van de enquêtes werden er nog interviews afgenomen met acht begeleiders waarbij de open vragen van de enquête werden herhaald. De data van de vragenlijsten werden aan de hand van een eenweg-variantie analyse verwerkt. De interviews en open vragen werden getranscribeerd en opgesplitst in fragmenten, die vervolgens werden gelabeld. Zo ontstond een schema met de kern- en subcoderingen.

Resultaten Begeleiders met één tot en met vijf jaar werkervaring zijn minder tevreden met de kwaliteit van de zorg, het contact met patiënten en de totaalscore arbeidstevredenheid dan begeleiders met meer werkervaring. Er zijn geen significante verschillen gevonden in werkmotivatie bij verschillend aantal jaren werkervaring van begeleiders. Het blijkt dat de begeleiders over het algemeen positiever zijn over kleinschalig wonen en de grootste voordelen zijn huiselijkheid, verhoogde individuele aandacht en veiligheid. Solistisch werken en het bedreigende gevoel voor bewoners wordt als een nadeel gezien. Sommige begeleiders merken geen verschil in basisvaardigheden en kennis terwijl andere begeleiders wel degelijk verschil opmerken. Verder vinden de begeleiders dat de werkzaamheden bij kleinschalig wonen niet moeilijker zijn, maar anders. Ten slotte geven de begeleiders aan dat ze geen problemen hebben of geen verschillen zien in de flexibiliteit van de werkuren bij kleinschalig wonen.

Discussie Bij het huidige onderzoek moet in gedachten worden gehouden dat de vier groepen begeleiders onevenredig zijn wat betreft groepsgrootte. Voor betrouwbaardere uitspraken zou de groepsgrootte gelijk moeten zijn. Tevens worden er vergelijkingen gemaakt met literatuur waarbij het onderzoek is gericht op een vergelijking tussen een grootschalige- en kleinschalige settings bij bewoners met dementie en geen vergelijking tussen begeleiders met meer versus minder werkervaring bij bewoners met Korsakov.

ABSTRACT

Background Among the heavy drinkers three percent develops Korsakoff syndrome, an estimation of 8.000 to 10.000 people in the Netherlands. The syndrome is characterized by memory- and executive disorders. It is most common in chronic alcoholics but it is caused by a serious deficiency of thiamine. The memory disorders are not restorable and because of that there is a need of counseling in big- and small-scale institutions. Small-scale living is defined as a group with six to eight residents who form an household and live according to family model. Research has shown that caretakers are more positive about small-scale living than about large-scale departments. Moreover, it appears that younger, unexperienced caretakers have more trouble with the independency of small-scale living. In this research there will be a focus on work experience. The research question is: *What are the differences in experience with small-scale living for Korsakoff patients of caretakers at ZorgAccent with less versus more work experience.*

Methods Written surveys were conducted with 61 caretakers who work at ZorgAccent. Of the 61 caretakers 59 caretakers filled in the survey. The survey consisted of a questionnaire about job satisfaction, work motivation and open questions about advantages, disadvantages, skills, knowledge, tasks and flexibility of small-scale living. After the survey was conducted there were also eight interviews. This interviews consisted of the open questions from the survey. The questionnaire was analyzed with an one-way ANOVA. The interviews and the open questions were transcribed and divided in fragments, which were labeled accordingly. This led to a table with core- and subcodes.

Results Caretakers with one to five year work experience are less satisfied with the quality of the care, the contact with the patient and the total score of job satisfaction than caretakers with more work experience. There were no significant results on work motivation at different years of work experience from caretakers. It appears that caretakers are more positive about small-scale living. The advantages they named are domesticity, more individual attention and security. The caretakers see working alone and the threatening feeling for the residents as a disadvantage. Some caretakers do not notice any difference with skills and knowledge while other caretakers do notice differences. Furthermore caretakers find the tasks of small-scale living not difficult, but different. Finally, caretakers say that they have no problems or see no differences in the flexibility of small-scale living.

Discussion In this research it should be kept in mind that the four groups of caretakers are disproportional as regarding to group size. For more reliable statements the group sizes should be equal. Also there are comparisons with literature from which the research is focused on a comparison between large-scale and small-scale settings with residents who have dementia. There is no comparison between caretakers with less versus more work experience with residents who have the syndrome of Korsakoff.

1 INLEIDING

1.1 Alcoholgebruik

Volgens de meting van het Nationaal Prevalentie Onderzoek in 2009 was het percentage mensen van de volwassen Nederlandse bevolking dat het afgelopen jaar alcohol heeft gedronken 84 procent (Van Rooij, Schoenmakers & van de Mheen, 2011). Onder deze gebruikers blijkt dat tien procent zwaar drinkt. Dit komt neer op 1.4 miljoen mensen (Centraal Bureau Statistiek, 2010). Volgens het Centraal Bureau Statistiek (2010) wordt ‘zwaar drinken’ gedefinieerd als het drinken van minstens zes glazen alcohol op één of meer dagen per week. De World Health Organization (2000) benadrukt dat overmatig alcoholgebruik gepaard gaat met verhoogde kans op ziekte en sterfte. Het syndroom van Korsakov is een alcoholgerelateerde ziekte. Drie procent van de zware drinkers ontwikkelt dit syndroom (Arts, 2004).

1.2 Het syndroom van Korsakov

Er zijn weinig prevalentiecijfers bekend over het syndroom van Korsakov in Nederland. Het Korsakov Kenniscentrum (2013) schat het aantal patiënten met Korsakov tussen de 8.000 en 10.000. Het kenniscentrum zegt dat er geen exacte en recente gegevens voor handen zijn en als deze er zijn, gelden ze alleen voor een specifieke regio. Zo werd bijvoorbeeld bij epidemiologisch onderzoek in Den Haag een prevalentie van 4,8 Korsakovpatiënten per 10.000 inwoners gevonden (Blansjaar, 1992).

In de DSM-IV wordt het syndroom van Korsakov aangeduid als een persisterende, amnestische stoornis door alcohol (Eikelenboom, van Gool, Schmand & van der Mast, 2008). Bij het syndroom van Korsakov treden vooral stoornissen op in het expliciete geheugen waarbij er meer invloed is op het episodische geheugen dan op het semantische geheugen. De stoornissen van het expliciete geheugen laten zich opdelen in twee groepen: anterograde en retrograde amnesie (Arts, 2004). Het korte termijn geheugen blijft relatief intact (Kopelman, Thomson, Guerrini en Marshall, 2009). Bij het syndroom van Korsakov komen tevens stoornissen voor in de executieve functies. Zo blijkt het dat Korsakovpatiënten minder goed zijn in het genereren van strategieën en het inschatten van zaken als grootte, gewicht, hoeveelheid en tijd (Brand, Kalbe, Fuliwara, Huber & Markowitsch, 2003). Daarnaast worden er ook tekorten gevonden in planningsvaardigheden (Joyce & Robbins, 1991). Een gevolg van de geheugenstoornis is desoriëntatie. Daarnaast confabuleren patiënten door de geheugenproblemen en executieve stoornissen (Kuks & Snoek, 2007). Tevens erg kenmerkend voor patiënten met Korsakov zijn karakterveranderingen, gedragsstoornissen in de vorm van apathie, impulsiviteit, initiatiefloosheid en ten slotte het ontbreken van ziekteinzicht (Schepers, Koopmans & Bor, 2000).

Het syndroom komt het meest voor bij chronische alcoholisten. Echter is de beslissende factor niet het alcoholmisbruik, maar een ernstig gebrek aan thiamine. Dit staat ook wel bekend als vitamine B1. Het tekort aan thiamine wordt veroorzaakt door de verwaarlozing in de voeding die ontstaat door de alcoholverslaving (Arts, 2004). In minstens de helft van de gevallen begint het syndroom van Korsakov met een acuut en levensbedreigend ziektebeeld, de Wernicke-encefalopathie. Dit ontstaat wanneer de

hoeveelheid thiamine een kritische ondergrens bereikt waardoor essentiële fysiologische processen ernstig verstoord raken en er weefselbeschadiging optreedt. Kenmerkend hierbij zijn oogbewegings-, loop- en psychische stoornissen. Daarnaast is er ook sprake van verwardheid, geheugen- en gedragsstoornissen (Arts, 2004). Bij het ontdekken van de encefalopathie moet zo snel mogelijk vitamine B1 worden toegediend zodat de schade zo veel mogelijk wordt beperkt. Als dit op tijd wordt toegediend verbeteren de oogbeweging-, loop-, psychische stoornissen en verwardheid snel. De geheugen- en gedragsstoornissen zullen echter niet of niet snel verbeteren. Bij minder dan een kwart van de patiënten treedt een redelijk goed herstel op. Bij de rest is er echter sprake van weinig verbetering. Deze patiënten hebben na hun Wernicke-encefalopathie het syndroom van Korsakov (Kaufman, 2006).

De geheugenstoornissen zullen niet, of nauwelijks verbeteren (Kaufman, 2006). De nadruk bij behandeling en begeleiding ligt met name op het omgaan met het syndroom. Het blijkt dat de patiënten met het syndroom van Korsakov niet alleen kunnen leven en moeilijk kunnen worden begeleid in een familie omgeving. Over het algemeen worden mensen met Korsakov begeleid in een zorginstelling (Kopelman et. al., 2009).

1.3 Kleinschalig wonen

Er zijn verschillende locaties waar patiënten met het syndroom van Korsakov worden begeleid. De begeleiding kan plaatsvinden op een grootschalige afdeling, bijvoorbeeld in een verpleeghuis. Daarnaast kan de begeleiding plaatsvinden op een kleinschalige afdeling wat ook wel bekend staat als kleinschalig wonen. Kleinschalig wonen wordt vaak toegepast op psychiatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. In de ouderenzorg komt het nog weinig voor behalve bij patiënten met dementie (te Boekhorst, Depla, de Lange, Pot & Eefsting, 2007). Er blijkt sprake te zijn geweest van een toename van het aantal kleinschalige woonvormen in Nederland bij de ouderenzorg. Zo stimuleerde ook de Nederlandse regering de kleinschalige woonvormen zowel inhoudelijk als financieel (Bussemaker, 2009). Door Bussemaker (2009) wordt beschreven dat de essentie van het succes van kleinschalig wonen voor ouderen is gelegen in de rustige, huiselijke sfeer die aan de bewoners wordt aangeboden. De gezamenlijke huishouding en de vertrouwde, vanzelfsprekende activiteit die dat voor bewoners met zich meebrengt werkt heilzaam op het welbevinden van de bewoners. Het was de bedoeling dat er in 2010 ongeveer 25% van de psychogeriatrische zorg kleinschalig gerealiseerd zou worden (Verbeek, Zwakhalen, van Rossum, Ambergen & Kempen, 2010). Dit houdt in dat 25% van de zorg gericht op ouderen met dementie zou moeten bestaan uit kleinschalig wonen. Uit de databank van het Kenniscentrum Wonen-Zorg (2013) blijkt dat halverwege 2011 meer dan 450 projecten voor kleinschalig wonen geregistreerd waren. Deze cijfers gelden alleen al voor dementerende ouderen. Volgens deze databank woonden in Nederland in 2010 naar schatting meer dan 12.000 dementerenden binnen de woonprojecten. Hiermee is de 25 procent behaald.

Het Trimbos instituut hanteert de volgende definitie voor kleinschalige woonvormen: er wordt gesproken van kleinschalig wonen wanneer er sprake is van een groep van zes tot acht bewoners die een eigen huishouden vormen. De bewoners vormen met elkaar een groep waarmee bedoeld wordt dat er sprake is van een leven als in een gezinssituatie. Bezoek van de familie is hierbij welkom (Trimbos Instituut, 2010). Volgens Alzheimer Nederland (2013)

zijn er enkele voorwaarden waaraan de zorg moet voldoen voordat het kan worden gedefinieerd als kleinschalige zorg. De groep bewoners krijgt zorg en ondersteuning van een vast team medewerkers. De woonruimte is herkenbaar als 'huis'. Er is een huiskamer en elke bewoner heeft een eigen slaapkamer. De bewoners kunnen zelfs hun eigen meubels meenemen. Kleinschalig wonen wordt verder gekenmerkt door een gewoon huishouden waarbij er samen boodschappen worden gedaan en er samen wordt gekookt, gegeten en afgewassen. Ten slotte is de laatste voorwaarde dat bewoners zelf hun dagelijks leven inrichten door bijvoorbeeld zelf te bepalen wanneer ze opstaan en wanneer ze naar bed gaan.

1.4 Kleinschalig wonen bij dementie

Tot nu toe is er zover bekend geen onderzoek gedaan naar kleinschalig wonen bij patiënten met Korsakov. Er is wel onderzoek gedaan naar kleinschalige woonvormen bij mensen met dementie. Enkele van deze onderzoeken worden uiteengezet om een duidelijker beeld te creëren over kleinschalig wonen.

In het onderzoek van Verbeek, van Rossum, Zwakhalen, Kempen en Hamers (2011) werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoek waarbij er vragenlijsten werden afgenomen bij demente bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Het doel van het onderzoek was de positieve en negatieve effecten van kleinschalige woonvormen te evalueren bij bewoners, mantelzorgers en verzorgenden. Uit de resultaten blijkt dat er geen verschil in kwaliteit van het leven is tussen de bewoners op grootschalige afdeling en bij kleinschalig wonen. Wel blijkt dat er minder gebruik wordt gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca bij kleinschalig wonen. Dit wordt door de bewoners als prettig ervaren. Verder laten de bewoners bij kleinschalig wonen een grotere sociale betrokkenheid zien. Mantelzorgers ervaren minder belasting bij kleinschalig wonen doordat er een betere communicatie is met de verzorgenden. Hierdoor ervaren ze meer tevredenheid over de verzorging van de bewoners. Wat betreft de verzorgenden zijn er geen effecten gevonden op arbeidstevredenheid en motivatie. Tevens werden er in dit onderzoek ook enkele positieve en negatieve aspecten van kleinschalig wonen geïdentificeerd. De verzorgenden bij kleinschalige woonvormen, ten opzichte van een grootschalige afdeling, ervaren het als positief dat ze meer persoonlijk contact met de bewoners hebben, ze het gevoel hebben meer aandacht te kunnen geven aan de bewoners en dat ze een grotere autonomie hebben in de daginvulling met de hieraan gerelateerde zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. Ten slotte ervaren de verzorgenden bij kleinschalige woonvormen, ten opzichte van grootschalige afdelingen, het als negatief dat ze het grootste gedeelte van de dag sociale steun missen van hun collega's of leidinggevende. Hierdoor konden ze geen problemen bespreken, verantwoordelijkheid delen of om hulp vragen bij moeilijkheden. Andere negatieve ervaringen zijn de kleinere personele bezetting en de grotere ervaren emotionele last. Deze wordt veroorzaakt door de hechtere band die de verzorgenden hebben met de bewoners en dit door de kleinere bezetting niet kunnen delen met hun collega's.

In het onderzoek van Zadelhoff, Verbeek, Widdershoven, van Rossum en Abma (2011) werden er een half jaar lang observaties en interviews uitgevoerd met de bewoners, mantelzorgers en de verzorgenden bij twee verschillende kleinschalige woonvormen. Deze kwalitatieve data werd geanalyseerd en gerelateerd aan een ethisch kader. Dit werd gebruikt

voor een diepgang in de ethische kwaliteit van de kleinschalige woonvormen. Uit de analyse blijkt dat verzorgenden het vooral als prettig ervaren dat ze meer aandacht kunnen geven aan elke individuele bewoner, ze hechter contact hebben met de bewoner en dat hierdoor de communicatie beter verloopt. De verzorgenden geven ook aan dat door de persoonlijke band die ze met de bewoners hebben hun arbeidstevredenheid stijgt. Er wordt geconcludeerd dat kleinschalige woonvormen een conditie creëert voor goede verzorging en de stimulering van aandacht en responsiviteit. Spanningen die kunnen optreden worden veroorzaakt door de nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden en taken. Niet alle bewoners en mantelzorgers willen of zijn ertoe in staat om verantwoordelijkheid te nemen en zelf verzorging uit te voeren.

Ten slotte wordt door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006) de veranderingen die kleinschalig wonen met zich meebrengt voor de verzorgenden beschreven. Zo blijkt dat kleinschalig wonen vooral gaat om cliënten mogelijkheden bieden om hun eigen manier van leven voort te zetten en er zodoende andere onderwerpen in het werk naar voren komen. Het takenpakket van de verzorgenden is anders, want het is minder taakgericht en meer integraal. Daarnaast wordt er ook een andere werkwijze verwacht. Van zorgen naar dienst verlenen aangezien lichamelijke verzorging slechts een onderdeel is van het dagelijks leven. Er zullen werkzaamheden en vaardigheden nodig zijn die niet direct te maken hebben met zorgverlening, maar meer nadruk leggen op de communicatieve en agogische vaardigheden. De communicatieve vaardigheden die worden benadrukt zijn het geven en ontvangen van feedback, het reflecteren op het handelen van anderen, het bespreken van botsende waarden en het bespreken van incidenten. Daarnaast zullen de verzorgenden flexibeler, ad hoc en zelfstandiger moeten werken. Tevens komt er in het werk een andere competentie centraal te staan. Er is kennis en kunde nodig van de basisprincipes van een respectvolle omgang, van systematisch en methodisch samenwerken en van specifieke ziektebeelden. Een kanttekening die hierbij moet worden gemaakt is dat de begeleiders op grootschalige afdelingen bij ZorgAccent ook over deze vaardigheden moeten beschikken. Het verloop onder de medewerkers hangt sterk af van de teamsamenstelling. Wanneer het team bestaat uit een goede mix en men samen wordt geschoold dan wordt er goed omgegaan met de veranderingen. Wanneer het team jonger is zullen er meer problemen optreden. Jonge, onervaren medewerkers hebben vaak meer moeite met de vereiste zelfstandigheid en missen de gelegenheid om terug te vallen op een leidinggevende. Hiervoor is meer mogelijkheid op grootschalige afdelingen. Oudere medewerkers hebben meer deskundigheid en ervaring waardoor zij beter kunnen omgaan met een kleinschalige werkomgeving.

1.5 Aspecten in huidig onderzoek

Er is tot nu toe gesproken over onderzoeken waar verzorgenden aan hebben meegewerkt. De medewerkers binnen de Korsakovafdelingen van ZorgAccen worden begeleiders genoemd. In het huidig onderzoek zal er sprake zijn van de evaluatie van de ervaringen van begeleiders met kleinschalig wonen. De begeleiders zijn werkzaam op een kleinschalige woonafdeling of op een grootschalige afdeling die in overgang is naar kleinschalig wonen, met Korsakov-patiënten.

Aan de hand van de bestudeerde literatuur zal er worden gekeken naar de mening van begeleiders op enkele aspecten die hieronder worden beschreven.

Uit het onderzoek van Verbeek et. al. (2011) blijkt dat verzorgenden bij kleinschalig wonen niet meer tevreden met hun werk of gemotiveerder zijn dan verzorgenden op grootschalige afdelingen. Het blijkt dat jonge, onervaren medewerkers meer moeite hebben met de zelfstandigheid van kleinschalig wonen. In het huidig onderzoek zullen arbeidstevredenheid en motivatie worden vergeleken met meer versus minder werkervaring (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2006).

Tevens blijkt uit de onderzoeken van Verbeek et. al. (2011) en van Zadelhoff et. al. (2011) dat verzorgenden de betrokkenheid met de bewoners en het persoonlijke contact, het gevoel meer aandacht en tijd te kunnen geven aan bewoners als positief ervaren. Tevens werd autonomie in de daginvulling en de hieraan gerelateerd zelfstandigheid en verantwoordelijkheid als positieve aspecten van kleinschalig wonen ervaren. Daarnaast bleek uit het onderzoek dat verzorgenden het alleen werken, kwetsbaarheid van personele bezetting en de emotionele druk die ze ervaren door de hechtere band met bewoners vooral als negatieve aspecten van kleinschalig wonen ervaren. Al met al werd er geconcludeerd uit het onderzoek dat er meer positieve aspecten werden benoemd dan negatieve aspecten (Verbeek et. al., 2011). In het huidig onderzoek zullen positieve en negatieve aspecten worden vergeleken met eerdere ervaringen op grootschalige afdelingen voor begeleiders met meer versus minder werkervaring.

Ten slotte zal er worden gekeken naar de flexibiliteit van de werkuren, benodigde kennis en vaardigheden voor het leerproces en de moeilijkheidsgraad van de werkzaamheden van de begeleiders bij kleinschalig wonen in vergelijking met grootschalige afdeling. Uit de beschrijving van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006) blijkt namelijk dat er sprake is van verandering in werkzaamheden, flexibiliteit en benodigde kennis en vaardigheden voor verzorgenden bij kleinschalige woonvormen. Er wordt beschreven dat de werkzaamheden anders zijn namelijk minder taakgericht en meer integraal. De werkwijze gaat van zorgen naar dienstverlening. Het gaat vooral om cliënten mogelijkheden te bieden zodat ze hun eigen manier van leven voort kunnen zetten. Hierdoor ligt de nadruk minder op verzorgen en meer op begeleiden. Er wordt bij kleinschalig wonen meer nadruk gelegd op de communicatieve en agogische vaardigheden en met name op het geven en ontvangen van feedback, reflecteren en het bespreken van botsende waarden en incidenten. Er moet ook meer kennis en kunde zijn van de basisprincipes van respectvolle omgang, van het systematische en methodisch samenwerken en ook van de specifieke ziektebeelden. Deze kennis en vaardigheden zijn belangrijk door het solistische werken bij kleinschalig wonen. Ten slotte blijkt dat de verzorgenden flexibeler, ad hoc en zelfstandiger moet werken.

1.6 Onderzoeksvraag

‘Wat zijn de verschillen in ervaringen met kleinschalig wonen voor Korsakov-patiënten van begeleiders bij ZorgAccent met meer versus minder werkervaring?’

Vanuit deze onderzoeksvraag vloeien de volgende deelvragen:

1. Wat is het verschil in arbeidstevredenheid en werkmotivatie tussen begeleiders met meer versus minder werkervaring?
2. Wat zijn positieve en negatieve aspecten van kleinschalig wonen, in vergelijking met de eerdere ervaringen op grootschalige afdelingen, voor begeleiders met meer versus minder werkervaring?
3. Wat is het verschil tussen werken op een klein- versus grootschalige afdeling voor begeleiders met meer versus minder werkervaring wat betreft basiskennis en vaardigheden, moeilijkheidsgraad werkzaamheden en flexibiliteit?

2.1 Respondenten en design

Om meer inzicht te krijgen in de positieve en negatieve ervaringen met kleinschalig wonen werd er een schriftelijke vragenlijst afgenomen bij 61 begeleider waarvan de jongste 21 jaar en de oudste 58 jaar was. Van de 61 begeleiders waren er twee langdurig ziek waardoor de respons bestond uit 59 begeleiders. Deze begeleiders werkten bij ZorgAccent op de locatie Krönnenzommer of op de locatie in Nijverdal. Ze waren reeds of binnen korte termijn werkzaam op een kleinschalige afdeling met patiënten die het syndroom van Korsakov hadden. Een deel van de begeleiders had ook ervaring op grootschalige afdelingen. De begeleiders hadden de opleiding niveau 3 IG, SPW 4 of SPH afgerond. Tevens werd er als verdieping op de open vragen van de enquête interviews afgenomen met acht begeleiders. Deze werden geselecteerd door de managers en de psycholoog op basis van hun ervaringen met kleinschalige woongroepen en grootschalige afdelingen en het werken met Korsakov-patiënten.

2.2 Procedure

Via de psycholoog en twee managers die werkzaam waren op de locatie Krönnenzommer werd de vragenlijst uitgedeeld aan de medewerkers. De vragenlijsten werden uitgedeeld tijdens de verschillende werkbesprekingen van de team en ingevuld op papier. Bij het uitdelen van de vragenlijst werd er een korte introductie gegeven over het onderzoek en over de werking van het invullen van de vragenlijst. Hierbij werd er vooral duidelijk gemaakt dat de respondenten het zelf moesten invullen en het onderzoek anoniem was. Dit hield in dat de data van de enquêtes en de interviews niet terug was te leiden naar de begeleiders. De enquêtes werden afgenomen tussen 6 en 28 mei 2013.

Na de afname en verwerking van de enquêtes werden er op 27 en 28 mei 2013 interviews afgenomen met tien begeleiders. Twee begeleiders hadden een spoedopname waardoor er uiteindelijk met acht begeleiders interviews werden afgenomen.

2.3 Het meetinstrument: de vragenlijst

Er was gekozen voor een papieren vragenlijst omdat er naar persoonlijke en wellicht gevoelige aspecten uit het leven van de begeleiders werd gevraagd. De begeleiders waren door het feit dat de verkregen data van de enquêtes en interviews niet terug te leiden was naar hun er van bewust dat de gegevens vertrouwelijk werden behandeld. Hiermee werd de hoogste respons verwacht (Cohen, Manion & Morrison 2011).

De vragenlijst werd opgebouwd uit verschillende onderdelen die gericht waren op verschillende onderwerpen. Deze zullen hieronder worden besproken in respectievelijke volgorde.

2.3.1 Sociodemografische variabelen

Het eerste onderdeel van de vragenlijst betrof vragen over de sociodemografische variabelen. Eerst werd naar het geslacht gevraagd. Daarna werd er gevraagd naar de

afgeronde opleiding met de volgende invulmogelijkheden: ‘Verzorgende/verplegende’, ‘Agogisch’, ‘Verzorgend/verplegend en agogisch’ en ‘Anders...’. Daarnaast werden er enkele specifiekere vragen gesteld. Er werd gevraagd naar het aantal jaren ervaring op een Korsakov woongroep, zowel groot- als kleinschalig, en het aantal jaren ervaring op een Korsakov woongroep, bij alleen kleinschalig. Deze twee vragen hadden de volgende invulmogelijkheden: ‘Minder dan 1 jaar’, ‘1-5 jaar’, ‘6-10 jaar’ en ‘Meer dan 10 jaar’.

2.3.2 Arbeidstevredenheid

Om arbeidstevredenheid te meten werd de Maastrichtse arbeidstevredenheids-schaal voor de gezondheidszorg gebruikt (Landeweerd, Boumands & Nissen, 1996a ; 1996b). De vragenlijst bestond uit 21 items die werden beantwoord op een 5-punts likert-schaal variërend van *zeer ontevreden* (1) tot *zeer tevreden* (5). In tabel 1 staan de schalen en subschalen met de bijbehorende Cronbach’s alpha’s en het aantal items per schaal vermeld. De interne consistentie bleek voldoende. De item-totaal correlatie berekening zijn redelijk tot goed (0.40 – 0.60) (Landeweerd, Boumands & Nissen, 1996a ; 1996b).

Tabel 1

De psychometrische gegevens van de vragenlijsten voor arbeidstevredenheid en motivatie.

Schalen en subschalen	A	aantal items
Arbeidstevredenheid	0.89	21
- Tevredenheid met de leiding	0.88	3
- Tevredenheid met promotiemogelijkheden	0.86	3
- Tevredenheid met de kwaliteit van de zorg	0.83	3
- Tevredenheid met groeimogelijkheden	0.78	3
- Tevredenheid met contacten collega’s	0.80	3
- Tevredenheid met patiënten/cliënten	0.76	3
- Tevredenheid met duidelijkheid	0.66	3
Werkmotivatie	0.86	3

2.3.3 Motivatie

Om de werkmotivatie te meten werd de vragenlijst Werkmotivatie gebruikt (Van Knippenberg & Van Schie, 2000). De vragenlijst bestond uit drie items die werden beantwoord op een 5-punts likert-schaal variërend van *helemaal niet mee eens* (1), tot *helemaal mee eens* (5). In tabel 1 staat de schaal met bijbehorende Cronbach’s alpha en aantal items vermeld (Van Knippenberg & Van Schie, 2000).

2.3.7 Open vragen

Het laatste onderdeel van de vragenlijst betrof open vragen. De vragen die werden gesteld gingen over positieve en negatieve aspecten van kleinschalig wonen voor zowel de bewoners als de begeleiders zelf. Overige vragen die werden gesteld gingen over de verschillen in basiskennis en vaardigheden die nodig zijn voor het leerproces,

moelijkheidsgraad van de werkzaamheden en de flexibiliteit van de werkuren. Deze vragen werden allemaal gesteld als vergelijking van kleinschalig wonen met hun eerdere ervaring op een grootschalige afdeling. In de bijlage is de volledige enquête terug te vinden.

2.4 Het meetinstrument: het interview

De interviews werden afgenomen om meer te weten te komen over de positieve en negatieve ervaringen die begeleiders, met meer versus minder werkervaring, hadden met kleinschalig wonen en hoe dit verschilt met de ervaringen die ze hadden op grootschalige afdelingen. Door middel van een interview was er de mogelijkheid om door te vragen waardoor er meer verdieping kon worden gegeven aan de antwoorden (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009). De open vragen uit de vragenlijst werden herhaald en hierop werd zo veel mogelijk doorgevraagd ter onderbouwing. In de bijlage is het sjabloon van het interview terug te vinden.

2.5 Analyse resultaten

Nadat alle vragenlijsten waren ingevuld werden deze door de onderzoeker ingevoerd in het programma: IBM SPSS Statistics versie 20.0. De statistische toetsen die gebruikt werden voor de kwantitatieve analyse waren de eenweg-variantie analyse, post-hoc test van Tukey en beschrijvende statistieken. Bij de toetsen werd een significantieniveau van 0.05 gehanteerd.

De interviews en open vragen werden geanalyseerd aan de hand van het stappenplan voor het analyseren van kwalitatieve gegevens van Baarda, de Goede en Teunissen (2009). Voor de analyse werden de interviews en open vragen in transcripten uitgewerkt. De interviews en open vragen werden letterlijk uitgetypt om eigen interpretaties zoveel mogelijk uit te sluiten. Daarna werden alle transcripten in een bestand verzameld om vergelijkingen te kunnen maken. De analyse werd gedaan met behulp van de gefundeerde theoriebenadering. Na het transcriberen werd informatie geselecteerd op relevantie waarbij de onderzoeksvraag als uitgangspunt diende. De relevante tekst werd opgesplitst in fragmenten die vervolgens open werden gecodeerd. Dit wil zeggen dat een tekstfragment van een kenmerkende naam, omschrijving of andere code werd voorzien, die relevant was voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Er waren een aantal richtlijnen bij dit proces van coderen: een label moest kenmerkend zijn voor het tekstfragment en relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en het label moest iets zeggen over het individu, situatie, groep of proces. Het coderen werd gedaan door middel van het programma Atlas.ti. Na afronding van het coderingssysteem werden er kerncoderingen geïdentificeerd waarmee de onderzoeks- en deelvragen werden beantwoord. In bijlage III is een overzicht te zien van de kern- en subcoderingen.

3 RESULTATEN

3.1 Sociodemografische variabelen

In tabel 2 worden de sociodemografische variabelen beschreven van de begeleiders. De meerderheid van de begeleiders is vrouw (86%) en heeft een verzorgende/verplegende opleiding afgerond (73%). Daarnaast had de grootste groep van de begeleiders meer dan tien jaar ervaring met zowel groot- als kleinschalig wonen (44%) en had de grootste groep van de begeleiders één tot en met vijf jaar werkervaring met kleinschalig wonen (54%).

Tabel 2

Overzicht sociodemografische variabelen van de begeleiders.

Sociodemografische variabelen		Frequentie(%)
Geslacht	Vrouw	51 (86.4)
	Man	4 (6.8)
	Onbekend	4 (6.8)
Opleiding	Verzorgend/verplegende	43 (72.9)
	Agogisch	7 (11.9)
	Verzorgend/verplegend en agogisch	3 (5.1)
	Overig	5 (8.5)
	Onbekend	1 (1.7)
Ervaring groot- en kleinschalig	Minder dan 1 jaar	4 (6.8)
	1-5 jaar	20 (33.9)
	6-10 jaar	8 (13.6)
	Meer dan 10 jaar	26 (44.1)
	Onbekend	1 (1.7)
Ervaring kleinschalig	Minder dan 1 jaar	7 (11.9)
	1-5 jaar	32 (54.2)
	6-10 jaar	10 (16.9)
	Meer dan 10 jaar	3 (5.1)
	Onbekend	7 (11.9)

3.2 Arbeidstevredenheid

In tabel 3 is er een overzicht te zien van de gemiddelde scores, standaarddeviatie en de testresultaten van arbeidstevredenheid en het verschillende aantal jaren werkervaring met zowel groot- als kleinschalig wonen.

Tabel 3

Verschillen in arbeidstevredenheid bij verschillend aantal jaren werkervaring van begeleiders.

Tevredenheid met...	Verschillend aantal jaren werkervaring				Resultaten		
	<1(n=4) M(SD)	1-5(n=20) M(SD)	6-10(n=8) M(SD)	>10(n=28) M(SD)	F	Df	p
Totaalscore	4.01(0.3)	3.78(0.3)	4.13(0.4)	3.97(0.2)	3.59	3,53	.02*
De leiding	4.08(0.4)	4.02(0.4)	4.17(0.5)	4.19(0.3)	0.92	3,53	.44
Promotiemogelijkheden	3.58(0.4)	3.57(0.5)	3.83(0.6)	3.55(0.7)	0.48	3,53	.70
De kwaliteit van zorg	4.08(0.3)	3.55(0.6)	4.17(0.5)	4.04(0.2)	7.04	3,53	.00*
Groeimogelijkheden	3.75(0.6)	3.75(0.5)	4.13(0.4)	3.95(0.4)	1.85	3,53	.15
Contacten/collega's	4.25(0.5)	3.87(0.4)	4.08(0.5)	3.99(0.4)	1.25	3,53	.30
Patiënten/cliënten	4.33(0.3)	3.87(0.4)	4.42(0.5)	4.10(0.5)	3.85	3,53	.01*
Duidelijkheid	4.00(0.3)	3.85(0.5)	4.08(0.6)	4.03(0.3)	0.96	3,53	.42

* $p < 0.05$

Er blijkt sprake te zijn van een verschil tussen de vier groepen op drie van de acht scores, namelijk de tevredenheid met de kwaliteit van de zorg ($F(3,53) = 7.04$, $p < .00$), over het contact met de patiënt ($F(3,53) = 3.85$, $p < .01$) en op totale arbeidstevredenheid ($F(3,53) = 3.59$, $p < .02$). Al met al zijn er systematische verschillen gevonden in arbeidstevredenheid, de kwaliteit van de zorg en contact met patiënten/cliënten bij de vier groepen met een verschillend aantal jaren werkervaring.

Een post-hoc vergelijking toonde aan dat begeleiders met één tot en met vijf jaar werkervaring significant minder tevreden zijn over het contact met de patiënt ($p < .02$) en over de totale arbeidstevredenheid ($p < .02$) dan begeleiders met zes tot en met tien jaar werkervaring. Daarnaast zijn begeleiders met één tot en met vijf jaar werkervaring significant minder tevreden over de kwaliteit van de zorg ($p < .00$; $p < .00$) dan begeleiders met meer dan vijf jaar werkervaring. Al met al zijn begeleiders met minder werkervaring minder tevreden met de kwaliteit van de zorg, contact met patiënten/cliënten en arbeidstevredenheid dan begeleiders met meer werkervaring. Een overzicht van de post-hoc analyse is terug te vinden in bijlage III.

3.3 Werkmotivatie

In tabel 4 is er een overzicht te zien van de gemiddelde scores, standaarddeviatie en de testresultaten van werkmotivatie en het aantal jaren werkervaring met zowel groot- als kleinschalig wonen. Er zijn geen significante verschillen gevonden in werkmotivatie.

Tabel 4

Verschillen in werkmotivatie bij verschillend aantal jaren werkervaring van begeleiders.

Schaal	Verschillend aantal jaren werkervaring				Resultaten		
	<1(n=4) M (SD)	1-5(n=20) M (SD)	6-10(n=8) M (SD)	>10(n=28) M (SD)	F	Df	p
Werkmotivatie	4.42(0.7)	4.48(0.4)	4.67(0.4)	4.40(0.5)	0.72	3.54	0.55

3.4 Werkervaring

In de interviews werd dieper ingegaan op het onderwerp werkervaring. De begeleiders zijn van mening dat meer werkervaring ervoor zorgt dat het werken bij kleinschalig wonen makkelijker verloopt.

Door meer werkervaring is er meer kennis over het specifieke ziektebeeld van Korsakov waardoor symptomen makkelijker worden herkend. Tevens is er meer kennis over de omgang met en over de bewoners zelf. Alle acht begeleiders noemden bij de interviews dat werkervaring erg belangrijk is bij kleinschalig wonen, omdat je solistisch moet werken. Door het solistische werken sta je vaker alleen en moeten acute beslissingen alleen worden gemaakt. Door de grotere kennis en eigen ervaring is het makkelijker om deze beslissing te maken. *“Ik denk dat je op een kleinschalige woongroep veel sneller een beslissing moet nemen. Op grootschalige neem je samen met je collega’s een beslissing. De eigen ervaring is toch doorslaggevend.”* Er kan niet worden teruggevallen op of afgekeken worden bij collega’s en er is ook minder overleg. Je bent geheel op jezelf aangewezen. *“De ervaring met Korsakov vind ik wel een pre. Ik heb zelf ervaren dat doordat ik met grootschalige afdelingen veel heb kunnen meekijken en zodoende veel heb kunnen leren, het voor mij makkelijker was om op een kleinschalige woonafdeling te werken. Je bent op jezelf aangewezen met kleinschalig wonen en dan is ervaring erg handig.”* Als er fouten worden gemaakt en onervaren begeleiders staan alleen voor een groep, dan worden deze niet gelijk herkend en gecorrigeerd. *“Bij kleinschalig wonen moet je alles zelf doen. Je kan het probleem niet doorschuiven naar iemand anders. Hierdoor kan je dus als je onervaren bent de verkeerde keuze maken en hier niet van leren.”* Ten slotte vertelt één begeleider dat werkervaring ervoor zorgt dat begeleiders meer vertrouwen hebben in hun doen en laten. Ze kunnen hierdoor beter onderhandelen, reflecteren en houden makkelijker overzicht. *“Je merkt bij de jongere medewerkers dat de één het wel kan hebben en dat sommige meiden gewoon weggeblazen worden door de grote mannen hier. Het gaat niet altijd om je best doen, maar je moet goed in je schoenen staan.”*

Al met al vinden zeven begeleiders de werkervaring erg belangrijk, terwijl één begeleider benoemt dat kleinschalig wonen voor nieuwkomers ook voordelen kan hebben. Het is namelijk overzichtelijker en duidelijker en omdat er minder cliënten zijn is er ook minder informatie. *“Des te groter de groep des te eerder je storing in je eigen hersenpan krijgt doordat je veel meer informatie moet onthouden.”*

3.5 Positieve aspecten van kleinschalig wonen

De begeleiders ervaren de huiselijkheid, individuele aandacht, veiligheid en kleinere teams als voordelen van kleinschalig wonen. Huiselijkheid, individuele aandacht en veiligheid worden tevens aangestipt als voordelen voor bewoners. Over het algemeen is er sprake van een positieve houding onder de begeleiders ten opzichte van kleinschalig wonen. Zeker de helft van de begeleiders is daadwerkelijk positiever over kleinschalig wonen. *“Ik vind het gewoon veel prettiger werken dan grootschalige afdelingen.”*

56% van de begeleiders gaven bij de open vragen aan huiselijkheid als positief te ervaren. Tevens gaven vijf begeleiders dit aan tijdens de interviews. De begeleiders vinden het leuk om samen te koken en te eten met de cliënten. *“Je kan alle aspecten van het wonen*

meepakken. Het is niet alleen verzorging, maar je doet eigenlijk een gezamenlijke huishouding met een cliënt. Het is gewoon zo normaal mogelijk.” De begeleiders denken dat de huiselijkheid de cliënten het idee geeft dat ze er wonen en niet meer dat ze in een instelling zitten. 34% van de begeleiders gaven bij de open vragen aan dat ze de mogelijkheid om meer individuele aandacht te kunnen geven aan de cliënt als positief ervaren. Dit werd tevens door vijf begeleiders bij de interviews benadrukt. Onder de individuele aandacht valt onder andere het meer tijd en aandacht hebben voor de individuele cliënt en hierdoor makkelijker een hechtere en intieme band met de cliënt opbouwen. Aangezien ze vanuit de relatie werken denken de begeleiders dat dit een positief effect heeft op de cliënten. Zes geïnterviewde begeleiders geven aan dat ze door de verhoogde individuele aandacht cliëntgericht kunnen werken. *“Ik denk doordat je maar acht cliënten hebt je veel meer individueel gericht bezig kunt zijn. Nu is het ’s morgens heel vaak zo dat je voor een bepaalde tijd klaar moet zijn, maar omdat je dan maar acht cliënten hebt kan je jezelf dan puur richten op die cliënten. Je houdt dus meer tijd over per cliënt. Ik denk ook dat je een persoonlijker band gaat krijgen met de cliënten omdat het er gewoon minder zijn.”* Drie begeleiders geven bij de open vraag aan dat de kleinere groepen zorgt voor meer veiligheid. Aangezien er minder cliënten in een groep zitten wordt de groepscohesie bevordert, kunnen de begeleiders makkelijker overzicht houden en heerst er meer rust, omdat er minder prikkels aanwezig zijn. Ten slotte geven vier begeleiders bij de open vragen aan dat een kleinere team een positief aspect is van kleinschalig wonen. Door de kleinere teams moeten ze alleen werken en zijn ze meer op zichzelf aangewezen. Dit geeft ze meer de mogelijkheid om te leren. Ze hebben een grotere verantwoordelijkheid en moeten alleen veelzijdiger werk uitvoeren. *“Je hebt geen vluchtwegen, je moet gewoon voor de groep staan en je kan dus niet wegvluchten. Alles wat op je pad komt is voor jou, los het maar op. Dus je leert er ook meer van omdat je de confrontatie vaker en sneller aan moet gaan.”*

Bij de vraag wat de positieve aspecten zijn van kleinschalig wonen voor bewoners kwam huiselijkheid het meeste naar voren. Ongeveer 61% van de begeleiders benoemde dit bij de open vragen en bij de interviews werd het genoemd door zes begeleiders. Door het huiselijke gevoel dat wordt gecreëerd in een kleinschalige woonomgeving krijgen de bewoners het idee dat ze meedraaien in de maatschappij. De mate van dit gevoel dat ze meedraaien in maatschappij is wel afhankelijk in welke leefgroep de cliënten woonachtig zijn. De volgende uitspraak gaat over een gerehabiliteerde groep buiten het instellingsterrein. *“Ze kunnen het dorp in als ze georiënteerd zijn met de omgeving. Alleen al het gevoel om in de maatschappij te zitten is heel erg mooi. Het zelf boodschappen kunnen doen in het dorp, zelf het menu samenstellen, zelf meedenken en op vakantie gaan.”* Bij kleinschalig wonen, in tegenstelling tot grootschalige afdelingen, hebben de bewoners vaak een eigen slaapkamer. Door de huiselijke aspecten hebben de bewoners veel meer mogelijkheden om zich terug te trekken wanneer ze dat nodig hebben. Er is meer privacy dan bij grootschalige afdelingen. Door de huiselijkheid kunnen de bewoners meer zichzelf zijn. *“Wat ook heel leuk is dat de mensen zichzelf kunnen zijn met al hun nukken en eigen narigheden. Normaal zouden A en B elkaar bijten, maar toch accepteren ze meer van elkaar. Iedereen kan veel meer zichzelf zijn. Met een grote groep doen veel bewoners zich anders voor. Dan is er weer sprake van het groepsgebeuren. Het is een groot voordeel dat ze zichzelf kunnen zijn en al helemaal bij*

Korsakov. Ze hoeven niet meer de hele tijd op hun tenen te lopen omdat ze zich anders moeten voordoen. Dat zie je ook bij nieuwkomers. Ze komen in een veilige haven waar ze wel worden geaccepteerd en dat is leuk. Ze hoeven zich niet op te boksen en zichzelf te bewijzen.” 37% van de begeleiders gaf bij de open vragen aan dat de individuele aandacht voor de cliënt als positief wordt ervaren. Dit werd ook genoemd door vier begeleiders bij de interviews. Door de verhoogde aandacht en tijd die begeleiders aan cliënten kunnen geven hebben begeleiders het idee dat ze daarmee hun eigenwaarde verhogen. *“Ik heb het idee dat ze meer persoonlijke aandacht krijgen. Dat er beter naar ze wordt geluisterd. Dat er meer gebeurt wat ze zelf willen. Ze hebben een eigen stem! Juist omdat het kleinschalig is kun je beter de cliënt ondersteunen in zijn of haar stem te laten horen. Om de cliënt naar voren te laten komen.”* Ten slotte geeft 35% van de begeleiders bij de open vragen aan de veiligheid voor de bewoners positief te vinden. Het veilige gevoel wordt gecreëerd door het overzicht dat kleinschalig wonen met zich meebrengt. Mede door de kleinere groepen. De kleinere groepen zorgen voor meer rust, onderlinge betrokkenheid en minder prikkels waardoor de bewoners dus een veiliger gevoel krijgen. *“Kleinere groepen zorgen gewoon voor minder prikkels waardoor ze een veilig gevoel krijgen. Het kleinschalige wordt zo opgezet dat voor de cliënt alles overzichtelijk is zodat deze zich nooit aangevallen voelt.”*

3.6 Negatieve aspecten van kleinschalig wonen

Door een gedeelte van de begeleiders wordt aangegeven dat er helemaal geen nadelen zitten aan kleinschalig wonen. *“Eigenlijk niet zoveel, even over nadenken. Ik zie eigenlijk alleen maar voordelen. Ze moeten dat grootschalige eigenlijk gewoon verbieden! Zowel om te werken, maar vooral voor de bewoners!”* Het grootste gedeelte ervaart echter wel nadelen. Het grootste nadeel dat wordt benoemd voor de begeleiders zelf is het solistisch werken. De begeleiders vinden het solistische werken, het bedreigende gevoel en de kleinere groepen nadelen voor bewoners.

Het meest genoemde negatieve aspect is solistisch werken. 37% begeleiders gaven dit aan bij de open vragen en het kwam tevens naar voren bij vijf interviews. Omdat je solistisch werkt is er minder tijd en aandacht voor de bewoners bij sommige situaties. *“Je zou dingen over het hoofd kunnen zien die wel heel belangrijk kunnen zijn. Iemand anders kan dit juist wel weer zien. Je moet bijvoorbeeld 's morgens de mensen naar de huiskamer begeleiden. Voordat nummer acht aan het ontbijten is kan het zijn dat je meningsverschillen tussen de andere bewoners mist omdat je niet aanwezig bent, maar druk met het begeleiden van de bewoner met ontbijten.”* Daarnaast zorgt solistisch werken ervoor dat er minder direct contact met collega's is. Er zijn minder overlegmomenten en vaak is de communicatie indirect waardoor er makkelijk miscommunicaties kunnen ontstaan. *“Je werkt veel vaker solistisch. Hierdoor moet je veel vertrouwen hebben op rapportages en dat collega's ook goed observeren en de rapportages correct hebben achtergelaten. Wat ik ook negatief vindt is dat dit niet altijd gebeurt. Je komt er dan ook nog eens veel te laat achter en dat is weer negatief voor de cliënt.”* Verder wordt er aangegeven dat door het solistische werken het moeilijker is om het vak te leren. Er kan namelijk minder worden afgekeken bij collega's wat juist veel gebeurt bij grootschalige afdelingen. Voor nieuwe medewerkers wordt het zeker als een probleem gezien dat hier de mogelijkheid niet toe is bij kleinschalig wonen. *“Met name het*

inwerken van nieuwe collega's. Zij komen al snel alleen te werken en hebben geen 'voorbeeld' aan collega's omdat ze alleen op de groep staan.” Omdat je alleen werkt is er ook sprake van een verhoging van de werkdruk en zelfstandigheid. De taken die je eerst met meerdere collega's kon delen moeten nu alleen worden gedaan. Als het dan even moeilijker is kan er niet worden teruggevallen op een collega voor ondersteuning. Naast het solistisch werken wordt het hechtere contact met de cliënt niet alleen als positief, maar ook als negatief ervaren. *“Je hecht je soms teveel aan cliënten. Je bent er soms te persoonlijk mee bezig.”* Ten slotte geven sommige begeleiders aan dat ze kleinschalig wonen minder afwisselend vinden doordat je de hele tijd werkt met dezelfde groep.

Sommige ervaren dit als saai.

De begeleiders denken dat kleinschalig wonen ook een andere kant kan hebben voor de bewoners. Zo geeft 14% van de begeleiders bij de open vragen aan dat het bedreigender kan zijn voor de bewoners. Dit bedreigende gevoel wordt verklaard aan de hand van de kleinere groepen bewoners. Hierdoor vallen dingen meer op en kunnen de cliënten zich minder makkelijk terugtrekken of verstoppen. *“In een kleinschalige woonvorm vallen je eigen negatieve punten ook meer op. Je komt minder in de massa, dus je valt als cliënt in je mogelijkheden en beperkingen meer op. In een grotere groep kun je meer verstoppen.”* Daarnaast moeten de bewoners ook steeds meer dingen zelf uitvoeren. Hierdoor is er kans dat er misschien een te hoge vraag wordt gelegd op de bewoners die als bedreigend kunnen worden ervaren. *“Er wordt ook meer van de cliënt verwacht qua taken en huishoudelijke dingen. De cliënt leert deze taken wel stapsgewijs, maar soms lijkt het dan alsof een cliënt niks doet in een groep terwijl die gewoon nog in het beginproces zit.”* Omdat er solistisch wordt gewerkt bij kleinschalig wonen zullen er situaties zijn waarbij de bewoners minder aandacht zullen krijgen van de begeleiders of even alleen moeten zijn. Daarnaast zijn de bewoners ook veel afhankelijker van de begeleider die op het moment werkzaam is. Ten slotte geeft 12% van de begeleiders bij de open vragen aan dat kleinere groepen niet alleen positief, maar ook negatief kunnen zijn. Dit wordt tevens aangegeven door vijf begeleiders bij de interviews. Bij kleinere groepen hebben bewoners veel meer invloed op elkaar hebben. Ze hebben veel meer met elkaar te maken en als er geen aansluiting binnen de groep wordt gevonden kunnen ze elkaar ook negatief gaan beïnvloeden. In de kleinere groepen kunnen ze zich minder makkelijk verstoppen. *“Als mensen minder goed met elkaar overweg kunnen dan kunnen ze elkaar minder uit de weg gaan en elkaar makkelijk negatief beïnvloeden.”*

17% van de begeleiders geven bij de open vragen aan helemaal geen negatieve aspecten te zien voor de bewoners. Zo wordt ook gezegd: *“Eigenlijk niets negatiefs. Ik denk dat het voor de cliënten alleen maar voordelen biedt.”*

3.7 Vaardigheden en kennis bij kleinschalig wonen

Een gedeelte van de begeleiders geeft aan dat er geen verschillen zijn in vaardigheden en kennis bij kleinschalig wonen in vergelijking met grootschalige afdelingen. Het grootste gedeelte zegt echter wel dat er verschillen zijn. Zo wordt er aangegeven dat het niet per se moeilijker is, maar dat er sprake is van andere vaardigheden en kennis. Ten slotte vinden de begeleiders dat zelfstandigheid een belangrijke vaardigheid is voor kleinschalig wonen.

17% van de begeleiders gaven bij de open vragen aan geen verschillen zien in de

benodigde kennis en vaardigheden tussen kleinschalig wonen en grootschalige afdelingen. Dit kwam tevens naar voren bij twee interviews. Deze begeleiders benadrukken dat de basiskennis en vaardigheden altijd aanwezig moet zijn. Onafhankelijk van welke zorgsetting je werkt. Volgens hun is het dus niet specifiek anders voor kleinschalig wonen *“Ik denk dat de basiskennis hetzelfde moet zijn, de basis is namelijk hetzelfde. De begeleiding blijft hetzelfde of je nou een grote of kleine groep hebt.”* Het grootste gedeelte van de begeleiders zien wel verschillen in de benodigde vaardigheden en kennis tussen kleinschalig wonen en grootschalige afdelingen. Volgens de begeleiders is er meer kennis over de cliënt, groepsinteracties, het ziektebeeld en over het uitvoeren van een huishouden nodig om goed te kunnen functioneren in een kleinschalige woonomgeving. Dit komt wederom door het feit dat je alleen werkt en niet kan terugvallen op collega's met vragen. *“Kennis van het ziektebeeld is ook heel belangrijk. Je kan het nu niet vragen aan collega's, dus dan is het handig om zelf veel kennis te hebben”* 15% van de begeleiders geeft aan dat zelfreflectie een belangrijke vaardigheid is bij kleinschalig wonen. *“Het is heel veel evalueren en reflecteren. Hoe open iemand is en hoe graag iemand wilt leren, maar ook hoe kwetsbaar iemand zich kan opstellen en naar zichzelf durft te kijken is bepalend hoe iemand zich ontwikkelt.”* Ten slotte is het ook erg belangrijk om goed te kunnen communiceren met collega's. Omdat er veelal solistisch wordt gewerkt is het van belang dat overdrachten goed worden uitgevoerd zodat er geen misverstanden ontstaan die een negatief effect op de bewoners kunnen hebben. Omdat er zo weinig contactmomenten zijn is het dus van belang dat de communicatie beter is *“Als je rechtstreeks naar kleinschalig wonen gaat is het belangrijk dat je open staat en communicatief vaardig bent, omdat je heel goed moet kunnen aangeven wat je doet en hoe je het doet. Zodat alles duidelijk is en je goed feedback kunt krijgen.”* 29% van de begeleiders gaf bij de open vragen aan dat zelfstandigheid een belangrijke vaardigheid is bij kleinschalig wonen. Bij alle interviews wordt zelfstandigheid ook benoemd. Door het solistische werken staan begeleiders alleen voor een groep en daardoor moeten ze zelfstandig en snel beslissingen kunnen nemen. Om beslissingen te kunnen nemen is het belangrijk dat de basiskennis en vaardigheden reeds aanwezig zijn. *“De opgenoemde vaardigheden kan je leren bij grootschalige afdelingen, maar heb je eigenlijk al nodig als je bij kleinschalig wonen komt.”* Er kan namelijk minder worden teruggevallen op collega's. Tevens kan er ook niet meer worden geleerd door af te kijken bij collega's, wat nog wel kan bij grootschalige afdelingen. Het komt erop neer dat de werksituatie volledig zelfstandig moet worden aangepakt en wanneer er problemen voorkomen deze zelfstandig moeten worden opgelost. *“Je kunt heel erg het vak afkijken van anderen en zo basisvaardigheden leren. Hoe je bijvoorbeeld iemand benadert. Je kan wel zeggen dat je de ene cliënt met humor moet benaderen, dan weet je alsnog niet hoe dat gaat. Als je ziet hoe iemand anders dit doet dan leer je daar veel meer van. Bij kleinschalig wonen is dit gewoon een heel stuk minder omdat je solistisch werkt.”*

3.8 Moeilijkheidsgraad werkzaamheden bij kleinschalig wonen

Een gedeelte van de begeleiders geeft aan de werkzaamheden bij kleinschalig wonen niet als moeilijker te ervaren. De begeleiders die aangeven de werkzaamheden wel als moeilijker te ervaren verklaren dit vooral aan de hand van het solistisch werken. Ten slotte geven

begeleiders aan dat de werkzaamheden niet moeilijker zijn, maar anders.

Een gedeelte van de begeleiders geeft aan dat de werkzaamheden bij kleinschalig wonen vooral anders zijn, maar niet moeilijker. Bij de werkzaamheden die aan bod komen ligt de nadruk minder op het verzorgen van een cliënt, maar meer op het begeleiden van de cliënt in zijn alledaagse leven. *”Je begeleidt de cliënten continu met alles.”* Er zijn meer huishoudelijke, plan- en organisatiewerkzaamheden. Over het algemeen zijn er ook meer werkzaamheden bij kleinschalig wonen dan bij grootschalige afdelingen. *“Met kleinschalig wonen doe je veel meer huishoudelijke werkzaamheden met de cliënt. Dat wordt ook ervaren met de cliënt en dat is heel leuk. Het is hun huis en we doen het samen, we houden het samen schoon, we doen samen de boodschappen, we kopen samen mooie plantjes voor buiten. Op grootschalige afdelingen wordt het gedaan door de instelling. Bij kleinschalig wonen is het hun huis en daar zorg je samen voor.”* 27% van de begeleiders gaf bij de open vragen aan de werkzaamheden niet als moeilijker te ervaren. *“Nee, alleen maar makkelijker. Ik vind dat je de gebreken bij grootschaligheid weer kunt opvangen met de vele voordelen die kleinschalig wonen heeft.”* De begeleiders die wel aangaven de werkzaamheden moeilijker te vinden verklaarden dit vooral aan de hand van het solistische werken. Omdat er meer werkzaamheden bij zijn gekomen rondom de begeleiding van de cliënt en ze ook nog eens alleen voor een groep staan kan de werkdruk nog wel eens hoog oplopen. Ook wordt het als vervelend ervaren dat omdat ze alleen werken en soms administratieve taken moeten uitvoeren ze de groep af en toe alleen moeten laten *“Ja, ik denk dus door het alleen werken dat je de groep vaker alleen moet laten en daar wordt het lastiger op. Je moet veel dingen tegelijk doen en dat lijkt me best lastig. Daarnaast meer werkdruk, ook doordat je alleen moet werken. Ik verwacht wel dat het zwaarder wordt.”* Doordat er meer werkzaamheden zijn die je alleen moet uitvoeren is er soms te weinig tijd voor cliënten of kunnen de werkzaamheden niet worden afgemaakt. *“In de zin dat je dingen niet afkrijgt, omdat je dan bijvoorbeeld net iets wilde bijwerken en dan gaat de telefoon of de cliënt wilt aandacht. Je kunt soms niet de tijd nemen voor werkzaamheden. Dit is gelukkig niet altijd zo.”* Ten slotte geven de begeleiders nog aan dat de werkzaamheden moeilijker zullen zijn voor nieuwe collega's. Zij zijn nog onervaren en aangezien ze niet kunnen overleggen met collega's zal voor hun de werkdruk ook erg kunnen oplopen of problemen kunnen ontstaan. *“Ik niet, maar ik zie het wel bij jonge collega's.”*

3.9 Flexibiliteit bij kleinschalig wonen

De grootste groep van de begeleiders heeft geen problemen met de flexibiliteit van de werkuren bij kleinschalig wonen. Daarnaast zijn er ook begeleiders die eigenlijk geen verschillen ervaren in vergelijking met de flexibiliteit op grootschalige afdelingen. Er is echter een gedeelte begeleiders die zegt dat je wel flexibeler moet zijn bij kleinschalig wonen doordat er kleinere teams zijn.

Wat betreft de flexibiliteit bij kleinschalig wonen geeft 31% van de begeleiders aan hier helemaal geen problemen mee te hebben. Dit wordt ook benadrukt door twee begeleiders bij de interviews. Daarnaast zegt 19% van de begeleiders dat er geen verschil is in de flexibiliteit tussen kleinschalig wonen en grootschalige afdelingen. De grootste reden dat begeleiders geen problemen hebben met de flexibiliteit komt doordat het simpelweg een

vereiste voor het vak is. Dit zeggen 12% van de begeleiders en vier begeleiders benoemden dit tijdens de interviews. *“Maarja, het is voor mijzelf eigenlijk niet echt een probleem. Dat is eigenlijk iets wat er in dit vak bij hoort.”* 24% van de begeleiders bij de open vragen en vier begeleiders bij de interviews gaven echter aan dat je wel degelijk flexibeler moet zijn bij kleinschalig wonen. Omdat de teams kleiner zijn moet er sneller worden ingesprongen bij ziekte of bij vakantieplanningen. *“Weet je, je bent gewoon veel afhankelijker van je team. Deze is namelijk veel kleiner. Dat wordt gewoon wat lastiger dan wanneer je team groter is op een grootschalige afdeling. Ik ervaar dit echter niet als negatief. Ik kan me wel indenken dat als je iemand bent die heel erg afhankelijk is van diensten dat het dan lastiger kan zijn. Je hebt dan namelijk minder de mogelijkheid om te ruilen.”*

Ten slotte geeft één van de begeleiders aan bij de interviews dat de begeleiders zichzelf goed in bescherming moeten nemen bij kleinschalig wonen wat betreft de flexibiliteit. *“Je moet jezelf wel goed in bescherming kunnen nemen bij kleinschalig wonen. Een collega die 100% is gaan werken die zei dat ze wel kon werken voor iemand die ziek was, maar je moet jezelf goed kunnen beschermen en je eigen grenzen kunnen stellen. Als er iemand ziek is ben je geneigd de eenduidigheid te houden en dus al snel in te vallen. Je moet jezelf dus beschermen zodat je met een leeg hoofd en uitgerust terug kan keren op je werk.”*

In tabel vijf is een overzicht te zien van de bevindingen van de kwalitatieve analyse.

Tabel 5

Overzichten bevindingen kwalitatieve analyse

Onderwerp	Bevindingen
Positieve aspecten	<ol style="list-style-type: none"> 1. De begeleiders vinden huiselijkheid een voordeel doordat het de bewoners het idee geeft dat ze in een maatschappij wonen. 2. De begeleiders vinden de mogelijkheid om meer individuele aandacht te kunnen geven een voordeel. Ze hebben meer tijd en aandacht voor de cliënt en daardoor een hechtere band. 3. De begeleiders vinden de veiligheid die de kleinere groepen bieden een voordeel. Er is meer overzicht, rust en minder prikkels. 4. De kleinere teams worden door de begeleiders als een voordeel gezien, omdat ze meer op zichzelf zijn aangewezen zijn en zodoende meer leren.
Negatieve aspecten	<ol style="list-style-type: none"> 1. De begeleiders vinden solistisch werken een nadeel, omdat hierdoor minder tijd en aandacht is voor de bewoners, minder contact met collega's, het moeilijker is om het vak te leren doordat er minder bij collega's kan worden afgekeken, meer werkdruk en zelfstandigheid en niet kan worden teruggevallen op collega's. 2. De begeleiders vinden het een nadeel dat kleinschalig wonen soms bedreigender kan zijn aangezien cliënten meer opvallen in een kleinere groep en er soms een te hoge vraag wordt opgelegd.

Belang werkervaring	<ol style="list-style-type: none"> 1. Werkervaring is van belang door het solistische werken. Door de grotere kennis en eigen ervaring is het makkelijker om te gaan met problemen en acuut beslissingen te maken. 2. Werkervaring zorgt ervoor dat begeleiders steviger in hun schoenen staan. De begeleiders hebben meer vertrouwen in hun doen en laten.
Verschil in vaardigheden en kennis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sommige begeleiders zien geen verschillen in benodigde vaardigheden en kennis tussen kleinschalig en grootschalig omdat deze altijd aanwezig moet zijn. 2. Begeleiders geven aan dat er meer zelfstandigheid vereist is bij kleinschalig wonen door het solistische werken. 3. Begeleiders geven aan dat er andere vaardigheden en kennis zijn. Zo is er meer kennis over de cliënt, groepsinteracties, ziektebeeld en huishouden nodig en meer zelfreflectie en communicatie.
Moeilijkheidsgraad werkzaamheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een gedeelte van de begeleiders ervaart de werkzaamheden niet als moeilijker bij kleinschalig wonen. 2. Een gedeelte begeleiders vindt de werkzaamheden wel moeilijker door het solistische werken waardoor ze minder op collega's kunnen terugvallen. 3. Een gedeelte van de begeleiders ervaart de werkzaamheden niet als moeilijker, maar anders. De nadruk ligt meer op het begeleiden van de cliënt in zijn alledaagse leven en er zijn meer huishoudelijke, plan- en organisatiewerkzaamheden.
Flexibiliteit werkuren	<ol style="list-style-type: none"> 1. De grootste groep begeleiders heeft geen problemen met de flexibiliteit van de werkuren, omdat het een vereiste van het vak is. 2. Een groep begeleiders ervaart geen verschillen in de flexibiliteit van de werkuren. 3. Een groep begeleiders geeft aan dat er wel verschillen zijn in de flexibiliteit van de werkuren, omdat er kleinere teams zijn moet er sneller worden ingesprongen bij ziekte of bij vakantieplanningen.

4 DISCUSSIE

4.1 Discussie

4.1.1 Resultatenbespreking en conclusies

De eerste deelvraag gaat over het verschil in arbeidstevredenheid en werkmotivatie tussen begeleiders met meer versus minder werkervaring. Voor tevredenheid met kwaliteit van de zorg, contact met de patiënten en de totaalscore arbeidstevredenheid zijn significante verschillen gevonden, waarbij bleek dat de groep begeleiders met één tot en met vijf jaar werkervaring minder arbeidstevredenheid ervaart dan begeleiders met meer werkervaring. Het bovenstaande komt wat betreft arbeidstevredenheid niet overeen met het onderzoek van Verbeek et. al. (2011) waarbij er geen significante verschillen werd gevonden op arbeidstevredenheid tussen verzorgenden werkzaam bij een grootschalige- of kleinschalige setting. Dit verschil wordt mogelijk verklaard doordat in het onderzoek dus een specifieke vergelijking wordt gemaakt tussen groot- en kleinschalige zorg en ligt de nadruk bij het huidige onderzoek op de vergelijking tussen meer en minder ervaren werknemers. Deze resultaten sluiten echter wel aan bij de uitspraak van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006) waarbij wordt benoemd dat jonge, onervaren medewerkers over het algemeen minder goed kunnen omgaan met de vereiste zelfstandigheid van kleinschalig wonen en de gelegenheid missen om terug te vallen op een leidinggevende. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de lagere arbeidstevredenheid. De oudere medewerkers hebben meer deskundigheid en ervaring en kunnen hierdoor beter omgaan met kleinschalig wonen. Dit wordt eveneens bevestigd in de interviews. Daar komt naar voren dat werkervaring een pre is doordat er solistisch moet worden gewerkt. Daarnaast zorgt werkervaring ervoor dat er makkelijker en sneller keuzes worden gemaakt. Hetgeen wat juist zo belangrijk is bij kleinschalig wonen. Voor werkmotivatie werden er geen significante verschillen gevonden. Dit sluit aan bij het onderzoek van Verbeek et. al. (2011) waarbij ook geen significante verschillen werden gevonden op werkmotivatie tussen verzorgenden werkzaam bij een grootschalige- of kleinschalige setting. Hierbij geldt dezelfde kanttekening als gemaakt bij arbeidstevredenheid.

De tweede deelvraag gaat over de positieve en negatieve aspecten van kleinschalig wonen voor begeleiders, met meer versus minder werkervaring, in vergelijking met hun eerdere ervaring op grootschalige afdelingen. Uit de resultaten blijkt dat meer dan de helft van de begeleiders kleinschalig wonen daadwerkelijk als positiever ervaart. Er heerst onder de begeleiders een meer positieve dan een negatieve houding over kleinschalig wonen. Door een kleine groep begeleiders werd zelfs benoemd dat ze helemaal geen nadelen zagen aan kleinschalig wonen. De positieve aspecten die worden aangegeven door de begeleiders zijn huiselijkheid, mogelijkheid om meer individuele aandacht te kunnen geven waardoor er makkelijker een hechtere band wordt gevormd, veiligheid die de kleinere groepen bieden en kleinere teams die zorgen voor meer zelfstandigheid. De verhoogde aandacht voor bewoners, de hechtere band en zelfstandigheid komen overeen met de voordelen die Verbeek et. al. (2011) vond in zijn onderzoek. Tevens komt de verhoogde individuele aandacht voor bewoners en het hechtere contact overeen met de voordelen die Zadelhoff et. al. (2011) vond in zijn onderzoek. Echter komen in de onderzoek van Verbeek et. al. (2011) en Zadelhoff et.

al. (2011) niet naar voren dat huiselijkheid en veiligheid die de kleinere groepen bieden als voordeel worden gezien door de verzorgenden. De positieve aspecten voor de bewoners zijn huiselijkheid, meer individuele aandacht van de begeleiders, veiligheid die kleinere groepen bieden en de grotere sociale betrokkenheid binnen groepen. De grotere sociale betrokkenheid door de bewoners wordt ook benoemd in het onderzoek van Verbeek et. al. (2011), maar huiselijkheid, meer individuele aandacht van de begeleiders en veiligheid worden niet benoemd.

Wat betreft de negatieve aspecten komt solistisch werken het meeste naar voren. Door het solistisch werken is er soms minder tijd en aandacht voor de bewoners, minder contact met de collega's en minder de mogelijkheid om op collega's terug te vallen. Er kan niet meer worden geleerd door af te kijken bij collega's. Ten slotte geven de begeleiders aan dat de hechtere band ook nadelen heeft. Overeenkomsten in nadelen van het huidig onderzoek en nadelen uit het onderzoek van Verbeek et. al. (2011) zijn het missen van sociale steun van collega's, minder problemen bespreken, minder verantwoordelijkheid delen en minder de kans om op hulp te vragen bij moeilijkheden. Daarnaast komt de grotere emotionele last ook overeen. De nadelen komen niet overeen met de nadelen uit het onderzoek van Zadelhoff et. al. (2011) waarbij vooral de spanningen worden benoemd die optreden door de nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden en taken. Een nadeel voor de bewoners is dat kleinschalig wonen ze een bedreigender gevoel kan geven, doordat ze zich minder makkelijk kunnen terugtrekken of verstoppen. Een kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat dit niet geldt voor veel bewoners maar slechts voor een klein gedeelte van de bewoners die zich hier persoonlijk niet mee kunnen vinden. Tevens kan er een te hoog beroep worden gedaan op de bewoners. Volgens de begeleiders kan het zijn dat ze meer moeten doen terwijl de bewoners hier nog niet klaar voor zijn. Een kanttekening die hierbij moet worden gemaakt is dat dit de taak van de begeleiders is om dit correct in te schatten en deze situaties behoren niet plaats te vinden. De bewoners hoeven niet meer te doen, maar als ze dit willen en kunnen wel. Het nadeel dat kleinschalig wonen een bedreigender gevoel kan geven aan de bewoners komt niet overeen met de nadelen uit de onderzoeken van Verbeek et. al. (2011) en Zadelhoff et. al. (2011).

De derde deelvraag gaat over het verschillen tussen werken op een kleine- versus grootschalige afdeling voor begeleiders met meer versus minder werkervaring wat betreft basiskennis en vaardigheden, moeilijkheidsgraad werkzaamheden en flexibiliteit. Door een groep begeleiders wordt aangegeven dat er geen verschillen zijn, want basiskennis- en vaardigheden zijn een vereiste voor het vak. Daarnaast is er een groep begeleiders die wel aangeeft dat er een verschil is. De begeleiders geven aan dat er meer kennis nodig is over de cliënt, groepsinteracties en het ziektebeeld en dat er meer zelfreflectie en communicatie nodig is bij kleinschalig wonen. Ten slotte wordt door begeleiders aangegeven dat zelfstandigheid een vereiste is om te werken bij kleinschalig wonen. De communicatieve vaardigheden, zelfreflectie, zelfstandig werken en kennis en kunde van de basisprincipes en specifieke ziektebeelden worden ook benoemd door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006). Dit sluit tevens aan op het onderzoek van Verbeek et. al. (2011) waarbij wordt aangegeven dat de ervaren zelfstandigheid als een voordeel wordt gezien door de begeleiders. Opvallend is de groep begeleiders die aangeeft helemaal geen verschillen te ervaren.

Kleinschalig wonen is, zoals blijkt uit de voorgaande informatie, toch een hele verandering vergeleken met grootschalige afdelingen. Dit zijn begeleiders met meer werkervaring waarbij kan worden aangenomen dat door hun deskundigheid en ervaring ze geen verschillen ervaren. Het is echter moeilijk voor te stellen dat er geen verschillen zijn in de kennis en vaardigheden. Als er alleen al wordt gekeken naar het solistische werken zou dat een goede reden zijn om aan te kunnen nemen dat dit zou leiden tot verschillen.

Over het algemeen worden de werkzaamheden bij kleinschalig wonen niet als moeilijker, maar als anders beschreven. De nadruk ligt meer op het begeleiden van de bewoner in zijn alledaags leven waardoor er hele andere onderwerpen naar voren komen en de nadruk niet alleen op verzorgen ligt. De begeleiders die de werkzaamheden wel moeilijker vinden verklaren dit aan de hand van het solistische werken waardoor de werkdruk soms hoger is. De werkzaamheden komen overeen met de veranderingen beschreven door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006). Hierbij wordt aangegeven dat kleinschalig wonen gaat om cliënten de mogelijkheid te bieden om hun eigen manier van leven voort te zetten waardoor er andere onderwerpen in het vak naar voren komen. Het takenpakket is meer integraal. Ten slotte is er ook een groep begeleiders die de werkzaamheden niet als moeilijker ervaren en dit zijn veelal de meer ervaren begeleiders. Er zou wederom kunnen worden aangenomen dat deze ervaren begeleiders meer kennis en vaardigheden hebben waardoor voor hun de werkzaamheden makkelijker verlopen.

Wat betreft de flexibiliteit geven veel begeleiders aan geen problemen hiermee te hebben of dat er geen verschillen zijn in vergelijking met grootschalige afdelingen. Flexibiliteit is een vereiste voor het vak. Echter, wordt er door een gedeelte aangegeven dat er wel degelijk flexibeler moet worden gewerkt. Door de kleinere teams moet er sneller worden ingesprongen. Dit komt overeen met de uitspraak van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006) waarbij wordt gezegd dat er flexibeler moet worden gewerkt bij kleinschalig wonen.

Al met al zijn er nieuwe bevindingen die niet overeenkomen met de eerder besproken onderzoeken. Zo zijn er bij het huidig onderzoek wel significante verschillen gevonden op arbeidstevredenheid tussen meer en minder ervaren begeleiders. Tevens zijn er nieuwe voordelen van kleinschalig wonen naar voren gekomen, namelijk huiselijkheid en veiligheid. Daarnaast is er ook een nieuw nadeel benoemd en dat is het bedreigende gevoel dat kleinschalig wonen kan geven aan de bewoners. Tevens is naar voren gekomen dat ervaren begeleiders geen verschil in basiskennis en vaardigheden ervaren en ook de werkzaamheden niet moeilijker vinden. Ten slotte is er ook een groep begeleiders die vindt dat de flexibiliteit niet anders is bij kleinschalig wonen omdat het een vereiste is van het vak. Er moet in gedachten worden gehouden dat in het huidig onderzoek een vergelijking wordt gemaakt tussen meer en minder ervaren begeleiders en geen vergelijking tussen verzorgenden op een grootschalige- en kleinschalige setting. Tevens is er aan andere patiëntgroep, namelijk Korsakov in plaats van dementie. Dit is een groot verschil met de onderzoeken van Verbeek et. al. (2011) en Zadelhoff et. al. (2011). Een verschil met de literatuur van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006) is dat het vooral gericht op kleinschalig wonen in het algemeen en niet op kleinschalig wonen bij de patiëntgroep Korsakov.

Er zijn ook enkele tegenstrijdige resultaten gevonden. Zo wordt door sommige begeleiders genoemd dat er meer tijd is voor de cliënten bij kleinschalig wonen terwijl als nadeel ook wordt benoemd dat door de verhoogde werkdruk er juist minder tijd is voor de cliënt. Dit kan worden verklaard door verschillende persoonlijke ervaringen die de begeleiders hebben. Het zou kunnen dat dit vooral geldt voor de minder ervaren begeleiders. Bij de ervaren begeleiders verlopen de werkzaamheden vlotter waardoor ze juist meer individuele aandacht kunnen besteden aan de bewoners, terwijl onervaren begeleiders nog moeite hebben met de werkzaamheden. Daarnaast wordt er door sommige begeleiders genoemd dat ze meer de mogelijkheid hebben om te leren bij kleinschalig wonen doordat ze alleen voor de groep staan en zodoende sneller leren. Andere begeleiders benoemen juist weer dat het moeilijker is om te leren omdat ze niet meer de mogelijkheid hebben om af te kijken bij collega's. Wederom heeft dit te maken met persoonlijke ervaringen. Voor de ene begeleiders is het prettiger om eerst af te kijken van een collega en zodoende te leren, terwijl een andere begeleider weer het beste kan leren door op eigen houtje problemen op te lossen.

4.1.2 Sterke punten van het onderzoek

Een sterk punt van het onderzoek was de hoge respons onder de begeleiders. Van de 61 begeleiders die zouden worden onderzocht werd de enquête ingevuld door 59 begeleiders. Daarnaast zijn er acht begeleiders geïnterviewd. Dit resulteerde in een goed beeld om het onderzoek mee uit te voeren.

Een ander sterk punt van het onderzoek is dat er met zekerheid kan worden gezegd dat de begeleiders van de interviews representatief zijn voor het onderzoek. Het onderzoek is namelijk gericht op de begeleiders werkzaam bij ZorgAccent en deze begeleiders zijn door ZorgAccent zelf geselecteerd op ervaring met grootschalige- en kleinschalige settings.

Wat ook een belangrijk punt bij dit onderzoek is de relevantie van het onderzoek. Veel zorginstellingen gaan langzamerhand over naar kleinschalig wonen waardoor het een actueel onderwerp is. Er is eerder nog niet zo heel veel onderzoek gedaan naar kleinschalig wonen. Het onderzoek wat al uitgevoerd is, is met name gericht op oudere patiëntpopulaties.

Ten slotte was de combinatie van kwantitatief met kwalitatief onderzoek ook een sterk punt. De enquête zorgde voor het brede beeld van de begeleiders die deelnamen aan het onderzoek. Om echter een duidelijk beeld te krijgen van de ervaringen van de begeleiders kon er bij de interviews en het open vragen gedeelte dieper op worden ingegaan. Door middels van de combinatie is de meeste informatie verkregen.

4.1.3 Kanttekeningen bij het onderzoek

Een belangrijke kanttekening bij de resultaten over arbeidstevredenheid en werkmotivatie gaat over de verschillende groepsgrootte. Om de meest betrouwbare uitspraken te doen over de resultaten zou de groepsgrootte even groot moeten zijn (Cohen, Manion & Morrison, 2011). Echter blijkt dat de groep begeleiders met minder dan één jaar werkervaring bestaat uit slechts vier begeleiders en de groep van zes tot en met tien jaar werkervaring uit acht begeleiders. Die aantallen zijn erg klein en dit is onevenredig in verhouding met de andere twee groepen die rond de 20 begeleiders bevatten. Begeleiders met minder dan één jaar werkervaring laten geen significante resultaten laten zien in arbeidstevredenheid ten

opzichte van de andere drie groepen aantal jaren werkervaring. Dit kan worden verklaard door de lage groepsgrootte van slechts vier begeleiders. Ondanks dit gegeven lijken de scores te suggereren dat begeleiders in hun eerste jaar nog goed begeleid worden, maar zodra hun eerste jaar voorbij is hun arbeidstevredenheid daalt omdat ze meer zelf moeten gaan doen en hier misschien nog niet klaar voor zijn.

Een tweede kanttekening die moet worden gemaakt is dat niet alle open vragen zijn beantwoord. Sommige begeleiders hebben deze overgeslagen waardoor niet alle informatie van alle 59 begeleiders binnen is gekomen. Naar schatting zijn er ongeveer twintig open vragen overgeslagen. Deze open vragen waren beantwoord met een streepje. Waarschijnlijk hadden deze begeleiders niets toe te voegen op de vraag en zal het daarom weinig impact hebben op de bevindingen.

Een laatste kanttekening is dat er in gedachten moet worden gehouden dat dit geen vergelijking is met grootschalige afdelingen zoals veel besproken in de inleiding. Daarnaast is dit een kleinschalige woonvorm voor bewoners met Korsakov. In de literatuurstudie zijn er onderzoeken beschreven over een vergelijking tussen grootschalige afdelingen met kleinschalige woonvormen voor dementie. Bij het huidige onderzoek was er geen mogelijkheid om een vergelijking te maken tussen groot- en kleinschalig en mede daardoor is er een keuze gemaakt voor een vergelijking tussen meer en minder werkervaring. Bij de vergelijking van de bevindingen met de literatuur moet er in gedachten worden gehouden dat de onderzoeken niet overeenkomen en interpretaties moeilijker zijn.

4.2 Aanbevelingen

Op basis van literatuur- en praktijkonderzoek kunnen enkele aanbevelingen gegeven worden voor onderzoeken rond de ervaring van begeleiders met kleinschalig wonen die in de toekomst mogelijk opgezet worden.

4.2.1 Aanbevelingen voor praktijk

- Uit het onderzoek blijkt dat het grootste nadeel voor begeleiders het solistische werken is. Hierdoor kunnen ze minder terugvallen op hun collega's en minder makkelijk om hulp vragen bij problemen. Aangezien het ontbreken van de sociale steun van collega's vooral als een nadeel wordt gezien kan er worden gedacht aan een interventie van verhoogde intervisie. Intervisie stimuleert namelijk de kennisuitwisseling en is een belangrijke bron van sociale steun (Hornman, Dilven en van Leeuwen, 2013). Desondanks dat er op dit moment al intervisie plaatsvindt blijkt uit het huidige onderzoek dat veel begeleiders aanstippen dat ze de sociale steun toch missen in hun werkomgeving. Met name hierdoor is het aan te raden om nog meer intervisie te geven aan de begeleiders om te kijken of dat gebrek zal verdwijnen.
- Uit het onderzoek blijkt dat begeleiders met één tot en met vijf jaar werkervaring minder arbeidstevredenheid hebben dan begeleiders met meer werkervaring. Er werden geen significante verschillen gevonden in arbeidstevredenheid bij begeleiders met minder dan één jaar werkervaring. De nieuwste begeleiders worden waarschijnlijk veel ondersteund tijdens hun inwerkperiode en na één jaar wordt dit minder waardoor ze meer moeite met het

solistisch werken ervaren. Het zou nieuwe begeleiders kunnen helpen als zij na hun inwerkperiode van één jaar nog een soort ondersteunende tweede jaar hebben. Hierbij kan worden gedacht aan een ervaren begeleider die voor een langere tijd de persoonlijke mentor zal zijn gedurende de eerste twee jaar. Tijdens het eerste jaar zal de mentor de nieuwe begeleider veel uitleggen en ondersteunen. Tijdens het tweede jaar functioneert de mentor vooral als een steun bakken waarbij de begeleider altijd zijn problemen en verhalen kwijt kan. Daarnaast is deze mentor altijd te bereiken wanneer er problemen optreden op de werkvloer. Zo staat de nieuwe begeleider er aan het begin van zijn of haar carrière nog niet helemaal alleen op de werkvloer. Het is de taak van de mentor om de begeleider stap voor stap meer zelfstandigheid te geven zodat deze na twee jaar klaar is om solistisch te werken. Dit is om het gevoel te voorkomen dat ze in het diepe worden gegooid.

- In het onderzoek komt naar voren dat vooral de meer ervaren begeleiders geen verschillen ervaren in vaardigheden en kennis en tevens de werkzaamheden niet als moeilijker ervaren. De minder ervaren begeleiders ervaren de kennis en vaardigheden wel als verschillend en de werkzaamheden als moeilijker of anders. Aan te raden is om voor de minder ervaren begeleiders meer bijeenkomsten te organiseren. Hierbij moet worden gedacht aan bijeenkomsten waar gesproken wordt over bijvoorbeeld werkzaamheden en hoe deze het beste kunnen worden uitgevoerd. Deze bijeenkomsten kunnen worden gedaan door de ervaren begeleiders zodat deze vertellen over hun ervaringen, de problemen die zij tegenkwamen hierbij en hoe ze deze hebben opgelost. Hierdoor worden de minder ervaren begeleiders voorbereid voor problemen die ze in de praktijk kunnen tegenkomen. Tijdens de bijeenkomsten kan er ook dieper worden ingegaan op de benodigde kennis en vaardigheden. Zodoende komen de begeleiders meer in aanraking met de benodigde kennis, vaardigheden en werkzaamheden die nodig zijn bij kleinschalig wonen en zijn ze meer voorbereid.

4.2.2 *Aanbevelingen voor onderzoek*

- In de literatuur ligt de nadruk op een vergelijking van grootschalige afdelingen met kleinschalig wonen. Dit was niet mogelijk bij het huidige onderzoek door de specifieke groep begeleiders. Voor een volgend onderzoek zou het interessant zijn om het onderzoek te richten op de verschillen tussen grootschalige afdelingen en kleinschalig wonen. Hierbij kan dezelfde opzet als bij het huidige onderzoek worden gebruikt, maar dan moeten de begeleiders worden verdeeld in groepen van ervaring met grootschalige- en kleinschalige settings in plaats van aantal jaren werkervaring.

- Voor vervolgonderzoek zou het tevens interessant zijn om de interventie verhoogde intervisie, die beschreven wordt bij aanbevelingen voor praktijk, toe te passen in een onderzoek. Hierbij wordt Maastrichtse arbeidstevredenheids-schaal voor de gezondheidszorg bij aanvang van het onderzoek afgenomen bij een groep van 50-60 begeleiders. Naast de vragenlijst zijn er ook open vragen die dieper ingaan over de voordelen en nadelen van kleinschalig wonen. Hierna zal er gedurende één jaar een verhoging van intervisie zijn bij de groep begeleiders. Nadat het jaar verstreken is zal wederom de vragenlijst van arbeidstevredenheid en open vragen worden afgenomen.

Er kan dan worden bekeken of er sprake is geweest van een stijging van de arbeidstevredenheid door de intervisie. Tevens kan er worden gekeken naar verschillen in voordelen en nadelen van kleinschalig wonen. Er kan bijvoorbeeld worden gekeken of de verhoogde intervisie daadwerkelijk heeft geleid tot de afname van nadelen bij kleinschalig wonen voor de groep begeleiders.

- Aangezien uit het onderzoek is gebleken dat de minder ervaren begeleiders minder arbeidstevredenheid ervaren kan er ook een onderzoek worden uitgevoerd gericht op deze groep begeleiders. Hierbij kan dezelfde onderzoeksopzet worden gebruikt als bij het bovenstaande onderzoek van toepassing verhoogde intervisie, alleen zou er dan een vergelijking worden gemaakt tussen begeleiders met meer versus minder werkervaring.

LITERATUURLIJST

- Alzheimer Nederland. (2013). *Brochure: Kleinschalige zorg*. Verkregen op 21 april, 2013, via http://www.alzheimer-nederland.nl/media/1870/Kleinschalige_zorg.pdf
- Arts, K. (2004). *Het syndroom van Korsakov: ontstaan en geheugenstoornissen*. Verkregen op 10 maart, 2013, via <http://kennis.korsakovkenniscentrum.nl/nl/kennisbank/29>
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M., de, & Tenissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Blansjaar, B. A. (1992). *Alcoholic Korsakoff's Syndrome*. Delft: Eburon.
- Boekhorst, S., te, Depla, M. F. I. A., Lange, A. M., de, & Eefsting, J. A. (2007). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38 (1), 17-26.
- Brand, M., Kalbe, E., Fuliwara, E., Huber, M., & Markowitsch, H. J. (2003). Cognitive estimation in patients with probable Alzheimer's disease and alcoholic Korsakoff patients. *Neuropsychologia*, 41 (5), 575-584.
- Bussemaker, J. (2009). *Stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Den Haag: Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2010). *StatLine: gezondheid en welzijn: zelfgerapporteerde leefstijl: gebruik alcoholhoudende dranken (12+): zware drinker*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2011). *Research Methods in Education*. Oxfordshire: Routledge.
- Eikelenboom, P., Gool, W. A., van, Schmand, B. A., & Mast, R. C., van der. (2008). Delirium, dementie en andere cognitieve stoornissen. In W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp (Red). *Handboek Psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hornman, M., Dilven, W., & Leeuwen, C., van. (2013). *De kracht van intervisie*. Verkregen op 8 juli, 2013, via <http://www.gdnet.nl/download/file:toolkit-nummer-1.htm>
- Joyce, E. M., & Robbins, T. W. (1991). Frontal lobe function in Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics: planning and spatial working memory. *Neuropsychologia*, 29 (8), 709-723.

- Kaufman, D. M. (2006). *Clinical Neurology for Psychiatrists* (6^e druk). Philadelphia: Saunders.
- Kenniscentrum Wonen-Zorg. (2013). *Databank kleinschalig wonen dementerenden*. Verkregen op 26 april, 2013, via <http://kcwz.nl/dossiers/kleinschaligwonen/databank?soort=kleinschalig>
- Knippenberg, D., van, & Schie, E. C. M., van. (2000). Foci and correlates of organizational identification. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73 (2), 137-147.
- Kopelman, M. D., Thomson, A. D., Guerrini, I., & Marshall, E. J. (2009). The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 44 (2), 184-154.
- Korsakov Kenniscentrum (2013). *Brochure: Het syndroom van Korsakov*. Verkregen op 10 maart, 2013, via <http://kennis.korsakovkenniscentrum.nl/nl/kennisbank/29>
- Kuks, J. B. M., & Snoek, J. W. (2007). *Klinische Neurologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Landeweerd, J. A., Boumans, N. P. G., & Nissen, J. M. J. F. (1996a). Arbeidsvoldoening bij verplegende en begeleiders. De Maastrichtse arbeidssatisfactie schaal voor de gezondheidszorg. In C. C. Van Beek, T. C. Van Dorsten & M. G. Boekholdt (Red), *Handboek Verpleegkundige Innovatie* (pp. D250-3-D250-26). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Landeweerd, J. A., Boumans, N. P. G., & Nissen, J. M. J. F. (1996b). *Bedrijfsgezondheidszorg Studies nr. 11. De Maastrichtse arbeidssatisfactie schaal voor de gezondheidszorg (MAS-GZ)*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2006). *Leren van begeleiders*. Verkregen op 9 mei, 2013, via http://www.wonenmetdementie.nl/uploads/informatie_bijlages/leren_van_begeleiders_kleinschalig_wonen.pdf
- Rooij, A. J., van, Schoenmakers, T. M., & Mheen, D., van de. (2011). *Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009: kerncijfers 2009*. IVO: Rotterdam.
- Schepers, J. P., Koopmans, R. T. C. M., & Bor, J. H. J. (2000). Patients with Korsakoff's syndrome in a nursing home: characteristics and comorbidity. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 31 (3), 113-118.

Trimbos Instituut. (2010). *Monitor Woonvormen Dementie: Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Verkregen op 25 maart, 2013, via <http://www.trimbos.nl/publicaties/2011/08/de-focus-op-kleinschalige-zorg>

Verbeek, H., Rossum, E., van, Zwakhalen, S. M. G., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2011). *Effecten van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie. Evaluatie van de invloed op bewoners, mantelzorgers en begeleiders*. Verkregen op 10 maart, 2013, via http://www.invoorzorg.nl/docs/ibz/bedrijfsvoering/Effecten_van_kleinschalig_wonen_voor_ouderen_met_dementie.pdf

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Rossum, E., van, Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *Biomedical Health Services Research*, 10 (30).

World Health Organization (WHO). (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.

Zadelhoff, E., van, Verbeek, H., Widdershoven, G., Rossum, E., van, & Abma, T. (2011). Good care in group home living for people with dementia. Experience of residents, family and nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (17-18), 2490-2500.

Beste medewerker van ZorgAccent,

Ten eerste wil ik u van harte bedanken voor het deelnemen aan dit onderzoek. Het onderzoek is gedaan in opdracht van het kernteam Korsakov van ZorgAccent. De vragenlijst is opgesteld als onderdeel van een afstudeeropdracht naar de evaluatie van kleinschalig wonen bij begeleiders op de afdeling met Korsakov cliënten.

De vragen dienen naar waarheid te worden ingevuld. De gegevens zullen alleen gebruikt worden door de onderzoeker. De resultaten worden geanonimiseerd teruggekoppeld aan ZorgAccent zodat het niet naar u kan worden teruggeleid.

U zult enkele vragen krijgen over uw leeftijd, opleidingsniveau en ervaring met de ouderenzorg en kleinschalig wonen. Hierna zult u vragenlijsten moeten invullen over de arbeidstevredenheid en motivatie. Deze vragenlijsten moeten worden ingevuld vanuit uw ervaringen met kleinschalig wonen. Ter afsluiting zullen er nog enkele open vragen worden gesteld die gaan over uw positieve en negatieve ervaringen met kleinschalig wonen.

Met vriendelijke groeten,
Angélique Gruters
Bachelor student Universiteit Twente

Sociodemografische variabelen

1. Geslacht: m v

2. Welke van de onderstaande opleidingen heeft u afgerond:

- Verzorgende/verplegende
- Agogisch
- Verzorgend/verplegende en agogisch
- Anders:

3. Aantal jaren ervaring op een Korsakov woongroepen, zowel groot- als kleinschalig wonen:

- Minder dan 1 jaar
- 1 – 5 jaar
- 6 – 10 jaar
- Meer dan 10 jaar

4. Aantal jaren ervaring op een Korsakov woongroepen, op kleinschalig wonen

- Minder dan 1 jaar
- 1 – 5 jaar
- 6 – 10 jaar
- Meer dan 10 jaar

\

Arbeidstevredenheid

Wilt u hieronder steeds aangeven in welke mate u het eens bent met onderstaande uitspraken over uw werk? Gelieve het juiste antwoord te omcirkelen.

Stelling	De mate van tevredenheid over	Zeervrededen	Ontevreden	Neutraal	Tevreden	Zeervrededen
1	De mate waarin je van tevoren weet wat voor werk je opgedragen krijgt	1	2	3	4	5
2	De mate waarin je over het algemeen tijd hebt je cliënten goed te helpen	1	2	3	4	5
3	De mate waarin je als verzorgende goede promotiemogelijkheden hebt in de instelling	1	2	3	4	5
4	De mate waarin het werk je het gevoel geeft Dat je werkelijk iets kunt	1	2	3	4	5
5	De mate waarin je jouw collega's graag mag	1	2	3	4	5
6	De mate waarin jij individuele zorgverlening	1	2	3	4	5

	aan de cliënten kunt geven					
7	De mate waarin je mogelijkheden hebt om vooruit te komen in deze instelling	1	2	3	4	5
8	De mate waarin je jouw cliënten graag mag	1	2	3	4	5
9	De mate waarin je jouw kundigheden en mogelijkheden kunt gebruiken	1	2	3	4	5
10	De mate waarin je in je werk kunt laten merken dat je jouw collega's sympathiek vindt	1	2	3	4	5
11	De mate waarin de leidinggevende op de hoogte is van de gang van zaken	1	2	3	4	5
12	De mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn waaraan jij je kunt houden	1	2	3	4	5
13	De mate waarin je het gevoel hebt dat de leiding van de afdeling goed verloopt	1	2	3	4	5
14	De mate waarin een rechtvaardig promotiebeleid in deze instelling wordt gevoerd	1	2	3	4	5
15	De mate waarin het werk het beste uit je haalt waartoe jij in staat bent	1	2	3	4	5
16	De mate waarin jou verteld wordt wat er van je verwacht wordt	1	2	3	4	5
17	De mate waarin je het gevoel hebt dat cliënten jou een geschikte 'meid' of 'kerel' vinden	1	2	3	4	5
18	De mate waarin je te maken hebt met collega's die je graag mogen	1	2	3	4	5
19	De mate waarin de leidinggevende zijn/haar vak goed verstaat	1	2	3	4	5
20	De mate waarin jij het gevoel hebt psycho-sociale begeleiding aan de cliënten te geven	1	2	3	4	5
21	De mate waarin jij te make hebt met cliënten die jou graag mogen.	1	2	3	4	5

- 1. Hoeveel jaar ervaring heeft u met grootschalige afdelingen in de zorg? En met grootschalige afdelingen specifiek gericht op Korsakov?**
- 2. Hoeveel jaar ervaring heeft u met kleinschalig wonen in de zorg? En met kleinschalig wonen gericht op Korsakov?**
- 3. In hoeverre denkt u dat werkervaring van belang is voor het werken in een kleinschalige woon omgeving?**
- 4. Wat vindt u positief aan kleinschalig wonen voor u, als verzorgende, in vergelijking met grootschalige afdelingen? Geef hierbij voorbeelden bij wat u positiever ervaart.**
- 5. Wat ervaart u als negatief bij grootschalige afdelingen?**
- 6. Wat vindt u negatief aan kleinschalig wonen voor u, als verzorgende, in vergelijking met grootschalige afdeling. Geef hierbij tevens voorbeelden over wat u als negatiever ervaart.**
- 7. Wat ervaart u als positief bij grootschalige afdelingen?**
- 8. Schets een werkomgeving die het beste bij u past als verzorgende (meer kleinschalig/grootschalig of een mix van beide?)**
- 9. Wat vindt u positief aan kleinschalig wonen voor de bewoners, in vergelijking met grootschalige afdelingen?**
- 10. Wat vindt u negatief aan kleinschalig wonen voor de bewoners, in vergelijking met grootschalige afdelingen?**
- 11. Welke basiskennis en vaardigheden denkt u nodig te hebben voor het leerproces bij kleinschalig wonen?**
- 12. Bent u van mening dat er sprake is van een verschil in de basiskennis en vaardigheden die u nodig heeft bij kleinschalig wonen in vergelijking met grootschalige afdelingen?**
- 13. Zou u enkele werkzaamheden die u bij kleinschalig wonen uitvoert kunnen benoemen?**
- 14. Bent u van mening dat uw werkzaamheden bij kleinschalig wonen moeilijker zijn geworden in vergelijking met uw werkzaamheden op een grootschalige afdeling? Welke problemen ervaart u?**
- 15. Wat vindt u van de flexibiliteit van uw werkuren bij kleinschalig wonen in vergelijking met de flexibiliteit van uw werkuren op een grootschalige afdeling? Bent u van mening dat u zich flexibeler moet opstellen?**

BIJLAGE III

POST HOC ANALYSE

Tevredenheid met...	Verschillend aantal jaren werkervaring			
	<1(n=4)	1-5(n=20)	6-10(n=8)	>10(n=28)
	p	p	p	p
Totaalscore	<1(n=4)	.43	.91	.99
	1-5(n=2)	.43	.02*	.11
	6-10(n=8)	.91	.02*	.53
	>10(n=28)	.99	.11	.52
De leiding	<1(n=4)	.99	.98	.95
	1-5(n=2)	.99	.74	.39
	6-10(n=8)	.98	.74	1.00
	>10(n=28)	.95	.39	1.00
Promotiemogelijkheden	<1(n=4)	1.00	.91	1.00
	1-5(n=2)	1.00	.72	1.00
	6-10(n=8)	.91	.72	.65
	>10(n=28)	1.00	1.00	0.65
Kwaliteit van zorg	<1(n=4)	.10	.99	1.00
	1-5(n=2)	.10	.00*	.00*
	6-10(n=8)	1.00	.00*	.87
	>10(n=28)	1.00	.00*	.87
Groeimogelijkheden	<1(n=4)	1.00	.48	.82
	1-5(n=2)	1.00	.16	.40
	6-10(n=8)	.48	.16	.74
	>10(n=28)	.82	.40	.74
Contacten/collega's	<1(n=4)	.33	.91	.64
	1-5(n=2)	.33	.59	.76
	6-10(n=8)	.91	.59	.94
	>10(n=28)	.64	.76	.94
Patiënten/cliënten	<1(n=4)	.20	1.00	.67
	1-5(n=2)	.20	.02*	.35
	6-10(n=8)	1.00	.02*	.21
	>10(n=28)	.67	.35	.21
Duidelijkheid	<1(n=4)	.91	.99	1.00
	1-5(n=2)	.91	.52	.47
	6-10(n=8)	.99	.52	.99
	>10(n=28)	1.00	.47	.99

1) Positieve aspecten kleinschalig wonen voor begeleiders

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1. Huiselijkheid	- Huiselijkheid	33	6
	- Werken in maatschappij	2	2
2. Meer individuele aandacht	- Meer individuele aandacht	20	6
	- Cliëntgericht werken	4	8
	- Hechter contact met cliënt	11	5
	- Meer tijd met cliënt	12	4
3. Kleinere groepen	- Kleinere groep cliënten	3	-
	- Betere groepsdynamica	4	-
	- Meer overzicht	12	2
	- Meer rust	8	-
4. Kleinere teams	- Kleinere teams	4	-
	- Meer verantwoordelijkheid	3	-
	- Sneller leren	1	4
	- Veelzijdig werk	2	-

2. Positieve aspecten kleinschalig wonen voor de bewoners

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1. Huiselijkheid	- Huiselijkheid	36	6
	- Deelnemen maatschappij	2	3
	- Meer privacy	4	4
	- Meer zichzelf zijn	1	2
	- Verhoogde eigenwaarde	6	2
	- Mogelijkheid terugtrekken	-	1
2. Meer individuele aandacht	- Meer aandacht voor cliënt	22	4
	- Eigenwaarde verhogen	6	2
	- Cliëntgerichte zorg	3	6
	- Meer tijd voor cliënt	-	9
	- Vaak zelfde personeel	5	-
3. Kleinere groepen	- Kleinere groep cliënten	4	-
	- Betrokkenheid onder cliënten	6	2
	- Minder bedreigend	1	-
	- Minder prikkels	-	2
	- Veiliger	15	2

3. Negatieve aspecten kleinschalig wonen voor de begeleiders

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1.Solistisch werken	- Solistisch werken	22	5
	- Minder tijd voor cliënt	3	-
	- Minder aandacht voor cliënt	1	-
	- Minder contact met collega's	14	3
	- Miscommunicatie	1	1
	- Verhoogde werkdruk	7	1
	- Moeilijker terugvallen op collega's	2	-
	- Moeilijker vak leren	3	2
	- Moeilijker van elkaar afkijken	4	1

4. Negatieve aspecten kleinschalig wonen voor de bewoners

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1.Bedreigender	- Bedreigender	8	1
	- Onmogelijkheid verstoppen	9	6
	- Te hoge vraag voor cliënt	5	2
2. Minder personeel	- Minder personeel	3	1
	- Minder aandacht	1	-
	- Minder tijd voor cliënt	1	-
3. Kleinere groepen	- Aansluiting binnen groep	3	5
	- Bewoners meer invloed op elkaar	7	-
	- Onvermogen verstoppen	9	6

5. Werkervaring bij kleinschalig wonen

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1.Solistisch werken	- Solistisch werken	-	10
	- Meer basiskennis	-	1
	- Fouten minder snel ontdekt	-	3
	- Meer kennis over cliënt	-	3
	- Meer kennis over omgang	-	4
	- Minder overleg met collega's	-	2
	- Minder van elkaar afkijken	-	9
	- Niet terugvallen op collega's	-	2
	- Sneller beslissingen maken	-	4
2. Stevig in schoenen staan	- Stevig in schoenen staan	-	1

- Beter onderhandelen	-	1
- Meer overzicht	-	1
- Beter zelfreflectie	-	2

6. Vaardigheden en kennis bij kleinschalig wonen

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1. Geen verschillen	- Geen verschillen	10	2
	- Basiskennis en – vaardigheden altijd nodig	11	-
2. Zelfstandigheid	- Zelfstandigheid	17	8
	- Niet meer terugvallen op collega's	3	-
	- Niet meer van ervaren collega's leren	3	9
	- Snel reageren	2	-
	- Werkdruk aankunnen	1	-
	- Goede basiskennis	-	4
3. Andere vaardigheden en kennis	- Meer kennis over groepsinteracties	4	-
	- Meer kennis over huishouden	5	-
	- Meer kennis over Korsakov	2	-
	- Meer kennis over cliënt	3	1
	- Goed communiceren	6	3
	- Goed observeren	1	-
	- Meer aspecten aan bod	-	1
	- Zelfreflectie	9	3
	- Feedback ontvangen	-	2

7. Moeilijkheidsgraad werkzaamheden bij kleinschalig wonen

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1. Niet moeilijker	- Niet moeilijker	16	4
2. Wel moeilijker	- Wel moeilijker	8	1
	- Minder overleg met collega's	6	-
	- Moeilijker voor nieuwelingen	4	-
	- Solistisch werken	9	4
	- Minder tijd voor cliënt	3	-
	- Werkzaamheden niet afkrijgen	-	1
3. Anders	- Meer huishoudelijke taken	6	-
	- Meer informatie	1	-
	- Meer organiseren	2	6
	- Meer plannen	1	-
	- Meer werkzaamheden	8	2
	- Minder verzorgend	-	2

8. Flexibiliteit bij kleinschalig wonen

Kerncodering	Subcodering	Frequentie enquête	Frequentie interview
1. Geen problemen	- Geen problemen mee	18	2
	- Vereiste voor het vak	7	4
2. Geen verschillen	- Geen verschillen	11	-
3. Flexibeler	- Kleinere teams	8	4
	- Moet flexibeler zijn	14	4