

Welbevinden van ouderen in woonzorgcentra:

de overeenkomst tussen
zelfrapportage en beoordelingen van
zorgmedewerkers

Didre Schutte – S _____ - _____@student.utwente.nl

24 juni 2016

Inhoudsopgave

Abstract.....	2
Abstract (English).....	3
Inleiding.....	4
Zelfrapportage en observatie.....	6
Welbevinden als zelfrapportage.....	7
Observatie van welbevinden.....	9
Methoden.....	10
Design.....	10
Participanten.....	10
Procedure.....	11
Materialen.....	12
Analyseplan.....	14
Resultaten.....	16
Beschrijvende statistiek.....	16
Samenhang zelfrapportage en observaties.....	18
Welbevinden: zelfrapportage.....	18
Welbevinden: observaties.....	19
Discussie en conclusie.....	20
Referenties.....	25

Abstract

De huidige studie werd uitgevoerd om te onderzoeken hoe adequaat zorgmedewerkers binnen woonzorgcentra voor ouderen zijn in het beoordelen van het welbevinden van hun cliënten. Om dit te bereiken zijn observatie scores van zorgmedewerkers en zelfrapportage scores van cliënten over cliënt-welbevinden met elkaar vergeleken. Hierbij werd gekeken naar absolute overeenkomst op één directe vraag. Daarnaast is de samenhang tussen de zelfrapportage van welbevinden via de enkele vraag vergeleken met een meting via een bestaande schaal, evenals met constructen die aan de hand van de literatuur aannemelijk leken (depressieve symptomen, flow, hulp bij dagelijkse taken en het al dan niet hebben van een partner). Ten slotte werd er gekeken hoe veel de observaties van medewerkers van elkaar verschilden wanneer zij dezelfde cliënt beoordeelden. Het onderzoek is uitgevoerd onder 32 zorgmedewerkers binnen één woonzorgcentrum, en 30 van hun cliënten. De medewerkers hebben voorafgaand aan hun deelname een training gehad over welbevinden.

Er werd een matige overeenkomst gevonden tussen de beoordelingen die zorgmedewerkers gaven over cliënt-welbevinden en beoordelingen die cliënten zelf gaven ($ICC=.55$, 95% $CI [.06, .79]$, $F(28, 29)=2.25$, $p<.05$). Verder correleerde de gebruikte zelfrapportage meting van welbevinden met een bestaande zelfrapportage meting ($r_s(28) = .59$, $p < .005$), en een meting van depressieve symptomen ($r_s(28)=-.49$, $p<.01$). Voor zelfrapportage van welbevinden en flow ($r_s(28)=.33$, $p=.075$), hulp bij dagelijkse taken ($r_s(27)=.03$, $p=.897$), en het al dan niet hebben van een partner ($\chi^2(1) = 2.242$, $p = .134$) konden geen verbanden gevonden worden. In 65.5% van de gevallen verschilden de beoordelingen van verschillende zorgmedewerkers maximaal één beoordelingscategorie bij het beoordelen van dezelfde cliënt.

Aan de hand van deze bevindingen werd geconcludeerd dat de zorgmedewerkers nog niet adequaat genoeg zijn in het beoordelen van het welbevinden van hun cliënten. Door gebrek aan voorspelde samenhang tussen constructen betreffende de zelfrapportage scores, kunnen echter ook deze niet als volledig representatief gezien worden. Daarom is het aan te raden waar mogelijk de beoordelingen van zorgmedewerkers en cliënten naast elkaar te gebruiken. Echter, omdat dit niet altijd mogelijk is, is het zaak het beoordelingsvermogen van zorgmedewerkers te blijven ontwikkelen. Enige optimisme is alsnog op zijn plaats, aangezien de overeenkomst die gevonden werd in de huidige studie een verbetering is ten op zichten van bevindingen uit eerder onderzoek. Dit is mogelijk een indicatie voor effectiviteit van het trainingsprogramma.

Abstract (English)

This study was conducted to investigate how good caregiving employees of residential care institutes for the elderly are at evaluating the well-being of their residents. For this purpose, observational scores of caregiving employees and self-report scores of residents about resident well-being, have been compared with each other. This was done by looking at absolute agreement of their respective scores on a single question about resident well-being. Next to that, the correlation of the single well-being question with an existing well-being scale was inspected, as well as the single question's relation with several constructs which literature suggested to be related (depressive symptoms, flow, assistance with daily tasks, and whether or not the resident had a partner). The study was conducted among 32 caregiving employees at one residential care institute, and 30 of their residents. The employees were trained in regards to well-being just prior to their participation.

The evaluations of caregiving employees about resident well-being were found to be in moderate agreement with those of the residents themselves ($ICC=.55$, 95% $CI [.06, .79]$, $F(28, 29)=2.25$, $p<.05$). Additionally, the employed self-report measure of well-being was found to correlate with an existing measure of well-being ($r_s(28) = .59$, $p < .005$), and with a measure of symptoms of depression ($r_s(28)=-.49$, $p<.01$). No relations could be found between self-reported well-being and flow ($r_s(28)=.33$, $p=.075$), assistance in daily tasks ($r_s(27)=.03$, $p=.897$), and whether or not the client has a partner ($\chi^2(1) = 2.242$, $p = .134$). For 65.5% of the cases there were maximum differences of only one scale point between ratings by different employees about the same resident.

Based on these findings it was concluded that caregiving employees aren't yet good enough at evaluating their residents' well-being. However, due to lack of predicted relations between the self-report scores and other constructs, the self-report scores cannot be regarded as fully representative either. Therefore, whenever possible, it is advised to use both employee and resident ratings in evaluating resident well-being. As this isn't always possible, however, it is necessary that the evaluation skills of the employees will continued to be trained. Yet, some optimism is warranted: the current agreement appears better than agreement found by previous research. This might indicate the usefulness of the training program employed.

Inleiding

Nederland, en de rest van de westerse wereld, vergrijst (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012; Stankunas, et al., 2013; Boot, Nichols, Rogers & Fisk, 2012). Dat betekent dat het percentage ouderen binnen de bevolking steeds groter wordt ten op zichten van de gehele bevolking. Door de vergrijzing wordt het ook steeds belangrijker om te weten hoe de fysieke, cognitieve en psychologische behoeften van ouderen bevredigd kunnen worden. Daarbij is belangrijk te erkennen dat ouderen een specifieke doelgroep zijn, onder andere door de achteruitgang of verandering van fysieke en cognitieve vaardigheden die ouderen ervaren (Boot, et al., 2012).

Deze fysieke en cognitieve belemmeringen kunnen er voor zorgen dat ouderen behoefte hebben aan intensieve zorg. Terwijl er vroeger werd gesproken over een plaatsing in een ‘verzorgingstehuis’, waarbij al snel wordt gedacht aan een sombere instelling vol met ouderen die hele dag alleen op hun kamer zitten, verhuizen mensen tegenwoordig naar zogenaamde woonzorgcentra. Binnen deze nieuwe aanpak van de ouderenzorg komt er ook steeds meer aandacht voor het welbevinden van ouderen (e.g. Légaré, et al., 2008).

Wanneer zorg zich gaat richten op welbevinden, betekent dit dat de focus verschuift van het enkel genezen of onder controle houden van ziekte en psychopathologie, naar het optimaliseren van ervaring en psychologisch functioneren (Tomás, Sancho, Melendez, & Mayordomo, 2012; Ryan & Deci, 2001). Het is dus niet voldoende om te zeggen dat iemand geen pijn heeft, om te kunnen stellen dat het met die persoon goed gaat. Om te voldoen aan de definitie van welbevinden dienen mensen ook van hun leven te genieten en plezier te beleven. Welbevinden kan namelijk gezien worden als de afwezigheid van pijn en aanwezigheid van genot, of als optimaal functioneren (Tomás, et al., 2012). Binnen deze studie zal welbevinden beschouwd worden als een combinatie van die drie factoren: iemand heeft een hoog welbevinden bij optimaal functioneren, met optimaal genot en relatieve afwezigheid van pijn.

Er kan dus gesteld worden dat de toenemende interesse in welbevinden goed is, omdat het bij kan dragen aan een menswaardiger bestaan. Echter, wanneer het gerealiseerd moet worden dat ouderen in woonzorgcentra voldoende welbevinden ervaren, is het ook zaak om de mate van ervaren welbevinden regelmatig te peilen. Zonder dat het bekend is hoe het staat met het welbevinden van de bewoners, zou het namelijk erg lastig worden om in te schatten of er

maatregelen getroffen moeten worden – en wanneer er maatregelen getroffen zijn, of deze effectief zijn.

Er zou gesteld kunnen worden dat de beste manier om dit te doen zou zijn door cliënten direct te benaderen voor hun eigen oordeel over hun welbevinden. Keuzevrijheid en de betrokkenheid in het besluitvormingsproces dragen namelijk bij aan een betere kwaliteit van leven (Légaré, et al., 2008; Steffansson, Pulliainen, Kettunen, Linnosmaa, Halonen, 2016). Daarnaast laat deze aanpak mensen in hun waarde (Steffansson, et al., 2016). Daarnaast toont literatuur aan dat mensen vaak relatief goed zijn in het maken van dit soort oordelen over zichzelf (Dorevitch, et al., 2013; Hollinger-Samson & Pearson, 2000). Echter, ondanks dat er steeds meer aandacht komt voor het welbevinden en de eigen input van de cliënt (Légaré, et al., 2008; Poortvliet, Van Beek, De Boer, Gerritsen, & Wagner, 2007), bestaat er in de gezondheidszorg een traditie waarin professionals veelal beslissingen maken zonder daarin de mening van de patiënt of cliënt in mee te nemen (Légaré, et al., 2008). Redenen die professionals hier veelal voor geven zijn tijdsgebrek, of, naar mening van de professionals, onvermogen van de cliënt om deel te nemen aan het besluitvormingsproces (Légaré, et al., 2008). Dit laatste brengt een interessante kwestie naar voren. Binnen de ouderenzorg kan het voor komen dat medewerkers te maken krijgen met mensen die werkelijk niet voldoende capaciteit bezitten om de consequenties van hun keuzes te overzien, of onvoldoende psychisch stabiel zijn om rationeel te kunnen redeneren. Een voorbeeld hiervan zijn cliënten die leiden aan dementie in een verder gevorderd stadium (Poortvliet, et al., 2007; Horgas, Elliott & Marsiske, 2009). Het kan voor dementie patiënten bijzonder moeilijk zijn om hun mening te geven, omdat ze onder andere te maken kunnen hebben met verslechterende geheugen-, oordelings-, en communicatie capaciteiten (Horgas, et al., 2009). In sommige gevallen is er dus geen mogelijkheid om het oordelen aan cliënten over te laten.

Het is dus niet enkel zo dat het binnen de ouderenzorg kan voor komen dat medewerkers (mee)beslissen over hun cliënten, maar ook kan het noodzakelijk zijn. Als beslissingen voor mensen worden gemaakt, dan is het natuurlijk belangrijk dat de inschattingen van de professionals zo adequaat mogelijk zijn. In dit onderzoek zal gekeken worden hoe het staat met het inschattingsvermogen van zorgmedewerkers binnen woonzorgcentra over het welbevinden van hun cliënten. Dit heeft tot de volgende onderzoeksvraag geleid:

RQ.1: Hoe adequaat zijn de beoordelingen van zorgmedewerkers binnen woonzorgcentra over het welbevinden van hun cliënten?

Zelfrapportage en observatie

Om te beantwoorden hoe adequaat de oordelen van zorgmedewerkers zijn over het welbevinden van hun cliënten, moet een onderzoek worden uitgevoerd dat drie stappen telt. Binnen de eerste stap zal er gekeken worden naar de mate van overeenkomst tussen de beoordelingen van zorgmedewerkers over cliënt-welbevinden en de beoordelingen van cliënten zelf. Als medewerkers goede beoordelingen willen geven over het welbevinden van cliënten, dan dienen die op zijn minst bij benadering net zo goed te zijn als die van cliënten zelf.

Nadat de eerste stap voltooid is, zullen de tweede en derde stap vervolgens bestaan uit het beoordelen van de kwaliteit van de zelfrapportage en observatie beoordelingen los van elkaar. Dit zodat bij gebrek aan overeenkomst meer informatie beschikbaar is over waar dit verschil mogelijk vandaan komt. Daar later meer over.

De relatie tussen zelfrapportage beoordelingen van ouderen en observaties van mensen uit hun omgeving is reeds onderzocht.

Poortvliet, et al. (2006) vonden dat familieleden en vrienden op het gebied van kwaliteit van leven een onderschatting maakten, maar pleitten daarentegen voor de relatief goede mogelijkheden van medewerkers in zorginstellingen om inschattingen te maken over hun cliënten. Poortvliet, et al., (2006) droegen hier echter geen ondersteunende literatuur of resultaten voor aan.

Custers, Westerhof, Kuin, Gerritsen en Riksen-Walgraven (2013) concludeerden dat daarentegen beoordelingen die cliënten zelf gaven over de vervulling van behoeftes die bijdragen aan welbevinden slechts weinig tot matig samenhangen met de beoordelingen van getrainde onafhankelijke observeerders. Daarnaast somden Custers, et al. (2013) een aantal studies op waarin cliënt-perspectieven met die van medewerkers, zorgverleners en onafhankelijke beoordelaars vergeleken werden (e.g., Gerritsen, Steverink, Ooms, De Vet, & Ribbe 2007; Kane, et al., 2005; Spector & Orrell, 2006). Custers, et al. (2013) stelden dat in al deze situaties er slechts een lage tot matige overeenkomst werd gevonden. Alle studies waar zij zich op baseerden betroffen studies over welbevinden of constructen die daar dicht bij liggen, zoals levenskwaliteit.

Aan de hand van de bovenstaande literatuur is de volgende hypothese opgesteld:

H.1: Er bestaat een matig verband tussen de observatiescores van zorgmedewerkers en de zelfrapportage scores van cliënten over cliënt-welbevinden.

Welbevinden als zelfrapportage

Alhoewel er eerder gesteld werd dat ouderen relatief goed zijn in het via zelfrapportage geven van beoordelingen over bepaalde constructen (Dorevitch, et al., 1991; Hollinger-Samson & Pearson, 2000), wordt er binnen de huidige studie niet onvoorwaardelijk aangenomen dat zelfrapportage van welbevinden probleemloos is. Zo bestaan er verschillende kanttekeningen over hoe zelfrapportage een vertekend beeld kan opleveren. Mensen kunnen bijvoorbeeld gemotiveerd zijn de situatie anders voor te doen (Dorevitch et al., 1991; Hofmann, Gawronski, Gschwendner, Le & Schmitt, 2005; Custers, et al., 2013), geen toegang hebben tot alle informatie via introspectie alleen (Hofmann, et al., 2005), of zich door de manier van bevragen tot een bepaald antwoord geneigd voelen (Hofmann, et al., 2005; Dooley, 2001).

Omdat de uiteindelijk beoordeling over de adequaatheid van de observatie scores van medewerkers afhankelijk is van de zelfrapportage scores, wordt het als noodzakelijk geacht om de kwaliteit van deze scores te onderzoeken. Dit zal vooral de validiteit van de metingen betreffen. De eerder gemaakte claims over hoe goed ouderen over het algemeen zijn in het beoordelen van hun welbevinden worden daarmee niet in twijfel getrokken.

Om de validiteit van de zelfrapportage scores die binnen het onderzoek gebruikt worden te onderzoeken, zullen de scores in verband gebracht worden met scores op andere, volgens literatuur gerelateerde, constructen. Bij ieder construct is een hypothese opgesteld. Hoe meer hypothesen bevestigd kunnen worden, hoe meer waarde gehecht kan worden aan de zelfrapportage scores.

Allereerst is er echter nog één andere methode gebruikt om de validiteit van de gebruikte welbevinden zelfrapportage score te beoordelen. Dit betreft het verband tussen twee zelfrapportage metingen van welbevinden. Hiertoe is de volgende hypothese opgesteld:

H.2: Er bestaat een positief verband tussen de huidige meting van welbevinden, en een reeds geverifieerde meting van welbevinden.

Daarnaast wordt depressie aangemerkt als het eerste construct waarvan verwacht mag worden dat er een verband met welbevinden bestaat. Dit verband kan direct en indirect in bestaand onderzoek teruggevonden worden (Ryan en Deci, 2000; Stansfeld, Head en Marmot, 1998; Hays, Wells, Sherbourne, Rogers en Spritzer, 1995; Keyes, 2005). Voor dit construct is de volgende hypothese opgesteld:

H.3: Er bestaat een negatief verband tussen depressieve symptomen en welbevinden als zelfrapportage.

Dit is echter niet het enige construct dat in verband gebracht kan worden met welbevinden. Voor het identificeren van de overige constructen is de zelf-determinatie theorie gebruikt. Binnen de zelf-determinatie theorie stellen Ryan en Deci (2000) dat welbevinden positief beïnvloed wordt door het bevredigen van drie natuurlijke psychologische basisbehoeften: competentie, autonomie en verbondenheid.

Allereerst gevoelens van competentie. Deze zouden gelinkt kunnen worden aan flow, of de mate waarin mensen helemaal opgaan in hun activiteiten. Er kan namelijk gezegd worden dat flow voorkomt uit een balans tussen eigen competenties en situationele uitdagingen (Heo, Lee, McCormick & Petersen, 2010). Er kan gesproken worden van flow wanneer iemand helemaal op gaat in een activiteit, en al het andere erom heen lijkt te vergeten (Heo, et al., 2014; McHugh, 2016). Verschillende studies vonden een positief verband tussen flow en welbevinden (Carpentier, Mageau, & Vallerand, 2012; Cheng & Lu, 2015; Fritz & Avsec, 2007). Daarom is de volgende hypothese opgesteld:

H.4: Er bestaat een positief verband tussen flow en welbevinden als zelfrapportage.

Wanneer het gaat over competentie en autonomie van ouderen in woonzorgcentra is de hulpbehoefte bij het uitvoeren van dagelijkse taken intuïtief een belangrijk construct. Verhaak, Dekker, De Waal, Van Marwijk en Comijs (2014) toonden aan dat er onder ouderen een relatie bestaat tussen belemmeringen in het functioneren en depressie. De belemmeringen die gemeten werden betroffen de volgende gebieden: communicatie en begrip, mobiliteit, persoonlijke

verzorging, sociale activiteiten, alledaagse activiteiten, en deelname aan de samenleving. Ook liet Bowling (2007) zien dat onafhankelijkheid door ouderen als één van de belangrijkste factoren werd aangemerkt die hun levenskwaliteit beïnvloeden. Dit is vastgelegd in de volgende hypothese:

H.5: Er bestaat een negatief verband tussen belemmeringen in het dagelijks functioneren en welbevinden als zelfrapportage.

Het concept verbondenheid uit de zelf-determinatie theorie betreft de mate waarin iemand gezonde sociale relaties en contacten heeft met (belangrijke) medemensen (in diens omgeving) (Ryan & Deci, 2000; Ryan & Deci, 2001). Eén duidelijk meetbare vorm daarvan is het al dan niet hebben van een partner. De relatie tussen welbevinden en de aanwezigheid van een partner wordt indirect en direct ondersteund door literatuur. Verhaak, et al. (2014) vonden bijvoorbeeld dat er onder depressieve ouderen vaker ouderen waren die geen hecht contact hadden met een partner door overleiden, scheiding, of gescheiden wonen van de desbetreffende partner. Ory & Huijts (2015) beargumenteerden daarnaast dat weduwnaars een lager welbevinden hebben. Moor, De Graaf en Komter (2013) vonden ook dat ouderen die een partner hadden een hoger welbevinden hadden, terwijl de afwezigheid van een partner het welbevinden verlaagt. De volgende hypothese is opgesteld:

H.6: Er bestaat een positieve relatie tussen de aanwezigheid van een partner en welbevinden als zelfrapportage.

Observatie van welbevinden

Om de vraag te beantwoorden of de beoordelingen die zorgmedewerkers geven over hun cliënten adequaat zijn, kunnen deze scores niet alleen vergeleken worden die van cliënten, maar ook tussen medewerkers onderling. Er kan bijvoorbeeld gekeken hoe veel verschillende medewerkers van elkaar verschillen wanneer zij dezelfde cliënt beoordelen. Wanneer de medewerkers veelal sterk variërende scores geven, duidt dit erop dat hun beoordelingen over cliënten mogelijk niet adequaat zijn. In het geval dat de beoordelingen die medewerkers geven dicht bij elkaar liggen, is dit een indicatie, maar geen uitsluitend, dat hun beoordelingen adequaat zijn. Dit vooral

wanneer er ook een hoge correlatie bestaat met de beoordelingen die cliënten zelf geven. Hier wordt geen hypothese gehanteerd.

Methoden

Design

Deze studie is ontworpen als een multi-actor, correlatieel onderzoek

Participanten

Medewerkers. Aan dit onderzoek hebben 32 zorgmedewerkers deel genomen. De zorgmedewerkers zijn geworven binnen één locatie van de Zorggroep _____¹ in 2015. De locatie betreft een woonzorgcentrum waar ouderen die verschillende maten van zorg behoeven kunnen wonen. De medewerkers betroffen nagenoeg alle zorgmedewerkers die betrokken waren bij de cliënten woonachtig in de zorgappartementen.

Cliënten. Aan dit onderzoek hebben 30 ouderen deelgenomen, die in dezelfde periode zijn geworven als de deelnemende medewerkers. Ook waren zij woonachtig in het woonzorgcentrum waar de medewerkers zijn geworven. De deelnemende cliënten betroffen voornamelijk ouderen met verschillende maten van somatische problemen, en in sommige gevallen beginnende cognitieve problemen. Ouderen die woonachtig waren op de gesloten psychogeriatrische afdeling, of ernstige cognitieve problemen hadden, namen geen deel. Net als Custers, et al. (2013) is voor dit inclusie criterium gekozen zodat dementie niet aangedragen kan worden als reden voor verschillen tussen zelfrapportage en observatie scores. Het voornaamste inclusie criterium betreffende cognitieve problemen was de mate waarin een cliënt naar verwachting in staat was op een betrouwbare manier vragenlijsten in te vullen. Dit is vooraf vastgesteld met hulp van een contactverzorgende op de afdeling.

De deelnemers hadden een leeftijd van 56 tot en met 98 jaar ($M= 84.17$, $SD=7.56$). Van 2 deelnemers is de leeftijd niet bekend. Betreft de overige demografische gegevens was er geen data beschikbaar over drie cliënten. Wanneer enkel de cliënten waarvan gegevens bekend waren mee worden gerekend, bestond de steekproef uit 15 vrouwen (50.0%), 12 mannen (40.0%). Van de deelnemers hadden 21 personen (70.0%) op het moment van deelname geen partner, en 9 wel

¹ Naam verwijderd in huidige versie ter bescherming van privacy

(30.0%). Onder de deelnemers die geen partner hadden waren verreweg de meeste verzuimd (76.2%), een enkeling was ongehuwd (9.5%) en slecht één gescheiden (4.8%). Vier van de deelnemers hadden geen kinderen (14.8%), en 23 wel (76.7%). Alle deelnemers waren in Nederland geboren, en de meeste hadden een geloof of levensovertuiging (76.7%). Van de mensen die een geloof of levensovertuiging hadden, ervoeren 73.9% daar tamelijk veel tot zeer veel steun aan, 17.4% een beetje en slechts 8.6% ervoer geheel geen steun.

Procedure

Medewerkers. Voorafgaand aan het onderzoek hebben medewerkers een training gevolgd waarin ze leerden wat welbevinden en betrokkenheid is, en hoe dat te observeren is. Als onderdeel van de training moesten ze naar aanleiding van een observatie periode van twee weken, in de derde week het welbevinden van cliënten op hun eigen afdeling beoordelen. Dit dienden zij schriftelijk te doen aan de hand van één gesloten vraag. Het was de bedoeling dat de deelnemende medewerkers de scores onafhankelijk van elkaar toe kenden. Zij waren geïnformeerd dat hun beoordelingen vertrouwelijk behandeld zouden worden.

Informatie over hulp die cliënten nodig hadden bij het uitvoeren van dagelijkse taken is apart verkregen. De medewerkers dienden aan te geven hoeveel hulp de cliënten volgens hen behoefden. Deze data is verzameld drie maanden nadat de overige data verzameld is. Dit kan een bedreiging vormen voor het mogelijk verband met de zelfrapportage scores van welbevinden. Echter, om daar zicht op te houden, dienden de medewerkers die de schaal hebben ingevuld te vermelden of zij meenden of er iets veranderd was sinds de periode waarin data over welbevinden verzameld werd.

Cliënten. Tijdens dezelfde periode dat de medewerkers de cliënten beoordeeld hebben, zijn de cliënten zelf ook benaderd voor deelname aan het onderzoek. De cliënten werden in hun woning benaderd en schriftelijk en mondeling geïnformeerd over het onderzoek. Wanneer zij met deelname instemden moesten zij een toestemmingsformulier ondertekenen. De vragen werden mondeling door de onderzoeker afgenomen, maar de cliënten kregen een kopie van de vragenlijsten waarop zij konden meelesen. De verschillende vragenlijsten benodigd voor het meten van relevante constructen werden eerst afgenomen. Demografische gegevens werden aan het eind verzameld.

Na afloop van de vragenlijst had een deelnemer nog de mogelijkheid om vragen te stellen of iets anders mee te delen. Wanneer alles afgerond was werd de deelnemer bedankt voor diens deelname, en verteld over de verdere voortgang van het onderzoek. De interviews duurden twintig tot vijfenveertig minuten.

De vragenlijsten werden afgenomen door drie verschillende onderzoekers. Allen waren zij voor deze vorm van data verzameling getraind, en hadden zij een universitaire achtergrond in de psychologie.

Materialen

Medewerkers. Medewerkers dienden na een observatie periode het welbevinden van iedere cliënt op hun afdeling te beoordelen op een schaal met zes antwoordmogelijkheden. De definitie van (hoog) welbevinden die zij daarbij kregen was als volgt: “[Mensen hebben een hoog welbevinden wanneer] ze genieten van hun leven en plezier hebben. Ze voelen zich ‘als een vis in het water’. Ze stralen vitaliteit, ontspanning en innerlijke rust uit. Ze stellen zich open voor wat er op hen afkomt. Ze zijn spontaan en durven zichzelf te zijn. Ze hebben zelfvertrouwen en een goed gevoel van eigenwaarde. Ze durven voor zichzelf op te komen en zijn weerbaar. Ze hebben voeling met zichzelf, contact met de eigen ervaringsstroom. Kortom, ze leven voluit.”

De antwoordmogelijkheden liepen van 1 tot en met 5, waarbij één het laagste was, en vijf het hoogste. De zesde antwoordoptie was een vraagteken. Deze antwoordoptie was bedoeld voor wanneer er geen duidelijke beoordeling kon worden gemaakt. Zie tabel 1 voor de exacte beschrijving die bij de verschillende scores hoorde. Voor de analyse waarin de observatie scores met de zelfrapportage scores vergeleken werden, zijn alle beoordelingen over één cliënt samengevoegd tot één gemiddelde score.

Tabel 1.

Overzicht van score opties voor observatie van welbevinden.

Score	Beschrijving
1	Voelt zich meestal niet in zijn/haar sas, nooit echt genietend; vaak gespannen, mist innerlijke rust; vele signalen wijzen op negatieve belevingen; weinig zelfverzekerd, laag gevoel van eigenwaarde; relaties met anderen negatief gekleurd; weinig voeling met zichzelf; zich niet gelukkig voelen.
2	In het patroon overweegt onbehagen.

- 3 Geeft een neutraal of gemengd beeld, signalen van zich niet optimaal voelen of van plezier hebben, zijn niet intens en voorbijgaand; relaties met de omgeving zijn niet optimaal, maar ook niet zorgwekkend; leeft niet echt intens; niet gelukkig noch ongelukkig.
 - 4 In het patroon overweegt welbevinden.
 - 5 Voelt zich meestal uitstekend: geniet met volle teugen; straalt vitaliteit uit; is ontspannen en innerlijk rustig; staat open voor de omgeving en past zich vlot aan; heeft zelfvertrouwen en toont zich weerbaar; zit goed in zijn/haar vel, is in voeling met zichzelf.
 - ? Onvoldoende informatie, zeer onduidelijk beeld of nog niet bepaald.
-

Hulp bij dagelijkse taken. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de Katz Assistance in Daily Living schaal [Katz ADL] die de ontvangen hulp bij het uitvoeren van dagelijkse taken weergaf (Katz, et al., 1963,). Het gaat om het functioneren van de cliënten bij het uitvoeren van een aantal essentiële dagelijkse taken (wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, eten, continëntie). Bij de huidige variant werd elke vaardigheid beoordeeld op een schaal van 1 tot en met 4. Hierbij betekende 1 dat de cliënt volledig zelfstandig kon functioneren, en 4 dat de cliënt volledig afhankelijk was van verzorging of hulpstukken. De schaal had een hoge betrouwbaarheid ($\alpha=.94$). Voor de analyses zijn de gemiddelde scores meegenomen.

Cliënten. Welbevinden onder cliënten werd vastgesteld met één directe vraag (“Alles bij elkaar genomen, hoe fijn voelde u zich in de afgelopen week, met vandaag daarbij?”). Hiervoor bestonden vijf antwoordmogelijkheden die varieerden van 1 (“*helemaal niet fijn*”) tot en met 5 (“*uitstekend*”). Elke antwoordoptie had een controlezin. Dit betrof een uitgebreidere antwoordoptie die gelijkend was aan de antwoordopties die de medewerkers hadden (e.g. 5: “ik voelde mij uitstekend, ik voelde mij ontspannen / had zelfvertrouwen / ik genoot met volle teugen”). Nadat de cliënten antwoord hadden gegeven moesten ze aangeven of de bijbehorende controlezin paste bij wat ze bedoelden. Zo niet, dan werd een andere controle zin voorgelezen en de score eventueel aangepast.

Alternatieve meting welbevinden. De tweede meting van welbevinden die plaats vond was de afname van de Satisfaction With Life Scale [SWLS]. De oorspronkelijke schaal is Engels

en werd ontwikkeld door Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985). De schaal bestond uit vijf vragen die beantwoord moesten worden op een 7-punts Likert schaal. De versie die voor dit onderzoek gebruikt is betrof een Nederlandse vertaling met een 5-punts schaal. Het aantal antwoordopties is teruggebracht naar vijf, om het beantwoorden voor de cliënten te vergemakkelijken. De vragen betroffen uitspraken (e.g. “In de meeste dingen is mijn leven zo goed als ideaal.”), waarvan de respondenten op een schaal van 1 (“*helemaal niet mee eens*”) tot en met 5 (“*helemaal mee eens*”) moesten aangeven in hoeverre zij het hiermee eens waren. In het huidige onderzoek had de SWLS een hoge betrouwbaarheid ($\alpha=.83$). In de analyses werd de gemiddelde score op de hele schaal gebruikt.

Depressie. Om depressie te meten werd een verkorte, Nederlandstalige versie van de Geriatric Depression Scale [GDS] afgenomen. De oorspronkelijke schaal met 30 vragen is opgesteld door Yesavage, et al. (1983), met de specifieke bedoeling een schaal te ontwikkelen die depressie onder ouderen meet. De variant die voor dit onderzoek gebruikt is bevatte acht vragen (e.g. “Voelt u zich vaak hopeloos?”) waarop de respondenten “*ja*” of “*nee*” konden antwoorden. Deze variant is gebaseerd op Jongenelis, et al. (2007). In het huidige onderzoek wordt de vragenlijst niet gebruikt om door middel van een cut-off score vast te stellen of deelnemers wel of geen depressie hebben. In plaats daarvan wordt de data als ratio variabele gebruikt die depressieve klachten meet, er werd hiertoe een gemiddelde score van alle vragen berekend. In het huidige onderzoek had de schaal een betrouwbaarheid van $\alpha=.87$.

Flow. Er is één meeting van flow gehanteerd en deze betrof een directe vraag (“Hoe vaak ging u afgelopen week helemaal op in de dingen die u deed?”) met vijf antwoordmogelijkheden variërend van 1 (“*zelden*”) tot en met 5 (“*meestal*”). Verder werd hetzelfde principe gehanteerd als bij de directe vraag over welbevinden.

Analyseplan

Om de mate van overeenstemming tussen observatie en zelfrapportage scores van welbevinden te onderzoeken werd een two-way random intraclass correlatie gebruikt. Sommige onderzoekers vinden intraclass correlaties vanaf .41 schappelijk, en vanaf .60 goed (e.g. Cicchetti & Sparrow, 1981). Andere onderzoekers zijn strenger en stellen dat een correlatie kleiner dan .70 onvoldoende is (e.g. Barrett, 2001; Burke & Dunlap, 2002). Binnen dit onderzoek werd een score van .60 als minimale ondergrens aangehouden, maar pas vanaf een correlatie van .70 zal er gesproken worden van een goede correlatie.

Daarna is er gekeken naar het bestaan van een verband tussen de enkele vraag naar welbevinden en de SWLS. Omdat de data van de eerste meting van welbevinden niet normaal verdeeld bleek ($.43, df=30, p<.001$), is er gebruik gemaakt van de non-parametrische variant van een Pearson correlatie: een Spearman rang-order correlatie.

Wanneer deze twee metingen met elkaar correleren zullen de volgende analyses uitgevoerd worden op basis van de enkele welbevinden vraag, anders op basis van de SWLS. Wanneer mogelijk heeft de enkele vraag om praktische redenen de voorkeur; met een enkele vraag kunnen medewerkers en cliënten gelijkend en snel bevraagd worden. De hypothesen over het verband tussen welbevinden en de GDS, flow, en de zelfstandig functioneren werd ook met een Spearman rang-order correlatie worden getoetst. Om de relatie tussen het al dan niet hebben van een partner en de zelfrapportage score van welbevinden te onderzoeken werd er gebruik gemaakt van een Kruskal-Wallis test.

Ten slotte werd er gekeken naar de mate waarin de observatie scores van de medewerkers onderling van elkaar verschillen aan de hand van een standaarddeviatie. Per cliënt werd een gemiddelde score en een standaarddeviatie berekend, en aan de hand van een cut-off score werd er vervolgens gekeken in hoeveel procent van de gevallen medewerkers een acceptabele mate van overeenstemming met elkaar hadden. Deze cut-off score was een maximale standaarddeviatie van .60, omdat dit betekent dat binnen deze studie alleen scores waarbij medewerkers maximaal één beoordelingscategorie van elkaar verschillen acceptabel worden geacht.

De volgende criteria zijn gebruikt voor het hanteren van missende data: De gemiddelden werden per proefpersoon berekend over de beschikbare scores. Wanneer dit geen missende data opleverde in de variabelen die uiteindelijk in de analyses werden gebruikt, werden er geen verdere stappen ondernomen betreft missende data. Wanneer er in de gebruikte variabelen slechts data van één deelnemer miste, werd de 'pairwise exclusion' methode aangehouden bij het uitvoeren van analyses. Wanneer er data van meer dan één deelnemer ontbrak, dan werd het groepsgemiddelde op die variabele ingevuld als score.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

Zelfrapportage. Bij de enkele welbevinden vraag, de SWLS en de Katz ADL clusterde de data zich aan hoge zijde van de schaal. Bij de GDS was er juist sprake van het omgekeerde. Zie tabel 2 voor gemiddelden en standaardafwijkingen van alle schalen.

Tabel 2.

Overzicht beschrijvende statistiek alle variabelen

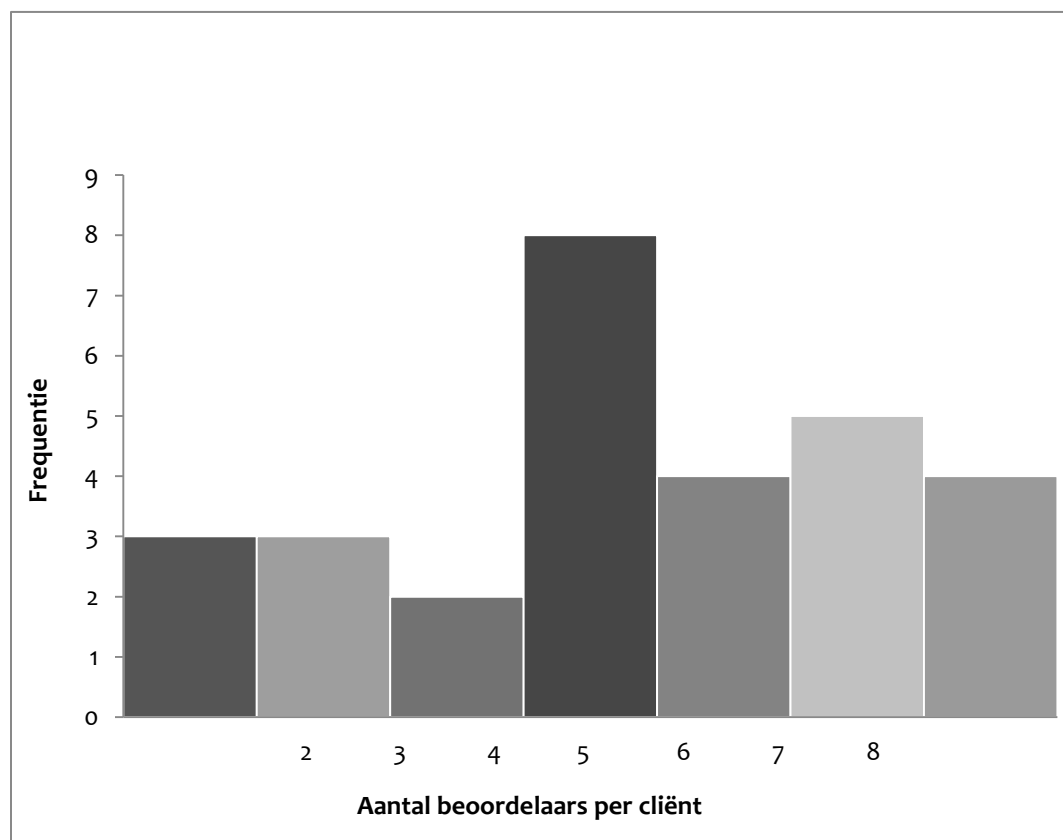
	N	M	SD	Min	Max
GDS	30	.14	.247	.00	1.00
SWLS	30	3.81	.926	1.80	5.00
Welbevinden zelfrapportage	30	3.57	.935	1.00	5.00
Flow	30	3.36	1.151	1.00	5.00
Katz ADL	29	1.98	.770	1.00	3.17
Burgelijke staat	30	-	-	-	-
Welbevinden observatie	29	3.75	.717	1.75	4.71

Binnen de data voor welbevinden (directe vraag) werd één outlier geïdentificeerd die aanzienlijk lager scoorde dan de rest. Deze zelfde participant werd ook weer als outlier geïdentificeerd op de GDS, waarbij deze juist aanzienlijk hoog scoorde. Er is geen reden om aan te nemen dat dit geen reële scores zijn. Daarnaast werden er op de GDS nog vier outliers geïdentificeerd. Dit beeld is echter te verwachten bij het meten van depressie: de meeste mensen zullen weinig depressieve klachten hebben, en een enkeling een hogere mate. Daarom is de dataset gebaseerd hierop niet veranderd.

Binnen de gebruikte variabelen, miste er bij de welbevinden vraag en de ontvangen hulp bij dagelijkse activiteiten schaal data voor één cliënt. Bij de directe vraag voor flow miste er data voor twee participanten. Er is met deze missende data omgegaan zoals beschreven in het analyseplan.

Observaties. Voor één cliënt waarvoor wel zelfrapportage data bestond, was geen observatie data beschikbaar. Voor alle cliënten waarvoor er wel observatie data beschikbaar was, waren er scores van minimaal twee beoordelaars, en maximaal acht. Vraagtekens werden niet gerekend als beoordelingen. In totaal is er zes keer een keer een vraagteken gescoord. Deze zes vraagtekens zijn verdeeld over vijf cliënten en gescoord door vijf verschillende medewerkers. Daarbij heeft één medewerker tweemaal een vrageteken gescoord, en één cliënt tweemaal een vrageteken ontvangen – de andere medewerkers en cliënten hebben allen éénmaal een vrageteken gescoord of ontvangen, respectievelijk. Wanneer de vragetekens niet meegeteld werden kreeg een cliënt gemiddeld 5.31 beoordelingen ($SD= 1.87$). Zie figuur 1 voor de exacte verdeling.

Een Shapiro-Wilk test liet zien dat de observatie data niet normaal verdeeld was ($.92$, $df=29$, $p<.05$). De data had een enigszins scheve verdeling richting de hoge zijde van de schaal (zie tabel 2). Er is één outlier geïdentificeerd die met een beoordeling van 1.75 aanzienlijk lager scoort dan de rest. Dit is dezelfde deelnemer die op de zelfrapportage score van welbevinden opvallend laag score, en op GDS opvallend hoog. Bij de behandeling van deze deelnemer geldt dezelfde redenering als voorheen.



Figuur 1. De frequenties waarmee cliënten door n aantal medewerkers beoordeeld werden.

Samenhang zelfrapportage en observaties

Er werd een matig verband verwacht tussen de observatie scores van welbevinden, en de zelfrapportage scores van welbevinden. Een two-way random intraclass correlatie is gebruikt om de absolute overeenkomst tussen zelfrapportage en observatie scores van welbevinden te onderzoeken. Er is een gemiddelde intraclass correlatie gevonden van .55 met een 95% confidence interval tussen .06 en .79 ($F(28, 28)=2.25, p<.05$). Dit betreft inderdaad een matig verband, of anders gezegd een matige overeenstemming tussen de twee groepen beoordelaars. Hiermee is hypothese 1 ondersteund.

Welbevinden: zelfrapportage

Alternatieve meting welbevinden. Er werd een positief verband verwacht tussen de enkele vraag over welbevinden en de bestaande vragenlijst over welbevinden (SWLS). Een Spearman rang-order correlatie werd uitgevoerd om deze relatie te onderzoeken. Er werd een redelijk sterke significante correlatie gevonden ($r_s(28) = .59, p < .005$). Dit wil zeggen dat er een verband bestaat tussen de scores gevonden via de verschillende manieren om welbevinden te meten. Wanneer een cliënt hoger scoorde op welbevinden zoals gemeten door de directe vraag, scoorde deze ook hoger op welbevinden zoals gemeten met de Satisfaction With Life Scale. Hiermee is hypothese 2 ondersteund. Vanaf hier zal enkel de directe meting van welbevinden meegenomen worden in de analyses.

Tabel 3.

Overzicht correlaties met enkele vraag zelfrapportage welbevinden

	<i>Df</i>	Spearman's rho	<i>P</i>
SWLS	28	.591	.001
Depressie (GDS)	28	-.485	.007
Flow	28	.330	.075
Hulp bij dagelijkse taken (Katz ADL)	27	.025	.897

Depressie. Daarnaast werd een negatieve correlatie tussen deze welbevinden en depressie verwacht. Er is een Spearman rang-order correlatie uitgevoerd om te achterhalen wat de relatie

was tussen deze twee variabelen. Er werd een significante negatieve correlatie gevonden van middelgroot formaat ($r_s(28)=-.49, p<.01$). Dit betekent dat mensen die hoger scores op welbevinden, lager scores op depressie. Hypothese 3 is hiermee ondersteund.

Flow. Verder werd er verwacht dat er een positief verband bestaat tussen welbevinden en flow. Door middel van een Spearman rang-order correlatie werd geen significant verband tussen welbevinden en flow gevonden ($r_s(28)=.33, p=.075$). Dit betekent dat mensen die hoger scores op welbevinden, niet noodzakelijkerwijs hoger scores op flow dan mensen die lager scores op welbevinden. Hiermee is hypothese 4 verworpen.

Hulp bij dagelijkse taken. Daarnaast werd er verwacht dat er een negatief verband bestaat tussen welbevinden en ontvangen hulp bij dagelijkse taken. Met een Spearman rang-order correlatie kon er geen verband gevonden worden tussen deze variabelen ($r_s(27)=.03, p=.897$). Dit betekent dat mensen die hoger scores op welbevinden niet noodzakelijkerwijs minder hulp bij hun dagelijkse taken ontvangen, dan mensen die lager scores op welbevinden. Met deze bevindingen over hulp bij dagelijkse taken is hypothese 5 verworpen.

Partner. Ten slotte werd er verwacht dat er een verband bestaat tussen welbevinden en het hebben van een partner. De gemiddelde rangscore op welbevinden van participanten zonder partner was 16.98. Voor participanten die wel een partner hadden was dit 12.06. Aan de hand van een Kruskal-Wallis test werd er geen statistisch significant verschil van welbevinden gevonden tussen de groep die wel en de groep die geen partner hadden ($\chi^2(1) = 2.242, p = .134$). Dit betekent dat ouderen met een partner niet noodzakelijkerwijs minder welbevinden ervaren dan ouderen die wel een partner hebben. Daarom is hypothese 6 verworpen. In tabel drie wordt een overzicht gegeven van alle resultaten.

Welbevinden: observaties

Om meer te weten te komen over de kwaliteit van de beoordelingen van de medewerkers over het welbevinden van cliënten is er per cliënt gekeken naar de standaarddeviatie van de gemiddelde medewerkers beoordeling. Met de gehanteerde cut-off score van $SD < .60$ vallen de beoordelingen over 19 (65.5%) van de 29 cliënten binnen de norm. Dat wil zeggen dat voor 19 cliënten er voldoende overeenstemming was tussen de verscheidene beoordelaars. Voor twee cliënten bestond perfecte overeenstemming tussen de beoordelaars. In die gevallen waren er drie

beoordelaars. De gemiddelde standaarddeviatie was .56, de minimum standaarddeviatie .00 en het maximum 1.41.

Discussie en conclusie

Het huidige onderzoek werd uitgevoerd om te kijken hoe adequaat zorgmedewerkers binnen woonzorgcentra zijn in het beoordelen van het welbevinden van hun cliënten. Dit is belangrijk, omdat er in de zorg een traditie bestaat om waarbij professionals veelal beslissingen over cliënten maken (Légaré, et al., 2008), en omdat er binnen deze woonzorgcentra situaties kunnen ontstaan waarin cliënten niet langer beoordelingen over zichzelf kunnen maken en/of uiten (Poortvliet, et al., 2007; Horgas, et al., 2009). Wanneer het gaat over welbevinden is het belangrijk dat er accurate beoordelingen worden gemaakt, zodat er voor gezorgd kan worden dat ouderen een optimale ervaring hebben, die relatief vrij is van pijn en veelal gevuld is met genot.

Het onderzoek werd in drie stappen uitgevoerd: Er werd gekeken naar de mate van overeenkomst tussen scores die zorgmedewerkers gaven over het welbevinden van hun cliënten en de scores die cliënten zelf gaven. Vervolgens werd er gekeken naar de kwaliteiten (validiteit) van de gevonden zelfrapportage scores van welbevinden. En ten slotte werd er gekeken naar kwaliteiten van de observatiescores los van de zelfrapportage scores.

In het huidige onderzoek is er matig verband gevonden tussen de observatie scores van medewerkers en de zelfrapportage scores van cliënten. Deze mate van overeenstemming heeft niet het minimum niveau bereikt dat binnen deze studie werd aangehouden. Er bestaat dus nog een te groot verschil tussen zelfrapportage scores en medewerkers beoordelingen. Deze bevindingen zijn vooral in overeenstemming met de bevindingen en beweringen van Custers, et al. (2013). Dit lijkt erop te duiden dat een matige overeenkomst mogelijk de standaard is voor welbevinden. Echter, voordat hieruit geconcludeerd kan worden dat de beoordelingen van zorgmedewerkers niet adequaat genoeg zijn, zal er iets over de kwaliteit van de observatie en zelfrapportage scores van welbevinden gezegd moeten worden.

Binnen het onderzoek werd een verband gevonden tussen twee verschillende zelfrapportage metingen van welbevinden. Ook is er zoals verwacht een negatief verband gevonden tussen zelfrapportage van welbevinden en depressie. Dit komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek, bijvoorbeeld Ryan en Deci (2001), Stansfeld, et al. (1998),

Hays, et al. (1995), Keyes (2005). Dit is bemoedigend voor de validiteit van de zelfrapportage scores. Voor de verbanden tussen welbevinden en andere constructen waren de bevindingen echter minder eenduidig. De beoogde relaties werden namelijk niet gevonden, maar er zijn hiervoor wel verklaringen mogelijk. Er zal nu gekeken worden naar deze mogelijke verklaringen.

Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een verband tussen flow en welbevinden in het huidige onderzoek zou kunnen zijn dat de enkele directe vraag niet voldoende geschikt was om flow te meten. Oorspronkelijk bevatte het onderzoek twee verschillende manieren om flow te meten via zelfrapportage: de meting met één directe vraag en een meting aan de hand van een deel van de bestaande Swedish Flow Proneness Questionnaire [SFPQ] (Ullén, et al., 2012). Mogelijk zou er wel een verband zijn aangetroffen wanneer de SFPQ werd gebruikt als meting van flow. Deze redenering kan ondersteund worden doordat onderzoek laat zien dat sensitiviteit afneemt naarmate een schaal ingekort wordt (Almeida & Almeida, 1999). Het gebruik van de SFPQ was echter niet mogelijk omdat ik de praktijk bleek dat bijna de helft van de cliënten drie of meer van de zeven items niet beantwoord had. Dit werd als een dusdanige hoeveelheid beschouwd dat de schaal niet langer betrouwbaar geacht kon worden.

Een alternatieve verklaring kan echter zijn dat er voor ouderen geen verband bestaat tussen flow en welbevinden. De geciteerde literatuur voor dit onderzoek waarin een direct positief verband werd aangetoond betrof namelijk studenten (Carpentier, et al., 2012), surfers (Cheng & Lu, 2015) en muziekstudenten (Fritz & Avsec, 2007). Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat deze populaties meer in bezit zijn van de fysieke capaciteiten om zich in situaties in te laten die flow opwekken, dan dat ouderen dit zijn. Voor verheldering hierover zal een grondiger literatuuronderzoek nodig zijn (i.e. een meta-analyse), en eventueel apart onderzoek speciaal naar dit onderwerp.

Het binnen deze studie uitblijven van het veronderstelde verband tussen hulp bij het uitvoeren van dagelijkse taken en welbevinden heeft mogelijk te maken met een selectie effect. Het zou het mogelijk kunnen zijn dat cliënten met (sterk) verminderde fysieke capaciteiten om verschillende redenen vaker niet in het onderzoek zijn opgenomen². Een selectie effect kan

² Dit kan ondersteund worden met een independent samples t-test die aantoonde dat er een significant verschil significant bestond ($t(63)=2.78, p<.01$) tussen de mate van hulp bij fysieke taken die mensen nodig

mogelijke verbanden camoufleren (Dooley, 2001). Betreft het feit dat de data over hulpbehoefte op een later moment verzameld is worden mogelijke effecten als minimaal geacht. Uit gegevens bleek dat voor slechts drie cliënten er in de relevante periode een (negatieve) verandering heeft plaats gevonden.

Betreft het verband tussen het hebben van een partner en welbevinden is mogelijk een nuance nodig. Zo lieten Luhmann, Hofmann, Eid en Lucas (2012) in een meta-analyse zien dat het negatieve effect van het verliezen van een partner door scheiding of overleiden, vooral aanvankelijk te zien is en later weer afneemt. Mogelijk was het beoogde verband dus niet permanent van aard, en was de huidige manier van testen of het verband gerepliceerd kon worden niet geschikt. Ook stelden Chui, Hoppmann, Gerstorff, Walker en Luszcz (2014) dat de effecten van de aanwezigheid van de partner mogelijk afhankelijk zijn van persoonlijke variabelen van ouderen zoals hun eigen gezondheid en hun eenzaamheid. Wanneer het al dan niet hebben van een partner een rol zal spelen bij vervolg onderzoek, is het dus aan te raden een aantal situationele kanttekeningen, in de onderzoeksopzet mee te nemen. Zo zouden groepen verder uitgesplit kunnen worden naar gezondheid van de participant en diens partner, of duur sinds separatie van partner. Echter, dit maakt het al dan niet hebben van een partner mogelijk een minder geschikt construct voor deze lijn van onderzoek.

Ter opsomming kan er dus gesteld worden dat sommige verbanden binnen de zelfrapportage data gevonden werden, terwijl andere verbanden uitbleven. Voor de constructen waarbij verwachte verbanden uitbleven zijn echter wel enkele mogelijke verklaringen. Alles bij elkaar kan er geconcludeerd worden dat er rekening moet worden gehouden met enige vertekening van de realiteit binnen de zelfrapportage scores.

Vanuit het onderzoek naar de observatie scores van zorgmedewerkers werd er voor iets meer dan de helft van de cliënten een acceptabele overeenstemming tussen de verschillende beoordeelaars gevonden. Dit zou aangemerkt kunnen worden als een bemoedigende bevinding, want voor meer dan de helft van de cliënten was er overeenstemming. Echter kan er ook zeker gezegd worden dat hier nog verbetering plaats kan vinden. Een kanttekening is daarnaast op zijn plaats: een kleine mate van variatie is naar waarschijnlijkheid beter dan een grote mate van variatie, maar dit alleen geeft nog geen uitsluitsel. Wanneer een groep geleerd heeft om

hadden die niet deelnamen aan het onderzoek ($M=2.59$, $SD=1.03$) en mensen die wel deelnamen ($M=1.98$, $SD=.76$).

bijvoorbeeld een groen object rood te noemen, dan is er een lage mate van variatie, maar is de observatie van de groep alsnog fout. Daarnaast bestond binnen het huidige onderzoek ook nog het gevaar dat de zorgmedewerkers niet onafhankelijk van elkaar hun beoordelingen hebben toegekend, waardoor de gevonden mate van overeenstemming mogelijk een overschatting is.

Conclusie

De mate van overeenkomst tussen zelfrapportage en observatie scores van welbevinden is nog niet voldoende. Dit kan ten dele komen doordat zelfrapportage scores van welbevinden mogelijk een vertekend beeld weergeven. Echter, doordat er ook bij de medewerkers onderling nog aanzienlijke variatie tussen beoordelaars bestaat, kan er alsnog geconcludeerd worden dat zorgmedewerkers op dit moment nog niet voldoende in staat zijn om het welbevinden van hun cliënten adequaat te beoordelen. Aan de hand van de bevindingen kan er aangeraden worden dat, waar mogelijk, beoordelingen van zorgmedewerkers en cliënten zelf het beste naast elkaar gebruikt kunnen worden. Echter, omdat er ook gevallen bestaan waarbij cliënten mogelijk niet meer voldoende in staat zijn om hun eigen welbevinden accuraat te beoordelen, blijft het zaak de beoordelingscapaciteiten van de medewerkers te blijven verbeteren. Verder onderzoek is nodig naar hoe dit het beste gedaan kan worden.

Echter, bij het generaliseren van deze conclusies is enige terughoudend aangeraden. Het huidige onderzoek is namelijk uitgevoerd onder zorgmedewerkers en cliënten van één woonzorgcentrum. Dit betekent dat de resultaten beïnvloed kunnen zijn door de specifieke eigenschappen van dat woonzorgcentrum. Echter, er wordt niet verwacht dat andere zorgmedewerkers veel beter zouden scoren. De resultaten van dit onderzoek zijn in lijn met wat Custers, et al. (2013) claimden over de algemene trend van bevindingen op dit gebied: er is vaak maximaal een matige overeenkomst tussen zelfrapportage op welbevinden-gerelateerde metingen en observatie scores. Daarnaast valt er te verwachten dat zorgmedewerkers die vooraf een training hebben gehad over het beoordelen van een construct, zoals in het huidige onderzoek het geval, beter scoren dan zorgmedewerkers in het algemeen die een dergelijke training niet hebben gehad. Dit vermoeden wordt ondersteund doordat de verbanden die gevonden werden in eerdere studies lager uitvallen dan het verband dat in de huidige studie gevonden is, e.g.: .20-.38 (Custers, et al., 2013), (-).36-.52 (Gerritsen, et al., 2007), .07-.36 (Kane, et al., 2005), en .23-.29 (Spector en Orrell, 2006).

Om verheldering te krijgen over de generaliseerbaarheid van de huidige bevindingen wordt er aanbevolen om het huidige onderzoek ook binnen enkele andere woonzorgcentra uit te voeren. Daarbij wordt vanwege enkele reeds beschreven complicaties wel een enigszins aangepaste vorm voorgesteld: vervolg onderzoek doet er waarschijnlijk goed aan te onderzoeken in hoeverre volgens literatuur voorspelde verbanden gerepliceerd kunnen worden voor zowel zelfrapportage als observatie scores van welbevinden. In dat geval kan de voorspellende waarde van beide metingen van welbevinden met elkaar vergeleken worden. Wanneer de voorspellende waarde van beide vormen van beoordelen dicht bij elkaar ligt kunnen observaties van zorgmedewerkers en zelfrapportages door cliënten als ongeveer gelijkwaardige worden geacht manieren om welbevinden te meten. Daarnaast kan vervolg onderzoek mogelijk ook inzetten op het gebruiken van andere constructen om in verband te brengen met welbevinden. Binnen dit onderzoek werd de zelf-determinatie theorie als uitgangspunt genomen. De constructen die uiteindelijk gemeten zijn, waren vooral operationalisering van autonomie, competentie en verbondenheid. Mogelijk vertegenwoordigden de operationalisering de oorspronkelijke drie componenten niet volledig. Een vervolgstudie zou er dus voor kunnen kiezen de pogen de componenten direct te meten. Daarnaast kunnen vervolgstudies ook constructen los van de zelf-determinatie theorie identificeren. Ten slotte zou naar verwachting voor vervolgonderzoek de hier gehanteerde enkele vraag over welbevinden moeten kunnen volstaan als zelfrapportage meting.

Echter, ondanks verwachting dat op dit moment veel zorgteams geen betere resultaten zullen opleveren dan die van het huidige onderzoek, is er ook hoop. De huidige mate van overeenstemming tussen zelfrapportage en medewerkers observatie van cliënt-welbevinden lijkt een verbetering ten op zichten van eerder onderzoek (Custers, et al., 2013; Gerritsen, et al., 2007; Kane, et al., 2005; Spector & Orrel, 2006). Dit is tegelijkertijd ook een aanwijzing dat het trainingsprogramma dat de medewerkers voorafgaand aan hun observaties hebben gehad mogelijk effectief is. Dit maakt verdere verdieping in het trainingsprogramma dat de medewerkers hebben gevolgd een mogelijk vruchtbare onderneming.

Referenties

- Almeida, O.P., & Almeida, S.A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 858 – 865.
- Boot, W.R., Nichols, T.A., Rogers, W.A., & Fisk, A.D. (2012). Design for aging. In G. Salvendy (ed.), *Handbook of human factors and ergonomics* (pp. 1442-1471). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bowling, A. (2007). Quality of life in older age: What older people say. In H. Mollenkopf & A. Walker (eds.), *Quality of Life in Old Age: Internaitonal and Multi-Disciplinary Perspectives* (pp. 15-32). Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- Burke, M.J., & Dunlap, W.P. (2002). Estimating interrater agreement with the average deviation index: A user's guide. *Organizational Research Methods, 5*(2), 159 – 172.
- Carpentier, J., Mageau, G.A., & Vallerand, R.J. (2012). Ruminations and flow: Why do people with a more harmonious passion experience higher well-being? *Journal of Happiness Studies, 13*, 50-518.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012, december 27). *Sociale monitor; 1990-2011*. Verkregen op 21 februari, 2016 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70115ned&D1=0,3-4&D2=a&D3=a&HD=081106-1151&HDR=T,G1&STB=G2>
- Cheng, T., & Lu, C. (2015). The causal relationships among recreational involvement, flow experience, and well-being for surfing activities. *Asia Pacific Journal of Tourism Research, 20*(1), 1486-1504.
- Chui, H., Hoppmann, C.A., Gerstorf, D., Walker, R., & Luszcz, M.A. (2013). Social partners and momentary affect in the oldest-old: The presence of other benefits affect depending on who we are and who we are with. *Developmental Psychology, 50*(3), 728-740.
- Cicchetti, D.V., & Sparrow, S.A. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency, 86*, 127-137.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71 – 75.
- Dooley, D. (2001). *Social research methods*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Dorevitch, M.I., Cossar, R.M., Bailey, F.J., Bisset, T., Lewis, S.J., Wise, L.A., & MacLennan, W.J. (1992). The Accuracy of self and informant ratings of physical functional capacity in the elderly.

- Journal of Clinical Epidemiology*, 45(7), 791-798.
- Fritz, B.S., & Avsec, A. (2007). The experience of flow and subjective well-being of music students. *Horizons of Psychology*, 16(2), 5-17.
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E., De Vet, H.C.W., & Ribbe, M.W. (2007). Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: The role of cognitive impairment. *Quality of Life Research*, 16, 1029-1037.
- Hays, R.D., Wells, K.B., Sherbourne, C.D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11 – 19.
- Heo, J., Lee, Y., McCormick, B.P., & Pedersen, P.M. (2010). Daily experiences of serious leisure, flow and subjective well-being of older adults. *Leisure Studies*, 29(2), 207 – 255.
- Hofmann, W., Gawronski, B., Gschwendner, T., Le, H., & Schmitt, M. (2005). A meta-analysis on the correlation between the implicit association test and explicit self-report measures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(10), 1369 – 1385.
- Hollinger-Samson, N., & Pearson, J.L. (2010). The relationship between staff empathy and depressive symptoms in nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 4(1), 56 – 65.
- Horgas, A.L., Elliott, A.F., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: Relationship between self-report and behavioral observation. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 126 – 132.
- Jongenelis, K., Gerritsen, D.L., Pot, A.M., Beekman, A.T.F., Eisses, A.M., Kluiters, H., & Ribbe, M.W. (2007). Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 837 – 842.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W., & Cleveland, M.A. (1963). The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(2), 914-919.
- Kane, R.L., Kane, R.A., Bershadsky, B., Degenholtz, H., Kling, K., Totten, A., & Jung, K. (2005). Proxy sources for information on nursing home residents quality of life. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 60B(6), S318-S325.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539 – 548.
- Légaré, F., Elwyn, G., Fishbein, M., Frémont, P., Frosch, D., Gagnon, M., Kenny, D.A., Labrecque, M., Stacey, D., St-Jacques, S., & Van der Weijden, T. (2008). Translating shared decision-making into health care clinical practices: Proof of concepts. *Implementation Science*, 3(2).
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R.E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life

- events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615.
- McHugh, M.C. (2016). Experiencing flow: Creativity and meaningful task engagement for senior women. *Women & therapy*, 39(3), 280 – 295.
- Moor, N., De Graaf, P.M., Komter, A. (2013). Family, welfare state generosity and the vulnerability of older adults: A cross-national study. *Journal of Aging Studies*, 27, 347 – 357.
- Ory, B. & Huijts, T. (2015). Widowhood and well-being in Europe: The role of national and regional context. *Journal of Marriage and Family*, 77, 730 – 746.
- Poortvliet, M.C., Van Beek, A.P.A., De Boer, M.E., Gerritsen, D.L., & Wagner, C. (2007). *Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg*. Utrecht, Nederland: NIVEL.
- Spector, A., & Orrell, M., (2006). Quality of life (QoL) in dementia: A comparison of the perceptions of people with dementia and care staff in residential homes. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20, 160-165.
- Stankunas, M., Soares, J.F.J., Stankuniene, A., Melchiorre, M.G., Torres-Gonzales, F., Loannidi-Kapolou, E., Barros, H., & Lindert, J. (2013). Differences in reporting somatic complaints in elderly by education level. *Central European Journal of Medicine*, 8(1), 125-131.
- Stansfeld, S.A., Head, J., & Marmot, M.G. (1998). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 1-9.
- Steffansson, M., Pulliainen, M., Kettunen, A., Linnosmaa, I., & Halonen, M. (2016). The association between freedom of choice and effectiveness of home care services. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 1-11.
- Ullén, F., De Manzano, Ö., Almeida, R., Magnusson, P.K.E., Pedersen N., Nakamura, J., Csíkszentmihályi, M., & Madison, G. (2011). Proneness for psychological flow in everyday life: Associations with personality and intelligence. *Personality and Individual Differences*, 52, 167-172.
- Tomás, J.M., Sancho, P., Melendez, J.C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014, juni 23). *Vergrijzing: Wat is de huidige situatie?* Verkregen op 21 februari, 2016, van: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/huidig/>
- Rijksoverheid (n.d.). *Hoe is de zorg en ondersteuning per 2015 georganiseerd?* Verkregen op 21 februari, 2016, van: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/vraag-en-antwoord/organisatie-zorg-en-ondersteuning-per-2015>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation,

- social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68 – 78.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166.
- Verhaak, P.F.M., Dekker, J.H., De Waal, M.W.M., Van Marwijk, H.W.J., & Comijs, H.C. (2014). Depression, disability and somatic diseases among elderly. *Journal of Affective Disorders*, *167*, 187 – 191.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., & Lum, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37-49.