



Communicatie met ouderen met auditive en visuele beperkingen

Een verkennend kwalitatief
focusgroeponderzoek naar de
communicatie van begeleiders met hun
ouderen met auditive en visuele
beperkingen



Student	Edin Granilo
Studentnummer	417219
Opleiding	Master Advanced Nursing Practice
Cohort	2013
Opleidingsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Praktijkbegeleider	Lieve Roets-Merken, Stichting Kalorama/ Centrum voor Doofblinden
Onderzoeksbegeleider	Dr. Marieke Groot, UMC Radboud/ Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Datum afstuderen	16 februari 2016
Trefwoorden:	Communicatie; Ouderen; Auditive en Visuele beperkingen

Samenvatting

Inleiding

Met de toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking neemt het aantal ouderen met auditieve en visuele beperkingen toe. Deze ouderen ervaren door deze beperkingen belemmeringen in de communicatie, het verwerven van informatie en de mobiliteit. Als er sprake is van een combinatie van ernstig verlies van de hoorfunctie en visuele functies is gespecialiseerde zorg noodzakelijk. In het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama zien we de laatste jaren een groei van ouderen met auditieve en visuele beperkingen. Om deze ouderen de zorg, ondersteuning en begeleiding op maat te kunnen bieden is communicatie zeer belangrijk. Door de jaren heen is er op het Centrum ervaring opgebouwd door de begeleiders in de communicatie met deze ouderen. Deze is echter niet inzichtelijk, onvoldoende beschreven en vastgelegd. Doel van dit onderzoek was inzicht te verkrijgen in hoe begeleiders van dit Centrum met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen communiceren en wat daarbij bevorderende en belemmerende factoren zijn.

Methode

In deze kwalitatieve studie werden data verzameld door middel van drie focusgroepsbijeenkomsten met 17 begeleiders van het Centrum voor Doofblinden. Verbatim uitgetypte transcripties van de op audio opgenomen bijeenkomsten werden met behulp van kwalitatieve data-analyse gefragmenteerd, gecodeerd en gethematiseerd, gebruikmakend van het softwareprogramma Kwalitan.

Resultaten

Uit de kwalitatieve data-analyse kwamen drie thema's naar voren: Communiceren op maat, bevorderende factoren in de communicatie en belemmerende factoren in de communicatie. De begeleiders beschrijven de communicatie met deze ouderen als maatwerk en deze verloopt hoofdzakelijk verbaal. De begeleiders hanteren een repertoire aan communicatiestrategieën en –methoden om hun communicatie voortdurend aan te passen aan de beperkingen van deze ouderen. Non-verbale communicatie zoals natuurlijke gebaren, mimiek, functionele en affectieve aanraking worden gebruikt om de verbale communicatie te ondersteunen. Als bevorderende factoren werden de omgevingsaanpassingen, bekend zijn met de cliënt en multidisciplinaire samenwerking benoemd. Als belemmerende factoren werden barrières gelegen bij de cliënt en barrières gelegen in de organisatie benoemd.

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat begeleiders met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen vooral verbaal communiceren, waarbij het belangrijk is de oudere goed te kennen om de communicatie op maat te kunnen afstemmen en de communicatie aan te passen aan de beperkingen van elke individuele oudere.

Abstract

Introduction

Due to the demographic aging of the Dutch population the number of elderly increases with dual sensory impairment. These elderly are hampered in their communication, in acquiring information as well as in mobility. If there is a combination of severe loss of hearing function and visual functions specialized care is necessary. In the Centre for Deafblind at the Kalorama Foundation the number of elderly with dual sensory impairment has increased over the last couple of years. However, communication is very important in order to provide these elderly with the right care and support at a personalized level.

Through the years the caregivers at the Centre have built up experience in communicating with these elderly. This is, however, not sufficiently transparent, poorly described and documented. The aim of this study was to gain insight in how caregivers of the Centre for Deafblind at the Kalorama Foundation communicate with their elderly with dual sensory impairment and which thereby are facilitative and obstructive factors.

Method

In this qualitative study data were collected during three focus group meetings in which 17 caregivers, working with elderly with dual sensory impairment, participated. Verbatim typed transcripts from the audio recorded meetings were analysed using qualitative analyses such as fragmentation, coding and themes, using the software Kwalitan.

Results

From the qualitative data analysis three themes emerged: communicating tailored, facilitative factors in the communication and obstructive factors in the communication. The caregivers describe the communication with these elderly as tailor-made and revealed that the communication is mainly verbal. The caregivers have a set of communication strategies and methods to constantly adjust their communication to the impairments of the elderly. Non-verbal communication such as natural gestures, mimic, functional and affective touch are used to support the verbal communication.

As facilitative factors were named environmental modifications, being familiar with the client and multidisciplinary caregiving. As obstructive factors were named barriers situated by the client and the barriers situated in the organization.

Conclusion

This study shows that caregivers communicate with their elderly with dual sensory impairment mainly verbal, it is important to be familiar with the elderly to personalize communications tailor-made and adapt the communication to the impairments of each individual older.

Inhoudsopgave:

Samenvatting	1
Abstract	2
1. Inleiding	4
1.1. Probleemstelling.....	6
1.2. Doelstelling	6
1.3. Vraagstelling.....	6
2. Methode	7
2.1. Onderzoeksdesign.....	7
2.2. Onderzoekspopulatie	7
2.3. Dataverzameling.....	8
2.4. Data-analyse	9
2.5. Kwaliteitsaspecten	9
2.6. Ethische aspecten.....	10
3. Resultaten	11
3.1. Beschrijving van karakteristieken van onderzoeksdeelnemers	11
3.2. Boomstructuur van thema's, categorieën en codes	11
3.3. Communiceren op maat.....	13
3.4. Bevorderende factoren in de communicatie	18
3.5. Belemmerende factoren in de communicatie	19
4. Discussie	22
4.1. Resultaten	22
4.2. Onderzoeksmethode	26
5. Conclusie en aanbevelingen	28
5.1. Conclusie	28
5.2. Aanbevelingen.....	29
Literatuurlijst	31

Bijlagen:

- Bijlage 1 Oorzaken van belemmeringen in de communicatie bij ouderen met a/v beperkingen
- Bijlage 2 Communicatiemethoden, -hulpmiddelen en omgevingsaanpassingen
- Bijlage 3 Introductiebrief werving onderzoeksdeelnemers
- Bijlage 4 Informed Consent formulier deelname onderzoek
- Bijlage 5 Topiclijst Focusgroepinterview
- Bijlage 6 Gesprekshandleiding voor focusgroepsbijeenkomsten met vragenlijst
- Bijlage 7 Verbatim uitgetypt gesprek van Focusgroepsbijeenkomst 1
- Bijlage 8 Verbatim uitgetypt gesprek van Focusgroepsbijeenkomst 2
- Bijlage 9 Verbatim uitgetypt gesprek van Focusgroepsbijeenkomst 3
- Bijlage 10 Verklaring van originaliteit

1. Inleiding

Met de toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking neemt het aantal ouderen met auditieve en visuele beperkingen toe. Ouderen, die ten gevolge van het ouder worden een gecombineerde gezichts- en gehoorbeperking hebben, worden ook wel ouderdomsdoofblind of ouderen met auditieve en visuele beperkingen genoemd (Bosman, 2006). Deze ouderen zijn in het algemeen niet volledig doof en blind. Meestal is er nog enig gezichts- en/of gehoorvermogen (Vaal & Deeg, 2005). Omdat de term ouderdomsdoofblind snel een misverstand kan oproepen, heeft de term ouderen met auditieve en visuele beperkingen de voorkeur (Diepeveen, Teurlings, & Verstraten, 2000).

Uit onderzoek van Vaal et al. (2007) blijkt dat 35.000 ouderen in Nederland een gecombineerde auditief-visuele beperking hebben en dat dit vooral een probleem is dat voorkomt bij mensen op hoge leeftijd. Van de ouderen, die aangewezen zijn op langdurige zorg, heeft 20 tot 32% een gecombineerde auditief-visuele beperking (Roets-Merken, Zuidema, Vernooij-Dassen, & Kempen, 2014; Vaal et al., 2007; Yamada et al., 2014a).

De meest voorkomende oorzaken van visuele beperkingen op oudere leeftijd zijn cataract, diabetische retinopathie, glaucoom en leeftijdsgebonden maculadegeneratie (Webers & Schouten, 2014; Limburg et al., 2005; Heine & Browning, 2002). De meest voorkomende oorzaken van auditieve beperkingen op oudere leeftijd zijn presbycusis (afnemen van het gehoor naarmate de leeftijd toeneemt) en slechthorendheid door blootstelling aan lawaai (Gopinath et al., 2009; Bosman, 2006).

Presbycusis en macula degeneratie zijn verantwoordelijk voor meer dan 80% van de gehoor- en zichtproblemen bij ouderen (Gopinath et al., 2009; Limburg et al., 2005).

De behandelmogelijkheden voor ouderen met deze auditieve en/of visuele beperkingen zijn beperkt. Tot de gebruikelijke zorg bij deze ouderen behoort de verstrekking van hulpmiddelen zoals gehoorapparatuur, zelfredzaamheid- en leeshulpmiddelen (Bosman, 2006).

Een auditieve en/of visuele beperking bij ouderen verhoogt het risico op depressie (Bernabei et al., 2011; Capella-McDonnall, 2005; Lupsakko, Mäntyjärvi, Kautiainen, & Sulkava, 2002), functionele achteruitgang (Brennan, Horowitz, & Su, 2005), cognitieve achteruitgang (Lin et al., 2013), gedragsproblemen (Yamada et al., 2014b) en sociaal isolement (Crews & Campbell, 2004). Tevens ervaren zij belemmeringen in de mobiliteit, in het verwerven van informatie en in de communicatie (Bosman, 2006), wat betekent dat zij veel inleveren op hun kwaliteit van leven. Hierdoor worden de zelfstandigheid, de deelname aan activiteiten en het onderhouden van sociale contacten beperkt en hebben zij meer ondersteuning, begeleiding en professionele zorg nodig, zowel in de thuissituatie als ook in de intramurale zorgsetting (Vaal & Deeg, 2005; Bosman, 2006). Deze ouderen doen een groter beroep op de maatschappelijke dienstverlening en dit wordt geassocieerd met hoge kosten voor de maatschappij (Vreeken et al., 2013).

Indien er sprake is van een combinatie van verlies van de hoorfunctie ($>35\text{dB}$ verlies aan het beste oor) en verlies van visuele functies (gezichtsscherpte $< 0,3$ en/of een gezichtsveldbeperking <30 graden aan het beste oog) met veelal een progressief karakter van beide of één van beide zintuigbeperkingen is gespecialiseerde begeleiding en ondersteuning noodzakelijk (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, z.d.).

Eén van de zorginstellingen in Nederland die deze gespecialiseerde zorg, zowel extramuraal als intramuraal, voor ouderen met deze ernstige auditieve en visuele beperkingen biedt is het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama te Beek-Ubbergen (Stichting Kalorama, 2015).

De laatste jaren groeit de groep ouderen met auditieve en visuele beperkingen, die ambulant en intramuraal begeleid worden door het Centrum. Deze ouderen blijven in eerste instantie ondanks hun slechter horen aangewezen op auditieve communicatie, omdat deze ouderen de Nederlandse taal verworven hebben en zich nog verbaal kunnen uiten. Als er geen bruikbare hoor- en/of gezichtsresten meer zijn, ontstaan er dan ook vaak zeer ernstige communicatieproblemen, aangezien door de hoge leeftijd het aanleren van nieuwe communicatiemethoden problematisch en inspannend kan zijn (Bosman, 2006; Diepeveen et al., 2000).

De communicatie bij deze groep ouderen wordt bemoeilijkt doordat de visus het gehoorverlies niet meer kan compenseren en vice versa. De gesprekspartner wordt niet goed meer gezien, waardoor non-verbale signalen (gebaren, gezichtsuitdrukking, lichaamshouding) door deze ouderen niet of nauwelijks waargenomen worden en deze dus niet meer gebruikt kunnen worden om de verbale boodschap te interpreteren (Heine & Browning, 2002; Erber & Scherer, 1999; Duquette & Baril, 2012). (Zie ook bijlage 1).

Om deze ouderen met auditieve en visuele beperkingen van het Centrum voor Doofblinden de zorg, ondersteuning en begeleiding op maat te kunnen bieden is communicatie zeer belangrijk. Immers is communicatie een essentieel onderdeel van goede zorg (Caris-Verhallen, 1999).

De begeleiders van dit Centrum (ambulante begeleiders, intramurale begeleiders en activiteitenbegeleiders) zijn verzorgenden, verpleegkundigen en/of pedagogisch opgeleide zorgverleners, die de dagelijkse zorg, begeleiding en ondersteuning aan deze ouderen bieden. Zij zijn een belangrijke communicatiepartner en informatiebron voor deze ouderen (Diepeveen et al., 2000). Meestal gebruiken de begeleiders in communicatie met deze ouderen een combinatie van communicatiemethoden en communicatiehulpmiddelen en dragen zij zorg voor de nodige aanpassingen in de omgeving (Bosman, 2006). (Zie ook bijlage 2).

1.1 Probleemstelling

In de loop der jaren is op het Centrum voor Doofblinden door de begeleiders ervaring opgebouwd in de communicatie met ouderen met auditieve en visuele beperkingen. Deze opgebouwde ervaring is volgens het Expertteam Doofblindheid¹ van het Centrum niet inzichtelijk, onvoldoende vastgelegd en geborgd, waardoor deze onvoldoende gedeeld kan worden met zowel interne als externe partners. Hierdoor ontbreekt de basis om de aanwezige kennis en de opgebouwde ervaring van de begeleiders op het gebied van communicatie met deze doelgroep ouderen verder te verdiepen c.q. te verbeteren (Expertteam Doofblindheid Stichting Kalorama, 2014). Er is vanuit het Expertteam Doofblindheid van het Centrum behoefte ontstaan om met behulp van een praktijkgericht onderzoek inzicht te verkrijgen in hoe de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen communiceren en wat bevorderende en belemmerende factoren daarbij zijn.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van dit praktijkgericht onderzoek is voor oktober 2015 inzicht te verkrijgen in hoe begeleiders van het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama met hun doelgroep ouderen met auditieve en visuele beperkingen communiceren en wat daarbij bevorderende en belemmerende factoren zijn, zodat deze opgebouwde kennis en ervaring vastgelegd en geborgd kan worden. Met de resultaten van dit onderzoek kan het Centrum een basis creëren om de kennis en opgebouwde ervaring op dit gebied verder te verdiepen om zo de kwaliteit van de zorg voor deze ouderen te verbeteren. Tevens kan dit bijdragen aan het beter kunnen delen van deze opgebouwde ervaring, zowel intern als extern.

1.3 Vraagstelling

Hoe communiceren de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen en wat zijn daarbij bevorderende en belemmerende factoren?

¹ Het Expertteam Doofblindheid van het Centrum voor Doofblinden (Stichting Kalorama): is een interne multidisciplinaire werkgroep met expertise op het gebied van doofblindheid. Deze werkgroep heeft als taak de expertise op het centrum te waarborgen en te bevorderen.

2. Methode

2.1 Onderzoeksdesign

In dit praktijkgericht onderzoek is gekozen voor een kwalitatief design, omdat er weinig onderzoek naar dit onderzoeksonderwerp is gedaan (Boeije, 2012; Polit & Beck, 2012). De nadruk van dit onderzoek lag op het verkrijgen van inzicht in de wijze hoe de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen communiceren. Ook daarom is gekozen voor een kwalitatief onderzoek.

Als kwalitatieve methode is er gekozen voor een focusgroeponderzoek. Een focusgroep is een homogeen samengestelde groep, die een zorgvuldig geplande discussie voert over ideeën, motieven, belangen en denkwijze omtrent een omschreven aandachtsgebied (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2004; Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011; Parsons & Greenwood, 2000; Webb & Kevern, 2001).

Verwacht mocht worden dat bij dit focusgroeponderzoek door de interactie van de onderzoeksdeelnemers een hoger rendement behaald zou worden dan bij het uitvoeren van individuele interviews (Moriarty, 2011).

2.2 Onderzoekspopulatie

Het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama heeft tweeënveertig begeleiders (ambulante, intramurale en activiteitenbegeleiders), die de ouderen met auditieve en visuele beperkingen zorg bieden. Uit deze populatie werden middels een selecte gelegenheidssteekproef begeleiders, die voldeden aan onderstaande criteria, gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Samen met de teamleiders van deze begeleiders is eerst gekeken welke van deze tweeënveertig begeleiders voldeden aan alle van de volgende selectiecriteria om de onderzoekspopulatie voor dit onderzoek af te kunnen bakenen:

- Begeleider begeleidt ouderen met auditieve en visuele beperkingen van het Centrum voor doofblinden (intramuraal, extramuraal of als activiteitenbegeleider).
- Begeleider heeft minimaal 1 jaar werkervaring in de begeleiding van de ouderen met auditieve en visuele beperkingen.
- Begeleider werkt minimaal 2 dagen per week met deze doelgroep.

Na deze eerste selectie voldeden vierentwintig begeleiders aan deze criteria (veertien intramurale begeleiders, zes ambulante begeleiders en vier activiteitenbegeleiders). Per e-mail werd aan deze begeleiders gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek. Als bijlage bij de e-mail werd een introductiebrief met informed consent formulier toegevoegd (zie bijlagen 3 en 4).

Van deze vierentwintig begeleiders gaven achttien begeleiders aan mee te willen werken aan dit onderzoek (acht intramurale begeleiders, zes ambulante begeleiders en vier activiteitenbegeleiders). De wervingsperiode liep van half mei tot half juni 2015.

Er werden drie focusgroepen samengesteld. Eén focusgroep bestond uit acht intramurale begeleiders werkzaam op de units van het Centrum waar deze ouderen verblijven, één focusgroep bestond uit vier activiteitenbegeleiders en de derde focusgroep bestond uit zes ambulante begeleiders van thuiswonende ouderen met auditieve en visuele beperkingen. Eén intramurale begeleider is uitgevallen vanwege ziekte, waardoor de uiteindelijke onderzoekspopulatie in totaal bestond uit zeventien begeleiders. Door het samenstellen van deze drie homogene focusgroepen werd verwacht een genuanceerder beeld te verkrijgen over hoe iedere groep vanuit het eigen werkveld met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen communiceert.

2.3 Dataverzameling

De gegevens werden in dit onderzoek verzameld in de periode juni-juli 2015 met behulp van drie focusgroepsbijeenkomsten van elk anderhalf uur. Er werd naar gestreefd binnen deze drie bijeenkomsten datasaturatie te bereiken (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2004; Polit & Beck, 2012; Greenwood & Parsons 2000). Om deze bijeenkomsten te leiden, te structureren en de onderzoekitems aan bod te laten komen werd er zoals literatuur (CBO, 2004; Polit & Beck, 2012) aanbeveelt gebruik gemaakt van een vragenlijst met open vragen (zie bijlage 6) opgesteld aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 5) door de onderzoeker. Deze heeft bij de drie focusgroepsbijeenkomsten de rol van voorzitter op zich genomen, dit om interviewbias te voorkomen en de kans op sociaalwenselijke antwoorden te minimaliseren. De onderzoeker leek de meest neutrale persoon voor de rol van gespreksleider, zoals Polit en Beck (2012) aanbevelen. Deze topic- en vragenlijst werden ontworpen door de onderzoeker in samenwerking met een collega communicatiedeskundige en een collega onderzoeker van het Centrum voor Doofblinden gebruikmakende van literatuur over het onderzoeksonderwerp. De onderzoeker heeft deze gesprekshandleiding opgesteld (zie bijlage 6) aan de hand van de aandachtspunten zoals deze beschreven zijn in de “Handleiding Focusgroep onderzoek” van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO, 2014).

De onderzoeker heeft een docentenopleiding en was als Verpleegkundig Specialist i.o. werkzaam op het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama. Hij beantwoordde daarmee aan de voorwaarden dat de gespreksleider bekend moet zijn met het begeleiden van groepsprocessen en voldoende kennis moet hebben van het onderzoeksonderwerp (CBO, 2004; Ketelaar et al., 2011).

Daarnaast heeft een onderzoeksassistent aantekeningen (memo's) tijdens de bijeenkomsten gemaakt en de digitale opnames verzorgd.

In de focusgroepsbijeenkomsten werden de meningen van de deelnemers over de onderwerpen van de topiclijst aan de hand van de eerder genoemde vragenlijst bediscussieerd en met elkaar uitgewisseld. Voor alle drie focusgroepsbijeenkomsten werd dezelfde vragenlijst gehanteerd omdat na evaluatie van de informatie verkregen uit de eerste focusgroepsbijeenkomst niet bleek, dat de vragenlijst bijgesteld zou moeten worden.

2.4 Data-analyse

Volgens Boeije (2012) kan men kwalitatieve data-analyse definiëren als uiteenrafelen van de verkregen gegevens in categorieën, deze benoemen met begrippen en de relatie tussen begrippen aanbrengen en toetsen vanuit de probleemstelling.

De focusgroepsbijeenkomsten werden met een audiorecorder opgenomen en vervolgens verbatim uitgetypt (zie bijlagen 7,8 en 9). De zo verkregen transcripties zijn allereerst opgedeeld in tekstfragmenten (een tekstfragment geeft informatie over een onderwerp). Ieder tekstfragment kreeg een code. De inhoud van het tekstfragment bepaalde de code (open coderen). Gelijke of gelijkaardige codes werden gegroepeerd. Aan iedere codegroep werd afhankelijk van de inhoud een categorienaam gegeven (axiaal coderen). Vervolgens werden de categorieën gegroepeerd. Aan iedere categoriegroep werd een themanaam gegeven (selectief coderen). Van elk thema met onderliggende categorieën werd een samenvatting gemaakt waarin de data werden geïntegreerd. Deze samenvattingen werden gebruikt om in hoofdstuk 3 de onderzoeksresultaten te beschrijven.

Om de data-analyse van de grote hoeveelheid verkregen gegevens op een systematische wijze uit te kunnen voeren heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van het softwareprogramma Kwalitan 6.0.

2.5 Kwaliteitsaspecten

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek te realiseren werden specifieke procedures toegepast (Boeije, 2012). Om de interne validiteit (geloofwaardigheid) te vergroten werd onderzoekertriangulatie toegepast doordat de onderzoeker en een collega onderzoeker onafhankelijk van elkaar de teksten hebben gefragmenteerd, gecodeerd en in een later stadium gecategoriseerd en de thema's hebben benoemd. Aan de hand van de codes verkregen uit de eerste focusgroepsbijeenkomst stelden zij een voorlopige codelijst op die richting gaf aan het coderen van de data uit de tweede en derde focusgroepsbijeenkomst, maar die ook ruimte bood voor nieuwe codes die pas in de tweede of derde bijeenkomst voorkwamen. De eerder opgestelde topiclijst heeft mogelijk de keuze voor codes en

categorieën beïnvloed, maar de inhoud verkregen tijdens de analyse zelf heeft de uiteindelijke codelijst en categorisering bepaald.

Door met elkaar in discussie te gaan over de codes, categorieën en thema's werd consensus bereikt, waardoor een boomstructuur gemaakt kon worden.

De mate van overeenkomst tussen deze twee partijen gaf eveneens een indicatie van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Baarda et al., 2005). De bevindingen van het onderzoek werden verder aan drie collega onderzoekers voorgelegd, waarvan één ook inhoudelijke expert is op dit onderzoeksgebied (onderzoekerstriangulatie).

Gedurende het hele onderzoek werden memo's geschreven, mede om het reflectieproces vast te leggen. Memo's betroffen de observaties tijdens de focusgroepsbijeenkomsten en de leerervaringen in de stappen van het onderzoek en ideeën die betrekking hadden op de mogelijke resultaten van het onderzoek (Ketelaar et al., 2011; Polit & Beck, 2012).

Om verder de interne validiteit en betrouwbaarheid (plausibiliteit) van dit onderzoek te waarborgen werd per e-mail aan de onderzoeksdeelnemers om feedback gevraagd op de onderzoeksbevindingen en de conclusies (member checking), dit om te controleren of deze onderzoeksbevindingen en conclusies door de betrokkenen worden herkend (Bours, Eliens, & Strijbol, 2009). Om de externe validiteit (overdraagbaarheid van onderzoeksresultaten) te versterken werden de onderzoeksresultaten gedetailleerd uitgeschreven (één van de functies van thick description) waarbij gelet werd dicht bij het taalgebruik van de onderzoeksdeelnemers te blijven. Zo kan de lezer een goed beeld van de informatie krijgen en bezien of de resultaten geloofwaardig en overdraagbaar zijn naar soortgelijke settingen (Bours et al., 2009).

2.6 Ethische aspecten

Het onderzoeksvoorstel werd voorgelegd aan de wetenschapscommissie van de Stichting Kalorama. Deze heeft toestemming voor dit onderzoek verleend en daarbij vermeld dat dit onderzoek niet onder de Wet Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) valt. De resultaten van dit onderzoek worden primair gebruikt voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. In een introductiebrief en in een informed consent formulier (zie bijlagen 3 en 4) voor de deelnemende begeleiders wordt voor begin van het onderzoek de anonimiteit van de verkregen gegevens gegarandeerd en om toestemming voor deelname aan dit onderzoek gevraagd door het informed consent formulier te ondertekenen.

3. Resultaten

Om een overzicht weer te geven van de belangrijkste kenmerken van de onderzoeksdeelnemers (begeleiders) wordt in onderstaande paragraaf 3.1. eerst een korte beschrijving gegeven van hun karakteristieken zoals werkveld, geslacht en aantal jaren werkervaring in de begeleiding van ouderen met auditieve en visuele beperkingen.

3.1. Beschrijving van karakteristieken van onderzoeksdeelnemers

In onderstaande tabel 1 wordt een overzicht van een aantal genoemde karakteristieken van de zeventien aan het onderzoek deelnemende begeleiders weergegeven met als doel meer inzicht te geven in de onderzoekspopulatie.

Tabel 1 “Karakteristieken van onderzoeksdeelnemers”

Focusgroep/Werkveld	Intramurale begeleiders	Ambulante begeleiders	Activiteitenbegeleiders
Aantal deelnemers	7	6	4
Geslacht (m/v)	7 vrouwen	4 vrouwen; 2 mannen	4 vrouwen
Aantal jaren werkervaring	2 jaar; 4 ½ jaar; 6 jaar; 9 jaar; 10 jaar; 13 jaar; 15 jaar	11 jaar; 18 jaar; 19 jaar; 25 jaar, 30 jaar; 32 jaar	6 jaar; 9 jaar; 10 jaar; 25 jaar
Gemiddelde jaren werkervaring	8 ½ jaar	22 ½ jaar	12 ½ jaar

Uit deze tabel 1 blijkt dat alle onderzoeksdeelnemers voldoende werkervaring hebben in de begeleiding van deze ouderen, waarbij de focusgroep ambulante begeleiders gemiddeld de meeste werkervaring heeft.

3.2. Boomstructuur van thema's, categorieën en codes

Uit de kwalitatieve data-analyse van de focusgroepsbijeenkomsten kwamen drie thema's naar voren, die samen inzicht geven in hoe de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama communiceren met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen en wat hierop van invloed is. Deze drie thema's zijn: communiceren op maat, bevorderende factoren in de communicatie en belemmerende factoren in de communicatie. Tabel 2 geeft een overzicht van thema's, categorieën en codes, die naar voren kwamen vanuit de kwalitatieve data-analyse.

Tabel 2 “Boomstructuur/ Kwalitatieve data-analyse”

Thema	Categorie	Code
Communiceren op maat	Verbaal communiceren	Eén op één gesprek
		Communiceren in een groep
	De ondersteunende rol van non-verbale communicatie	Non-verbale communicatie gebruiken;
		Observeren van non-verbale uitingen
	Communicatiemethoden- en hulpmiddelen	Gebruiken van communicatiemethoden
		Gebruiken van communicatiehulpmiddelen
Bevorderende factoren in de communicatie	Aanpassen van de omgeving	Beperken van omgevingsgeluiden
		Optimaliseren van verlichting
	De cliënt leren kennen t.b.v. afstemmen communicatie	Kennis nemen van het communicatieprofiel
		Kennis nemen d.m.v. eigen observatie
		Kennis nemen d.m.v. het navraag doen bij collega's
	Samenwerken met andere disciplines	Samenwerken met ergotherapeut en communicatiedeskundige
		Samenwerken met artsen
		Samenwerken met afdeling Opleidingen
Belemmerende factoren in de communicatie	Barrières bij de cliënt	Comorbiditeit;
		Laag taalniveau van de cliënt
		Moeite met accepteren van eigen beperkingen
		Moeite met het hanteren van gehoorapparaatjes
	Barrières in de organisatie	Grote tijdsdruk
		Gebrek aan organisatorische afspraken
		Onderhoud van en nieuwe hulpmiddelen

3.3. Communiceren op maat

“Communicatie is nooit vanzelfsprekend. Je moet altijd kijken en er moeite voor doen. Je moet inventief zijn”(citaat van een activiteitenbegeleider).

Verbaal communiceren met de oudere met auditieve en visuele beperkingen

In het één op één gesprek met een oudere met auditieve en visuele beperkingen, die de begeleiders kennen, weten zij waar zij het best kunnen gaan zitten, zodat zij het best gezien en gehoord worden. Zij geven aan dat een oudere soms aan één kant beter hoort en het gezicht van de begeleider beter ziet als de begeleider zijn gezicht naar het licht wendt. De begeleider gaat zo zitten dat de afstand niet te groot is, bij voorkeur op gelijke hoogte. Communiceren is volgens hen contact maken. Het contact maken zij door de naam te noemen van de oudere of door aanraking, meestal het aanraken van de hand. Zij zijn er zich van bewust dat een oudere met een visusbeperking kan schrikken van een aanraking en houden daar ook rekening mee.

Het goed observeren en interpreteren van non-verbale signalen kan de begeleider helpen zijn communicatie af te stemmen. Duidelijk spreken en goed articuleren vergroot de verstaanbaarheid, in een enkel geval kan dit door het aanpassen van de toonhoogte. Het gebruiken van korte zinnen kan het begrijpen vergroten. Het is ook plezierig voor de cliënt als een begeleider zich aanpast aan het (spreek)tempo van de oudere, maar er wordt wel opgelet dat er een normaal spreekritme behouden wordt. Het aanpassen aan het (spreek)tempo van de cliënt om op maat te communiceren, vraagt van de begeleider inspanning. Zo zegt een ambulante begeleider:

“Laatst zei een cliënt: “Kun je wat langzamer zijn?” en ik zei: “Het is net als met wandelen als ik 5 km per uur wandel en ik moet met iemand die 4 km per uur wandelt mee kost mij dat heel veel energie, zo is dat in de communicatie met u ook.”, maar die begreep het niet, die vond dat wij het makkelijk hadden omdat het toch allemaal rustig moest. Het is juist inspannend om je aan te passen”.

De begeleiders vinden het van belang om rekening te houden met het cognitieniveau van de oudere. Daarom geven zij niet te veel informatie in één keer tijdens het gesprek, beter is het om dit te verdelen. Zij zien dat deze groep ouderen snel moe wordt in een gesprek vanwege hun beperkingen. Door deze vermoeidheid zijn ze niet meer in staat informatie te verwerken of op te slaan.

Af en toe een pauze inlassen in een gesprek kan volgens een begeleider de oudere helpen de informatie te verwerken en geeft de gelegenheid na te vragen of het ook begrepen is. De ervaring van de begeleiders is dat miscommunicatie snel kan ontstaan. Herhalen kan helpen te begrijpen, dat kan ook door iets andere woorden te gebruiken. Teruggeven van wat de begeleider gehoord heeft, geeft de gelegenheid aan de cliënt te bedenken: “Ja, ze heeft me begrepen”.

Het afstemmen van de communicatie noemen de begeleiders maatwerk en dit wordt als volgt verwoord door een van de ambulante begeleiders:

“Maatwerk, op maat werken, proberen je kennis te combineren, omdat je veel van communicatie weet, maar elke oudere zal toch op zijn eigen wijze benaderd worden als andere ouder. Dat ligt helemaal aan zijn beperking”.

Bij het afstemmen op de cliënt wordt ook rekening gehouden met zijn visusbeperking. Deze maakt de verbale communicatie complexer doordat de cliënt de ogen van de gesprekspartner niet of slechter ziet en ook de mimiek niet meer of minder goed kan aflezen. Volgens de begeleiders kun je mimiek en gebaren wel iets uitvergrooten.

Bovenstaande bemoeilijkt ook de communicatie over emoties. Het “ondertitelen” met woorden van het eigen gevoel van de begeleider kan een hulpmiddel zijn duidelijk te maken wat je normaal met lichaamshouding of mimiek communiceert. Veel begeleiders nemen een cliënt als het gaat over praten over emoties even apart, zodat ze hun hart kunnen luchten. Een omarming of andere aanraking kan het gevoel overbrengen dat je meeleeft, begrip voor de situatie hebt. Checken of dat wat je ziet ook klopt, proberen te achterhalen wat er aan de hand is en even laten merken dat je er bent voor deze oudere.

Om een oudere met auditieve en visuele beperking te informeren hebben begeleiders meer tijd nodig. Het kost hen tijd om na te gaan of het begrepen is. Het hanteren van een andere communicatiemethode naast gesproken taal en het aanpassen aan het tempo van de cliënt kost eveneens tijd. Zij vinden het daarom belangrijk voor een gesprek voldoende tijd te nemen. Dit brengt rust en bevordert de concentratie op het gesprek. Een ambulante begeleider zegt hierover het volgende:

“.....en het aller belangrijkste is de rust in het gesprek. Dat is een heel belangrijk iets want als je je er met een Jantje van Leiden van afmaakt, dan doe het beter niet want dat voelen ze”.

Deze ouderen zijn volgens hen vaak gevoelig voor signalen van haast en stemming. Het lijkt begeleiders wel of ze hiervoor voelsprietten ontwikkeld hebben. Rust en tijd nemen maakt het mogelijk goed in te steken op de wensen en behoeften van de oudere. Veel ouderen zijn niet meer gewend om over wensen en behoeften te praten volgens begeleiders of ze kunnen niet zo goed aangeven wat ze willen. Zij zijn geneigd te zeggen: “Vertel jij het maar”. Dan is het goed hierop in te gaan en zij stimuleren deze ouderen weer te gaan denken over eigen wensen en behoeften.

Activiteiten ondernemen met deze ouderen kan de communicatie één op één stimuleren. Sommige activiteiten lijken de cliënt te prikkelen, dan komt er meer uit. Voorbeelden die gegeven worden zijn; de hand masseren, een voetbadje geven, een wandeling maken. Volgens één activiteitenbegeleider is de aangeboden activiteit masseren best wel intiem, echter daardoor is er wel een andere ingang om in gesprek te gaan. Een ambulante begeleider geeft het volgende voorbeeld:

“Ik had een cliënt ooit, wij hadden een gesprek aan tafel, fysiek aan tafel, waarbij het gesprek niet van de grond kwam, ook al had ik het idee dat diegene het wel wilde. Het was zo statisch. Toen ben ik

gewoon met de man gaan wandelen en onderweg daar kwam het, maar dat kan van alles zijn: wandelen of kleien, appels schillen, het kan me niet schelen. Ja”.

Om te kunnen *communiceren in een groep* worden er duidelijke afspraken gemaakt door de begeleiders, zodat er niet door elkaar wordt gepraat en de ruis beperkt blijft. De begeleider is een soort van regisseur, die de spreekbeurt geeft en de spreekbeurt neemt en dat steeds met het vermelden van de naam van de spreker, zodat er ook rekening gehouden wordt met de visuele beperking van de groepsleden. Aan de groepsleden wordt gevraagd een vinger op te steken als zij het woord willen en de begeleider laat merken dat hij dit gezien heeft. Op deze manier kan de één zijn beurt ongestoord afronden en de ander weet dat hij zo aan de beurt komt. Het is belangrijk te laten voelen dat iedereen zijn verhaal mag doen, omdat deze ouderen al te vaak gemerkt hebben dat het gras voor hun voeten weggemaaid wordt. Ook het gespreksonderwerp wordt geïntroduceerd en afgesloten door de gespreksleider. Verder letten de begeleiders erop dat zij niet individueel met iemand van de groep in gesprek gaan tijdens het groepsgesprek, want dat kan wantrouwen veroorzaken. Iedereen moet bij het groepsgesprek betrokken blijven. Zij zorgen ervoor dat de ouderen met elkaar in contact komen, zij scheppen de voorwaarden. Het belang van de groepscommunicatie blijkt uit het volgende citaat van een ambulante begeleider:

“Dus je probeert een beetje en soms ontstaan er ook hele mooie gesprekken tussen mensen, dus het is ook lotengenotencontact”.

Voordat de groepsbijeenkomst start, vertelt de begeleider wie er die dag afwezig is en waar iedereen zit. Dit helpt de groepsleden te visualiseren en dit verhoogt de veiligheid. Als groepsleden elkaar wat langer kennen, kunnen in een veilige sfeer ook emoties gedeeld worden.

De begeleiders van de groep zijn ook als intermediair aanwezig, omdat groepsleden elkaar letterlijk niet begrijpen. Om miscommunicatie te voorkomen proberen zij op een subtiele wijze de informatieoverdracht goed te laten gaan. Daar waar het nodig is kunnen zij ondertitelen, in iets andere bewoordingen herhalen wat er gezegd werd. Dit wordt zo door een ambulante begeleider verwoord:

“En wat ook heel belangrijk is en wat wij ook altijd doen is het ondertitelen want als je onderling een grapje maakt en wij hebben het in deze hoek niet gehoord, dan wordt de grap hier nog eens uitgelegd en wordt er wel drie, vier keer om gelachen. Dat je ook uitlegt wat de humor ervan is en waarom er gelachen wordt. Het ondertitelen”.

De begeleiders passen hun taalgebruik aan, zodat er rekening gehouden wordt met de verschillende niveaus in de groep. Het is de kunst om in het groepsgebeuren iedereen in zijn waarde te laten en iedereen aan de beurt te laten komen. Dat ervaren begeleiders als heel intensief.

De activiteitenbegeleiders signaleren dat bij hen in de groep vaak sprake is van ruis door de bezigheden van de groepsleden. Soms roept een oudere om hulp bij de activiteit, men heeft soms

moeite met wachten op elkaar. Zij proberen iedereen het gevoel te geven gehoord te worden, zodat de ouderen een leuke middag hebben. Samenwerking van de begeleiders vinden zij heel belangrijk om de activiteit goed te laten verlopen

De ondersteunende rol van non-verbale communicatie

De begeleiders zien het belang van ondersteunende rol van non-verbale communicatie in de communicatie met deze ouderen, die nog iets kunnen zien. Bij de gebarentaal is mimiek heel belangrijk. Omdat zij geleerd hebben mimiek te gebruiken, kunnen zij dit inzetten bij deze ouderen. Het gebruiken van mimiek en gebaren wordt geschetst als een tweede natuur van doofblindenbegeleiders. Een ander aspect van non-verbale communicatie is volgens begeleiders wat je uitstraalt, wat zegt je lichaamstaal, je houding.

Een van de begeleiders zegt dat non-verbale communicatie verbale communicatie ook kan vervangen bij ziekte of ernstige vermoeidheid van een cliënt. Een voorbeeld: “ga maar lekker slapen” (memo: begeleider maakt het gebaar voor slapen gaan, natuurlijk gebaar).

Oog hebben voor de non-verbale signalen van de oudere wordt als belangrijk ervaren, omdat deze signalen een eerste aanwijzing kunnen zijn van hoe het met iemand gaat. Het kan hen vertellen of iemand ziek, verdrietig of vermoeid is en daar kunnen zij op in spelen.

Communicatiemethoden en communicatiehulpmiddelen

Eén begeleider zegt dat aanraken het eerste communicatiemiddel is dat zij gebruikt. Begeleiders maken veel lichamelijk contact met hun cliënten. In de zorg helpt hen dit bij het communiceren van wat men gaat doen. Volgens hen kun je door aanraking ook prikkelen, even de hand een tijdje vasthouden en dan pas in gesprek gaan. Meestal is de aanraking volgens hen functioneel, maar deze kan ook affectief zijn. Het hangt een beetje van de persoon af of het ook als prettig ervaren wordt; daar hebben zij oog voor. Soms is de communicatie in woorden niet meer zo belangrijk, dan zit het meer in het gevoel zegt een begeleider. Zij communiceert door even een hand op de schouder te leggen of te omarmen. Ook kan de cliënt de behoefte hebben om de hand van een begeleider te zoeken om maar even contact te hebben. Het belang van het aanraken wordt door een activiteitenbegeleider geschetst:

“Ja, de communicatie in de handen is een heel functionele aanraking, maar je merkt sowieso dat de bejaarden bijna niet meer aangeraakt worden, terwijl het dus wel een goede prikkel kan zijn”.

Bij ouderen met auditieve en visuele beperkingen is het volgens begeleiders belangrijk om aan te sluiten bij wat ze geleerd hebben bij het bepalen van een voor hen meestal ondersteunende communicatiemethode. Ondersteunend, omdat deze ouderen volgens begeleiders toch nog hoofdzakelijk communiceren via gesproken taal. Bij het zoeken naar een ondersteunende communicatiemethode komt de begeleider al snel bij wat hun ouderen herkennen en dat is de

geschreven taal. Begeleiders gebruiken schriftelijke communicatie bij cliënten die nog kunnen lezen als ze verbaal vastlopen in een gesprek of om hen iets mee te geven, zodat zij het nog eens terug kunnen lezen. Eén intramurale begeleider verwoordt dit zo:

“Sommige bewoners vinden het ook prettig, vinden het ook fijn, dan nemen ze het geschreven deel ook mee en dan kunnen ze ook terugkijken, wat hebben we besproken”.

Met pen of stift kunnen indien nodig grote letters geschreven worden, of er wordt gebruikt gemaakt van een laptop met vergrote letters.

Ook andere communicatiemethoden maken gebruik van de kennis van geschreven taal. Als voorbeelden noemen zij het met een vinger van de cliënt op een glad oppervlak schrijven, blokletters in de hand of op een ander lichaamsdeel schrijven, het aftasten van letters. Van deze laatste twee wordt gezegd dat het moeilijk is voor een cliënt met een slechte tastzin deze te gebruiken vanwege de hoge leeftijd of diabetes. Het gebruiken van deze methoden is volgens begeleiders uitproberen en maatwerk. Communiceren met verwijzers als communicatiemethode is voor hen het gebruik maken van tekeningen, pictogrammen of voorwerpen. Afhankelijk van de visuele beperking kan de begeleider hiervan gebruik maken. Voorwerpen kunnen daarnaast ook afgetast worden. Dit kan bijvoorbeeld tijdens de persoonlijke verzorging van de oudere een tandenborstel zijn of een washandje. Met deze voorwerpen kan de begeleider dan communiceren wat de volgende stap in de verzorging is. Om bij slechtziendheid, als een bril niet meer voldoet, toch nog te kunnen lezen kan een loep of tv-loep gebruikt worden door de oudere. De begeleiders stimuleren ouderen om deze hulpmiddelen te gebruiken wat hun communicatie kan ondersteunen.

Om verbale communicatie te bevorderen gebruiken deze ouderen gehoorapparaatjes. Omdat de ouderen vaak moeite hebben met het hanteren van hun gehoorapparaatje, letten begeleiders erop of ze nog werken. Soloapparatuur² is een ander communicatiehulpmiddel, dat één op één gebruikt kan worden of in een groep. Daarnaast werden door de begeleiders nog een aantal andere hulpmiddelen genoemd zoals ringleiding, hoofdtelefoon, daisyspeler en webbox. Deze worden niet gebruikt in directe communicatie tussen begeleider en oudere, maar zij helpen deze ouderen wel informatie te verwerven.

² Soloapparatuur: Dit is een zender met microfoon en een ontvanger. De zender plaatst men in het midden van een gespreksgroep of bij de spreker. De ontvanger hangt om de hals of wordt bevestigd aan het hoortoestel. Solo-apparatuur is zeer geschikt voor gebruik in groepen (Bosman, 2006).

3.4. Bevorderende factoren in de communicatie

Het aanpassen van de omgeving

“En dat een ruimte niet hol is, niet echoot, zorgen voor een goede akoestiek. Dat een ruimte niet hard is zoals in het café van Kalorama bijvoorbeeld. Daar kun je bijvoorbeeld mooi de ergo-therapeute bijhalen. Die gaat dan overal dingen opplakken en gordijnen ophangen. Dan zal je zien wat een verschil dat is” (citaat van een ambulante begeleider).

Een rumoerige omgeving maakt het voor slechthorende moeilijk om te verstaan wat er gezegd wordt. Een optimale akoestiek vergroot de verstaanbaarheid. Een holle ruimte kan echoën, kan hard zijn. Ergotherapeuten kunnen bij het aanpassen hiervan ondersteunen. Er wordt op gelet dat omgevingsgeluiden zoveel mogelijk beperkt worden. Dat kan bijvoorbeeld door het gebruik van een hoofdtelefoon door de cliënt bij het televisiekijken. Indien het niet mogelijk is storende geluiden in te perken, kan men ervoor kiezen het gesprek in een andere rustigere omgeving, bijvoorbeeld de kamer van de cliënt te voeren.

Een goede verlichting vergemakkelijkt het zien van gezichtsmimiek en non-verbale gebaren. Een regel is dat de cliënt met zijn rug naar het raam of de lichtbron zit. Toch zien begeleiders verschillen bij hun ouderen, de één wil veel licht, de ander gedempt licht of helemaal geen licht. Zij houden hiermee ook rekening bij het plaatsen van cliënten aan de tafel en proberen aan ieders wensen tegemoet te komen.

De cliënt leren kennen om de communicatie af te kunnen stemmen

De begeleiders geven aan dat het belangrijk is om de oudere goed te kennen, om de communicatie goed af te kunnen stemmen. Hiertoe lezen zij het communicatieprofiel van de oudere, opgesteld door een communicatiedeskundige. Dit profiel bevat informatie over de mate van auditieve en visuele beperking, cognitie- en taalniveau, eventueel van invloed zijnde andere beperkingen en de in gebruik zijnde hulpmiddelen. Ook staan er aanwijzingen voor benadering en taalgebruik. Verder vullen zij deze informatie aan met gegevens verkregen uit eigen observatie van de cliënt en daarnaast vragen zij ook na bij collega's. Onderstaand citaat illustreert dit:

“Jij weet nog niets van de cliënt. Jij moet eerst in kaart brengen, jij weet natuurlijk al iets door de intake van de cliënt. Dus eerst heel erg aflezen en dan langzaam aanbieden en afstemmen”.

Kent een begeleider de cliënt, dan kunnen kleine signaaltjes al veel zeggen en dat maakt de communicatie makkelijker. Blijven observeren is belangrijk, omdat tijdens het soms jarenlange verblijf de slechthorendheid of slechtziendheid achteruit kan gaan. Een intramurale begeleider zegt hierover:

“En wat ze de ene dag nog wel kan zien, kan ze bijvoorbeeld een week later niet meer zien of horen. Dan moet je wel observeren daarin”.

Het kennen van de cliënt draagt ook bij aan het invullen van de gesprekken. Zo kan ingegaan worden op interesses, wensen en behoeften en kan de begeleider zich beter in de oudere verplaatsen.

Samenwerking met andere disciplines

De kennis en expertise van ergotherapeut en communicatiedeskundige worden gewaardeerd en de ondersteuning van hen ervaren de begeleiders als zinvol. Naast het communicatieprofiel worden bevindingen bij een consult van de communicatiedeskundige door begeleiders gebruikt om de communicatie met hun ouderen te verbeteren. De ergotherapeuten kunnen naast het aanpassen van de omgeving advies geven met betrekking tot te gebruiken hulpmiddelen. Om een goede gehoor- en oogzorg te bieden worden daarnaast ook andere disciplines betrokken zoals artsen.

De begeleiders zijn van mening dat iedereen in het Centrum voor doofblinden de opleiding doofblindenbegeleider gedaan zou moeten hebben, zoals zij zelf ook gedaan hebben. Deze wordt verzorgd door de afdeling opleidingen in samenwerking met verschillende disciplines. Zij zijn van mening dat men hierdoor veel leert en ook ervaring opdoet. Eén intramurale begeleider beschrijft haar ervaring met blinding en koptelefoon:

“Ja, en dan denk je van wij hebben het toen in de opleiding zelf ervaren hoe het is om slechthorend en slechthorend te zijn. Ik schrok mij zelf iedere keer wild en dan dat gekakel. Twee collega's die dan samen aan het praten zijn, terwijl jij daar zat en ik had dan echt iets van “ik voelde me niet gehoord, ik voelde me eenzaam”. Dan gaat er pas echt een wereld voor je open. Daar moeten wij dan ook bewuster mee omgaan”.

3.5. Belemmerende factoren in de communicatie

Barrières voor de communicatie gelegen bij de cliënt

Dementie als comorbiditeit bij de ouderen met auditieve en visuele beperkingen bemoeilijkt de communicatie. Een gesprek kost dan nog meer tijd, herhaling wordt belangrijker evenals het navragen en observeren of het wel binnenkomt. Duidelijk bij een onderwerp blijven kan volgens begeleiders het gesprek structuur geven, eventueel kan een onderwerp in kleinere eenheden verdeeld worden, waarbij ook steeds gekeken wordt of het voorafgaande bij de ouderen is blijven beklijven. Zij letten erop deze ouderen niet te overvragen. Ook op andere beperkingen zoals afasie of psychische problemen wordt door de begeleiders ingespeeld en de communicatie zoveel mogelijk hierop afgestemd.

Een laag taalniveau van de cliënt ervaren begeleiders als een extra barrière in de communicatie. Zij passen hun taalniveau hierop aan.

Begeleiders herkennen dat ouderen met auditieve en visuele beperkingen soms moeite hebben om hun beperkingen toe te geven. Vooral in het contact kan dat een probleem zijn. Accepteren van de beperkingen wordt een essentieel iets genoemd door de begeleiders. Vroeger beginnen met het leren omgaan met de beperkingen lijkt zinvol, omdat men dan nog “leerbaarder” is. Maar omdat deze

ouderen vaak de ervaring hebben dat zij er niet meer toe doen, vraagt het volgens de begeleiders een enorm bewustzijn van de oudere om de motivatie te vinden er aan te werken. De begeleiding richt zich op het stimuleren van de oudere om met een oplossing te komen, die wel iets van de oudere moet zijn en moet passen. Volgens begeleiders kan acceptatie door de oudere van zijn beperkingen bijdragen aan meer assertiviteit van de oudere. Een ambulante begeleider zegt hierover het volgende:

“Zij hebben al zo een klein netwerk en iedereen maakt haast en zij kunnen die meters niet meer maken, dus hebben ze zo iets van toe maar en dat is juist jammer”.

Een andere barrière in de communicatie bij de cliënt is het moeilijk kunnen hanteren van het gehoorapparaatje. Zelf een batterij vervangen of het gehoorapparaat reinigen is volgens de begeleiders voor deze ouderen moeilijk, omdat alles zo klein is. Daarom zijn zij er altijd alert op of dit hulpmiddel wel werkt. Eén ambulante begeleider geeft het volgende voorbeeld:

“Het is ook vaak als de mensen van buitenaf naar binnen komen, dan is de eerste vraag van “ik heb het gehoorapparaat in mijn tasje zitten, help me eens”, want in het huis waar ze wonen of de thuiszorg of wat dan ook, zij weten niet hoe het werkt of zij hebben het op de verkeerde stand. Dus je bent eerst een 20 minuten bezig met alles in te stellen voordat je kunt beginnen met iets”.

Barrières voor de communicatie gelegen in de organisatie

Het meest storend zien de begeleiders de telefoons en mobieltjes. Vooral van de verschillende geluiden van de mobieltjes schrikken de ouderen vaak. Daarnaast ervaren zij het als storend dat een gesprek moet worden onderbroken, omdat de telefoon opgenomen moet worden of dat een gesprek onderbroken wordt door een collega, die aan de begeleider even iets wil vragen of de groepsruimte binnenloopt om iets te pakken. Een voorbeeld gegeven door een ambulante begeleider:

“Wij zitten in een ruimte, die is een beetje multifunctioneel en ze komen daar koffie en thee halen en toen was er een nieuw hoofd aangesteld en die komt om de haverklap wel zachtjes binnen, die zegt verder niets, gaat koffie en thee halen en dan zie ik als je dus met een gesprek bezig bent dat de mensen zo doen (memo; beweegt hoofd), ze zien wel iets maar dan wordt helemaal niets vermeld. Dat zijn dus wel de belangrijkste dingen. De aandacht bij het horen, die is dan even weg en eigenlijk willen ze ook wel weten wie dat is”.

Begeleiders zijn van mening dat hierover betere organisatorische afspraken gemaakt moeten worden en dat zij hiervoor zelf het initiatief kunnen nemen.

Begeleiders geven aan dat zij tijdsdruk ervaren en weinig tijd voor één op één gesprekken hebben. Zij zijn er zich wel van bewust dat de vraag om meer personeel goed onderbouwd moet worden, vooral nu de uren in de zorg onder druk staan. In de groepsbijeenkomsten zou het goed zijn ten minste drie begeleiders te hebben om te kunnen tolken, zodat men deze bijeenkomsten optimaal kan laten draaien. Ook bij het activiteitscentrum is de bezetting een probleem. Een van de activiteitenbegeleiders zegt:

“En ik vind ook; je hoort jezelf heel vaak zeggen: “even wachten, even wachten”, waarvan ik dan denk daar zou ik toch ook helemaal schijt (Oh) ziek van worden als dat tien keer tegen je gezegd wordt. Ja, ja. Dan zou ik..... En wat is even en dan probeer ik, vooral als het wat langer duurt te

zeggen “over 5 minuten ben ik terug”, maar dat lukt ook niet altijd. Ja, volgens mij is dat ook het woordje wat het meest gebruikt wordt in verzorgingshuizen. “Even wachten, ik kom zo”, wat is zo en wat is even?”.

Begeleiders hebben voortdurend aangegeven dat tijd en rust belangrijk in de communicatie met deze groep ouderen zijn, want door tijdsdruk moeten zij gewoon verder en komen ze niet tot een gesprek. Vooral die ouderen die zich niet echt laten horen worden volgens de begeleiders daardoor vergeten. Zij vinden het belangrijk erop te letten of de communicatiehulpmiddelen die men gebruikt wel werken. Zo geven de intramurale begeleiders aan dat de ringleiding nog wel eens niet goed werkt, omdat het onderhoud matig is. Verder denken de begeleiders dat zij ook niet echt die nieuwste apparatuur in huis hebben. Zij vinden het belangrijk goed op de hoogte gehouden te worden van wat er aan nieuwe apparatuur op de markt is.

4. Discussie

4.1. Resultaten

Uit dit focusgroeponderzoek bleek dat verbale communicatie een vorm van communicatie is, die begeleiders hoofdzakelijk hanteren in de communicatie met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen. Bosman (2006) en Diepeveen et al. (2000) verklaren dit met het argument dat deze ouderen de Nederlandse taal verworven hebben en zich nog verbaal kunnen uiten.

In communicatie met deze ouderen benoemden de begeleiders het afstemmen in de communicatie als zeer belangrijk en omschreven dit als maatwerk. Volgens Plasschaert (2002) is individuele aanpassing in de communicatie steeds noodzakelijk en medeafhankelijk van de graad van de beperking. Bij het afstemmen hanteerden begeleiders verschillende strategieën zoals de juiste zitpositie en afstand, voldoende verlichting van het gezicht van de begeleider, het contact maken door de naam te noemen of door aanraking, juiste stemvolume gebruiken, toonhoogte aanpassen, duidelijk spreken en articuleren, spreektempo aanpassen, niet te lange zinnen gebruiken, herhalen van hetgeen de begeleider vertelt of herhalen van hetgeen de oudere vertelt om miscommunicatie te voorkomen, gebruik van gebaren en mimiek iets uitvergroten of de cliënt zijn tastzin in te laten zetten. Deze strategieën vinden we ook terug in Bosman (2006), Diepeveen et al. (2000) en in de studies van Heine, Erber, Osborn en Browning (2002), Heine en Browning (2002) en Slaughter et al. (2014).

Opvallend in dit onderzoek en wat in de literatuur niet zo beschreven wordt, is dat de begeleiders aangaven dat observeren en het interpreteren van non-verbale signalen hen helpt de communicatie af te stemmen. Dit is mogelijk te verklaren doordat de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden expertise hebben opgebouwd in de begeleiding van doofblinden, waarbij observeren en het aflezen vaardigheden zijn die zij vaak toepassen.

In het één op één gesprek gaven de begeleiders aan het belangrijk te vinden tijd te nemen voor het gesprek, omdat het informeren van deze ouderen meer tijd kost doordat de begeleiders op maat de communicatie af moeten stemmen en zo nodig een communicatiemethode naast gesproken taal hanteren. Deze bevindingen corresponderen met hetgeen Balkom en Welle Donker-Gimbrère (1994) in hun boek “Kiezen voor communicatie” beschrijven.

Een interessante bevinding van dit onderzoek is dat begeleiders in één op één gesprekken met deze ouderen gebruik maakten van activiteiten, waarbij taal niet nodig is zoals wandelen of masseren om zo de zintuigen te prikkelen van deze ouderen met als doel verbale communicatie op gang te brengen. Mogelijk hanteren zij dit vanuit hun ervaringen in de communicatie en begeleiding van cliënten met aangeboren doofblindheid, die volgens Bosman (2006) geen taalontwikkeling hebben doorgemaakt.

Uit dit onderzoek bleek dat de begeleiders het communiceren over emoties van hun ouderen moeilijk ervaren door de visusbeperkingen bij hun ouderen. Zij doelden hierbij op het niet meer kunnen herkennen van de lichaamstaal en mimiek van de begeleider door de oudere, waardoor de oudere de betrokkenheid niet meer herkent. Een hulpmiddel dat zij hierbij hanteerden is het ondertitelen van het gevoel van de begeleider of de affectieve aanraking om hun gevoel over te brengen.

In de literatuur is met betrekking tot dit aspect van de communicatie (communicatie over emoties) met deze doelgroep ouderen weinig terug te vinden. Dit pleit ervoor dat dit aspect van communicatie bij deze doelgroep ouderen verder onderzocht zou moeten worden. Enerzijds omdat begeleiders aangaven dat zij het moeilijk vinden met deze ouderen over emoties te praten en anderzijds omdat het praten over emoties volgens Caris-Verhallen (1999) een belangrijk onderdeel is van goede zorg en bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven

Duquette en Baril (2012) geven aan dat communicatie in een groep vaak problematisch is. Dit werd enigszins door begeleiders in de focusgroepsbijeenkomsten bevestigd. Zij noemden het communiceren in een groep met deze ouderen zeer intensief. Zij gaven aan dat door duidelijke afspraken te maken in de groep communicatie toch mogelijk is. Een belangrijk regel die zij bij groepsgesprekken met deze ouderen hanteren is de spreekbeurt geven en de spreekbeurt nemen met vermelding van de naam van de spreker. Deze bevinding toont aan dat een strak gereguleerd groepsgesprek met deze ouderen ondanks hun auditieve en visuele beperkingen mogelijk is. Omdat er ook sprake is van lotgenotencontact zijn deze groepsgesprekken des te belangrijker. Het belang van groepsgesprekken met ouderen met deze beperkingen wordt ook onderstreept door Heine en Browning (2002), omdat deze ouderen volgens hen zich dan kunnen identificeren met lotgenoten, elkaar kunnen adviseren met betrekking tot coping-strategieën en de sociale interactie wordt bevorderd.

De begeleiders noemden mimiek en het inzetten van gebaren als non-verbale communicatie belangrijk ter ondersteuning van de verbale communicatie. Het gebruik van mimiek en gebaren werd geschetst als een tweede natuur voor doofblindenbegeleiders. Daarbij letten zij op de lichaamstaal, de lichaamshouding. Deze interessante bevinding wordt ook door Heine en Browning (2002), zij geven aan dat het aanbieden van non-verbale aanwijzingen bij deze ouderen ondersteunend kan zijn aan verbale communicatie.

Uit de analyse van focusgroepsbijeenkomsten kwam naar voren dat de begeleiders gebruik maken van diverse communicatiemethoden. Opvallend in dit onderzoek is dat de begeleiders het aanraken zagen als een communicatiemethode. Zij onderscheidden functionele aanraking, die hen helpt te communiceren in de dagelijkse zorg en de affectieve aanraking om een oudere te prikkelen en om te communiceren zonder woorden om een gevoel over te brengen. Routasalo (1996) geeft aan dat aanraken in de zorg breed inzetbaar is om zonder woorden te communiceren. Bulecheck, Butcher en

McCloskey-Dochterman (2013) definiëren aanraken als doelbewust tactiel contact zoeken met de patiënt om met hem te communiceren.

Zoals verwacht mocht worden gebruikten de begeleiders in de communicatie met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen ook een aantal communicatiemethoden, die gebaseerd zijn op het schrift, zoals schriftelijke communicatie ter ondersteuning van het verbaal gesprek, met de vinger van de oudere op een glad oppervlak schrijven, blokletters spellen in de hand, het aftasten van letters. Dit omdat deze communicatiemethoden aansluiten bij wat deze ouderen al kennen (Bosman, 2006).

Daarnaast gaven de begeleiders in dit onderzoek aan te communiceren met verwijzers zoals grafisch gesprek, pictogrammen of voorwerpen. Dit komt overeen met wat Van Balkom en Welle Donker-Gimbrère (1994) in hun boek “Kiezen voor communicatie” beschrijven.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de begeleiders slechts enkele communicatiehulpmiddelen gebruiken voor de directe communicatie met hun ouderen. Zij noemden gehoorapparaatjes en soloapparatuur. Daarnaast wordt een leesloep ingezet om visueel beperkte ouderen te ondersteunen bij het lezen van schriftelijke informatie. Wel noemden zij ringleiding, hoofdtelefoon, daisyspeler en webbox als communicatiehulpmiddelen om informatie te verwerven. De taak van begeleiders is om deze ouderen te stimuleren deze hulpmiddelen te gebruiken en hun zo nodig daarbij te assisteren. Deze communicatiehulpmiddelen worden door Bosman (2006) aanbevolen.

Uit de bevindingen van de focusgroepsbijeenkomsten werden enkele bevorderende factoren voor de communicatie met ouderen met auditieve en visuele beperkingen door de begeleiders benoemd. Dit waren het aanpassen van de omgeving, de cliënt leren kennen in verband met het afstemmen van de communicatie en het samenwerken met de andere disciplines.

Het belang van de omgevingsaanpassingen komt overeen met hetgeen omschreven wordt in Bosman (2006) en Diepeveen et al. (2000). Ook zij wijzen op het beperken van de omgevingsgeluiden, het aanpassen van de akoestiek en het zorg dragen voor een goede verlichting. Bovendien noemt Bosman (2006) het voorkomen van verblindings door reflectie van het licht als een belangrijke aanpassing van de omgeving. Door deze aanpassingen worden de oorzaken van belemmeringen in de communicatie gerelateerd aan de omgeving bij deze ouderen gereduceerd (zie tabel van Duquette en Baril (2012) in de bijlage 1).

Om de communicatie goed te kunnen afstemmen op de ouderen met auditieve en visuele beperkingen gaven de begeleiders aan het belangrijk te vinden hun ouderen goed te kennen. Deze bevinding wordt onderstreept in een onderzoek van Slaughter, Hopper, Ickert en Erin (2014) waarin verzorgenden van slechthorende ouderen het belang van het kennen van hun ouderen benadrukken en dit zien zij als een belangrijke component voor effectieve communicatie. In “Kijk, u hoort erbij!” (Kort & Wal, 2012)

worden in een praktijkvoorbeeld van een oudere met auditieve en visuele beperkingen de problemen in de communicatie geschilderd, die ontstaan bij ziekenhuisopname door het niet kennen van deze oudere. Dit geeft het belang aan van deze bevinding van dit onderzoek.

De samenwerking met andere betrokken disciplines, in het bijzonder de communicatiedeskundigen en ergotherapeuten, werd door begeleiders ervaren als bevorderend voor hun communicatie met deze groep ouderen. Door de inzet van deze deskundigen kregen de begeleiders adviezen en informatie, die zij konden gebruiken om de communicatie met hun ouderen te bevorderen. Heine & Browning (2002) onderschrijven het belang van multidisciplinaire samenwerking in het licht van communicatiebevordering met ouderen met auditieve en visuele beperkingen met als doel hun welzijn en hun kwaliteit van leven te verbeteren.

De begeleiders identificeerden tijdens de focusgroepsbijeenkomsten een aantal belemmerende factoren in de communicatie met ouderen met auditieve en visuele beperkingen zoals barrières gelegen bij de cliënt en barrières gelegen in de organisatie. Zo gaven de begeleiders aan dat de communicatie met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen bemoeilijkt wordt als er sprake is van comorbiditeit zoals dementie, cognitieve achteruitgang, afasie of psychische problemen. Plasschaert (2002) erkent dat deze aandoeningen elk voor zich communicatie bemoeilijken. Stans, Dalemans, Witte en Beurskens (2013) beschrijven in hun onderzoek dat ouderen met auditieve en/of visuele beperking in combinatie met dementie of afasie vaak niet in staat zijn effectief te communiceren met hun omgeving.

De begeleiders noemden het accepteren van de auditieve en visuele beperkingen door hun ouderen essentieel. Zij signaleerden dat ouderen hiermee moeite hebben, wat leidt tot het niet gebruiken van de juiste communicatiehulpmiddelen en dat zij niet vroegtijdig beginnen met het leren van communicatiestrategieën. Vreeken et al. (2013) onderschrijven het belang van coping bij volwassenen en ouderen met auditieve en visuele beperkingen en hebben een Dual Sensory Protocol (DSL) ontwikkeld dat zich richt op het beter omgaan met auditieve en visuele beperkingen.

Vreeken et al. (2013) besteden veel aandacht in hun protocol aan het leren omgaan met gehoorapparaatjes. Ook de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden signaleerden dat ouderen veel moeite hebben met het hanteren van hun gehoorapparaatjes.

Als barrières voor de communicatie gelegen in de organisatie zagen de begeleiders vooral telefoons en mobieltjes als een belemmerende factor tijdens het gesprek met hun ouderen. Ook onderbrekingen door binnenlopende collega's werd als belemmerend ervaren. Deze belemmeringen hebben te maken met wat Bosman (2006) omgevingsaanpassingen noemt.

Een andere barrière in de communicatie gelegen in de organisatie was volgens de begeleiders de grote tijdsdruk die zij ervaren waardoor zij te weinig tijd hebben voor één op één gesprekken met hun ouderen. Dit ook vanwege wat zij eerder aangaven dat tijd nemen en rust brengen in het gesprek een belangrijke voorwaarde is om een goed gesprek aan te kunnen gaan. Ofschoon zij zich er van bewust zijn dat uren in de zorg onder druk staan, gaven zij aan dat zij graag zouden zien dat iets meer personeel ingezet zouden kunnen worden zodat zij zowel in de individuele als ook groepsgesprekken met deze ouderen meer tijd hebben om met hen op een gepaste, rustige manier te communiceren. Ook Diepveen et al. (2000) benadrukken dat iemand die zich inspant voor de doofblinde ouderen de tijd moet nemen om te kunnen communiceren op een manier die past bij de mogelijkheden van de oudere.

4.2. Onderzoeksmethode

Het verkennend focusgroepsonderzoek als kwalitatief onderzoekdesign is een passende keuze geweest om de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden te laten vertellen hoe zij met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen communiceren en wat daarbij bevorderende en belemmerende factoren zijn. Door de discussie in de focusgroepsbijeenkomsten zijn veel bruikbare data verzameld, mede omdat de deelnemers van dit onderzoek niet alleen in staat werden gesteld hun eigen inzichten en meningen te geven, maar dat zij elkaar konden aanvullen en op onderdelen elkaar konden bevestigen. Het houden van 3 bijeenkomsten met drie homogene focusgroepen (intramurale-, ambulante- en activiteitenbegeleiders) heeft een genuanceerd beeld opgeleverd over hoe iedere groep vanuit het eigen werkveld met deze ouderen communiceert.

Boeije (2005) geeft aan dat in een kwalitatief onderzoek doorgedaan wordt met het verzamelen van data tot er saturatie bereikt wordt. Onderzoeker is van mening dat binnen het beschikbare tijdsbestek van dit onderzoek datasaturatie bereikt werd, mede door de feedback van de onderzoeksdeelnemers, gevraagd op het eind van elke focusgroepbijeenkomst. Tevens heeft de onderzoeker de indruk dat het organiseren van meer als deze drie bijeenkomsten geen nieuwe data meer zou opleveren, dit omdat de derde bijeenkomst weinig onderzoekrelevante nieuwe data opleverde.

De onderzoeksdeelnemers zijn gespecialiseerde begeleiders voor doofblinden en hebben gemiddeld veel ervaring op het gebied van communicatie met ouderen met auditieve en visuele beperkingen. Een kritische kanttekening hierbij is dat zij geen representatieve groep zijn voor alle begeleiders/verzorgenden die zorg verlenen aan ouderen met deze beperkingen. Het betreft immers begeleiders afkomstig uit één gespecialiseerde instelling, het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama. Dit moet de lezer in gedachten houden bij het generaliseren van de onderzoeksresultaten. Om toch de externe validiteit te versterken werden de onderzoeksresultaten

gedetailleerd uitgeschreven en dicht bij het taalgebruik van de onderzoeksdeelnemers gebleven, zoals Bours et al. (2009) ook aanbevelen.

Ondanks dat het een selecte gelegenheidssteekproef betreft zijn de onderzoeksdeelnemers representatief te noemen voor de totale populatie van begeleiders van het Centrum die deze doelgroep begeleiden. Slechts zes van de vierentwintig geselecteerde begeleiders reageerden niet op de e-mail. Qua karakteristieken zoals aantal jaren ervaringen in de begeleiding van deze doelgroep ouderen en het geslacht weken zij niet af van het gemiddelde van de respondenten (onderzoeksdeelnemers). In een gesprek met het hoofd van het Centrum en een communicatiedeskundige werd ook bevestigd dat de onderzoeksdeelnemers een goede weerspiegeling waren van de gehele populatie van de begeleiders van het Centrum, die met deze ouderen werken.

Gezien het tijdsbestek van dit onderzoek was het niet mogelijk om meer focusgroepsbijeenkomsten te organiseren met bijvoorbeeld de begeleiders van soortgelijke instellingen. Ofschoon de onderzoeker een ervaren gespreksleider is, was dit de eerste keer dat hij een focusgroeponderzoek uitvoerde. Wel is er opgelet tijdens het onderzoek dat alle stappen van het onderzoek gedocumenteerd werden. Er is bewust voor een externe onderzoeksassistent gekozen om te voorkomen dat sociaal wenselijke antwoorden gegeven werden. Dit was ook de reden waarom de onderzoeker de rol van gespreksleider op zich nam, omdat de onderzoeker als Verpleegkundig Specialist i.o. meer afstand had tot onderzoeksonderwerp en daarmee dus neutraler was dan bijvoorbeeld een communicatiedeskundige. De mogelijkheid van vertekening door de voorkennis van de onderzoeker als gespreksleider werd in de fase van data-analyse zoveel mogelijk geminimaliseerd door onderzoekerstriangulatie en membercheck van de bevindingen.

Om de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen zijn er een aantal maatregelen genomen (zie hiervoor paragraaf 2.5). Zo bleek uit de membercheck dat de deelnemers die reageerden op het verzoek de bevindingen en de conclusies te bekijken op herkenbaarheid zich goed konden vinden in de beschreven resultaten en conclusies.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is dat de begeleiders hun communicatie met hun ouderen subjectief beschreven hebben. Er kan een discrepantie zijn tussen wat zij zeggen te doen en wat zij daadwerkelijk in de praktijk doen. Helaas was het in het kader van dit onderzoek niet mogelijk om directe observaties als mogelijke andere methode van dataverzameling toe te passen om zo datatriangulatie te verkrijgen.

Interessant zou het ook zijn om te onderzoeken vanuit cliëntenperspectief hoe zij de communicatie met hun begeleiders ervaren. Dan zouden de uitkomsten naast elkaar gelegd kunnen worden om nog sterkere conclusies en praktijkaanbevelingen ter verbetering van communicatie met deze doelgroep ouderen te kunnen doen.

5. Conclusie en aanbevelingen

5.1. Conclusie

Door dit onderzoek kan een antwoord gegeven worden op de vraag hoe de begeleiders van het Centrum voor Doofblinden van de Stichting Kalorama met hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen communiceren en wat zij daarbij als bevorderende en belemmerende factoren ervaren. Uit de resultaten van dit onderzoek en de discussie is gebleken dat deze begeleiders hoofdzakelijk verbaal communiceren met deze ouderen omdat deze ouderen de Nederlandse taal ooit verworven hebben en zich nog in meer of mindere mate verbaal kunnen uiten. In individuele gesprekken stemmen de begeleiders hun communicatie voortdurend af op de oudere door gebruik te maken van een repertoire van verschillende strategieën en ondersteunende communicatiemethoden. Dit afstemmen in de communicatie en zich aanpassen aan de mogelijkheden van de ouderen noemen zij maatwerk. Hierbij maken zij gebruik van observatie en het interpreteren van non-verbale signalen om hun communicatiestrategie bij te kunnen stellen. Noodzakelijk vinden de begeleiders het om voldoende tijd te nemen voor het gesprek zodat zij in alle rust het gesprek met deze ouderen kunnen voeren. Tevens kan geconcludeerd worden dat de begeleiders een groepsgesprek met deze ouderen kunnen voeren doordat zij een sterke structuur in het groepsgesprek weten aan te brengen en duidelijk afspraken maken met hun ouderen over het communiceren in de groep.

De begeleiders maken gebruik van diverse ondersteunende communicatiemethoden. Deze zijn meestal gebaseerd op het schrift, omdat deze ouderen dit kennen uit hun levensgeschiedenis. Daarnaast maken zij ook gebruik van verwijzers als communicatiemethode. De begeleiders stimuleren hun ouderen met auditieve en visuele beperkingen communicatiehulpmiddelen te gebruiken zoals het gehoorapparaat, soloapparatuur en indien van toepassing leesloep. Gebleken is dat non-verbale communicatie een belangrijke ondersteunende rol in de verbale communicatie tussen begeleiders en deze ouderen kan hebben. Uit dit onderzoek blijkt dat deze begeleiders door hun opleiding als doofblindenbegeleiders en werkervaring non-verbale communicatie in de vorm van lichaamshouding, mimiek en natuurlijke gebaren in de communicatie met deze ouderen in kunnen zetten. Geconcludeerd mag worden dat het aanraken door de begeleiders ook als een vorm van communicatie gezien kan worden. De begeleiders maken verschil tussen functionele aanraking, die hen helpt bij de communicatie in de zorg, en affectieve aanraking, om hun oudere te prikkelen tot communicatie of om te communiceren zonder woorden. In de communicatie met ouderen met ernstige visusbeperkingen is het moeilijk voor begeleiders dat deze ouderen hun lichaamstaal en mimiek niet meer herkennen en daardoor hun betrokkenheid niet herkend wordt. Hierbij hanteren zij het met woorden ondertitelen van het eigen gevoel of de affectieve aanraking als hulpmiddel om hun gevoel over te brengen.

Omgevingsaanpassingen, het goed bekend zijn met de oudere en goede multidisciplinaire samenwerking zijn bevorderende factoren voor de communicatie, terwijl er belemmerende factoren barrières gelegen bij de cliënt, zoals comorbiditeit, laag taalniveau, moeite met het accepteren van de eigen beperking, moeilijkheden in het hanteren van het gehoorapparaat en barrières gelegen in de organisatie, zoals grote tijdsdruk, te weinig organisatorische afspraken en onderhoud van hulpmiddelen zijn.

5.2. Aanbevelingen

Stichting Kalorama met haar Centrum voor Doofblinden kan de resultaten en conclusie van dit onderzoek gebruiken om hun al opgebouwde ervaring op het gebied van communiceren met deze groep ouderen intern en extern te delen.

Het is aan te bevelen de resultaten van dit onderzoek vast te leggen in een document of richtlijn met als thema “Communicatie met ouderen met auditieve en visuele beperkingen”. Kalorama met haar Centrum voor Doofblinden kan dan dit gebruiken om zich nog beter te profileren. Dit document kan ook gebruikt worden om de communicatie als een belangrijk aspect van de zorg voor deze groep ouderen te verbeteren.

Het is aan te bevelen dat Stichting Kalorama ook goed kijkt naar wat zij als organisatie kan veranderen aan de in dit onderzoek genoemde barrières gelegen in de organisatie (door nodige maatregelen te nemen om de door de begeleiders ervaren werk/tijdsdruk te verminderen en betere organisatorische afspraken te maken ten behoeve van het bevorderen van ongestoorde communicatie).

Dit onderzoek heeft ook aanzetten voor verder praktijkgericht onderzoek in zich. Zo roept dit onderzoek op tot het onderzoeken van groepscommunicatie bij deze groep ouderen, omdat uit dit onderzoek blijkt dat groepscommunicatie met deze ouderen mogelijk is terwijl in de literatuur hier weinig over geschreven is of als problematisch gezien wordt.

Eveneens zou het interessant zijn om te onderzoeken wat de functie van functionele en affectieve aanraking is in de communicatie met deze ouderen.

Om een nog meer compleet beeld te krijgen van de communicatie met deze groep ouderen, zou nog een verkennend onderzoek gedaan kunnen worden naar hoe deze ouderen de communicatie met hun begeleiders of andere betrokken hulpverleners ervaren.

Om de generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek te toetsen zou men een soortgelijk onderzoek met hetzelfde onderzoekontwerp bij een aantal soortgelijke instellingen kunnen uitvoeren.

Door de toename van vergrijzing in de Nederlandse bevolking en daaraan verbonden toename van ouderen met auditieve en visuele beperkingen zullen verzorgenden en verpleegkundigen steeds vaker in diverse zorgsettingen deze ouderen tegen komen. Het is daarom ook aan te bevelen in deze

beroepsopleidingen aandacht te besteden aan deze doelgroep, specifiek aandacht te besteden aan het leren communiceren en omgaan met deze doelgroep. Dit zou kunnen door dit op te nemen in het curriculum van deze opleidingen. Dan zou middels theorielessen en vaardigheidsonderwijs de nodige kennis, vaardigheden en attitudes aangeleerd kunnen worden door deze toekomstige beroepsbeoefenaars.

Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Balkom, H. van, & Welle Donker-Gimbrère, M. (1994). *Kiezen voor communicatie: Een handboek over communicatie van mensen met een motorische of meervoudige handicap*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.
- Bartimeus. (z.d.). *Wat is doofblindheid*. Geraadpleegd op 2 november 2015, van <https://www.bartimeus.nl/expertise/expertisegebieden/doofblindheid/wat-doofblindheid>
- Bernabei, V., Morini, V., Moretti, F., Marchiori, A., Ferrari, B., Dalmonte, E.,...Rita Atti, A. (2011). Vision and hearing impairments are associated with depressive-anxiety syndrome in Italian elderly. *Aging Ment Health*, 15(4), 467-474.
- Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Bosman, I. (Red.). (2006). *Over doofblindheid: Communicatie en omgang*. Amersfoort: Agiel.
- Bours, G.J.J.W., Eliens, A.M., & Strijbol, N.C.M. (2009). *Effectief verplegen: Handboek voor evidence based verpleegkundig handelen*. Dwingeloo: Uitgeverij KAVANAH.
- Brennan, M., Horowitz, A., & Su, Y.P. (2005). Dual sensory loss and its impact on everyday competence. *The Gerontologist*, 45(3), 337-346.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., & McCloskey-Dochterman, J. (2013). *Verpleegkundige interventies* (3e druk). Amsterdam: Reed Business Education.
- Capella-McDonnall, M.E. (2005). The effects of single and dual sensory loss on symptoms of depression in the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(9), 855-861.
- Caris-Verhallen, W.M.C.M. (1999). *Nurse-Patiënt communication in elderly Care: An observation study into verbal and nonverbal communication in nursing practice* (proefschrift). Utrecht: NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
- Crews, J.E., & Campbell, V. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *American Journal of public health*, 94(5), 823-829.
- Diepeveen, C., Teurlings, L., & Verstraten, P. (2000). *Ooit gezien, maar nog niet uitgekeken: Werken en omgaan met slechtziende en blinde ouderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Duquette, J., & Baril, F. (2012). Communication between people with deafblindness: how could it be facilitated. Geraadpleegd op 4 december 2014, van <http://www.inlb.qc.ca/wp-content/uploads/2015/01/Communication-between-people-with-deafblindness.pdf>
- Erber, N. P., & Scherer, S. C. (1999). Sensory loss and communication difficulties in the elderly. *Australasian Journal on Ageing*, 18(1), 4-9.

Expertteam Doofblindheid Stichting Kalorama. (2014). Plan Projectgroep Expertise Centrum voor Doofblinden. Beek-Ubbergen: Stichting Kalorama.

Gopinath, B., Rochtchina, E., Wang, J.J., Schneider, J., Leeder, S.R., & Mitchell, P. (2009). Prevalence of age-related hearing loss in older adults: Blue Mountains Study: Comparative Study. *Archives of internal medicine*, 169(4), 415-416.

Greenwood, J. & Parsons, M. (2000). A guide to the use of focus groups in health care research: Part 2. *Contemporary Nurse*, 9(2), 181-191.

Heine, C., & Browning, C. J. (2002). Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions. *Disability and Rehabilitation*, 24(15), 763-773.

Heine, C., Erber, N.P., Osborn, R., & Browning, C.J. (2002). Communication perceptions of older adults with sensory loss and their communication partners: Implications for intervention. *Disability and Rehabilitation*, 24(7), 356-363.

Ketelaar, P., Hentenaar, F., & Kooter, M. (2011). Groepen in focus: In vier stappen naar toegepast focusgroeponderzoek. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Kort, J. de, & Wal, M. van der. (2012). *Kijk, u hoort erbij!: Praktische, methodische aanpak voor mensen die beperkt zijn in horen en zien*. Barneveld: Uitgeverij Boekenbent.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. (2004). Handleiding focusgroep onderzoek. Geraadpleegd op 5 december 2014, van <http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf>

Limburg, H., Boon, J.M. de, Hogeweg, M., Gevers, R.J.T., Hove, G.Th. ten, & Keunen, J.E.E. (2005). Vermijdbare slechthoortheid in Nederland: het project ' Vision 2020 Netherlands ' van de Wereldgezondheidsorganisatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(11), 577-582.

Lin, F.R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q.L., Harris, T.B., Purchase-Helzner, E.,...Simonsick, E.M. (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Intern Med*, 173(4), 293-299.

Lupsakko, T., Mäntyjärvi, M., Kautiainen, H., & Sulkava, R. (2002). Combined hearing and visual impairment and depression in a population aged 75 years and older. *International Journal of geriatric psychiatry*, 17(9), 808-813.

Moriarty, J. (2011). Qualitative methods Overview: Improving the evidence base for adult social care practice. Geraadpleegd op 18 november 2015, van http://eprints.lse.ac.uk/41199/1/SSCR_Methods_Review_1-1.pdf

Parsons, M. & Greenwood, J. (2000). A guide tot he use of focus groups in health care research: Part 1. *Contemporary Nurse*, 9(2), 169-180.

Plasschaert, L. (2002). *Taalcommunicatie met ouderen, ook in probleemsituaties*. Leuven: Garant.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing. Practice (9e Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Roets-Merken, L.M., Zuidema, S.U., Vernooij-Dassen, M.J., & Kempen, G.I. (2014). Screening for hearing, visual and dual sensory impairment in older adults using behavioural cues: A validation study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(11), 1434-40.
- Routasalo, P. (1996). Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1996), 904-911.
- Slaughter, S.E., Hopper, T., Ickert, C., & Erin, D.F. (2014). Identification of hearing loss among residents with dementia: Perceptions of health care aides. *Geriatric Nursing*, 35(2014), 434-440.
- Stans, S.E.A., Dalemans, R., Witte, L. de, & Beurskens, A. (2013). Challenges in the communication between 'communication vulnerable' people and their social environment: An exploratory qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 92(2013), 302-312.
- Stichting Kalorama. (2015). Centrum voor doofblinden. Geraadpleegd op 25 februari 2015, van http://www.kalorama.nl/centrum_voor_doofblinden/
- Vaal, J. & Deeg, D.J.H. (2005). Ouderdomsdoofblindheid in Nederland. Geraadpleegd op 10 juni 2014, van <http://www.doofblind.nl/wp-content/uploads/2015/02/J.-Vaal-Ouderdomsdoofblindheid-in-Nederland-VU-2005.pdf>
- Vaal, J., Gussekloo, J., Klerk, M.M. de, Frijters, D. H., Evenhuis, H.M., Beek, A.P. van, ... Deeg, D.J. (2007). Combined vision and hearing impairment: in an estimated 30,000-35,000 people aged 55 years or over in The Netherlands. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151(26), 1459-1463.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (z.d.). *Bijlage A Programma van Eisen: Specialistische begeleiding doofblinde volwassen cliënten*. Geraadpleegd op 1 december 2015, van <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/publicaties/inkoopafspraken-spec-begeleiding-zg-informatiekaart-raamovereenkomst-pves>
- Vreeken, H.L., Rens, G.H. M.B. van, Kramer, S.E., Knol, D.L., Festen, J.M., & Nispen, R.M.A. van. (2013). Dual sensory loss: development of a dual sensory loss protocol and design of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 13:84. Geraadpleegd op 4 april 2015, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751532/pdf/1471-2318-13-84.pdf>
- Webb, Ch. & Kevern, J. (2001). Focus groups as a research method: A critique of some aspects of their use in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 798-805.
- Webers, C.A.B., & Schouten, J.S.A.G. (2014). Hoe vaak komen gezichtsstoornissen voor? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op 2 december 2014, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/zenuwstelsel-en-zintuigen/gezichtsstoornissen/beschrijving/>
- Yamada, Y., Vlachova, M., Richter, T., Finne-Soveri, H., Gindin, J., Roest, H. van der, ... Topinkova, E. (2014a). Prevalence and correlates of hearing and visual impairments in European Nursing Homes: results from the SHELTER study. *JAMDA*, 15(10), 738-43.

Yamada, Y., Denkinger, M.D., Onder, G., Finne-Soveri, H., Roest, H. van der, Vlachova, M.,... Topinkova, E. (2014b). Impact of Dual Sensory Impairment on Onset of Behavioral Symptoms in European Nursing Homes: Results From the Services and Health for Elderly in Long-Term Care Study. *JAMDA*, 16(4):329-33.