

Postprint version :
Journal website : <https://tijdschriftverpleegkunde.nl/jaargangen/2002/4/deeffectenvanvideointeractiebegeleidingopdekwaliteitvandecommunicatietussenwijkverplegendenenoudereclinten.html>
Pubmed link :
DOI :

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

De effecten van Video Interactie Begeleiding op de kwaliteit van de communicatie tussen wijkverplegenden en oudere cliënten

W. Caris-Verhallen, A. Kerkstra, M. Grypdonck, J. Bensing*

* W.M.C.M. Caris-Verhallen en A. Kerkstra zijn werkzaam bij het Nivel te Utrecht. J.M. Bensing is directeur van het Nivel te Utrecht en hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht. M.H.F. Grypdonck is hoogleraar verplegingswetenschap aan de Universiteit Utrecht. Correspondentieadres: Nivel, W.M.C.M. Caris-Verhallen, postbus 1568, 3500 BN, Utrecht, e-mail: w.caris@nivel.nl

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een evaluatieonderzoek van een trainingsprogramma voor wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden. Het trainingsprogramma was gebaseerd op Video Interactie Begeleiding en had als doel de communicatieve vaardigheden van de zorgverleners te verbeteren. Zij werden onder meer erop getraind om zowel aandacht te besteden aan somatische, sociale en emotionele behoeften als om cliënten in hun zelfzorg te ondersteunen. De effecten van de training werden onderzocht met een niet-gerandomiseerd 'pretest-posttest controlegroep design'. Voor en na de interventie werden videobanden geobserveerd en met elkaar vergeleken. Aan het onderzoek hebben 24 zorgverleners deelgenomen. In totaal werden 166 zorgcontacten op de video opgenomen en geobserveerd met een aangepaste versie van het Roter's Interaction Analysis System (RIAS). De analyses werden uitgevoerd in een multi-level model, zodat het mogelijk was om rekening te houden met afhankelijke waarnemingen daar waar het contacten van dezelfde zorgverlener betrof. Uit de analyses kwam naar voren dat de verpleegkundigen en verzorgenden die de training volgden, in vergelijking met de controlegroep, meer informatie aan hun cliënten gaven over onderwerpen

die met de verpleging en gezondheid te maken hadden. Zij gebruikten ook meer open vragen. Bovendien werden zij als warmer en meer betrokken beoordeeld en stelden zij zich minder betuttelend op. Echter ook bij de controlegroep werden verschuivingen in die richting waargenomen. Vanwege beperkingen in het onderzoeksdesign kan niet geconcludeerd worden dat de bevindingen in de experimentele groep aan de interventie kunnen worden toegeschreven. Om dat goed te kunnen bepalen wordt nader onderzoek aanbevolen waarbij gebruik wordt gemaakt van een gerandomiseerd design en een grotere steekproef.

Inleiding

Een steeds terugkerend thema in de literatuur over de verpleging van oudere cliënten is communicatie. In het algemeen is men het er over eens dat een goede communicatie tussen verpleegkundige en cliënt een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van zorg. Toch zien we in een groot aantal studies dat zorgver-

leners meer aandacht besteden aan somatische zorg, terwijl ze de sociaal emotionele behoeften nogal eens over het hoofd zien. Bovendien wordt in onderzoek gevonden dat de communicatie met ouderen vaak oppervlakkig verloopt (Costello, 2001; Nolan et al., 1995; Pursey en Luker, 1995; Salmon, 1993; Armstrong-Esther et al., 1994; 1989). Daarnaast blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden hun communicatie niet altijd goed afstemmen op de cliënt (Waters, 1994), of dat ze deze te veel in een afhankelijke positie brengen, bijvoorbeeld door het gebruik van 'secondary babytalk'. Daarmee wordt een taalgebruik bedoeld dat gekarakteriseerd wordt door een aantal aanpassingen, zoals het versimpelen van taal, het gebruik van verkleinwoorden en een wat hogere toon aan het einde van een zin. Normaal past men zijn taal zo aan als men spreekt tegen kinderen. Daarom wordt deze aangepaste spraak bij volwassenen in de literatuur 'secondary babytalk' genoemd (Bouchard Ryan et al., 1994a en b; De Wilde & De Bot, 1989). Zorgverleners neigen volgens Hewison (1995) ook tot een communicatieve stijl waarin macht wordt gebruikt en ze hebben de neiging om enigszins routinematig te handelen zonder goed aan cliënten uit te leggen wat ze aan het doen zijn. Dit kan leiden tot onzekerheid bij cliënten. Door uit te leggen wat de bedoeling is van het verpleegkundig handelen, aan te kondigen wat er gaat gebeuren en de handelingen te benoemen kan onzekerheid daarover bij cliënten worden weggenomen en daarmee levert men dus kwalitatief betere zorg.

Naast verbale communicatie blijkt non-verbale gedrag van groot belang. Dit is bij uitstek het juiste 'kanaal' om een relatie met iemand aan te gaan en om affectie en empathie over te brengen. (Caris-Verhallen et al., 1997; Bensing et al., 1995; Roter & Hall, 1992; Strecher, 1983; Mehrabian, 1981). Bijvoorbeeld door iemand aan te kijken, te glimlachen en te knikken kan men interesse en warmte tonen (Heintzman et al., 1993; Vrugt 1983). Verder blijkt uit onderzoek dat hulpverleners die deze non-verbale gedragingen laten zien door een cliënt als deskundiger en geloofwaardiger worden beschouwd (Caris, 1997; Burgoon, 1994; Heintzman et al., 1993). Ook het aanraken van een cliënt is belangrijk om een relatie te bevestigen. Door bijvoorbeeld een hand op iemands arm te leggen kan men tonen bij de ander betrokken te zijn of kan men troost bieden (Moore & Gilbert, 1995; McCann en McKenna, 1992; De Wever, 1977).

Omdat, zoals uit bovengenoemde studies bleek, de communicatieve vaardigheden van verpleegkundigen en verzorgenden nog vaak te wensen over laten, wordt training gedurende de basisopleiding en in bijscholingen vaak gepromoot. Echter om de communicatieve stijl van verpleegkundigen blijvend te veranderen blijkt het behandelen van leerstof en eenvoudigweg aanleren van nieuwe strategieën om te communiceren niet de juiste weg te zijn. Een goed trainingsprogramma dient aandacht te besteden aan zowel verbale als non-verbale communicatie in realistische situaties (O'Connor et al., 1990). Daarom wordt het in toenemende mate een gewoonte om video-opnames te gebruiken voor communicatietrainingen in de gezondheidszorg. Het met behulp

van video-opnames feedback geven over communicatieve vaardigheden is inmiddels een veelgebruikte methodiek in de scholing en nascholing van huisartsen en medisch specialisten (Cox & Mulholland, 1993), echter bij de scholing van verpleegkundigen was het gebruik van video tot voor kort nog veel minder ingeburgerd (Wilkinson et al., 1998; Heaven & Maguire, 1996; Parathian & Taylor, 1993), al lijkt de methodiek wel in opkomst. Redelijk recent nog werd een groep wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van een thuiszorginstelling getraind volgens de methode van Video Interactie Begeleiding. Dit is een trainingmethode waarbij een supervisor aan een zorgverlener feedback geeft, terwijl zij gezamenlijk videobanden bekijken, waarop de betreffende zorgverlener in zijn of haar werksituatie te zien is. Uitgangspunt is dat elke zorgverlener communicatieve gedragingen vertoont die positief uitwerken op de cliënt, zoals doorvragen, het uiten van empathie of een vriendelijke gelaatsexpressie. Gedurende de feedbackbijeenkomst benoemt de supervisor met name dit type gedragingen. Door deze vorm van feedback blijkt een leereffect op te treden, waardoor de zorgverleners vaker het effectieve gedrag gaan vertonen. Dergelijke methodes werden onder de naam 'video-hometraining' ontwikkeld in de jeugdhulpverlening, maar worden op dit moment eveneens gebruikt voor andere doelgroepen (Eickmans et al., 1997).

In dit artikel wordt een evaluatieonderzoek naar de effecten van deze training beschreven. De onderzoeksvraag die in deze studie centraal heeft gestaan is: Welke effecten heeft een trainingsprogramma, gebaseerd op Video Interactie Begeleiding op het communicatieve gedrag van verpleegkundigen in de zorgverlening aan ouderen?

Communicatietraining

De algemene doelstelling van de training is het verbeteren van de communicatieve vaardigheden van verpleegkundigen. In het bijzonder richt de training zich op:

- De ontwikkeling van integrale zorgverlening met aandacht voor zowel fysieke, sociale als emotionele behoeften van ouderen cliënten.
- De bevordering van de competentie van de cliënt, door hem/haar te ondersteunen in het vinden van eigen oplossingen voor problemen in plaats van het aandragen van oplossingen door de zorgverleners. Dit vraagt een conversatiestijl waarmee de verpleegkundige verbale aandacht toont (parafraseren, aanmoedigingen zoals 'uhm en ah') en cliënten helpt om het onderwerp zelf te exploreren, bijvoorbeeld door het stellen van open vragen (Wat voor oplossing had u in gedachten? Heeft u zelf al iets geprobeerd?).
- Het aanleren van verbale communicatietechnieken zoals het structureren van een gesprek, het exploreren van de meningen en ideeën van de cliënt, het stellen van open vragen.
- Bewustwording van non-verbale gedragingen zoals een cliënt aankijken wanneer men luistert, een cliënt aanmoedigen door te knikken en een toegewende houding, waarmee men overbrengt dat men betrokken is bij hetgeen de cliënt vertelt.

Een belangrijk deel van de training was gewijd aan Video Interactie Begeleiding. Tijdens bijeenkomsten van twee personen werd onder begeleiding van de trainer gekeken naar video-opnames van de zorgverleners in de praktijksituatie.

In zijn totaliteit zag de training er als volgt uit:

- Een tweedaagse introductiecursus, waarin een theoretische inleiding over de volgende onderwerpen: communicatie tijdens het zorgproces, de verpleging van ouderen, en de geschiedenis van de oudere van nu. Verder werd tijdens de introductie ruim aandacht besteed aan de uitleg van de trainingmethode: Video Interactie Begeleiding. De methodiek werd gedemonstreerd aan de hand van spelsituaties waarin verpleegkundige-cliëntinteracties werden nagespeeld. In deze rollenspelen werden de rollen van patiënten ge-

- simuleerd door acteurs.
- Zes bijeenkomsten van twee cursisten begeleid door de trainer. Tijdens deze bijeenkomsten bekijken de deelnemers met een supervisor de videobanden waarop zij zelf in hun werksituatie te zien zijn. Gezamenlijk wordt het communicatieve gedrag besproken en geanalyseerd. Tijdens zo'n sessie vindt het leren op drie verschillende manieren plaats: de cursist leert van zichzelf door zichzelf te zien op de video; de cursist leert van de feedback van zijn of haar collega en beiden leren van het commentaar van de trainer.
- Huiswerk: de beschreven zes bijeenkomsten vonden plaats met een tussenperiode van zes weken, gedurende welke de deelnemers in de praktijk moesten brengen wat men had geleerd. Tevens bereidde men de volgende sessie voor. Dit werd gedaan door een video-opname te maken van een contact met een cliënt, welke individueel voorafgaand aan de sessie geanalyseerd werd.
- Na de zes groepsbijeenkomsten van de tweetallen met hun trainer vond een bijeenkomst plaats van de totale trainingsgroep. Daarin werden de ervaringen uitgewisseld en de cursus werd geëvalueerd met betrekking tot de structuur, het proces en de persoonlijke resultaten.

Op grond van de beschreven trainingsdoelen wordt verwacht dat deelnemers naast aandacht voor somatische zorg, meer aandacht gaan besteden aan de psychosociale behoeften van een oudere cliënt. Voorts wordt verwacht dat ze de cliënt beter ondersteunen, dat ze minder dominant zullen zijn, het minder oneens zijn met cliënten en dat ze meer empathie zullen tonen. Tevens wordt verwacht dat deelnemers aan de training meer non-verbaal gedrag zullen tonen waarmee ze de relatie en betrokkenheid met de patiënt laten zien, zoals het aankijken van de cliënt, bevestigend knikken, glimlachen, toegewende houding en aanraken. (Heintzman et al., 1993; Caris-Verhallen et al., 1999). Tot slot wordt verondersteld dat cliënten van verpleegkundigen en verzorgenden in de interventiegroep actiever zijn tijdens de interactie.

Methode

Onderzoeksofzet en steekproef

De effecten van het trainingsprogramma werden geëvalueerd aan de hand van een niet-gerandomiseerd design met een vooren een nameting in een experimentele en controlegroep. De experimentele groep bestond uit 12 verpleegkundigen. De controlegroep had eveneens 12 deelnemers, die op een later tijdstip aan de training zouden deelnemen. Alle cursisten werkten in een thuiszorgorganisatie. Men voldeed aan de inclusiecriteria als men werkte in de stedelijke regio van de betreffende organisatie, als men een diploma had als verpleegkundige of als wijkzickenverzorgende en als men betrokken was bij directe cliëntenzorg. Omdat alle deelnemers in een vroeg of laat stadium aan de training zouden deelnemen werden zij veelal op praktische gronden toegewezen aan de experimentele of controlegroep.

Eén zorgverlener uit de experimentele groep en één uit de controlegroep hebben niet het gehele onderzoekstraject doorlopen, vanwege zwangerschap en vanwege verandering van functie. De effecten van de training zijn derhalve bepaald op basis van de gegevens van 22 verpleegkundigen en verzorgenden en 166 zorgcontacten.

Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van de zorgverleners in beide groepen. Met betrekking tot de genoemde achtergrondkenmerken verschillen beide groepen niet significant van elkaar.

Onderzoeksprocedure

Twee maanden voorafgaand aan de training en twee maanden nadat de experimentele groep de training had voltooid werden er video-opnames gemaakt van zorgcontacten. Gedurende

een dagdeel werd een zorgverlener met de videocamera gevolgd terwijl zij met de zorgverlening bezig was. Er werden per zorgverlener 3 à 4 hulpverleningscontacten gefilmd. Elk contact werd in zijn geheel opgenomen. Met uitzondering van de situaties waarbij de cliënt ontkleed was, werd ernaar gestreefd om steeds zowel cliënt als zorgverlener in beeld te krijgen.

De zorgverleners hebben zelf cliënten om toestemming gevraagd. Voorafgaand aan het onderzoek hebben zij de cliënten uitleg gegeven en gevraagd of zij wilden deelnemen. Alle deelnemende cliënten hebben schriftelijk door middel van een 'informed consent'-verklaring hun toestemming verleend. Cliënten die leden aan dementie, die ernstig ziek waren of terminaal, waren uitgesloten van deelneming. Vrijwel alle cliënten zegden hun medewerking toe. Echter omdat de verpleegkundigen en verzorgenden bij voorbaat al een afweging maken wie ze zullen vragen, heeft er al enige selectie plaatsgevonden. De groep cliënten is met betrekking tot leeftijd en geslacht representatief voor de populatie van ouderen in de thuiszorg (Delnoij et al., 1996). In het totaal hebben 166 cliënten deelgenomen en er werden geen significante verschillen tussen de groepen van de vooren de nameting gevonden (Tabel 2).

Meetprocedure

Observatie en analyse van de communicatie

De videobanden werden systematisch geobserveerd door twee observatoren, opgeleid in een van de sociale wetenschappen. Bij aanvang van het onderzoek werden zij getraind in het gebruik van het observatie-instrument. De observatoren waren niet op de hoogte van de experi-

mentele condities waartoe de zorgverleners behoorden. Zij codeerden de observatiecategorïeën met behulp van CAMERA, een computerprogramma dat speciaal is ontwikkeld voor het coderen van interacties die op de video zijn opgenomen (Iec ProGAMMA, 1994).

De verbale communicatie werd geobserveerd met een aangepaste versie van het Roter's Interaction Analysis System (RIAS) (Caris-Verhallen et al., 1998; 1999; Roter, 1989). Dit instrument is in diverse studies toegepast en er bleek betrouwbaar mee geobserveerd te kunnen worden (Van den Brink, 1996; Van Dulmen et al., 1996; De Gruyter & Schirm, 1995; Bensing, 1991). In een studie waarin verschillende observatie-instrumenten met elkaar werden vergeleken kwam het RIAS gunstig naar voren bij beoordeling op betrouwbaarheid, validiteit en efficiëntie (Inui et al., 1982). Naast deze voordelen bleek het RIAS bovendien geschikt voor het hier beschreven onderzoek, omdat dit systeem aandacht besteedt aan de mate waarin de hulpverlener zijn betrokkenheid toont en emotionele steun geeft (de affectieve communicatie) en aan het maken van sturende opmerkingen, het stellen van open en gesloten vragen, het geven van informatie en adviezen (de instrumentele communicatie).

De aangepaste versie van het RIAS omvat 24 verbale categorieën welke in een eerder uitgevoerd exploratief onderzoek werden gegroepeerd tot vijf globale categorieën (Caris-Verhallen et al., 1998; 1999), welke als volgt te omschrijven zijn:

- Sociale communicatie; deze categorie geeft informatie over de mate waarin de verpleegkundige of verzorgende verbale uitingen doet die niet een specifieke functie hebben voor de taken die zij komt verrichten. Het gaat hier om persoonlijke opmerkingen, een praatje over het weer of een televisieprogramma en het maken van grapjes.
- Affectieve communicatie, waarmee uitingen worden bedoeld waarmee de zorgverlener verbale aandacht, bezorgdheid en empathie laat zien.

Richtinggevende communicatie; uitingen in deze categorie geven richting aan de interactie. Bedoeld worden oriënterende opmerkingen, instructies, het vragen om verduidelijking, het vragen of iets goed begrepen is en nagaan wat iemands mening is.

Communicatie over verpleging, verzorgingen gezondheid; dit cluster omvat de open en gesloten vragen, informatie en adviezen op dat gebied.

- Communicatie over leefwijze en gevoelens omvat alle open en gesloten vragen, informatie en adviezen met betrekking tot deze onderwerpen.

Naast de verbale communicatie werden vijf non-verbale gedragingen geobserveerd. Daarbij werd gekozen voor gedragingen die volgens de literatuur van belang zijn voor het opbouwen en in stand houden van een relatie: het aankijken van een cliënt, bevestigend knikken, glimlachen, een toegewende houding en aanraken (Heintzman et al., 1993). Omdat het aanraken van een cliënt inherent is aan verpleegkundige handelingen werd een onderscheid gemaakt in instrumenteel en affectief aanraken. Daarbij wordt instrumenteel aanraken gedefinieerd als een bewust fysiek contact dat nodig is om een taak uit te voeren. Affectief aanraken is relatief spontaan, drukt affectie uit en is niet nodig voor de uitvoering van een bepaalde taak. Alleen aanrakingen van het laatste type worden belangrijk geacht voor het leggen en in stand houden van een relatie.

Van de non-verbale gedragingen is de tijdsduur geobserveerd. Het gedrag is weergegeven in proportionele scores. Bij de variabelen 'aankijken' 'toewenden' en 'aanraken' is de totale duur van de gedragingen gedeeld door de tijd dat zowel de hulpverlener als de cliënt samen in beeld waren. Voor de variabelen 'knikken' en 'glimlachen' is de duur van deze variabelen gedeeld door de duur dat de zorgverlener in beeld was.

In aanvulling op deze specifieke non-verbale gedragingen werd in meer algemene zin de houding van de zorgverlener beoordeeld aan de hand van affect-beoordelingsschalen gericht op geïrriteerdheid, gespannenheid, dominantie, interesse, warmte/vriendelijkheid, betuttelend gedrag en betrokken houding (1=laag, 6=hoog) (Caris-Verhallen et al., 1999; Roter, 1989).

In navolging van Henbest en Fehrsen (1992), die beschreven dat de observatie van een deel van een consult bij een arts vrijwel even betrouwbare gegevens opleverde als observatie van het totale contact, werd een pilotstudie uitgevoerd waarbij van 48 contacten de observatieperiodes van vijf en tien minuten werden

vergeleken met de observaties van het gehele contact. Daarbij bleek dat een observatieduur van tien minuten in vergelijking met de totale observatieduur zeer betrouwbare resultaten opleverde (gemiddeld .91 Pearsons r.) (Caris-Verhallen et al., 1998; 1999). Daarom werd besloten de observatieduur te standaardiseren tot tien minuten.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de verbale en non-verbale observatiecategorieën was voldoende en varieerde tussen .70 and .98 (Pearsons r.) (Caris-Verhallen et al, 1998; 1999).

Beoordeling van de effecten van de training

Alvorens naar specifieke trainingseffecten te kijken werd de verbale communicatie in algemene zin bestudeerd met behulp van de vijf verbale communicatieclusters. Daarmee werd inzicht verkregen in de mate waarin de zorgverleners affectieve en instrumentele communicatie gebruikten en in welke onderwerpen er aan de orde kwamen, nl. onderwerpen over de gezondheid en de verpleging en onderwerpen die met leefgewoontes en gevoelens te maken hebben.

In aanvulling daarop werden op basis van de verwachte effecten van de training diverse verbale composietscores berekend, gevormd door een rekenkundige bewerking van verschillende verbale categorieën, zoals het aantal vragen dat gesteld werd en de verhouding tussen open en gesloten vragen; het totaal aantal uitingen waarmee informatie werd verschaft; en het aantal uitingen waarmee adviezen en ondersteuning werden gegeven.

Tevens werd bepaald hoe vaak uitingen werden gedaan die onenigheid of kritiek weerspiegelden. Zowel de maten van de verbale clusters als de composietscores werden uitgedrukt in proportionele frequenties, gerelateerd aan het totaal aantal uitingen. De mate van verbale dominantie werd berekend door de gemiddelde spreektijd in minuten te meten. Naast deze scores gericht op het verbale gedrag werd de gemiddelde duur van de gedefinieerde non-verbale gedragingen geanalyseerd en de scores op de affect-beoordelingsschalen.

Tot slot werd het aandeel van de cliënten in de interactie onderzocht met composietscores die vergelijkbaar waren met die van de zorgverleners. Bij hen werd echter geen onderscheid gemaakt in open en gesloten vragen. Bovendien werd bij hen de categorie 'advies en ondersteuning' wat anders geïnterpreteerd. Daarmee werden uitingen bedoeld waarmee de cliënt zelf oplossingen aandraagt voor eigen problemen.

Statistische analyse

Bij de dataverzameling in dit onderzoek zijn twee verschillende niveaus te onderscheiden, namelijk het niveau van het zorgcontact en het niveau van de zorgverlener. Om de effecten van de training na te gaan wordt verwacht dat een interventie bij de zorgverlener veranderingen laat zien in de communicatie op het contactniveau. Een complicerende factor bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag is dat de 166 contacten niet geheel als onafhankelijke waarnemingen te beschouwen zijn. Immers elke verpleegkundige of verzorgende heeft een eigen gedragsstijl en men kan dus aannemen dat twee contacten van één zorgverlener meer op elkaar zullen lijken dan twee contacten van twee verschillende zorgverleners (Bensing et al., 1995). In een eerder uitgevoerd onderzoek (Caris-Verhallen et al., 1999), werden voor zowel de verbale als de non-verbale communicatiecategorien de intra-class correlatiecoëfficiënten berekend. Daarmee kan men bepalen in welke mate er sprake is van afhankelijke waarnemingen. De coëfficiënten geven weer welke proportie van de totale variantie van een geobserveerde waarde is toe te schrijven aan de klasse (de zorgverlener) waartoe deze behoort. De hoogte van de berekende intra-class correlaties liet zien dat in deze studie de gegevens met een multi-level-analyse moesten worden geanalyseerd. Zo'n analyse maakt het mogelijk om gegevens te analyseren op het laagste niveau (dus het contactniveau), maar daarbij toch rekening te houden met afhankelijke waarnemingen op het niveau van de zorgverlener. De hier gepresenteerde analyses zijn uitgevoerd met zo'n hiërarchisch lineair model. In dit model werd een correctie toegepast voor het type zorg dat verleend werd, omdat in een eerdere studie is gebleken dat dat samenhang met de wijze waarop de verpleegkundige communiceerde (Caris-Verhallen et al., 1998).

Om na te gaan of er verschillen waren tussen de scores van de vooren de nameting werden contrastanalyses uitgevoerd tussen de gevonden verschillen in de experimentele en de controlegroep. Daarnaast werden gemiddelde verschillen tussen vooren nameting in de experimentele groep getoetst aan de gemiddelde verschillen tussen vooren nameting in de controlegroep door middel van interactietoetsen. Alle analyses werden uitgevoerd met MLn software (Rasbash & Woodhouse, 1995).

Resultaten

De verbale communicatie van de zorgverleners

De gemiddelde proporties waarmee het verbale gedrag wordt weergegeven staan afgebeeld in tabel 3. Contrastanalyses werden uitgevoerd met de scores van de verpleegkundigen en verzorgenden die de training hadden gevolgd en de scores van de andere metingen. Op grond daarvan zien we slechts minimale veranderingen in de scores van de vijf verbale clusters (bovenste deel van tabel 3). Daaruit valt op te maken dat de algemene communicatiepatronen gedurende de verschillende meetmomenten vrijwel niet veranderd zijn.

Met betrekking tot de composietscores valt wel enige verandering waar te nemen. Zo blijken de zorgverleners die de training volgden significant vaker informatie te geven, met name informatie over onderwerpen die met de gezondheid en de verpleging te maken hebben. Verder zien we dat deze groep bij de tweede meting minder vaak kritiek of onenigheid laat zien en ook minder vaak advies geeft. Als we naar het type vragen kijken dat gesteld wordt dan zien we dat er in het algemeen veel meer gesloten vragen worden gesteld dan open vragen. Met het laatste type vragen wordt een client aangemoedigd om zijn verhaal te doen. In de experimentele groep is het stellen van open vragen significant toegenomen, terwijl het totaal aantal vragen dat gesteld werd ongeveer hetzelfde bleef. Bij een aantal categorieën in tabel 3 zien we dat ook in de controlegroep, hoewel niet significant, kleine veranderingen hebben plaatsgevonden in de gewenste richting. Bijvoorbeeld het stellen van open vragen nam toe van .014 (voormeting) naar .017 (nameting).

Om rekening te houden met de veranderingen in de controlegroep, hoe klein ook, werden de verschillen in vooren nameting van de experimentele groep getoetst ten opzichte van de verschillen in vooren nameting in de controlegroep. De p-waarden van deze (interactie)toetsen staan weergegeven in de rechterkolom van tabel 3. Geen van de p-waarden is significant. Dat kan als volgt geïnterpreteerd worden: hoewel de zorgverleners die de training volgden voor wat betreft het stellen van open vragen een significante toename lieten zien bij de nameting (.019) in vergelijking met de voormeting (.011), was het verschil niet significant groter dan dat van de ongetrainde verpleegkundigen (.014 -.017). Die conclusie geldt ook voor de andere verbale clusters en de composietscores waarbij bij de experimentele groep wel een significant verschil te zien is en bij de controlegroep niet. Op grond daarvan kan geconcludeerd worden dat de verschillen die gevonden werden in de experimentele groep niet alleen toe te schrijven zijn aan de interventie.

De non-verbale communicatie van de zorgverleners

In de experimentele groep zijn tegengesteld aan de verwachtingen twee non-verbale gedragingen in hoeveelheid afgenomen (tabel 4). Bij de nameting glimlachen de verpleegkundigen en verzorgenden uit de experimentele groep minder en zij hebben minder vaak een naar de cliënt toegewende houding. Deze verschillen zien we niet optreden in de controlegroep.

In tegenstelling tot de vijf specifieke non-verbale gedragingen zijn er wel veranderingen te zien in de houding van de zorgverlener beoordeeld aan de hand van affect-beoordelingsschalen. In de experimentele groep zijn vier significante verschillen te zien in de verwachte richting. De verpleegkundigen in de experimentele groep tonen bij de nameting meer interesse en warmte en zij laten een meer betrokken houding zien. Ook gedragen zij zich minder betuttelend ten opzichte van de cliënten. Echter een toename in de interesse is ook in de controlegroep waarneembaar. Daar is nog een onverwacht effect te zien. De deelnemers van de controlegroep zijn bij de nameting duidelijk minder gespannen dan bij de voormeting. Daarbij moet worden opgemerkt dat de controlegroep bij de voormeting een hogere score op deze schaal liet zien dan de experimentele groep.

De rechterkolom van tabel 4 geeft de p-waarden van de interactietesten, waarmee de verschillen tussen vooren nameting van beide groepen werden getoetst. Geen enkele interactietest levert een p-waarde groter dan .05. Dat betekent dat de zorgverleners uit de experimentele groep bij meting 2 niet significant meer vooruit waren gegaan dan de zorgverleners uit de controlegroep.

Het aandeel van de cliënten in de interactie

De cliënten in de contacten van de zorgverleners in de experimentele groep tonen bij de nameting minder onenigheid en kritiek (tabel 5). Bovendien geven zij meer informatie over onderwerpen die met hun gezondheid, de verpleging en hun dagelijks leven te maken hebben. Ook komen cliënten bij de verpleegkundigen en verzorgenden van de experimentele groep vaker met eigen ideeën en oplossingen. Deze verschillen zijn er niet in de cliënten in de controlegroep.

Tot slot, werd ook hier weer getoetst of het aandeel van de cliënten in de experimentele groep significant meer veranderd was dan het aandeel van de cliënten in de controlegroep. De rechterkolom van tabel 5 geeft de resultaten van de interactietest. De waarden zijn nergens voldoende hoog om statistisch significant te zijn.

Discussie

Deze evaluatiestudie had als doel de effecten na te gaan van een training communicatieve vaardigheden voor wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden in de ouderenzorg. In het trainingsprogramma werd gebruikgemaakt van Video Interactie Begeleiding.

De bevindingen laten zien dat er enige veranderingen in het gedrag van de zorgverleners waarneembaar zijn. In de experimentele groep was de communicatie naar cliënten wat meer uitnodigend geworden. De verpleegkundigen en verzorgenden toonden minder onenigheid en kritiek, ze gebruikten meer open vragen en gaven meer informatie. Bovendien werden de zorgverleners als meer geïnteresseerd, warm en betrokken beoordeeld en ze stelden zich minder betuttelend op. Hoewel de training gericht was op de communicatieve vaardigheden van zorgverleners lijkt het erop dat de veranderingen in de interactie ook bij de cliënten waarneembaar zijn. De cliënten van verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de experimentele groep uitten ook minder kritiek, zij gaven meer informatie en kwamen vaker zelf met oplossingen voor problemen.

Op een aantal onverwachte bevindingen wordt nader ingegaan. Ten eerste was de verwachting dat zorgverleners na de training zich minder dominant zouden gaan gedragen. Echter ten aanzien van een dominante houding werd geen verschil gevonden. We zagen wel een afname in betuttelend gedrag. Ook lieten de verpleegkundigen en verzorgenden van de experimentele groep een afname zien in de verbale communicatie waarmee structuur in de interactie werd aangebracht. Met name deze laatste bevinding zou men positief kunnen interpreteren. De meeste uitingen in dat cluster geven richting en zijn instructief van aard zoals: 'zullen we maar beginnen', 'wilt u naar de badkamer gaan', 'kunt u dat nog eens uitleggen'. Dergelijke uitingen structureren de interactie vanuit het perspectief van de verpleegkundige. In die zin zou men een afname van dergelijke uitingen kunnen interpreteren als een afname in dominantie. Op overeenkomstige wijze kan men een afname in het geven van adviezen interpreteren. Het geven van adviezen en raad draagt er niet altijd toe bij dat men een cliënt stimuleert in het vinden van eigen oplossingen. Dit geldt zeker voor situaties waarin een cliënt niet om advies vraagt. Het veelvuldig geven van ongevraagd advies kan zelfs betuttelend zijn en de cliënt onnodig in een afhankelijke positie plaatsen (Hewison, 1995).

Ten tweede bleek dat de verpleegkundigen en verzorgenden in de experimentele groep een significante afname lieten zien in gedragingen waarmee men interesse en warmte communiceert, zoals glimlachen en een toegewende houding. De afname in deze gedragingen kan niet worden toegeschreven aan het type zorg dat verleend werd (somatische zorg of psychosociale zorg), omdat de scores daarvoor waren gecorrigeerd. Eigenlijk is deze bevinding enigszins teleurstellend omdat deze gedragingen bij uitstek belangrijk worden geacht voor het leggen van een goede relatie met een cliënt. (Caris-Verhallen et al., 1999; 1997; Heintzman et al., 1993). Glimlachen is een van de belangrijkste middelen voor een verpleegkundige om te laten merken dat men iemand aardig vindt, wil helpen en een relatie wil opbouwen (Heintzman et al., 1993; Schabracq, 1987), terwijl een toegewende houding een teken is van aandacht, warmte en vriendelijkheid (Reece & Whitman, 1962).

Daarmee komen we op het vraagstuk van de conceptuele validiteit. In feite is non-verbaal gedrag veel complexer dan in deze studie wordt aangenomen. Bepaalde gedragingen zijn multiïnterpreteerbaar. Glimlachen kan inderdaad vriendelijkheid overbrengen, maar iemand kan ook arrogant of nerveus glimlachen (Heintzman et al., 1993; Vrugt, 1983). Zowel iemand aankijken als zich toewenden naar

iemand geeft aan dat er aandacht is voor de ander, maar tezamen kunnen deze gedragingen ook duiden op dominantie (Heintzman et al., 1993; Schabracq, 1987).

Wil men non-verbaal gedrag op eenduidige wijze kunnen observeren, dan zou men bij de opnames over verschillende camera's moeten beschikken zodat men close-ups van gezichten kan maken of uit verschillende hoeken kan filmen. Een dergelijke dataverzameling past echter niet in de dagelijkse verplegingspraktijk en is voorbehouden aan meer experimentele omstandigheden. Aangezien uit de analyses van het verbale gedrag en van de globale affectmaten naar voren kwam dat er vrijwel geen onenigheid of vijandigheid heerste tijdens de zorgverleningscontacten, werden gedragingen als aankijken, glimlachen, hoofdknikken, toewenden en aanraken als positief beschouwd.

Een ander punt dat in deze discussie de aandacht verdient, is de mogelijkheid van selectiviteit in de gegevensverzameling. Omdat de verpleegkundigen en verzorgenden de cliënten in dit onderzoek zelf om hun medewerking hebben gevraagd is het denkbaar dat de zorgverleners juist die cliënten uitzochten waarvan ze verwachtten gemakkelijk toestemming te krijgen voor een video-opname of waar ze goed mee konden opschieten. Hoewel deze veronderstelling zeker als reëel beschouwd kan worden zullen deze omstandigheden de experimentele en controlegroep op gelijke wijze hebben beïnvloed.

Naast de genoemde kanttekeningen worden hier de beperkingen van het gebruikte quasiexperimentele onderzoeksdesign aan de orde gesteld. De resultaten laten zien dat de zorgverleners in de experimentele groep bij de nameting significante verschillen lieten zien in vergelijking met de voormeting. Echter ook bij de controlegroep waren verschillen waarneembaar in de gewenste richting, zij het meestal niet significant. Het gegeven dat in beide groepen veranderingen optreden betekent dat deze

niet alleen toe te schrijven zijn aan de interventie maar ook aan andere factoren die deelname aan het project met zich meebracht. Een en ander is als volgt te verklaren. Alle deelnemende zorgverleners hadden een basisopleiding gevolgd en dientengevolge kan men aannemen dat men geleerd heeft hoe men op ideale wijze met cliënten communiceert. De verpleegkundigen en verzorgenden in de controlegroep hebben wel twee keer mee gedaan met een meting, terwijl men geen training volgde. Echter er bestaat wel degelijk de kans dat er contaminatie is opgetreden tussen beide groepen. Bovendien werd met video-opnames gewerkt en de deelnemers wisten dat het project gericht was op communicatieve vaardigheden. Al deze omstandigheden kunnen als gevolg hebben gehad dat eerder opgedane kennis over communicatieve vaardigheden weer aandacht kreeg. Dat heeft wellicht geleid tot aanpassingen in het communicatieve gedrag in zowel de experimentele als in de controlegroep. Wil men in zo'n geval precies berekenen wat nu de invloed is van de training dan zou men de veranderingen in de experimentele groep moeten afzetten tegen de veranderingen in de controlegroep. Dat werd in dit onderzoek dan ook gedaan. Echter daarbij werden we geconfronteerd met het gegeven dat er met observaties op het contactniveau effecten van een interventie gemeten moesten worden die plaats heeft gevonden op het niveau van de zorgverlener. Van elke verpleegkundige waren per meting drie à vier contacten op de video opgenomen. Deze contacten waren zeer heterogeen van aard in die zin dat er steeds andere cliënten deelnamen, maar ook steeds een ander soort zorg werd verleend. In een multi-levelmodel werd gecorrigeerd voor de afhankelijke waarnemingen op het niveau van de zorgverlener, en ook voor het type verleende zorg. Echter dan nog blijft veel variatie bestaan, waarvoor niet gecorrigeerd kan worden. Door deze omstandigheden was het niet mogelijk om verschilcores te berekenen voor de vooren nametingen in de experimentele en controlegroep. Dit zou de traditionele aanpak geweest zijn voor een design met herhaalde metingen (MANOVA). We moesten het probleem anders aanpakken en hebben daarom met behulp van een interactietest de gemiddelde verschillen van vooren nameting in de experimentele groep getoetst aan de gemiddelde verschillen

bij de controlegroep. Met deze methode konden geen significante verschillen tussen beide groepen worden aangetoond. Slechts een enkele trend in de gewenste richting werd gevonden. Wanneer we

de gehanteerde methode vergelijken met de meer traditionele methode dan lijkt de interactietest minder power te hebben om significante verschillen tussen groepen te detecteren. Een beperkte power wordt tevens veroorzaakt door de kleine onderzoeksgroepen in deze studie. Dat betekent dat er een gerede kans bestaat voor het optreden van een type-II-fout, d.w.z. het ten onrechte aannemen dat er geen effect is van de interventie. De reële mogelijkheid van een dergelijke fout deed de auteurs besluiten de 'within-group'-effecten niet geheel te negeren. Een dergelijke aanpak strookt dan wel niet met een zuiver experimentele benadering (Black, 1996), echter men moet zich realiseren dat een dergelijk onderzoek ook niet zuiver experimenteel benaderd dient te worden. Sterker nog, alleen blind varen op significantie niveaus van interactie-effecten kan zelfs ongewenst zijn, omdat men effecten die toe te schrijven zijn aan de interventie kan onderschatten (Abdellah & Levine, 1994). Hoewel de resultaten van de interactietesten wel enigszins teleurstellend waren, mag het toch als hoopvol beschouwd worden dat de experimentele groep veranderingen op gedragsniveau liet zien in de verwachte richting. Te meer omdat een recente overzichtsstudie over de evaluatie van trainingen liet zien dat zelfs in onderzoek met alleen een interventiegroep zelden effecten op het niveau van concreet gedrag te vinden zijn (Kruijver et al., 2000). Wel willen we benadrukken dat de gevonden effecten in de experimentele groep met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. De experimentele condities ad random worden toegewezen en waarbij de variatie in het type van zorgcontacten wordt beperkt.

Hoewel met deze studie geen effecten van de training konden worden vastgesteld, kan nog wel vermeld worden dat de deelnemers de training als positief beoordeelden. Met name omdat de training goed aansloot bij en relevant was voor de dagelijkse praktijk, waren de zorgverleners zelf van mening dat de gebruikte methodiek een geschikt middel was voor bijeen nascholing (Van Etten, 1997). Op grond van de hier beschreven resultaten verdient het aanbeveling om een effectstudie te herhalen waarbij een grotere onderzoeksgroep wordt betrokken,

Literatuur

1. Abdellah FG, Levine E. *Preparing Nursing research for the 21st Century: Evolution, methodologies, Challenges*. New York: Springer Publishing Company; 1994.
2. Armstrong-Esther CA, Sandilands ML, Miller D. Attitudes and behaviours of nurses towards the elderly in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 1989; 14 (1): 34-41.
3. Armstrong-Esther CA, Browne KD, McAfee JG. Elderly patients: still clean and sitting quietly. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19 (1): 264-271.
4. Bensing JM, Kerssens JJ, Pasch M van der. Patientdirected gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behavior* 1995; 19 (4): 223-243.
5. Bensing JM. *Doctor-patient communication and the quality of care* (proefschrift). Utrecht: Nivel; 1991
6. Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal* 1996; 312: 1215-1218.
7. Bouchard Ryan E, Hamilton JM, Kwong See. Patronizing the old: How do younger and older adults respond to babytalk in the nursing home? *International Journal of Aging Human Development* 1994a; 39 (1): 21-32.
8. Bouchard Ryan E, Maclean M, Orange JB. Inappropriate accommodation to elders: inferences about nonverbal correlates. *International Journal of Aging Human Development* 1994b; 39 (4): 273-291.
9. Brink-Muinen A van den. *Gender health and health care in general practice: A comparison between women's health care and regular health care* (proefschrift). Utrecht: Nivel; 1996.

9. Burgoon K. Nonverbal Signals. In Knapp ML, Miller GR, red. *Handbook of interpersonal communication*. 2 druk. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1994.
10. Caris GJ. *Laten praten: een onderzoek naar opvoedingsondersteuning op het consultatiebureau (proefschrift)*. Utrecht: SWP; 1997.
11. Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Bensing JM. The role of communication in nursing care for the elderly, a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25: 915-933.
12. Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Bensing JM. Nurse-elderly patient communication home care and institutional care. *International Journal Nursing Studies* 1998; 35: 95-108.
13. Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Bensing JM. Nonverbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29: 808-818. Costello J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35: 59-68
14. Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of General Practitioners' performance. *British Medical Journal* 1993; 306: 1043-1046.
15. Delnoij DMJ, Schuller R, Heugten CM van, Kwartel AJJ van der, Smit RLC, Meulen LJR van der. *Brancherapport curatieve somatische zorg*. Utrecht: NIVEL/NZi; 1996.
16. Dulmen AM van, Verhaak PFM, Bilo HJG. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Patient Education & Counseling* 1997; 30: 227-237.
17. Eickmans I, Kuppens J, Schepers G. *Orion Videohometraining*. In Muller L red. *Thuisbehandeling en hometraining*, 3e druk. Utrecht: SWP, 1997
18. Etten GP van. *Project Deskundigheidsbevordering: verslag van een experiment*. 's Hertogenbosch: Thuiszorg Regio 's Hertogenbosch; 1997.
19. Gruyter I de, Schirm M. *Communicatie met oudere patiënten (doctoraalscriptie)* Utrecht: Universiteit Utrecht; 1995.
20. Heaven CM, Maguire P. Training hospice nurses to elicit patient concerns. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 280-286.
21. Heintzman M, Leathers DG, Parrott RL, Cairns III AB. Nonverbal rapport-building behaviors' effect on perceptions of a supervisor. *Management Communication Quarterly* 1993; 7(2): 181-208.
22. Henbest RJ, Fehrsen GS. Patient-centredness: Is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. *Family Practice* 1992; 9 (3): 311-317.
23. Hewison A. Nurses' power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21: 75-82.
24. Hulsman RL. *Communication skills of medical specialists in oncology: Development and evaluation of a computer assisted instruction program (proefschrift)*. Utrecht: Nivel; 1998.
25. *Iec ProGAMMA. User manual CAMERA: a system for collecting and correcting behavioral data*. Groningen: ProGAMMA; 1994.
26. Inui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH. Outcome-Based Doctor-Patient Interaction Analysis. *Medical Care* 1982; 20: 535-549.
27. Kruijver IPM, Kerkstra A, Francke A, Bensing JM. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* 2000; 39:129-145.
28. McCann K, McKenna HP. An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 18: 838-846.
29. Mehrabian A. *Silent Messages*. Belmont, California: Wadsworth Pub Co; 1981.
30. Moore JR, Gilbert DA. Elderly Residents: Perceptions of Nurses' comforting touch. *Journal of Gerontological Nursing* 1995; 21: 6-13.

31. Nolan M, Grant G, Nolan J. Busy doing nothing: Activity and interaction levels amongst differing populations of elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22: 528-538.
32. O'Connor FW, Devine EC, Cook TD, Wenk VA, Curtin TR. Enhancing surgical nurses' patient education: development and evaluation of an intervention. *Patient Education and Counseling* 1990; 16: 7-20.
33. Parathian AR, Taylor F. Can we insulate trainee nurses from exposure to bad practice? A study of role play in communicating bad news to patients. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 801-807.
34. Pursey A, Luker K. Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22: 547-555.
35. Rasbash J, Woodhouse G. MLn Command Reference Version 1.0. Multilevel Models Project. London: Institute of Education, University of London; 1995.
36. Reece M, Whitman R. Expressive movements, warmth and verbale reinforcement. *Journal of Abnormal Social Psychology* 1962; 64: 234-236.
37. Roter DL, Hall JA. Doctors talking to patients/ patients talking with doctors: Improving communication in medical visits. Westport CT: Auburn House; 1992.
38. Roter D. The Roter method of interaction process analysis. Baltimore: Johns Hopkins University; 1989.
39. Salmon P. Interactions of nurses with elderly patients: relationship to nurses' attitudes and to formal activity periods. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 14-19.
40. Schabracq MJ. Betrokkenheid en onderlinge gelijkheid in sociale interacties (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 1987.
41. Strecher VJ. Improving Physician-Patient interactions: a review. *Patient Counselling and Health Education* 1983; 83 (4): 129-136.
42. Vrugt A. Betekenistoekenning aan nonverbale communicatie (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 1983.
43. Waters KR. Getting dressed in the early morning: styles of staff/patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 19: 239-248.
44. Wever MK. de. Nursing home patients' perception of nurses' affective touching. *Journal of Psychology* 1977; 96:163-171.
45. Wilde I de, Bot K de. Taal van verzorgenden tegen ouderen in een psycho-geriatriesch verpleeghuis. *Tijdschrift voor Gerontologie Geriatrie* 1989; 20:97-100.
46. Wilkinson S, Roberts A, Aldridge J. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine* 1998;12(1):13-22.

Tabellen

Tabel 1 Vergelijking van achtergrondvariabelen van zorgverleners in de experimentele en controlegroep.

Achtergrondkenmerken	Deelnemers aan het onderzoek				Toets
	Experimentele groep		Controlegroep		
	n= 11	(sd)	n=11	(sd)	
Vrouw	11		11		
Wijkverpleegkundigen	6		6		
Wijkverplegenden	5		5		
Leeftijd in jaren	38.1	(9.2)	37.4	(8.7)	t = .36 df= 20 p = .72
Aantal jaren dat men in de verpleging werkzaam is	16	(8.8)	13.8	(7.2)	t =1.04 df= 20 p = .31
Aantal jaren in huidige functie	9	(12.8)	6.7	(5.4)	t = -.89 df= 20 p = .38
Aantal uren dienstverband	25.5	(4.9)	27	(6.3)	t = -.53 df= 20 p = .60
Aantal cliënten per ochtend	7.4	(1.1)	7.2	(1.1)	t = .58 df= 20 p = .57
Verpleegkundigen	= HBO of in-service opleiding aangevuld met MGZ, functionerend op het eerste deskundigheidsniveau				
Verplegenden	= Wijkziekenverzorgenden en wijkverplegenden: functionerend op het tweede deskundigheidsniveau				

Tabel 2 Achtergrondkenmerken van cliënten die deel hebben genomen aan het onderzoek, n=166.

	voormeting n= 81	nameting n= 85
Sekse		
Vrouw	67%	69%
Man	33%	31%
Gemiddelde leeftijd	77 (8,8)	76 (8.7)
Aantal maanden in zorg	37 (43.6)	29 (34.6)

Tabel 3 Vergelijking tussen voor- en nameting van de scores voor verbale communicatie van de zorgverleners. Bij elke variabele zijn de gewogen gemiddelde proportionele scores en standaarddeviaties weergegeven

Variabelen	Experimentele groep				Controle groep				toets p ¹
	voormeting n=44 zorgcontacten		nameting n=43 zorgcontacten		voormeting n=31 zorgcontacten		nameting n=35 zorgcontacten		
	M	(sd)	M	(sd)	M	(sd)	M	(sd)	
Verbale communicatieclusters									
Sociale communicatie	.194	(.037)	.186	(.038)	.171	(.046)	.202	(.042)	.90
Affectieve communicatie	.357	(.025)	.323	(.026)	.331	(.031)	.283	(.028)	.80
Structurerende communicatie	.120	(.019)	.095	(.019)	.130	(.023)	.123	(.021)	.25
Communicatie over verpleging en gezondheid	.199	(.030)	.267	(.031)*	.238	(.038)	.278	(.034)	.75
Communicatie leefstijl en gevoelens	.128	(.019)	.123	(.020)	.127	(.024)	.112	(.022)	.75
Verbale composiet-scores									
Onenigheid	.006	(.002)	.002	(.002)*	.004	(.002)	.003	(.002)	.90
Vragen	.097	(.014)	.113	(.014)	.100	(.017)	.095	(.015)	.90
Gesloten vragen	.086	(.012)	.095	(.012)	.086	(.015)	.078	(.014)	.90
Open vragen	.011	(.003)	.019	(.004)**	.014	(.004)	.017	(.004)	.75
Informatie geven	.202	(.023)	.262	(.023)**	.244	(.028)	.282	(.026)	.85
Adviezen geven	.028	(.004)	.014	(.004)*	.020	(.005)	.013	(.005)	.30
Spreektijd in minuten	2.64	(.161)	2.56	(.165)	1.98	(.196)	1.84	(.181)	.10

* voormeting versus nameting: $p \leq .05$

**

voormeting versus nameting: $p \leq .01$

p¹ Significantieniveau gebaseerd op interactie-testen van de gemiddelde verschillen tussen voor- en nameting in de experimentele en controlegroep.

Tabel 4 Vergelijking tussen voor- en nameting van de scores voor non-verbale communicatie van zorgverleners. Bij elke variabele zijn de gewogen gemiddelde proportionele scores en standaarddeviaties weergegeven.

Variabelen	Experimentele groep				Controle groep				Toets p ¹
	Pre n=44 zorgcontacten		Post n=43 zorgcontacten		Pre n=31 zorgcontacten		Post n=35 zorgcontacten		
	M	(sd)	M	(sd)	M	(sd)	M	(sd)	
Non-verbaal gedrag									
Aankijken	.624	(.042)	.644	(.043)	.592	(.053)	.546	(.046)	.30
Bevestigend knikken	.046	(.005)	.054	(.005)	.036	(.006)	.036	(.006)	.30
Glimlachen	.024	(.003)	.015	(.003)*	.015	(.004)	.011	(.003)	.30
Toegewende houding	.022	(.006)	.003	(.005)*	.014	(.008)	.004	(.007)	.40
Affectief aanraken	.004	(.003)	.006	(.003)	.004	(.003)	.004	(.003)	.70
Affectbeoordeling									
Irritatie/ boosheid	1.04	(.074)	1.05	(.075)	1.00	(.093)	1.12	(.082)	.20
Gespannenheid/nervositeit	1.07	(.144)	.99	(.148)	1.34	(.178)	.97	(.162)*	.15
Dominantie	2.92	(.189)	2.68	(.194)	2.93	(.234)	2.85	(.213)	.50
Interesse	4.34	(.186)	4.66	(.190)**	4.09	(.221)	4.58	(.208)*	.40
Warmte	3.90	(.222)	4.64	(.227)***	3.79	(.266)	4.14	(.249)	.10
Betutteling	1.93	(.157)	1.31	(.162)***	1.39	(.194)	1.09	(.178)	.15
Betrokkenheid	3.78	(.173)	4.23	(.178)**	3.54	(.214)	3.90	(.196)*	.70
Gemiddelde duur van het zorgcontact in minuten	27.1	(2.6)	23.9	(2.6)	22.8	(3.2)	24.7	(2.8)	.20

* voormeting versus nameting: $p \leq .05$

** voormeting versus nameting: $p \leq .01$

*** voormeting versus nameting: $p \leq .001$

p¹Significantie niveau gebaseerd op interactietesten van de gemiddelde verschillen tussen voor- en nameting in de experimentele en controlegroep.

Tabel 5 Vergelijking tussen voor- en nameting van de scores voor verbale communicatie van de cliënten Bij elke variabele zijn de gewogen gemiddelde proportionele scores en standaarddeviaties weergegeven.

Variabelen	Experimentele groep				Controle groep				toets p ¹
	voormeting n=44 zorgcontacten		nameting n=43 zorgcontacten		voormeting n=31 zorgcontacten		nameting n=35 zorgcontacten		
	M	(sd)	M	(sd)	M	(sd)	M	(sd)	
Verbale composietscores									
Onenigheid	.016	(.003)	.004	(.003)*	.013	(.004)	.005	(.004)	.60
Vragen	.007	(.003)	.006	(.003)	.011	(.004)	.008	(.004)	.70
Informatie geven	.550	(.033)	.656	(.034)*	.566	(.041)	.623	(.037)	.30
Eigen adviezen formuleren	.001	(.001)	.004	(.001)*	.001	(.001)	.001	(.001)	.12
Spreektijd in minuten	4.32	(.266)	3.97	(.270)	3.57	(.334)	3.53	(.295)	.50

* voormeting versus nameting:: $p \leq .05$

¹ Significantie niveau gebaseerd op interactietesten van de gemiddelde verschillen tussen voor- en nameting in de experimentele en controlegroep.