

Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie

*Een kwalitatieve studie vanuit het perspectief van
zorgmedewerkers*



Photo: GETTY IMAGES

Onderzoeksverslag Master of Advanced Nursing Practice Saxion, University of Applied Sciences

Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie

*Een kwalitatieve studie vanuit het perspectief van
zorgmedewerkers*

Student: Hans Kooij

Studentnummer: 426187

1^e beoordelaar Saxion: C.M. Groot

2^e beoordelaar Saxion: I.R. Faber

Praktijkopleider TMZ: V.A.G. Dijkers

Zwolle, 1 Juni 2017

Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoeksverslag als meesterproef van de studie “Master of Advanced Nursing Practice”. De leerwerkplaats is Triviummeulenbeltzorg (TMZ), een grote instelling voor ouderenzorg in Twente. Ik ben hier sinds september 2015 begonnen als verpleegkundig specialist in opleiding. Na mijn werkervaring in de psychiatrie en revalidatie wil ik mijn opgedane kennis en ervaringen meenemen binnen de zorg voor kwetsbare ouderen. Het uitdagende in deze zorg is dat niets vanzelfsprekend is of op zichzelf staat. Ik trek de vergelijking met een spel mikado, als je een element weghaalt dan heeft het consequenties voor het gehele evenwicht.

In het verpleeghuis verblijven veel mensen met een vorm van dementie. Een ingrijpend ziektebeeld met vele verschijningsvormen. De vrolijke, meegaande oudere verblijft vaak thuis, terwijl de oudere met moeilijker verstaanbaar gedrag verblijft achter de gesloten deur in het verpleeghuis. Daar vindt een samenspel plaats van levens die elkaar kruisen. De levens van de cliënten én zorgmedewerkers, gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, 365 dagen per jaar. Dit vraagt om verdraagzaamheid, flexibiliteit, aanpassing en dat is juist aangedaan bij de cliënten met dementie en onbegrepen gedrag. Dit onvermogen kan zich uiten in agressie, agitatie, frustratie of depressie. Het omgaan en/of behandelen van onbegrepen gedrag is uiterst complex. De wetenschap heeft nog geen duidelijke oplossing voor dit vraagstuk. Ik ben geïnteresseerd in wat zorgmedewerkers nodig hebben om zorg te kunnen dragen voor deze doelgroep en denk ik daarop een antwoord gevonden te hebben.

Tot slot wil ik Marieke Groot bedanken voor de begeleiding in dit onderzoek en bij mijn persoonlijke proces. De wijze van begeleiding sloot uitstekend aan bij wat ik nodig heb gehad om te komen tot dit product. Ook wil ik Irene Faber bedanken voor de inspirerende lessen en begeleiding bij het maken van het onderzoeksplan, zij is in staat om de theoretische kennis rondom wetenschappelijk onderzoek levendig te brengen.

Vanuit de praktijk wil ik Veronie Dijkers bedanken voor het meedenken en de ruimte die ze mij gegeven heeft. Dit onderzoek kon natuurlijk niet uitgevoerd worden zonder de openheid en eerlijkheid van de zorgmedewerkers die bereid waren om geïnterviewd te worden, waarvoor dank!

Ik wens u veel genoegen bij het lezen van mijn onderzoeksverslag,

Hans Kooij

Verklaring van originaliteit

Hierbij verklaar ik, Hans Christaan Kooij, geboren 07-10-1983, te Almelo, als auteur van dit onderzoeksverslag, dat deze kwalitatieve studie naar wat zorgmedewerkers nodig hebben in het omgaan met onbegrepen gedrag niet eerder is uitgevoerd. Indien ik gebruik heb gemaakt van reeds eerder verricht onderzoek door anderen dan wordt dit in de tekst vermeld. Het onderzoek is door mijzelf uitgevoerd, met ondersteuning van C.M. Groot vanuit Saxion.

Toestemming voor dit onderzoek is verleend door M.J. Lenferink, Regiomanager Almelo TMZ.

Handtekening:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'H.C. Kooij', with a stylized, flowing script.

H.C. Kooij

Datum: 28 Mei 2017

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Verklaring van originaliteit	7
Samenvatting	10
Abstract	11
1.0 Inleiding	12
1.1 Aanleiding	12
1.2 De probleemstelling	14
1.3 Onderzoeksdoel	14
1.4 Onderzoeksvraag	14
1.7 Theoretisch kader	17
2.0 Methoden	20
2.1 Design	20
2.2 Kwaliteitswaarborging	20
2.3 Selectie respondenten	20
2.4 Ethische aspecten	20
2.5 Interviewer	21
2.6 Dataverzameling	21
2.7 Data-analyse	22
3.0 Resultaten	23
3.1 Respons en respondenten	23
3.2 Weergave resultaten:	24
3.3; Uitwerking factoren en thema's	26
3.3.1 Cliëntfactoren	26
3.3.2 Medewerkerfactoren	27
3.3.3 Omgevingsfactoren:	33
4.0 Discussie	35

4.1 Conclusie	37
4.2 Suggesties voor verder onderzoek	37
5.0 Implicaties voor de praktijk	38
Bronnen	39
Bijlage A: Risico's bij inadequate omgang onbegrepen gedrag (Vilans en Trimbosinstituut, 2015)	47
Bijlage B: Zoekstrategie	48
Bijlage C: Toestemmingsverklaring	49
Bijlage D: Topiclist interview	50
Bijlage E: Analyseschema	54

Samenvatting

Onbegrepen gedrag zoals agressie, agitatie, apathie, roepgedrag, loopdrang en angst/depressie komt veelvuldig voor bij cliënten met dementie in het verpleeghuis en wordt vaak behandeld met psychofarmaca. Ook de uitwerking van het onbegrepen gedrag op het personeel is groot, dit uit zich onder andere in stress en een verhoogd ziekteverzuim. De programma's die er zijn om te leren omgaan met onbegrepen gedrag zijn onvoldoende aangepast op de werksituatie van de zorgmedewerkers blijkt uit eerdere onderzoeken.

Probleemstelling

Doordat zorgmedewerkers in de praktijk onvoldoende toegerust zijn op het omgaan met onbegrepen gedrag, heeft dit grote impact op kwaliteit van leven van de cliënt, maar ook negatieve invloed op het personeel. Omdat zorgmedewerkers onvoldoende toegerust zijn wordt er meer gebruik gemaakt van psychofarmaca met schadelijke bijeffecten als gevolg.

Methode

Het betreft een kwalitatieve studie vanuit fenomenologische benadering waarbij aan de hand van een topiclist semi gestructureerde interviews afgenomen zijn bij acht verzorgenden IG en drie verpleegkundigen niveau vier. Deze interviews zijn getranscribeerd en gecodeerd door de onderzoeker zelf, gedeeltelijk is er door twee andere onderzoekers ook gecodeerd. Vanuit de codes werden thema's en subthema's gevormd; deze zijn uiteindelijk beschreven in de uitkomsten van dit onderzoek.

Resultaten

Er zijn drie factoren bepalend voor wat zorgmedewerkers nodig hebben in de omgang met onbegrepen gedrag; cliëntfactoren, zoals de beperkte cognitieve vermogens of de fysieke weerstand. Medewerkerfactoren; zoals motivatie, eigen emoties, persoonlijke balans en kennis en vaardigheden. Omgevingsfactoren; zoals hoe de organisatie omgaat met onbegrepen gedrag en factoren zoals de veranderende en complexere cliëntenpopulatie.

Conclusies en implicaties

Een zorgmedewerker heeft een aantal intrinsieke factoren nodig om persoonsgerichte zorg te verlenen, zoals motivatie, overtuiging, het gevoel van verantwoordelijkheid en de wil om te leren. De kennis dient aangeboden te worden óp de afdeling met praktische handvatten. Verder is een persoonlijke balans helpend met daarbij aandacht voor de verhouding werk/privé. De behoefte aan ondersteuning verschilt tussen zorgmedewerkers en kan geboden worden door collega's en/of leidinggevend. De randvoorwaarden zoals tijd, de fysieke ruimtes en goede samenwerking spelen ook een rol. Familieparticipatie is in dit verband noodzakelijk. De organisatie wordt geadviseerd bij de implementatie van beleid rekening te houden met de uitkomsten van dit onderzoek en ondersteuning op maat aan te bieden aan teams en zorgmedewerkers.

Abstract

Background

Challenging behavior or neuropsychiatric symptoms such as aggression, agitation, apathy, screaming, restlessness or pacing and anxiety/depression is common with clients in a nursing home suffering from dementia and is often treated with psychotropic drugs. The effect of challenging behavior on the nursing staff is huge; this results among others in stress and a high rate of absence. The programs which are supposed to deal with challenging behavior are inadequately adapted to the working situation of the nursing staff.

Objectives

The objective of this study was to explore what carers and nurses need in dealing with people with dementia and challenging behavior.

Nursing professionals are inadequately equipped in dealing with challenging behavior and this has a huge effect on the quality of life of the client, but it also influences the staff. They are inadequately equipped for this behavior and for this reason psychotropic drugs are often used, which results in a lot of harmful side effects.

Method

A qualitative survey, from a phenomenological perspective, was used. By using a topiclist for the semi-structured interviews with eight certified nursing assistants and three registered nurses. These interviews have been transcribed and coded by the researcher himself and partially encoded by two other researchers. Themes and subthemes were extracted from these codes; these themes and subthemes were described as the results of this survey.

Results

Three factors are important for the nursing staff in dealing with challenging behavior. Client factors, such as the limited intellectual abilities or the physical constraints. Staff factors, such as motivation, personal emotions, personal balance, knowledge and skills. Environmental factors, such as how the organisation deals with challenging behavior and factors such as changing client population.

Conclusion and implications

A nurse needs a number of intrinsic factors in order to be able to deliver client-centred care, such as motivation, conviction, the feeling of responsibility and the drive to learn. The knowledge needs to be offered on the job with practical tools. Furthermore, a personal balance is leading, as far as work and private life are concerned. The need for support varies among the nursing staff and may be offered by colleagues or chiefs of staff. Preconditions such as time, physical space and good cooperation also play an important role. The organisation is advised, as far as implementation of the new policy is concerned, to take the results of this survey into account and offer support on the job to nursing teams and nursing staff.

1.0 Inleiding

Dementie is een degeneratieve cognitieve stoornis waardoor cliënten op een PG-afdeling onbegrepen gedrag kunnen gaan vertonen. Dit gedrag is vaak de indicatie voor opname, maar kan ook gedurende de opname ontstaan. Het gedrag heeft invloed op de kwaliteit van leven van de cliënt maar werkt ook door in de omgeving. Personeel en familie ondervinden hier hinder van en men weet niet altijd hiermee om te gaan. In sommige gevallen wordt er psychofarmaca voorgeschreven terwijl de indicatie hiervoor onvoldoende aanwezig is.

Dit onderzoeksverslag is een weergave van het uitgevoerde kwalitatieve onderzoek. Na de aanleiding en achtergrond van het probleem volgt het theoretisch kader waarin dieper ingegaan wordt op de omgang met onbegrepen gedrag. Daaropvolgend wordt de methode van het onderzoek beschreven. De resultaten worden daarna uiteengezet om zo in de discussie een kritische blik te werpen op hetgeen naar voren is gekomen tijdens dit onderzoek.

1.1 Aanleiding

“Mevrouw Wiersma is 82 jaar en opgenomen op de PG-afdeling in het verpleeghuis sinds 2014 in verband met ernstige cognitieve problemen. De problemen waren destijds van dien aard dat zij 24 uren toezicht en zorg nodig had en niet meer in staat was om zelf regie te voeren en veilig thuis te wonen.

Mevrouw Wiersma leek in eerste instantie haar draai gevonden te hebben op de afdeling en deed mee aan de activiteiten op en rond de afdeling. Echter, de laatste maanden verandert ze; ze is tijdens de ADL momenten opstandig en biedt weerstand bij de toiletgang. De afgelopen twee weken schreeuwt mevrouw Wiersma in de avonden. Ze wordt soms op haar kamer gezet, maar klimt dan uit haar rolstoel en is meermalen gevallen. In de huiskamer worden andere patiënten onrustiger en zoeken de zorgmedewerkers op voor het gevoel van veiligheid.

De zorgmedewerkers zien op tegen de avonddiensten, want het gedrag van mevrouw Wiersma werkt verstorend voor het huiselijke klimaat. De vorige cliënt met soortgelijk gedrag reageerde goed op muziek, maar bij haar werkt dat niet. Op andere afdelingen hebben ze ook mensen met dit soort gedrag en daar kijkt de psycholoog mee met het team. De zorgmedewerkers weten niet goed wat ze moeten doen. Ze voelen zich machteloos en vragen de dokter om iets voor te schrijven, want dit kan zo niet langer....”

(Dit betreft een fictieve casus.)

Binnen Nederland verblijven volgens een schatting van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) 82.000 mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen (CIZ, 2014). Dit aantal zal de komende jaren toenemen door de vergrijzing en doordat men ouder wordt. Bij ouderen komen veel neuro-psychiatrische symptomen voor zoals agressie, agitatie, apathie, roepgedrag, loopdrang en angst/depressie. Deze neuro-psychiatrische symptomen worden ook wel ‘probleemgedrag’ of ‘onbegrepen gedrag’ genoemd. De laatste benaming verwijst naar de oorzaak van het gedrag. Doordat artsen, psychologen en verpleegkundig specialisten nog onvoldoende begrijpen welke factoren het gedrag veroorzaken weten we niet goed hoe we het gedrag kunnen verminderen. In navolging van het onderzoeksrapport van Vilans en het Trimbosinstituut in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over onbegrepen gedrag wordt de volgende definitie gehanteerd in dit onderzoek: *‘... al het gedrag van de persoon met dementie met nadelige consequenties voor diens kwaliteit van leven, waarbij zorgverleners een rol hebben in het voorkomen of het verminderen ervan’* (Vilans en Trimbosinstituut 2013).

De prevalentie van onbegrepen gedrag bij opgenomen patiënten met dementie is hoog; bij ongeveer 80 % van de verpleeghuispopulatie komt onbegrepen gedrag voor (Zuidema, Derksen, Verhey, & Koopmans, 2007). Deze hoge prevalentie is deels te verklaren doordat dit de indicatie is voor opname in het verpleeghuis op een psycho-geriatrie (PG) afdeling (Wetzels, Zuidema, de Jonghe, Verhey, & Koopmans, 2010). Dementerende patiënten zonder dit versturende gedrag blijven langer thuis wonen. Dit is conform het overheidsbeleid rondom de zorg voor de ouderen.

In veel gevallen wordt onbegrepen gedrag behandeld met antipsychotica of andere psychofarmaca. Het is bekend dat deze middelen veel schadelijke bijwerkingen hebben (Ballard, Creese, Corbett, & Aarsland, 2011). De bijwerkingen zoals sufheid, spierstijfheid en toename van het risico op vallen kunnen samen met kauw- en slikproblemen zorgen voor verdere achteruitgang van de cliënten (Hulshof, Zuidema, Ostelo, & Luijendijk, 2015). Deze behandeling heeft niet de voorkeur, zoals ook beschreven staat in de richtlijnen van de beroepsgroepen zoals Verenso en VenVn (Van Eijken, Peijnenburg, van Achterberg, 2008, & Verenso, 2008). De nieuwe inzichten en eisen van de IGZ zijn gericht op het verminderen van psychofarmaca bij deze doelgroep. Echter, door alleen te kijken naar bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag wordt het probleem ten dele opgelost. Naast minder voorschrijven dient het aangevuld te worden met psychosociale interventies om een groter effect te sorteren (Ballard et al., 2016).

Het onbegrepen gedrag beïnvloedt tevens de levens van medecliënten en van de zorgmedewerkers.

Ook de mantelzorgers, familie en andere stakeholders zoals vrijwilligers hebben

hiermee te maken.

Het inadequaat omgaan met dit onbegrepen gedrag leidt tot enerzijds vermindering van kwaliteit van leven bij de cliënt en andere stakeholders en leidt anderzijds tot medische onderbehandeling van de cliënt, doordat bijvoorbeeld pijn onvoldoende wordt herkend en behandeld. Indien de omgang met onbegrepen gedrag van onvoldoende niveau is uit zich dat bijvoorbeeld in een toename van het gebruik van middelen en maatregelen zoals fixatie of het onvrijwillig toedienen van medicatie en cognitieve achteruitgang van de cliënt. Zie ook bijlage A voor meer risico's van het inadequaat omgaan met onbegrepen gedrag (Vilans en Trimbosinstituut, 2013). Doordat het personeel niet altijd voldoende kennis, vaardigheden en ervaring heeft in de omgang met onbegrepen gedrag en psychofarmaca, wordt er ook vaker medicatie voorgeschreven (Smeets et al., 2014). Ook speelt de inrichting van de omgeving en de psychische nood van het personeel een rol in het voorschrijven van psychofarmaca (Zuidema, de Jonghe, Verhey, & Koopmans, 2011).

1.2 De probleemstelling

Doordat zorgmedewerkers in de praktijk onvoldoende toegerust zijn in het omgaan met onbegrepen gedrag heeft dit grote impact op kwaliteit van leven van de cliënt, maar ook negatieve invloed op het personeel. Omdat zorgmedewerkers onvoldoende toegerust zijn wordt er meer gebruik gemaakt van psychofarmaca met alle schadelijke bijeffecten als gevolg.

1.3 Onderzoeksdoel

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in wat zorgmedewerkers nodig hebben om te kunnen omgaan met onbegrepen gedrag. Op het moment dat dit inzichtelijk is kan in een later stadium beleid gemaakt worden. Daardoor zal de kwaliteit van zorg voor ouderen met dit gedrag verbeteren. Wanneer zorgmedewerkers beter in staat zijn om te gaan met onbegrepen gedrag dan wordt tevens verwacht dat het gebruik van psychofarmaca afneemt.

1.4 Onderzoeksvraag

Wat heeft een zorgmedewerker in het verpleeghuis nodig om te kunnen omgaan met dementerende patiënten met onbegrepen gedrag vanuit het perspectief van de zorgmedewerker?

1.5 Context

Recent heeft de Inspectie voor de GezondheidsZorg (IGZ) een onderzoek uitgevoerd naar de omgang van onbegrepen gedrag bij dementie in Nederlandse verpleeghuizen. Hierbij werden er via de Short Observational Framework for Inspection (SOFI methode) observaties verricht door onderzoekers. Dit onderzoek is uitgevoerd aan de hand van acht kernelementen die opgesteld zijn door Vilans en het Trimbos instituut op verzoek van de inspectie. De kernelementen zijn afkomstig

uit literatuuronderzoek en consensus uit het werkveld over de wenselijke manier van omgang met onbegrepen gedrag. Deze acht kernelementen zijn:

1. Tijdig signaleren van onbegrepen gedrag zodat ingegrepen kan worden voordat escalatie plaatsvindt.
2. Een gedegen analyse maken van het gedrag met nagaan van oorzaken op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein.
3. Multidisciplinair werken in een team met in ieder geval een verzorgende, een arts en een psycholoog.
4. De oorzaak van het gedrag aanpakken en niet het gedrag zelf.
5. Eerst psychosociale interventies toepassen. Psychofarmaca worden alleen toegepast wanneer kan worden aangetoond dat psychosociale interventies niet (voldoende) werkzaam zijn (met uitzondering van een lichamelijke oorzaak of bij sprake van een delier of psychose).
6. Psychofarmaca volgens de richtlijn toepassen tenzij er belangrijke redenen zijn om hiervan af te wijken.
7. Het netwerk van de cliënt betrekken bij de analyse en de aanpak van het probleem.
8. Behandeling evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van behandeling met psychofarmaca. (IGZ, 2015)

Vanuit het inspectierapport kwamen twee punten naar voren: 1.) De kennis van het personeel met betrekking tot onbegrepen gedrag is onvoldoende en 2.) De visie van de instelling op onbegrepen gedrag en de borging van de acties en afspraken in het dossier zijn aandachtspunten. Binnen Triviummeulenbeltzorg is er een werkgroep geformeerd om deze aandachtspunten te verbeteren. De visie van de organisatie is inmiddels in concept beschreven: *‘Triviummeulenbeltzorg (TMZ) vindt het van belang dat mensen met dementie een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven ervaren. TMZ vindt het belangrijk dat het onbegrepen gedrag van mensen met dementie door haar zorgverleners begrepen wordt en dat de onderliggende oorzaken worden achterhaald.’* (TMZ, 2016).

1.6 Relevantie onderzoek

Dit onderzoek peilt wat zorgmedewerkers zélf aangeven nodig te hebben. Zodoende kan het beleid met betrekking tot onbegrepen gedrag vorm gegeven worden vanuit waardevolle informatie van zorgmedewerkers. De relevantie van dit onderzoek voor de verpleegkundig specialist is met name gericht op het feit dat de problemen zich afspelen op zowel het domein 'care' en 'cure'. De verpleegkundig specialist kan in deze problematiek zijn meerwaarde laten zien gezien de competenties klinisch handelen, communicatie, organisatie, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen en professionaliteit en kwaliteit (Lambregts & Grotendorst, 2012).

Doordat het onbegrepen gedrag een uiting kan zijn van fysieke, psychische, persoonlijke en omgevingsfactoren kan de verpleegkundig specialist deze gebieden onderzoeken. De meerwaarde van de verpleegkundig specialist komt ook tot uiting in deze problematiek in het coachen van medewerkers en '*training on the job*' vanuit deskundigheidsbevordering. De verpleegkundig specialist kan vanuit praktijkgericht onderzoek de behoefte bij de zorgmedewerkers in deze specifieke situatie vaststellen. Dit onderzoek heeft een duidelijke meerwaarde in de beroepspraktijk in de zorg voor deze doelgroep.

Het heeft een duidelijke meerwaarde wanneer zorgmedewerkers leren omgaan met onbegrepen gedrag (Bird, Anderson, MacPherson, & Blair, 2016; Spector, Revolta, & Orrell, 2016).

1.7 Theoretisch kader

Het literatuuronderzoek diende als ‘zoeklicht’ om specifieke fenomenen aan het licht te brengen die anders mogelijk onopgemerkt bleven voor de onderzoeker en heeft als basis gediend voor de topiclist voor de interviews.

In eerste instantie werd begonnen met literatuur onderzoek binnen de geldende richtlijnen in Nederland. Deze bronnen zijn geraadpleegd en zo is via de ‘sneeuwbalmethode’ verder gezocht naar andere auteurs en artikelen. Deze bronnen zijn aangevuld door systematisch te zoeken in de database van Pubmed, PsycInfo en Science Direct. Deze zoekstrategie is weergegeven in bijlage B.

Vanuit de theorie zijn een aantal thema’s naar voren gekomen over de omgang met onbegrepen gedrag die continu naar voren komen in de literatuur: psychofarmaca, non-farmaceutische interventies, interactie en omgeving. Deze zullen hieronder worden toegelicht.

Psychofarmaca: De redenen waarom psychofarmaca voorgeschreven worden zijn verschillend. Vaak beschouwen artsen, zorgmedewerkers en familie de voordelen vele malen groter dan de schadelijke (bij) effecten (Cornege-Blokland, Kleijer, Hertogh, & van Marum, 2012). Dit komt mede voort uit een gebrek aan kennis bij zorgmedewerkers. Zo is het risico op vallen vergroot na het starten van benzodiazepinen (Berry et al., 2016). Verder spelen er omgevingsfactoren mee bij het voorschrijven van psychofarmaca zoals onderbezetting van het personeel, stress bij personeel (Zuidema et al., 2011) en druk vanuit de zorgmedewerkers (Janus et al., 2017).

Non- farmacotherapeutische interventies: Psychosociale interventies kunnen gezien worden als alledaags therapeutisch streven met betrekking tot doelbewuste menselijke interactie tussen zorgmedewerkers en cliënten met dementie (Hunter, Keady, Casey, Grealish, & Murphy, 2016).

Vanuit de systematic review en meta-analyse van Jutkowiz et al. (2016) blijkt dat het bewijs voor van de werkzaamheid van psychosociale interventies of non farmacotherapeutische interventies niet overtuigend is (Jutkowitz et al., 2016). Het heeft wel effect om personeel te leren omgaan met onbegrepen gedrag. Al blijft zorg op maat de belangrijkste voorwaarde (Bird, Anderson, MacPherson, & Blair, 2016; Spector, Revolta, & Orrell, 2016).

In de huidige opleidingen in de zorg is er nauwelijks gerichte scholing over dementie en onbegrepen gedrag. Om het personeel te kunnen toerusten voor omgaan met dit specifieke gedrag zijn er de afgelopen jaren verschillende programma’s gestart. Waaronder het GRIP op probleemgedrag programma. Hierin

worden handen en voeten gegeven aan de bekende richtlijnen. Bij de evaluatie van deze implementatie wordt het volgende gesuggereerd:

“Huidige implementatietrajecten lijken niet altijd aan te sluiten bij de wensen, ideeën en de manier van leren en denken van zorgpersoneel. Het lijkt daarom aangewezen meer aandacht te besteden aan het analyseren van de lokale situatie voorafgaand aan implementatie van interventies”(Zwijsen, Smalbrugge, et al., 2014).

Uit het STA OP! onderzoek (2016) blijkt dat training van het team met een multidisciplinaire stapsgewijze methode een duidelijk effect heeft op onbegrepen gedrag. Dit werd vergeleken met een controle afdeling die normale scholing rondom dementie ontving. Er werd op de interventieafdelingen minder onbegrepen gedrag gemeten na de scholing en een afname in antidepressiva gebruik werd waargenomen (Pieper et al., 2016).

Interactie: In de omgang met de dementerende ouderen wordt vaak de spraak aangepast op de geschatte behoefte van de cliënt. Daarbij wordt er langzaam gesproken en simpele bewoordingen gebruikt. Dit kan leiden tot een toename van onbegrepen gedrag doordat de cliënten zich onvoldoende serieus genomen voelen. De voorkeur gaat uit naar communicatie die persoonsgericht en positief is (Sprangers, Dijkstra, & Romijn-Luijten, 2015).

‘Dementia care mapping’ en persoonsgerichte zorg hebben de voorkeur boven de traditionele zorg (Chenoweth et al., 2009). ‘Dementia care mapping’ is een speciale vorm van observatie van de interactie tussen zorgmedewerkers en cliënten door getrainde onderzoekers met verwerking in de bijbehorende software. Het team en de cliënt worden hierbij geobserveerd en besproken. Bij ‘dementia care mapping’ wordt het gedrag van het personeel meegenomen en gespiegeld. Zo is de interactie ook onderdeel van de observatie van het onbegrepen gedrag (Willemse, Downs, et al., 2015; Yasuda & Sakakibara, 2016). Persoonsgerichte zorg omvat vanuit verschillende theorieën begrippen zoals herkenning, onderhandeling, wederkerigheid, samenwerking, beschikbaarheid en herkenning (Hunter et al., 2016). In dit onderzoek werd duidelijk dat een gedeelte van de kennis over persoonsgerichte zorg eigen gemaakt wordt door impliciet leren.

Onbegrepen gedrag en de omgeving: Het onbegrepen gedrag heeft een grote impact op het personeel. Het personeel, de zorgmedewerkers, zouden er eigenlijk beter op toegerust moeten worden komt uit onderzoek naar voren (Hazelhof, Schoonhoven, van Gaal, Koopmans, & Gerritsen, 2016). Op het moment dat de stress door het werk te groot wordt kan dit tot vertrek en toename van

ziekteverzuim van personeel leiden. Dit leidt vervolgens weer tot wisselingen in het personeel en nieuwe investeringen in scholing (Karantzas et al., 2012). De nood bij het personeel is het hoogst bij agressie, het laagste bij apathie (Zwijsen, Kabboord, et al., 2014). Dit is een logische bevinding, maar kan een punt van aandacht zijn voor de verzorging. De stille apathische cliënt kan hierdoor minder aandacht krijgen. Voor de zorgmedewerkers speelt de manier waarop de organisatie omgaat met onbegrepen gedrag en de werkwijze faciliteert een belangrijke rol. Ook het afdelingsklimaat en het vermogen om als verplegend personeel zelf regie te kunnen voeren zijn van belang (McCabe et al., 2015). 'Dementia care mapping' kan zorgen voor minder negatieve emotionele reacties bij het personeel (van de Ven et al., 2013).

Op het moment dat zorgmedewerkers gefaciliteerd en getraind worden kan dit de omgang met onbegrepen gedrag ten goede komen. De wijze waarop dit dient te gebeuren is niet eenduidig te destilleren uit de wetenschappelijke bewijslast.

2.0 Methoden

2.1 Design

Het betreft een kwalitatieve studie vanuit fenomenologische benadering waarbij de onderzoeker aansluiting zoekt bij de eigen perceptie en ervaringen van de respondenten (Maso & Smaling 2004). Hierbij zijn semi gestructureerde interviews afgenomen aan de hand van een topiclist. Zo wordt een reconstructie nagestreefd die tegemoet komt aan de visie van de respondenten.

2.2 Kwaliteitswaarborging:

De interviews zijn opgenomen en nadien letterlijk getranscribeerd door de onderzoeker H.K. Tijdens het gehele onderzoeksproces zijn er door de onderzoeker veld aantekeningen gemaakt en zijn deze gedeeld met zijn collega-onderzoeker E. v.d. M. Hierin staan feitelijke weergaven van gebeurtenissen, maar ook eigen ervaringen/gevoelens beschreven. Hierbij is bij de verschillende vermeldingen duidelijk geplaatst welke 'soort' informatie het betreft. Dit kan gezien worden als 'Thick description'. Daarnaast is er tijdens het onderzoek regelmatig triangulatie toegepast om de gezichtspunten te verifiëren en te controleren met de collega-onderzoeker E. v.d. M. Na de interviews hebben de respondenten een samenvatting van de interviews gekregen met de vraag of ze zich in algemene zin herkenden in de tekst. Er werd gevraagd een cijfer van nul tot en met tien te geven. Het gemiddelde cijfer van de mate van herkenning in de samenvatting was een acht. De thema's die uiteindelijk gevormd zijn als reductie van de data van de interviews zijn besproken en geverifieerd met E. v.d. M en de onderzoeksbegeleider M.G. Door deze werkwijze is tegemoet gekomen aan de eisen die gesteld worden bij kwalitatief onderzoek met het oog op betrouwbaarheid, geloofwaardigheid, herhaalbaarheid en neutraliteit. De criteria van de COREQ checklist werden als leidend beschouwd bij het beschrijven van de methodologie en resultaten (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

2.3 Selectie respondenten

De selectie van de respondenten is doelgericht geweest. Er werd gezocht naar diversiteit om zo de breedte van het fenomeen te verkennen. Er werden respondenten benaderd met verschillende opleidingsniveaus, leeftijd, geslacht en werkervaringen. Het onderzoek werd binnen TMZ uitgevoerd met zorgmedewerkers op verschillende PG afdelingen. De onderzoeker heeft medewerkers mondeling/telefonisch benaderd en gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Daarna is er via email informatie toegezonden en is er een vervolgspraak gemaakt om het interview af te nemen. (Voor respons zie hoofdstuk 3, paragraaf 1.)

2.4 Ethische aspecten

Het onderzoek is uitgevoerd volgens de 'Declaration of Helsinki'. Dit onderzoek is niet WMO (Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek) plichtig doordat er geen

cliënten deelnamen aan het onderzoek. De respondenten kregen ook geen gedragingen of handelingen opgelegd. Daardoor is het onderzoek ook niet meldingsplichtig bij de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC Twente). Er is om zorgvuldig te werk te gaan gebruik gemaakt van een toestemmingsverklaring (bijlage C) voorafgaand aan het interview. Anonimiteit van de respondenten is gegarandeerd doordat er geen namen en gedragingen kenbaar gemaakt zijn die herleidbaar kunnen zijn naar individuele medewerkers. De privacy van de respondenten is gewaarborgd door de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). De respondenten kregen allen codes en deze codes werden apart bewaard van de data en de gegevens over de respondenten op een beveiligde computer.

2.5 Interviewer

De interviewer H.K. is een man van 33 jaar en woont in een middelgrote stad in het Oosten van Nederland. Hij is opgegroeid in de omgeving waar de instelling zich bevindt en kent de cultuur en gewoonten. Zijn werkervaring als Hbo-Verpleegkundige liggen in de psychiatrie (5 jaar) en medisch specialistische revalidatie (5 jaar). De interviewer had geen concrete ervaringen met het afnemen van interviews en data analyse en heeft hiervoor geoefend met collega-onderzoekers. De onderzoeker heeft met zijn collega-onderzoeker E. v.d. M. voorafgaand aan de interviews een sessie ingepland om zich te ontdoen van de vooroordelen en zo de interviews zo open mogelijk in te gaan en zich bewust te zijn van zijn eventuele oordelen (bracketing). In deze sessie werd er openlijk gesproken over de vooroordelen en ideeën die de onderzoeker had ten aanzien van het onderzoek. Een aantal van de respondenten kende hij oppervlakkig, een aantal helemaal niet.

2.6 Dataverzameling

De periode waarbinnen de interviews zijn afgenomen is van 1 December 2016 tot en met 31 Maart 2017 geweest. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een topiclist (bijlage D, laatste aangepaste versie). Deze topics zijn geformuleerd aan de hand van literatuuronderzoek. De interviews zijn afgenomen in een spreekkamer binnen de instelling. Vooraf heeft de onderzoeker de regiomanager benaderd zodat de respondent één uur volledig de ruimte had om te spreken zonder gestoord te worden door piepers of andere afleidende factoren. Alle interviews zijn getranscribeerd en globaal doorgenomen op uitkomsten. De vragen die het interview opriep bij de onderzoeker werden meegenomen voor volgende interviews. Dit gaf richting aan de topiclist voor de vervolg interviews. Bij de laatste twee interviews werden geen nieuwe thema's gevonden en is geconcludeerd dat er sprake was van datasaturatie.

2.7 Data-analyse

Transcriptie is gebeurd door de onderzoeker H.K. zelf. Door de transcriptie zelf te doen raakte de onderzoeker verbonden met de thema's. Voor de codering is het programma Atlas.ti, versie 7.5.15. ingezet.

De volgende stappen zijn gemaakt in het analyseren van de data;

1. Coderen dicht bij de tekst, zoveel mogelijk 'in vivo' termen gebruiken.
Hiervoor zijn drie uiteenlopende interviews gebruikt. Hieruit zijn 201 open codes gekomen.
2. De codes zijn samengevoegd in samenspraak met onderzoeksbegeleider vanuit Saxion M.G. en mede codeur E.v.d M. tot 47 subthema's. (zie bijlage E)
3. Vanuit de 47 subthema's werden 15 thema's met een abstracter niveau geformuleerd.
4. Alle overige 8 interviews zijn met de 15 thema's en 47 subthema's gecodeerd. Indien nodig werden er nieuwe codes aangemaakt en ondergebracht onder de thema's. Zo ontstonden er uiteindelijk 54 subthema's.
5. De laatste stap was het zoeken naar een betekenisvolle weergave van de gevonden resultaten door te zoeken naar de samenhang en verbindingen in de thema's. Zo werden er drie factoren gevonden die overkoepelend waren. Deze drie factoren zijn beschreven in de resultatensectie, zie hoofdstuk 3, paragraaf 2.

3.0 Resultaten

3.1 Respons en respondenten

De eerste negen respondenten zijn direct akkoord gegaan met het interview. Eén beoogde respondent zag af van het interview i.v.m. een taalbarrière. De zoektocht naar de verschillende respondenten is gaandeweg het onderzoek bijgesteld aan hand van de uitkomsten van de afgenomen interviews. Er is gebruik gemaakt van de kennis en ervaring van sleutelfiguren (coaches onbegrepen gedrag, niveau 5 verpleegkundige, artsen, leidinggevenden) om te zoeken naar geschikte kandidaten. De respondenten zijn allen zorgmedewerkers van verschillende PG-afdelingen. De PG-afdeling zijn gesitueerd als onderdeel van grotere locaties. Hier werken verschillende medewerkers met verschillende opleidingsniveaus en ervaringen (zie schema 1.0). Wat betreft opleidingsniveaus zijn er de volgende niveaus te onderscheiden in de groep respondenten: Verzorgenden IG (VIG, Niveau 3) en Verpleegkundigen (Niveau 4). Er is gezocht naar medewerkers die al langer werkzaam zijn op de psychogeriatric en medewerkers die nog bezig zijn hun werkervaring op te doen. De werkervaring was gemiddeld 10 jaar en het arbeidsverband was gemiddeld 26,5 uur per week. De interviews zijn afgenomen op locaties van TMZ in Almelo, Twenterand en Tubbergen. Uiteindelijk zijn er 2 mannen en 9 vrouwen geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd was 40 jaar waarbij de jongste respondent 21 jaar en de oudste respondent 55 jaar oud was.

Schema 1.0 Sociodemografische gegevens respondenten

Geslacht M/V	Leeftijd in jaren	Genoten opleiding	Werkervaring in jaren	Uren werkzaam per week
V	54	VIG	20	24
V	39	VIG	16	24
V	48	VIG	7	28
V	24	Niveau 4	6	32
V	53	VIG	5	28
M	37	VIG	10	36
V	32	Niveau 4	10	24
V	40	Niveau 4	11	24
M	55	VIG	8	32
V	21	VIG	1,5	4
V	38	VIG	17	36

3.2 Weergave resultaten:

Uit de analyses van de interviews blijkt dat er meerdere factoren bepalen wat zorgmedewerkers aangeven nodig te hebben in de omgang met onbegrepen gedrag. Deze items zijn onder te verdelen in 3 factoren:

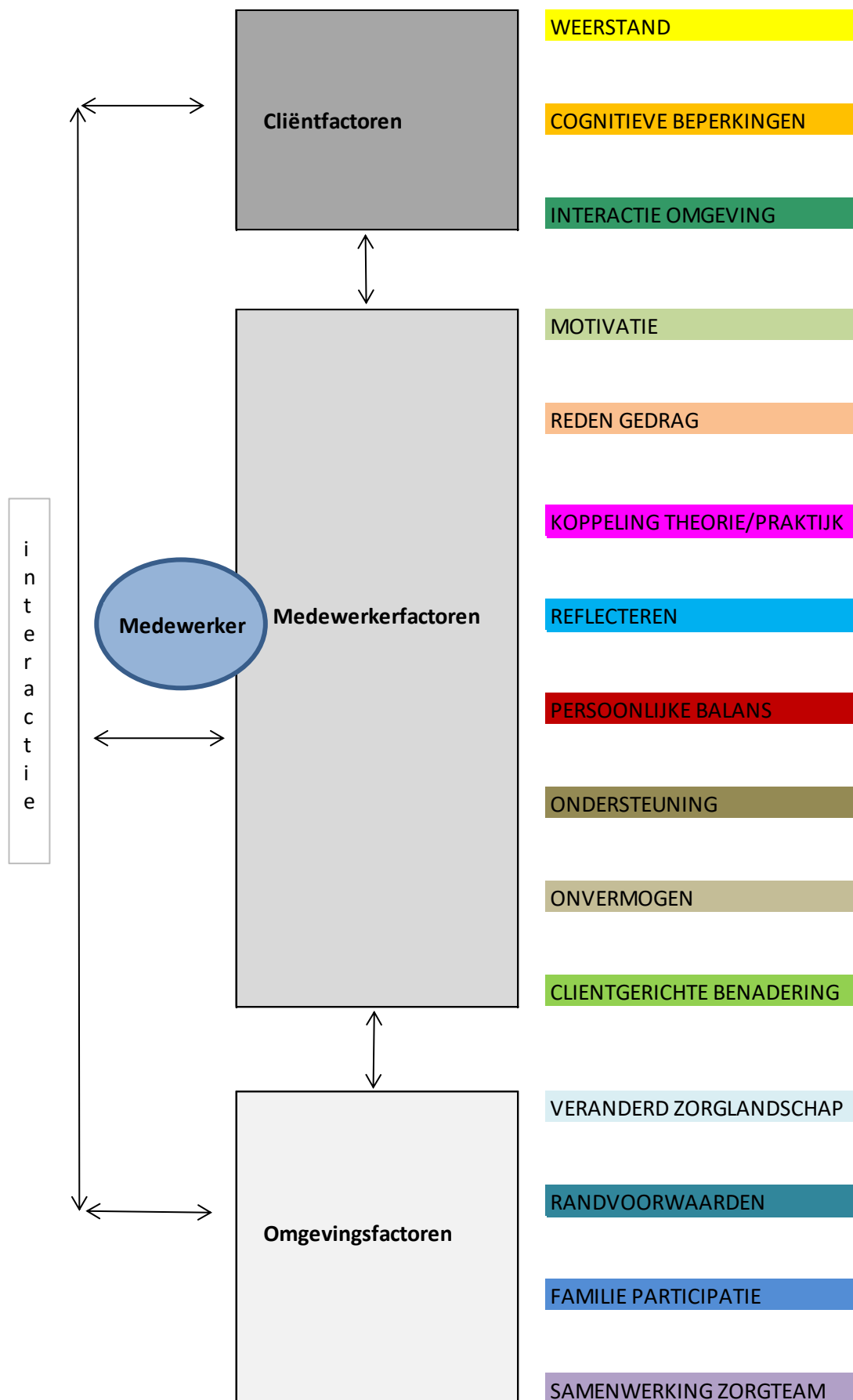
- Cliëntfactoren; factoren die binnen of bij de cliënt spelen zoals bijvoorbeeld de beperkte cognitieve vermogens of de fysieke weerstand.
- Medewerkerfactoren; factoren die binnen de medewerker spelen zoals bijvoorbeeld; motivatie, eigen emoties, persoonlijke balans en kennis en vaardigheden.
- Omgevingsfactoren: factoren die in of binnen de omgeving meespelen, zoals hoe bijvoorbeeld de organisatie omgaat met onbegrepen gedrag, en factoren zoals de veranderende cliëntenpopulatie.

Omgaan met onbegrepen gedrag vindt plaats in een wisselwerking tussen medewerker, cliënt en de omgeving. In schema 2.0 zijn deze factoren schematisch weergegeven en in het vervolg van dit hoofdstuk zullen de factoren en thema's verder uitgewerkt worden.

Omdat onbegrepen gedrag een deels persoonlijk ingekleurd concept is, is aan het begin van de interviews gevraagd wat respondenten zelf verstaan onder "onbegrepen gedrag". Veel respondenten noemen dan gedrag zoals agressie, onrust, loopdrang en angst. Daarbij voegen ze toe dat zij de aard en/of oorzaak van het gedrag niet begrijpen. Het gedrag wijkt op dat moment af van wat ze verwachten.

"Eigenlijk gedrag, dat je niet kunt peilen, wat je als normaal gezond denkend mens eigenlijk niet in kunt verplaatsen, waarom doe je dit? Waar komt dit uit voort? En hoe uit zich dat? Dat je het voor ons gezonde mensen niet kunnen begrijpen waarom doet iemand dat? Waarom reageert iemand zo en dat kan op alle manieren zijn, dat kan van jengelen zijn, dat kan boos zijn, dat kan passief zijn, zo zie ik het."
(Respondent Z3)

Schema 2.0. Weergave vanuit perspectief van de zorgmedewerker van factoren en thema's die meespelen bij onbegrepen gedrag.



3.3; Uitwerking factoren en thema's.

3.3.1 Cliëntfactoren

Het onderwerp 'Cliëntfactoren' valt uiteen in drie thema's. Hieronder worden elk van deze thema's uitgewerkt en toegelicht.

Weerstand

Nagenoeg alle respondenten vertelden in het interview over weerstand, dit lijkt een rol te spelen in de zorg voor de cliënten met onbegrepen gedrag. Dit belemmert hen in het geven van de dagelijkse zorg. Deze weerstand kan fysieke kracht zijn of weerstand tijdens de zorgmomenten waardoor het de zorgmedewerker erg veel moeite kost om de zorg te verlenen. Soms gaat dit gepaard met verbale en fysieke agressie, soms met persoonlijk letsel tot gevolg.

Cognitieve beperkingen

Door de dementie gaat het vermogen van de cliënt om te communiceren met de omgeving achteruit. Dit vormt een beperkende factor in de zorgverlening. De cliënt begrijpt de medewerker niet en reageert daardoor anders, vaak primair, dan verwacht. Anderzijds is het zo dat de cliënt ook moeite heeft zich te uiten naar de zorgmedewerker toe. De cliënt is in veel gevallen niet in staat kenbaar te maken wat er speelt. (Angst, pijn, verdriet, ongemak) *"Ik kan mij voorstellen als je al verward bent en er komen twee zusters naar jou toe, hup het licht wordt aangeslagen, 'zo, goedemorgen we gaan u eens even wassen', dat niet heel als prettig wordt ervaren. Dat dat bedreigend op iemand overkomt. Kijk als jij een op een rustige met iemand praat, beetje je volume van je stem aanpast, dan komt dat voor diegene die daar ligt prettiger over, dan dat je daar met een bult lawaai daar met zijn tweeën binnenkomt. En wat ook al snel gebeurt is dat je over de bewoner heen gaat praten. En dat ze daardoor de grip verliest van wat er gaat gebeuren. Tenminste zo ervaar ik het, want je doet al wel snel. Oh pak jij hem de trui, hup hoofd erdoor, hup armen erdoor, nou iemand de zij als iemand in bed of dat gebeurt gewoon heel snel. Dan ben je misschien, dat doe je onbewust, maar het is niet goed voor degene niet daar ligt of zit."* (Respondent Z4)

Interactie omgeving

De cliënt is ook in contact met mede cliënten. Deze interactie kan zowel stimulerend als negatief uitwerken. Zo gaat de zorg van de respondent uit naar de cliënt maar ook naar de mede cliënten die op dezelfde afdeling verblijven. Respondenten

proberen daarbij de cliënten afleiding te bieden om zo het onbegrepen gedrag te doorbreken.

Samenvatting; De cliënt is door de dementie aangetast in het vermogen om te communiceren en om de zorgmedewerkers te begrijpen. Hierdoor ontstaat er een weerstand of onbegrepen reactie die als moeilijk wordt ervaren door de zorgmedewerker én de overige cliënten aanwezig op de afdeling.

3.3.2 Medewerkerfactoren

Tijdens de interviews kwam naar voren dat het erg lastig kan zijn om met deze doelgroep te werken. Er zijn een aantal zaken die medewerkers helpen om dit te kunnen doen. Acht thema's behoren tot 'medewerkerfactoren'. Hieronder worden elk van deze thema's uitgewerkt en toegelicht.

Motivatie

Om de zorg te kunnen leveren dag in dag uit is het voor medewerkers van belang om de zorg te kunnen geven vanuit een bepaalde 'overtuiging'. Het werken met deze doelgroep zien zij als een uitdaging en doen zij vanuit hun gevoel. Zo zegt een respondent: *"Je moet dat wel met liefde doen want anders dan.....kan je beter in het ziekenhuis of wat dan ook gaan werken. Niet dat je dat niet met liefde moet doen maar daar gaat het net allemaal net effe iets sneller. Ik denk wel als je hier wilt werken, ja dat doe je niet zomaar even omdat je het wassen bij wijze van leuk vind. Nee ik vind wel van je...je wilt gewoon het beste voor de mensen dit is gewoon de allerlaatste plek waar ze zijn....Dat wil je wel zo fijn mogelijk maken samen met familie."* (Respondent Z7)

Medewerkers voelen zich verantwoordelijk in hun zorgverlening. Ze beseffen dat ze nodig zijn en dat zij in staat zijn om zich flexibel op te stellen bij cliënten die dat niet meer kunnen. Door de realisatie van de beperking van de cliënt is er ook een bepaalde mate van acceptatie van het gedrag van de cliënt. Er blijkt een duidelijk onderscheid te zijn in wat zorgmedewerkers accepteren in het gedrag van cliënten met en cliënten zonder dementie. Acceptatie helpt de medewerker om het gedrag een plek te geven en te rechtvaardigen.

Wat verder meehelpt is dat zorgmedewerkers willen leren en bereid zijn naar zichzelf te kijken en gemotiveerd zijn om nieuwe kennis en inzichten op te doen. Dit lijkt een essentieel onderdeel doordat onbegrepen gedrag veelal gaat over zaken welke nog niet zichtbaar zijn aan de oppervlakte. Medewerkers zullen dus ook op zoek moeten gaan naar wat ze nog niet weten. De inhoud van deze kennis wordt bij het thema 'Koppeling theorie/praktijk' besproken.

Reden gedrag

De zorgmedewerkers geven aan dat ze veel bezig zijn om te achterhalen wat de reden van het gedrag is; is er iets aan te wijzen wat maakt dat de cliënt zo reageert? Hierbij valt te denken aan overprikkeling en andere reeds bekende triggers zoals een urineweginfectie. De hoop van de medewerkers is dat ze als ze oorzaak gevonden hebben ze deze kunnen wegnemen. Ze geven aan dat het hen helpt om het gedrag te kunnen verklaren. Ze doen dit door goed te observeren en gebruiken hun aanwezige kennis over oorzaken van onbegrepen gedrag. Verder speelt het verleden van de cliënt een grote rol. Nagenoeg alle respondenten geven aan dat kennis van het levensverhaal of ingrijpende levensgebeurtenissen hen helpt om het gedrag te verklaren. Ook halen zij informatie over hoe ze cliënt kunnen benaderen uit het verleden van de cliënt, wie was de cliënt, welke dingen deed de cliënt graag, waar had de cliënt een hekel aan.

“Want dat merk je wel hoe meer de bewoner ook kent hoe meer je de achtergrond kent en hoe meer je daar op in kunt spelen en je kunt daardoor al een heel groot stuk voorkomen.” (Respondent Z7)

Koppeling theorie/praktijk

Respondenten geven aan dat kennis over de theorie hen helpt in de omgang met onbegrepen gedrag. Veel respondenten benoemden de vier hersenniveaus van Anneke van der Plaats (geriater) welke gebruikt worden in scholingen binnen TMZ. Verder zouden ze graag uitleg willen over verschillende vormen van dementie en de omgang daarmee. Een aantal respondenten hebben opgemerkt dat ze ook wat wilden leren over de samenhang met psychiatrische ziektebeeld of ander hersenletsel zoals een CVA. De grootste behoefte is er op de afdeling aan praktische handvatten. *“En ja qua kennis, ik denk dat er heel weinig bekend eigenlijk is, gewoon echt, nou ja een stuk theorie maar ook inderdaad die vertaalslag want je kunt dingen nog, voor zover ze beschreven zijn, nog zo mooi in de theorie lezen maar als je je ze dan vervolgens probeert in de praktijk denkt te brengen, je hebt nooit een bewoner die perfect aansluit op het theoretische model. Dus ik denk dat je gewoon iemand nodig hebt die praktisch over je schouder kan meekijken en dan kan kijken van joh misschien kun je het zo of zo doen, en dat dat gewoon een op maat gemaakt advies is, en dat heb ik hier nog niet gezien helaas.” (Respondent Z6)* De praktische handvatten zijn met name nodig in de praktijk op de eigen afdeling geven respondenten aan. En naast tips worden ook oefeningen of technieken genoemd om beter te kunnen omgaan met agressie of fysieke weerstand van de cliënt. Enkele respondenten hadden ook ervaringen dat de tips die ze aangereikt

kregen onvoldoende werkten of dat ze reeds zelf al geprobeerd hadden deze interventies toe te passen.

Reflecteren

Een groot gedeelte van de respondenten gaven aan dat het belang van reflecteren erg groot is in de omgang met onbegrepen gedrag. Ze bedoelen hiermee dat je stilstaat bij je eigen aandeel of bij je eigen gevoel. *“En dan ga ik toch wel even terug voor mezelf, even kijken maar hoe kwam dat zo van hoe komt dat dat ik weer een klap kreeg, wat heb ik dan gemist? Dan heb ik iets gemist, dan heb ik een prikkel of een aanleiding gemist.” (Respondent Z5)*

Enkele respondenten vinden dat zij zelf ook onderdeel kunnen zijn van de oorzaak van onbegrepen gedrag. Een aantal respondenten reflecteert door de situatie te verlaten. Ze nemen letterlijk en figuurlijk afstand om na te gaan wat er is gebeurd, hoe ze zich daarbij voelen en wat hun aandeel kan zijn.

Persoonlijke balans

In meer dan de helft van de interviews werd genoemd dat er sprake moest zijn van persoonlijke balans. Respondenten gaven aan dat ze hun werk beter konden uitvoeren indien ze zelf goed in hun vel zaten. Ze maken daarbij een duidelijke opmerking dat het belangrijk is om een goede balans werk/privé te hebben.

“Ik vind zoals nu dat je die vergoeding voor sport krijgt ik denk dat dat soort dingen heel goed zijn, want het is heel fijn als je hier gewoon zoveel met onrust en agressie bezig bent, en ik heb het dan thuis ook wel pittig omdat ik alleen de zorg voor mijn kinderen heb vind ik dat wel heel fijn op de een of andere manier kunt ontspannen of iets fysieks kunt doen, effe je verstand op nul.. Ik denk dat zulke dingen wel heel goed zijn om je medewerkers ook te stimuleren om te sporten en dat soort dingen. Dat je op een andere manier ook bezig bent en dat je die stress een beetje kwijt kan ofzo.” (Respondent Z2)

Een respondent legde uit dat de omgang met onbegrepen gedrag moeilijker werd na een aantal dagen werken aaneen. *“.....Mits je niet continu aan het roofbouw plegen bent. Gewoon af en toe een dag vrij, ik vind het heerlijk om gewoon thuis lekker, even de auto wassen of effe in de tuin te knutselen, zulk soort dingen.” (Respondent Z6)*

Respondenten geven ook aan dat eigen emoties een rol spelen. Dit zijn gevoelens variërend van verdriet, frustratie, onmacht en andere negatieve gevoelens die respondenten ervaren door wat het onbegrepen gedrag met hun doet. Op het

moment dat deze gevoelens niet geneutraliseerd worden en een plekje krijgen, zoals zorgmedewerkers zelf aangeven, kan dit ook weer meespelen in de omgang met de cliënten. Werkplezier is voor de respondenten ook helpend, op het moment dat zij voldoening halen uit hun werk geeft dat energie en aandacht om met dit gedrag om te gaan. Respondenten geven aan dat het werken met PG-bewoners duidelijk bij je moet passen, zo benoemen ze een bepaalde overtuiging, verantwoordelijkheidsgevoel en naastenliefde. Op het moment dat er minder plezier in het werk is wordt het werk ook moeilijker om vol te houden geven respondenten aan.

Ondersteuning

Ondersteuning is noodzakelijk als onderdeel van de werkwijze. De steun van leidinggevende is voor de respondenten van verschillend belang. Er zijn respondenten die aangeven dat de steun van de leidinggevende hen helpt en zien dit als voorwaarde. Zij ontleen steun aan de leidinggevende door het voeren gesprekken, door het krijgen van praktische tips of door het optreden als belangenbehartiger van het team. Er zijn ook respondenten die deze rol anders zien, meer ondersteunend en op de achtergrond. Nagenoeg alle respondenten gaven aan dat zij de steun van collega's erg belangrijk vinden. Dit wordt gezien als hulpmiddel. Negatieve gevoelens of ingrijpende gebeurtenissen worden het liefst met collega's besproken.

“Ja ik denk gezelligheid en dat je bij je collega's terecht kan op het moment dat het moeilijk wordt, dat je elkaar helpt. Want wij.....we hebben wel drie verschillende teams maar je helpt elkaar wel, je ondersteund elkaar als dat nodig is. En als je dat niet doet dan kun je ook niet met plezier naar je werk. Collega's die zijn wel heel belangrijk. Op het moment dat je iets rottigs hebt meegemaakt, dat je met je collega bespreekt dat je het ook los kunt laten. Dat is wel heel belangrijk.”
(Respondent Z10)

Respondenten geven aan dat het vooral prettig is om deze dingen te delen met mensen die in dezelfde situatie staan, die de moeilijkheden ook zelf (her)kennen. Een andere voorwaarde is dat zorgmedewerkers hulp vragen en een beroep kunnen doen op collega's als ze vastlopen of het niet goed meer weten, maar ook in het geval als hun persoonlijke veiligheid in het gedrang komt.

Onvermogen

Het begrip onvermogen blijkt uiteen te vallen in drie kleinere begrippen, te weten onwetendheid, onmacht en onbegrip. Onvermogen gaat sterk over wat niet lukt of niet kan en wat dit met de respondent doet. Onwetendheid komt grotendeels voort uit het feit dat de respondenten geen andere manier weten om ermee om te gaan of het gedrag te beïnvloeden. Er zijn bepaalde gedragingen bij de cliënt en daar weet de zorgmedewerker geen antwoord op. In veel gevallen speelt er bij de respondenten ook een gevoel van onmacht of machteloosheid. Ze willen graag dat de kwaliteit van leven verbetert en dat er een verbetering komt in de situatie van de cliënt. Het lastigste vinden respondenten het om het te begrijpen, of te snappen waarom de cliënt op een bepaalde wijze reageert. *“Ik heb ook wel eens gehad dat je dan met iemand koffie zit te drinken en dat iemand dan gewoon de kop koffie over je heen gooit, echt zulke dingen, dat je dan eigenlijk zelf niet snapt waarom mensen iets doen. Dat je er echt bewust over na moet gaan denken van waarom zou iemand dat doen, maar dat je er eigenlijk niet achter kunt komen waarom iemand zoiets doet.” (Respondent Z2)*

Clientgerichte benadering

Als er wordt besproken wat respondenten doen met cliënten die onbegrepen gedrag vertonen dan geven de respondenten een weergave van de benadering, attitude of overwegingen in het contact met de cliënt. Deze kennis over wat werkt en wat ze zien wat werkt bij collega's wordt veelal eigen gemaakt door impliciet leren. Respondenten noemen dat continu afstemmen op de cliënt een belangrijke manier is in de omgang met onbegrepen gedrag. Daarbij wordt gezocht wat de cliënt op dat moment nodig heeft. De reactie of aanpak kan dus verschillen, ook al is het gedrag hetzelfde van de cliënt.

“Eum, als je bijvoorbeeld weet iemand heeft heel erge loopdrang en staat een beetje geïrriteerd en boos en loopt over de gang dan weet je gewoon als je haar tien keer tegen komt en je zegt gewoon tien keer gewoon even helemaal niks en de elfde keer kom je haar weer tegen en ze kijkt je weer aan en je zegt; “[NAAM CLIENT], kom maar even binnen koffie drinken.” Dan is het goed. Maar je moet dan niet als je haar de eerste keer tegen komt : “ Oh [NAAM CLIENT] kom koffie “. Ja je weet gewoon op welke manier je iemand moet of kunt benaderen.” (Respondent Z7)

Deze afstemming dient ook in het contact maken gebruikt te worden door bijvoorbeeld de cliënt altijd van voren te benaderen of eerst lichamelijk contact te maken voordat er communicatie plaatsvindt. Doordat de respondent in staat is om verschillende manieren in te zetten kan er als het ware gecompenseerd worden wat de cliënt niet meer kan.

Respondenten kunnen afstemmen op de cliënt doordat zij eigenlijk continu de cliënt

observeren en daarop hun werkwijze afstemmen.

Daarnaast verplaatsen zorgmedewerkers zich in de cliënt om zo het eigen handelen te spiegelen. Dit geeft hen informatie over hoe bepaalde reacties geïnterpreteerd kunnen worden. Medewerkers zien een verschil in of zij de cliënt alléén benaderen of met meerdere personen. Enerzijds doordat dit mogelijk bedreigend kan overkomen voor de cliënt maar anderzijds vertellen respondenten dat ze mogelijk minder oog hebben voor de behoefte van de cliënt op dat moment. Respondenten noemen nagenoeg allemaal het belang om de cliënt rustig te benaderen. Wat in ieder geval duidelijk naar voren komt dat meegaan in de agressie, onrust of verdriet van de cliënt geen meerwaarde lijkt te hebben. Indien er toch met meerdere personen naar een cliënt toegegaan moet worden is het van belang om af te stemmen over de regie. Wie voert het woord, wie geeft spullen aan, en in situaties met agressie, hoe zorgen we voor voldoende persoonlijke veiligheid.

“Mijn ervaring met één persoon helpen gaat veel makkelijker. Als het niet kan met ADL, iemand moet hem aanspreken, ADL moet je met z’n tweeën doen als het te zwaar is maar qua handeling één persoon moet hem aanspreken.” (Respondent Z9)

Samenvatting: De zorgmedewerker is zelf het gereedschap om de cliënten te begeleiden. Dit vraagt dus om onderhoud in de zin van persoonlijke balans en een gebruiksaanwijzing van hoe te reageren naar de cliënt en hierop te reflecteren. Concreet zou dit betekenen volgens de respondenten dat er een aantal intrinsieke factoren aanwezig moeten zijn zoals motivatie, het verantwoordelijk voelen voor deze doelgroep, de wens om te leren, te ontwikkelen en de realisatie dat het gedrag van de cliënt veroorzaakt wordt door de dementie. Wat verder nog meespeelt is het nastreven van een persoonlijke balans, dit gaat over werkplezier, privé situatie en eigen emoties, al dan niet veroorzaakt door het werk. Medewerkers kunnen door het verleden van de cliënt te kennen en hun eigen kennis proberen te achterhalen wat de reden/oorzaak van het gedrag is. Hierbij zouden ze begeleiding willen krijgen met praktische handvatten op de werkvloer. De ondersteuning op emotioneel vlak kan plaatsvinden door collega’s en/of door leidinggevenden. De zorg sluit het beste aan volgens de respondenten indien deze verleend wordt vanuit persoonsgerichte invalshoek.

3.3.3 Omgevingsfactoren:

Vier thema's behoren tot 'omgevingsfactoren'. Hieronder worden elk van deze thema's uitgewerkt en toegelicht.

Veranderd zorglandschap

Tijdens de interviews werd het duidelijk dat volgens de respondenten de cliëntenpopulatie is veranderd. Ze vertellen dat er een toename is van onbegrepen gedrag en de cliënten ook verder in hun stadium van dementie zijn. *“Mensen komen wel wat verder in hun dementie binnen als tien jaar terug. Tien jaar terug was het heel vaak dat lieve oude vrouwtje en dat is nu ja soms zijn mensen al wel wat verder in hun dementie gevorderd en dan moet je dan ook weer anders mee omgaan en die mensen moet je dan weer op een andere manier leren kennen als met het gesprek.” (Respondent Z8)*

Respondenten vertellen anderzijds dat hun werkwijze de afgelopen 10 jaar ook veranderd is. Ze stemmen meer af op de individuele behoefte van de cliënt en het afdelingsritme is minder leidend.

Randvoorwaarden

Respondenten hechten waarde aan het feit dat de organisatie ondersteunt in de mogelijkheden in de omgang met onbegrepen gedrag. Voldoende tijd beschikbaar vormt hierbij een belangrijke factor. De respondenten bemerkten in sommige gevallen dat de fysieke ruimte van de afdeling of cliënten kamers beperkend was voor de gestelde werkwijze. Ze misten dan ruimte om de cliënt tot rust te laten komen of om te bewegen. Dit verschilde duidelijk per locatie waar de cliënten verbleven. De mogelijkheid om gebruik te kunnen maken van externe consultatie zoals van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) werd door een gedeelte van de respondenten omarmd. Tijdens andere interviews kwam dit niet ter sprake, het is niet duidelijk geworden of dit voorkwam uit onwetendheid of andere redenen.

Familie participatie

Familie is een belangrijke partij in de communicatie geven respondenten aan. Zo voeren zij gesprekken met familieleden van cliënten die onbegrepen gedrag vertonen maar ook met de familieleden van medebewoners om hun begrip te vergroten. De familie helpt mee in de zorg en voorziet de respondenten van informatie over het leven en verleden van de cliënt.

Samenwerking zorgteam

De respondenten benoemen allen dat het belangrijk is om met het team op één lijn te staan in de afgesproken werkwijze. Dit vergt wel veel inspanning van alle deelnemers in het team maar is indien dit lukt een grote meerwaarde volgens respondenten. Het gedrag van de cliënt verbetert en de sfeer in het team blijft goed. Het tegenovergestelde is tegelijkertijd een waarheid, op het moment dat het team niet op één lijn zit werkt dit averechts in de omgang met onbegrepen gedrag. Een risico is een verschil van inzicht of verdeeldheid in het team. De respondenten geven aan dat door een open communicatie te hebben en informatie te delen door bijvoorbeeld ervaringen uit te wisselen ze beter in staat zijn om een goede wijze van omgang te vinden met cliënten die onbegrepen gedrag vertonen.

Samenvatting; De omgeving van de zorgmedewerkers, bestaande uit de maatschappelijke veranderingen en de zwaardere cliëntenpopulatie heeft effect op de werkwijze en hetgeen er gevraagd wordt van de zorgmedewerkers. De organisatie stelt middelen en methoden ter beschikking om de medewerkers hierin te ondersteunen, echter sluit dit niet altijd aan bij wat de werkvloer nodig heeft. De familie krijgt een meer centrale rol dan voorheen, enerzijds kan dit helpen, anderzijds vormt zij ook weer een extra schakel om mee te communiceren.

4.0 Discussie

Het wordt gedurende dit onderzoek steeds duidelijker dat de cliënt door de dementie niet flexibel meer is om adequaat invloed uit te oefenen op de omgeving. De medewerkers voelen zich verantwoordelijk om dit te compenseren. Ze kunnen dit doen door voldoende motivatie, kennis en vaardigheden te bezitten en indien nodig kunnen ze terugvallen op aanwezige deskundigen die in de praktijk mee helpen het gedrag te verklaren. De geïnterviewde medewerkers geven allen aan dat een persoonsgerichte benadering een gunstige uitwerking heeft op het gedrag van de cliënt en hun eigen werkplezier. Dit is overeenkomstig de gevonden literatuur rondom person –centred care (van den Pol–Grevelink, Jukema, & Smits, 2012) . Hunter et al. (2017) heeft onderzocht dat veel kennis rondom persoonsgerichte zorg eigen wordt gemaakt in de praktijk. Thema's die naar voren kwamen in het onderzoek van Hunter et al. zijn; relatie opbouwen, meegaan in voorkeuren, flexibele opstelling, holistisch kijken (inclusief verleden van cliënt) en een afgestemde benadering. Dezelfde kenmerken kwamen naar voren in dit onderzoek. Het onderzoek van Hunter et al. heeft zich alleen beperkt tot de kennis van zorgmedewerkers (Hunter et al., 2017). In dit onderzoek zijn ook de organisatorische factoren, cliëntfactoren en de medewerkerfactoren meegenomen.

De steun van de leidinggevende is daarbij niet voor iedereen van belang, komt in dit onderzoek naar voren. Echter in het onderzoek van Willemse et al. (2015) wordt beschreven dat de steun van de leidinggevende belangrijk is. Ook komt naar voren in het onderzoek van Willemse et al. (2015) dat bij de personeelsleden die minder persoonsgericht zijn meer behoefte hebben aan steun van collega's. Opvallend is dat er bij de onderzoeker niet het idee bestaat dat de respondenten van dit onderzoek weinig kenmerken vertonen van persoonsgerichtheid, in alle interviews kwamen namelijk uitingen naar voren van persoonsgerichte zorg, zoals afstemmen op individuele behoefte van cliënten.

De balans in het bewaken van afstand en nabijheid komt in het onderzoek van Willemse et al. naar voren. Respondenten zoeken naar een balans in privé en werk maar kunnen hier mogelijk nog meer in ondersteund worden is de conclusie van het onderzoek van Willemse et al. (Willemse, De Jonge, et al., 2015).

In dit onderzoek vertelden zorgmedewerkers dat ze gewend zijn om te reflecteren, dit is tegenstrijdig met een artikel van Summer (2010) waarin zij beschrijft dat dit uitzonderlijk is onder verplegend personeel (Sumner, 2010). Mogelijk heeft dit te maken met de verandering in tijd en de verschillen in werkgebied en opleidingsniveau.

In het onderzoek van Edberg et al. (2008) werden soortgelijke bevindingen gevonden als in dit onderzoek. Er werden hiervoor focusgroepen gehouden om te

bespreken waardoor er spanning/druk optreedt tijdens het werken met dementerende patiënten. Conclusie was dat zorgmedewerkers moeite hebben met de beïnvloeding van werk en privé en randvoorwaarden missen. Verder beschrijft Edberg het spanningsveld tussen tegenstrijdige behoeften in relatie met andere cliënten en ook met de zorgmedewerkers zelf. Dit wordt ook herkend in dit onderzoek. In het onderzoek van Edberg et al. (2008) wordt benoemd dat zorgmedewerkers voelen dat zij door familie en hun omgeving onvoldoende aanzien genieten doordat zij werkten in de zorg voor dementerenden. Dit beeld wordt niet herkend door de onderzoeker en werd ook niet duidelijk in de analyse van de data. Mogelijk komt dit doordat het onderzoek plaatsvond onder zorgmedewerkers in Zweden, Australië en het Verenigd Koninkrijk (Edberg et al., 2008). In dit onderzoek wordt een duidelijk onderscheid gemaakt naar drie factoren die een rol spelen in de omgang met onbegrepen gedrag, met daarbij bijzondere aandacht voor de thema's welke er spelen bij de zorgmedewerkers zelf.

Medewerkers geven aan dat het zorglandschap veranderd is in de afgelopen jaren en er veel meer onbegrepen gedrag voorkomt. Dit komt ook overeen met de prevalentie van onbegrepen gedrag in relatie met dementie, dit komt ongeveer bij 80 % van de verpleeghuispopulatie voor (Zuidema et al., 2007) en dit aantal blijft stijgen (Borsje, Wetzels, Lucassen, Pot, & Koopmans, 2015). Deze hoge prevalentie is deels te verklaren doordat dit vaak de indicatie is voor opname op een psychogeriatrische (PG) afdeling van een verpleeghuis (Wetzels et al., 2010). In het laatst genoemde onderzoek wordt beschreven dat zorgmedewerkers zich voor moeten bereiden op een cliëntenpopulatie met onbegrepen gedrag.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is dat niet alle kwalificatieniveaus zijn vertegenwoordigd in de geïnterviewde groep. Echter is de groep respondenten met veelal verzorgenden wel het meest aanwezig op de werkvloer. Er is gebruik gemaakt van doelgerichte selectie van de respondenten en daardoor is er veel variatie geweest in de respondenten en de wijze waarop men omgaat met onbegrepen gedrag. Er zijn verschillende zorgmedewerkers benaderd om het fenomeen breed in kaart te brengen. Hierbij hebben op één na alle benaderde respondenten vrijwel direct ingestemd met het interview. Mogelijkerwijs voelen zij zich voldoende zeker om te praten over dit thema, het is niet duidelijk of er zorgmedewerkers zijn die anders tegen het thema aankijken. Het verpleeghuis is representatief voor de regio waarin de organisatie gevestigd is, mogelijk loopt de instelling zelfs wat voor in de ontwikkelingen en werkwijze ten opzichte van andere instellingen in de regio. De onervarenheid van de onderzoeker met betrekking tot het afnemen van interviews kan gezien worden als een beperking, anderzijds heeft de onderzoeker ruime ervaring in gesprekstechnieken vanuit eerdere werkervaringen en heeft de onderzoeker supervisie gekregen van onderzoekbegeleider M.G. Wat als een gemis ervaren werd door de onderzoeker is dat er geen mede onderzoeker was die thuis

was in de materie en de besproken onderwerpen en die kon zorgen voor peer debriefing.

4.1 Conclusie

Wat heeft een zorgmedewerker in het verpleeghuis nodig om te kunnen omgaan met dementerende patiënten met onbegrepen gedrag vanuit het perspectief van de zorgmedewerker?

Een zorgmedewerker heeft een aantal intrinsieke factoren nodig om persoonsgerichte zorg te verlenen, zoals motivatie, overtuiging, het gevoel van verantwoordelijk en de wil om te leren, ook door te reflecteren. Daarnaast moet de wens om de cliënt en diens verleden te leren kennen en de behoefte om de oorzaak van het onbegrepen gedrag te willen achterhalen aanwezig zijn. Deze kennis dient óp de afdeling met praktische handvatten aangeboden te worden. Verder is een persoonlijke balans helpend met daarbij aandacht voor de verhouding werk/privé. De behoefte aan ondersteuning is verschillend en kan geboden worden door collega's en/of leidinggevend. Randvoorwaarden als tijd en de fysieke ruimtes van de organisatie spelen ook een rol. Het helpt de zorgmedewerkers om een goede samenwerking te hebben in het zorgteam met een open communicatie waarin het team op één lijn staat. De familie is een partij waar ook rekening mee gehouden dient te worden in de communicatie. Enerzijds om informatie te verstrekken over onbegrepen gedrag en anderzijds om informatie over het verleden van de cliënt te verkrijgen.

4.2 Suggesties voor verder onderzoek

Vervolgonderzoek is nodig om te vast te stellen in welke mate de genoemde factoren meespelen. Dit zou in een kwantitatieve studie gedaan kunnen worden. Verder zou de wijze van scholing/begeleiding in kaart gebracht moeten worden en geëvalueerd moeten worden indien eenmaal in de praktijk gebracht. Tot slot zou de behoefte en wijze van 'opladen' bij de zorgmedewerkers onderzocht kunnen worden om hen te helpen bij de impact van het onbegrepen gedrag op henzelf en om te voorkomen dat er betrokken personeel verloren gaat. Dit zou onderzocht kunnen worden middels een interventie studie. Op het moment dat medewerkers beter ondersteund worden in wat zij nodig hebben kan vooraf en achteraf gemeten worden hoe de ervaren stress en voldoening in het werk is. Bij de cliënten populatie zou het onbegrepen gedrag gemeten kunnen worden en het gebruik van psychofarmaca om te evalueren of er een afname is van onbegrepen gedrag en psychofarmaca na de interventie bij zorgmedewerkers.

5.0 Implicaties voor de praktijk

Om in de dagelijkse zorg voor deze doelgroep een passende werkwijze te ontwikkelen is het van belang om na te gaan bij elk team én individu welke factoren aanwezig zijn. De individuele medewerker heeft in meer of mindere mate behoefte aan steun. Doordat dit veranderlijk is en niet vast staat is het raadzaam om de steun van collega's en leidinggevenden voorwaardelijk aanwezig te laten zijn en daarbij af te stemmen op de behoefte van de individuele zorgmedewerkers. Ook zou er meer oog moeten zijn voor de persoonlijke balans van de medewerkers met daarbij oog voor eigen emoties, werkplezier en balans privé en werk. De afdeling Human Resource Management (HRM) zou hierbij betrokken moeten worden. Collega's op de afdeling zouden onderling het praten over de balans tussen werk en privé als gewoon moeten beschouwen, dit normaliseert deze behoefte. In de praktijk is het van belang om scholing te geven óp de afdeling met praktische handvatten en praktijksituaties, aangevuld met theoretische kennis. De bestaande scholingen voor coaches onbegrepen gedrag leveren hierin hun bijdrage.

Tijdens de scholingen is het van belang dat er ook oog is voor reflectie en de invloed van eigen emoties op het gedrag van de cliënt. De organisatie kan de medewerkers beter ondersteunen door randvoorwaarden als tijd, fysieke ruimtes en de mogelijkheden tot externe consultatie zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) te faciliteren.

De leidinggevenden op de afdelingen zouden op de hoogte gebracht moeten worden van de uitkomsten van dit onderzoek om daarmee de zorgmedewerkers te ondersteunen in hun behoefte.

De verpleegkundig specialist kan ondersteunend zijn naar de teams, de cliënten en het cliënt systeem. De verpleegkundig specialist kent vanaf de werkvloer en de ervaring met de doelgroep de problemen die zich kunnen voordoen. Hierdoor kan de verpleegkundig specialist inspelen en realistische adviezen geven en de deskundigheid bevorderen van zorgmedewerkers.

Bronnen

- Ballard, C., Creese, B., Corbett, A., & Aarsland, D. (2011). Atypical antipsychotics for the treatment of behavioral and psychological symptoms in dementia, with a particular focus on longer term outcomes and mortality. *Expert Opin Drug Saf*, 10(1), 35–43. doi:10.1517/14740338.2010.506711
- Ballard, C., Orrell, M., YongZhong, S., Moniz–Cook, E., Stafford, J., Whittaker, R., . . . Fossey, J. (2016). Impact of Antipsychotic Review and Nonpharmacological Intervention on Antipsychotic Use, Neuropsychiatric Symptoms, and Mortality in People With Dementia Living in Nursing Homes: A Factorial Cluster–Randomized Controlled Trial by the Well–Being and Health for People With Dementia (WHELD) Program. *Am J Psychiatry*, 173(3), 252–262. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15010130
- Berry, S. D., Placide, S. G., Mostofsky, E., Zhang, Y., Lipsitz, L. A., Mittleman, M. A., & Kiel, D. P. (2016). Antipsychotic and Benzodiazepine Drug Changes Affect Acute Falls Risk Differently in the Nursing Home. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 71(2), 273–278. doi:10.1093/gerona/glv091
- Bird, M., Anderson, K., MacPherson, S., & Blair, A. (2016). Do interventions with staff in long–term residential facilities improve quality of care or quality for life people with dementia? A systematic review of the evidence. *Int Psychogeriatr*, 1–27. doi:10.1017/s1041610216001083

- Borsje, P., Wetzels, R. B., Lucassen, P. L., Pot, A. M., & Koopmans, R. T. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in community-dwelling patients with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr*, 27(3), 385–405.
doi:10.1017/s1041610214002282
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*, 8(4), 317–325.
doi:10.1016/s1474-4422(09)70045-6
- CIZ, Centrum indicatiestelling zorg. Aanspraak op AWBZ-zorg. CIZ-rapportage over aantallen geïndiceerde functies, ZZP's en zorgomvang. CIZ, 2014.
- Cornege-Blokland, E., Kleijer, B. C., Hertogh, C. M., & van Marum, R. J. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: a survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *J Am Med Dir Assoc*, 13(1), 80.e81–86.
doi:10.1016/j.jamda.2010.10.004
- Edberg, A. K., Bird, M., Richards, D. A., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging Ment Health*, 12(2), 236–243.
doi:10.1080/13607860701616374

GETTY IMAGES,Afbeelding titelpagina; Photo: via URL

<http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/9446837/Alzheimers-more-aggressive-in-the-younger-elderly.html>

Hazelhof, T. J., Schoonhoven, L., van Gaal, B. G., Koopmans, R. T., & Gerritsen, D. L.

(2016). Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: a concept analysis. *Int Nurs Rev*, 63(3), 507–516.

doi:10.1111/inr.12293

Hulshof, T. A., Zuidema, S. U., Ostelo, R. W., & Luijendijk, H. J. (2015). The Mortality

Risk of Conventional Antipsychotics in Elderly Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc*, 16(10), 817–824. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.015

Hunter, A., Keady, J., Casey, D., Grealish, A., & Murphy, K. (2016). Psychosocial

Intervention Use in Long-Stay Dementia Care: A Classic Grounded Theory. *Qual Health Res*. doi:10.1177/1049732316632194

HUNTER, P. V., Saskatchewan, U. o., HADJISTAVROPOULOS, T., Regina, U. o.,

KAASALAINEN, S., & University, M. (2017). A qualitative study of nursing assistants' awareness of person-centred approaches to dementia care.

Ageing & Society, 36(6), 1211–1237. doi:10.1017/S0144686X15000276

Inspectie voor de gezondheidszorg: Kijken met andere ogen naar de zorg voor

mensen met dementie en onbegrepen gedrag Een oriënterend en

cliëntgericht onderzoek naar de kwaliteit van zorg aan cliënten met
onbegrepen gedrag in de intramurale ouderenzorg, Utrecht 2015

Janus, S. I., van Manen, J. G., MJ, I. J., Bisseling, M., Drossaert, C. H., & Zuidema, S. U.
(2017). Determinants of the nurses' and nursing assistants' request for
antipsychotics for people with dementia. *Int Psychogeriatr*, 29(3), 475–484.
doi:10.1017/s1041610216001897

Jutkowitz, E., Brasure, M., Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R. A., Fink, H. A., . . . Kane, R.
L. (2016). Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Aggression in
Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A Systematic Review
and Meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*, 64(3), 477–488. doi:10.1111/jgs.13936

Karantzas, G. C., Mellor, D., McCabe, M. P., Davison, T. E., Beaton, P., & Mrkic, D.
(2012). Intentions to quit work among care staff working in the aged care
sector. *Gerontologist*, 52(4), 506–516. doi:10.1093/geront/gnr161

Lambregts, J., Grotendorst, A., & Projectgroep V&V 2020. (2012). Beroepsprofiel van
de verpleegkundig specialist., 19–26.

Maso, I., Smaling, A., (2004) Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Boom.
Amsterdam

McCabe, M. P., Mellor, D., Karantzas, G., Von Treuer, K., Davison, T. E., & O'Connor,
D. (2015). Organizational factors related to the confidence of workers in

working with residents with dementia or depression in aged care facilities.

Aging Ment Health, 1–7. doi:10.1080/13607863.2015.11118011

Pieper, M. J., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., Twisk, J. W., Kovach,

C. R., & Achterberg, W. P. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary

Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster

Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*, 64(2), 261–269.

doi:10.1111/jgs.13868

Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf (2008), Verenso

Smeets, C. H., Smalbrugge, M., Zuidema, S. U., Derksen, E., de Vries, E., van der

Spek, K., . . . Gerritsen, D. L. (2014). Factors related to psychotropic drug

prescription for neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with

dementia. *J Am Med Dir Assoc*, 15(11), 835–840.

doi:10.1016/j.jamda.2014.08.016

Spector, A., Revolta, C., & Orrell, M. (2016). The impact of staff training on staff

outcomes in dementia care: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*.

doi:10.1002/gps.4488

Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn–Luijten, A. (2015). Communication skills

training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and

nursing aides. *Clin Interv Aging*, 10, 311–319. doi:10.2147/cia.s73053

Sumner, J. (2010). Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: a critical perspective. *Nurs Philos*, 11(3), 159–169. doi:10.1111/j.1466-769X.2010.00445.x

TMZ, Aanbevelingen Onbegrepen gedrag, Met focus op mensen met een vorm van dementie, werkgroep onbegrepen gedrag, conceptversie februari 2016

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, 19(6), 349–357. doi:10.1093/intqhc/mzm042

van de Ven, G., Draskovic, I., Adang, E. M., Donders, R., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T., & Vernooij-Dassen, M. J. (2013). Effects of dementia-care mapping on residents and staff of care homes: a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *PLoS One*, 8(7), e67325. doi:10.1371/journal.pone.0067325

van den Pol-Grevelink, A., Jukema, J. S., & Smits, C. H. (2012). Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(3), 219–229. doi:10.1002/gps.2719

Van Eijken, M., Peijnenburg, R., van Achterberg, T., (2008) Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (niet medicamenteuze

aanbevelingen). Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St Radboud.

Nijmegen 102 p

Vilans en Trimbosinstituut op verzoek van de inspectie voor de gezondheidszorg

(2013); Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie Inventarisatie

richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met

dementie. Utrecht

Wetzels, R. B., Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T.

(2010). Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in

nursing homes over 2-year period. *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(12), 1054–

1065.

Willemse, B. M., De Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, M. F., & Pot, A. M. (2015).

Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics

and job-related well-being: a cross-sectional survey in nursing homes. *J Adv*

Nurs, 71(2), 404–416. doi:10.1111/jan.12505

Willemse, B. M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J., & Pot, A. M. (2015).

Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the

role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging*

Ment Health, 19(5), 444–452. doi:10.1080/13607863.2014.944088

Yasuda, M., & Sakakibara, H. (2016). Care staff training based on person-centered

care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of

nursing home residents with dementia. *Aging Ment Health*, 1–6.

doi:10.1080/13607863.2016.1191056

Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2011).

Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia:

influence of environmental correlates and staff distress on physicians'

prescription behavior. *Int Psychogeriatr*, 23(10), 1632–1639.

doi:10.1017/s1041610211001438

Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of

neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients

with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(7), 632–638.

doi:10.1002/gps.1722

Zwijssen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M., Pot, A. M., Gerritsen, D.

L., & Smalbrugge, M. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the

relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people

with dementia in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29(4), 384–391.

doi:10.1002/gps.4014

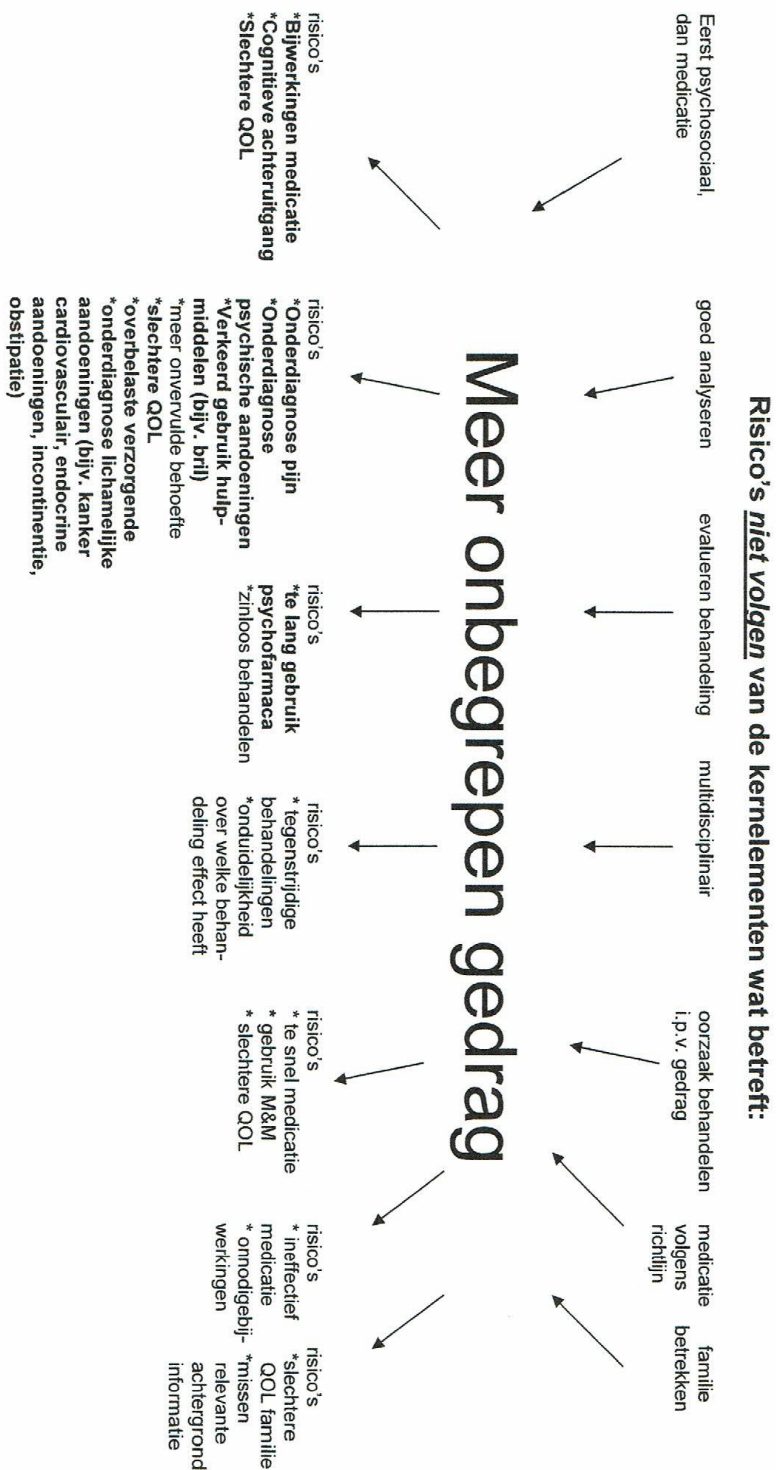
Zwijssen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Gerritsen, D. L., Hertogh, C. M., & Pot,

A. M. (2014). Grip on challenging behavior: process evaluation of the

implementation of a care program. *Trials*, 15, 302. doi:10.1186/1745-6215-

15-302

Bijlage A: Risico's bij inadequate omgang onbegrepen gedrag (Vilans en Trimbosinstituut, 2015)



Figuur 1: Overzicht van de risico's die ontstaan wanneer de richtlijnen voor onbegrepen gedrag niet gevolgd worden. Dikgedrukte risico's komen rechtstreeks uit literatuuronderzoek, niet-dikgedrukte risico's zijn aanvullingen vanuit de expertise van de onderzoeksgroep.

Bijlage B: Zoekstrategie

P	I	C	O
Problem behavior Behavioral symptom* Neuropsychiatric symptom* Challenging behavior Disruptive* Dementia Alzheimer*	Management Staff Distress Care* Nurs* Manage	–	Prescription* Prescribe antipsychotics Care Distress

De volgende (combinaties van) zoektermen zijn gehanteerd:

–(Problem behavior OR Behavioral symptom* OR Neuropsychiatric symptom* OR Challenging behavior OR Disruptive*) AND (Management OR Staff* OR distress OR care* OR Nurs* OR knowledge OR skill*) AND (Care* OR Prescription* OR antipsychotics) AND (Dementia OR Alzheimer*)

– (Staff attitude* OR management OR quality*) AND (Behavioral* OR aggressive*) AND dementia

–(quality) OR qualities) OR skills) AND dementia) AND staff)) AND personal

–skills[All Fields] AND ("knowledge"[MeSH Terms] OR "knowledge"[All Fields]) AND ("dementia"[MeSH Terms] OR "dementia"[All Fields])

Vanuit deze uitkomsten is via de sneeuwbalmethode verder onderzoek gevonden. De artikelen over dementie van de laatste 5 jaar, van 1 oktober 2011 tot 1 oktober 2016, zijn geïnccludeerd. Er is zoveel mogelijk gekeken naar artikelen die gaan over de Nederlandse situatie of Europese landen met een vergelijkbare context zoals Scandinavië, Verenigd Koninkrijk.

Bijlage C: Toestemmingsverklaring



TOESTEMMINGSVERKLARING

TOESTEMMING VOOR DEELNAME AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Betreft onderzoek: Onderzoek naar omgang met onbegrepen gedrag

Naam:

Ondergetekende verklaart als volgt:

- ik heb uitvoerig mondelinge en/ of schriftelijke informatie ontvangen over opzet, doel en eventuele ongemakken van bovengenoemd onderzoek en heb dit volledig begrepen;
- ik heb voldoende gelegenheid gehad tot nadenken, overleg en het stellen van vragen aan de onderzoeker(s);
- ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan bovengenoemd onderzoek;
- ik weet dat de resultaten van het onderzoek, met inbegrip van gegevens betreffende geslacht, leeftijd, geboortedatum, vertrouwelijk behandeld zullen worden. Bij publicaties voortvloeiend uit het onderzoek mogen mijn gegevens, mits privacy gewaarborgd is, gebruikt worden;
- ik kan mijzelf op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken zonder nadelig effect op verdere behandeling, verzorging en/ of begeleiding van mijzelf of mijn verwanten;

Door dit document te tekenen bevestigt u dat u ermee instemt dat u deelneemt aan deze studie.

Handtekening:

Handtekening onderzoeker:

Datum:

Bijlage D: Topiclist interview

Interview handleiding Hans Kooij versie 0.2

Datum interview:

Respondentcode: Z..

Inleiding

- Voor interviewer: zij geven het verhaal, daarop doorvragen en vragen samen te vatten. De breedte van het fenomeen exploreren. Indien thema beantwoord dan evt gerichte vraag.
- Welkom + doel uitleggen. Inzicht krijgen in wat zorgmedewerkers nodig hebben (behoefte) in de omgang met onbegrepen gedrag.
- Introductie interviewer. Voor mijn opleiding tot verpleegkundig specialist volg ik bij Saxion de opleiding Master of Advanced Nursing Practice en daarvoor doe ik een onderzoek door middel van semi gestructureerde interviews.
- Privacy. Het interview zal worden opgenomen om nadien uitgetypt te worden voor verdere analyse. De privacy en anonimiteit zal gewaarborgd worden. Ook zal hetgeen wat je vertelt niet doorgegeven worden aan je leidinggevende of andere personen binnen TMZ. Participanten zullen benaderd worden om te controleren of zij zich in algemene zin herkennen in de eerste analyse/samenvatting.
- Teken en toestemmingsverklaring. Teken en.
- Ruimte voor vragen. Vragen?

Demografische gegevens verzamelen:

Geslacht: m/v

Leeftijd: ...jaar

Aantal jaren werkzaam op PG-afdeling: ...jaar

Opleiding:

Omvang dienstverband:

Interview (start opname)

- a) Wat versta je onder onbegrepen gedrag? Hierin participant zelf de ruimte geven om eigen beeld te schetsen, zonder al definitie of mijn visie te delen.
- b) Vragen eigen casus/situatie in gedachten te nemen en dit te vertellen aan onderzoeker.
Aansluitend in de taal van de persoon doorvragen. Proberen zoveel mogelijk terug te gaan naar de situatie.

Zoeken naar de ervaringen op dat moment. Welke emoties speelden er>?

Wat heb je gemist in deze situatie? (*begeleiding, handvatten, kennis?*)

Wat zou je geholpen hebben in deze situatie/met deze casus? Wat zou je hebben gewild?

Wat hindert in deze situatie?

- c) Op het moment dat casus helder is en vragen beantwoord overgaan tot algemene situatie m.b.t. onbegrepen gedrag.

Uitleggen: Wat is het ? Ook wel probleemgedrag of neuropsychiatrische symptomen genoemd.

“Onder onbegrepen gedrag bij dementie verstaan wij binnen dit onderzoek al het gedrag van de persoon met dementie met nadelige consequenties voor diens kwaliteit van leven, waarbij zorgverleners een rol hebben in het voorkomen of het verminderen ervan (Vilans en Trimbosinstituut 2013).” Dus hieronder kun je agressie, agitatie, apathie, roepgedrag, loopdrang en angst/depressie scharen.

- d) Wat doe je met cliënten die onbegrepen gedrag vertonen? Is er nog iets anders dat je kunt bedenken wat zou kunnen helpen?
- e) Client benaderen met 1 of meerdere personen?
- f) Wat zie je bij andere collega's terug waarvan je denkt dat dat goed is in de omgang met onbegrepen gedrag?
- g) Hoe zou je om willen gaan met stress/spanning tgv onbegrepen gedrag. Wat heb je hierin nodig?
(Sport, balans draagkracht/draaglast)
- h) Wat heb je nodig aan randvoorwaarden om te kunnen omgaan met onbegrepen gedrag? (personeel, gebouw, hulpmiddelen, programma/methode, MDO, ethische commissie?)
- i) Wat heb je nodig aan facilitatie vanuit de organisatie?
- j) Kennisoverdracht. Leren. Hoe?
- k) Veranderd zorglandschap + wat het van de medewerkers vraagt. Nu keuze anders doen?
- l) Rol van de leidinggevende?

NB: Belangrijk voor de onderzoeker om participanten zelf te vragen items samen te vatten.

Mocht dit niet lukken dan parafraseren/ samenvatten wat gezegd is.

Besteed aandacht als er een verschil in omschrijving is tussen jou en de omschrijving van de respondent. Als dat er is, blijft dat een punt van aandacht in het vervolg van het interview. Een respondent 'zakt' weer heel makkelijk terug in zijn/haar eigen definitie, ondanks dat jij er iets anders tegenover hebt gesteld.

Afsluiting (met de opname nog lopend)

Nogmaals uitleggen dat ik dit interview afgenomen hebben als onderzoeker voor mijn opleiding.

Hebben ze nog concrete vragen of verwachtingen naar mij toe als verpleegkundig specialist in opleiding? Rollen expliciet maken. Bedanken.

Interview protocol: (n.a.v. college Madeleen Uitdehaag 29 oktober 2016)

- ✓ Op tijd komen. Ruimte in orde maken, schuin tegenover respondent plaats nemen. (tape recorder, tapes en extra batterijen mee)
- ✓ Zorg ervoor dat respondent zich op zijn/haar gemak voelt. Probeer niet recht tegenover elkaar te zitten.
- ✓ Leg uit dat het opgenomen wordt en vertel hoe wordt omgegaan met privacy etc, herleidbaarheid.
- ✓ Geef respondent de ruimte zonder onderzoeksonderwerp uit het oog te verliezen.
- ✓ Goed luisteren, juiste (door)vragen stellen. Niet sturend.
- ✓ Knikken, hummen, parafraseren, samenvatten en papagaaien stimuleert de respondent om door te praten.

Bijlage E: Analyseschema

