

Samen voor goede zorg

Onderzoeksverslag afstudeeropdracht U3 Accolade, Arendshorst Assen.

Studenten: Lisanne Blaauw & Mireille Knopp

Student nummers: 357422 & 328380

Academie voor Verpleegkunde

Hanzehogeschool Groningen



**Hanzehogeschool
Groningen**
University of Applied Sciences



1. Samenvatting

Aanleiding en theoretisch kader

In 2015 werd het Nederlandse zorgstelsel veranderd en blijven ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met hulp van thuiszorgdiensten. Dit resulteert in een verhoogde complexiteit binnen de verpleeghuizen. Binnen het verpleeghuis Arendshorst zijn er vier afdelingen gericht op psychogeriatric (PG). Alle bewoners van deze afdelingen hebben een vorm van dementie. Het ziektebeeld en de comorbiditeit zorgen voor een hoge complexiteit. Daarbij wordt in 2020 een nieuw beroepsprofiel voor alle verzorgenden en verpleegkundigen ingevoerd waarin beschreven staat welke taken de medewerkers van de verschillende niveaus mogen uitvoeren.

Doelstelling

Binnen twintig weken worden aanbevelingen gedaan om de kennis en vaardigheden van de medewerkers van de PG afdeling naar het niveau van het nieuwe beroepsprofiel van 2020 te kunnen tillen, zodat de verzorgenden goed toegerust zijn om om te gaan met psychogeriatrische cliënten en de daarbij behorende complexiteit.

Vraagstelling

Over welke kennis en vaardigheden van de zorg voor mensen met dementie beschikken de medewerkers van de PG afdelingen in Arendshorst en hoe staat dit in relatie tot het nieuwe beroepsprofiel van 2020?

Dataverzamelingsmethode

De grondvorm van het onderzoek is een mixed-method design van een kwantitatief survey-onderzoek en kwalitatieve semi-gestructureerde interviews. De populatie voor beide onderzoek waren alle 33 medewerkers van de vier PG afdelingen van Arendshorst. Er zijn enquêtes uitgedeeld op de afdelingen. De enquête bestond uit open-antwoord vragen en vragen met meerkeuze antwoorden. De meerkeuze antwoorden werden op nominale schaal verwerkt in Excel en de open-antwoord vragen werden met behulp van het programma ATLAS.ti geanalyseerd. Er zijn semigestructureerde interviews gehouden aan de hand van een topiclist. Na zes interviews is er datasaturatie opgetreden. De interviews werden met behulp van voicerecorders opgenomen en uitgewerkt als transcript. Deze zijn met behulp van ATLAS.ti geanalyseerd.

Resultaten

Er was 27% respons op de enquêtes. De respondenten scoorden een voldoende maar op de volgende thema's was er kennistekort: het algehele ziektebeeld dementie; het ziektebeeld Alzheimer; Lewy-Body dementie en de vier fases van dementie. Uit de interviews kwam naar voren dat de respondenten positief zijn over hun eigen kennis en vaardigheden over dementie. Zij ervaren de complexiteit van zorg als hoog door meerdere factoren en er is onduidelijkheid bij het grenzen aangeven bij onbegrepen gedrag. De respondenten vinden dat zij genoeg bijscholingsmogelijkheden krijgen.

Conclusie

De medewerkers van de PG afdelingen in Arendshorst scoorden voldoende op de enquête maar hebben op verschillende gebieden kennistekort: het algehele ziektebeeld dementie; de ziekte van Alzheimer; Lewy-Body dementie en de vier fases van dementie. Er is meer bijscholing nodig voor het verbreden van de kennis en vaardigheden. Vanuit het nieuwe Beroepsprofiel 2020 mag de instelling verwachten dat de medewerkers hun eigen kennis en vaardigheden op peil houden en de eigen professionele grenzen aangeven.

Belangrijkste aanbevelingen

Alle medewerkers van de PG afdelingen maken een verplichte kennistoets over dementie en volgen een verplichte cursus over grenzen aangeven. De bewoners van de afdelingen worden gescoord op complexiteit.

2. Voorwoord

Wij hebben deze scriptie geschreven in het kader van de opleiding HBO-verpleegkunde aan de Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Verpleegkunde. Wij hebben ons praktijkgerichte onderzoek uitgevoerd op de psychogeriatrische afdelingen van het verpleeghuis Arendshorst in Assen. Hier hebben wij ons gericht op de complexiteit van de afdelingen en het nieuwe beroepsprofiel voor verzorgenden en verpleegkundigen in 2020.

De samenwerking verliep al vanaf het eerste contactmoment soepel. Dit heeft een positieve bijdrage geleverd aan ons onderzoek. Er was veel te doen en gedurende een half jaar zijn we vaak samen geweest voor de uitwerking van het verslag, het doen van het daadwerkelijke onderzoek en alle randzaken. We waren op elkaar afgestemd en wisten wat we van elkaar konden verwachten. Het onderzoek heeft ons veel gebracht, een vriendschap maar ook kennis en vaardigheden over het schrijven en uitvoeren van een onderzoek. Dit was voor ons beide nieuw en we hebben ons er doorheen gewerkt met veel hulp van docenten, klasgenoten en natuurlijk niet te vergeten, de instelling waar we dit onderzoek mochten uitvoeren.

Daarom willen wij graag als eerste Gerrinda van der Veen en Monique Godeke bedanken voor de fijne samenwerking. We hebben ons ontzettend welkom gevoeld binnen de instelling en vonden het fijn dat er met ons mee gedacht werd. De samenwerking verliep gemoedelijk waardoor we ons thuis voelden bij jullie. Daarnaast willen wij de afdelingen bedanken voor de vriendelijke ontvangst, de medewerking aan ons onderzoek en dat wij een ochtend op jullie afdelingen mee mochten lopen.

Ook willen wij onze begeleidster Marjolein Helleman bedanken voor haar duidelijke vragen en kritische feedback. Zonder haar kennis waren we niet zo ver gekomen. Daarnaast natuurlijk nog onze groepsgenoten, bedankt voor de wederzijdse feedback en samenwerking gedurende het semester.

We zijn trots op ons eindresultaat en blij dat we de instelling een antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag.

Mireille Knopp
Lisanne Blaauw
Appelscha, 12-01-2018

3. Inhoudsopgave

1. Samenvatting	2
2. Voorwoord	3
3. Inhoudsopgave	4
4. Inleiding	5
5. Doelstelling en vraagstelling	8
5.1 Doelstelling	8
5.2 Vraagstelling	8
6. Definiëring van begrippen	9
7. Onderzoeksdesign	10
7.1 Onderzoek 1: Surveyonderzoek	10
7.2 Onderzoek 2: Semigestructureerde interviews	12
8. Betrouwbaarheid en validiteit	14
8.1 Betrouwbaarheid	14
8.2 Validiteit	14
9. Ethische aspecten	16
10. Resultaten	17
10. 1 Resultaten surveyonderzoek	17
10.2 Resultaten interviews	21
11. Discussie	30
11.1 Belangrijkste resultaten	30
11.2 Inhoudelijke discussie	30
11.3 Methodologische discussie	32
12. Conclusie	34
14. Literatuurlijst	36
Bijlage 1. Antiplagiatverklaring	38
Bijlage 2: Topiclist	39
Bijlage 3: Informed consent formulier	40
Bijlage 4. Enquête	41

4. Inleiding

Vanuit de academie voor de Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen, is dit onderzoeksverslag geschreven door Mireille Knopp en Lisanne Blaauw. Het betreft een opdracht waarbij een onderzoek gestart is waarna de studenten als onderzoeker aan de slag zijn gegaan. Op deze manier werd er een onderzoeksvraag, bij een instelling onderzocht. Het onderzoek wat betreft deze verslaglegging heeft plaatsgevonden binnen de instelling de Arendshorst, te Assen.

Arendshorst is een verpleeghuis van Accolade zorg in Assen. Arendshorst heeft vier woongroepen gericht op psychogeriatric (PG). Op elke woongroep verblijven acht cliënten met een vorm van dementie. Accolade zorg levert "christelijke zorg". Op deze manier worden cliënten ondersteund vanuit een christelijke overtuiging wat zich uit in liefde en respect voor een ander (Accoladezorg, visie, zd.).

De psychogeriatric problematiek omvat allerlei cognitieve stoornissen. De reden voor het zoeken van professionele hulp is zelfs meestal niet de cognitieve stoornis, maar juist de eventueel hier mee gepaard gaande psychiatrische comorbiditeit, gedragsproblematiek en/of hiermee samenhangende ernstige psychosociale (systeem/netwerk) problematiek (Clijsen et al, 2010). Op de PG afdelingen van Arendshorst hebben alle cliënten een vorm van dementie. Men spreekt van dementie als er sprake is van geheugenstoornissen en ten minste nog een andere cognitieve stoornis. Per definitie moet het toestandbeeld bovendien ernstig genoeg zijn om er veel hinder van te ondervinden in het dagelijks leven, in het werk of bij sociale contacten (Clijsen et al, 2008).

Er zijn verschillende vormen van dementie met verschillende oorzaken en uitingen van de ziekte. Zo speelt zich bij Alzheimer een ziekteproces af in de hersenen waarbij de hersencellen in volume en functie afnemen (Clijsen et al, 2008). Mensen met Alzheimer hebben in het beginstadium geheugenproblemen en desoriëntatie en kunnen in het eindstadium van hun ziekte niets meer zelfstandig doen. De beleving tijdens het eindstadium wordt ook wel beschreven als: het verzonken ik (Clijsen et al, 2008).

Een andere vorm van dementie is frontotemporale dementie. Bij deze vorm van dementie is dikwijls de oorzaak onbekend. Het ziektebeeld begint met subtiele veranderingen waarbij de betrokkene slechter functioneert op het werk of in conflict raakt met familie en bekenden zonder duidelijke aanleiding. Vervolgens treedt vaak ontremd gedrag op en ziet men stoornissen in het oordeels- en kritiek vermogen. Er treden ook problemen op in het overzicht en planningsvermogen. De symptomen zijn tot op zekere hoogte te vergelijken met een gezond persoon die onder de invloed verkeert van alcohol (Clijsen et al, 2008). In een later stadium verliezen de betrokkenen de controle over hun impulsen en gaan zij doelloos ijsberen.

Elke vorm van dementie vereist van behandelaars en verzorgers een andere aanpak. Om cliënten de juiste zorg te kunnen bieden is het dus van belang dat verzorgenden en verpleegkundigen op de hoogte zijn van de verschillende vormen van dementie om elke cliënt de juiste zorg te kunnen bieden.

Alzheimer Nederland heeft naar met behulp van het ERGO-bevolkingsonderzoek 1990-1993 de schatting gemaakt dat er in Nederland 260.000 mensen met dementie zijn en er wordt geschat dat meer dan 50.000 mensen met dementie in het verpleeghuis wonen (volksgezondheidzorg.info, 2017). Daarnaast komt dementie steeds vaker voor. Dit komt omdat in de huisartsenpraktijk vroegtijdige opsporing van dementie steeds beter mogelijk is doordat de huisartsen alert zijn op dementie; er korte screeningsinstrumenten beschikbaar zijn; de diagnostische criteria gestandaardiseerd zijn en omdat er diagnostische protocollen

zijn ontwikkeld. Deze ontwikkelingen verklaren de flinke stijging van patiënten met dementie (Volksgezondheidzorg.info, 2017). Binnen nu en 2040 zal het aantal mensen met dementie verdubbelen.

De Psychogeriatrische zorg is zorg die ver uiteenloopt waardoor het een complexe zorgsituatie kan betreffen. Mensen die opgenomen zijn op een psychogeriatrische afdeling hebben vaak zowel somatische als psychiatrische aandoeningen. Dit betekent dat er zowel lichamelijke als psychische klachten zijn. Complexe zorg kan op verschillende manieren worden opgevat, het is verschillend per persoon wat iemand als “complex” ziet. De ene vindt onbegrepen gedrag complex terwijl het verzorgen van bijvoorbeeld een grote wond voor de ander als complex wordt ervaren. Nivel (z.d.) omschrijft complexiteit van zorg als volgt: “Complexiteit van zorg kan worden gedefinieerd als de mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden in hun werkzaamheden te maken hebben met routines of juist onvoorspelbaarheid. Toenemende complexiteit vraagt om andere competenties.”

In 2015 werd het zorgstelsel in Nederland vernieuwd en wordt er tegenwoordig gestreefd naar dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Vaak gebeurt dit met behulp van thuiszorg maar ook mantelzorgers zijn in dit proces hard nodig. Doordat mensen langer thuis blijven wonen, verhoogd de complexiteit bij de cliëntengroep die wel in een verpleeghuis verblijven. De medewerkers van verpleeghuizen in heel Nederland hebben te kampen met deze verhoogde complexiteit en zullen hier adequaat op moeten reageren, dit om de kwaliteit van zorg zo hoog mogelijk te kunnen houden.

Naast de verandering in het zorgstelsel zal er ook veel veranderen voor de verzorgenden en verpleegkundigen. Omdat er binnen de praktijk van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden veel is veranderd, was het nodig de beroepsprofielen eens opnieuw te bekijken. Zo zijn deze aangepast aan de vragen en wensen van de toekomst. Omdat het bestaande beroepsprofiel van de verzorgenden en helpenden stamt uit 2000, werd er in 2012 een eerste advies gegeven over nieuwe beroepsprofielen. Samen met 100 verpleegkundigen keek minister Schippers naar de aanpak van de totstandkoming van de nieuwe beroepsprofielen. Minister Schipper gaf onder andere advies over het maken van onderscheid tussen Mbo en Hbo verpleegkundigen en het behouden van de verzorgende-IG. (V&VN, z.d.) Hiermee ontstond het adviesrapport “toekomstige beroepen in de verpleging en verzorging”, welke in januari 2016 is overhandigd aan minister Schippers. In dit adviesrapport is duidelijk onderscheid gemaakt in de drie beroepsprofielen: Hbo-opgeleide verpleegkundige (regie verpleegkundige), Mbo-opgeleide verpleegkundige (basis verpleegkundige) en verzorgende-IG. In de komende jaren worden deze nieuwe beroepsprofielen ingevoerd in de praktijk. Dit zal stap voor stap plaatsvinden omdat deze verandering gevolgen zal hebben voor opleidingen en het beleid binnen organisaties. Vanaf 2020 zijn de nieuwe profielen opgenomen in de wet-BIG en het uitgangspunt voor het werken in de praktijk. Hierbij komt een herregistratie die voor iedereen laat zien of er daadwerkelijk voldaan wordt aan de werkervaringeis op basis van de nieuwe profielen. (V&VN, z.d.)

Op de PG afdelingen van Arendshorst werken voornamelijk verzorgenden individuele gezondheidszorg (verzorgende IG). In het beroepsprofiel van de verzorgende IG staat haar deskundigheidsgebied beschreven; binnen welk domein zij autonoom mag handelen. In het rapport (Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging, 2015) wordt voor de verzorgende IG nadruk gelegd op laag complexe situaties welke men aan kan gaan aan de hand van protocollen en richtlijnen. Daarnaast staat de rol van de verzorgende IG beschreven in het beroepsprofiel.

“Als verzorgende IG lever je verzorging en psychosociale begeleiding, vooral in zorgsituaties die niet zo ingewikkeld zijn. Meestal verleen je persoonlijke zorg en begeleiding in de leefsituatie van een zorgvrager. Daarmee kom je letterlijk en figuurlijk dicht bij de persoon en zijn of haar omgeving. Je ondersteunt bij het uitvoeren van Algemene Dagelijkse

Levensverrichtingen (ADL). Je uitgangspunt is altijd het ondersteunen en stimuleren van het zelfmanagement van de zorgvrager en zijn omgeving, met als doel het behouden of verbeteren van het functioneren in relatie tot kwaliteit van leven, gezondheid en ziekte. Je draagt bij aan preventie door voorlichting, instructie en uitleg. Als verzorgende stel je zelfstandig of met anderen een zorg(leef-)plan op. Je voert dit plan uit, evalueert het en stelt bij wanneer nodig. Je werkt hierbij nauw samen met andere zorgverleners uit de eigen of andere disciplines (bijvoorbeeld welzijn). Je betreft op een effectieve manier de zorgvrager, diens naasten en sociale netwerk bij de organisatie van het zorgproces. Als verzorgende werk je volgens protocollen en richtlijnen, je kunt daar beargumenteerd van afwijken als de situatie daar om vraagt. In situaties waarbij sprake is van meer complexiteit (beperkt of hoog complex) zal afhankelijk van de context naast de verzorgende een andere zorgverlener (mede-)verantwoordelijkheid dragen, zoals een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde en/of een mbo- of HBO-verpleegkundige” (Beroepsprofiel verzorgende IG, z.d.).

In de Arendshorst wil men onderzoeken of het personeel capabel genoeg is om met de complexiteit van zorg te kunnen werken en wat zij ervaren als complexe zorg. Dit onderzoek zal bepaalde methoden gebruiken om tot resultaten te kunnen komen, methoden als het interviewen van personeel en het uitdelen van vragenlijsten.

5. Doelstelling en vraagstelling

5.1 Doelstelling

Om de functie en het doel van het onderzoek weer te geven is de volgende doelstelling opgesteld:

Binnen twintig weken worden aanbevelingen gedaan om de kennis en vaardigheden van de medewerkers van de PG afdeling naar het niveau van het nieuwe beroepsprofiel van 2020 te kunnen tillen, zodat de verzorgenden goed toegerust zijn om om te gaan met psychogeriatrische cliënten en de daarbij behorende complexiteit.

5.2 Vraagstelling

De vraagstelling wordt gebruikt als hoofdvraag voor het onderzoek. Daarnaast worden ook deelvragen opgesteld om meer duidelijkheid te bieden.

Hoofdvraag:

Over welke kennis en vaardigheden van de zorg voor mensen met dementie beschikken de medewerkers van de PG afdelingen in Arendshorst en hoe staat dit in relatie tot het nieuwe beroepsprofiel van 2020.

Deelvragen:

Deelvraag 1:

Wat zijn de ervaringen van de medewerkers op PG afdelingen bij de zorg voor patiënten met een hoge complexiteit van zorg binnen de Arendshorst?

Deelvraag 2:

Ervaren de medewerkers van de PG afdelingen van Arendshorst een gemis in hun eigen kennis en vaardigheden in relatie tot de zorg voor mensen met dementie?

Deelvraag 3:

Welke kennis en vaardigheden kan een werkgever vanuit het beroepsprofiel zorgkundige verwachten?

6. Definiëring van begrippen

In dit hoofdstuk worden alle begrippen uitgewerkt die beschreven staan in vakjargon of onbegrijpelijk zouden kunnen zijn voor een leek binnen de onderwerpen.

Complexe zorg situatie:

“Het ingewikkeld/moeilijk zijn van het geheel van omstandigheden (intra-, semi-, extra- of transmuraal) waarin het verplegend en verzorgend personeel zorg verleent aan een individu, groep of populatie” (Commissie kwalificatiestructuur, 1996).

Psychogeriatric (PG):

Psychogeriatric omvat problematiek van allerlei cognitieve soortnissen op latere leeftijd. Hieronder vallen delier, dementie, amnestische stoornissen of cognitieve stoornissen NAO (Clijsen et al, 2010).

Dementie:

Dementie betekent *ontgeesting, de geest verliezen* (Latijn: de= zonder; mens = geest). Het is een verzamelterm voor de diverse toestandsbeelden met (deels) overeenkomstige symptomen. In hoofdlijnen spreken we van dementie als er sprake is van geheugenstoornissen en ten minste nog een andere cognitieve stoornis (Clijsen et al, 2010).

Wet BIG:

De Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren (V&VN, 2016).

7. Onderzoeksdesign

Op basis van Verhoeven (2016) is de keuze gemaakt voor een onderzoek met als grondvorm: mixed method. Dit betekent dat het onderzoek zowel uit een kwalitatief als een kwantitatief deel is opgebouwd. Larkin, Begley en Devan (2014) beschrijven in hun onderzoek hoe men door het gebruik van een mixed method design een breder beeld kan krijgen in vergelijking tot een onderzoek waarbij alleen kwalitatief of kwantitatief onderzoek wordt toegepast. Er is echter ook gekozen voor een mixed method design omdat het kwalitatieve deel en het kwantitatieve deel van het onderzoek elkaar versterken en aanvullen. Om de kennis van de medewerkers in kaart te brengen wordt een survey onderzoek gedaan en deze wordt aangevuld met een semigestructureerd interview. In dit hoofdstuk wordt hier verder op ingegaan.

7.1 Onderzoek 1: Surveyonderzoek

Surveyonderzoek is een van de meest gebruikte kwantitatieve methoden van dataverzameling. Een surveyonderzoek, ook wel enquête of vragenlijst genoemd, kan worden ingezet om numerieke gegevens te verzamelen over meningen, houdingen en kennis bij grote groepen personen (Verhoeven, 2016).

Er is gekozen voor een cross-sectioneel schriftelijke enquête. Dit betekent dat de gegevens eenmalig op een bepaald moment schriftelijk worden verzameld. De enquête richt zich op de kennis over dementie en de houding van de medewerkers tegenover het werk op hun afdeling. Omdat een groot deel van de enquête zich richt op de kennis van de medewerkers wordt deze ook wel kennistoets genoemd. De enquête staat in bijlage 4.

Onderzoekspopulatie

Voordat een onderzoek wordt opgestart, worden er eenheden bepaald waarover men met het onderzoek een uitspraak doet. Dit noemt men populatie (aangepast van Verhoeven, 2016).

Het survey onderzoek richt zich op alle 33 medewerkers in de verpleging van de vier PG woongroepen van Arendshorst. Er wordt gebruik gemaakt van een doelgerichte (purposive) steekproef. Dit is een selecte steekproef waarbij men de respondenten selecteert op basis van bepaalde kenmerken (Verhoeven, 2016). Bij deze onderzoekspopulatie is het van belang dat de respondenten werkzaam zijn in de verpleging op één van de vier woongroepen van Arendshorst.

Inclusiecriteria:

- Werkzaam als verpleegkundige of verzorgende op een van de vier PG afdelingen van Arendshorst.
- Een van de volgende opleidingen afgerond: inservice opleiding verpleegkunde A, B of Z, inservice opleiding ziekenverzorgende, opleiding helpende, opleiding verzorgende, opleiding verzorgende IG, mbo verpleegkunde, hbo verpleegkunde

Exclusiecriteria:

- Vrijwilliger op een van de afdelingen.
- Tijdelijke vakantiekrachten.

Dataverzameling

De instelling heeft al een begin gemaakt met het opstellen van een enquête. Hierin staan kennisvragen over de verschillende ziektebeelden binnen dementie en de omgang met mensen die een vorm van dementie hebben. De al bestaande enquête wordt aangevuld met verdere vragen aan het personeel.

De medewerkers van de afdeling zullen op de hoogte gesteld worden over de enquête via een e-mail. Daarnaast wordt ook gevraagd om hun medewerking hieraan en zal het belang van het invullen van de vragenlijst worden toegelicht. Er zal benoemd worden dat de enquête anoniem is en dat de gegevens voor verder gebruik gecodeerd worden. Op deze manier is men op de hoogte van het recht op privacy.

Om een hoge nauwkeurigheid van de antwoorden te kunnen behalen worden alle medewerkers gevraagd om één keer een enquête in te vullen binnen een tijdspanne van 21 dagen. De enquête wordt in hardcopy aan de medewerkers gegeven en ook op de enquête zal weer benoemd worden dat deze anoniem is. Bij het plannen van de afname van de enquête wordt rekening gehouden met het rooster van de medewerkers zodat zoveel mogelijk personen de kans krijgen om de lijst in te vullen.

De enquêtes worden na het invullen in een aparte enveloppe gedaan welke opgehaald zal worden door de onderzoekers.

Data analyse

Na inname van de enquêtes worden de antwoorden geanalyseerd. De enquête is opgebouwd uit multiple-choice en open vragen. Dit wil zeggen, antwoorden met de mogelijkheid te kiezen tussen A B of C of vragen waarop zelf een antwoord op de stippellijn ingevuld moet worden. De antwoorden bij de open vragen worden gecodeerd zoals beschreven wordt bij de interviews dus via de acht stappen die Verhoeven (2016) benoemd. De vragen waarbij de respondenten een keuzemogelijkheid hadden worden op een nominale meetschaal verwerkt in het programma Excel.

Stap 0: De vragen en antwoorden worden voorafgaand in Excel gezet. De vragen en antwoorden komen in de eerste kolom te staan. Elke vraag en elk antwoord wordt op een nieuwe rij gezet. Om de juiste antwoorden te herkennen wordt de gehele rij van dat antwoord gearceerd. Elk juist antwoord telt als één punt. Als men meerdere antwoorden moet geven bij een vraag telt elk juiste aantal als een punt.

Stap 1: Na inname van de enquêtes krijgt elke enquête een cijfer toebedeeld. Dit cijfer wordt op de enquête geschreven door de onderzoekers. De cijfers zijn niet bedoeld als rangorde maar om de enquêtes uit elkaar te kunnen houden.

Stap 2: De antwoorden van de enquêtes worden in Excel verwerkt. Elke enquête krijgt een eigen kolom en bovenaan de kolom wordt het cijfer van de enquête ingevuld. Daarna worden de antwoorden van de meerkeuzevragen handmatig in Excel gezet. Het antwoord dat in de enquête staat wordt gekenmerkt door een X in de rij in te vullen. Als alle antwoorden van de enquête zijn ingevuld, noteert men onder aan de kolom hoeveel juiste antwoorden er gegeven zijn. Na het invullen van de antwoorden in Excel zal op de enquête genoteerd worden wanneer en door welke onderzoeker de enquête in behandeling is genomen.

Stap 3: Stap 2 herhalen voor alle enquêtes.

Stap 4: Per vraag wordt opgeteld hoe vaak het juiste antwoord en hoe vaak een onjuist is gegeven. Dit wordt in de laatste kolom gezet.

Stap 5: De ingevulde gegevens worden omgezet in percentages en verwerkt in grafieken. 100% is hierbij het totaal aantal respondenten.

In deze grafieken wordt met percentages vergeleken hoeveel van de respondenten het juiste antwoord hebben gegeven en welke specifieke vragen onjuist beantwoord werden. Daarnaast zullen deze percentages vergeleken worden met de gemiddelden die het bedrijf Ideon meet. Ideon biedt een kennismonitor aan over dementie. Het bedrijf meet en analyseert het kennisniveau van zorgprofessionals (Ideon, z.d.).

7.2 Onderzoek 2: Semigestructureerde interviews

Een semigestructureerd interview is een samenvoeging van een gestructureerd en een open interview. Bij een semigestructureerd interview wordt er wel gewerkt met een topiclijst en heeft de interviewer de mogelijkheid om door te vragen op de gegeven antwoorden. Maar er is geen eigen inbreng van thema's door de respondent (Verhoeven, 2016).

Onderzoekspopulatie

Dit deelonderzoek richt zich weer op dezelfde onderzoekspopulatie; alle 33 zorgmedewerkers werkzaam op de PG woongroepen van Arendshorst. Voor dit deelonderzoek is het van belang dat de respondenten bereid zijn om hun verhaal te vertellen en hun professionele mening te kunnen geven over de thema's op de topiclijst. Om dit te behalen zal er gebruik gemaakt worden van zelfselectie. De medewerkers van de PG afdeling zullen een e-mail ontvangen over de opzet van het onderzoek en dat er minimaal acht personen nodig zijn, waarvan twee van elke woongroep, die mee zouden willen werken aan het interview. Daarnaast zal op de afdeling een oproep geplaatst worden met dezelfde informatie als in de e-mail.

Verhoeven (2016) beschrijft vier vuistregels over de grootte van een steekproef. De vierde vuistregel beschrijft dat men rekening moet houden met praktische omstandigheden zoals tijd en geld. Omdat dit onderzoek binnen een tijdsspanne van 20 weken geheel opgeleverd moet zijn is er gekozen voor een groep van acht respondenten.

Inclusiecriteria:

- Werkzaam als verpleegkundige of verzorgende op een van de vier PG afdelingen van Arendshorst.
- Een van de volgende opleidingen afgerond: inservice opleiding verpleegkunde A, B of Z, inservice opleiding ziekenverzorgende, opleiding helpende, opleiding verzorgende, opleiding verzorgende IG, mbo verpleegkunde, hbo verpleegkunde

Exclusiecriteria:

- Vrijwilliger op een van de afdelingen.
- Tijdelijke vakantiekrachten.

Dataverzamelmethode

De interviews zullen gehouden worden aan de hand van een topiclijst; deze kunt u terugvinden in bijlage 2. Om de betrouwbaarheid van de topiclijst te verhogen zal er één proefinterview gehouden worden met een persoon buiten arendshorst om.

De respondenten worden uitgenodigd op de instelling voor het interview. De planning van de interviews zal in overleg gaan met de instelling. Het interview zal een half uur tot een uur duren. Voor begin van het interview zal benoemd worden dat de respondent anoniem zal blijven maar dat het interview opgenomen zal worden als geluidsbestand. Het gehele interview zal na afloop verwerkt worden als transcript en de data zal daarna gecodeerd worden.

Er zullen acht interviews afgenomen worden met medewerkers van alle vier verschillende woongroepen. Of totdat er datasaturatie is bereikt; dit betekend dat men bij het afnemen van een interview met een nieuwe respondent geen nieuwe informatie krijgt.

Bij elk interview zullen de respondent en de twee onderzoekers aanwezig zijn. Daarnaast wordt elk interview opgenomen met behulp van twee voicerecorders. Een van de onderzoekers zal het interview doen met de respondent terwijl de tweede onderzoeker de respondent observeert op houding en gedrag (o.a. nervositeit) en de tijd in de gaten houdt.

Data-analysemethode

Van de geluidsbestanden, ontstaan uit de interviews, wordt een transcript gemaakt waarna deze geanalyseerd zullen worden. Als de interviews eenmaal uitgetypt zijn zullen de onderzoekers los van elkaar één of twee interviews coderen oftewel de betekenis uit het interview halen. Als beide onderzoekers dit hebben gedaan worden de gecodeerde interviews naast elkaar gelegd en vergeleken. Er wordt gericht op een zo hoog mogelijke overeenkomst tussen de twee versies. Als de onderzoekers na de eerste twee interviews een hoge overeenkomst hebben, kunnen de andere interviews verdeeld worden onder deze onderzoekers.

De interviews zullen geanalyseerd worden volgens de acht stappen die door Verhoeven (2016) genoemd worden bij een kwalitatieve analyse.

Stap 1: Gegevens verkennen. Men gaat de teksten uiteenrafelen. Dit betekent dat kleine fragmenten samengevat worden in één woord.

Stap 2: Evalueer de gebruikte termen. Men gaat na welke waarde de respondenten toekennen aan de termen en hoe men dit als onderzoeker interpreteert.

Stap 3: Het coderen van de fragmenten. De codes zullen bestaan uit woorden en zullen in een apart programma verzameld worden.

Stap 4: Termen groeperen. Men brengt een eerste ordening aan en stelt daarbij de vraag; "welke termen horen bij elkaar".

Stap 5: Er wordt een hiërarchie aangebracht in de termen. Men begint met de belangrijkste term.

Stap 6: Zoek verbanden tussen begrippen. Er worden hoofdgroepen en subgroepen gemaakt door te kijken welke termen bij elkaar horen. Het bewijs bij deze groepering haalt men uit de tekst.

Stap 7: Breng structuur aan. Er wordt gezocht naar relaties tussen begrippen en waarom men bepaalde begrippen in bepaalde volgorde tegenkomt. Dit wordt weergegeven in een diagram.

Stap 8: Breng het diagram in verband met de probleemstelling. Kan er antwoord gegeven worden op de vraag? Zijn er aanvullende vragen? Ontbreekt er nog informatie?

Vanuit bovenstaande methode wordt een structuur aangebracht met behulp van een diagram. Dit diagram zal de uitkomsten van alle interviews weergeven.

8. Betrouwbaarheid en validiteit

In dit hoofdstuk zullen de verschillende vormen van betrouwbaarheid en validiteit die van toepassing zijn op het onderzoek besproken worden.

8.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Om de betrouwbaarheid voldoende te kunnen testen moet een onderzoek herhaalbaar zijn. Leidt het onderzoek tot dezelfde resultaten (wat niet hetzelfde is als gelijke resultaten), dan is het onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2016).

Zoals Verhoeven (2016) beschrijft, worden er acht manieren genoemd om de betrouwbaarheid van een onderzoek te verhogen. In dit onderzoek worden meerdere van deze manieren toegepast, bijvoorbeeld een steekproefomvang, standaardisering, peerfeedback, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en triangulatie. Omdat dit onderzoek plaatsvindt op bepaalde afdelingen van één enkele instelling is er sprake van een kleine populatie. Door iedereen van de populatie deel te laten nemen aan het onderzoek, kan men een nauwkeurige uitspraak doen over de populatie omdat men over een groot deel van de populatie informatie heeft.

Bij kwalitatief onderzoek vindt standaardisering plaats, door bijvoorbeeld een systeem in de analyse aan te brengen oftewel een proefinterview of pilot genoemd (Verhoeven, 2016). Voordat men begint met de interviews zal er één proefinterview gehouden worden, dit met een persoon buiten de instelling om. Dit proefinterview is ervoor gemaakt om de vraagstelling van de topiclijst op betrouwbaarheid te toetsen.

Verhoeven (2016) beschrijft peerfeedback als het beoordelen van het onderzoek door medestudenten. Tijdens de begeleidingsuren op school zitten verschillende onderzoeksgroepen samen om elkaar feedback te geven op de verslagen die bij het onderzoek horen. Dit verhoogt de betrouwbaarheid omdat personen uit eenzelfde vakgebied kritisch kijken naar de inhoud van het onderzoek.

Bij interbeoordelaarsbetrouwbaarheid observeren verschillende onderzoekers een situatie. De mate van overeenstemming tussen de verzamelde gegevens bepaalt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Verhoeven, 2016). De onderzoekers zullen hiervan gebruik maken bij het coderen van de gegevens uit de interviews. Bij triangulatie controleert men uitkomsten van een onderzoek door gebruik te maken van een andere methode om de uitkomsten te controleren. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van twee deelonderzoeken, het survey-onderzoek en de interview's.

8.2 Validiteit

Validiteit wordt gebruikt om de geldigheid van een onderzoek weer te geven. Hierbij wordt gekeken of een meetinstrument meet wat het moet meten (Dassen et al, 2014).

Er zijn verschillende vormen van validiteit. Zoals Verhoeven (2016) beschrijft kan men interne validiteit, externe validiteit en begripsvaliditeit van elkaar onderscheiden. Interne validiteit speelt een grote rol bij kwantitatief onderzoek en gaat het erom dat men de juiste conclusies trekt. De interne validiteit in dit onderzoek wordt verlaagd omdat de respondenten niet willekeurig gekozen worden. Dit kan zorgen voor een vertekening in de selectie, iets wat men ook wel selection bias noemt.

Externe validiteit zegt iets over de reikwijdte van het onderzoek. Hiermee wordt bedoeld dat de onderzoeksresultaten van de steekproef ook generaliseerbaar zijn op de gehele populatie. Bij kwalitatief onderzoek wordt er vooral gekeken of de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn naar andere soortgelijke situaties.

In dit onderzoek heeft men veel te maken met begripsvaliditeit. Begripsvaliditeit richt zich op 'meten wat men meten wil'. Zo meet men bijvoorbeeld gewicht met een weegschaal en niet met een liniaal. Bij de enquête en de interviews van dit onderzoek, is het van belang dat begrippen en vragen goed gedefinieerd zijn. Dit zodat men met de vragen ook daadwerkelijk een bijpassend antwoord krijgt (dus dat men op een vraag over gewicht een antwoord krijgt in grammen en niet in centimeters).

Naast deze vormen van validiteit wordt er ook gekeken of de enquête in het geheel een valide meetinstrument is. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een enquête waarvan de validiteit en de psychometrische eigenschappen **niet** zijn vastgesteld.

9. Ethische aspecten

In dit hoofdstuk staat beschreven welke overeenkomsten er worden gesloten in het kader van privacy en welke Wet hier de rechten en plichten hanteert.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) ligt aan de basis van alle zorgverlening. In de WGBO staan de rechten en plichten van cliënten die zorg krijgen. De WGBO gaat over de relatie tussen de cliënt en de zorgverlener. Een belangrijk begrip in de WGBO is 'informed consent'. Zorgverleners mogen alleen handelen als zij toestemming hebben van de cliënt. De cliënt moet begrijpen waarvoor hij toestemming geeft: hij/zij moet dus goed geïnformeerd zijn. De WGBO geldt voor medische onderzoeken en behandelingen en alle zorg die daarmee samenhangt. Dus ook verpleging, verzorging en nazorg. Zorg die wordt gegeven in een GGZ-instelling, verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg valt ook onder de WGBO. (Rijksoverheid.nl, 2017)

Binnen het kader van privacy wordt er binnen dit onderzoek ook gebruik gemaakt van Informed consent. Dit wil dus zeggen dat de deelnemers aan het onderzoek, uitleg krijgen over wat de bedoeling is en waar de resultaten voor dienen. Wanneer dit duidelijk is zullen de deelnemers een formulier ondertekenen waarin toestemming gegeven wordt voor deelname aan het onderzoek. Dit ondertekenen is vrijwillig, en wordt pas gedaan wanneer de volledige uitleg is gegeven en de deelnemer begrijpt wat zijn of haar rechten zijn. Deelname aan het onderzoek moet te allen tijde kunnen worden gestopt, en het moet duidelijk zijn dat de resultaten van het onderzoek gebruikt zullen worden in de verslaglegging en alles wat daar omheen bij komt kijken.

Anonimiteit van zowel de cliënten als medewerkers wordt gewaarborgd. Alle gesprekken zullen worden gecodeerd en namen worden gecensureerd. Op deze manier is het herleiden van personen geen optie meer.

Het informed consent formulier is te vinden in bijlage 3.

10. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de deelonderzoeken beschreven worden. Als eerste worden de resultaten van het surveyonderzoek weergegeven en daarna van de interviews.

10. 1 Resultaten surveyonderzoek

Het surveyonderzoek is opgezet om de huidige kennis van de medewerkers over de zorg voor mensen met dementie in kaart te brengen. De enquête is toegevoegd aan de bijlagen om inzicht te kunnen geven in de vragen die gesteld zijn aan het personeel van de Arendshorst.

De enquête was gericht op alle 33 medewerkers van de PG afdelingen van Arendshorst; er was een responspercentage van 27% ofwel negen ingevulde enquêtes. In onderstaande tabel worden de demografische gegevens van de respondenten weergegeven.

Enquête nummer	Leeftijds-categorie	Opleiding	Huidige functie	Jaren werkzaam als zorgverlener
Enquête 1	31-40 jaar	MBO-verpleegkunde	Woonbegeleider	14 jaar
Enquête 2	51-60 jaar	Inservice opleiding ziekenverzorging	Woonbegeleider	20 jaar
Enquête 3	21-30 jaar	Verzorgende IG en Doktersassistent	Woonbegeleider	8 jaar
Enquête 4	11-20 jaar	Verzorgende IG	Woonondersteuner	2,7 jaar
Enquête 5	31-40 jaar	Verzorgende IG	Woonbegeleider	11 jaar
Enquête 6	31-40 jaar	Verzorgende IG	Woonbegeleider	15 jaar
Enquête 7	51-60 jaar	Sociaal Pedagogisch Werker niveau 4	Woonbegeleider	9 jaar
Enquête 8	41-50 jaar	Inservice opleiding ziekenverzorging	Woonbegeleider	11,5 jaar
Enquête 9	41-50 jaar	Medewerker Maatschappelijke zorg	Woonbegeleider	25 jaar

Tabel 1. Demografische gegevens van de respondenten van de enquête.

De enquête was opgebouwd uit zowel meerkeuzevragen als vragen waar de respondenten een open antwoord konden geven. Bij de meerkeuzevragen telde elk juiste antwoord voor een punt; men kon maximaal 19 punten behalen. Bij het berekenen van de punten werd gebruik gemaakt van een normeringsterm (N-term) van 0.0 om een zo reëel mogelijk beeld te geven over de scores. De N-term wordt in het Nederlandse onderwijssysteem gebruikt om de cijfers van examens aan te passen aan de moeilijkheidsgraad van de toets. De respondenten hebben allen 12 tot 17 punten behaald en hebben scores van matig voldoende tot goed. De verdeling van de punten is verwerkt in tabel 2.

Puntenaantal	Cijfer (N-term 0.0)	Respondent percentage
11 punten	5.2	0.0%
12 punten	5.7	33,3%
13 punten	6.2	11,1%
14 punten	6.6	0.0%
15 punten	7.1	22,2%
16 punten	7.6	22,2%
17 punten	8.1	11,1%
18 punten	9.1	0.0%
19 punten	10	0.0%

Tabel 2. Cijfertoekenning enquêtes.

In tabel 3 staat per vraag weergegeven wat het juiste antwoord is op de enquêtevragen en welk percentage van de respondenten het juiste antwoord heeft aangekruist. Er is een groot verschil tussen de percentages; er zijn vragen voor 22,2% juist beantwoord maar ook voor 100%.

De vragen 1, 9 en 14 zijn percentueel het slechts gemaakt. 33,3% van de respondenten wist dat dementie een verzamelnaam is voor vijftig ziektebeelden en hetzelfde percentage heeft het belangrijkste kenmerk van Alzheimer aangekruist; toenemend geheugenverlies. 22,2% heeft de juiste kenmerkende symptomen van Lewy-body aangekruist: schommelingen in alertheid; hallucinaties en wanen.

Zowel vraag 3, 7 en 13 zijn door 55,5% van de respondenten juist beantwoord. Bij vraag 3 moest de respondent de juiste uitspraak over dementie en vergeetachtigheid aankruisen. Dit was: Er zijn verschillende oorzaken voor vergeetachtigheid; dementie is er één van. Vraag 7 ging over achterdocht. Hierbij moesten de respondenten de zin *Achterdocht is...* afmaken. De juiste aanvulling is: ...een symptoom bij dementieel syndroom/Alzheimer.

Zowel vraag 5 als 6 werden door 66,6% juist beantwoord. Bij vraag 5 moest de respondent de juiste kenmerken van dementie aankruisen: gedesoriënteerd in tijd, plaats, persoon. Vraag 6 luidt: Wie bepaald de wilsonbekwaamheid van een persoon? Het juiste antwoord is: de rechter. 77,7% heeft op vraag 4 juist geantwoord dat *agnosie* problemen met herkennen betekend.

Bij vraag 8 moest de respondent de vier meest voorkomende vormen van dementie opnoemen. 8 respondenten (88,8%) heeft de vier juiste antwoorden aangekruist; de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie en Lewy-body dementie. De andere respondent heeft hiervan drie juiste aangekruist.

Vraag nummer 11 en nummer 20 zijn ook voor 88,8% juist beantwoord. Bij vraag 8 moest de respondent aankruisen dat het gedrag, de persoonlijkheid en de spraak van een persoon als eerste veranderden bij iemand met frontotemporale dementie. Vraag 20 richtte zich erop dat men bij passieve ouderen die niet meer in staat zijn om activiteiten te doen, gebruik maakt van de passiviteiten van het dagelijks leven (PDL).

Er zijn vier vragen voor 100% juist beantwoord. Bij vraag 10 - Welk deel van de hersenen is beschadigd bij fronto-temporale dementie? - was het antwoord: het voorste gedeelte. Bij vraag 12 kan een beroerte de oorzaak zijn van vasculaire dementie. Bij vraag 19 moest de respondent vormen van snoezelen aankruisen. Het antwoord hierop was: Harpmuziek laten horen, een knuffeldier aaien. Bij vraag 22 moest de respondent kiezen tussen verschillende tips voor communicatie met iemand die dementerend is. Het enige juiste antwoord was: Probeer keuzes te vermijden; stel ja of nee vragen.

Resumerend is er onvoldoende gescoord op de vragen 1, 3, 7, 9, 13 en 14. Deze hadden betrekking op het algehele ziektebeeld dementie, het ziektebeeld Alzheimer en het ziektebeeld Lewy-Body dementie. Op de vragen 5 en 6 is voldoende gescoord. Deze vragen gingen over kenmerken van dementie en de wilsonbekwaamheid bepalen. Op de vragen 4, 10, 11, 12, 19, 20, 22 is goed gescoord. Deze vragen gingen over de betekenis van agnosie; frontotemporale dementie; het gebruik van snoezelen en de passiviteiten van het dagelijks leven; vasculaire dementie; communicatie met dementerenden.

Vraag	Juiste antwoord	Percentage respondenten met het juiste antwoord.
1. Stelling: Dementie is een verzamelnaam voor ruim 50 ziektes.	Juist	33,3%
3. Welke uitspraak over dementie en vergeetachtigheid is juist?	Er zijn verschillende oorzaken voor vergeetachtigheid; dementie is er één van.	55,5%
4. Wat is agnosie?	Problemen met herkennen.	77,7%
5. Benoem drie kenmerken van dementie.	Gedesoriënteerd in tijd, plaats, persoon.	66,6%
6. Wie bepaald de wilsonbekwaamheid van een persoon?	De rechter	66,6%
7. Achterdocht is....	een symptoom bij dementieel syndroom/ Alzheimer	55,5%
8. Welke van de onderstaande vormen van dementie zijn de 4 meest voorkomende?	Ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontotemporale dementie, Lewy-body dementie	88,8%
9. Het belangrijkste kenmerk van Alzheimer is:	Toenemend geheugenverlies.	33,3%
10. Welk deel van de hersenen is beschadigd bij fronto-temporale dementie?	Het voorste gedeelte	100%
11. Welke veranderingen treden meestal als eerste op bij fronto-temporale dementie?	Gedrag, persoonlijkheid en spraak.	88,8%
12. Vasculaire dementie kan een gevolg zijn van?	Een beroerte.	100%
13. De symptomen van Lewy-body dementie vertonen vaak overlap met:	De ziekte van Parkinson.	55,5%

14. Welke symptomen zijn kenmerkend voor Lewy-body dementie?	schommelingen in alertheid; hallucinaties en wanen.	22,2%
19. Wat zijn voorbeelden van snoezelen?	Harmmuziek laten horen, een knuffeldier aaien.	100%
20. Wat is geschikt voor passieve ouderen die niet meer in staat zijn tot het volgen van activiteiten?	PDL, dit zijn de passiviteiten van het dagelijks leven.	88,8%
22. Wat is een goede tip bij de communicatie met iemand die dementerend is?	Probeer keuzes te vermijden; stel ja of nee vragen.	100%

Tabel 3. Percentage van respondenten die het juiste antwoord hebben gegeven.

Naast de vragen met meerkeuze antwoorden, waren er ook vragen waarbij de respondenten een open antwoord konden invullen. Één van de respondenten heeft de open vragen niet ingevuld.

Vraag 2 luidde: Waar richt de behandeling van dementie zich op? Omdat dementie niet te genezen is richt de behandeling zich op het begeleiden van de cliënt en diens welbevinden. Deze vraag is door 66,6% juist beantwoord.

De vragen 15, 16 en 17 richtten zich op de vier fases van dementie. 55,5% van de respondenten hebben de juiste fases benoemd; bedreigde ik, verdwaalde ik, verborgen ik en verzonken ik. 22,2% van de respondenten hebben wel de juiste fases benoemd, maar niet in de juiste volgorde. 33,3% hebben per fase de juiste interventies benoemd welke ook in het antwoordmodel staan. Deze zijn als volgt:

- Bedreigde ik: Proberen het gevoel van angst en onveiligheid te verminderen.
- Verdwaalde ik: houvast bieden, de dagelijkse leefomgeving structureren.
- Verborgen ik: aanbod aansluiten op de directe zintuiglijke behoeften en beleving van de cliënt.
- Verzonken ik: Inspelen op de lichamelijke behoeften, lichamelijk contact maken, praten, prettige zintuiglijke prikkels aanbieden.

Bij vraag 18 konden de respondenten aangeven op welke manier zij de familie betrokken bij de behoeften van de cliënt. Er zijn verschillende manieren benoemd waaronder het multidisciplinair overleg, het familienetwerk (via de computer/tablet) en contact bij bezoek. Ook werd er benoemd dat de familie de cliënt meeneemt naar de kapper of de tandarts.

Vraag 21 ging in op het onbegrepen gedrag van bewoners en op welke manier de respondenten hiermee omgaan. 55,5% van de respondenten geeft aan dat onbegrepen gedrag per cliënt anders is en dat men dus ook per cliënt anders omgaat met onbegrepen gedrag. 22,2% benoemt dat zij in overleg gaan over het onbegrepen gedrag met de familie, de arts en de psycholoog. 22,2% heeft geen antwoord gegeven.

Bij vraag 23 kon de respondent zijn eigen visie op zorg voor mensen met dementie beschrijven. 88,8% zeiden met meer of minder woorden dat het welbevinden van de bewoners bij hen voorop staat.

55,5% heeft antwoord gegeven op vraag 24. Bij deze laatste vraag van de enquête kon de respondent aangeven over welk onderwerp met betrekking tot dementie zij meer zou willen weten. Één respondent zou weer informatie willen over agressie. Twee respondenten zouden meer willen weten over de gedachtegang van de bewoners. Zij benoemen het zelf als: "Wat er in het hoofd van een cliënt omgaat". Één respondent zou meer willen weten over

het stimuleren van activiteiten in verband met onder- en overprikkeling. Één respondent zou graag meer willen weten over grenzen aangeven bij probleemgedrag. Hierbij wordt het voorbeeld genoemd van een cliënt met bewegingsdrang waardoor hij spullen vernielt.

Kort samenvattend is er onvoldoende gescoord voor de kennis over de fases van dementie. De respondenten hebben meerdere manieren benoemd waardoor zij in contact staan met familie. Daarnaast richt de visie van het merendeel van de respondenten zich op het welbevinden van de cliënten. Als laatste zijn er enkele zaken benoemd waar de respondenten meer over zouden willen weten.

10.2 Resultaten interviews

Er zijn interviews gehouden met zes respondenten. De demografische van deze groep respondenten staan weergegeven in tabel 4. De resultaten van deze interviews zijn gericht op de volgende deelvragen: Deelvraag 1; Wat zijn de ervaringen van de medewerkers op PG afdelingen bij de zorg voor patiënten met een hoge complexiteit van zorg binnen de Arendshorst? Deelvraag 2: Ervaren de medewerkers van de PG afdelingen van Arendshorst een gemis in hun eigen kennis en vaardigheden in relatie tot de zorg voor mensen met dementie?

De interviews zijn aan de hand van het programma ATLAS.ti verder geanalyseerd en verwerkt in een codeboom (afbeelding 1). De codeboom bestaat uit code-groepen; elke code groep bestaat uit verschillende codes. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten per codegroep uitgewerkt. Om de privacy van de respondenten te beschermen worden de citaten anoniem weergegeven en niet gekoppeld aan een respondenten nummer.

Interview nummer	Leeftijdscategorie	Opleiding
Interview 1	21-30 jaar	Verzorgende IG
Interview 2	51-60 jaar	Inservice opleiding
Interview 3	31-40 jaar	MBO-Verpleegkunde
Interview 4	41-50 jaar	Inservice opleiding Ziekenverzorgende
Interview 5	51-60 jaar	Inservice opleiding
Interview 6	51-60 jaar	HBO-verpleegkunde

Tabel 4. Demografische gegevens van de respondenten van de interviews.

Kennis en vaardigheden	Kennis en vaardigheden		
	kennistekort		
	leren door ervaring		
	Intervisie		
Complexiteit van zorg	Betekenis van complexiteit van zorg		
	Werkdruk		
	Zorgzwaarte		
	Tijd tekort		
	Onbegrepen gedrag	Ervaringen met onbegrepen gedrag	
	Breed ziektebeeld	Mening over gedrag	
		Gedrag acceptatie	
		Onrust	
		Agressie	
		Uitdaging	
Opleiding en Scholing	Nieuwe opleiding		
	GVP-opleiding		
	Cursus aanbod		
	Bijscholing		
Familie	Levensverhaal		
	Familie betrokken		
	Overbelaste mantelzorger		
Comfort Client			
Begeleiding door Specialisten			
Grenzen bewaken			

Afbeelding 1. Codeboom

Kennis en vaardigheden

In het interview zijn vragen gesteld over het huidige kennisniveau van de medewerkers en wat hun ervaringen zijn hierbij. Hierbij horen de codes: kennis en vaardigheden, kennistekort, leren door ervaring en intervisie.

Kennis en vaardigheden

Uit de interviews kwam naar voren dat de medewerkers van mening waren dat zij over voldoende kennis en vaardigheden beschikken voor het werk op de afdelingen. De belangrijkste vaardigheid die benoemd werd door respondenten was de omgang met mensen met dementie. Hierbij werd ook benoemd dat men geduld moet hebben en rust moet kunnen bewaren tijdens het werk. Daarnaast zeiden de respondenten dat zij met vragen terecht kunnen bij een huisarts, fysiotherapeut en psycholoog. Door meerdere respondenten werd benoemd dat zij de opleiding Gespecialiseerd verzorgende Psychogeriatric (GVP-opleiding) willen doen om meer kennis, specifiek op dementie, te krijgen.

“Er zijn een paar collega’s die hebben de GVP opleiding gedaan, Gespecialiseerd verzorgend Psychogeriatric, ik denk dat dat voor ons allemaal goed is om die opleiding te doen.”

Kennistekort

Ook werd de vraag gesteld in welke kennis of vaardigheden de medewerkers nog zouden willen bijscholen. Voornamelijk kwam naar voren dat sommige verpleegtechnische handeling weinig op de afdelingen voorkomen waardoor men niet meer bekwaam is voor het uitvoeren van deze handeling. Ook komt in de interviews naar voren dat de medewerkers zouden willen weten waar bepaald gedrag van bewoners vandaan komt. Met hulp van specialisten of familie proberen zij te achterhalen wat de oorzaak van het gedrag kan zijn.

“Bepaalde verpleegkundige handelingen doe je te weinig om dit goed onder de knie te houden.”

“....waarom doet hij/zij wat hij doet? Welke achtergrond heeft dat? Wat gebeurt er in het hoofd van de cliënt?”

Leren door ervaring

Een ander aspect wat naar voren kwam uit de interviews was het leren door ervaring. Hiermee wordt bedoeld het leren van de situaties die zich voordoen in de praktijk. In de zes interviews werd benoemd dat men kennis maar vooral ook vaardigheden leerden door middel van het observeren van de werkwijzen van collega’s en door te leren van je eigen fouten.

“Ja, je hebt natuurlijk een stukje basis in de opleiding, ouderenzorg....Maar het meeste leer je wel van de werkvloer.”

Intervisie

In een enkel interview kwam de interesse naar intervisie naar voren. Tijdens intervisie is men met een groep samen en wordt een casus ingebracht. Samen met de aanwezige groep wordt de situatie uit de casus besproken om er een leerervaring van te maken. Hierbij maakt men gebruik van de kennis en de verschillende vaardigheden van alle aanwezigen. Binnen de PG afdelingen van Arendshorst wordt overgegaan naar zelfsturende teams en zal er van start worden gegaan met intervisiebijeenkomsten. Dit zal bijdragen aan het uitwisselen van kennis en vaardigheden tussen de medewerkers op een afdeling.

“Omdat we nu starten met zelfsturende teams gaan we er ook een stuk intervisie bij doen en dat doen we nu weinig. We hebben wel een bewonersoverleg maar dat is dan toch weer anders. Nu hoop ik dat we daar wat dieper in duiken.”

Complexiteit van zorg

Gedurende de interview`s werden vragen gesteld met betrekking tot complexiteit. Hierbij moet gedacht worden aan vragen als; "Wat verstaat u onder complexiteit van zorg?" of bijvoorbeeld "Hoe ervaart u de zorg met en voor complexe cliënten? Wat doet dit met u?". De codeboom beschrijft dan ook de volgende codes die onder het onderwerp complexiteit van zorg vallen: Betekenis van complexiteit van zorg, werkdruk, zorgzwaarte, tijd tekort, onbegrepen gedrag, breed ziektebeeld (comorbiditeit). De complexiteit van zorg wordt over gesproken, complexiteit die door ieder personeelslid weer anders beschreven wordt.

"complexiteit van zorg, mensen die veel of verschillende soorten zorg nodig zijn, zowel lichamelijk als geestelijk. Mensen die dement zijn maar soms ook een psychische achtergrond hebben, dat zie ik als complexe zorg, dat is mijn gevoel daarbij."

Betekenis van complexiteit van zorg

Uit de interviews kwam naar voren dat de complexiteit van zorg door ieder personeelslid als verschillend werd ervaren. De ene benoemde bijvoorbeeld wondzorg of medicatie als complex terwijl de ander gedragsproblemen of comorbiditeit als complexiteit ervaarde. De werkdruk en zorgzwaarte maken dat het personeel ook meer complexiteit ervaart, de combinatie van het personeelstekort en het onbegrepen gedrag op de afdeling is een combinatie van complexiteit die vaak benoemd wordt.

"ik vindt het meest complexe in de zorg dat je 8 mensen bij elkaar hebt die elkaar niet begrijpen. Ze denken allemaal dat juist de ander wat mankeert en zij zelf niets. En dat maakt dat er soms situaties ontstaan die gevaarlijk zijn, die onbegrepen zijn, ongewenst en je wilt het beste voor iedereen, iets wat soms echt gevaarlijke situaties oplevert."

Werkdruk

De werkdruk was ook een vaak genoemd onderwerp binnen de interviews. Niet genoeg tijd om in gesprek te gaan met een cliënt; minder belangrijke taken overslaan of overdragen aan een collega terwijl ze toch wel belangrijk voelen voor de respondent; niet alles kunnen doen wat je zou willen in een dienst of bijvoorbeeld als het met eten niet lukt er niet bij kunnen gaan zitten omdat er meerdere mensen zijn die iets te eten moeten krijgen. Het feit dat men er binnen de Arendshorst geen druk op legt dat alle bewoners voor 9 uur aan tafel zitten om te ontbijten, neemt wel een stukje werkdruk weg. Verschillende personeelsleden spraken tijdens de interviews uit dat dit op andere werkplekken wel verwacht werd, waardoor zij hier een zwaardere werkdruk ervaren.

"Zoals vandaag hebben we toevallig twee stagiaires en iemand van welzijn en ik geniet. Ik kan mensen in bad doen en al die extra dingen, normaal hoop je tussen zeven en negen dat je de meeste gewassen hebt en dat ze aan tafel zitten voor het eten. Dat vind ik gewoon niet goed, krijgen ze dan de volle aandacht? Nee, want in je hoofd zit je al bij de volgende. En zoals vandaag zit je met zoveel. Das ook wel heel luxe. Dan kun je wel eens de extra dingen doen. Gewoon even foto's kijken met iemand en zulke dingen."

Zorg zwaarte

Tijdens de interviews is er ook gesproken over zorgzwaarte. Dit onderwerp bevatte niet een specifieke vraag in de enquête of in het interview, maar kwam naar boven door de vragen die gesteld werden over de complexiteit van zorg. Ook binnen het stukje zorgzwaarte valt men over de werkdruk en het tekort aan personeel en/of tijd. De zorgzwaarte wordt vooral gekenmerkt aan het feit dat men het gevoel heeft gedurende de dienst "politieagent" te moeten spelen. Het steeds weer achter mensen aan moeten omdat zij gaan dwalen of ruzies moeten sussen die ontstaan doordat mensen elkaar niet begrijpen. Ook ligt er een bepaalde druk op taken die gedaan moeten worden en dreigen niet te lukken, dit heeft dan ook weer te maken met de bestaande tekorten.

“Ik doe dan ook deels de thuiszorg erbij en dat is een stuk lichter dan op de afdeling. Ten eerste heb je (bijna) geen agressie en ten tweede kan de cliënt (meestal) zelf nog nadenken, dus dan hoef je niet te praten als brugman om iemand bijvoorbeeld over te halen om uit bed te komen. Of eten, drinken of medicijnen niet willen nemen komt veel minder voor. Dus dat gaat allemaal vanzelf eigenlijk. Op de afdelingen is een bepaalde routine en manier van werken en, ook al is er te weinig personeel of tijd, het moet toch gebeuren. Dus de werkdruk vind ik ook best hoog.”

Tijd te kort

Tijd te kort is een veel voorkomend probleem, dit is dan ook duidelijk gebleken uit de interviews. Binnen de Arendshorst heeft men de visie om mensen een fijne dag te kunnen geven en er voor te zorgen dat men zich goed voelt op de afdeling. Wanneer het tijd te kort opspeelt, gaat men dan ook na de dienst met een onvoldaan gevoel naar huis. Het personeel heeft vaak het gevoel achter de feiten aan te lopen en vindt dit dan jammer omdat voor bepaalde zaken gewoon even de tijd nodig is. Bijvoorbeeld wanneer iemand onbegrepen gedrag vertoont, er is dan niet de tijd om even met die mensen in gesprek te gaan of om er op een andere manier achter te komen waarom iemand zich zo gedraagt. Ook de termen “ik kom zo bij u terug” of “ik help u zometeen” worden vaak gebruikt maar kunnen vaak niet nagekomen worden. Dan is er iemand anders die het heeft opgelost of is de betreffende persoon het alweer vergeten, ook dit geeft een onvoldaan gevoel bij het personeel.

“Ik wil niet zeggen dagelijks maar dat is toch echt wel een probleem waar je bijna dagelijks tegen aan loopt. Zoals nu ook, we lopen echt achter de tijd aan. Je loopt echt achter jezelf aan. Dat is dan wel eens jammer want dan hebben de bewoners niet de aandacht die ze verdienen en om ze te begrijpen.”

Onbegrepen gedrag

Onbegrepen gedrag komt dagelijks voor op de afdelingen en komt dan ook sterk naar voren in de interviews. Zo ineens gaan schoppen, slaan, bijten of schreeuwen, maar ook het gooien met voorwerpen of dat de bewoner spullen van een naar een andere kamer verhuist en niet weten waarom. Onbegrepen gedrag noemt met dat, dit omdat je niet weet wat er in het hoofd van de persoon om gaat. Veel medewerkers benoemen dan ook dat zij spreekwoordelijk “wel eens in het hoofd van de bewoner zouden willen kijken”, puur en alleen om te weten waar het gedrag vandaan komt en wat zij er aan zouden kunnen veranderen. Vaak is het een teken van onrust of het oncomfortabel zijn, iets wat natuurlijk belangrijk is om te weten te komen zodat de cliënt geholpen kan worden. Wanneer duidelijk zou worden waar het gedrag vandaan komt kan men de prikkel voor dit gedrag wegnemen en kan op deze manier veel onrust voorkomen worden. Veel dingen zijn te herleiden doordat de familie veel van de cliënt weet en hier over kan vertellen, echter is er altijd wel iets wat de familie ook niet kan herleiden.

“Ik vind het heel belangrijk om de familie te betrekken want zij kennen de bewoner beter dan wij, zij weten van hun gewoontes en hun gekkigheden. Zij kennen de bewoners veel beter dus we hebben hen heel hard nodig voor de zorg, om te begrijpen waarom en wat ze doen.”

Agressie

Doorgaande over het onderwerp “onbegrepen gedrag” werd er ook gevraagd naar agressie. Agressie komt relatief vaak voor op de afdeling maar lijkt vaak geaccepteerd te worden, geaccepteerd als horende bij het ziektebeeld van de cliënt. Dingen als schoppen, slaan, bijten, knijpen, spugen, krabben, komen erg veel voor, maar ook non-verbale agressie als schelden of dreigen zijn niet te verwaarlozen. Gedurende de interviews kwam zelfs een ervaring naar boven die was uitgelopen van dreigementen tot zelfs het bij de keel grijpen van

een medewerker. Agressie op de afdelingen komt dus vaak voor maar wordt niet altijd als agressie gezien.

“we hebben ook eens een man gehad, die kwam binnen, een nieuwe opname, een hele lieve man. De volgende dag had hij me al bij de keel. Zou hij me de keel wel even dicht knijpen en zou hij me “wel even dood maken” zei hij toen.”

Opleiding en scholing

Binnen het onderwerp opleiding en scholing, werden ook verschillende vragen gesteld. Medewerkers werden gevraagd naar hun opleidingsniveau en wat zij nog graag als scholing zouden willen zien. De code-boom laat de volgende code's vallen onder dit onderwerp namelijk; nieuwe opleiding, GVP-opleiding, cursus aanbod, bijscholing. Hierdoor worden dan ook verschillende citaten belangrijk.

Nieuwe opleiding, cursus aanbod en bijscholing

Uit de interviews is gebleken dat eigenlijk iedere geïnterviewde wel interesse heeft in bijscholing of het volgen van een nieuwe/andere opleiding. In de interviews werd benoemd dat de vraag naar bijscholing of cursussen minder groot is dan de behoefte om dezen ook bij te wonen. De medewerkers van de Arendshorst kunnen zelf aangeven welke cursus of welk onderwerp van de bijscholing zij graag zouden willen maar dit wordt maar weinig gedaan. Betaalde scholing of cursussen onder werktijd worden wel vaker gevolgd.

“wat mis ik precies?, dat vind ik heel lastig. Ik denk toch dat stuk uitdiepen. Er zijn hier mensen die de GVP-opleiding hebben gedaan. Ik ben nu niet in mogelijkheid om een opleiding te doen maar als ik de mogelijkheid had dan zou ik dat wel willen. Dat je je echt specialiseert in dementie.”

GVP-opleiding

De GVP-opleiding (Gespecialiseerd verzorgende Psychogeriatric) is een opleiding die door velen genoemd werd gedurende de interviews. Echter zijn er maar een paar medewerkers op de afdeling werkzaam die deze opleiding gevolgd hebben. Veel medewerkers zouden deze opleiding graag willen doen, mede voor hun eigen specialisatie maar ook de instelling is natuurlijk altijd gebaat bij kwaliteitsverbetering. De meeste geïnterviewden willen deze opleiding in de toekomst gaan volgen, een enkeling is van plan dit op kortere termijn nog te gaan doen. Medewerkers lijken wat op te kijken tegen de collega's die deze opleiding al wel gevolgd hebben.

“Er zijn een paar collega's die hebben de GVP opleiding gedaan en ik denk dat dat voor ons allemaal goed is om die opleiding te doen. Voor mezelf zou ik dat ook willen, dan leer je iets meer van “waarom doet hij/zij wat hij doet? Welke achtergrond heeft dat? Wat gebeurt er in het hoofd van de cliënt?” En ik denk dat dat voor ons allemaal goed zou zijn om daar in bijgeschoold te worden.”

Familie

De code-boom neemt de volgende code's mee onder het kopje familie: levensverhaal, familie betrokken, overbelaste mantelzorger.

Levensverhaal

Het levensverhaal is een onderwerp waarbij de instelling volledig afhankelijk is van familie. Deze wordt binnen de Arendshorst uitgediept door middel van een anamnese en men krijgt (indien mogelijk) een bundeltje mee naar huis waarop het verhaal alvast ingevuld kan worden voor de opname zal plaatsvinden. Op deze manier kan men er van te voren rustig over na denken. Aan de hand van vragen wordt zo het levensverhaal uitgewerkt en

beschreven in de anamnese. Wanneer er onbegrepen gedrag voorkomt gedurende de opname kan men eventueel het levensverhaal terug lezen of familie vragen of zij weten waar het gedrag eventueel vandaan zou kunnen komen. Door te weten wat voor werk men vroeger gedaan heeft of wat de hobby's waren van een cliënt, worden veel reacties en gedragingen vaak al duidelijk. Op deze manier leer je, dankzij de familie, de cliënt pas echt goed kennen.

“Sowieso bij de opname, van te voren krijgen ze al een vragenlijst of een levensgeschiedenis. Dan kunnen ze er thuis alvast over na denken en weten ze dat we de bewoner door hun leren kennen. Zo worden ze bij het proces voor opname al heel erg betrokken bij de zorg.”

Familie betrokken

Vragen over het betrekken van familie tijdens de zorg en bij opname, kwamen ook voor. Het blijkt dat familie een grote rol speelt binnen de zorg van de cliënten in de beginfase en dat zij steeds meer betrokken gaan worden. Dit is bijvoorbeeld handig om de bewoners te leren kennen wanneer zij op de afdeling komen wonen, maar ook wanneer er bijvoorbeeld gedragsproblemen, onverklaarbare handelingen of uitspraken voor komen, kan hier door de de familie betekenis aan gegeven worden. Familie weet vaak meer van de vroegere gewoontes, hobby's of bijvoorbeeld het beroep wat de cliënt heeft uitgeoefend. Dit kan voor veel verheldering zorgen.

“Ik vind het heel belangrijk om de familie te betrekken want zij kennen de bewoner beter dan wij, zij weten van hun gewoontes en hun gekkigheden om zo maar te zeggen dus we hebben hen heel hard nodig voor de zorg, om te begrijpen waarom en wat ze doen.”

Overbelaste mantelzorger

Het komt binnen de Arendshorst vaak voor dat de mantelzorger eerst even rust nodig heeft voor dat de verhalen over de cliënt bekend worden. Mensen blijven steeds langer thuis wonen waardoor er steeds vaker overbelaste mantelzorgers zijn. Wanneer iemand dan opgenomen wordt krijgt de mantelzorger weer rust en dit is erg belangrijk om te respecteren. Mantelzorgers komen meestal vanzelf weer op bezoek of melden zich bij het personeel. Ze zijn dan helemaal tot rust gekomen en nemen dan vaak weer wat taken over. Dingen als wandelen, samen boodschappen doen of samen de krant lezen zijn dan activiteiten die men vaak weer gaan doen.

“Voor familie en/of mantelzorger is het soms erg moeilijk om aan de zorg mee te werken. Het kan soms zijn dat ze heel verdrietig zijn en het hele proces van dementie is voor hen ook heel ingewikkeld. Het kan ook zijn dat uitgeput zijn, uitgeblust van het helpen en het zorgen of dat ze overbelast zijn.”

Welbevinden van de cliënt

Tijdens de interviews kwam naar voren dat de medewerkers van de PG afdelingen veel waarde hechten aan het welbevinden van de bewoners. Tijdens de interviews werd er gevraagd waar de respondent zich op richtte bij het verlenen van zorg aan mensen met dementie. Alle respondenten gaven aan dat zij zich richten op het welzijn van de bewoners en dat zij een aangename omgeving hebben tijdens de laatste fase van hun leven. Daarnaast wordt ook door meerdere respondenten aangegeven dat zij tijdens het werken met de bewoners ook steeds weer proberen het welbevinden van de cliënten voorop te zetten. Dit doen zij bijvoorbeeld tijdens de zorgmomenten door niet elke cliënt op een standaard dag te douchen; er wordt gekeken naar wat een cliënt fijn vindt en wat de bewoner van thuis gewend was. Ook geven de respondenten aan graag meer te willen doen voor de

cliënten dan de standaard zorg. Zo zouden ze het fijn vinden om tijd te hebben om met de bewoners door een fotoboek te bladeren of ze een keer in bad te doen.

“Waar richt jij de zorg op bij mensen met dementie? Dat de mensen zich veilig voelen en dat ze een goede, fijne dag hebben bij ons.”

Begeleiding door specialisten

Op de afdelingen van de PG worden de verzorgenden ondersteund door verschillende specialisten waaronder: een arts, psycholoog, specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut. Er is standaard twee keer per week een artsensite en daarnaast kunnen de verzorgenden ook in contact komen met de specialisten via de mail. Tijdens de interviews werd aangegeven dat zij met vragen bij de specialisten terecht kunnen. Hierbij werd als voorbeeld genoemd dat er overleg was met de psycholoog over gedrag van een bewoner en wat de beste manier was om hiermee om te gaan. In samenwerking met de arts en psycholoog wordt er een nieuw project opgestart: Grip op Probleemgedrag. Op de afdeling is ook gebruik gemaakt van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). In twee interviews werd aangegeven dat de inzet van het CCE erg verhelderend was voor de respondent en dat zij heeft kunnen leren van een situatie.

“Ik vind het heel leerzaam om in gesprek te zijn met de psycholoog. Als die dan met iets komt dan denk ik van: ja, zo kan het ook! Dan heb je wel cursussen en een e-learning programma gehad over dementie. Maar dan dacht ik: oh ja, dit is veel interessanter!”

Grenzen bewaken

Met *grenzen bewaken* wordt bedoeld dat er grenzen gesteld worden door een persoon en dat andere personen deze grenzen in acht nemen. Deze grenzen zijn vaak gericht op sociale normen en waarden. Er zal onderscheid gemaakt worden tussen twee situaties: 1. zorgmedewerkers bewaken hun eigen grenzen of die van collega's; 2. zorgmedewerkers bewaken de grenzen van de bewoners van de PG afdelingen.

Zorgmedewerkers bewaken hun eigen grenzen of die van collega's.

In drie interviews werd benoemd dat de grenzen van een zorgmedewerker niet in acht werden genomen. De oorzaak hiervan was verbaal of agressief onbegrepen gedrag van een bewoner. Opvallend hierbij is dat de grenzen tussen de medewerkers ook bij agressief gedrag van bewoners verschillen. Zo werd het volgende voorbeeld gegeven: Een bewoner mept de verzorgers tijdens een ADL moment. Een van de medewerkers laat het over zich heen komen omdat zij weet dat het niet tegen haar als persoon bedoeld is terwijl dit bij een andere medewerker wel over haar grenzen gaat. Door de respondent werd aangegeven dat men als team goede afspraken moet maken over de omgang met de bewoner in dit soort situaties.

“Je moet ook allemaal wel met de neus dezelfde richting hebben ... Als de een zegt dat kan wel en de ander zegt nee dat moet u niet doen; dat is voor een dementerende heel verwarrend.”

Zorgmedewerkers bewaken de grenzen van bewoners op de PG afdelingen.

Uit verschillende interviews kwam naar voren dat de zorgmedewerkers de grenzen van de bewoners moesten bewaken ten gevolge van het ziektebeeld van bewoners. De zorgmedewerker moet ervoor waken dat bewoners niet op de kamers van anderen gaan dwalen terwijl daar iemand in bed ligt of zichzelf gaan uitkleden terwijl zij midden in een kamer stonden.

“Een bewoner die met goede bedoelingen een andere bewoner uit de rolstoel wil tillen en die dus geen idee heeft dat diegene niet kan lopen. De meeste mensen bedoelen het goed wat ze doen alleen zo komt het vaak niet over.”

Resumerend zijn de respondenten van mening dat zij voldoende kennis hebben voor het werk op de afdeling. Echter geven de respondenten aan dat zij zich niet altijd bekwaam voelen voor het uitvoeren van weinig voorkomende verpleegtechnische handelingen. Ook zouden zij graag meer inzicht willen in de denkwijze van de bewoners. Uit de interviews kwam naar voren dat de medewerkers veel vaardigheden opdoen tijdens het werken op de afdeling door collega's te observeren.

De respondenten benoemen complexiteit van zorg op verschillende manieren. Er werd benoemd dat de complexiteit van zorg als hoog wordt ervaren. Hier dragen de volgende factoren aan bij: werkdruk, zorgzwaarte, tijd te kort en onbegrepen gedrag. De medewerkers hebben dagelijks te maken met onbegrepen gedrag van bewoners. Met enige regelmaat hebben de medewerkers met agressie te maken; in de interviews werd ook benoemd dat sommige medewerkers dit als deel van het ziektebeeld zien. De respondenten benoemen dat zij genoeg cursussen krijgen aangeboden. Daarnaast geven meerdere respondenten aan de GVP-opleiding te willen volgen.

De familie wordt in vergelijking met vroeger steeds meer betrokken bij de bewoners. Vanuit de afdeling wordt gevraagd om een levensverhaal in te vullen over de bewoner zodat de medewerkers de bewoner kunnen leren kennen. Ook komt de familie steeds vaker langs en gaat bijvoorbeeld met de bewoner een stukje wandelen. Op de afdeling staat het welbevinden van de bewoners hoog aangeschreven. De respondenten geven aan dat zij bij hun handelen zo vaak mogelijk denken aan het welbevinden van hun cliënten.

De medewerkers van de afdeling hebben contact met verschillende andere disciplines, waaronder een arts, psycholoog en fysiotherapeut. Deze disciplines kunnen zij ook om hulp vragen bij onbegrepen gedrag van een bewoner of houdingsadviezen. De medewerkers krijgen dagelijks te maken met het bewaken van grenzen; die van zichzelf, hun collega's en de bewoners. Uit de interviews kwam naar voren dat verschillende medewerkers verschillende grenzen aangeven wat verwarrend kan zijn voor de bewoners.

11. Discussie

In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste resultaten weergegeven worden waarna er een methodologische en inhoudelijke discussie beschreven zal worden.

11.1 Belangrijkste resultaten

Tijdens het onderzoek richtte men zich op het beantwoorden van de hoofdvraag: Over welke kennis en vaardigheden van de zorg voor mensen met dementie beschikken de medewerkers van de PG afdelingen in Arendshorst en hoe staat dit in relatie tot het nieuwe beroepsprofiel van 2020. Alle respondenten scoorden een voldoende op de enquête. Echter waren er thema's waar voldoende op gescoord werd maar ook thema's waar onvoldoende voor gescoord werd; dit waren vragen gericht op het algehele ziektebeeld van dementie, het ziektebeeld van Alzheimer en het ziektebeeld Lewy-Body Dementie. Daarnaast hadden de respondenten onvoldoende kennis over de vier fasen van dementie.

Uit de interviews met respondenten kwam naar voren dat zij positief zijn over hun eigen kennis maar wel meer inzicht zouden willen in het gedrag van de bewoners van de afdelingen. De medewerkers van de afdelingen vinden dat zij genoeg bijscholingen krijgen aangeboden echter kwam uit de interviews naar voren dat hier niet altijd gebruik van wordt gemaakt. Tijdens de interviews werd besproken dat de medewerkers vinden dat zij genoeg kennis en vaardigheden hebben om zorg te dragen voor de bewoners. Echter werd benoemd dat zij de complexiteit op de afdeling als hoog ervaren door meerdere factoren: zorgzwaarte, tijdsgebrek, comorbiditeit en onbegrepen gedrag van bewoners. De respondenten geven aan dat zij genoeg cursussen krijgen aangeboden en sommigen van hen willen de GVP-opleiding gaan volgen.

De respondenten van de interviews geven aan dat zij dagelijks met een vorm van onbegrepen gedrag te maken krijgen. Bij onbegrepen gedrag vragen de medewerkers vaak om advies bij specialisten binnen de instelling. Ook wordt er gebruikt gemaakt van het levensverhaal dat door de familie aangeleverd om betekenis te geven aan het gedrag en een oplossing te vinden. Echter kan men het onbegrepen gedrag niet altijd meteen oplossen en zijn er tussen de medewerkers nog geen duidelijke grenzen aangegeven hoe men om moet gaan met dit gedrag, zoals agressie. Dit wordt vaak gezien als deel van het ziektebeeld.

11.2 Inhoudelijke discussie

In deze paragraaf zullen de resultaten van het onderzoek in relatie gebracht worden met bestaande literatuur en worden de verschillen besproken.

Kennis over dementie

De enquête geeft in beperkte mate een beeld over de kennis die aanwezig is op de afdeling omdat er maar 27% respons was op de enquête. De respondenten hebben een voldoende gescoord maar er zijn thema's waar de respondenten onvoldoende kennis over hebben. Om deze scores in relatie te brengen met de kennis van andere instellingen in Nederland, wordt er een vergelijking gemaakt met de kennismonitor Dementie van Ideon. Ideon is een bedrijf dat op zichzelf staande kennismonitoren aanbiedt voor helpenden, verzorgende en verpleegkundigen op verschillende gebieden. De kennismonitor Dementie van Ideon meet het kennisniveau door middel van een vragenlijst (Ideon, 2017). De Kennismonitor Dementie is ingedeeld in drie Thema's met in totaal 59 vragen. De thema's zijn gericht op het ziektebeeld dementie; de omgang met mensen met dementie; de familie van dementerenden en de omgeving van dementerenden. Deze thema's komen gedeeltelijk overeen met de thema's uit de enquête. De gemiddelde score die behaald wordt op deze kennismonitor is 67%. Het puntenaantal van de respondenten van de enquête is omgerekend tussen de 63% en 89%. Dit zou betekenen dat de respondenten rond hetzelfde kennisniveau zitten als de

klanten van Ideon. Daarbij zouden de respondenten een lagere score kunnen behalen op de Kennismonitor Dementie door de lengte en de extra thema's.

In het beroepsprofiel Zorgkundige 2020 wordt gewerkt met de Canadian Medical Education Directions for Specialist (CanMEDS). Met behulp van dit systeem zijn zeven competentiegebieden voor de zorgkundige opgesteld. Een van de gebieden is de zorgkundige als lerend professional. Hierbij is een aandachtsgebied het op peil houden van eigen deskundigheid. Voor de medewerkers van de PG afdeling betekent dit dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het op peil houden van hun kennis en vaardigheden. Echter werd in interviews benoemd dat veel medewerkers niet de kansen aangrijpen voor het volgen van een cursus of bijscholing.

Complexiteit van zorg op de PG afdeling

Complexiteit van zorg is een veelbesproken thema. Binnen de PG afdelingen van Arendshorst wordt de complexiteit als hoog ervaren mede door de tijdsdruk, de zorgzwaarte, comorbiditeit en het onbegrepen gedrag. Phelan en McCormack (2016) beschrijven daarnaast verschillende dagelijkse handelingen waarin complexiteit en expertise herkend wordt. Er wordt benoemd dat de zorg voor ouderen meer is dan alleen een paar simpele handelingen en dat zelfs een simpele handeling complex kan zijn in bepaalde situaties.

In de Nederlandse verpleeghuizen is de complexiteit van zorg sinds 2015 verhoogd. In het rapport Inspelen op de verandering van zorg (Nivel, 2016) wordt benoemd dat drie kwart van de zorgverleners in de intramurale ouderenzorg een toename ervaren in cliënten met zorgvragen op verschillende gebieden en 57% van zorgverleners gaf aan dat onvoorspelbare zorgvragen zijn verhoogd. Deze verandering in cliënten zorgt voor andere zorgtaken maar de zorgverleners voelen zich in hoge mate competent om met deze nieuwe zorgtaken om te gaan. Dit komt overeen met de resultaten uit de interviews; de medewerkers van de PG afdelingen vinden dat zij voldoende kennis en vaardigheden hebben om te zorgen voor de bewoners. Daarnaast waren meerdere respondenten geïnteresseerd in het volgen van de GVP opleiding.

In het rapport van Nivel (2016) werd ook aandacht besteed aan welke soorten zorgverleners nodig waren binnen een instelling. Meer dan de helft van de zorgverleners benoemde dat zij meer zorgverleners met een aandachtsgebied of specialisatie nodig hebben binnen de instelling. Dit zou op de PG afdeling in Arendshorst overeenkomen met de GVP-opleiding. 39% van de zorgverleners gaf aan dat er meer hoog opgeleide zorgverleners nodig waren. Vanuit het nieuwe beroepsprofiel Zorgkundige 2020, mogen verzorgende IG'ers werken in complexe en minder complexe situaties. Het gaat erom dat de situatie relatief stabiel is en dat men kan handelen volgens standaarden, protocollen en richtlijnen. Bij complexe situaties werkt de IG'er samen met een verpleegkundige of verpleegkundig specialist. De supervisie en eindverantwoordelijkheid ligt dan bij de verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Op het moment is er op de afdeling geen duidelijk beeld over de complexiteit, alleen dat de medewerkers de afdeling als hoogcomplex ervaren. Voor het inzetten van (meer) verpleegkundigen zou een vervolgonderzoek moeten plaatsvinden.

Grenzen aangeven

Boström, Squires, Mitchell, Sales en Estabrooks(2011) beschrijven dat agressie op PG afdelingen veel voorkomend is en dat tijdens hun onderzoek 66% van de respondenten te maken hebben gehad met een vorm van agressie. Ook op de PG afdelingen van Arendshorst komt agressie met enige regelmaat voor. Op de afdeling zijn er vanuit een vakgroep stappen gezet om beter om te gaan met onbegrepen gedrag echter komt uit interviews naar voren dat medewerkers op verschillende manieren omgaan met onbegrepen gedrag en agressie. Daarbij moet men zich afvragen of er wel grenzen worden gesteld aan dit gedrag. Schuur (2014) benoemt dat men bij het omgaan met agressie gebruik maakt van de eigen competenties; de grondhouding en eigen verantwoordelijkheid. Bij de competenties

gaat het om het vermogen om de eigen doen te doorzien en feedback te ontvangen van collega's. De grondhouding wordt beschouwd als het proces waarin iedereen tracht maatschappelijke normen en waarden, functionele en persoonlijke opvattingen en waardeoordelen met elkaar in overeenstemming te brengen.

In het rapport van de IGZ Omgaan met onbegrepen gedrag (2013) wordt benoemd welke risico's ontstaan bij het niet opvolgen van de richtlijnen over onbegrepen gedrag. Hier wordt benoemd: escalatie van de situatie. Er wordt beschreven dat het gedrag van een bewoner steeds erger wordt als men hier niet adequaat op handelt waardoor een situatie kan escaleren. Ook hier wordt benoemd dat zorgmedewerkers agressie zien als deel van het ziektebeeld. Er wordt niet benoemd dat de zorgmedewerkers daarbij ook grenzen moeten aangeven. Echter staat dit wel in het nieuwe beroepsprofiel voor de zorgkundige: De zorgkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar bewaakt de eigen professionele grenzen. In het geval van "over grenzen heen gaan" spreekt men vaak van agressie of bijvoorbeeld claimend gedrag. In het geval van agressie kan het voorkomen dat bij het aangeven van grenzen de spreekwoordelijke "stoppen doorslaan". Een cliënt voelt zich niet gehoord, kan zich niet uiten op de manier waarop diegene dat graag zou willen en wekt zo een hoop frustraties op. De medewerkers moeten in dit soort situaties de-escalerend werken. Om inzicht te krijgen en deze vaardigheden van de medewerkers moet vervolgonderzoek gedaan worden.

11.3 Methodologische discussie

In deze paragraaf zal er op kritische wijze naar de gebruikte onderzoeksmethodes gekeken worden. Ook wordt besproken wat de generaliseerbaarheid en representativiteit van de onderzoeksresultaten zijn.

Sterke punten

Voorafgaand en tijdens het onderzoek hadden wij positief contact met ons aanspreekpunt binnen de instelling en ons aanspreekpunt op de afdeling. Tijdens dit contact werd besproken wat er gepland stond voor het onderzoek en hielden wij de contactpersonen op de hoogte over onze vorderingen. Dit heeft ervoor gezorgd dat men wederzijds op de hoogte was van de gang van zaken. Een ander sterk punt in het onderzoek was het verloop van de interviews. Wij gaven elkaar als onderzoekers feedback en hebben door het uitwerken van de interviews ook kunnen reflecteren op onze eigen interviews. De respondenten hebben ook benoemd dat wij een fijne manier hadden van het voeren van het gesprek en dat zij niet het idee hadden dat wij alleen de vragenlijst bijlangs gingen.

Verbeterpunten

Tijdens het onderzoek was de afdeling bezig met hervormingen. De vier teams waarin gewerkt werd, moesten schakelen naar drie zelfsturende teams waarmee zij zouden gaan werken in het nieuwe gebouw. Vlak voor deze overgang werden de enquêtes over de afdelingen verspreid. De drukte en onrust rond de nieuwe teams kan bijgedragen hebben aan de lage respons op de enquête. Ook lagen de enquêtes niet zichtbaar genoeg op de afdeling. Bij het afleveren van de enquêtes waren deze zichtbaar neergelegd, maar een week later lagen de enquêtes onderin een kast waardoor de medewerkers niet herinnerd werden aan het invullen van de enquête. Bij een volgend surveyonderzoek zou men de enquêtes in een andere vorm moeten aanbieden, bijvoorbeeld digitaal. Dit zou ervoor zorgen dat alle medewerkers op elk gewenst moment toegang hebben tot de enquête en deze niet gekoppeld is aan hun werkdagen.

Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 8.2 zijn de psychometrische eigenschappen van de enquête niet vastgesteld. Hierdoor is de enquête geen valide meetinstrument. Doordat men een meetinstrument gebruikt welke niet valide is, kan men niet met zekerheid zeggen dat de resultaten betrouwbaar zijn. Om dit te omzeilen zou men in een volgend onderzoek gebruik

moeten maken van een meetinstrument welke valide en betrouwbaar is verklaard door toereikende toetsen.

De interviews werden in de week voor en de twee weken na de overgang naar de nieuwe teams afgenomen. Vanwege de afspraken die de medewerkers al hadden op de afdelingen, was er weinig tijd voor hen om naast het werk een interview te doen. In goed overleg met een aanspreekpunt op de afdeling, waren wij in staat om net genoeg interviews in te plannen. In het vervolg zouden interviews zo gepland moeten worden dat het onderzoek voor een hervorming of na een hervorming plaatsvindt. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat een team niet overvraagd wordt door de hoeveelheid aan acties rondom het werk.

Bij het kiezen van respondenten voor de interviews moet rekening gehouden worden met selectiebias. Binnen de afdeling hadden wij als onderzoekers één aanspreekpunt voor het plannen van de interviews. Dit aanspreekpunt heeft ons ingepland met beschikbare medewerkers van de afdeling. Door het uit handen geven van het selectieproces kan er ongemerkt selectiebias zijn opgetreden. Hierbij moet men ermee rekening houden dat de respondentengroep een onwaar beeld van de populatie kan schetsen. De uiteindelijke respondentengroep van de interviews was van verschillende afdelingen en van verschillende opleidingsniveaus waardoor dit effect minimaal is gebleven.

Generaliseerbaarheid en representativiteit

De respons op het surveyonderzoek was 27%. Door deze lage respons zijn de resultaten geen goede representatie van de populatie en kan men ook niks zeggen over de generaliseerbaarheid naar een vergelijkbare setting. Na de zes interviews is er datasaturatie ontstaan. De resultaten van de interviews geven een goed beeld over de algehele populatie. Binnen de respondentengroep waren er verschillen in de ervaringen met onbegrepen gedrag; dit geeft een reëel beeld over de populatie. Deze resultaten zijn generaliseerbaar naar soortgelijke situaties: Psychogeriatrische afdelingen in verpleeghuizen met een regulier organisatiesysteem in een kleine stad (67.500 inwoners).

Kort samenvattend zijn de resultaten van de interviews vergelijkbaar met de situatie in heel Nederland. De enquête is niet valide en door de lage respons kan geen betrouwbaar antwoord gegeven worden over de kennis over dementie van de hele populatie. Om de kennis in kaart te brengen is een vervolgonderzoek nodig. Op de PG afdelingen krijgen de medewerkers te maken met agressie en de onduidelijkheid over het aangeven van grenzen. De combinatie van onbegrepen gedrag bij mensen met dementie en grenzen aangeven stond niet in de literatuur en zal verder uitgediept moeten worden. In het volgende hoofdstuk zullen deze bevindingen verwerkt worden in de conclusie van het onderzoek.

12. Conclusie

De conclusie van dit verslag zal het antwoord geven op de deelvragen en de onderzoeksvraag van dit onderzoek. De conclusie is ontstaan uit de onderzoeksresultaten. Deze resultaten zijn verkregen door het houden van de interviews en de uitgedeelde enquêtes. Ook zullen de overwegingen van uit het hoofdstuk discussie mee genomen worden.

Hoofdvraag

Over welke kennis en vaardigheden van de zorg voor mensen met dementie beschikken de medewerkers van de PG afdelingen in Arendshorst en hoe staat dit in relatie tot het nieuwe beroepsprofiel van 2020.

De medewerkers van de PG afdelingen in Arendshorst beschikken over de algemene kennis en basisvaardigheden van de zorg voor mensen met dementie". Er is meer bijscholing nodig voor het verbreden van de kennis en vaardigheden, voornamelijk extra kennis over ziektebeelden binnen dementie en de fases die hierbij komen kijken. Ook het aangeven van grenzen is een belangrijke vaardigheid die men moet onderhouden. De instelling mag vanuit het nieuwe beroepsprofiel Zorgkundige van de medewerkers verwachten dat zij de eigen kennis en vaardigheden actief op peil houden. De medewerkers kunnen voor het volgen van een cursus en/of bijscholing een aanvraag doen binnen de instelling.

Deelvragen

Deelvraag 1:

Wat zijn de ervaringen van de medewerkers op PG afdelingen bij de zorg voor patiënten met een hoge complexiteit van zorg binnen de Arendshorst?

De medewerkers van de PG afdelingen binnen de Arendshorst ervaren de hoge complexiteit van zorg als erg zwaar. Er is vaak een gevoel van het te kort komen van tijd, personeel en het achter de feiten aan lopen.

Deelvraag 2:

Ervaren de medewerkers van de PG afdelingen van Arendshorst een gemis in hun eigen kennis en vaardigheden in relatie tot de zorg voor mensen met dementie?

De medewerkers van de PG afdelingen van de Arendshorst ervaren geen groot gemis in de kennis en vaardigheden die zij beheersen voor de zorg voor de mensen met dementie maar zouden wel graag hun kennis en vaardigheden verbreden tot een hoger niveau.

Deelvraag 3:

Welke kennis en vaardigheden kan een werkgever vanuit het beroepsprofiel zorgkundige verwachten?

De kennis en vaardigheden die een werkgever vanuit het beroepsprofiel zorgkundige kan verwachten, zijn dat het personeel de eigen kennis en vaardigheden bijhouden en dat men eigen professionele grenzen aan blijft geven."

13. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan naar aanleiding van de conclusie van het onderzoek. De aanbevelingen zijn gericht op het behouden en verbeteren van kwaliteit van zorg.

- Alle medewerkers van de PG afdelingen van Arendshorst maken een verplichte kennistoets over dementie. De kennistoets bestaat uit een betrouwbaar meetinstrument.
- Er worden aanvullend op de kennistoets cursussen aangeboden over de thema's waar onvoldoende op gescoord wordt door medewerkers.
- Medewerkers worden aangemoedigd en ondersteund bij het volgen van de GVP-opleiding.
- Alle medewerkers van de PG afdelingen van Arendshorst volgen een verplichte cursus over grenzen aangeven. Minimaal 3x per jaar wordt met het team gereflecteerd op de cursus en hoe dit effect heeft in de praktijk.
- Bewoners worden aan de hand van een valide meetinstrument gescoord op complexiteit van zorg. De personeelsbezetting wordt zo aangepast dat er genoeg verpleegkundigen zijn om supervisie en eindverantwoordelijkheid te nemen voor het aantal bewoners met een hoge complexiteitsscore.

14. Literatuurlijst

Accolade Zorg (z.d.). *Onze visie*. Geraadpleegd op 22-9-2017, van <http://www.accoladezorg.nl>.

Boström, A., Squires, J.E., Mitchell, A., Sales, A.E. & Estabrooks, C.A. (2011). Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 2011(21), 1453–1465.

Clijisen, M., Garenfeld, W., Kuipers, G.S., van Loenen, E.A.M., van Piere, M.A.G.B., van Balkom, A.J.L.M. ... , van der Wal, M.S. (2010) *Leerboek Psychiatrie voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Dassen, TH.W.N., Keuning, F.M., Jansen, G.J., Jansen, W.S. (2014). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Ideon (z.d.). *Over Ideon*. Geraadpleegd op 8-11-2017, van <http://www.ideon.nl/over-ideon/>

Jansen, R. (2015). *Kennisquiz: dementie*. Geraadpleegd op 18-10-2017, van <https://www.nursing.nl/kennisquiz-dementie-2657711w/>

Larkin P, Begley CM, Devane D (2014) *Breaking from binaries – using a sequential mixed methods design*. Nurse Researcher. 21, 4, 8-12.

Kitwood, T. (1997) *Dementia Recosidered: the Person Comes First*. Longwood: Symbilbooks.

Maurits, E.E.M., de Veer, A.J.E., Francke, A.L. (2016). *Inspelen op veranderingen in de zorg* (Rapport). Utrecht: Nivel.

Nivel (z.d.). *Complexiteit van zorg*. Geraadpleegd op 26-9-2017, van <https://www.nivel.nl>

Phelan, A. & McCormack, B. (2016) Exploring nursing expertise in residential care for older people: a mixed method study. *Journal of Advanced Nursing* 72(10), 2524–2535

Profi-leren (z.d.). *Helpende Zorg en Welzijn (3e druk) - Thema 21 Dementie - Toets A*. Geraadpleegd op 18-10-2017, van <http://www.profi-leren.nl/toets.html>

Rijksoverheid (2017). *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Geraadpleegd op 17-10-2017, van <https://www.dwangindezorg.nl>

Schuur, G. (2014). *Omgaan met agressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Stuurgroep Verpleging & Verzorging 2020 (2015). *Toekomstige beroepen in de verpleging en verzorging. Beroepsprofiel verzorgende IG*. Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Verhoeven, N. (2016) *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom uitgevers.

VillaKeizersKroon Wonen (2015). *Quick scan Kennistoets VillaKK conform opleidingsplan IGZ*. Geraadpleegd op 18-10-2017, van <http://www.villakeizerskroon.nl>

Volksgezondheidszorg.info (2017) *Huidige situatie*. Geraadpleegd op 17-9-2017, van <https://www.volksgezondheidszorg.info>

Zwijzen, S., de Lange, J., Pot, A.M., Mahler, M. & Minkman, M. (2013). *Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie* (Rapport). Utrecht: Trimbos Instituut en Vilans. In opdracht van de Inspectie voor Gezondheidszorg.

Bijlage 1. Antiplagiaatverklaring.



Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Appelscha/Nieuwehorne

Datum: 12-1-2018

Naam student: Lisanne Blaauw

Handtekening student:

Naam student: Mireille Knopp

Handtekening student:

Bijlage 2: Topiclist

In deze topiclist staat beschreven wat de belangrijkste vragen zijn gedurende de interviews en wat de onderwerpen zijn die besproken zullen worden. Door middel van deze lijst is er tijdens het interview een “rode draad” gedurende het gesprek.

Het interview zal beginnen met een inleidend stukje en het doel van de interview` s wordt nogmaals besproken. De privacy wordt benoemd en vanaf dit punt zal de voicerecorder aangezet worden. De biografische gegevens, gevolgde opleiding en huidige functie, worden doorgenomen. Daarna zal begonnen worden met het interview.

Complexe zorg:

- Wat verstaat u onder complexiteit van zorg?
- Waar loopt u tegenaan bij de verzorging en begeleiding van complexe cliënten?
- Hoe ervaart u de zorg voor complexe cliënten? Wat doet het met u?

Kennis en vaardigheden:

- Is er tijdens uw opleiding aandacht besteed aan dementie en de zorg voor mensen met dementie?
- Heeft u een scholing of cursus gehad over dementie en de zorg voor mensen met dementie?
- Heeft u het gevoel dat u over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om voor uw cliënten te zorgen?
- Wat is voor u belangrijk wat betreft kennis en vaardigheden? Wat vindt u dat u moet weten?
- Wat mist u in uw eigen kennis en vaardigheden
- Denkt u wel eens aan het opnieuw volgen van een opleiding of het doen van een cursus?
- Krijgt u vanuit de instelling voldoende mogelijkheden voor het bijhouden en/of verbreden van uw kennis?

Beroepsprofiel 2020:

- Bent u op de hoogte van het nieuwe beroepsprofiel voor verzorgenden?

Bijlage 3: Informed consent formulier

Het onderzoek is een afstudeeropdracht van de Hanzehogeschool Academie voor Verpleegkunde. In het onderzoek “Samen voor goede zorg” onderzoeken twee studenten in opdracht van de Arendshorst wat de medewerkers van de PG afdelingen verstaan onder complexiteit van zorg en wat het huidige niveau van kennis en vaardigheden is van de medewerkers. Hiervoor is een onderzoeksvraag opgesteld:

“Over welke kennis en vaardigheden van de zorg voor mensen met dementie beschikken de medewerkers van de PG afdelingen in Arendshorst en hoe staat dit in relatie tot het nieuwe beroepsprofiel van 2020.”

Het onderzoek bestaat uit twee delen; een enquête waar elke vaste zorgmedewerker van de PG afdeling aan mag deelnemen en interviews met acht zorgmedewerkers. Vanuit een ethisch aspect vragen wij om uw toestemming om de gegevens van de enquête en de interviews anoniem te verwerken.

Onderzoekers:

M. Knopp

L. Blaauw

Ik verklaar dat ik de informatie over het onderzoek heb begrepen en dat ik ben aangesproken op mijn recht op privacy. Ik ben op de hoogte van het feit dat mijn deelname aan het onderzoek, te allen tijde, stop kan worden gezet. Ik geef toestemming dat de gegevens van mijn deelname, gebruikt worden in de verslaglegging van het onderzoek en alle zaken daar omheen. Deze gegevens zullen worden geanonimiseerd en kunnen ook worden gepubliceerd.

Na afloop van het onderzoek, zullen de verzamelde gegevens vernietigd worden.

Naam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer(s):

Datum:

Plaats:

Handtekening deelnemer:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 4. Enquête

Deze enquête is samengesteld door de kwaliteitsmedewerkers van Arendshorst en de onderzoekers. De vragen zijn gebaseerd op online kennistoetsen van Nursing (2015), Villa Keizer Kroon (2012) en profileren (z.d.). Ook zijn er vragen in verwerkt over de 4 fasen van dementie (Cijssen et al, 2010).

Kennistoets dementie voor medewerkers van de psychogeriatrische (pg) woongroepen

Ieder uur krijgen 4 Nederlanders dementie. Binnen nu en 2040 zal het aantal mensen met dementie verdubbelen.

Uiteindelijk vernietigt deze ontluisterende ziekte het meest waardevolle wat een mens bezit: zichzelf... Jij verleent zorg aan mensen met dementie, zorg die heel complex kan zijn en de complexiteit zal de komende jaren alleen maar toenemen.

Kennis over dementie is daarbij onmisbaar, het is de basis van het zorgen.

Vanaf 2020 zullen de nieuwe beroepsprofielen voor verzorgenden en verpleegkundigen in werking treden. In de beroepsprofielen staat beschreven welke taken en verantwoordelijkheden men heeft als verzorgende of verpleegkundige. Als deel van ons onderzoek willen wij kijken of Arendshorst al klaar is voor deze nieuwe beroepsprofielen. Dit willen wij doen door te onderzoeken welke kennis bij medewerkers in het algemeen aanwezig is over dementie. De toets is dus niet gemaakt om je persoonlijke score te meten. Het invullen van de toets duurt ongeveer 15 minuten.

Veel succes!

Monique Godeke
Kwaliteitsmedewerker

Lisanne Blaauw en Mireille Knopp
Studentonderzoekers van de Hanzehogeschool

1. Hoeveel jaar ben je (al) werkzaam als zorgverlener?
.....maanden/jaar*
2. Hoe lang ben je werkzaam op de pg van Arendshorst?
.....maanden/jaar*
3. Wat is je leeftijd?jaar
4. Welke opleiding heb je gedaan?
 - inservice opleiding verpleegkunde A
 - inservice opleiding verpleegkunde B
 - inservice opleiding verpleegkunde Z

- inservice opleiding ziekenverzorging
- opleiding helpende
- opleiding verzorgende
- opleiding verzorgende IG
- mbo verpleegkunde
- hbo verpleegkunde
- anders, nl:

5. Wat is je huidige functie?

- verpleegkundige
- woonbegeleider
- woonondersteuner
- anders, nl:

Kennistoets dementie

1. Dementie is een verzamelnaam voor ruim 50 ziektes.

- Juist
- Onjuist

2. Waar richt de behandeling van dementie zich op?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Welke uitspraak over dementie en vergeetachtigheid is waar?

- Als iemand vergeetachtig is, is hij dement
- Er zijn verschillende oorzaken voor dementie. Vergeetachtigheid is er één van
- Er zijn verschillende oorzaken voor vergeetachtigheid. Dementie is er één van
- Dementie en vergeetachtigheid hebben niets met elkaar te maken

4. Wat is agnosie?

- Problemen met taal
- Problemen met oriëntatie in de tijd
- Problemen met het herkennen

- Problemen met horen, zien en ruiken

5. Benoem drie kenmerken van dementie

- gedesoriënteerd in tijd, plaats, persoon
- verlies: korte termijn geheugen, lange termijn geheugen, middellange geheugen
- claimend agressie vergeetachtigheid

6. Wie bepaald de wilsonbekwaamheid van een persoon?

- De arts
- De familie
- De omgeving waarin men verblijft/woont
- De rechter

7. Achterdocht is....

- Een gedragsstoornis
- Een strategie van cliënt om doel te bereiken
- symptoom bij dementieel syndroom/ alzheimer
- te laat opgetreden symptoom

8. Welke van de onderstaande vormen van dementie zijn de 4 meest voorkomende?

- Ziekte van Alzheimer
- Mild Cognitieve Impairment (MCI)
- Vasculaire dementie
- Parkinson
- Creutzfeldt-Jakob

- Frontotemporale dementie
- Korsakov
- Lewy body dementie
- Posterieure Corticale Atrofie (PCA)

9. Het belangrijkste kenmerk van de ziekte van Alzheimer is...

- Desoriëntatie in tijd, plaats en persoon
- Toenemend geheugenverlies
- Karakterveranderingen
- Achterdocht

10. Welk deel van de hersenen is beschadigd bij frontotemporale dementie?

- Het voorste gedeelte
- Het middelste gedeelte
- Het achterste gedeelte

11. Welke veranderingen treden meestal als eerste op bij frontotemporale dementie?

- Gedrag, persoonlijkheid en spraak
- Gedrag, geheugenproblemen en persoonlijkheid
- Geheugenproblemen, desoriëntatie in tijd, plaats en persoon, spraak

12. Vasculaire dementie kan het gevolg zijn van:

- Een hartinfarct
- Een beroerte
- Een longembolie

13. De symptomen bij Lewy-body dementie vertonen vaak overlap met:

- De ziekte van Parkinson
- De ziekte van Alzheimer
- Beide

14. Welke symptomen zijn kenmerkend voor Lewy-body dementie?

- Schommelingen in alertheid, hallucinaties en wanen
- Tremoren en langzame beweging
- Hallucinaties en wanen en motorische stoornissen

15. Welke fases van dementie zijn er?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Welke fases komen voor op jouw woongroep?

.....

.....

.....

.....

17. Wat zijn de kenmerken van deze fases? Wat moet jij de cliënt bieden in deze fases, waaraan heeft de cliënt behoefte?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18. Op welke manier betrek je de familie/netwerk van de bewoner bij de verschillende behoeften van de cliënt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. Wat zijn voorbeelden van snoezelen?

- Harpmuziek laten horen, een knuffeldier aaien
- Herinneringen ophalen en praten over het verleden
- De krant voorlezen of een puzzel maken
- Schilderen of borduren

20. Wat is geschikt voor passieve ouderen die niet meer in staat zijn tot activiteiten?

- Activeren door een levensboek
- PDL. Dit zijn passiviteiten van het dagelijkse leven
- Veel spiegelen
- Psychomotorische therapie

21. Hoe ga je om met onbegrepen gedrag van een cliënt?

.....

.....

.....

.....

22. Wat is een goede tip bij de communicatie met iemand die dementerend is?

- Praat hard
- Maak vooral geen oogcontact, dat is verwarrend
- Corrigeer deze persoon regelmatig
- Probeer keuzes te vermijden, stel ja- of nee-vragen

23. Beschrijf je eigen visie op zorg voor mensen met dementie en hoe je dit terug laat komen in uw werk.

.....
.....
.....
.....
.....

24. Over welk onderwerp met betrekking tot jouw cliëntengroep zou je graag meer willen weten? En waarom?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bedankt voor het invullen!