



(Bron: onbekende auteur, licentie CC BY-NC-ND)

“Mijn gedrag zegt niets over wie ik ben
maar over wat ik heb ... Dementie.”

- *Kennis is het begin van alle wijsheid* -

Afstuderen advies
Student: Diana Kil-Hoogmoed 1623869
Praktijkorganisatie: XXXXX
Werkbegeleiders: Marie-Lou Vanhautem
Docent: Monique Miesen
Faculteit gezondheidszorg, Zuyd Hogeschool
Datum: 28-02-2019

Samenvatting

Inleiding

In dit onderzoek staat de vraag centraal op welke wijze de gegevens die zijn voortgekomen na afname van de neuropsychiatric inventory (NPI) (Cummings, 1994), vóór de opname van thuis naar verpleeg(t)huis voor mensen met dementie, bijdragen aan goede algehele (verpleegkundige) zorg. Onderzocht wordt:

- 1) Wat de invloed is van neuropsychiatrische gedragskenmerken van cliënten voor de zorgprofessionals.
- 2) Of er sprake is van een toename van cliënten met neuropsychiatrische gedragskenmerken bij en na opname, en hoe de zorgprofessional dit ervaart?
- 3) Welke methodieken/meetinstrumenten er beschikbaar zijn om gedragskenmerken in kaart te brengen, en welk instrument wordt binnen de zorgorganisatie toegepast?
- 4) Kan de (centrale) mantelzorger een bijdrage bieden in de analyse en interventiefase van neuropsychiatrische kenmerken van hun naaste en wat is daarvan de meerwaarde?

Methoden

Om tot beantwoording te komen van de hoofdvraag en deelvragen is gekozen om zowel een kwalitatief aspect (focusgroep) als een kwantitatief aspect (enquête) te includeren in het onderzoek. We spreken in dit geval dus van een mixed method.

Resultaten

Het onderzoek laat zien dat er draagkracht is voor de implementatie van de NPI. Zorgprofessionals en behandelaren geven aan een meerwaarde te zien in de afname van de NPI in samenwerking met de mantelzorger, vóór opname. De NPI biedt hen inzicht, geeft focuspunten en kan preventief werken ter voorkoming van escalaties en biedt mogelijkheid voor de tijdige inzet van interventies. Daarnaast draagt het bij aan de behoefte van de zorgprofessionals en behandelaren voor een verdiepingsslag ten aanzien van de nieuwe cliënt, specifiek op het gebied van gedrag. Naast het feit dat men bovenstaande heeft ervaren vanuit het aangeboden overzicht (voortkomend na afname van de NPI) is er een duidelijke vraag neergelegd voor aanvullende informatie (volledige NPI vragenlijst).

Conclusie & Discussie

De volledige informatie voortkomend uit de afname van de NPI komt tegemoet aan de behoeftes van de zorgprofessionals en behandelaren voor actuele en volledige informatie over de nieuwe cliënt en diens symptomen van de dementie om zo een bijdrage te leveren aan de optimalisatie van (verpleegkundige) zorg en de overgang van thuis naar verpleeg(t)huis.

Advies & Inbedding

In een nog te plannen vervolgesprek met de afdeling cliëntadviseurs zullen de onderzoeksresultaten besproken worden. Wat eruit springt, is de behoefte van de zorgprofessionals en behandelaren aan een gedegen intake en volledige en actuele informatie. In dit nog te plannen vervolgesprek zal de NPI geïntroduceerd worden als een instrument om aan deze behoefte tegemoet te komen. De NPI dient dan wel volledig inzichtelijk te zijn en niet enkel een overzicht van de scores maar inclusief de rapportage c.q. hoe deze score tot stand is gekomen. Daarnaast zullen de voordelen benoemd worden, zoals: samenwerking met familie in de analyse fase, de meerwaarde ten aanzien van het opstellen van een zorgplan, preventieve interventies en passende bejegening. In combinatie met een standaard heteroanamnese is de NPI een goede optie als aanvullend kwalitatief instrument ter optimalisatie van de overgang van thuis naar verpleeg(t)huis .

Voorwoord

Dit is het befaamde laatste loodje. Deze Thesis is het resultaat van een optelsom van 21 jaar intra- en extramurale ervaring als verpleegkundige plus mijn opleiding op Zuyd Hogeschool.

“In Dementialand I was able to see for miles without the yesterdays and tomorrows obstructing my view. It was difficult and so simple all at the same time.” (Suzka, 2016)

Dementie ontziet niets en niemand. Dementie is verlieservaring op verlieservaring voor de persoon met dementie en al diens naasten. Wanneer men net bekomen is van het verlies, en acceptatie zijn eerste stapjes zet, verliest men weer. Je verliest je kennis en je kunde, je herinneringen, de tijd, wie je bent, je individu. Een ziekte die zich hoe dan ook uiteindelijk op de voorgrond zal dringen ook al houdt de omgeving krampachtig vast aan de persoon, de moeder, de vader of partner die hij/zij altijd is geweest.

Ik heb mijn passie gevonden in de zorg voor mensen die dit lot zijn toebedeeld. Ik streef naar een leven voor hen waar dementie niet centraal staat, waar verlies benoemd en begeleid wordt en waar ik acceptatie een duwtje in zijn rug geef. Ondersteuning waar ik liever denk in mogelijkheden dan in beperkingen en daar de persoon met dementie en zijn naasten in mee kan nemen. En dan in die laatste, vaak onvermijdelijke fase, waar dementie zich op zijn borst slaat en lijkt te hebben overwonnen, ben ik er nog steeds om dementie op zijn plek te zetten. Ik blijf zoeken naar de persoon die schuilt, onder de dementie, in de winter van het leven en ik zeg *“Ik zie je en ik blijf je zien!”*.

Het volgen van een opleiding, naast je werk en gezin, kan ik het beste omschrijven als een ruis. Een ruis die niet per definitie negatief hoeft te zijn. Echter de laatste twee en een half jaar is deze ruis er voortdurend geweest. *“Ik moet nog zoveel doen”* en *“Sorry, ik moet studeren”* zijn vaak de revue gepasseerd. Het leven na de opleiding wordt nu volledig geromantiseerd in mijn hoofd, klaar zijn na je werk en weekenden zonder schuldgevoel zijn iets waar ik enorm naar verlang. En dan toch, mijzelf kennende, zal ik straks de wekelijkse schoolavonden missen, de dialoog met andere professionals en het gevoel missen dat ik in mijzelf investeer en groei.

Dank Danny, dat je ervoor gekozen hebt met mij jouw leven te delen en mij stimuleert het beste uit mezelf te halen. Jouw eindeloze geduld, jouw briljante brein en jouw liefde waren mijn rust naast de ruis. Mijn zonen die ik menig keer, bij lui en laks puber gedrag, voor heb gehouden dat mama én werkt én het huishouden doet én studeert. En het jullie eigenlijk echt helemaal niet kon imponeren, moeders kunnen tenslotte alles.

Dank Pap, jij hebt mij geleerd dat ik hard moet werken, wat ik de afgelopen twee en een half jaar heb gedaan. Op 7 februari j.l. heb jij ons voorgoed verlaten. In gedachten ben je bij mij.

Ik wil mijn werkbegeleider Marie-Lou en tutor Monique hartelijk danken voor hun betrokkenheid. Daarnaast wil ik Rosie Mennens (Teamleider cliënt-adviseurs) en Ans Spaltman (Teamleider Wijkzorg West), Harry Scipio (Gedragsverpleegkundige), Sammy Debets (Psycholoog), Martin Kat (Neuropsycholoog) en Wijkverpleegkundige Sanne Aerts, Marloes van der Molen specialist ouderengeneeskunde, Edith Muijtjens en alle zorgprofessionals bedanken voor hun kostbare tijd, kennis, ondersteuning en positieve houding.

Deze Thesis is opgedragen aan Meneer Janssen (*Fictieve naam*) en diens echtgenote, dat een zeer verdrietige situatie heeft mogen leiden tot een verbetering van zorg.

Veel leesplezier,
Diana Kil

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding	6
0.1 Doel van het onderzoek.....	8
0.2 Onderzoeksvragen:.....	8
0.3 Methodiekbeschrijving	9
0.4 Leeswijzer.....	9
Hoofdstuk 1 Theoretisch Kader	11
Hoofdstuk 2 Methoden	15
2.1 Onderzoek benadering	15
2.2 Setting & Participanten	15
2.3 Dataverzameling.....	16
2.4 Data-analyse	16
2.5 Ethische overwegingen.....	16
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	17
3.1 Resultaten Enquête deel 1	17
3.2 Deelvragen	18
3.3 Resultaten Enquête sectie 2.....	18
3.4 Resultaten Focusgroepbijeenkomst	19
3.5 Resultaten Focusgroep sectie 2.....	20
Hoofdstuk 4 Conclusie & Discussie.....	22
Hoofdstuk 5 Advies & Inbedding	24
Literatuurlijst.....	26
Bijlage 1 Vragenlijst Enquête	28
Bijlage 2 Topiclijst.....	32
Bijlage 3 Mail aan geadresseerden uitnodiging enquête	34
Bijlage 4 Uitnodiging focusgroepbijeenkomst	35
Bijlage 5 Uitkomst Enquête.....	36
Sectie 1 NPI.....	36
Sectie 2 NPI.....	42
Bijlage 6 Informed Consent en NPI Vragenlijst	44
Bijlage 7 NPI Totaal score (2x).....	48

<i>Dhr. Ne xxxx:</i>	48
<i>Dhr. Ne xxxx:</i>	49
Bijlage 8 Transcript	50
Bijlage 9 Coderen methode.....	69

Inleiding

“Ik bel je even om je te zeggen dat Meneer Janssen vanochtend overleden is.”

Als Casemanager dementie heb ik Meneer Janssen en zijn vrouw bijna 5 jaar begeleidt in de thuissituatie van 2014 tot en met 2018. Meneer Janssen is bij iedereen bekend als die man die uren op een dag wandelde. Meneer Janssen is 10 dagen geleden opgenomen op een gesloten setting omdat zijn vrouw dringend een operatie behoefde en kon gezien de dementie niet alleen thuis blijven. Meneer Janssen had Alzheimer dementie met fronto-temporale kenmerken. Meneer Janssen liet dwang en ontremming zien waar hij medicatie tegen nam. Ik heb met Mevrouw Janssen en de behandelaren regelmatig gesproken over zijn gedrag en wat dat betekende voor Mevrouw in de omgang met hem. Meneer Janssen werd opgenomen en binnen twee dagen escaleerde het volledig. Meneer Janssen was bijzonder geagiteerd, zocht continue bevestiging hetgeen hij bij zijn medebewoners niet kon vinden. Meneer Janssen werd boos, greep mensen naar de keel en sloeg mensen. Meneer Janssen kreeg, in overleg met zijn echtgenote, gedrag regulerende medicatie in hoge dosering. Meneer Janssen liep niet meer en kon niet meer zelfstandig eten en drinken. Meneer Janssen moest naar een speciale afdeling echter overplaatsen duurde meer dan 4 dagen. Gedurende die dagen kreeg Meneer Janssen de voorgeschreven medicatie. De eerste dag op de nieuwe afdeling ontwikkelde Meneer Janssen koorts, werd opgenomen in het ziekenhuis met een longontsteking en overleed 3 dagen daarna. Wandelende, vitale Meneer Janssen was er niet meer. Boosheid, wanhoop en diepgaand verdriet bleef achter bij de familie.

Hoe had dit voorkomen kunnen worden, wat had ik gemist?

Dementie is een ziektebeeld waarbij de geestelijke vermogens ernstig zijn afgenomen. Als gevolg hiervan kan iemand dagelijkse handelingen, die voorheen moeiteloos werden gedaan, minder goed of niet meer uitvoeren. Het gaat dan om handelingen zoals zich aankleden, het bereiden van voedsel, correcte inname van medicatie, of het betalen van rekeningen (Alzheimer Nederland, 2018).

Wereldwijd zullen er naar verwachting, in 2030, meer dan 63 miljoen mensen lijden aan dementie (United Nations, Departement of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017). Ieder uur krijgen 5 mensen, in Nederland, dementie. Dat betekent dat 1 op de 3 vrouwen en 1 op de 7 mannen boven de 65 dementie krijgen. Momenteel zijn er ruim 270.000 mensen die dementie hebben in Nederland. Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing in 2040 explosief stijgen naar meer dan een half miljoen (Alzheimer Nederland, 2018).

In de landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 wordt beschreven dat ouderen langer thuis moeten blijven wonen. Het kabinetsbeleid is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en hen dichtbij huis de zorg en ondersteuning te bieden die aansluit bij hun individuele behoeften, wensen en mogelijkheden (Schippers & van Rijn, 2016). Dat de oudere langer thuis moet blijven wonen sluit niet alleen aan op de wens en behoefte van veel ouderen maar er is ook een financieel aspect waardoor de overheid stuurt op zo lang mogelijk thuis wonen. “Verpleeghuisplekken zijn namelijk duur. Iemand die 24 uur zorg krijgt, kost bijna 6400 euro per maand. Met de vergrijzing is het onbetaalbaar om dat voor iedereen te realiseren. Bovendien kampen verpleeghuizen nu al met personeelstekorten.” (Daan Janssen, 2017) Het UWV onderstreept dit in hun fact-sheet door aan te geven dat 80% van de VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) kampt met problemen om hun vacatureruimte in te vullen (UWV, 2018).

Thuis wordt de primaire zorg en begeleiding hoofdzakelijk geboden door de centrale mantelzorger. Doordat mensen met dementie langer thuis wonen neemt de belasting van de

mantelzorger toe. De informele mantelzorger is non-professional, als zijnde familielid, buur of vriend die zorg verleent in de thuissituatie van een ander persoon. Die zorg wordt vaak gegeven aan een persoon met een handicap en personen met dementie (Etters, Goodall, & Harrison, 2008).

Onlangs heeft het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) de uitkomst van de dementiemonitor mantelzorg 2018 bekend gemaakt. Dit onderzoek wordt iedere twee jaar uitgevoerd onder mantelzorgers van mensen met dementie. Dertien procent van de mantelzorgers voelt zich overbelast (Nivel, 2018). Verscheidene factoren beïnvloeden de beleving van belasting van de mantelzorger van de naaste met dementie; geslacht, relatie tot de persoon met dementie, cultuur en persoonlijk karakter (Etters et al., 2008).

Als casemanager dementie heb ik persoonlijk ervaren dat mantelzorgers steeds weer hun grenzen verleggen om hun naaste niet uit huis te hoeven plaatsen. Uiteindelijk maakt de progressie van de dementie, de overbelasting of het wegvallen van de mantelzorger dat de persoon met dementie wordt opgenomen binnen een verpleeghuissetting. Uit onderzoek blijkt dat de volgende factoren een voorspelling geven van een opname binnen een jaar; Nachtelijke onrust, immobiliteit of beperkingen ten aanzien van mobiliteit, incontinentie, meer dan 16 uur gescheiden zijn van de mantelzorger, en als de mantelzorger vrouw is. Agressie werd niet geassocieerd met een verhoogde kans voor opname binnen een jaar echter was het wel meer nadrukkelijk aanwezig 4 maanden voor opname (Hope, Keene, Gedling, Fairburn, & Jacoby, 1999).

Termen als ketenzorg en warme overdracht zijn veelgehoorde termen. In de transitie van de persoon met dementie van thuis naar verpleeg(t)huis wordt door de zorgorganisatie een intake gedaan. Een medewerker van de zorgorganisatie, afdeling cliënt-adviseurs, gaat op intake en vraagt, in een persoonlijk gesprek, zaken uit over en met de persoon met dementie en diens naasten. Denk dan aan leefstijl, religie, voorkeuren ten aanzien van eten, etc. Echter vindt er geen specifieke verdieping plaats op het gebied van de neuro psychiatrische symptomen bij dementie. Meer dan 80% van alle mensen met de ziekte van Alzheimer krijgt gedurende het ziekteproces te maken met neuro psychiatrische symptomen zoals somberheid, angst, apathie of ontremd gedrag. Bij mensen met de ziekte van Alzheimer worden neuro-psychiatrische kenmerken onvoldoende herkend, behandeld en begrepen (Deltaplan Dementie, 2017).

Jeffrey L. Cummings ontwikkelde in 1994 de 'Neuropsychiatric Inventory' (NPI) (L.Cummings, 1994) en deze werd in 1997 vertaald door J.F.M de Jonghe, L.M. Borkent en M.G. Kat. De NPI is een semigestructureerd interview dat wordt afgenomen met een centrale mantelzorger. Deze is namelijk nauw betrokken rondom de persoon met dementie daar zij vaak 24/7 zorg en ondersteuning bieden. Per gedragsaspect worden zowel de frequentie (vierpunts-schaal) als de ernst (driepunts-schaal) bepaald. Door de frequentiescore te vermenigvuldigen met de ernstscore per domein wanneer deze vervolgens worden opgeteld tot een eventuele maximale score van 144.

Met de NPI wordt een beeld verkregen van eventueel psychopathologische verschijnselen bij patiënten met hersenletsel. De NPI werd ontwikkeld voor toepassing bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en andere dementiesyndromen.

Tabel 0.1 De NPI omvat twaalf gedragsaspecten namelijk:

• Wanen	• Apathie/onverschilligheid
• Hallucinaties	• Ontremd gedrag
• Agitatie/agressie	• Prikkelbaarheid/labiliteit
• Depressie/dysforie	• Doelloos repetitief gedrag
• Angst	• Nachtelijke onrust/slaapstoornis
• Euforie/opgetogenheid	• Eetlust/eetgedrag verandering

0.1 Doel van het onderzoek

De uitkomst van de NPI geeft een duidelijk beeld over de aanwezigheid van de ernst en frequentie van de aanwezige neuropsychiatrische symptomen, afgenomen door de wijkverpleegkundige in de thuissituatie, kort voor opname in het verpleeghuis. **De Hypothese** is dat deze uitkomst voor de zorgorganisatie/verpleeghuissetting, mede bepalend zou kunnen zijn voor de plaatsing binnen de juiste setting en preventief ingezet kan worden binnen het multidisciplinaire team (psycholoog, gedragsdeskundige, Specialist Ouderengeneeskunde), en het biedt de medewerker op de verpleegafdeling handvaten ten aanzien van de bejegening van de nieuw op te nemen cliënt.

Doelstelling:

Binnen 15 weken heeft de verpleegkundige i.o. een advies opgesteld over het gebruik van de NPI binnen de zorgorganisatie ten behoeve van de optimalisatie van de (verpleegkundige) zorg en de overgang van thuis naar verpleeg(t)huis.

Deze doelstelling is tevens te vertalen naar een PICO (*Patient Intervention Comparison Outcome*).

Tabel 0.2 PICO

Patient	Persoon met dementie wiens situatie vraagt om urgente opname, binnen drie maanden, op een gesloten setting van de zorgorganisatie.
Intervention	Er vindt geen verdieping plaats ten aanzien van de gedragskenmerken, bij de intake van mensen met dementie die urgent dienen te worden opgenomen.
Comparison	Het, alvorens opname, in kaart brengen van de gedragskenmerken (ernst en frequentie) door toepassing van de NPI
Outcome	De uitkomst van de NPI leidt tot preventieve interventies bij opname ter voorkoming van escalaties, het juiste bed(afdeling), en passende bejegening door de zorgmedewerker en daarmee aan goede (verpleegkundige) zorg.

0.2 Onderzoeksvragen:

Hoofdvraag:

Op welke wijze draagt de informatie verkregen uit de afname van de NPI bij, aan uitvoering van algehele (verpleegkundige) zorg door de zorgprofessional bij opname van een nieuwe cliënt met dementie?

Deelvragen:

Om antwoord te krijgen op bovenstaande vraag werden onderstaande deelvragen opgesteld:

- 1.) Wat is de invloed van neuropsychiatrische gedragskenmerken van de cliënten op de zorgprofessional?

- 2.) Is er sprake van een toename van cliënten met neuropsychiatrische gedragskenmerken bij en na opname, en hoe ervaart de zorgprofessional dit?
- 3.) Welke methodieken/meetinstrumenten zijn beschikbaar om gedragskenmerken in kaart te brengen, en welk instrument wordt binnen de zorgorganisatie toegepast?
- 4.) Kan de (centrale) mantelzorger een bijdrage bieden in de analyse en interventiefase van neuropsychiatrische kenmerken van hun naaste en wat is daarvan de meerwaarde?

0.3 Methodiekbeschrijving

Ter voorbereiding van het praktijkgericht onderzoek is de literatuur geraadpleegd met de zoektermen: *dementie, neuropsychiatrische kenmerken, verpleeghuis, onbegrepen gedrag, agressie, overbelasting, mantelzorger, Alzheimer, prevalentie, meetinstrumenten* en *analyse*. Online zijn de volgende databanken geraadpleegd: Google Scholar, Pubmed, Springerlink, en Google. Er zijn statische gegevens verkregen van sites van: UWV, Nivel en het CIZ. Verder zijn er zijn verschillende mailcontacten geweest met o.a. Julie Meerveld (Manager Belangenbehartiging & Regionale Hulp, Alzheimer Nederland), Marleen Prins (Wetenschappelijk medewerker en Promovenda, Trimbos instituut), Dr. J.F.M de Jonghe (Klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog, Noordwest ziekenhuisgroep Alkmaar) en Dr. M.G. Kat (Ouderenpsychiater in het Medisch Centrum Alkmaar). Op 19 December is er een ontmoeting met Dr. M.G. Kat geweest in Zeist. Er is een overleg geweest binnen de zorgorganisatie met de wijkmanager thuiszorg, Teamleider cliëntadviseurs, en de Wijkverpleegkundige (niveau 5) hoe het praktijkgericht onderzoek te implementeren. Er is gebruik gemaakt van het; Informed Consent Formulier, waar de deelnemers aan het onderzoek instemmen met de deelname aan en gebruik van de verkregen informatie ten behoeve van dit onderzoek.

Ik zal een mix method toepassen om te komen tot een conclusie en aanbeveling. Het verzamelen van gegevens zal volgens de volgende methode plaatsvinden: Er zal een enquête onder de medewerkers van één psychogeriatrische verpleegafdeling worden uitgezet. Dit betreft 29 zorgprofessionals die uitgenodigd worden een online enquête in te vullen. Daarnaast nemen een zestal zorgprofessionals deel aan de focusgroep-bijeenkomst. Deze uitkomst van deze onderzoeksmethoden wordt in kaart gebracht, en vanuit daar zal er een advies gevormd worden.

0.4 Leeswijzer

- Hoofdstuk 1: In het eerste hoofdstuk wordt het theoretische kader beschreven dat de lezer inzicht geeft over het kernbegrip neuropsychiatrische kenmerken, hetgeen de impact is van deze kenmerken voor de persoon met dementie, diens naasten en zorgprofessionals. Daarnaast wordt het belang van samenwerken met familie toegelicht en het belang van een goede analyse met een van de genoemde instrumenten.
- Hoofdstuk 2: Vervolgens wordt de uitgewerkte methode beschreven om de lezer inzicht in het methodische proces te geven dat heeft plaatsgevonden om te komen tot de verzamelde data die leiden tot het advies.
- Hoofdstuk 3: Hier staan de resultaten vermeldt en worden de uitkomsten vanuit het praktijkgericht onderzoek voor de lezer overzichtelijk in kaart gebracht. Er wordt gebruik gemaakt van tekst en tabellen.
- Hoofdstuk 4: In dit hoofdstuk worden de discussie, conclusie en de resultaten gepresenteerd en vergeleken met eerdere bevindingen vanuit de literatuur.

Hoofdstuk 5: In het laatste hoofdstuk staat het advies centraal en worden er aanbevelingen gedaan als gevolg van het onderzoek.

Hoofdstuk 1 Theoretisch Kader

De diagnose dementie is van forse impact op het leven. Dementie is een ziekte van het gehele systeem. Het is niet enkel de getroffene die moet leren leven met de gevolgen van de cognitieve achteruitgang, maar ook het cliëntsysteem. Omgaan met dementie, maar ook het verlenen van zorg aan iemand met dementie vraagt een continu aanpassingsvermogen. De symptomen van het ziektebeeld vertalen zich vaak naar een verandering van gedrag die problemen kunnen opleveren voor de cliënt of de omgeving van iemand met dementie. Dergelijk gedrag wordt op verschillende wijzen beschreven namelijk: onbegrepen gedrag, probleemgedrag, moeilijk hanteerbaar gedrag of neuropsychiatrische gedragskenmerken en neuropsychiatrische symptomen. Binnen mijn onderzoek zal ik spreken over neuropsychiatrische gedragskenmerken.

Uit onderzoek blijkt dat de toename van neuropsychiatrische gedragskenmerken (m.n. hallucinaties, nachtelijke onrust, en afwijkend gedrag) van invloed zijn op de mate van belasting en kan leiden tot overbelasting van de mantelzorger (Allegri et al., 2006). neuropsychiatrische gedragskenmerken zijn meestal een van de redenen waarom mensen met dementie naar een woonvoorziening moeten verhuizen dat blijkt uit de dementiemonitor in 2016 (Jansen, Werkman, & Francke, 2016).

De aanwezigheid van neuropsychiatrische gedragskenmerken is van invloed op de kwaliteit van leven. Om goed met het gedrag om te gaan is het van belang het gedrag te begrijpen. Pas als de oorzaak van het gedrag achterhaald is kunnen de juiste interventies ingezet worden (Mahler, Minkman, Zwijsen, de Lange, & Pot, 2013).

Als gevolg van het langer zelfstandig thuis wonen, worden mensen in een latere fase van de dementie opgenomen. De zorgverlening aan de doelgroep, mensen met dementie, en in het bijzonder mensen met dementie met onbegrepen gedrag, is complex en vraagt veel kennis en kunde van alle betrokkenen en een hoge mate van professionaliteit. Vooral deze professionaliteit staat de komende jaren onder druk in de ouderenzorg door een toenemend aantal mensen met dementie in combinatie met forse bezuinigingen en transitie in de zorgsector (Mahler et al., 2013). Uit de bevindingen van de Inspectie blijkt dat het niet goed omgaan met onbegrepen gedrag leidt tot hoge risico's in de zorg (voor cliënt, mantelzorger en medewerker) en tot een vermindering van kwaliteit van leven voor de betreffende persoon met dementie en diens mantelzorger. Er lijkt een gevaar voor de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en hun mantelzorgers te zijn als er in de zorg onvoldoende aandacht is voor bijvoorbeeld een multidisciplinaire aanpak van gedragsproblematiek, psychofarmaca gebruik en ondersteuning van verzorgenden en de fysieke cliënt omgeving (Mahler et al., 2013).

In een onlangs verschenen rapport van het trimbosinstituut is er wel sprake van een toename van mensen met een regulier zorgzwaartepakket geïndiceerd door centrum indicatiestelling zorg (CIZ) bij dementie (ZZP 5). (Prins, Heijkants, & Willemse, Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie ; Monitor Woonvormen Dementie, 2018) Echter er is geen toename van afgifte van geïndiceerde ZZP 7 door het CIZ bij dementie met forsere zorgvraag door de aanwezigheid van forse neuropsychiatrische kenmerken. De toename van de ZZP 5 zou implementeren dat er wel een toename is van mensen met dementie die een indicatie krijgen, hetgeen uiteraard overeenkomt met de verwachtingen ten aanzien van de groei van mensen met dementie. (Alzheimer Nederland, 2018) Dit impliceert echter ook dat er geen toename zou zijn van mensen met een forsere zorgvraag t.g.v. opname in een latere fase van de dementie met neuropsychiatrische kenmerken. Ook Actiz geeft aan dat de zorgprofielen sector Verzorging en Verpleging (ZZP7) en sector Verzorging en Verpleging (ZZP8) sinds de invoering van de Wet Langdurige Zorg in 2015 zijn gehalveerd hetgeen gebleken is uit het rapport van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Van Rijn, 2016).

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat medewerkers in de praktijk weliswaar de ervaring hebben dat de zorgvraag complexer wordt, maar dat er niet altijd een hogere indicatie wordt afgegeven. Bij sommige zorgaanbieders bestaat het beeld dat er sprake is van een strengere indicatiestelling en van terughoudendheid met het afgeven van ZP 7. Dat het CIZ mogelijk minder snel geneigd is een ZP 7 te indiceren dan zorgaanbieders zelf, bleek een aantal jaar geleden ook uit een rapport van het CIZ zelf. Of dit daadwerkelijk een verklaring is voor het niet toenemen van het aandeel ZP 7-indicaties, blijft echter de vraag stellen Prins, Heijkants en Willemse (2018).

Uit de literatuur is bekend dat bij tachtig procent van de mensen met dementie die naar een Zorginstelling verhuizen minstens twee verschillende neuropsychiatrische symptomen voorkomen (Zuidema, 2007).

Uit de monitor, van het trimbosinstituut, blijkt dat bij 94% van de bewoners één of meer gedragingen voorkwamen (tabel 1.1). Tevens blijkt dat apathie/onverschilligheid (76,1%), euforie/opgetogenheid (71%), depressie/dysforie (65%) en prikkelbaarheid/labiliteit (63%) het meest voorkomen. Binnen het onderzoek is ook gekeken naar ernst en frequentie van de aanwezige gedragskenmerken. Daaruit bleek dat ontremd gedrag en apathie relatief het frequentst aanwezig waren (Prins et al., 2018).

Tabel 1.1: (Prins et al., 2018)

Type onbegrepen gedrag	Gemiddeld percentage bewoners in de woonvoorziening bij wie er sprake is van dit type gedrag	Gemiddelde frequentie waarin dit gedrag voorkomt bij de bewoners met het gedrag*	Gemiddelde ernst waarin dit gedrag voorkomt bij de bewoners met het gedrag **
Apathie/onverschilligheid	76.1	2.1	1.8
Euforie/opgetogenheid	70.8	1.6	1.4
Depressie/dysforie	64.5	1.5	1.7
Prikkelbaarheid/labiliteit	63.4	1.7	1.5
Agitatie/agressie	59.6	1.6	1.4
Wanen	58.5	1.7	1.4
Ontremd gedrag	56.1	2.1	1.7
Eetlust/eetgedrag	53.5	1.7	1.9
Doelloos repetitief gedrag	46.3	2.0	1.6
Gedrag 's nachts	43.3	2.0	1.7
Angst	40.0	1.3	1.7
Hallucinaties	36.3	1.3	1.6

—* Een getal tussen 1-2 betekent dat het gedrag soms tot regelmatig voorkomt, een getal tussen 2-3 staat voor regelmatig tot vaak.

** Een getal tussen 1-2 betekent dat het gedrag licht tot matig ernstig is.

Mahler et al., (2013) stelt: “Onbegrepen gedrag van bewoners zorgt voor minder werkplezier en uiteindelijk tot gevoelens van onmacht en wanhoop bij de zorgmedewerkers. Wanneer er vervolgens niet op een adequate wijze wordt omgegaan met het gedrag, leiden deze gevoelens uiteindelijk tot stress, overbelasting en burn-out bij zorgmedewerkers. Wanneer een team overbelast raakt doordat er veel onbegrepen gedrag is, voelt de arts vaak meer druk om toch een psychofarmacon voor te schrijven, met alle hierboven beschreven risico's tot gevolg.” Kat (2009) stelt tevens dat meer dan de helft van de emotionele belasting bij verzorgenden wordt verklaard door neuropsychiatrische symptomen bij dementie.

Een belangrijke voorwaarde om zorg te leveren die past bij de cliënt met dementie, is dat medewerkers de cliënt goed kennen zodat zij de zorg goed kunnen afstemmen op wat de cliënt nodig heeft. Dat is essentieel, omdat mensen met dementie vaak niet zelf meer kunnen aangeven wat ze willen en nodig hebben (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016). Op het moment dat een persoon met dementie vanuit de thuissituatie wordt opgenomen in een verpleeghuissetting is dus een goede intake van essentieel belang. Binnen de huidige toegepaste intake procedure van de zorgorganisatie vindt er geen verdieping plaats op het gebied van de neuropsychiatrische kenmerken.

Uit de literatuur komt naar voren dat er verschillende methodieken en werkwijzen bestaan om de gedragskenmerken in kaart te brengen. Zo is de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) een evidence based en gevalideerd meetinstrument om agitatie in kaart te brengen (Cohen, Marx, & Rosenthal, 1989). Daarnaast bestaat er de Cornell Scale For Depression in Dementia (Alexopoulos G. S., Abrams, Young, & Shamoian, 1988). Dit meetinstrument brengt depressie in kaart bij mensen met een matige tot ernstige dementie. Uit onderzoek blijkt dat de validiteit van de Cornell Scale (Alexopoulos et al., 1988) versus de Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1982) voor zowel de groep ouderen, als ouderen met dementie gelijk is (Kørner et al., 2009). De GDS wordt toegepast om een depressie in kaart te brengen bij ouderen met en zonder dementie.

Binnen de zorgorganisatie wordt er, intramuraal, gewerkt met de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric, de zogenaamde GIP (Verstraten & van Eekelen, 1987). Deze observatieschaal wordt binnen 6 weken na opname toegepast door de psycholoog en dan jaarlijks herhaald. De Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV-er) zorgt, alvorens het multidisciplinair overleg, dat de GIP ingevuld wordt. Doel van de GIP: het monitoren van het beloop ten aanzien van drie hoofdgebieden: apathie (apathisch gedrag, gebrek aan aandacht en/of bewustzijnsverlaging) cognitie (oriëntatie en geheugenproblemen) en affect (rusteloosheid, angst en somberheid) (Eisses & Kluiters, 2002).

Binnen dit onderzoek zal de HBO-Verpleegkundige (Wijkverpleegkundige) de NPI (Cummings, 1994) gaan afnemen, samen met de mantelzorger, bij mensen met dementie waar opname, op een gesloten setting, binnen 3 maanden aan de orde zal zijn. Daar uit onderzoek (Jonker, Verhey, & Slaets, 2009) blijkt dat de betrouwbaarheid van de GIP soms tegenvalt, is er gekozen voor de NPI. Daarnaast geeft men aan dat de NPI-inventarisatie van de neuropsychiatrische symptomen specifiek is dan de GIP. Tevens bevat de NPI, als enige van de weinige beoordelingsschalen, items voor het meten van hallucinaties en wanen (Jonker et al., 2009). “De Nederlandse versie van de Neuropsychiatric Inventory (NPI) is een valide en betrouwbaar instrument om neuropsychiatrische symptomen bij dementie in kaart te brengen en te evalueren” (Kat, 2009)

Het Trimbos instituut heeft, in samenwerking met Vilans 7 kernelementen opgesteld ten aanzien van omgaan met onbegrepen gedrag. Binnen deze kernelementen spreekt men van het belang van een gedegen analyse van het gedrag en dat familie en/of mantelzorgers zoveel mogelijk betrokken moeten worden bij analyse en behandeling (Mahler et al., 2013). Vilans en Movisie hebben het SOFA-model ontwikkeld (Scholten et al., 2016).

Het SOFA-model geeft de verschillende rollen van de mantelzorger weer. Uit de “*In voor mantelzorg-trajecten*” blijkt dat mantelzorgers een grote behoefte hebben aan erkenning van hun expertise en aan gelijkwaardige samenwerking.

SOFA staat voor:

- Samenwerken: de mantelzorger als collega
- Ondersteunen: de mantelzorger als cliënt.
- Faciliteren: de mantelzorger als naaste
- Afstemmen: de mantelzorger als **expert**.

Marjolein Morée (2004), werkzaam als projectleider bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en Expertisecentrum Informele Zorg (EIZ), spreekt over het respect tonen voor ervaringsdeskundigheid (Morée, 2004). De mantelzorger is vaak uitgegroeid tot een expert in dit specifieke ziektegeval. Zij adviseert ook de inzichten van de mantelzorger serieus te nemen en haar/hem als gelijkwaardige partner te betrekken bij het opstellen van b.v. het zorgplan. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2016) stelt dat het belangrijk is dat de zorginstelling actief het netwerk van de cliënt betreft bij zijn of haar zorg. Familie en naasten hebben vaak waardevolle informatie over de cliënt. Zij kunnen de medewerkers

vertellen over de levensloop, de gezinssamenstelling en de gewoontes van de cliënt. Ook kunnen zij een bijdrage leveren in het zoeken naar een oplossing van onbegrepen gedrag.

Binnen het landelijk programma waardigheid en trots maakte zorgorganisatie Pieter van Foreest een handreiking 'Waardig verhuizen naar een verpleeghuis' (2017). Dit is voortgekomen uit het feit dat het proces van thuis naar verpleeg(t)huis op verschillende punten aandacht behoeft. Nog niet altijd wordt, voorafgaand aan de verhuizing al met de nieuwe cliënt kennisgemaakt of wordt contact opgenomen met collega's die de cliënt al kennen, zodat er sprake is van een warme overdracht. Ook wordt er niet altijd 'afscheid' genomen van cliënten die 'in zorg' zijn geweest. Oorzaken van het niet plaatsvinden van een warme overdracht van de thuissituatie naar een verpleeghuis zijn schotten in de zorg en in de financiering, maar ook cultuuraspecten en het vast blijven houden aan bestaande standaard werkwijzen (Foreest, 2017).

Binnen deze handreiking (Foreest, 2017) worden verschillende tips gegeven om het opnametraject zo optimaal mogelijk voor te bereiden, te doorlopen en te evalueren. Tevens adviseert men om te werken met een klantkenner zoals; de wijkverpleegkundige, casemanager of cliënt adviseur. Daarnaast adviseren ze alvorens opname met de familie, zonder cliënt, zaken als onrust, gedrag, agressie of dergelijke te spreken. Familie vindt het vaak belastend om dit in het bijzijn van de cliënt te doen. Dus het belang van het in kaart brengen van zulke zaken wordt onderschreven door de handreiking.

Deze bevindingen onderstrepen het belang van goede samenwerking met familie, een gedegen analyse van de cliëntsituatie, en passende begeleiding voor zowel getroffen als diens naasten.

Hoofdstuk 2 Methoden

2.1 Onderzoek benadering

Om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen wordt er gebruik gemaakt van een mixed method. Een onderzoeksmethode waarin er zowel gebruik wordt gemaakt van een kwantitatief onderdeel als een kwalitatief onderdeel. Binnen de kwalitatieve onderzoeksmethode staat met name het weten, denken, en willen betreffende het bepaalde onderwerp centraal (Baarda, et al., 2013). Er is een enquête (zie bijlage 1) uitgezet binnen één psychogeriatrische afdeling waar 29 zorgprofessionals worden geïnccludeerd en uitgenodigd (zie bijlage 3) deel te nemen. Ter verdieping van de ervaringen ten aanzien van de NPI is er een focusgroep georganiseerd. Genodigden (zie bijlage 4) van deze focusgroep zijn: *Specialist Ouderengeneeskunde, Cliëntadviseur, Wijkverpleegkundige, Gedragsverpleegkundige, Psycholoog en verpleegkundige van de psychogeriatrische verpleegafdeling.*

2.2 Setting & Participanten

Het onderzoek vindt plaats binnen de setting van de zorgorganisatie als in de thuissituatie van de persoon met dementie. Binnen het onderzoek zijn verschillende partijen betrokken. Het betreft afname van de NPI door de wijkverpleegkundige samen met de mantelzorger van een persoon met dementie met een urgente noodzaak voor opname. Daarnaast zijn 29 zorgprofessionals van één psychogeriatrische verpleegafdeling bevraagd middels een online enquête. De focusgroep vond plaats samen met een viertal zorgprofessionals die allen een concrete taak hebben ten aanzien van de cliënt met dementie voor en na opname en daarmee te maken hebben met gedragingen van de cliënt; *Specialist ouderengeneeskunde, Gedragsverpleegkundige, Psycholoog, Verpleegkundige/medewerker van de afdeling. (De Wijkverpleegkundige en Clientadviseur hebben door omstandigheden niet kunnen deelnemen aan de focusgroepbijeenkomst, ondanks eerder een toezegging te hebben gedaan.)*

Tabel 2.1

	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Cliënt	Diagnose dementie in een verder gevorderd stadium met urgentie voor opname binnen gesloten setting van de zorgorganisatie.	Geen opnamewens/noodzaak
Mantelzorger	Intensief contact met naaste met dementie en kennis over persoonlijkheid alvorens diagnose dementie.	Incidenteel contact met persoon met dementie.
Zorgprofessional	Een taak binnen functieprofiel in het directe contact (verzorging/begeleiding) met de persoon met dementie alvorens en na opname binnen gesloten setting.	Geen directe betrokkenheid of taak binnen functieprofiel naar de persoon met dementie toe.

2.3 Dataverzameling

Ten behoeve van het beantwoorden van de onderzoeksvragen is besloten een enquête uit te zetten binnen één psychogeriatrische verpleegafdeling binnen de zorgorganisatie, hetgeen betekent dat 29 zorgprofessionals zijn uitgenodigd een online enquête in te vullen. De enquête is tot stand gekomen met behulp van een operationeel schema. Er is gekozen voor ongestructureerde interviews binnen een focusgroep die zijn voorbereid met behulp van een topiclijst (bijlage 2), afgeleid van het theoretische kader. Doelstelling van deze interviews is er uiteraard op gericht om de bevindingen ten aanzien van het in kaart brengen van ernst en frequentie van de 12 neuropsychiatrische gedragskenmerken van de nieuwe cliënt, alvorens opname, bij de zorgprofessionals in kaart te brengen. Kernbegrippen zijn: neuropsychiatrische kenmerken, onbegrepen gedrag, interventies, preventie, bejegening.

De eerder bevraagde groep zorgprofessionals van de psychogeriatrische verpleegafdeling zullen tevens (binnen sectiegedeelte 2 van de enquête) bevraagd worden op welke wijze de NPI kan bijdragen aan hun manier van werken en omgaan met de nieuwe cliënt. Daarnaast zijn een zestal zorgprofessionals uitgenodigd voor een focusgroeptijdenkomst.

2.4 Data-analyse

De enquêtes worden met behulp van Google Forms gemaakt, uitgezet en geanalyseerd. De focusgroeptijdenkomst wordt middels geluidsopname vastgelegd en aansluitend getranscribeerd. Op deze wijze doorloop je de drie onderzoeksactiviteiten; *Waarnemen, Ontleden en Reflecteren* (Baarda et al., 2013). Door het afnemen van de interviews binnen de focusgroep verzamel ik het materiaal dat geanalyseerd wordt. Het is zaak in de analysestap goed te kijken naar hetgeen het materiaal mij biedt in de beantwoording van de onderzoeksvragen. Het analyseren bestaat ook uit twee fasen namelijk; Ontleden en synthetiseren. Het ontleden doe ik middels open, axiaal en (binnen de tekst) selectief coderen, die ik toeken aan passages in het materiaal. Na het coderen dien ik de bevindingen te ordenen en te zoeken naar samenhang naar de codes om tot een beantwoording van de hoofdvraag te komen. In de laatste fase, de reflectiefase wordt gekeken in hoeverre de resultaten van de analyse hebben bijgedragen aan de beantwoording van de onderzoeksvragen. Binnen deze fase worden bevindingen, die niet per definitie binnen het onderzoek centraal staan, meegenomen in het advies. Gezien de korte duur van het onderzoek zal het iteratief proces beperkt blijven (Baarda et al., 2013)

2.5 Ethische overwegingen

De deelnemende mantelzorger heeft een informed consent formulier ontvangen, gelezen en ondertekend en geeft zo toestemming voor het verwerken van de informatie (zie bijlage 6). Binnen het onderzoek verdient de toepassing van de NPI duidelijke uitleg over de doelstelling. De mantelzorgers zouden het kunnen interpreteren als het in een kwaad daglicht zetten van hun naaste. Duidelijk moet zijn dat het invullen van de NPI informatie verschaft over de ernst en frequentie van de symptomen van het ziektebeeld dementie, en niet een vertaling is van de persoon die onder de dementie schuilgaat. Binnen de zorgorganisatie is toestemming gegeven voor het uitzetten van het onderzoek. Alle zorgprofessionals hebben toestemming gegeven om hun input te gebruiken ten behoeve van het onderzoek. Anonimiteit is volledig gewaarborgd.

Hoofdstuk 3 Resultaten

Zoals u eerder in de methodebeschrijving hebt kunnen lezen, is er gekozen voor een mix method approach ten behoeve van het onderzoek. Er heeft zowel een kwantitatieve (enquête) als een kwalitatieve (focusgroep bijeenkomst) analyse plaatsgevonden. Binnen het theoretische kader, dat als ware als kapstok dient voor de gehele scriptie, wordt vanuit theoretisch perspectief antwoord gegeven op de deelvragen. Voor de volledigheid van het stuk is het van belang om de deelvragen vanuit de ervaren praktijk te belichten. De volledige analyse van de uitkomst van de enquête vindt u in bijlage 5.

3.1 Resultaten Enquête deel 1

Er is een enquête onder zorgprofessionals van één psychogeriatrische verpleegafdeling uitgezet. Binnen deze psychogeriatrische afdeling hebben 29 zorgprofessionals een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan de enquête. Uiteindelijk hebben 26 deelnemers (N=26) aan de enquête deelgenomen (response rate: 89,7%). De man/vrouw verhouding, werkzaam in het verpleeghuis - in de functie van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden - is volgens het eindrapport van Kiwa Carity en CAOP (2016), welke in opdracht van staatssecretaris van Rijn is gemaakt, 90% vrouw en 10% man. De man/vrouw verhouding in de enquête is 85% vrouw en 15% man, waarin deze dus enigszins afwijkt van het landelijke gemiddelde. Het feit dat het aantal Verzorgenden-IG het meest vertegenwoordigd is komt overeen met het beleid van de organisatie waarin verpleegkundigen voornamelijk overkoepelend worden ingezet als verpleegkundige van dienst. Daarnaast werkt men binnen de zorgorganisatie met Eerstverantwoordelijke Verzorgende (EVV-er), dit zijn verzorgenden-IG met een specifieke taakomschrijving die afwijkt van die van een reguliere verzorgende-IG.

Tabel 3.1 Demografische gegevens

Kenmerk		Kenmerk	
Geslacht	N=26	Jaren werkzaam in de zorg	N=26
Man	4	1-10 jaar	6
Vrouw	22	10-20 jaar	7
		20-30 jaar	8
		Langer dan 30 jaar	5
Leeftijd	N=26	Functieprofiel	N=26
16-24	0	Helpende	0
25-33	7	Verzorgende IG	17
34-42	5	EVV-er	5
43-51	5	Verpleegkundige	1
52-60	7	Zoco	1
Ouder dan 60	2	Anders (activiteitenbegeleider	2

De ondervraagden is een drietal vragen voorgelegd over de NPI in relatie tot hun werk als verzorgenden en hen is het overzicht van de NPI (zie bijlage 7) aangereikt.

88,5% geeft aan dat een overzicht zoals in figuur 1 en bijlage 7, voortkomend uit de afname van een NPI vóór opname, inzicht geeft ten aanzien van de gedragskenmerken van de nieuwe bewoner. 11,5% geeft aan dit niet te krijgen vanuit het overzicht.

76,9% erkent dat bovenstaand overzicht kan bijdragen aan passende bejegening bij opname. Gemiddeld 24% geeft aan dat zij denken dat dit niet bijdraagt aan zowel passende bejegening en preventie van escalaties. Dit terwijl 76% denkt dat dit kan bijdragen aan de preventie van escalaties tussen bewoners onderling en van bewoner naar zorgprofessional.

In een open vraagstelling, waar 20 ondervraagden een reactie hebben achtergelaten, ten aanzien van het feit of de toepassing van de NPI vóór opname een meerwaarde heeft om de ernst en frequentie van gedragskenmerken in kaart te brengen kan het volgende geconstateerd worden.

40% van de respondenten op deze vraag gaf aan dat het hen meer inzicht, informatie en kennis over de nieuwe bewoner gaf.

30% van de respondenten op deze vraag stelt dat de toepassing van de NPI kan bijdragen aan passende bejegening en goede zorg. 15% van de respondenten refereert naar het preventieve /voorkomende effect dat de informatie kan hebben ten aanzien van gedragskenmerken. Tevens werd wel de waardevolle opmerkingen geplaatst dat het overzicht afhankelijk is van interpretatie en dat een thuissituatie een andere setting is dan een verpleeghuissetting welke van invloed kan zijn op het gedrag. En net zo waardevolle opmerking is dat het toepassen van dit instrument helpt om de overgang van thuis naar verpleeghuis kleiner te maken.

3.4 Resultaten Focusgroepbijeenkomst

Aangezien de behandelaren, binnen de verpleeghuissetting een duidelijke individuele taak hebben ten aanzien van het diagnosticeren, de analyse en interventies van onbegrepen gedrag reeds vóór, tijdens en na opname is deze groep in een groepsinterview bevraagd op een aantal zaken relaterend aan dit onderzoek. Van deze focusgroepbijeenkomst is de volledige aanwezige data getranscribeerd, geanalyseerd, open en axiaal om uiteindelijk te komen tot een selectie en beantwoording van de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag.

1.) Welke is de invloed van neuropsychiatrische gedragskenmerken van de cliënten voor de zorgprofessional (hier behandelaren)

Binnen de focusgroep is de term neuropsychiatrische kenmerken bekend, met uitzondering van één deelnemer. Binnen de focusgroep geeft men echter allemaal aan dat de aanwezigheid van deze gedragskenmerken en een toename hiervan van invloed zijn op hun ervaren mate van werkdruk. Er wordt een link gelegd tussen de aanwezigheid van gedragskenmerken, passende bejegening en de mate van kwaliteit van leven.

2.) Is er sprake van een toename van cliënten met neuropsychiatrische gedragskenmerken bij en na opname, en hoe ervaart de zorgprofessional dit?

Binnen de focusgroep erkent eenieder een toename van neuropsychiatrische gedragskenmerken bij de cliënten die hedendaags worden opgenomen, die bij allen van invloed is op de ervaren werkdruk. Men wijt dit aan een aantal factoren: Mensen willen langer thuis wonen, verandering van de instroom van ouderen met psychiatrische problematieken naar GGZ die nu binnen de reguliere settingen worden geplaatst en de “turn-over” wat wil zeggen de gemiddelde ligduur is verkort. Daarnaast benoemt men duidelijk dat in hun praktijk het CIZ een grote rol speelt in de afname van de ZZP-7's, daar zij weinig tot geen ZZP7's afgeven. De deelnemers aan de focusgroep (Specialist Ouderengeneeskundige, gedragsverpleegkundige en psycholoog) ervaren hier de effecten van. De S.O. krijgt meer vragen voor medicamenteuze interventies en de gedragsverpleegkundige en psycholoog

merken dat zij sneller bevraagd worden en allen voelen de behoefte bij de zorg om het probleem op te lossen. Zij benoemen dat er sprake is van normverschuiving, zaken als agressie jegens hen als zorgprofessional wordt snel ervaren als normaal, het hoort erbij. Bij forse neuropsychiatrische gedragskenmerken bemerkt men dat de zorgprofessional lang tolerant is naar de cliënt, echter wanneer er een bepaalde grens bereikt is dan is de tolerantie naar de cliënt met dementie weg en vraagt de zorgprofessional voor een oplossing vaak op het gebied van medicamenteuze interventies. Zij geven aan dat goede communicatie en tijdige signalering het meeste zal opleveren op dit gebied.

3.) Welke methodieken/meetinstrumenten zijn beschikbaar om gedragskenmerken in kaart te brengen, en welk instrument wordt binnen de zorgorganisatie toegepast?

De deelnemers van de focusgroep werken allen met de GIP, er zijn echter twijfels over het kennisniveau bij de medewerker over hoe dit instrument volgens de richtlijn af te nemen, zo bestaat er twijfel over de consistentie bij afname. Overall bestaat er twijfel over de validiteit en wordt gedeeld dat er binnen de zorgorganisatie al een pilot loopt met andere meetinstrumenten. Daarnaast benoemt men de GIP als oppervlakkig. En niet compleet. Daarnaast wordt er binnen de focusgroep het belang van een goede anamnese omschreven die ons informatie moet bieden over zowel het individu als actuele status over de gedragingen in de thuissituatie, met mede als reden het creëren van juiste verwachtingen. Binnen de huidige anamneses, die niet standaard zijn, wordt door de focusgroep ervaren dat de informatie niet actueel en/of compleet is. Wel spreekt men een duidelijke behoefte uit voor actuele en complete informatie om passende bejegening te kunnen bieden. Het belang van een heteroanamnese en een verdieping ten aanzien van gedragskenmerken gaat volgens de focusgroep hand in hand, beide wordt als belangrijk geacht.

4.) Kan de (centrale) mantelzorger een bijdrage bieden in de analyse en interventiefase van neuropsychiatrische kenmerken van hun naaste en wat is daarvan de meerwaarde?

Binnen de focusgroep wordt duidelijk erkenning uitgesproken over het feit dat de mantelzorger ervaringsdeskundige is. Het belang van samenwerken met de familie/mantelzorger is volgens de deelnemers essentieel en zelfs arrogant hen niet te betrekken in de zorg rondom hun naaste. Het delen van kennis met familie is een taak als zorgprofessional. Hen betrekken bij beslismomenten of wanneer er complexe problematiek speelt wordt door de deelnemers van de focusgroep erg op waarde geschat. Het betreft dan het geven en halen van kennis. De meerwaarde kan zijn dat familie kennis heeft over iets wat reeds geprobeerd is, de leefstijl van iemand, de persoonlijkheid zodat wij dit niet eerst aan den lijve hoeven te ondervinden.

3.5 Resultaten Focusgroep sectie 2

Door de wijkverpleegkundige S.A. zijn twee NPI-vragenlijsten afgenomen bij cliënten die voldoen aan de inclusiecriteria (zie bijlage 6). Deze NPI-vragenlijsten zijn afgenomen volgens de richtlijnen geldend voor het meetinstrument en verwerkt in een overzicht. Deze twee overzichten van Dhr. W. en Dhr. N. (zie bijlage 7), met beide een andere uitkomst zijn overhandigd aan de deelnemers en op volgende wijze bevraagd:

1.) Wanneer jij als behandelaar dit overzicht aangereikt krijgt biedt jou dit voldoende info over deze cliënt ten aanzien van de neuropsychiatrische gedragskenmerken?

Binnen de focusgroep worden twee zaken aangegeven. Allereerst biedt dit overzicht een inzicht ten aanzien van de gedragskenmerken, en geeft focus. Deze focuspunten kunnen zijn nachtelijke onrust, agitatie of apathie. Het herkennen van nieuwe gedragingen of afname van eerder vastgestelde gedragingen kan zo worden gemonitord. Echter roept dit overzicht bij de behandelaren ook veel vragen op. Als iemand scoort op ontremd gedrag, welk gedrag is dit dan specifiek, als iemand scoort op nachtelijke onrust wat was het oorspronkelijke slaappatroon. Men geeft aan een duidelijke behoefte te hebben voor aanvullende informatie vanuit de afname van de NPI. Men behoeft inzicht in hoe men tot deze score gekomen is. Dit

overzicht in combinatie met een rapportage van het gesprek dat uiteindelijk heeft geleid tot het overzicht geeft de behandelaar voldoende informatie voor behandeling of het inzetten van interventies.

2.) Bestaat er een meerwaarde voor het toepassen van het meetinstrument (de NPI) om neuropsychiatrische gedragskenmerken in kaart te brengen vóór opname?

Volgens de focusgroep kan de toepassing van de NPI verschillende doelen dienen mits er sprake is van een combinatie van de heteroanamnese in combinatie met de volledige NPI, namelijk:

- Het geeft verdieping ten aanzien van de cliënt, wie hij/zij is en hoe hij/zij geleefd heeft.
- Het biedt inzicht ten aanzien van de gedragskenmerken; wat speelde er thuis.
- Het kan preventief werken daar het team (zorg & behandelaren) voorbereidingen kan treffen.
- Het kan bijdragen aan de kwaliteit van algehele (verpleegkundige) zorg en passende begeleiding.

Hoofdstuk 4 Conclusie & Discussie

Opvallend is dat 100% van de zorgprofessionals bekend is met de term; onbegrepen gedrag. Van de zorgprofessionals is 27% echter niet bekend met de term neuropsychiatrische gedragskenmerken. Binnen de focusgroep bleek dat 3 van de 4 mensen wel bekend is met de term neuropsychiatrische gedragskenmerken.

Uit het theoretische kader bleek dat de gegevens van het CIZ impliceerden dat er een afname van onbegrepen gedrag heeft plaatsgevonden, daar er minder zorgzwaartepakketten 7 worden afgegeven. Binnen de focusgroep wordt sterk verwezen naar het eigen aandeel van het CIZ in de afname van ZZP 7 daar zij ervaren dat deze bij aanvraag niet meer wordt afgegeven/geïndiceerd. De deelnemers van de focusgroep ervaren allen een toename van neuropsychiatrische gedragskenmerken. 77% van de zorgprofessionals die dagelijks werken met mensen met dementie geven aan dat zij een toename van onbegrepen gedrag ervaren, waarvan agressie/agitatie (28%) en angst (24%) het meest lijken voor te komen binnen hun afdeling. Dit wijkt af van de onderzoeksresultaten van Prins (2018) waar aangegeven wordt dat apathie en euforie het meest voorkomen binnen een verpleeghuissetting (zie tabel 1.1 pagina 12). Uit de enquête blijkt tevens dat 77% een toename ervaart van incidenten ten aanzien van agressie en agitatie van de bewoner jegens hen als zorgprofessionals en zelfs een toename van 96% van incidenten bij bewoners onderling.

Mahler (2013) en Kat (2009) stellen duidelijk dat de aanwezigheid van neuropsychiatrische gedragskenmerken van invloed zijn op het werkplezier en bijdraagt aan werkdruk. Dat wordt bekrachtigd in de enquête doordat 84% van de ondervraagden aangeven dat de ernst en frequentie van het aanwezige onbegrepen gedrag bijdraagt aan de ervaren werkdruk. Tevens binnen de focusgroep bemerken allen een toename van werkdruk ten gevolge van de ervaren toename van neuropsychiatrische gedragskenmerken binnen de verpleeghuissetting.

Opvallend is dat 30,8% van de zorgprofessionals niet weet dat de GIP binnen de afdeling wordt toegepast om gedrag in kaart te brengen. Binnen de focusgroep is de GIP bekend maar wordt twijfel uitgesproken over de validiteit en consistentie van de GIP, met wellicht als oorzaak een kennistekort hoe de GIP toe te passen op de juiste wijze door de zorgprofessional. Dit komt overeen met het onderzoek van Jonker (2009) waarin wordt aangegeven dat de GIP niet valide is en de NPI specifiek is ten aanzien van de gedragingen: hallucinaties en wanen.

Binnen het onderzoek van het trimbosinstituut en Vilans erkent men het belang van een gedegen analyse van gedrag in samenwerking met familie (Mahler et al., 2013). 72% van de zorgprofessionals geeft aan niet te beschikken over voldoende informatie ten aanzien van de neuropsychiatrische gedragskenmerken bij een nieuwe opname. De focusgroep onderstreept dat en stelt dat de informatie vaak onvolledig of niet actueel is.

Dat de mantelzorger ervaringsdeskundige is erkend de focusgroep evenals 76,9% van de zorgprofessionals. Daarmee zijn zij het eens met Marjolein Moree (2014) en de inspectie van gezondheid (2016) die stellen dat de mantelzorger een ervaringsdeskundige is, een expert in dit specifieke ziektegeval en dat zij betrokken dienen te worden bij de analyse en interventies omtrent gedrag. 76,9% van de ondervraagde zorgprofessionals geeft aan dat de mantelzorger enigszins een rol heeft in de analyse en bepaling van interventies omtrent gedrag binnen de verpleeghuissetting. Binnen de focusgroep geeft men aan de familie te betrekken bij de zorg rondom hun naaste bijvoorbeeld als het gaat om beslismomenten. De meerwaarde van familie wordt met name ervaren daar de familie heel veel kennis heeft over deze ene persoon, niet alleen over wie de persoon is of was maar ook ten aanzien van de dementie en het beloop.

Nadat zowel de zorgprofessionals als de focusgroep bevraagd is na het zien van het overzicht (NPI) geven 88,5 % van de zorgprofessionals aan dat het overzicht hen inzicht geeft in de ernst en frequentie van de neuropsychiatrische gedragskenmerken terwijl 11,5 % dit niet als

zodanig ervaart. Binnen de focusgroep geeft men aan inzicht te krijgen in de gedragskenmerken en focuspunten ten aanzien van de gedragskenmerken van de nieuwe bewoner, echter ontbreekt het hen aan meer aanvullende informatie. De zorgprofessionals (76.9%) stellen dat dit inzicht kan bijdragen aan preventie van escalaties tussen bewoners onderling en van bewoner naar zorgprofessional en daarmee ook aan passende bejegening en behandeling voor de bewoner.

85% van de respondenten op de open vraag binnen de enquête geeft aan dat de meerwaarde van de NPI ligt op het vlak van het verkrijgen van informatie, kennis en inzicht en dat dit bijdraagt aan het bieden van passende bejegening en deze kennis kan bijdragen aan preventie van escalaties en tijdige inzet van interventies. De focusgroep is het er mee eens dat het een verdiepingsslag is en dus meer kennis en informatie over het individu biedt. Dat de behandelaar meer inzicht heeft ten aanzien van de gedragskenmerken, welke een preventieve functie heeft daar men zich al kan voorbereiden op de nieuwe bewoner. Echter zij stellen duidelijk dat het overzicht alleen niet voldoende is voor hen, als behandelaar, om interventies op in te zetten. Zij hebben behoefte aan een actuele heteroanamnese inclusief een volledige NPI. Met een volledige NPI wordt bedoeld dat zij naast het overzicht (zie bijlage 7) ook een rapportage willen hoe deze score tot stand is gekomen. Daarmee is de hoofdvraag beantwoord.

Hoofdstuk 5 Advies & Inbedding

Voor het optimaliseren van de algehele (verpleegkundige) zorg jegens de nieuwe bewoner blijkt uit de onderzoeksgegevens dat de NPI daar een bijdrage aan kan leveren op verschillende facetten van het leven in een verpleeghuis. Het levert een bijdrage ten aanzien van de infovoorziening over de bewoner. Men verwacht dat het een preventief effect kan hebben ten aanzien van escalaties tussen bewoners onderling en van bewoners jegens de zorgprofessional. Het verschaft focuspunten ten aanzien van de vroegtijdige inzet van interventies en passende bejegening. De NPI heeft een duidelijke functie binnen het opstellen van een zorgplan en heteroanamnese die door de zorgprofessional/verpleegkundige wordt opgesteld.

Naast een behoefte voor meer diepgang ten aanzien van neuropsychiatrische gedragskenmerken over de nieuwe bewoner van de afdeling is ook duidelijk gebleken dat de basisinformatie (intake) niet altijd vindbaar, compleet of actueel is. Het ontbreken van een standaard intake draagt hier aan. De behoefte voor een gedegen intake plus een aanvulling (bijvoorbeeld met de NPI) ten aanzien van het actuele beeld en gedrag zou kenbaar gemaakt moeten worden aan de cliëntadviseurs. Deze zijn momenteel reeds gestart om de cliënt-reis in kaart te brengen met als doel het optimaliseren van de overgang van thuis naar verpleeg(t)huis.

Voor mijn onderzoek heb ik al een oriënterend gesprek met de teamleider van deze afdeling gehad en begrepen dat er een standaard intake procedure bestaat die niet altijd even consequent wordt toegepast. Destijds is de handreiking van Pieter van Foreest "*waardig verhuizen naar het verpleeghuis*" aan haar overhandigd. In een vervolg gesprek zal de behoefte vanuit de zorgprofessionals en de behandelaren voor een gedegen anamnese kenbaar gemaakt worden. De NPI kan daarin meegenomen worden als optie, en gezien de potentie van en draagkracht voor dit instrument zal dat het advies zijn.

Daarnaast blijkt dat er binnen de organisatie en bij behandelaren, reeds twijfel bestaat of de GIP nog het juiste instrument is om gedrag en/of cognitie in kaart te brengen. Mijn advies zal zijn dat de kwaliteitsverpleegkundige (Niveau 5) van deze specifieke afdeling aan de slag te laten gaan met de GIP. Hoe staat het met het kennisniveau? Kunnen we de wijze van invullen standaardiseren en komen tot een meer valide uitkomst?

Deze onderzoeksgegevens en de ervaring van de kwaliteitsverpleegkundige kunnen meegenomen worden in de pilot die momenteel lopende is binnen de organisatie waarin verschillende meetinstrumenten worden getest.

Het feit dat er een toename van neuropsychiatrische kenmerken wordt ervaren binnen de psychogeriatrische verpleegafdeling en dat deze toename van invloed is op de ervaren werkdruk zou gezien kunnen worden als een signaal waar een eventuele actie aan verbonden kan worden. Het bevorderen van expertise op het gebied van de neuropsychiatrische gedragskenmerken bijvoorbeeld door scholing en intervisie, kan bijdragen aan het verlagen van de werkdruk. Tevens dient werkdruk regelmatig bespreekbaar te worden gemaakt binnen de psychogeriatrische setting.

Samengevat:

1. De cliëntadviseurs dienen de standaard intake procedure consequent toe te passen.
2. Er dient, binnen deze intake procedure, een extra verdieping plaats te vinden ten aanzien van de neuropsychiatrische gedragskenmerken, de NPI is hiervoor een geschikt instrument.
3. Het komen tot een anamnese (door intake) dient bij voorkeur plaats te vinden met de mantelzorger.
4. De informatie voortkomend uit de anamnese en verdieping ten aanzien van gedrag dient tijdig (één week voor opname) beschikbaar te zijn voor de zorgprofessionals en behandelaren om de informatie toe te passen ten gunste van de nieuwe bewoner (preventie, passende bejegening).
5. Bevordering van de expertise ten aanzien van neuropsychiatrische gedragskenmerken en het toepassen van de GIP binnen het team.
6. Werkdruk ten gevolge van de ervaren toename van neuropsychiatrische gedragskenmerken een vast agendapunt maken op teamvergaderingen.

Literatuurlijst

- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Use of the Cornell scale in nondemented patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36 (3), 230-236.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell Scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23 (3), 271-284.
- Allegri, R. F., Sarasola, D., Serano, C. M., Taragano, F. E., Arizaga, R. L., Butman, J., et al. (2006, Maart 2). Neuropsychiatric symptoms as a predictor in caregiver burden in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Dis Treat.*, pp. 105-110.
- Alzheimer Nederland. (2018, November 8). *Cijfers en feiten over dementie*. Retrieved from Alzheimer Nederland: <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, m., Goede, M. d., Peters, V., et al. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Baarda, B., Esther, B., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. d., Peters, V., et al. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- CIZ. (2016). *Kwartaalrapportage CIZ 2015 Q1 t/m Q4*. Utrecht: CIZ.
- Cohen, J. M., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 77-84.
- Daan Janssen. (2017, februari 3). *Feiten en cijfers over ouderen die langer thuis wonen*. Retrieved from De monitor: <https://demonitor.kro-ncrv.nl/artikelen/feiten-en-cijfers-over-ouderen-die-langer-thuis-wonen>
- de Jonghe, J., & Kat, M. (2003). Neuropsychiatrische stoornissen bij dementie, een lang vergeten hoofdstuk. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*, 27-31.
- Deltaplan Dementie. (2017, januari 1). *De diagnostische uitdaging van neuropsychiatrische symptomen bij de ziekte van Alzheimer*. Retrieved from www.deltaplاندementie.nl: De diagnostische uitdaging van neuropsychiatrische symptomen bij de ziekte van Alzheimer
- Eisses, A. M., & Kluiter, H. (2002). De Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP-28) in het verzorgingshuis: een psychometrische evaluatie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric*, 33, 112-118.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers; a review of the literature. *J AM ACAD Nurse Pract.*
- Harinck, F. (2007). Basisprincipes Praktijkonderzoek. In F. Harinck, *Basisprincipes Praktijkonderzoek* (pp. 1-134). Antwerpen- Apeldoorn: Garant-Uitgevers N.V.
- Hope, T., Keene, J., Gedling, K., Fairburn, C. G., & Jacoby, R. (1999). Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016, Mei 12). *Zorg aan mensen met dementie en onbegrepen gedrag: Factsheet*. Retrieved Januari 2019, from Waardigheid en trots: https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2016/05/Factsheet-Dementie_onbegrepen_gedrag.pdf
- Jansen, D., Werkman, W., & Francke, A. (2016). *Dementiemonitor Mantelzorg 2016*. Utrecht: Alzheimer nederland en Nivel.
- Jonker, C., Verhey, F. R., & Slaets, J. P. (2009). Handboek dementie: Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling. In C. Jonker, F. R. Verhey, & J. P. Slaets, *Handboek dementie: Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling* (pp. 63-66). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kat, M. (2009). The neuropsychiatry of dementia. In M. Kat, *The neuropsychiatry of dementia* (pp. 1-192). Amsterdam: Marceli- van der Lee-Adu.
- Kat, M., Jonghe, J., Aalten, P., Kalisvaart, C., Droës, R., & Verhey, F. (2002). Neuropsychiatric symptoms of dementia: psychometric aspects of the Dutch Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Tijdschrift Gerontologie Geriatric*, 150-155.

Kørner, A., Lauritzen, L., Abelskov, K., Gulman, N., Brodersen, A. M., Wedervang, T. J., et al. (2009). The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 5 (60), 360-364.

L.Cummings, J. (1994). USA.

Landsheer, H., 't Hart, H., de Goede, M., & van Dijk, J. (2003). Praktijkgericht onderzoek; Methoden van praktijkonderzoek. In H. Landsheer, H. 't Hart, M. de Goede, & J. van Dijk, *Praktijkgericht onderzoek; Methoden van praktijkonderzoek* (pp. 1-323). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Mahler, M., Minkman, M., Zwijsen, S., de Lange, J., & Pot, A. M. (2013). *Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Meiland, F., Kat, M., van Tilburg, W., Jonker, C., & Droës, R. (2005). The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference. *Alzheimer Dis Assoc Disord.*, 195-201.

Morée, M. (2004). Professionale zorg en mentelzorg ; bruggen slaan tussen twee werelden. *Denkbeeld*, 1 (16), 10-13.

Nivel. (2018). *Dementiemonitor Mantelzorg*. Utrecht: Nivel.

Pieter van Foreest. (2017). *Waardig verhuizen naar het verpleeghuis*. Retrieved December 2018, from Waardigheid en trots: <https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2017/02/Handreiking-Waardig-verhuizen-van-thuis-naar-verpleeghuis-DEF.pdf>

Prins, M., Heijkants, C., & Willemse, B. (2018). *Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie ; Monitor Woonvormen Dementie*. Utrecht: Trimbos instituut.

Prins, M., Heijkants, C., & Willemse, B. (2018). *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos instituut.

Scholten, C., Peters, A., Schutte, W., Zwart, I. O., Mostert, H., Lammersen, G., et al. (2016). *In voor Mantelzorg*. Vilans en Movisie. Utrecht: Taluut.

Suzka. (2016). Wonders in Dementialand: An Artist's Intimate and Whimsical Account of Dementia, Memory Loss, Caregiving and Dancing Gypsies. In Suzka, *Wonders in Dementialand: An Artist's Intimate and Whimsical Account of Dementia, Memory Loss, Caregiving and Dancing Gypsies* (p. 358). Suzkaworld.

United Nations, Departement of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World population prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advanced Tables*. New York: United Nations.

UWV. (2018, Maart 12). *Zorg Factsheet arbeidsmarkt*. Retrieved December 2018, from [www.uwv.nl](https://www.uwv.nl/overuwv/Images/Factsheet_Zorg.pdf): https://www.uwv.nl/overuwv/Images/Factsheet_Zorg.pdf

Van Rijn, d. (2016). *Voortgangsrapportage Wlz: van zorgvuldige invoering naar praktijkvernieuwing gericht op welbevinden*. Den Haag.

Verstraten, P. F., & van Eekelen, C. W. (1987). Handleiding voor de GIP. In P. F. Verstraten, & C. W. van Eekelen, *Handleiding voor de GIP* (p. 91). Deventer: van Loghum Slaterus.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 1 (17), 37-49.

Zuidema, S. U. (2007). *Neuropsychiatrische symptomen bij Nederlandse verpleeghuis-patiënten met dementie*. Nijmegen: Quickprint.

Bijlage 1 Vragenlijst Enquête

Ten behoeve van het kwantitatieve onderdeel van het onderzoek is een enquête opgesteld. Met het opstellen van een enquête dient er rekening gehouden te worden met een aantal richtlijnen; Zo dien je de demografische gegevens te includeren om de betrouwbaarheid van de enquête te bevorderen. Daarnaast is het van belang dat de rode lijn van het onderzoek ook binnen de enquête terugkomt. De topiclijst/operationeel schema (bijlage 2) is leidend voor zowel de opzet van de enquête als de vragenlijst voor de focus groep bijeenkomst. Daarnaast heb ik een incentive toegevoegd om de deelname en inbreng van de enquête te vergroten.

Onderstaand ziet u een kopie van de vragenlijst zoals deze (digitaal) is verzonden naar de deelnemers.

Gedrag van mensen met dementie onder de loep genomen.

Beste Collega's in de zorg.

Ik hoop over een 7-tal weken af te studeren van de HBO-V. Dit is het befaamde laatste loodje. En voor deze fase is jullie inbreng essentieel. Ik vraag 5-10 minuten van jullie tijd om deze enquête in te vullen. Het is namelijk van groot belang om van jullie te horen welke jullie ervaringen zijn en hoe jullie kijken naar de zorg rondom mensen met dementie en hun gedragskenmerken wanneer zij bij ons in zorg komen.

Onder de deelnemers zal ik 3 heerlijke douchefoams van Rituals verloten.

Ik hoop op jullie medewerking, en dank jullie vast heel hartelijk.

Warme groet

Diana Kil, Teamleider zorg Appelgaard.

Wat is jouw leeftijd?

Markeer slechts één ovaal.

- 16 jaar - 24 jaar
- 25 jaar - 33 jaar
- 34 jaar - 42 jaar
- 43 jaar - 51 jaar
- 52 jaar - 60 jaar
- Ouder dan 60

Ik ben een Man/Vrouw?

Markeer slechts één ovaal.

- Man
- Vrouw

Hoe lang ben jij al werkzaam in de zorg?

Markeer slechts één ovaal.

- 1 jaar - 10 jaar
- 10 jaar - 20 jaar
- 20 jaar - 30 jaar
- Langer dan 30 jaar

Wat is jouw functie?

Markeer slechts één ovaal.

- Helpende
- Verzorgende - IG
- EVV-er
- Verpleegkundige
- Zoco
- Anders:

Ben jij bekend met de term: neuropsychiatrische symptomen?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee

Ben jij bekend met de term onbegrepen gedrag?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee

De literatuur impliceert dat er geen toename is van onbegrepen gedrag en zelfs een afname van de hoge zzp 7. Ervaar jij, als zorgprofessional, een toename van onbegrepen gedrag in de dagelijkse werkzaamheden bij de mensen met dementie?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee
- Dat kan ik niet goed beoordelen.

Welke neuropsychiatrisch gedragskenmerk komt volgens jou het meeste voor binnen de afdeling waar je werkt?

Markeer slechts één ovaal.

- Wanen
- Hallucinaties
- Agitatie en Agressie
- Depressie/ Dysforie
- Angst
- Euforie/opgetogenheid
- Apathie/onverschilligheid
- Ontremd gedrag
- Prikkelbaarheid/labiliteit
- Doelloos repetitief gedrag
- Nachtelijke onrust/slaapstoornis
- Eetlust/eetgedrag verandering
- Anders:

Ervaar jij een toename van incidenten van de bewoner naar jou als zorgprofessional op het gebied van agressie of agitatie?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee
- Dat kan ik niet goed beoordelen.

Ervaar jij een toename van incidenten tussen bewoners onderling op het gebied van agressie en agitatie?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee
- Dat kan ik niet goed beoordelen.

Draagt de ernst en frequentie van onbegrepen gedrag bij de bewoner op de afdeling toe aan jouw ervaren werkdruk?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee

Op welke wijze wordt binnen de zorgorganisatie gedrag in kaart gebracht?

Markeer slechts één ovaal.

- GIP
- CMAI
- Ik heb geen idee

Wanneer een nieuwe bewoner wordt opgenomen heb jij dan de mogelijkheid om de gegevens van overdracht in te zien?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee

Biedt de aangeboden informatie betreffende de nieuwe bewoner jouw voldoende handvaten in de bejegening jegens de bewoner op het gebied van gedragingen?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee
- Dat kan ik niet beoordelen.

Hoe vindt de overdracht/communicatie plaats over gedragingen van een nieuwe bewoner binnen de afdeling?

Markeer slechts één ovaal.

- Via ECD (Qic) Rapportage
- Mondeling
- Die vindt onvoldoende plaats.

Stelling: De mantelzorger is de ervaringsdeskundige en kan ons ondersteunen tijdens het in kaart brengen van het gedrag daar zij haar/zijn naaste het beste kent.

Markeer slechts één ovaal.

- Eens
- Oneens
- Niet eens en niet oneens

Heeft de mantelzorger een rol bij de analyse en bepalen van interventies ten aanzien van het gedrag binnen de huidige processen van de afdeling?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee
- Enigszins

Wanneer vraag jij om interventies ten aanzien van gedragingen van de nieuwe bewoner?

Markeer slechts één ovaal.

- Wanneer ik zelf een aantal keer geconfronteerd ben met het gedrag
- Wanneer ik bemerk dat medebewoners of collega's er last van hebben
- Als ik binnen de rapportage meerdere incidenten gerapporteerd zie staan
- Dat doe ik zelf niet, dat is namelijk de taak van de EVV-er.

Toepassing NPI

De Wijkverpleegkundige heeft ten behoeve van het onderzoek samen met de mantelzorger van 2 cliënten, met dementie in de thuissituatie die allen een urgente noodzaak voor opname hebben, de NPI afgenomen. De NPI brengt twaalf gedragskenmerken, eerder beschreven in een vraagstelling, in kaart op ernst en frequentie. Deze uitkomst is verwerkt in een overzicht. Ik wil jullie graag een overzicht laten zien, en daar een drietal vragen over stellen. Het overzicht vind je in de bijlage van de mail.

Zie Bijlage mail: Geeft dit overzicht jou een inzicht in de ernst en frequentie van de gedragskenmerken van de nieuwe bewoner?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee

Draagt de uitkomst van de NPI, volgens jou, bij aan goede passende bejegening?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee

Draagt de NPI, volgens jou, bij aan de preventie van escalaties van bewoner/bewoner en bewoner/medewerker?

Markeer slechts één ovaal.

- Ja
- Nee

Wat is volgens jou de meerwaarde van het toepassen van de NPI, om voor opname de ernst en frequentie van gedragskenmerken in kaart te brengen?

Bijlage 2 Topiclijst

Bijlage Topiclijst

Neuropsychiatrische kenmerken	Escalaties
Bejegening	Anamnese
Preventie	Mantelzorger
Van thuis naar verpleeg(t)huis	Pro-actief
Werkdruk	Samen (Interprofessioneel samenwerken)

Hoofdtopic

- ✚ Ernst en frequentie Neuropsychiatrische gedragskenmerken bij opname op verpleegafdeling.

Subtopics

- ✚ Van thuis naar verpleeg(t)huis
- ✚ Betrekken van mantel als expert
- ✚ Beleving
- ✚ Toename neuropsychiatrische kenmerken binnen verpleegafdeling na opname.
- ✚ Incidenten jegens medewerkers en medebewoners
- ✚ Juiste bejegening van reactief naar pro-actief
- ✚ Interventies; preventief
- ✚ Werkdruk voor zorgmedewerkers en behandelaren
- ✚ Interprofessioneel samenwerken
- ✚ Preventie:
 - ✓ Preventie escalaties bewoner-bewoner
 - ✓ Preventie escalaties bewoner-medewerker
 - ✓ Preventie overbelasting zorgmedewerker.
 - ✓ Preventie; verkeerde bedproblematiek.

Vragen ten behoeve van de Focusgroepbijeenkomst

1. Wat is uw rol in de omgang met de persoon met dementie ; voor, tijdens en na opname?
2. Bent u bekend met de term: Neuropsychiatrische kenmerken bij dementie?
3. In hoeverre is de aanwezigheid van deze kenmerken bepalend voor uw eigen functioneren?
4. Wat is volgens u het belang van een anamnese?
5. Welke anamneses worden afgenomen bij thuiszorg(wijkverpleegkundige), zorgorganisatie(clientadviseurs) op afdelingsniveau(Zoco,EVV)?
6. Binnen de huidige anamneses van thuiszorg, zorgorganisatie en op afdelingsniveau welke plek hebben de neuropsychiatrische kenmerken een plek?
7. Vind er namens u voldoende verdieping plaats ten aanzien van de neuropsychiatrische kenmerken alvorens, en net na opname?
8. Middels welk instrument of methode worden momenteel de NPK in kaart gebracht, op welk moment en door wie?
9. Ervaart u als zorgprofessional een toename van NPK binnen zowel de thuissituatie als verpleegafdeling?
10. Waar wijt u dat aan?

11. Binnen de literatuur wordt geen bewijs gevonden voor toename van neuropsychiatrische gedragskenmerken, er wordt zelf geïmpliceerd dat er een afname zou zijn. Waar wijt u dat aan?
12. Draagt een toename van NPK bij aan de werkdruk, en dan specifiek uw eigen werkdruk?
13. Stelling: De mantelzorger is ervaringsdeskundige en is essentieel in de anamnese fase.(Discussie)
14. Welke rol/plek heeft de mantelzorger tijdens en na opname?
15. Wat is volgens u het belang van interprofessionele samenwerking rondom de bewoner?

(overhandig de uitkomst van de NPI's)

1. Mocht u, alvorens opname de ernst en frequentie van de NPK zodanig in kaart gebracht zien, wat is dan het grootste verschil met de huidige intake/opnameprocedure?
2. Wat vertelt dit overzicht u als zorgprofessional in uw specifieke taakstelling?
3. Wat gaat u doen met dit overzicht als zorgprofessional in uw specifieke taakstelling?
4. Welke is, volgens u, de meerwaarde of geen meerwaarde van het toepassen van de NPI alvorens opname

Bijlage 3 Mail aan geadresseerden uitnodiging enquête

Van: Kil - Hoogmoed Diana <Diana.Kil-Hoogmoed@envida.nl>

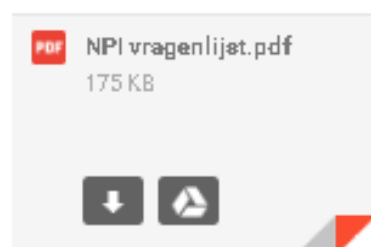
Datum: 14-01-19 10:05 (GMT+01:00)

Aan: Brouwers - Hochstenbach Lea <Lea.Brouwers-Hochstenbach@envida.nl>, Caenen Shauni <Shauni.Caenen@envida.nl>, Claessens Helga <Helga.Claessens@envida.nl>, Eskander Alex <Alex.Eskander@envida.nl>, Gastel van Danny <Danny.vanGastel@envida.nl>, Gubbels Celine <Celine.Gubbels@envida.nl>, Gulikers Angelique <Angelique.Gulikers-Bessems@envida.nl>, Herben - Voncken Diana <Diana.Herben-Voncken@envida.nl>, Heusschen Esther <Esther.Heusschen@envida.nl>, Houtvast - Kicken Sandra <Sandra.Houtvast-Kicken@envida.nl>, Hupperichs Maurice <Maurice.Hupperichs@envida.nl>, Knipschild Anouk <Anouk.Knipschild@envida.nl>, Lemmens Anouk <Anouk.Lemmens2@envida.nl>, Lenssen - Schleijper Joyce <Joyce.Lenssen-Schleijper@envida.nl>, Manderveld Susanne <Susanne.Manderveld@envida.nl>, Muijtens Edith <Edith.Muijtens@envida.nl>, Mullenders - Lemmerlijn Annie <Annie.Mullenders-Lemmerlijn@envida.nl>, Nelissen Yvana <Yvana.Nelissen@envida.nl>, Peerboom - Dodemont Sandra <Sandra.Peerboom-Dodemont@envida.nl>, Prevot - Simons Anja <Anja.Prevot-Simons@envida.nl>, Proemerren - Zinken van Sandra <Sandra.vanProemerren-Zinken@envida.nl>, Reuters Dave <Dave.Reuters@envida.nl>, Roks Becky <Becky.Roks2@envida.nl>, Schreppers Eric <Eric.Schreppers@envida.nl>, Sleijpen Saskia <Saskia.Sleijpen@envida.nl>, Steijns Jill <Jill.Steijns@envida.nl>, VanWersch - Vandebergh Marita <Marita.Vandebergh-VanWersch@envida.nl>, Wassenberg - Vluggen Brigitte <Brigitte.Wassenberg-Vluggen@envida.nl>, Zwier Kirsten <Kirsten.Zwier@envida.nl>

Onderwerp: FW: Gedrag van mensen met dementie onder de loep genomen.

Google Forms

Ik heb je uitgenodigd om een formulier in te vullen:



Bijlage 4 Uitnodiging focusgroepbijeenkomst

Van: Kil - Hoogmoed Diana <Diana.Kil-Hoogmoed@envida.nl>

Datum: 24-01-19 09:06 (GMT+01:00)

Aan: Muijtens Edith <Edith.Muijtens@envida.nl>, Debets Sammy <Sammy.Debets@envida.nl>, Molen van der Marloes <Marloes.van.der.Molen@envida.nl>, Aerts Sanne <Sanne.Aerts@envida.nl>, Mennens - Starmans Rosie <Rosie.Mennens-Starmans@envida.nl>, Scipio Harry <Harry.Scipio@envida.nl>

Onderwerp: E-mailen - Concept Afstuderen Advies Fase 1

Beste Collega's,

Ik heb jullie een uitnodiging gestuurd voor een focusgroep bijeenkomst.

Ter aanvulling wil ik jullie mijn fase 1 stuk mailen zodat jullie, met wat meer diepgang, kunnen lezen waar het onderzoek over gaat.

Ik hoop jullie allen snel te mogen verwelkomen,

Fijne werkdag,

Met vriendelijke groet,

Diana Kil - Hoogmoed

Teamleider

Appelgaard

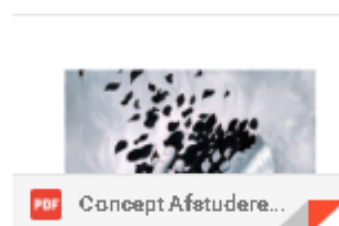
 http://www.online-server.nl/logo_envida_signature_v2.gif

van Schaluynhofstraat 4 6269DD Margraten, Postbus 241, 6200 AE Maastricht

T , M 0612026472, www.envida.nl

Volg ons op: [Facebook](#) | [Twitter](#)

Op deze mail is een disclaimer van toepassing

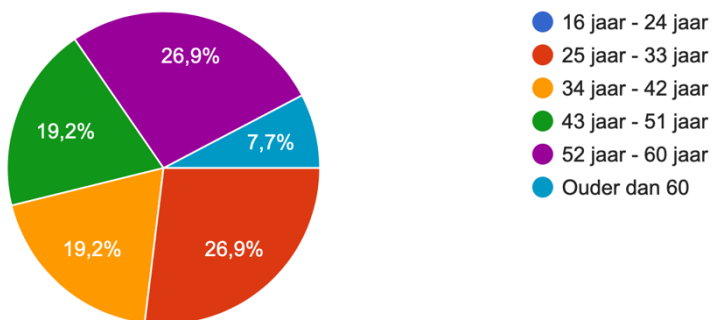


Bijlage 5 Uitkomst Enquête

Sectie 1 NPI

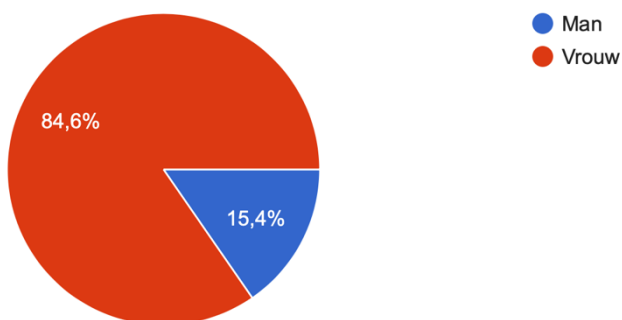
Wat is jouw leeftijd?

26 antwoorden



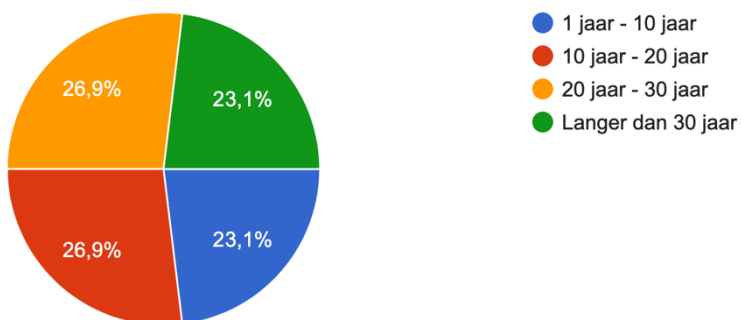
Ik ben een Man/Vrouw?

26 antwoorden



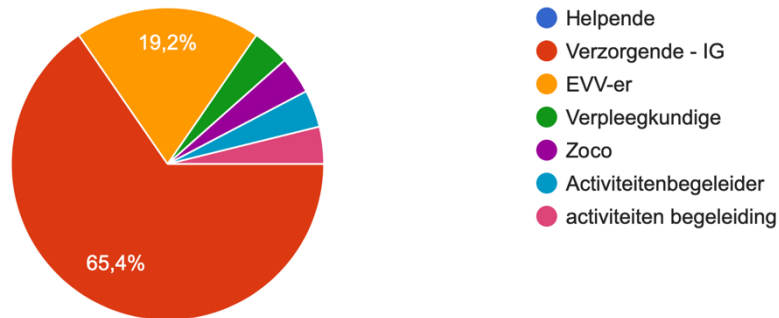
Hoe lang ben jij al werkzaam in de zorg?

26 antwoorden



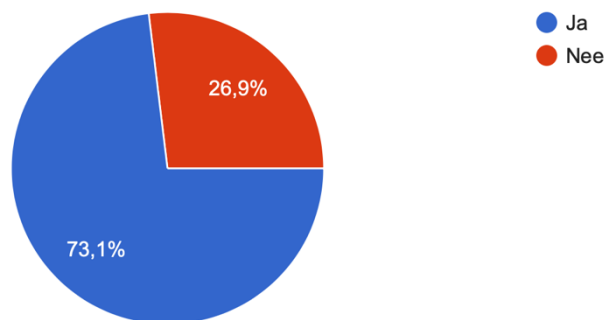
Wat is jouw functie?

26 antwoorden



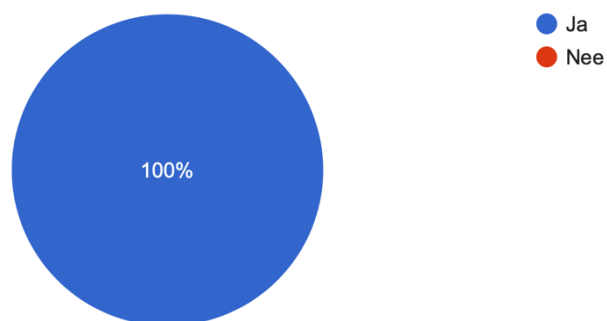
Ben jij bekend met de term: neuropsychiatrische symptomen?

26 antwoorden



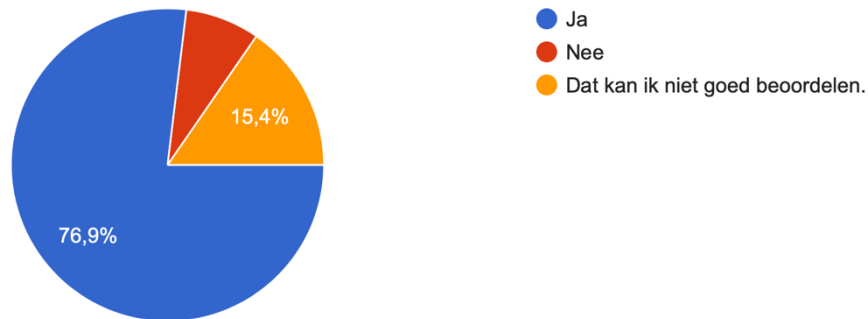
Ben jij bekend met de term onbegrepen gedrag?

26 antwoorden



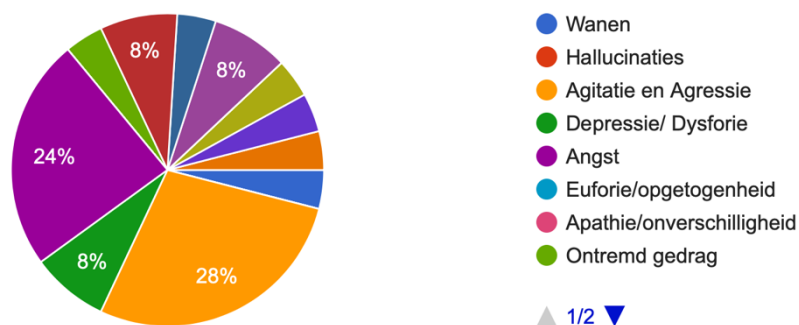
De literatuur impliceert dat er geen toename is van onbegrepen gedrag en zelfs een afname van de hoge zzp 7 ...amheden bij de mensen met dementie?

26 antwoorden



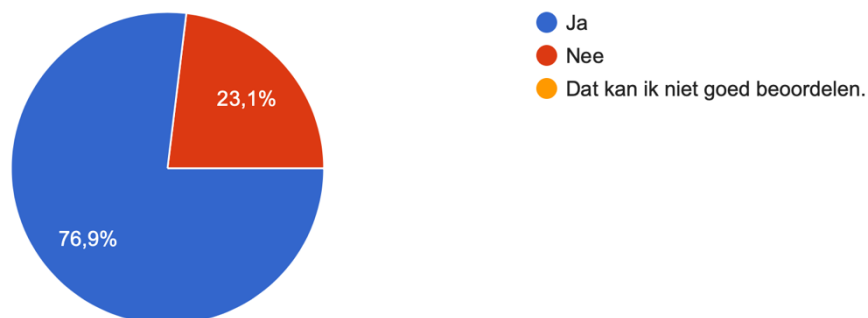
Welke neuropsychiatrisch gedragskenmerk komt volgens jou het meeste voor binnen de afdeling waar je werkt ?

25 antwoorden



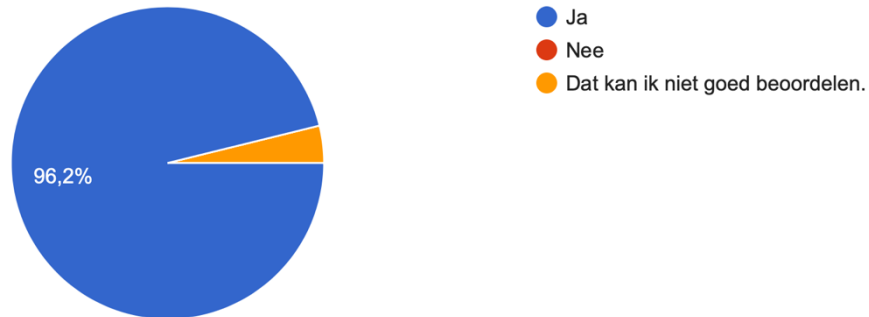
Ervaar jij een toename van incidenten van de bewoner naar jou als zorgprofessional op het gebied van agressie of agitatie?

26 antwoorden



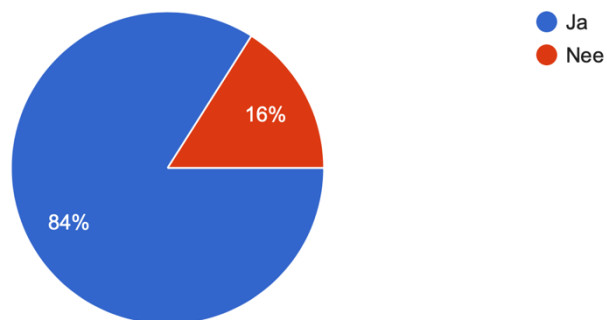
Ervaar jij een toename van incidenten tussen bewoners onderling op het gebied van agressie en agitatie?

26 antwoorden



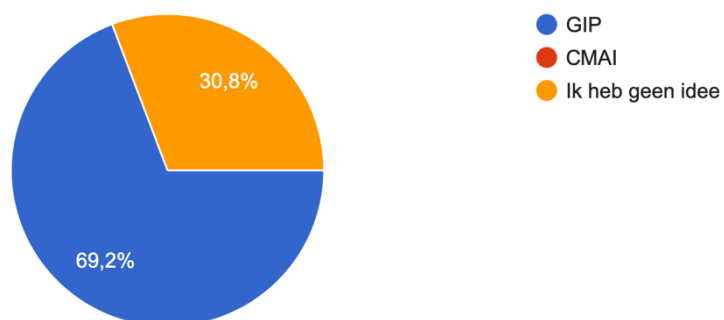
Draagt de ernst en frequentie van onbegrepen gedrag bij de bewoner op de afdeling toe aan jouw ervaren werkdruk?

25 antwoorden



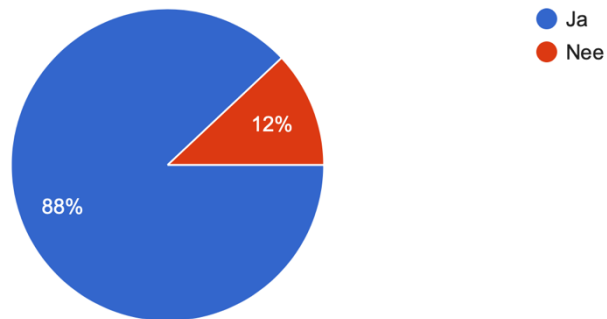
Op welke wijze wordt binnen de zorgorganisatie gedrag in kaart gebracht?

26 antwoorden



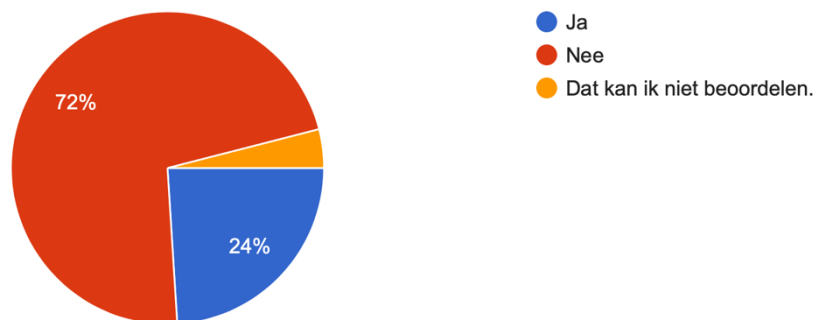
Wanneer een nieuwe bewoner wordt opgenomen heb jij dan de mogelijkheid om de gegevens van overdracht in te zien?

25 antwoorden



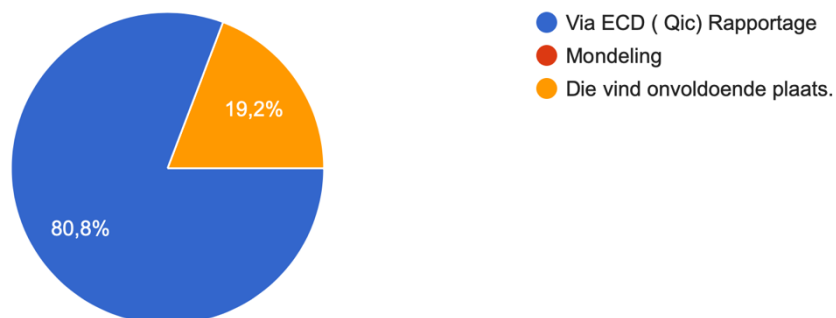
Biedt de aangeboden informatie betreffende de nieuwe bewoner jouw voldoende handvaten in de bejegening...oner op het gebied van gedragingen?

25 antwoorden



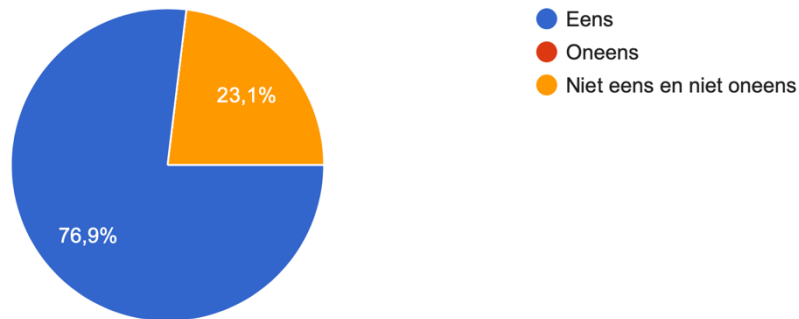
Hoe vind de overdracht/communicatie plaats over gedragingen van een nieuwe bewoner binnen de afdeling?

26 antwoorden



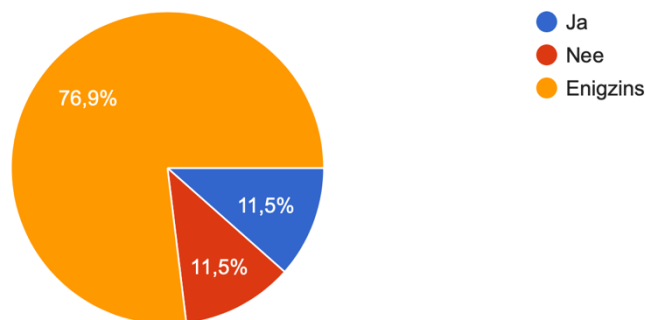
Stelling: De mantelzorger is de ervaringsdeskundige en kan ons ondersteunen tijdens het in kaart brengen...ar zij haar/zijn naaste het beste kent.

26 antwoorden



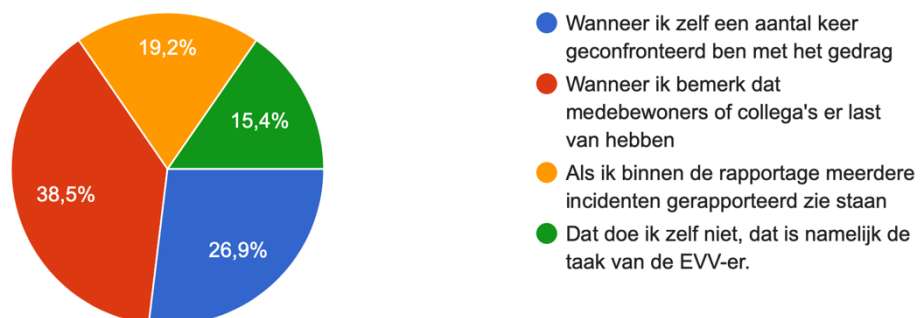
Heeft de mantelzorger een rol bij de analyse en bepalen van interventies ten aanzien van het gedrag binnen de huidige processen van de afdeling?

26 antwoorden



Wanneer vraag jij om interventies ten aanzien van gedragingen van de nieuwe bewoner?

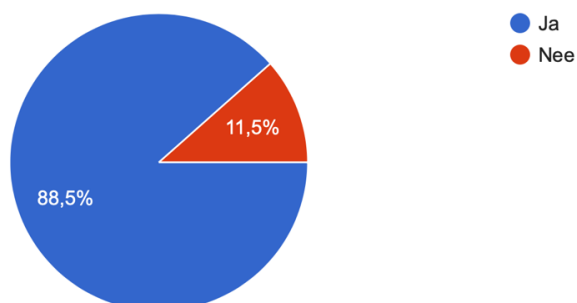
26 antwoorden



Sectie 2 NPI

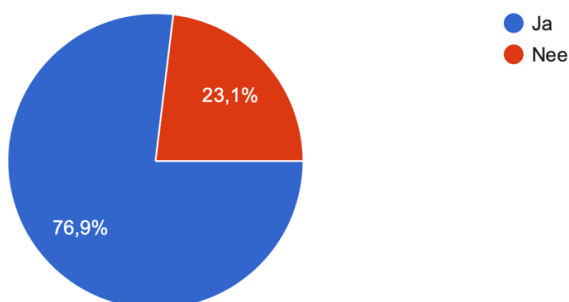
Zie Bijlage mail: Geeft dit overzicht jou een inzicht in de ernst en frequentie van de gedragskenmerken van de nieuwe bewoner?

26 antwoorden



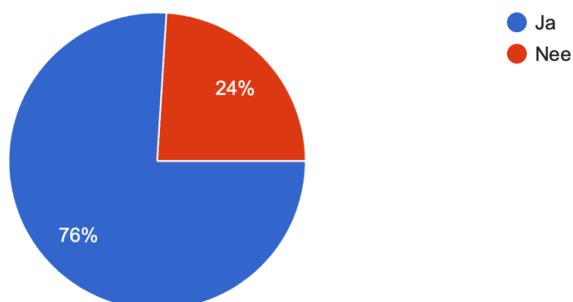
Draagt de uitkomst van de NPI, volgens jou, bij aan goede passende bejegening?

26 antwoorden



Draagt de NPI, volgens jou, bij aan de preventie van escalaties van bewoner/bewoner en bewoner/medewerker?

25 antwoorden



Wat is volgens jou de meerwaarde van het toepassen van de NPI, om voor opname de ernst en frequentie van gedragskenmerken in kaart te brengen?²⁰ antwoorden

Dat de bewoner de juiste zorg krijgt lichamelijk en geestelijk.

Zo kun je van tevoren zien waar de probleemgebieden zijn en je daarop voorbereiden. Kun je de cliënt op passende wijze bejegenen.

ja dit vind dit een goede methode om dit in kaart te brengen

Er worden vaak bewoners opgenomen waar de "beschrijving" niet van klopt. Bij het invullen van de NPI kun je van tevoren het gedrag beter in kaart brengen, al interventies doen voor opname en voor iedereen de zelfde meter. Al is de interpretatie voor iedereen anders natuurlijk.

Dat het heel overzichtelijk is. Je kunt zo al informatie inwinnen en rekening met de bewoner houden om evt. escalaties te kunnen voorkomen.

zodat we al de bewoner een beetje kennen voordat ze komen. en we ons er op kunnen voorbereiden.

zodat we beter op de hoogte ervan zijn hoe de bewoners zijn als ze bij ons komen wonen.

Zo weet je al een beetje over het gedrag en hoe vaak dit voorkomt.

volgens mij kan er dan al vroegtijdig bekeken worden of er meer personeel nodig is voor 1 op 1 te kunnen werken waardoor de rust blijft en sneller in te gaan op het vertoonde gedrag en of er spoedig evt een cursus/scholing gegeven moet worden als dit nodig blijkt te zijn.

Door het in kaart brengen van de symptomen en de gevoeligheid hiervoor t.a.v. de cliënt kan beter gericht geacteerd worden op de cliënt hetgeen de Kwaliteit van leven kan verhogen van de client en de kwaliteit van zorg kan verhogen van de zorgverlener.

heeft meerwaarde

in zijn nieuwe omgeving eerst goed observeren/rapporteren hoe client zijn gedrag dan is.

hierdoor ben je voorbereid en kan je hierop anticiperen. wellicht zie je zelfs afname of toename van de gedragskenmerken en kan dit kenbaar gemaakt worden.

Goed inzicht in gedragskenmerken, maar niet in hoe omgang in de praktijk toe te passen

veel nadruk op de achtergrond ligt van klachten en problemen

Geeft duidelijk aan waar de aandacht gebieden liggen en helpt bij de bejegening naar de cliënt toe.

Je krijgt wel een beeld over het gedrag, maar in de thuissituatie is gedrag toch vaak anders dan binnen de afdeling. Structuur, bejegening, omgeving heeft vaak veel invloed op het gedrag van de bewoner.

als je voor de opname al weet wat speelt dan kun je daar meteen op inspelen.

Zodat we er vanaf het begin op voorbereid zijn. En goede zorg kunnen bieden

Om objectief in beeld te krijgen van frequentie onbegrepen gedrag ,en hier al bij opname van op de hoogte te zijn zodat je kunt inspelen .Om voor de client de overgang van thuissituatie naar intramuraal zo klein mogelijk te maken ,zodat de client zich vlug thuisvoelt.

Bijlage 6 Informed Consent en NPI Vragenlijst



Appelgaard
v.Schaluynhofstraat 4
6269 DD Margraten
T 043-631 48 30

Info@envida.nl
www.envida.nl

NL24 INGB 0664 2662 58
KvK 41076416

Margraten, 24 januari 2019
Referentie: Onderzoek
Betreft: Informed Consent
Bijlagen:

Beste Mevrouw/ Meneer,

Ten behoeve van een kleinschalig onderzoek bent u gevraagd, samen met de wijkverpleegkundige, de NPI in te vullen. Met het invullen van een NPI-vragenlijst door u, als centrale mantelzorger, krijgen wij een beter zicht op de aanwezigheid van de symptomen van dementie en dan met name op het gebied van de gedragingen. Wanneer wij beter zicht krijgen op deze symptomen kunnen wij, wanneer thuiswonen niet meer mogelijk zou zijn, beter inspelen op de behoeften van uw naaste.

De gegevens die voortkomen uit de afname van de vragenlijst zullen volledig ANONONIEM, worden verwerkt.

Echter dient u wel, schriftelijk, toestemming te geven voor het mogen toepassen van de gegevens in het onderzoek.

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming.

Mag ik u vriendelijk bedanken voor deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Diana Kil
Teamleider Zorg

X Ik, A.Ne [redacted] neem deel aan het onderzoek en geef toestemming voor het verwerken van de informatie ten behoeve van het onderzoek mits deze volledig anoniem is.

[redacted] (handtekening)

1/2

Service / Thuiszorg / Verzorgings- en verpleeghuizen

NEUROPSYCHIATRISCHE VRAGENLIJST

'Neuropsychiatric Inventory' (NPI), J. L. Cummings, 1994
Nederlandse vertaling J.F.M. de Jonghe, L.M. Borkent en M.G. Kat, 1997

Naam patiënt: Dr. [redacted] Datum afname: 06-11-19

Identificatienummer: 01 [redacted] 5 Bron/informant: Wijkroep

Item	NVT	Afwezig	Frequentie	Ernst	FxE	Emoti. belasting
------	-----	---------	------------	-------	-----	------------------

Wanen	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Hallucinaties	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Agitatie/agressie	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	4	1 2 3 4 5
Depressie/dysforie	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Angst	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Euforie/opgetogenheid	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Apathie/onverschilligheid	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	9	1 2 3 4 5
Ontremd gedrag	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Prikkelbaarheid/labiliteit	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	2	1 2 3 4 5
Doelloos repetitief gedrag	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Nachtelijke onrust/slaapstoorn.	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Eetlust/eetgedrag verandering	☒	0	1 2 3 4	1 2 3	6	1 2 3 4 5

Diagnose: Alzheimer Parkinson

MMSE: 35

Geboortedatum: 15-11-1935 Leeftijd: 83 Geslacht: man

Opleiding: —

Duur van de ziekte: 2 jaar

Medicatie: Artesia 0,5 mg, alfabetisch teva 125 mg, citalopram 100 mg, auroclonidine 40 mg, dipyridamol 200 mg, Furosemide 20 mg, levodopa/carb. 275, metoprolol succ 25, tetracycline mylan 20 mg, quetiapine 12,5 mg, spirinolacton 25 mg, renova cardiorapids, D-cura de 2500 IE/ml, Hydroxoc 0,5 mg/ml 1 x p duan. ml

Appelgaard

v.Schaluynhofstraat 4
6269 DD Margraten
T 043-631 48 30

info@envida.nl
www.envida.nl

NL24 INGB 0664 2662 58
KvK 41076416

Margraten, 24 januari 2019
Referentie: Onderzoek
Betreft: Informed Consent
Bijlagen:

Beste Mevrouw/ Meneer,

Ten behoeve van een kleinschalig onderzoek bent u gevraagd, samen met de wijkverpleegkundige, de NPI in te vullen. Met het invullen van een NPI-vragenlijst door u, als centrale mantelzorger, krijgen wij een beter zicht op de aanwezigheid van de symptomen van dementie en dan met name op het gebied van de gedragingen. Wanneer wij beter zicht krijgen op deze symptomen kunnen wij, wanneer thuiswonen niet meer mogelijk zou zijn, beter inspelen op de behoeften van uw naaste.

De gegevens die voortkomen uit de afname van de vragenlijst zullen volledig ANONONIEM, worden verwerkt.

Echter dient u wel, schriftelijk, toestemming te geven voor het mogen toepassen van de gegevens in het onderzoek.

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming.

Mag ik u vriendelijk bedanken voor deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Diana Kil
Teamleider Zorg

X Ik, ms. u. [redacted] ga aan het onderzoek en geef toestemming voor het verwerken van de informatie ten behoeve van het onderzoek mits deze volledig anoniem is.

[Handtekening] (handtekening)

NEUROPSYCHIATRISCHE VRAGENLIJST

'Neuropsychiatric Inventory' (NPI), J. L. Cummings, 1994
Nederlandse vertaling J.F.M. de Jonghe, L.M. Borkent en M.G. Kat, 1997

Naam patiënt: XXXXXXXXXX Datum afname: 31-01-2019

Identificatienummer: _____ Bron/informant: partner

Item	NVT	Afwezig	Frequentie	Ernst	FxE	Emoti, belasting
------	-----	---------	------------	-------	-----	------------------

Wanen	(x)	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Hallucinaties	(x)	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Agitatie/agressie	(x)	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Depressie/dysforie	x	0	1 2 3 4	(1) 2 3	<u>3</u>	1 2 3 4 5
Angst	x	0	(1) 2 3 4	(1) 2 3	<u>2</u>	1 2 3 4 5
Euforie/opgetogenheid	(x)	0	1 2 3 4	1 2 3	<u>1</u>	1 2 3 4 5
Apathie/onverschilligheid	x	0	1 2 3 4	1 2 3	<u>1</u>	1 2 3 4 5
Ontremd gedrag	(x)	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Prikkelbaarheid/labiliteit	(x)	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5
Doelloos repetitief gedrag	x	0	1 2 3 4	1 2 3	<u>12</u>	1 2 3 4 5
Nachtelijke onrust/slaapstoorn.	x	0	1 2 3 4	1 2 3	<u>4</u>	1 2 3 4 5
Eetlust/eetgedrag verandering	x	0	1 2 3 4	1 2 3	----	1 2 3 4 5

Diagnose: alzheimer

MMSE: _____

Geboortedatum: 16 XXXXXXXXXX Leeftijd: 85 Geslacht: man

Opleiding: metseelaar

Duur van de ziekte: _____

Medicatie: _____

Bijlage 7 NPI Totaal score (2x)

Dhr. Ne xxxx:

Totaal NPI score		24	Naam: Dhr. Ne****		Datum afname: 6/2/2019	
Diagnose		Alzheimer Dementie / Parkinson		Geboortedatum		15/**/1935
Datum Diagnose		17.12.2011				

Symptomen	Atypisch	Frequentie (f)				Ernst (e)			NPI
		Soms	Regelmatig	Vaak	Heel vaak	Licht	Matig	Ernstig	
1. Wenen									0
2. Hallucinaties	x								0
3. Agitatie/agressie	x			x					4
4. Depressie/dysforie									0
5. Angst	x								0
6. Euforie/opgetogenheid	x								0
7. Apathie/onverschilligheid									9
8. Ontremd gedrag									3
9. Prikkelbaarheid/labiliteit				x					2
10. Doelloos repetitief gedrag	x								0
11. Nachtelijke onrust/slaapstoorn	x								0
12. Eetlust/eetgedrag verandering				x					6
									24

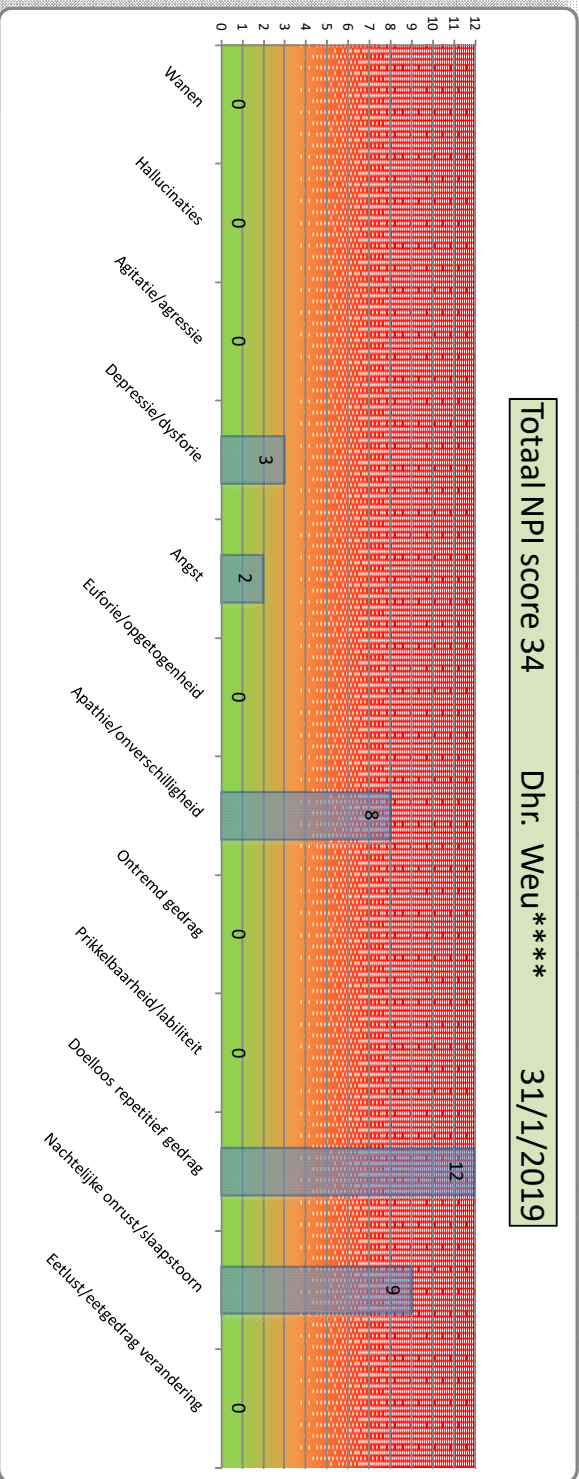
Totaal NPI score 24 Dhr. Ne**** 6/2/2019

Symptomen	Score
1. Wenen	0
2. Hallucinaties	0
3. Agitatie/agressie	4
4. Depressie/dysforie	0
5. Angst	0
6. Euforie/opgetogenheid	0
7. Apathie/onverschilligheid	9
8. Ontremd gedrag	3
9. Prikkelbaarheid/labiliteit	2
10. Doelloos repetitief gedrag	0
11. Nachtelijke onrust/slaapstoorn	0
12. Eetlust/eetgedrag verandering	6

Totaal NPI score		34		Naam:		Dhr. Weu****		Datum afname:		31/1/2019	
Diagnose		Alzheimer Dementie		Geboortedatum		16/**/1934					
Datum Diagnose		5.3.2013									

Symptomen	Afwertig	Frequentie (f)				Ernst (e)			NPI
		1	2	3	4	Licht	Matig	Ernstig	
1 Wanen	x								0
2 Hallucinaties	x								0
3 Agitatie/agressie	x								0
4 Depressie/dysforie				x					3
5 Angst			x			x			2
6 Euforie/opgetogenheid	x								0
7 Apathie/onverschilligheid					x				8
8 Ontremd gedrag	x								0
9 Prikkelbaarheid/labiliteit	x				x				12
10 Doelloos repetitief gedrag								x	12
11 Nachtelijke onrust/slaapstoorn			x					x	9
12 Eetlust/eetgedrag verandering	x								0
									34

Dhr. Ne xxxx:



Bijlage 8 Transcript

- S: Ja, euhm het idee is eigenlijk dat ik met jullie een aantal vragen doorneem euhm en voel jullie vooral vrij om daarop te reageren, allemaal gerelateerd naar het onderzoeksonderwerp van de overgang van thuis naar verpleeghuis ten aanzien van onbegrepen gedrag. Euhm, dit ga ik uiteindelijk allemaal verwerken. Dus, nogmaals, voel je in ieder geval vrij om te antwoorden. Ik ga ook niet het rijtje af, we maken er gewoon een dynamisch gesprek van, ja. Ik zou het fijn vinden als jullie even jullie rol ten aanzien van de persoon met dementie voor, na en tijdens opname benoemen.
- SO: Euhm, mijn rol voor opname kan zijn dat ik via de huisarts in consult wordt geroepen euhm of via wijkteamseventueel en dan via de huisarts, ja. Een nieuwe opname op de afdeling neem ik de zorg over en ik moet ook vaak de dood constateren en dan het laatste stuk in ieder geval de papieren in orde maken.
- S: Ja, oké.
- PSY: Voor opname is mijn rol eigenlijk zeer gering tot nu toe, eerstelijnswork doen wij eigenlijk nog niet. Tijdens de opname kan het zijn dat, mocht de betrokken cliënt al eerder in contact zijn geweest met een psycholoog of... ja, dat ik dan al wel tijdens de opname betrokken ben en ga kijken van "wat heeft die nodig?" Maar eigenlijk het grootste gedeelte is pas na de opname, dat ik ga kennismaken en kijken waar de behoeftes liggen, ondersteuning van een team, eventueel ondersteuning van de cliënt zelf.
- S: Ja.
- GVP: Als gedragsverpleegkundige kan ik geconsulteerd worden bij de wachtlijstplaatsing daarmee is het vaak dat de SO van het wachtlijstoverleg, vraagt of ik mee ga naar de andere instellingen of naar de thuissituatie euhm, even een kleine inventarisatie doe met de familie of samen met de cliënt zelf om te kijken zo... op basis daarvan en wat meer informatie... dat je kan kijken zo van "welke plaats zou het beste zijn? Welke locatie zou het beste zijn? Welke afdeling zou het beste zijn?" Daarnaast is het zo dat wij, op het moment dat er sprake zou zijn van persoonlijkheidsproblematieken of complexe gedragingen, dat wij al heel laagdrempelig euhm... mee gaan richting de opname. Euhm, verder is het zo dat... stel dat iemand is opgenomen en ja, in een beginsituatie of in een later stadium, dan kan ik gevraagd worden ter ondersteuning van het team.
- S: Oké.
- ZO: Voor opname proberen wij op huisbezoek te gaan maar doordat het soms vaak heel laat bekend is wie op de afdeling komt wonen, lukt het gewoon niet altijd planmatig. Maar het is wel het streven om dat te blijven doen en men krijgt zo ook een beter inzicht van "hoe leeft iemand thuis?", dat je daar ook meer kan op inspelen als iemand bij ons komt wonen en soms is het dan ook een bekend gezicht als iemand de opname doet... van "die is al bij mij thuis gekomen", of hij herkent je nog. Bij opname, ja, we zijn nu bezig met nieuwe standaardvragen te stellen, eerst om ze gerust te stellen en niet om direct een heleboel informatie te geven... ook aan familie. Dat is een beetje zoeken nog, ja.
- S: Ja. En jouw rol verder tijdens de opname, tijdens het verblijf van de bewoner?

- ZO: Ja, iemand zich thuis laten voelen.
- S: De term “onbegrepen gedrag”, is een veel gehoorde term. De term “neuropsychiatrische gedragskenmerken”, is dat voor jullie bekend?
- SO,PSY,
GVP: (antwoorden allemaal “ja”)
- ZO: Moet je mij even toelichtten, een beetje.
- S: Een neuropsychiatrisch kenmerk is een onderverdeling van gedragskenmerken in 12 onderverdelingen euhm, die euhm eigenlijk bij dementie in dit geval, een onderdeel uitmaken van het gedrag dat kan voorkomen. Voor mij was die term ook in het begin heel erg nieuw en eigenlijk euhm mij bekend geworden door die NPI vragenlijst... dat ik dacht van “een mooie onderverdeling van het gedrag.” Je denkt dan inderdaad aan depressie, aan agitatie, agressie, eetlust, veranderingen. Dus, neuropsychiatrische kenmerken zijn eigenlijk 12 gedragskenmerken die bij dementie kunnen voorkomen als gevolg van dementie. Bij opname zien we euhm vaak dat er een anamnese plaats vindt. Ik heb overleg gehad met Rosie Mennens en zij zegt we zijn heel erg nog aan het ontwikkelen naar een standaard want die is er nog niet. Wat is volgens jullie het belang van een goede anamnese en dan met name op het gebied van het gedrag en de neuropsychiatrische kenmerken?
- GVP: Wat is het belangrijkste?
- S: Wat is het belang van zo een...
- GVP: Oh, het belang... euhm, als ik dan meteen denk en wat bij mij meteen naar boven schiet is eigenlijk om de mensen te kennen zoals die mens is, zeg maar. De kern van de mens... wat zijn leefstijl is, hoe heet het? Wat zijn dagstructuur is? Wat zijn persoonlijke kenmerken zouden kunnen zijn die voor ons gewoon van belang zijn in de bejegening van iemand. Ik denk dat het dat is met name.
- PSY: En dat je ook bepaalde verwachten die je misschien had, dat je die al kan bijschaven van “dit moet iemand toch normaal vinden”, hé wat misschien het grootste gedeelte van de mensen doen... maar dat dat voor hen misschien juist kan afwijken en voor onrust kan zorgen.
- ZO: Zodat je daar beter kan op inspelen.
- PSY: Ja, als iemand geen ochtendmens is maar dan wordt hij vanaf het begin af aan om 8 uur gewekt bij wijze van... ja, dan kan dat natuurlijk voor onrust zorgen. En dat is onnodig En als iemand dan misschien weet die moeten we laten uitslapen.
- GVP: Of alleen maar die mensen van de nacht, die 's nachts... hoe heet het...zeg maar, die gewend zijn om op 3 uur op te staan en ja, dat is dan eigenlijk jammer dat die dan op een afdeling komen waar dit nog niet iedereen weet en dat iedereen denkt van “he, wacht even, die is onrustig.” Maar dan moet er maar een pilletje gegeven worden bij wijze van spreken.
- SO: Dokter heeft u slaapmedicatie. Nou ja, ik denk dat het van belang is om te weten van wat er in de laatste fase... dat is ook sowieso ook het stuk naar opname. Dat betekent dat er ergens een overvraging van zorg is, of het nou door de mantelzorger of de thuiszorgcombinatie... maar er is een reden om op te nemen

want tegenwoordig zijn die redenen vaak “gedrag.” Dus, je wilt weten van “wat is nou het actuele gedrag voor opname? Waar worstelen ze mee? Wat is er al gedaan?” Blij dat jij in de voorsituaties af en toe mee mag kijken. Maar ook “wie was die persoon ervoor?” Inderdaad, van “wat is het dag-nacht ritme?” Maar ook van “was die juist vriendelijk of was die streng? Had die behoefte aan structuur of juist niet?”

PSY: Persoonlijkheidstrekken hé

SO: Wat je daar ook vaak in de dagbesteding, in de benadering... hoe iemand dan hier zijn dag gaat doorkomen... wil je die 24 uur cyclus vanuit persoonlijkheidskenmerken weten.

PSY: Ook live events, denk ik, zijn heel belangrijk. Cliënten die heel veel hebben mee gemaakt waardoor ze claustrofobie hebben ontwikkeld, ja... als je dat niet weet van tevoren en je gaat iemand douchen of in een krappe ruimte zetten, ja...

GVP: Dan vraag je eigenlijk al om problemen...

ZO: Om het gedrag ook beter in kaart te krijgen, ja.

SO: Ja en dat je zegt van “hoe dealde iemand met die live events?” Dus, ook van “hoe is iemand? Als die op de afdeling komt, sluit die zich op of gaat die juist volle bak erin?” Dat je weet van “hoe kan zo’n een transitie ook... wat voor een effect heeft dat op iemand?”

S: En binnen de huidige anamneses die bij binnen Envida worden gebruikt, dan heb ik het even over... eigenlijk is het een vraag voor thuiszorg, maar ook voor een anamnese die wordt gedaan ten behoeve van de opname op de afdeling. Welke plek hebben dan die gedragskenmerken specifiek? Hebben die voldoende plek?

PSY: Er is de observatielijst, de GIP die wordt dan ingevuld, ja, dat is procesmatig destijds vastgesteld... ik ben ervan overtuigd dat er misschien betere instrumenten zijn daarvoor. Daarvoor hebben we binnen de vakgroep een pilot lopen.

S: En wat mis je dan, met name, in de GIP?

PSY: Nou, ik denk misschien wat meer euhm, ja...

ZO: Er zit weinig diepgang in vind ik.

PSY: Het is niet altijd een even valide meetinstrument geweest.

GVP: Het is maar een moment he. Je gaat uit van een moment...

PSY: Ja dat je een verloop kan doen. We zijn bezig geweest of nog steeds bezig met een pilot maar dat is niet over de hele vakgroep verspreid maar inderdaad om te kijken van “ja, welke instrumenten passen beter?” Maar we zijn nu bezig met iets wat wel meer belastend is voor de zorg. Er zijn een aantal vragenlijsten waardoor je misschien wel een uur kwijt bent. Dus, dat is een beetje wat nu ook getest wordt op bepaalde locaties van “is dit niet te belastend?”

ZO: De GIP, is eigenlijk een moment je wil eigenlijk ook meer weten van “hoe was iemand voor de opname?”

- PSY: Ja, ik denk dat er daar ruimte voor verbetering in is. Vooral om pre-morbide kenmerken naar boven te halen die ja,...
- GVP: Ja, als ik kijk naar ons werk binnen de thuissituatie, dan had je eigenlijk al erbij betrokken moeten worden bij andere organisaties of in de thuissituatie dan hebben we al zeg maar wat informatie euhm... maar er zit niet een bepaald... we hebben in ons hoofd natuurlijk een bepaalde structuur die we gewoon weten of die we willen weten maar we hebben niet, zeg maar, een formulier waarin het eigenlijk allemaal staat, snap je?
- S: Ja.
- GVP: Dus, voor iemand die dan op een gegeven moment opnieuw ingewerkt moet worden of die dat ook zou moeten... die zou zich dat eigenlijk moeten aanleren.
- SO: Om in jouw hoofd te kunnen kruipen.
- GVP: Bijvoorbeeld... snap je?
- S: Maar als cliënte Janssens morgen wordt opgenomen, hebben we dan, zoals het systeem nu ingericht is... hebben wij dan al voldoende in handen om een goede inschatting te maken ten aanzien... van wat je zegt, van.... "wat is thuis nou die druppel geweest?"
- SO: Ik ben al blij met de opname-rapportages maar ik merk dat je wel al heel erg moet kijken van "wanneer is die opname-rapportage...", ... want als mensen in september, dan zijn ze al geweest en daarna een lange tijd op de wachtlijst dan is er geen actualisatie vaak van de situatie. Euhm, laatst kreeg ik iemand en die zou nog in een rolstoel zitten en toen kwam er bij mij iemand lopend binnen en toen dacht ik opeens "oh..." Toen bleek het inderdaad van 3 maanden ervoor... ik krijg al wel een beetje een idee maar dat is meer door de jaren ervaring dat ik dan kan knippen en plakken.... dat is wat jij eigenlijk ook zegt, dan dat ik zeg van "het staat zwart op wit, ik weet hoe laat die man naar bed gaat, ik weet hoe laat die opstaat, ik weet hoe die met moeilijke situaties omgaat, ik weet hoe de laatste 3 weken van zijn leven in zijn thuissituatie zijn verlopen", nee.... daar heb ik geen zicht op.
- PSY: Ik merk dat de informatie van de huisarts is niet altijd even compleet in het begin, dat ik soms ook merk dat er brieven zijn vanuit andere GGZ instellingen en dat die uiteindelijk pas later erbij komen.
- SO: Of nooit.
- PSY: Of nooit, ja, daar moet je dan achteraan en dan maar hopen dat ze binnenkomen. Terwijl, het zou fijn zijn als je dat al bij opname hebt, dan kan je je ook een beter beeld vormen, want vaak is er al een uitgebreid onderzoek geweest van bepaalde persoonlijkheidstrekken of stemmingsproblematiek. Dus ja, dat bespaart dan wel heel veel tijd eigenlijk dat je misschien eerder kan inspelen op bepaalde situaties.
- S: Want als ik, en dat is ook wat Harry zegt, dat we belangrijk vinden van "wie is nou iemand?", en wat zijn die leefgewoontes. Maar is het belang van die diepgang op dat stukje neuropsychiatrie, voordat iemand binnenkomt, is dat volgens jullie gelijk aan te weten dat iemand geen bloemkool lust en Rooms-Katholiek zijn en om 7 uur opstaan? Of zeg je van "ik vind dat van ondergeschikt belang", of "ik vind dat juist belangrijk?"

- PSY: Dat is misschien wel belangrijker want dan kunnen we ervoor zorgen dat bepaalde triggers niet in die omgeving van die cliënt naar voren komen, dat die niet hoeft te reageren middels onrust. Maar als je inderdaad niet weet dat iemand ergens niet van houdt en je gaat dat toch aanbieden, dan kan dat er wel voor zorgen dat die onrustig wordt terwijl dat je het dan misschien ook al kan voorkomen, ja.
- SO: Als je kijkt... de mens zelf moet voorop staan. Maar de reden dat die komt, daar zit een stukje medisch-psychisch bij die wel kan maken dat iemand zich sneller op zijn gemak voelt op de afdeling waardoor ze niet op nacht 1 of 2 al met psychofarmaca moeten starten. Ik denk dat in de komende tijd de ernst van de situatie waarin een cliënt zit, dat die gaan toenemen. Dus, ik vind het van gelijk belang dat ik dan ook...
- ZO: Het één kan niet zonder het andere.
- SO: Ik wil altijd dat ze weten wie die persoon is en of die pure chocolade wil of witte chocolade... maar ook van... als hij om 8 uur naar bed gaat, dan is dat niet zo heel vreemd als die om 2 uur s'nachts weer wakker wordt, ja, want dat heeft die zijn slaap gehad. Ja,...
- GVP: Ja, nou, ik heb ook zoiets van... beiden zijn... het éne is niet ondergeschikt aan het andere. Dus, het is eigenlijk alletwee belangrijk om te weten, want je praat niet alleen maar over iemand zijn beperkingen maar je praat ook over... zeg maar, dat wat gezond is en je maakt gebruik, vind ik... en dat is ook wel belangrijk, van die gezonde keuzes die mensen nog kunnen maken. Wat heel erg belangrijk is
- SO: Wat die nog kan en waar die zijn eigen identiteit in kan vinden.
- GVP: Dus, eigenlijk vind ik ze alle 2 wel heel belangrijk.
- SO: Ja, waarbij misschien ook nog... ik weet niet hoe jullie ervaring is maar zeker vaak vlak voor opname of als mensen... we hebben de laatste tijd ook wel wat crisisopnames überhaupt binnen de Stichting maar ook euhm.... zelfs, toen we wat meer bedden vol hadden op de afdeling, de mensen eigenlijk in een soort crisissituatie op een regulier bed worden geplaatst, euhm waarbij we nu nog bij sommige mensen de diagnostiek aan het doen zijn... wat ik best wel een dubieuze situatie vind omdat we nu weer mensen moeten gaan overplaatsen omdat ze niet op de juiste plek zitten. Dus, je zit... en waarbij er bij sommigen zoveel medicatie is gestart dat voor we de daadwerkelijke persoon weer terug hebben, we eerst nog moeten afbouwen, dus euhm... ik zou het ook prettig vinden als er van tevoren gewoon meer kennis vanuit de Stichting naar buiten gaat zodat we sneller reguleren kunnen binnenkrijgen zonder allemaal veel psychofarmaca... en op de juiste plek.
- PSY: Ja, het is ook gewoon zo dat er weinig tijd is en iedereen moet eigenlijk zo vlug mogelijk weer door en ik denk dat ze misschien nog niet optimaal kunnen inspelen op ouderen en wat ze nodig hebben. Maar inderdaad, er komen mensen binnen die dan eigenlijk geen diagnose hebben omdat ze daar steeds delirant waren. Dat is ook logisch maar dan worden ze wel in die tussentijd ergens geplaatst waar ze misschien niet thuishoren.
- S: Ja, recent hebben we er natuurlijk een aantal... ja, dat moet niet de trend worden dan. Waar ligt dan de verantwoordelijkheid om de juiste punten met elkaar te verbinden voor opname? Licht dat dan bij Envida of ligt dat dan bij... in dit geval, het ziekenhuis waar iemand verblijft?

- SO: Het moet een samenspel zijn maar in de meest ideale situatie gaat de kennis en kunde vanuit het verpleeghuis naar buiten letterlijk om de overdracht naar binnen te begeleiden. Dat is wat ik het liefst heb is dat personeel als Harry gewoon mee gaat en daarin adviseert.
- GVP: Ja, nou, dat gebeurt wel maar dat is meestal, zeg maar, op vraag. Dus, het is niet, laat ik het zo zeggen... het is niet structureel, zeg maar. Het zijn eigenlijk alleen maar op een moment dat er inderdaad sprake is van een complexere problematiek dan worden we, zeg maar, erbij gevraagd, ja.
- SO: Ik denk dat je een team hebt van verschillende mensen die al vanuit... in samenwerking met de case manager... als die überhaupt betrokken is, als je die overdracht wat geleidelijker dan is het nu dat vaak ad hoc, met toeters en bellen en allemaal schade aan relaties...
- S: En als ik dan stel dat ...cliënten met een overduidelijke complexe problematiek... maar dat er ook een grote groep mensen is die ook een complexe problematiek hebben maar waarbij uiteindelijk niet bij gevraagd wordt euhm... maar die wel op de afdeling binnenkomen en dan heel complex blijken te zijn, vraagt dat om iets anders van ons? Jij kan onmogelijk al die cliënten die binnenkomen gaan screenen van tevoren of ze wel überhaupt op de juiste plek zijn. Dus, er komt toch wel een grote groep mensen binnen waar dan blijkt binnen 3 dagen "oh jeetje.."
- PSY: Misschien een signalering van wat wij misschien uit kunnen dragen naar een ziekenhuis... en dat om die signalering, die kennis daarin te vergroten zodat het tijdig signaleren toch... "misschien moeten we hier iets mee of juist niet..." Maar een ziekenhuis is ook beperkt in wat ze kunnen, dat is heel lastig.
- S): Eigenlijk is wat je zou willen is dat het.... ik ben nog niet helemaal op de hoogte hoe het in het opnamebeleid gaat maar ik bedoel... ik kan natuurlijk niet met 1 persoon alle mensen gaan zien maar dat hele opnamebureau... een deskundigheid heeft die al een soort voorselectie kan maken van "die moeten misschien wel al in de thuissituatie wat extra aandacht of extra expertise", zodat we in die maanden van wachttijd een soort begeleiding en vooral een soort "voorkomen van".... dat kan, wat mij betreft in alle gelaagdheden zijn omdat je als opnameteam zegt van "dit is hoogcomplex, nou..." Dat iedereen zijn eigen expertisegebied heeft... dat je daar in de begeleiding, dat je daar ook kan zijn van.... Weet je niet iedereen die uit Margraten komt zit ook goed hier en het kan zo zijn dat ze beter op de zeven bronnen terecht kunnen en dat je dan iedereen daar kan op voorbereiden, ja. Nu zet je vaak iemand ergens neer en daarnaast moet je weer gaan overplaatsen, ja.
- S: We hadden het nou al even over die GIP, dat is het instrument wat ook gewoon door de zorg wordt ingevuld. Hebben jullie het idee dat die altijd volgens de richtlijnen wordt ingevuld?
- PSY,ZO: Nee.
- PSY: Ik denk dat soms een interpretatie ook heel lastig is en dat er zaken worden overgeslagen. Dat is natuurlijk een...
- S: Want, één van de richtlijnen is dat die door 2 personen moet worden ingevuld.
- PSY: Dat gebeurt eigenlijk bijna nooit.

ZO: Ik vul hem met de familie in. Die familie kijkt er toch anders naar en ik merk dat eigenlijk prettiger verloopt

PSY: En hebben jullie dan ook vaker discussies want dat is het eigenlijk een beetje worden jullie het dan makkelijk eens? En wat doen jullie dan als er een discussie is als jullie de dingen anders zien want de familie ziet misschien ook wel zaken anders.

ZO: Dan kan je er ook tussenin gaan zitten. Want bij de familie voorkomt en ik weet het niet... dan kan de familie andere dingen aangeven dan dat ze bij ons laten zien. Dat kan.

PSY: Het is wel duidelijk dat iedereen die hem invult dat wel op een andere manier doet, als ik dat zo hoor.

ZO: Ja, wij hebben destijds afgesproken dat het met de familie zou moeten gebeuren.

GVP: Maar dan is dat, zeg maar, een afspraak die hier is alleen?

PSY: Ja, voor mij was dat nog niet bekend.

GVP: Mij ook niet.

ZO: Dat hebben wij hier gemaakt.

S: Ik heb ook al gezien dat het niet gebeurt.

ZO: Ik denk zelf dat het wel een goede...

PSY: Maar goed, dat is dan een communicatieprobleem want wij wisten dat niet en ik zou het dan ook fijn vinden en dan kan je de dingen ook meer plaatsen.

S: Maar ik wil dan even doorsteken met een vraag die later nog terugkomt. Marjolein Moree, die staat ook in het stuk geschreven, die stelt eigenlijk volgens het SOFA model van... "we moeten de mantelzorger echt zien als ervaringsdeskundige." Dus, eigenlijk de vraag aan jullie zou zijn of de stelling zou zijn... de mantelzorger is ervaringsdeskundige en is essentieel in de anamnese fase. Wat is daarin jullie

SO,PSY
ZO: Ja

GVP: Maar dan moet je dat los zien van een GIP.

S: Nee, maar...

GVP: Snap je, want...

S: Nou, ik denk zelf dat het wel overlapt he euhm. Wat ik graag zou zien in de toekomst is dat niet alleen tijdens een anamnese fase een mantelzorger een positie heeft maar ik denk juist ook aan dat vervolg.

GVP: Nee, dat snap ik. Maar ik bedoel, hoe heet het... euhm, als je het hebt over anamnese, dan moet je wel eventjes kijken zo van of je de GIP daarvoor zou kunnen gebruiken. Snap je een beetje wat ik bedoel?

- S: Ja, ik snap wat je bedoelt.
- GVP: Dat moet je eigenlijk de GIP niet gebruiken, zeg maar, als middel van een resultaat waaruit een bepaalde score... snap je wat ik bedoel? Niet als heteroanamnese. Je kan er wel een aantal dingen uithalen die je zou kunnen gebruiken voor een heteroanamnese inderdaad ja.
- SO: Maar de vraag is en dat vind ik bij iedere test, dat is van "weet men voldoende hoe af te nemen?" Het feit dat het met 2 personen gebeurt en dat één iemand zegt of dat het wel of niet tot discussies leidt van "waar geef je dat aan?..."
- ZIO: Daar heb je in de GIP ook maar heel weinig mogelijkheden om daarbij iets in te geven.
- GVP: Maar daar wil ik toch wel iets bij vragen. Weet iedereen wat de betekenis van de scores zijn? In het verleden was het namelijk zo... daar kregen we een scholing in en daarna was het een update van die scholing. Die scholing is dus gestopt. Je kunt niet zomaar, zeg maar, een GIP krijgen en dan invullen naar eigen inzicht. Het is gewoon heel erg belangrijk om te weten van "goh, wat zijn de verschillende scores? Wat is daar de betekenis van?" Snap je? Volgens mij staat het niet in de GIP als dusdanig, nee. Dus, ik denk dat daar ergens al...
- S: Ik bedoel, het is ook in het theoretisch kader heb ik daarnaar verwezen, dat de GIP sowieso ook toch wel op cognitie inzoomt en niet alleen op gedrag...
- PSY: Nee, het sociaal functioneren wordt eigenlijk onder de loep genomen, het cognitief functioneren en het emotioneel functioneren dat zijn eigenlijk de 3 kaders die besproken worden dat uit zich dan in verschillende schalen inderdaad. Het is gewoon... je ziet gewoon echt het verloop van dementie dat ik vaak merk van "die oudere gaat achteruit", en dan zie je dat vaker ook terugkomen in de GIP van "die is wat apathischer geworden..." Ik denk, hoe verder je op een gegeven moment in een dementie zakt minder je zaken kan uiten door desorientatie of geheugenstoornissen die nemen dan ook weer af terwijl je weet van "die zijn wel aanwezig", maar iemand kan zich niet meer uiten daarin.
- ZO: Dat vind ik wel moeilijk met het invullen want ik denk er soms weer anders over als iemand anders die het een half jaar geleden heeft ingevuld. Ik blijf dat heel moeilijk vinden om in te vullen. Daarvoor denk ik, als je het dan met familie doet, die zien het soms, denk ik, soms beter. Ik vul niet altijd voor iedereen zelf de GIP in, dus dat kan veranderen.
- PSY: Ik denk dat dat wel een discussiepunt is waar we naar moeten kijken "nou ja, goed, op welke manier kunnen we het voorloop misschien beter in kaart brengen?"
- SO: Ja, dat vraag ik mij altijd af van "is de GIP wel het juiste middel?" Ik ken hem al mijn hele carrière in het verpleeghuis maar het staat of valt wel met wie je hem invult en hoe die wordt geïnterpreteerd en ook welke vervolg eraan gegeven wordt. Dat je echt wel duidelijk zegt van welke fases van dementie.... Nou, daar zijn we ook een beetje van afgestapt, ja. In dat kader paste de GIP wel beter dan nu misschien. Dat blijft ook de vraag van "zijn er nog andere schalen als start en vervolg?"
- S: Ik denk, als ik persoonlijk daar een mening... en wat jullie ook aangaven bij de GIP, het blijft wat generaal en wat oppervlakkig. Als je bijvoorbeeld kijkt naar een

NPI, daar zit al meteen veel meer diepgang in waardoor je ook veel meer tot de kern komt van wat die persoon zo kenmerkt. Ik weet niet met welk instrument nu geoefend wordt op andere locaties.

PSY: Het zijn er meerdere inderdaad, er is een testbatterijtje van gemaakt. Ik ben aa het twijfelen of de NPI er niet inzit.

SO: NPI is wel qua afname wel weer een stuk ingewikkelder dan GIP.

S: Ja, maar hij is tijdrovender maar je komt tot een goed gesprek he want het vervolg zou zijn... ik heb met Martin Kat gesproken, die de NPI heeft vertaald en die zei ook "ik adviseer je eigenlijk die NPI-C", die niet alleen door de familie maar ook door de zorgverlener wordt ingevuld. Maar ja, toen gaf ZUYD aan "dit wordt veel te groot, je maakt het jezelf enorm moeilijk." Maar dat zou eigenlijk perfect... het feit dat een GIP wordt ingevuld door een familielid en een zorgverlener is in ieder geval al een stukje winst omdat ja, euhm, je toch vanuit een heel andere insteek 2 meningen krijgt over een stukje gedrag en het ook kan leiden tot een goed gesprek waar het toch ook vaak om te doen is.

SO: Maar hij neemt meer tijd in beslag, dus hij levert meer op en het is ook wel een wat ingewikkeldere vragenlijst die niet iedereen zomaar...

PSY: Precies, ik neem hem nu eigenlijk altijd samen met GIP die wordt ingevuld, zelfstandig door de zorg, maar ja, met NPI heb ik niet het gevoel dat ik dat zomaar kan doen. Vaak heeft iemand uitleg nodig bij een vraag, ja.

S: Ja, op zich... maar kijk, dat is natuurlijk vanuit mijn kader, is het wel een redelijk laagdrempelige, dat vond ik ook zo aantrekkelijk in de NPI. Ik vind de vragen heel erg laagdrempelig gesteld waardoor een mantelzorger, dus een leek niet thuis in de zorgtermen, al een voeling krijgt met "oké, dit willen ze heel graag weten." Dat was mijn idee van de NPI.

PSY: Ja, het is wat meer toegelicht, het is wat meer uitgebreider, ja. De subvragen zijn natuurlijk, ja...

SO: Misschien even terugkomen op jouw vraag wat de rol van de mantelzorger is? Ik vind, op het moment dat iemand... een persoon komt bij ons wonen maar het hele systeem gaat met ons mee draaien en wij moeten als zorgverleners niet de arrogantie hebben dat wij het beter weten maar dat we met hen kijken hoe we het beter kunnen maken. Dus, wij hebben de mantelzorgers, indien zij er nog toe in staat zijn, nodig om het snel in kaart te brengen en hun te respecteren in wat zij al die jaren hebben gedaan. Dat is vaak niet een maandje werk geweest, het is vaak 10 jaar begeleiden, ja. Dat is gewoon arrogant als we dat diskwalificeren.

GVP: Maar... dan komt er nog iets bij, dat is ook het respecteren in de mening dat ze met ons niet eens zijn over bepaalde behandelingen of wat dan ook... want ik denk dat daar ook nog een cultuuromslag moet komen. Tegenwoordig hoor ik vaak "de familie heeft het voor het zeggen." Wij moeten maar met de familie... terwijl ik denk van "wacht eens eventjes..." De familie heeft gewoon natuurlijk een belangrijke rol, ze komen hoe dan ook op voor hun familielid.

SO: Ja, en ze erkennen in hun positie en erkennen in hun kennis en kunnen.

S: Maar alleen... ik schrik soms want... daarmee veredel ik niet de positie van een case manager maar ik zie wel duidelijk een verschil tussen mensen die wel case

management genoten hebben in het beloop van de ziekte op het gebied van een stukje kennis en een stukje handvaten “omgaan met”, dan wat hier nog in Maastricht veel voorkomt euhm en Heuvelland... mantelzorgers die binnenkomen die dat niet hebben genoten, die hebben vaak ook gewoon heel weinig kennis over het ziekte beeld op zich. Dus, die hebben dan wel heel veel kennis over het er nu uitziet, of iemand nachtelijke onrusten heeft of agitatie, apathie... Dus, ik denk dat kennis tekort ook bepalend is hoe een mantelzorger participeert en welke mening die heeft over welke behandeling.

SO: Maar dat is wat ik bedoel van... dat wij dan onze expertise moeten gebruiken om de andere mee te nemen en hoe wij naar de zaken kijken. Dus, het is een extra lid van ons behandelteam en als je die diskwalificeert dan mis je gewoon een heel groot aandeel.

S: En welke rol... als je nu even heel breed kijkt, welke rol hebben mantelzorgers nu binnen de huidige cultuur? Als jullie als behandelaar kijken, hoeveel contact hebben jullie echt met mantelzorgers?

PSY: Ik denk dat als er onbegrepen gedrag is, dat ik wel eigenlijk altijd contact heb met de familie en ook in de situaties dat er op cognitief gebied nog een aantal testmomenten plaatsvinden...neem ik altijd samen de heteroanamnese af omdat dat zón waardevolle informatie is . Zij herkennen zaken, zij weten misschien of er al eerder iets is gedaan en of het wel of niet geholpen heeft. Ik vind toch de inbreng van familie, ook nu, altijd heel erg waardevol.

S: Oké.

GVP: Voor mezelf heb ik weinig contact. Normaal gesproken kom ik contact met medewerkers. Als ik kijk naar de SO van Grubbeveld dan, hoe heet het... die heeft heel intensief contact met... niet alleen binnen de setting maar ook andere locaties waar die bij betrokken is of in de eerstelijns waar die bij betrokken is, dan is er met de mantelzorger een heel intensief contact, moet ik zeggen.

S: Oké. En ook met het doel op informatie halen en brengen?

GVP: Ja, maar ook, hoe heet het... niet alleen de informatie maar ook, zeg maar, het proces waarin iemand is, het begeleiden eigenlijk vanuit, zeg maar, hij als SO. En ja, zowel in de thuissituatie als binnen een opname als ik dat zie, dan denk ik bij mezelf van “goh, dat is best wel veel wat die heeft te doen.” Dus, complexe problematiek is niet alleen maar bij de medewerkers maar de arts kan die de medewerker ondersteunen door ook contact op te nemen met die familie en uit te leggen en... snap je?

S: Ja, dat neemt wat spanning eventueel weg...

GVP: Eigenlijk gaat dat continu samen, continu die verbinding zoeken met familie, met medewerkers, met de afdeling psycholoog heeft ook intensief contact , met... zeg maar familie waar onbegrip speelt...

S: En hoe kan dat dat het juist binnen die locatie, wat eigenlijk ook gespecialiseerd is in mensen met onbegrepen gedrag zo intensief is en op andere locaties wellicht iets minder?

GVP: Oh, dat weet ik niet of dat minder is, dat weet ik niet. Daar durf ik geen uitspraak over te doen.

- SO: Nou ja, als ik naar mezelf kijk, ik probeer altijd bij de opname de familie te spreken en daar al informatie uit te halen sowieso in het MDO. Ik ben op zich altijd laagdrempelig om in contact te gaan met de familie rondom beslissingsmomenten, dan ben ik sneller geneigd om zelf te bellen of te spreken, net wat nodig is. Ik ben niet van... dat ik alles naar mij toe trek. Ik denk dat MDO ook een moment is om alles samen te voegen, wat er aan informatie is weten te vragen maar ook het AB, de fysio, zeg maar, iedereen met elkaar. Als je op 1 persoon zegt van "daar moet al de informatie bij elkaar komen", dat lukt niet, dat lukt technisch ook niet euhm. Ik denk dat er altijd individuele verschillen zijn per professional, ook tussen de artsen. De één is gemakkelijker en vindt het niet erg om de familie te spreken en een andere die zegt van "dit gaat naar de verpleging", ja, daar kan ik niet over oordelen. Ik kan alleen naar mezelf kijken en zeggen van "ik vind dat belangrijk wat ze te zeggen hebben", en dat ze mee genomen worden in de besluitvorming.
- ZO: En zeker in het eerste MDO of er nog veel behoefte is om de familie met de psycholoog te laten spreken of zo. Dat merken we toch de laatste tijd, dat mensen vaak echt moeite hebben met opname.
- PSY: Maar het is ook een hele drukke periode. Die eerste 6 weken na opname zijn dan meestal geweest en dat is ook voor de familie een hele drukke periode van "hebben we er nu goed aan gedaan?" Dan is dat het moment om even terug te kijken.... "waar is er behoefte aan Hoe wordt het ook ervaren door de familie?"
- S: Als zorgprofessional of als behandelaren of als ZOCO ervaren jullie zelf persoonlijk een toename van gedrag binnen zowel thuissituaties als binnen de verpleeghuissettingen op dit moment?
- SO, PSY
GVP,ZO: ja.
- S: En waar wijten jullie dat aan?
- PSY: Ik vind het heel lastig omdat ik natuurlijk zelf niet thuis kom, dus ja... dat vind ik lastig om over te oordelen.
- GVP: Als ik kijk naar het verleden, dan praat ik over 30 jaar geleden.... dan kwamen die mensen, die waren dement. Die kwamen dan op een afdeling en er was nog geen scheiding echt tussen psychiatrie en.... En als je dat steeds weer ziet, ja, dan was het eigenlijk van... waar had je het over? Over begeleiding, ondersteuning en over verpleegbehoefte mensen en dan ging het over zorg.
- ZO: Gedrag of zo?
- GVP: Dus, als ik kijk dan naar de ontwikkeling dat dat toch wel speelt maar toen hadden we het nog niet echt over een persoonlijke scan. Maar de gedragingen waren ook anders, merk ik hoor. We hadden waarschijnlijk de mensen al in een eerder stadium, al in een veel lichter stadium. Vanuit een verzorgingstehuis kwamen ze of vanuit hun situatie kwamen ze al binnen, Vijverdal binnen, hoe heet het... je groeit eigenlijk mee en op het moment dat ze verpleegbehoefte waren dan gingen ze eigenlijk naar een andere afdeling. Op die manier werd er toen naar gekeken. Nu is het steeds meer, mensen langer thuisblijven eigenlijk. Dus, je krijgt gewoon, zeg maar, meer de, ja, toch wel de zwaardere complexe problematiek, die kom je tegen, als het echt niet meer gaat... want mensen... dat merk ik ook wel, ik ben ook betrokken bij de dagbehandeling van Grubbeveld dan merk ik gewoon...

mensen wachten eigenlijk binnen. Ze willen het zelf niet, even los van het feit of dat nou van ergens anders komt, maar ze willen het gewoon weg niet want hun vader of moeder of partner wordt opgenomen... liefst zolang mogelijk thuis.

SO: Ja, ik kan vanaf 15 jaar geleden terug. Maar als ik kijk toen, inderdaad, we hadden ze in een eerdere fase binnen, ik bedoel, dat was echt de bedreigde ik... een kwart van de afdeling euhm. Ik denk dat ook de maatschappij is veranderd. Ook andere begrippen rond verpleeghuizen, ook andere zorg. Als ik kijk nu naar de families, hoewel het altijd al moeilijk was, maar nu zie ik toch ook een bepaalde stress bij de kinderen van dat ze zich schuldig voelen en nou ja, wat er allemaal op hen afkomt. Ik denk daarnaast dat de begeleiding en de eerstelijns anders is, euhm, ook al was het anders georganiseerd maar dat het toch een andere soort begeleiding in de thuissituatie mogelijk was. En... GGZ is veranderd, dus alle ouders die voorheen naar Vijverdal gingen, die komen daar niet meer, dus die komen bij ons. Dus, die zitten ook mee in die persoonlijkheidsproblematiek die we heel af en toe kregen omdat die niet gediagnosticeerd was.

S: Sinds wanneer merk je die beweging vanuit dat GGZ?

SO: Toch al 6 jaar zoiets.

GVP: Toch al wel een tijd.

SO: Het is al wel langer gaande maar ja, in mijn eerste afdelingen... ik geloof dat ik niet heel veel persoonlijkheidsproblematieken had en ook een aantal mensen qua zorg. Ook wel meerdere cliënten op 1 kamer en meer verpleging en meer AB Wel veel klinischer maar in sommige stukken was er qua begeleiding meer ruimte en misschien nog een ander stuk is de turnover, dat was ook minder hoog want ik kreeg ze in een eerdere fase. Ik had sommige mensen echt 5 jaar op mijn afdeling, die tot het laatste... er was ook een andere medische besluitvorming, maar ik had ook 50 procent in de allerlaatste fase, die alleen in bed lagen en pudding kregen en niks... dus dat gaf ook een bepaalde rust op een afdeling. Maar daar kun je vanaans van vinden maar dat betekende dat er een andere bezettingsgraad was van een afdeling dan wat nu... als je nu 50 mensen op een afdeling hebt, de meesten kunnen nog allemaal iets van lopen, zeggen of doen.

S: Ja, de gemiddelde ligduur is van 3 jaar naar 9 maanden gegaan, dat zegt natuurlijk ook wel wat over het verloop.

SO: Er was natuurlijk wel een andere dynamiek als mensen heel lang samenwonen, dan stelt zich dat op een bepaalde manier.

S: Ja. Het CIZ gaf aan in de cijfers van vorig jaar dat er wel een toename was van de aanvraag van ZZP5 maar een afname van de ZZP7. Dus, de literatuur zegt eigenlijk "nee, er is helemaal geen toename van onbegrepen gevallen."

SO: heeft het CIZ ook gezegd dat ze steeds minder ZZP7 toekennen?

GVP: Dat wou ik net zeggen, ja.

SO: Hebben zij de grootste vinger in de pap gehad want alle ZZP's die ik vorig jaar heb aangevraagd naar 7 zijn allemaal afgewezen. CIZ neem ik niet serieus.

S: Draagt die toename van die gedragskenmerken bij aan jullie persoonlijke werkdruk?

- GVP: Als ik kijk naar mezelf, hoe heet het... wel, ja. Maar dat komt ook, denk ik, omdat het steeds meer bekend wordt dat ik er ben... dat als gedragsverpleegkundigen er zijn euhm... Het jammere is wel, vind ik altijd dat je pas wordt ingeschakeld als bij wijze van spreken iedereen in fase 2 of fase 3 zijn en moeten we als God komen bij wijze van spreken "die weet de oplossing", zou ik veel meer willen insteken in die fase o. Ze mogen van mij wel in 2 of 3 zitten maar dan liefst eigenlijk al, zeg maar... dat ze in 0 zitten, dat zou mooi zijn.
- S: Gedragsverpleegkundige is iets wat nu heel erg upcoming is maar jij doet dat al heel lang.
- GVP: Ja, maar toen was het nog niet officieel. Ik doe het inderdaad al heel lang. Toen was het informeel en dat hebben ze op een gegeven moment formeel gemaakt, ja.
- ZO: Ik merk ook op de afdeling bij medewerkers dat ze er soms helemaal niet mee om kunnen gaan en dat is vermoedelijk de druk op de afdeling...
- S: Voor jou als SO
- SO: Nou ja, de vraag om medicatie is natuurlijk... die blijft en wat ik ook merk is dat wat Harry ook zegt... vaak is het al... die tolerantie op zich naar mensen, die is altijd heel groot vanuit verpleging. Vaak wordt het de noemer van "het hoort bij het ziektebeeld." Dat ik ook al in een latere fase wordt bij gevraagd, dat mensen eigenlijk met blauwe plekken rondlopen en als ik vraag van "hoe kom je daaraan?" "Oh, in een douchebeurt..." Pardon! Vinden jullie dit "passen bij?" Maar als het dan ook klaar is, ja, dan is het ook klaar, weet je. Dan heb ik ook geen ruimte meer. Dan is er nog gewoon de enige vraag de medicatie. En dan wil je als team optrekken om het team te begeleiden en ja, dan lopen wij eigenlijk al achter de feiten aan omdat je... ja... ik zit tot in begeleidingsdingen want ik heb het pas net gehoord. Ik weet ook wat de effecten zijn van medicatie. Ik kan natuurlijk ook de stress begrijpen vanuit het team, dat is voor hun echt wel een ingewikkelde situatie.
- PSY: En vooral bij gedrag als je er iets aan gaat veranderen dan is het eigenlijk, ja, logisch dat het eerst verergerd wordt en verminderd. Als je bepaalde nieuwe plannen in gaat zetten, dan is dat opnieuw wennen voor iemand die bepaald gedrag heeft aangeleerd. Die zal er alles aandoen om hetzelfde te behouden dus daarom zullen we het eerst verergeren. Dan is het vaak ook dat er geen ruimte meer voor is... "oh nee, het wordt erger, er moet nu iets aan veranderen." Dat is dan vaak wat niet zo vlug gaat en ook niet vlug haalbaar is.
- S: Maar dat blijft in de beleving een beetje toch een kloof he want de zorg die wilt dat toverstokje van "los het hier maar eens even op", maar dan komen er richtlijnen hoe er mee om te gaan maar ja, die tolerantie ontbreekt eigenlijk al weer om dan nog te veranderen. Dus, dan blijft er dus gedrag bestaan en een frustratie groeien
- GVP: Tenzij je het bespreekbaar maakt. Als je het bespreekbaar maakt, zoals ik met mijn medewerkers van "wacht even, dat snap ik..." , wij als verpleging doen aan normverschuiving, dat is continu aan de gang. Dat hebben we al jaren gedaan. We kunnen beter gaan kijken van "nou, hoe kunnen we daar mee omgaan?" Dan, op een gegeven moment, als je dat regelmatig bespreekt, dan begint er een klik te komen "ja, we accepteren het wel vanuit de dementie maar wacht eens even, nee, hoe kunnen we met dat gedrag omgaan?" Wat hebben we gedaan?
- S: En in jouw beleving, vindt dat gesprek nu genoeg plaats?

- SP4: Euhm, nee, want de verpleging is hardnekkig in de zin van Daar kan de persoon toch niet aan doen, dat is toch normaal? ” We nemen het niet kwalijk maar het gaat erom “hoe kan ik veilig werken? Zodat het prettig wordt voor jou en wat is de functie van dat gedrag dat je laat zien? Dat is niet prettig voor jou, dat is voor mijnheer niet prettig en dat is misschien voor mevrouw ook niet prettig, maar hoe kunnen we het samen prettig maken?” Dan begint dat eens zo van “he...”
- SO: Het zijn heel subtiele verschuivingen die je dan hoort, weet je wel, dat er dan opeens een vlaag op de gang “die ga ik echt niet meer verzorgen deze week?” “Oh, er was überhaupt een zorgprobleem?”, weet je wel. Dat je dan ook heel vaak echt niet weet wat er aan de hand is of dat er in dat team al oplossingen... maar “gooi het wel in de bespreking van “we hebben dit geprobeerd, we doen nog dit maar kan je vast meedenken.” En of het nou een van ons drieën is, dat maakt niet uit.... Ik vraag ook heel vaak van “hoeveel credits er nog?” Mijn toverstokje is ook maar beperkt en zeker mijn medicatie, die gaat ook niet werken en dat heeft weken nodig om in te werken en de bijwerkingen zijn veel groter en dan zitten we met valincidenten plus het feit dat alles wat in acute situaties denken te geven dat is allemaal een inwerktijd van één uur tot twee uur. Dan zit je nog met wat durf je wel of niet te geven. Zo nodig medicatie is onzinnig want je loopt altijd achter de feiten...
- S: Dus, het goede gesprek in de tijd dat er nog tolerantie en credit zijn, dat gaat eigenlijk waarschijnlijk veel opleveren.
- SO: Ja. Eerder signaleren maar inderdaad enorm verschuiving. Weet je, als je 3 mensen hebt die krabben dan is dat al meteen de norm in de ochtendzorg.
- GVP: Ja, die cultuur binnen mijn team, zeg maar. Eéntje kan bij wijze van spreken... “ik doe het wel even alleen”, terwijl ik dan denk van “wacht eens even, we zouden dat niet met zijn tweeën doen?”
- SO: Heel veel dingen zijn uit goede bedoelingen. Maar ja, dat ze zichzelf tekort doen door heel veel te accepteren...
- S: Ik geef jullie nu 2 uitgewerkte NPI's. Sanne A., Wijkverpleegkundige heeft met haar collega in een thuissituatie bij 2 cliënten een afname gedaan van een NPI en die hebben we dan inderdaad vertaald naar deze uitslag. Dit is geen bestaand format om de uitslag van NPI maar dat heb ik zelf met iemand opgesteld. Euhm, mocht je... alvorens de opname, voor dat mijnheer WEU of mijnheer NE binnenkomt, mocht jij de ernst van de gedragskenmerken op deze wijze in kaart gebracht zijn... wat is dan, punt 1, het grootste verschil met de huidige intake informatie op gebied van gedrag?
- PSY: Ja, dat je ook de ernst... je weet niet in welke mate het speelt. Je ziet hier bijvoorbeeld bij mijnheer WEU dat angst en depressie wel spelen maar nog niet als problematisch worden gezien terwijl het iets is wat je in je achterhoofd kan houden of gewoon tijdig kan op inspelen. Ik denk nu dat naar de rode vlakken de aandacht naar uitgaat maar er ook andere problematiek aan het opbouwen is.
- S: Ja, want de totaalscore op ieder vlak is 12. De frequentie is dan 3, dat kan tot 4 gaan en de ernst gaat tot 3. Dus, op die manier brengt je dus per aandachtsgebied gedragskenmerken in kaart.
- GVP: Wat zei je nou? De mindere ernst is dan 3?

- S: Nee, je kan dus in frequentie 1,2,3,4 en de ernst gaat van licht, matig tot ernstig. Nou, een NPI doe je frequentie keer ernst en dan krijg je een score. Dus, op ieder aandachtsgebied wanen hallucinaties blabla, dan kan je maximum 12 punten scoren.
- ZO: Doelloos repetitief gedrag bijvoorbeeld
- S: Daar zit mijnheer Weu het hoogst en daarna nachtelijke onrust en apathie. Ja, als jullie dit zouden krijgen als behandelaar of als gedragsverpleegkundige in handen, is dit een instrument of is dit informatie waar jullie al iets mee kunnen, iets wat jullie inzicht biedt?
- PSY: Ja, als ik alleen dit natuurlijk onder ogen krijg dan komen er heel veel vragen op, nachtelijke onrust/gestoord slaappatroon...wat was het oorspronkelijke slaappatroon
- GVP: Dit zegt mij niks, eerlijk gezegd.
- PSY: Er komen heel veel vragen naar voren en misschien ook een beeld van "er zijn problemen", maar ja wat is het probleem precies?
- S: Ja.
- PSY: Ja, natuurlijk deze vragenlijst op zich... maar ja, je wilt ook iets weten over het gezonde functioneren.
- S: Maar even voor de duidelijkheid, het is ook niet de bedoeling dat dit de volledige intake procedure vervangt maar dit is eigenlijk de signalering op het onbegrepen gedrag. Dat wil ik even verduidelijken want het vervangt niet de hetero anamnese.
- SO: Nou, wat het bij mij wel inzichtelijk maakt... als we naar mijnheer Weu ... kijken, dan zal de insteek zijn meer van "hoe gaan we dat nachtpatroon... dat zal een aandachtspunt zijn en hoe gaan we dat reguleren?" Dat doelloos repetitief gedrag, dat is ernstig en komt vaak voor maar ik zou wel willen wat het is, of het mompelen is of... dat is wat anders dat dat die met allemaal dingen loopt te slepen. Het feit dat er geen ontremd gedrag is, nou dat geeft me dan wel even rust. Euhm, die apathie en onverschilligheid dat zou dan ook meteen een aandachtspunt zijn van "hé, wat betekent dat?" Ook in de activiteitenbegeleiding en zulks soort een dingen. Daarbij de angst en depressie dat je zegt van "hé, wat heeft met wat te maken?"
- PSY: Voor de dementie...
- SO: Ja, precies of is er iets anders en heeft dan weer effect op de onrust...
- ZO: De zaken in verband met elkaar...
- SO: Ja, weet je, het zegt mij iets over wat focuspunten kunnen zijn in de observatie in de eerste weken. En als er dan nieuw gedrag wordt gezien in de afdeling, nou ja, dat heeft dan met de nieuwe situatie te maken.... Dus, het zegt iets over de acute toestand op de dag van afname en het zou mij focuspunten geven.
- S: Want, Harry begrijp ik goed, stel, je zou dit krijgen met daaraan een uitgebreidere rapportage van het gesprek om tot dit te komen...

- GVP: Wat is de basis van deze score, laat ik het zo zeggen, dan zou ik daar wel iets mee kunnen doen, snap je? Dus, alleen het fijne.... Je zou bijna kunnen zeggen "het zou fijn zijn als je zoiets zou hebben waarbij je dan op een gegeven moment complexiteit uit zou kunnen halen?", zodat dit dan bijvoorbeeld... maar dan ben ik misschien al veel verder dan jouw onderzoek...
- SO: Dat is niet erg, dan neem ik dat mee in de aanbeveling
- GVP: Misschien dat je dan ook zou kunnen voor de complexiteit op dat moment. Niet dat dat allemaal bepalend is maar al een basis is om ergens in een richting te denken, snap je?
- S: Maar even voor mijn beeldvorming. Als je naar mijnheer Weu kijken, op dat doelloos repetitief gedrag, als daar een schrijven bij zou zijn waarin staat dat "echtgenote geeft aan, mijnheer loopt vaak doelloos rond in huis en rommelt met spullen, haalt kasten en lades leeg." Want dat is ook waar ze op scoren "hij kan niet blijven stilzitten, schuift vaak met meubels", zeg je van "dat in combinatie met een score sheet... dan heb ik daar meer aan?
- GVP: Dan heb ik daar meer aan.
- PSY: En nog meer als... "is het op een bepaald moment gestart? Is het toegenomen in ernst na verloop van tijd?"
- GVP: Ja maar daar kan je inspelen op een afdeling he "jongens, maak je niet druk, als hij dat doet, prima maar zorg ervoor dat het veilig blijft", snap je?
- S: Ja.
- SO: Het is inderdaad... je maakt een momentopname en dit is dan de eerste keer afnemen, dus je hebt ook geen vervolg in tijd, tenzij er iemand op de afdeling zegt ik herhaal hem. Als dit vanuit de thuissituatie is, dan zijn er nog veel vragen rondom die we niet weten "in welke fase zit hij? Is het meer van de dementie, heeft hij medicatie..hij kan flink apatisch worden als hij flink medicamenten krijgt.
- S: Het is wel informatie die binnen de NPI wordt.... zijn medicatie wordt opgeschreven, de duur van de ziekte, de diagnose, eigenlijk ook een MMSE maar dat hebben we voor dit onderzoek achterwege gelaten. Dus, het complete plaatje zou inderdaad...
- SO: Ja, maar dat betekent dus dat de hele NPI gezien moet worden hoewel dit overzichtelijk is om even focuspunten te hebben, is dit niet waarop we kunnen varen binnen een intake alleen. Dat betekent dat we de hele lijst nodig hebben om voor ons behandelaar, ...
- S: Want, in de enquête naar de medewerkers is ook de vraag gesteld van "als jij dit nu krijgt te zien van een nieuwe opname", even uit het hoofd, maar een 94 % scoort van "ja, dit geeft ons meer handvaten ten aanzien van de bewoner die gaat komen." Dat is dan de open vraag. Ligt dat dan aan de taakstelling die je hebt of kan dat liggen... want jullie zeiden heel duidelijk van "wij kunnen hier niets mee", is dat dan vanuit de taakstelling?
- GVP: Dat is wat jij ook aanvult naar mij toe. Dat is eigenlijk hetzelfde van wat jij zegt, zo van "dit alleen niet, maar gewoon als meer informatie krijgen hierover zeker", denk ik.

- PSY: Dan denk ik ook vanuit verzorgend personeel, dat zij de NPI krijgen om in te zien en dan weet ik ook niet of dat inderdaad voor hun misschien bedoeld is want ik denk dat er bij hen ook heel veel vragen zullen ontstaan en of dat ook niet voor onrust op de afdeling kan zorgen, van "oh, dat is repetitief gedrag, we krijgen er weer zo één", terwijl wij misschien al interventies kunnen opzetten of erover kunnen nadenken en meteen iemand gerust stellen van "we gaan hem zo en zo aanpakken."
- S: Ja, ik vertaal het eigenlijk maar het is even nu tussen haakjes.... ik vertaal het feit dat ze dit aanpakken als iets van handvaten, als een behoefte van de zorg om gewoon meer informatie....
- SO: Want zij geven aan: Dit geeft een beter beeld van wie er komt. Nou, weet je, zeker zoals je het hebt uitgewerkt is het op zich... geeft het een inzicht die je vanuit een woordkeuze in het opnameverslag minder goed kan halen.
- S: Ja, dat zal het zijn.
- SO: Ik kan mij voorstellen dat dit wel handvatten heeft voor de verzorging om een eerste indruk te maken.
- ZO: Je kunt ook beter aangeven waar je tegenaan loopt, zo kun je dan ook zeggen "dit komt eruit en dat zien we ook"
- SO: Als dat een basis is en dit doen we voor iedere MDO, misschien euhm zou het een vervolg kunnen zijn Als je zegt voor opname, dan denk ik ook wel dat het helpt dat de verpleging weet waarvoor het staat. Als indirect dus eigenlijk de vraag is de verzorging wil meer info hebben over degene die komt, hoe dan ook, of het dan dit is, maar ligt er een vraag bij het opnamebureau op een andere anamnese te doen want kennelijk, buiten het feit van ons, heeft de verpleging dus ook niet voldoende info op degene die binnenkomt. Dat vind ik eigenlijk nog belangrijker dan als ik naar mijn eigen persoon kijk die in en uit kan vliegen want jullie moeten binnen 24 u weten wie je voor je neus hebt zitten en hoe je je eigen veiligheid en de veiligheid van de medebewoners moet inschatten en ondertussen ook nog de nieuwe bewoner zijn kwaliteit van leven wil bieden.
- S: Maar zou ik dan kunnen stellen dat euhm het voor jullie als behandelaars weinig handvaten biedt of... nee, hoe moet ik het zeggen... het geeft jullie te weinig diepgang en informatie over de persoon waar we mee te maken hebben omdat jullie vanuit behandelaar ook geacht worden om interventies in te zetten en dat kun je niet op basis van deze informatie maar dat het wel goed kan dat het verzorgende personeel zegt van "wij vinden het wel fijn want wij zien "er komt iemand met agitatie", of "nachtelijke onrust", daar kunnen we iets mee." Want dat is wel een opvallend verschil in de enquête.
- SO: Nou ja, misschien dat we er niks mee kunnen maar we hebben nog informatie er omheen nodig, dus als er een samenvatting zou zijn van de woordkeuze bij wijze van spreken dan kan je er al meer mee. Want, ernstig en vaak...ja, ernstig betekent voor mij altijd al "het is gevaarlijk", terwijl iemand de hele dag rondloopt met zijn eigen koffertje, dan is het ernstige gedrag dat voorkomt en niet ophoudt maar hij doet niemand kwaad.
- PSY: Misschien zou je dat dan inderdaad kunnen toevoegen aan een NPI van "belemmert het iemand?" Belemmert het iemand zoals je het in de ABC ook wel

eens ziet? dan wordt het onbegrepen gedrag gecategoriseerd en komt er ook bij te staan “belemmert het de persoon zelf, het verzorgend personeel, de medebewoners? Hoeveel last hebben die ervan?” Ik denk... dat is misschien ook een onderverdeling die wel waardevol kan zijn want inderdaad, als iemand langs loopt de hele dag en die lijkt er zelf geen last van te hebben, dan hebben we daar minder moeite mee dan wanneer iemand continue andere mensen aanklampt.

GVP: Maar is het niet zo dat de verzorging op deze wijze, Ik zou mij kunnen voorstellen dat ze misschien op deze wijze kijken van “hoeveel last ervaar ik?” Kijk, als ik hier zie dat het 12 is “oh God, het is wel ernstig.”

PSY: Dat is een interpretatie...

GVP: Ja goed, maar ik heb het over de verzorging. De verzorging heeft een enquête en vult in en dan kan ik mij voorstellen dat je bij 12 denkt van “oh, dat is wel zwaar.”

PSY: Maar misschien niet.

GVP: Nee, maar zij kijken vanuit de zorg en ik kan mij dat heel goed voorstellen want dat is de werkbelasting die zij dan invullen. Dat vullen wij niet in, wij vullen andere dingen in. Daar ligt misschien de kloof die dus wel waarschijnlijk te overbruggen is, maar dan moet je samen met elkaar....

SO: Ja, want als we kijken bij die andere cliënt, daar staat dan ontremd gedrag, dat geeft natuurlijk al direct rode vlaggen en dan is dan de definitie van ontremd gedrag maar een 3 kan misschien dan niet ernstig lijken maar die kan wel...

S: De werkdruk enorm beïnvloeden

SO: Ja, weet je, hier staat ontremd gedrag en dat komt soms voor maar is het wel meteen ernstig... maar betekent dat Forse knijppartijen of weet ik veel wat?

SO: Ja. Ik bedoel, het goede is dat er een rode vlag is en dat je zegt van “nou, dat wil ik van tevoren even weten want dan kan ik het team inlichten.”

S: Kijk, ik zie... als ik kijk naar wat ingevuld is, dan is die mijnheer ontremd in het doen van impulsieve uitspraken, waar de echtgenote heel veel last van heeft. Dus, dat chargeerd natuurlijk al die drie op zich maar dat geeft wel ook aan dat je dus wel goed weet dat je met iemand te maken krijgt met verbale ontremmingen en die gewoon zegt wat die denkt.

SO: Ja, maar daarom zou ik wel dus die tekst moeten weten want daarmee kan je een bepaalde voorbereiding treffen, terwijl als die ontremd zou zijn, dat hij iemand vol in de borsten grijpt, dan hebben we iets anders. Het hoeft maar 1 keer voor te komen maar dan is de schade veel groter.

S: Vanuit jullie perspectief zeggen jullie van “op zich zouden wij een NPI”, dat is natuurlijk allemaal hypothetisch he, “zouden wij met de uitkomst van NPI iets komen, het overzicht is fijn want het geeft een overzicht en focuspunten maar we hebben wel echt die achtergrondinformatie nodig hoe die NPI tot stand is gekomen en dan hebben wij wel informatie waar wij op het gebied van gedrag iets mee kunnen.” Is dat correct?

- SO: Ik denk dat je wel een bepaalde... wat ik al zei, een bepaalde voorbespreking zou kunnen doen om het team alvast te begeleiden in de opname naar deze persoon toe. Dat je best wel een soort voorlopig behandelplan al kan opstellen op gronden van de anamnese die in de thuissituatie wordt gedaan wat we nu per acuut op de opnamedag zelf doen. Als je dit al vanuit een thuissituatie zou kunnen hebben dan kan je heel veel dingen inzetten.
- PSY: Maar dan is het ook... wanneer raakt iemand betrokken erbij? Dat zou ook betekenen dat het fijn zou zijn.... Bijvoorbeeld dat ik al voordat iemand opgenomen zou worden ik al betrokken zou zijn. Nu is dat vaak, ja, na de gewenningsperiode, na ongeveer 2 weken pas dat we bij de nieuwe bewoner langs gaan. Dus, dan zou dat het hele proces kunnen...
- SO: Dat zou dat kunnen versnellen of dat er alvast, als jullie al kenmerken weten, dat jullie als duo...(wijst naar GVP)
- GVP: Ja, daar zit ik ook aan te denken... "goh, we hebben informatie, we weten wie het is, we hebben de gedragingen in kaart gebracht", maar ik denk wat heel belangrijk is, is daarin meerwaarden in meenemen en telkens weer die gedragingen uitleggen wat de functie daarvan is maar ook gewoon het meer relateren aan die dementie. Als je dat continu zou kunnen doen in dat proces dan wordt dat op een gegeven moment... dan blijft dat misschien beklijven in plaats van ergens een bijscholing te houden, snap je?
- S: Ik snap het, om continu het gedrag te verklaren vanuit de dementie, vanuit de ziekte dementie en niet vanuit de persoon of...
- SP2: Maar dat is ook meteen een valkuil dat we vaak zeggen ook dat valt onder de noemer van het ziekteproces en dat daarmee de verpleging zichzelf ook dingen aandoet wat, nou ja.... terwijl je zou kunnen leren van "dit is gedrag waar echt wel een grens ligt", Het is ook ter bescherming van het personeel dat daar niet de overbelasting zit en ik denk van... weet je, als iemand binnenkomt met een speciale... met sondevoeding, weet je wel, dan zorgen we al dat meteen de diëtiste erbij is en de logopediste erbij is... als iemand met een speciale wondbehandeling, dan wordt er een scholing gedaan, ja, waarom zouden we niet al het gedrag nog een stapje duidelijker in kaart brengen zodat je daar ook al preventief... Nu krijgen we dan te horen van "er moet een poseybed komen, of weet ik niet wat , en dat krijgen we dan net geregeld.
- S: Want, de stelling op dit moment, reageren we met name reactief op gedrag in plaats van proactief, is dat correct of niet?
- SO,GVP
PSY,ZO: Ja.
- S: En dan misschien wel de laatste vraag. Is er volgens jullie een meerwaarde en dan hebben we het nu over NPI, maar voor het toepassen van een meetinstrument om gedrag in kaart te brengen alvorens opname, vanuit jullie als behandelaren en Zoco?
- PSY: Ik denk niet als een op zichzelf bestaand iets, nee. Maar inderdaad in combinatie met, kan dat natuurlijk wel...
- GVP: Ja, ik heb mijn meetinstrument en dan ga je iets meten terwijl ik dan denk van "er is een bepaald resultaat." Ik heb dan altijd zoiets van "je zou een meetinstrument

kunnen gebruiken als inventarisatie”, ja, dan zou ik zeggen van “ja, oké”, maar niet alleen maar als meetinstrument. weet je wat ik bedoel?

S: Ja, snap ik. Een hulpmiddel voor een goed gesprek.

GVP: Precies, Dus, waarbij je, zeg maar, inventariseert en eigenlijk veel meer inventariseert dan misschien nu wel gedaan wordt.

SO: Een verdiepende slag moet het maken om de mens beter in kaart te brengen die we binnen gaan krijgen.

PSY: Precies.

SO: Waarbij een bijkomstig voordeel kan zijn dat we al preventief euhm, een beetje beter gespreid kunnen klaarleggen voor degene die gaat komen.... dat we als team mentaal voorbereid zijn, euhm. Maar inderdaad, het moet niet zo van “we gaan hem even een testbatterij aandoen, maar in gesprek daarmee”, maar dan zou je dus het opnameteam moeten coachen...

ZO: Dat is nu vaak een opnameverslag en dan wordt er wel eens onbegrepen gedrag beschreven en als iemand dat dan leest “oh, we krijgen er weer eentje”, en dan ben je dat ook een beetje voor, dan kun je daar ook al een beetje meer op inspelen.

SO: Ja, dus ik denk dat het op zich wel fijn is als dat onbegrepen gedrag wat meer handen en voeten krijgt maar inderdaad niet om dat te weten maar meer omdat we daarmee een extra gesprek hebben en dat de mantelzorger zich ook wat meer gehoord voelt. Maar ik denk, ja, dat zou mogelijk wel een kwaliteitsslag kunnen zijn, ter bescherming ook van het team, dat vind ik belangrijk. Dat die niet meteen overvraagd worden met de mensen die dan binnenkomen... ja. Oké.

Bijlage 9 Coderen methode

Topiclijst

16. Wat is uw rol in de omgang met de persoon met dementie ; voor, tijdens en na opname?
17. Bent u bekend met de term : Neuropsychiatrische kenmerken bij dementie?
18. Wat is volgens u het belang van een anamnese?
19. Welke anamneses worden afgenomen bij thuiszorg(wijkverpleegkundige), zorgorganisatie(clientadviseurs) op afdelingsniveau(Zoco,EVV)?
20. Binnen de huidige anamneses van thuiszorg, zorgorganisatie en op afdelingsniveau welke plek hebben de neuropsychiatrische kenmerken ?
21. Vind er namens u voldoende verdieping plaats ten aanzien van de neuropsychiatrische kenmerken alvorens, en net na opname?
22. Middels welk instrument of methode worden momenteel de NPK in kaart gebracht, op welk moment en door wie?
23. Ervaart u als zorgprofessional een toename van NPK binnen zowel de thuissituatie als verpleegafdeling?
24. Waar wijt u dat aan?

25. Binnen de literatuur wordt geen bewijs gevonden voor toename van NPK, er wordt zelf geïmpliceerd dat er een afname zou zijn. Waar wijt u dat aan?
26. Draagt een toename van NPK bij aan de werkdruk, en dan specifiek uw eigen werkdruk?
27. Stelling: De mantelzorger is ervaringsdeskundige en is essentieel in de anamnese fase. (Discussie)
28. Welke rol/plek heeft de mantelzorger tijdens en na opname?
29. Wat is volgens u het belang van interprofessionele samenwerking rondom de bewoner?

(overhandig de uitkomst van de NPI's)

5. Mocht u , alvorens opname de ernst en frequentie van de NPK zodanig in kaart gebracht zien, wat is dan het grootste verschil met de huidige intake/opnameprocedure?
6. Wat verteld dit overzicht u als zorgprofessional in uw specifieke taakstelling?
7. Wat gaat u doen met dit overzicht als zorgprofessional in uw specifieke taakstelling?
8. Welke is, volgens u, de meerwaarde of geen meerwaarde van het toepassen van de NPI alvorens opname?

Datum Focusgroep: 14-02-2019 Tijdstip: 11.00 uur – 12.30 uur	
Interview stijl is ongestructureerd.	
Aanwezig: Marloes van der Molen, SO / Harry Scipio, gedragsverpleegkundige / Sammy Debets, psycholoog / Edith Muijtjens, Zorgcoördinator.	
Afwezig: Rosie Mennens, teamleider clientadviseurs / Sanne Aerts, Wijkverpleegkundige.	
Codes:	
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
GVP	Gedragsverpleegkundige
PSY	Psycholoog
ZO	Zorg coördinator
S	Student Diana Kil-Hoogmoed

1. Vraag: Wat is uw rol in de omgang met de persoon met dementie ; voor, tijdens en na opname?

SO: “mijn rol voor opname kan zijn dat ik via de huisarts in consult wordt geroepen euhm of via wijkteamseventueel en dan via de huisarts, ja. Een nieuwe opname op de afdeling neem ik de zorg over en ik moet ook vaak de dood constateren en dan het laatste stuk in ieder geval de papieren in orde maken.”

GVP: “Als gedragsverpleegkundige kan ik geconsulteerd worden bij de wachtlijstplaatsing daarmee is het vaak dat de SO van het wachtlijstoverleg, vraagt of ik mee ga naar de andere instellingen of naar de thuissituatie euhm, even een kleine inventarisatie doe met de familie of samen met de cliënt zelf om te kijken zo... op basis daarvan en wat meer informatie... dat je kan kijken zo van “welke plaats zou het beste zijn? Welke locatie zou het beste zijn?

Welke afdeling zou het beste zijn?” Daarnaast is het zo dat wij, op het moment dat er sprake zou zijn van persoonlijkheidsproblematieken of complexe gedragingen, dat wij al heel laagdrempelig euhm... mee gaan richting de opname. Euhm, verder is het zo dat... stel dat

iemand is opgenomen en ja, in een beginsituatie of in een later stadium, dan kan ik gevraagd worden ter ondersteuning van het team. “

PSY: “Voor opname is mijn rol eigenlijk zeer gering tot nu toe, eerstelijnswork doen wij eigenlijk nog niet. Tijdens de opname kan het zijn dat, mocht de betrokken cliënt al eerder in contact zijn geweest met een psycholoog of... ja, dat ik dan al wel tijdens de opname betrokken ben en ga kijken van “wat heeft die nodig?” Maar eigenlijk het grootste gedeelte is pas na de opname, dat ik ga kennismaken en kijken waar de behoeftes liggen, ondersteuning van een team, eventueel ondersteuning van de cliënt zelf.”

ZO: “Voor opname proberen wij op huisbezoek te gaan maar doordat het soms vaak heel laat bekend is wie op de afdeling komt wonen, lukt het gewoon niet altijd planmatig. Maar het is wel het streven om dat te blijven doen en men krijgt zo ook een beter inzicht van “hoe leeft iemand thuis?”, dat je daar ook meer kan op inspelen als iemand bij ons komt wonen en soms is het dan ook een bekend gezicht als iemand de opname doet... van “die is al bij mij thuis gekomen”, of hij herkent je nog. Bij opname, ja, we zijn nu bezig met nieuwe standaardvragen te stellen, eerst om ze gerust te stellen en niet om direct een heleboel informatie te geven... ook aan familie. Dat is een beetje zoeken nog, ja.”

2. Bent u bekend met de term: Neuropsychiatrische kenmerken bij dementie?

Tekstfragment	Open codering	Axiaal Coderen
SO: Ja	Is bekend	Is bekend met NPK
PSY: Ja	Is bekend	Is bekend met NPK
GVP: Ja	Is bekend	Is bekend met NPK
ZO: “kun je dat een beetje toelichten?”	Is niet bekend	Is niet bekend met NPK

3. Wat is volgens u het belang van een anamnese?

Tekstfragment	Opencodering	Axiaal Coderen
SO: ik denk dat het van belang is om te weten van wat er in de laatste fase...dat is ook sowieso ook het stuk naar opname. Dus, je wilt weten van wat is nou het actuele gedrag voor opname? Waar worstelen ze mee? Wat is er algedaan?” Blij dat jij in de voorsituaties af en toe mee mag kijken. Maar ook “wie was die persoon ervoor?” Inderdaad, van “wat is het dag-nacht ritme?” Maar ook van “ was die juist vriendelijk of was die streng? Had die behoefte aan structuur of juist niet?”	Info over de laatste fase thuis Info over actuele gedrag vóór opname	Informatie individu Informatie over gedrag
PSY: “verwachtingen die je misschien had, dat je die al kan bijschaven”	Verwachtingenmanagement	Verwachtingen
GVP: “De mensen te kennen zoals die mens is” “Wat zijn persoonlijke kenmerken zouden kunnen zijn die voor ons gewoon van belang zijn in de bejegening van iemand “	Info over wie iemand is om beter te kunnen bejegenen.	Informatie individu Passende bejegening

ZO: “Om het gedrag ook beter in kaart te krijgen, ja.”	Gedrag beter in kaart	Informatie/gedrag
---	-----------------------	-------------------

4. Welke anamneses worden afgenomen bij thuiszorg(wijkverpleegkundige), zorgorganisatie (clientadviseurs) op afdelingsniveau(Zoco,EVV)?		
Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “ik ben al blij met de opname Rapportages maar ik merk dat je wel al heel erg moet kijken van “wanneer is die opname rapportage...”	Opnamerapportages aanwezig Actualiteit	Informatie niet actueel
PSY: “Ik merk dat de informatie van de huisarts is niet altijd even compleet in het begin, dat ik soms ook merk dat er brieven zijn vanuit andere GGZ instellingen en dat die uiteindelijk pas later erbij komen.” “Terwijl, het zou fijn zijn als je dat al bij opname hebt, dan kan je je ook een beter beeld vormen, want vaak is er al een uitgebreid onderzoek geweest van bepaalde persoonlijkheidstrekken of stemmingsproblematiek. Dus ja, dat bespaart dan wel heel veel tijd eigenlijk dat je misschien eerder kan inspelen op bepaalde situaties.”	Informatie niet compleet Behoeft informatie vooraf Passende bejegening	Informatie niet compleet Behoeft informatie voor vóór opname Passende bejegening
GVP: “we hebben niet, zeg maar, een formulier waarin het eigenlijk allemaal staat, snap je?”	Anamnese ontbreekt	Informatie niet compleet
ZO: geen antwoord		

5. Binnen de huidige anamneses van thuiszorg, zorgorganisatie en op afdelingsniveau welke plek hebben de neuropsychiatrische kenmerken?		
Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “Dat ik zeg van: het staat zwart op wit, ik weet hoe laat Die man naar bed gaat, ik weet hoe laat die opstaat, ik weet hoe die met moeilijke situaties omgaat, ik weet hoe de laatste weken van zijn leven in zijn thuissituatie zijn verlopen”, nee.... daar heb ik geen zicht op.”	Onvoldoende zicht op cliënt	Informatie/ gedrag niet compleet
PSY: “Er is de observatielijst, de GIP die wordt dan ingevuld, ja, dat is procesmatig destijds vastgesteld ... ik ben ervan overtuigd dat er misschien betere instrumenten zijn daarvoor” “Het is niet altijd een even valide meetinstrument geweest.”	Instrument wellicht niet optimaal	Instrument GIP niet optimaal Instrument GIP niet optimaal
GVP: “Het is maar een moment he. Je gaat uit van een moment...”	Info komt voort uit momentopname	Informatie niet compleet

ZO: “De GIP, is eigenlijk een moment je wil eigenlijk ook meer weten van “hoe was iemand voor de opname?”	Momentopname Behoeft informatie voor opname	Informatie niet compleet Behoeft informatie vóór opname
--	--	---

Is het belang van die diepgang op dat stukje neuropsychiatrie, voordat iemand opgenomen wordt van gelijk belang aan algemene zaken zoals het feit dat iemand geen bloemkool lust en rooms-katholiek is?

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “de mens zelf moet voorop staan. Maar de reden dat die komt, daar zit een stukje medisch-psychisch bij die wel kan maken dat iemand zich sneller op zijn gemak voelt op de afdeling waardoor ze niet op nacht 1 of 2 al met psychofarmaca moeten starten”	Beide is belangrijk	Belangrijk Heteroanamnese en verdieping npk
PSY: “Dat is misschien wel belangrijker want dan kunnen we ervoor zorgen dat bepaalde triggers niet in die omgeving van die cliënt naar voren komen, dat die niet hoeft te reageren middels onrust.”	Neuropsychiatrie belangrijker	Belang neuropsychiatrie groter
GVP: “Ja, nou, ik heb ook zoiets van... beiden zijn... het éne is niet ondergeschikt aan het andere. Dus, het is eigenlijk alletwee belangrijk om te weten”	Beide belangrijk	Belangrijk Heteroanamnese en verdieping NPK
ZO: “Het één kan niet zonder het andere.”	Beide belangrijk	Belangrijk Heteroanamnese en verdieping NPK

Waar ligt dan de verantwoordelijkheid om de juiste punten met elkaar te verbinden voor opname, bij Envida of de zorgprofessionals die voor opname betrokken zijn?

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “Het moet een samenspel zijn”	Interprofessioneel samenwerken	IP
“in de meest ideale situatie gaat de kennis en kunde vanuit het verpleeghuis naar buiten letterlijk om de overdracht naar binnen te begeleiden.”	Kennis delen	Kennis delen
“Ik denk dat je een team hebt van verschillende mensen die al vanuit... in samenwerking met de case manager... als die überhaupt betrokken is, als je die overdracht wat geleidelijker dan is het nu dat vaak ad hoc, met toeters en bellen en allemaal schade aan relaties...”	Vroegtijdige betrokkenheid	Vroegtijdige betrokkenheid
	Preventie ad-hoc	Preventie
	Voorkennis/expertise	Kennis delen
“Maar dat het hele opnamebureau... een deskundigheid heeft die al een soort voorselectie kan maken van “die moeten misschien wel al in de thuissituatie wat extra	Voorkomen	Expertise

aandacht of extra expertise”, zodat we in die maanden van wachttijd een soort begeleiding en vooral een soort “voorkomen van”		Preventie
PSY: “een ziekenhuis is ook beperkt in wat ze kunnen, dat is heel lastig. “	Beperking vanuit zkh	IP
GVP: het is niet structureel, zeg maar. Het zijn eigenlijk alleen maar op een moment dat er inderdaad sprake is van een complexere problematiek dan worden we, zeg maar, erbij gevraagd, ja “	Interprofessioneel samenwerken niet structureel	IP
ZO: geen antwoord		

We hadden het al eerder over de GIP, hebben jullie het idee dat deze altijd volgens de richtlijnen wordt ingevuld, bijvoorbeeld invullen met 2 personen?

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “Ja, dat vraag ik mij altijd af van “is de GIP wel het juiste middel?” Ik ken hem al mijn hele carrière in het verpleeghuis maar het staat of valt wel met wie je hem invult en hoe die wordt geïnterpreteerd en ook welke vervolg eraan gegeven wordt.”	Twijfel over consistentie GIP Interpretatie	Toepassing GIP niet consistent
PSY: “Nee” “Ik denk dat soms een interpretatie ook heel lastig is en dat er zaken worden overgeslagen.” “Dat gebeurt nooit” “Het is wel duidelijk dat iedereen die hem invult dat wel op een andere manier doet, als ik dat zo hoor.”	Niet volgens richtlijn Interpretatie Niet volgens richtlijn Geen consistentie	Kennis Instrument GIP niet optimaal Toepassing GIP niet consistent Toepassing GIP niet consistent
GVP: “Weet iedereen wat de betekenis van de scores zijn?” “Je kunt niet zomaar, zeg maar, een GIP krijgen en dan invullen naar eigen inzicht.” “In het verleden was het namelijk zo... daar kregen we een scholing in en daarna was het een update van die scholing. Die scholing is dus gestopt.”	Interpretatie interpretatie	Kennis Instrument GIP niet optimaal Kennis instrument GIP niet optimaal Kennis instrument GIP niet optimaal
ZO: “Nee” “Ik vul hem met de familie in. Die familie kijkt er toch anders naar en ik merk dat eigenlijk prettiger verloopt” “Dat vind ik wel moeilijk met het invullen want ik denk er soms weer anders over als iemand anders die het een half jaar geleden heeft ingevuld. Ik blijf dat heel moeilijk vinden om in te vullen. Daarvoor denk ik, als je het dan met	Betrekken familie Verschillen Familie betrekken	Toepassing GIP niet consistent Toepassing GIP niet consistent Samenwerken familie

familie doet, die zien het soms, denk ik, soms beter. Ik vul niet altijd voor iedereen zelf de GIP in, dus dat kan veranderen.”		
---	--	--

Stelling: De mantelzorger is ervaringsdeskundige en is essentieel in de anamnese fase. (Discussie)		
Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “Ja” “een persoon komt bij ons wonen maar het hele systeem gaat met ons mee draaien en wij moeten als zorgverleners niet de arrogantie hebben dat wij het beter weten maar dat we met hen kijken hoe we het beter kunnen maken. Dus, wij hebben de mantelzorgers, indien zij er nog toe in staat zijn, nodig om het snel in kaart te brengen en hun te respecteren in wat zij al die jaren hebben gedaan. Dat is vaak niet een maandje werk geweest, het is vaak 10 jaar begeleiden, ja. Dat is gewoon arrogant als we dat diskwalificeren.” “erkennen in hun positie en erkennen in hun kennis en kunnen.” “dat wij dan onze expertise moeten gebruiken om de andere mee te nemen en hoe wij naar de zaken kijken. Dus, het is een extra lid van ons behandelteam en als je die diskwalificeert dan mis je gewoon een heel groot aandeel.” “ik probeer altijd bij de opname de familie te spreken en daar al informatie uit te halen sowieso in het MDO. Ik ben op zich altijd laagdrempelig om in contact te gaan met de familie rondom beslissingsmomenten, dan ben ik sneller geneigd om zelf te bellen of te spreken, net wat nodig is.” “ik vind dat belangrijk wat ze te zeggen hebben”, en dat ze mee genomen worden in de besluitvorming”	Eens met de stelling Samenwerken met familie in belang client Respect Erkenning Kennisoverdracht Betrekken familie Erkenning expertise familie	Mantelzorger is ervaringsdeskundige Samenwerken met familie Mantelzorger is ervaringsdeskundige Kennis delen Samenwerken met familie Mantelzorger is ervaringsdeskundige
PSY: “Ja” “Zij herkennen zaken, zij weten misschien of er al eerder iets is gedaan en of het wel of niet geholpen heeft. Ik vind toch de inbreng van familie, ook nu, altijd heel erg waardevol”	Eens met de stelling Expertise familie, kennis Inbreng waardevol	Mantelzorger is ervaringsdeskundige Mantelzorger is ervaringsdeskundige Mantelzorger is ervaringsdeskundige

GVP: "cultuuromslag moet komen. Tegenwoordig hoor ik vaak "de familie heeft het voor het zeggen." Wij moeten maar met de familie... terwijl ik denk van "wacht eens eventjes..." De familie heeft gewoon natuurlijk een belangrijke rol, ze komen hoe dan ook op voor hun familielid. "Eigenlijk gaat dat continu samen, continu die verbinding zoeken met familie, met medewerkers, met de afdeling psycholoog heeft ook intensief contact , met... zeg maar familie waar onbegrip speelt..."	Samenwerken met familie Rolverdeling	Samenwerken met familie
	Verbinden met familie, medewerkers en behandelaren	Samenwerken met familie
ZO: "Ja"	Eens met de stelling	Mantelzorger is ervaringsdeskundige

8. Ervaart u als zorgprofessional een toename van NPK binnen zowel de thuissituatie als verpleegafdeling en waar wijt u dat aan?

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: "Ja" "We hadden ze in een eerdere fase binnen, ik bedoel, dat was echt de bedreigde ik... een kwart van de afdeling euhm. Ik denk dat ook de maatschappij is veranderd" "Ik denk daarnaast dat de begeleiding en de eerstelijns anders is, euhm, ook al was het anders georganiseerd maar dat het toch een andere soort begeleiding in de thuissituatie mogelijk was." "misschien nog een ander stuk is de turnover, dat was ook minder hoog want ik kreeg ze in een eerdere fase. Ik had sommige mensen echt 5 jaar op mijn afdeling, die tot het laatste" "Er was natuurlijk wel een andere dynamiek als mensen heel lang samenwonen, dan stelt zich dat op een bepaalde manier."	Moment van opname Eerdere fase In thuissituatie betere begeleiding Ligduur is veranderd Dynamiek bij minder verloop	Toename van NPK aanwezig Mensen wonen langer thuis Mensen wonen langer thuis Mensen wonen langer thuis Mensen wonen langer thuis
PSY: "Ja"		Toename NPK aanwezig
GVP: "Ja" "Nu is het steeds meer, mensen langer thuisblijven eigenlijk. Dus, je krijgt gewoon, zeg maar, meer de, ja, toch wel de zwaardere complexe problematiek, die kom je tegen, als het echt niet meer gaat"		Toename NPK aanwezig Mensen wonen langer thuis Mensen wonen langer thuis

“Ze willen het gewoon weg niet want hun vader of moeder of partner wordt opgenomen... liefst zolang mogelijk thuis”		
ZO: “Ja”		Toename NPK aanwezig

10. Binnen de literatuur wordt geen bewijs gevonden voor toename van NPK, er wordt zelf geïmpliceerd door het CIZ dat er een afname zou zijn. Waar wijt u dat aan?

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “Heeft het CIZ ook gezegd dat ze steeds minder Zzp7 toekennen?”	Minder Zzp7 toegekend door CIZ	Minder toewijzing Zzp 7 door CIZ
“Hebben zij de grootste vinger in de pap gehad want alle Zzp's die ik vorig jaar heb aangevraagd naar 7 zijn allemaal afgewezen. CIZ neem ik niet serieus.”	Geen toekenning zzp 7	Minder toewijzing Zzp 7 door CIZ
PSY: geen antwoord		
GVP: “Dat wou ik net zeggen, ja.” (refereert naar uitspraak SO over minder toekennen van zzp7)	Minder Zzp7 toegekend door CIZ	Minder toewijzing Zzp7 door CIZ
ZO: geen antwoord		

11. Draagt een toename van NPK bij aan de werkdruk, en dan specifiek uw eigen werkdruk?

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen
SO: “Ja” “Nou ja, de vraag om medicatie is natuurlijk... die blijft”	Toename werkdruk	Ervaat verhoogde werkdruk door toename NPK
“Dat ik ook al in een latere fase wordt bij gevraagd, dat mensen eigenlijk met blauwe plekken rondlopen en als ik vraag van “hoe kom je daaraan?” “Oh, in een douchebeurt...” Pardon! Vinden jullie dit “passen bij?”	Vraag van medewerkers om oplossing in vorm medicatie.	Vraag voor inzet interventies
	Normverschuiving	Normverschuiving
“Maar als het dan ook klaar is, ja, dan is het ook klaar, weet je. Dan heb ik ook geen ruimte meer. Dan is er nog gewoon de enige vraag de medicatie.”	Vraag voor medicatie Ontbreken tolerantie	Vraag voor inzet interventies
	Ontbreken tolerantie	
““die ga ik echt niet meer verzorgen deze week?” “Oh, er was überhaupt een zorgprobleem?”, weet je wel. Dat je dan ook heel vaak echt niet weet wat er aan de hand is”	Communicatie	Ontbreken tolerantie
	Is er nog tolerantie	Ontbreken tolerantie
		Communicatie

"Ik vraag ook heel vaak van "hoeveel credits er nog?" "Zo nodig medicatie is onzinnig want je loopt altijd achter de feiten"	Inzet medicatie	Ontbreken tolerantie Vraag voor inzet interventies
PSY: "Ja" "En vooral bij gedrag als je er iets aan gaat veranderen dan is het eigenlijk, ja, logisch dat het eerst verergerd wordt en verminderd."	Toename werkdruk Extra belasting zorgprofessional	Ervaart verhoogde werkdruk door toename NPK Ontbreken tolerantie
GVP: "Ja" "Maar dat komt ook, denk ik, omdat het steeds meer bekend wordt dat ik er ben"	Toename werkdruk Bekendheid functie leidt tot werkdruk	Ervaart verhoogde werkdruk door toename NPK
ZO: "Ja" "Ik merk ook op de afdeling bij medewerkers dat ze er soms helemaal niet mee om kunnen gaan en dat is vermoedelijk de druk op de afdeling"...	Toename werkdruk Kennistekort Hoge werkdruk	Ervaart verhoogde werkdruk door toename NPK Communicatie Ervaart verhoogde werkdruk door toename NPK

Stelling: Dus, het goede gesprek in de tijd dat er nog tolerantie en credits zijn, dat gaat eigenlijk waarschijnlijk veel opleveren.

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal coderen
SO: "Ja. Eerder signaleren" "Heel veel dingen zijn uit goede bedoelingen. Maar ja, dat ze zichzelf tekort doen door heel veel te accepteren..."	Vroegtijdig signaleren normverschuiving	Communicatie/signaleren Normverschuiving
PSY: "Ja"	Eens met de stelling	Communicatie
GVP: "Ja, die cultuur binnen mijn team: wacht eens even, we zouden dat niet met zijn tweeën doen?"	Cultuur binnen team medebepalend	Normverschuiving
ZO: geen antwoord.		

Mocht jij de ernst van de gedragskenmerken op deze wijze in kaart gebracht zijn... wat is dan, punt 1, het grootste verschil met de huidige intake informatie op gebied van gedrag? (overhandigen NPI uitkomst Dhr. NE en Dhr. Weu)

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: geen antwoord (wel op tussenvraag)		
PSY: "Je ziet hier bijvoorbeeld bij mijnheer WEU dat angst en depressie wel spelen maar nog	Geef inzicht/overzicht op forse en minder	Biedt inzicht t.a.v. gedragskenmerken

niet als problematisch worden gezien terwijl het iets is wat je in je achterhoofd kan houden of gewoon tijdig kan op inspelen. Ik denk nu dat naar de rode vlakken de aandacht naar uitgaat maar er ook andere problematiek aan het opbouwen is."	forse problematieken.	
GVP: geen antwoord (wel op tussenvraag)		
ZO: geen antwoord (wel op tussenvraag)		

Als jullie dit zouden krijgen als behandelaar of als gedragsverpleegkundige in handen, is dit een instrument of is dit informatie waar jullie al iets mee kunnen, iets wat jullie inzicht biedt?

Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: "Nou, wat het bij mij wel inzichtelijk maakt...als we naar mijnheer Weu ... kijken, dan zal de insteek zijn meer van "hoe gaan we dat nachtpatroon... dat zal een aandachtspunt zijn en hoe gaan we dat reguleren?" Dat doelloos repetitief gedrag, dat is ernstig en komt vaak voor maar ik zou wel willen wat het is, of het mompelen is of... dat is wat anders dan dat die met allemaal dingen loopt te slepen. Het feit dat er geen ontremd gedrag is, nou dat geeft me dan wel even rust. Euhm, die apathie en onverschilligheid dat zou dan ook meteen een aandachtspunt zijn van "hé, wat betekent dat?" Ook in de activiteitenbegeleiding en zulks soort een dingen. Daarbij de angst en depressie dat je zegt van "hé, wat heeft met wat te maken?" "Ja, weet je, het zegt mij iets over wat focuspunten kunnen zijn in de observatie in de eerste weken. En als er dan nieuw gedrag wordt gezien in de afdeling, nou ja, dat heeft dan met de nieuwe situatie te maken.... Dus, het zegt iets over de acute toestand op de dag van afname en het zou mij focuspunten geven."	Inzicht Aandachtspunten Focuspunten Acute toestand	Biedt inzicht t.a.v. gedragskenmerken Focuspunten Focuspunten
PSY: "Ja, als ik alleen dit natuurlijk nder ogen krijg dan komen er heel		

veel vragen op, nachtelijke onrust/gestoord slaappatroon...wat was het oorspronkelijke slaappatroon?" "Ja, natuurlijk deze vragenlijst op zich...maar ja, je wilt ook iets weten over het gezonde functioneren"	Overzicht alleen roept vragen op Niet volledig.	Enkel overzicht biedt weinig individuele informatie. Behoeftte aanvullende informatie
GVP: "Dit zegt mij niks, eerlijk gezegd." "Er komen heel veel vragen naar voren en misschien ook een beeld van "er zijn problemen", maar ja wat is het probleem precies?" Wat is de basis van deze score, laat ik het zo zeggen, dan zou ik daar wel iets mee kunnen doen, snap je? Dus, alleen het fijne.... Je zou bijna kunnen zeggen "het zou fijn zijn als je zoiets zou hebben waarbij je dan op een gegeven moment complexiteit uit zou kunnen halen?"	Geen inzicht Leidt tot veel vragen Voor nu nog niet duidelijk hoe toe te passen.	Enkel overzicht biedt weinig individuele informatie. Behoeftte aanvullende informatie Enkel overzicht biedt weinig individuele informatie.
ZO: "De zaken in verband met elkaar..."	Geeft inzicht op verbanden	Biedt inzicht t.a.v. gedragskenmerken

Stelling: Stel je krijgt dit overzicht met daarbij een rapportage van het gesprek hoe deze score tot stand is gekomen?

Tekstfragment	Open Coderen	Axiaal coderen
SO: "Het is inderdaad... je maakt een momentopname en dit is dan de eerste keer afnemen, dus je hebt ook geen vervolg in tijd, tenzij er iemand op de afdeling zegt ik herhaal hem. Als dit vanuit de thuissituatie is, dan zijn er nog veel vragen rondom die we niet weten "in welke fase zit hij? Is het meer van de dementie, heeft hij medicatie." "Ja, maar dat betekent dus dat de hele NPI gezien moet worden hoewel dit overzichtelijk is om even focuspunten te hebben, is dit niet waarop we kunnen varen binnen een intake alleen. Dat betekent dat we de hele lijst	Momentopname Geen vervolg Vraag voor meer informatie Inzicht in hele NPI Focuspunten Niet voldoende voor behandelen Meerwaarde mits meer verdiepende info Meer inzicht	NPI is een momentopname Behoeftte aanvullende informatie Enkel overzicht biedt weinig individuele informatie. Focuspunten Behoeftte aanvullende informatie Meerwaarde Biedt inzicht t.a.v. gedragskenmerken

nodig hebben om voor ons behandelaar, ..." "dit alleen niet, maar gewoon als meer informatie krijgen hierover zeker", denk ik. "Dit geeft een beter beeld van wie er komt. Nou, weet je, zeker zoals je het hebt uitgewerkt is het op zich... geeft het een inzicht die je vanuit een woordkeuze in het opnameverslag minder goed kan halen." "Ik kan mij voorstellen dat dit wel handvatten heeft voor de verzorging om een eerste indruk te maken." "Als indirect dus eigenlijk de vraag is de verzorging wil meer info hebben over degene die komt, hoe dan ook, of het dan dit is, maar ligt er een vraag bij het opnamebureau op een andere anamnese te doen want kennelijk, buiten het feit van ons, heeft de verpleging dus ook niet voldoende info op degene die binnenkomt. Dat vind ik eigenlijk nog belangrijker dan als ik naar mijn eigen persoon kijk die in en uit kan vliegen want jullie moeten binnen 24 u weten wie je voor je neus hebt zitten en hoe je je eigen veiligheid en de veiligheid van de medebewoners moet inschatten en ondertussen ook nog de nieuwe bewoner zijn kwaliteit van leven wil bieden." "Nou ja, misschien dat we er niks mee kunnen maar we hebben nog informatie er omheen nodig, dus als er een samenvatting zou zijn van de woordkeuze bij wijze van spreken dan kan je er al meer mee."	Handvatten voor zorg Behoeft meer info over nieuwe cliënt bij zorg Vraag voor andere anamnese Veiligheid voor bewoner/medebewoners Kwaliteit van leven. Behoeft aanvullende info	Passende bejegening Behoeft informatie aanvullende Behoeft informatie aanvullende Passende bejegening Passende bejegening Behoeft informatie aanvullende
PSY: "En nog meer als... "is het op een bepaald moment gestart? Is het toegenomen in ernst na verloop van tijd?"	Vraag voor meer informatie	Behoeft informatie aanvullende

GVP: “Dan heb ik daar meer aan.”	Inclusief rapportage meer nut	Meerwaarde
“Ja maar daar kan je inspelen op een afdeling he “jongens, maak je niet druk, als hij dat doet, prima maar zorg ervoor dat het veilig blijft”, snap je? (refereert naar voorbeeld dat client thuis rommelt in lades)”	Meer info leidt tot juiste advies bejegening	Passende bejegening
ZO: “Je kunt ook beter aangeven waar je tegenaan loopt, zo kun je dan ook zeggen” dit komt eruit en dat zien we ook”	Hulpmiddel voor communicatie omtrent gedrag	Communicatie/passende bejegening

Stelling: “Wij (als behandelaren) zouden met de uitkomst van NPI iets kunnen, het overzicht is fijn want het geeft een inzicht en focuspunten maar we hebben wel echt die achtergrondinformatie nodig hoe die NPI tot stand is gekomen en dan hebben wij wel informatie waar wij op het gebied van gedrag iets mee kunnen.”

Tekstfragment	Open Coderen	Axiaal coderen
SO: “Ik denk dat je wel een bepaalde... wat ik al zei, een bepaalde voorbespreking zou kunnen doen om het team alvast te begeleiden in de opname naar deze persoon toe. Dat je best wel een soort voorlopig behandelplan al kan opstellen op gronden van de anamnese die in de thuissituatie wordt gedaan wat we nu per acuut op de opnamedag zelf doen. Als je dit al vanuit een thuissituatie zou kunnen hebben dan kan je heel veel dingen inzetten.”	Preventieve werking Interventies inzetten voor opname Preventief	Preventie Preventie Preventie
“waarom zouden we niet al het gedrag nog een stapje duidelijker in kaart brengen zodat je daar ook al preventief... Nu krijgen we dan te horen van “er moet een poseybed komen, of weet ik niet wat , en dat krijgen we dan geregeld. “		
PSY: “Bijvoorbeeld dat ik al voordat iemand opgenomen zou worden ik al betrokken zou zijn. Nu is dat vaak, ja, na de gewenningsperiode, na ongeveer 2 weken pas dat we bij de nieuwe bewoner langs gaan. Dus, dan zou dat het hele proces kunnen...”	Voor opname betrokkenheid Positief effect op proces	Vroegtijdige inzet/preventie Passende bejegening
GVP: ““goh, we hebben informatie, we weten wie het is, we hebben de gedragingen in kaart gebracht”, maar	Informatie over gedrag	Kennis delen

ik denk wat heel belangrijk is, is daarin meerwaarden in meenemen en telkens weer die gedragingen uitleggen wat de functie daarvan is maar ook gewoon het meer relateren aan die dementie.”	Uitleg over gedragingen; kennisoverdracht	
ZO: geen antwoord		
Stelling: We acteren reactief op gedrag en niet proactief.		
Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “ Ja”	Acteren reactief	Reactief
PSY: “ Ja”	Acteren reactief	Reactief
GVP: “ Ja”	Acteren reactief	Reactief
ZO: “ Ja”	Acteren reactief	Reactief

Bestaat er een meerwaarde voor het toepassen van een meetinstrument (de NPI) om gedrag in kaart te brengen vóór opname?		
Tekstfragment	Open coderen	Axiaal Coderen
SO: “Een verdiepende slag moet het maken om de mens beter in kaart te brengen die we binnen gaan krijgen. “ “Waarbij een bijkomstig voordeel kan zijn dat we al preventief euhm, een bedje beter gespreid kunnen klaarleggen voor degene die gaat komen.... dat we als team mentaal voorbereid zijn” “Ja, dus ik denk dat het op zich wel fijn is als dat onbegrepen gedrag wat meer handen en voeten krijgt maar inderdaad niet om dat te weten maar meer omdat we daarmee een extra gesprek hebben en dat de mantelzorger zich ook wat meer gehoord voelt. Maar ik denk, ja, dat zou mogelijk wel een kwaliteitsslag kunnen zijn, ter bescherming ook van het team, dat vind ik belangrijk. Dat die niet meteen overvraagd worden met de mensen die dan binnenkomen”	Verdieping Beter zicht op nieuwe cliënt Preventief interventies inzetten Betere voorbereiding Aandacht voor onbegrepen gedrag Met mantelzorger Kwaliteitsslag Bescherming team Overbelasting zorg	Verdieping ten aanzien van cliënt Preventie Verdieping ten aanzien van cliënt Biedt inzicht ten aanzien van gedragskenmerken Kwaliteit Hoge werkdruk Hogewerkdruk
PSY: “Ik denk niet als een op zichzelf bestaand iets, nee. Maar inderdaad in combinatie met, kan dat natuurlijk wel...” “Precies” (refereert naar opmerking over verdiepende slag van SO)	NPI in combinatie met aanvullende info meerwaarde Verdieping	Heteroanamnese plus volledige NPI meerwaarde Verdieping ten aanzien van client
GVP: “Precies, Dus, waarbij je, zeg maar, inventariseert en eigenlijk veel meer inventariseert dan misschien nu wel gedaan wordt.”	Gedegen inventarisatie	Biedt inzicht t.a.v. gedragskenmerken

ZO: “en dan ben je dat ook een beetje voor, dan kun je daar ook al een beetje meer op inspelen.”	Preventie bejegening	Preventie Passende Bejegening
---	-------------------------	----------------------------------