

Meegroeien met de noden en de behoeften van de cliënt.

Het bekwaam raken van zorgmedewerkers binnen de toenemende psychogeriatrische zorgvraag doormiddel van een doeltreffend scholingsaanbod.

Growing with the needs and requirements of the client.

Making healthcare workers competent within the increasing demand for psychogeriatric care by means of an effective training offer.



(Sevagram, 2021)

Naam: Désirée Mertens

Studentnummer: 1888315

Zuyd hogeschool, HBO-V deeltijd, afstuderen advies

Thesiskringbegeleider: Karin Stork

Werkbegeleider: Leon Lemmens

Onderzoeksinstelling: Sevagram, de Hollehof

Versie.1

Aantal woorden: 8015

Datum: 7 Maart 2022

Voorwoord.

Voor u ligt mijn bachelor thesis welke een advies beschrijft over het bekwaam raken van zorgmedewerkers met de veranderde zorgvraag binnen het huidige zorglandschap. Het onderzoek is uitgevoerd binnen het chronisch somatisch verpleeghuis de Hollehof. Dit is een locatie van zorgorganisatie Sevagram. Deze thesis is door mij geschreven in het kader van afstuderen tot bachelor verpleegkundige aan Zuyd hogeschool te Heerlen.

Mijn naam is Désirée Mertens en ik ben sinds 1999 werkzaam binnen Sevagram. Ik ben werkzaam als coördinator zorg en welzijn binnen locatie de Hollehof. Als coördinator zorg en welzijn fungeer ik als coach binnen de teams en bewaak ik de uitvoering van de afdelingsprocessen en protocollen. Daarnaast heb ik een leidende rol bij cliënt vragen, klachten en complexe casussen. Buiten coaching en coördinatie vervul ik wekelijks een actieve rol binnen de zorgverlening.

Tijdens de geboden lesmomenten, voorbereidende taken en de verrichte onderzoeken heb ik binnen afstudeer advies evenals alle gevolgde modules de ruimte gekregen om mijn kennis te verbreden en om inhoudelijk vorm te kunnen geven aan mijn thesis.

Een speciaal woord van dank aan:

- Karin Stork
- De opdrachtgever en teammanager zorg Leon Lemmens,
- Mijn mede studenten,
- Mijn collega's,
- De cliënten,
- De Specialist oudergeneeskunde J.K.A. Jonkman,
- Psychologe K. Hermans
- Maatschappelijk werker R. Simons
- Mijn partner M. Tak.

Désirée Mertens

Amstenrade, 7 Maart 2022

Samenvatting.

Inleiding.

Door een toename aan cliënten met een psychogeriatrische zorgvraag binnen de samenleving zal locatie de Hollehof het derde of vierde kwartaal van 2022 niet alleen somatische, maar ook psychogeriatrische zorg aanbieden aan de verblijvende en potentiële cliënten. Vanuit deze verandering van zorgvraag en zorgaanbod wordt onderzocht welke scholingsvormen noodzakelijk zijn om eenieder werkzaam binnen de nieuwgevormde teams bekwaam te maken binnen de zorg voor de dementerende cliënten.

Methoden.

Binnen het onderzoek wordt gebruik gemaakt van mixed methods. Het kwantitatief onderzoek wordt vormgegeven doormiddel van de Ideon kennis monitor dementie intramuraal. De vragenlijst wordt verspreid onder de werkzame helpenden en verzorgenden individuele gezondheid zorg (IG) om inzicht te krijgen in de aanwezige kennis. Binnen het kwalitatief onderzoek worden twee semigestructureerde interviews afgenomen bij ervaringsdeskundigen binnen de dementiezorg, binnen een eerdere zorgvraag en aanbod verandering op een collega locatie en welke beiden een coachende rol aannemen binnen teams.

Resultaten.

De resultaten zijn verkregen vanuit de gevoerde interviews en de kennismonitor dementie. De respondenten geven een basisbehoefte aan kennis weer welke verworven kan worden doormiddel van scholing, coaching en best practice. Vanuit de interviews komt naar voren dat voorafgaand aan scholing teamvorming essentieel is.

Discussie & conclusie.

De toekomstige verandering in zorgvraag en werkzame teams laat een basisbehoefte aan vertrouwen, duidelijkheid en gezamenlijke afspraken zien horende bij teamvorming en voorafgaand aan scholingen.

Advies en inbedding.

Het advies voortkomend uit de gevoerde onderzoeken betreft een gevarieerd aanbod van praktijkscholing, theorie, coaching en best practice in de vorm van stage. Wanneer de start tot teamvorming gemaakt is kan scholing gefaseerd worden aangeboden.

Inhoudsopgave.

Voorwoord.....	1
Samenvatting.....	2
Inhoudsopgave.....	3
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1 Het theoretisch kader.....	7
1.1 De veranderde zorgvraag binnen het verpleeghuis.....	7
1.2 Kwaliteit van zorg en goede zorg.....	8
1.3 De psychogeriatrische zorgvraag.....	8
1.3.1 Onbegrepen gedrag.....	9
1.3.2 Omgaan met psychogeriatrische cliënten binnen het verpleeghuis.....	10
1.4 Competenties.....	10
1.5 (Bij)scholing.....	11
1.6 Kennismonitor dementie intramuraal.....	11
Hoofdstuk 2 Methoden.....	12
2.1 Onderzoek benadering.....	12
2.2 Setting & Participanten.....	12
2.3 Dataverzameling.....	13
2.4 Data-analyse.....	15
2.5 Ethische overweging.....	15
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	16
3.1 Teamvorming.....	16
3.2 Competenties.....	17
3.2.1 (Onbegrepen) gedrag en bejegening.....	17
3.2.2 Wet zorg en dwang.....	18
3.3 Scholing.....	18
3.4 Best practice.....	19
3.5 Coaching.....	20
3.6 De kennismonitor dementie.....	21
Hoofdstuk 4 Discussie en conclusie.....	23
4.1 Discussie.....	23
4.1.1 Sterkten.....	23
4.1.2 Zwakten.....	23
4.1.3 Beperkingen.....	24
4.2 Conclusie.....	24
Hoofdstuk 5 Advies & inbedding.....	26

5.1 Adviezen.....	26
5.2 Inbedding.....	27
Literatuurlijst.....	28
Bijlage.....	34
Bijlage 1. Gevonden literatuur.....	34
Bijlage 2. Ideon kennismonitor dementie intramuraal.....	39
Bijlage 3. Topiclijst.....	48
Bijlage 4. Codeboom.....	50
Bijlage 5. Uitwerking percentage goed vragen kennismonitor dementie.....	51

Inleiding.

De verzorgingsstaat is veranderd in een participatiesamenleving. Door deze verandering binnen de samenleving blijven ouderen langer thuis wonen. Ze maken gebruik van de mogelijkheden van mantelzorg of wijkverpleging. Wanneer ze worden opgenomen binnen het verpleeghuis is de zorg van complexe aard. Er is sprake van co-morbiditeit (Zorginstituut Nederland, 2015).

Door de forse toename van het aantal ouderen in de komende decennia zal het aantal dementerenden sterk toenemen. De oorzaak hiervan is dat de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van een dementiesyndroom de leeftijd is. Het aantal 65-plussers neemt naar verwachting sterk toe: van ongeveer 2,4 miljoen (14,5% van de totale bevolking) in 2007 tot maar liefst ongeveer 4,2 miljoen (25% van de totale bevolking) in 2037 (Sanders & Garenfeld, 2015). In Nederland hebben 290.000 mensen dementie. Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing in de toekomst explosief stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040 (Alzheimer Nederland, 2021).

Binnen de regio parkstad valt tien procent van de inwoners binnen de leeftijdscategorie 75-plus. De prognose is dat het aantal inwoners in de leeftijd van 75-plus de komende jaren zal stijgen in deze regio (Gemeente Heerlen, 2018). Het aantal afgegeven intramurale indicaties als aandeel van de 75-plus populatie (dertien procent) is in de gemeente Heerlen hoger dan het landelijk gemiddelde (twaalf procent). Ouderen met een matige tot ernstige zorgvraag ten gevolge van cognitief regieverlies door psychogeriatrische aandoeningen neemt toe (Rijksoverheid, 2020).

Locatie de Hollehof is een verpleeghuis gelegen in de wijk Molenberg. De Hollehof voorziet momenteel in verpleeghuisplaatsen voor cliënten met een somatische zorgvraag (Sevagram, 2021). Binnen de locatie is de veranderde zorgvraag merkbaar doordat bij de huidige wonende cliënten de cognitieve problematiek toeneemt, wachtlijsten slinken en bedden lang leeg blijven. Binnen de dementie zorg zijn de wachtlijsten lang. Hierdoor verblijven dementerenden cliënten langer binnen de somatisch afdelingen. Medewerkers zijn wel geschoold, maar vaak niet bekwaam in deze zorgvraag. Het aanbod aan activiteiten, toezicht en structuur horende bij de betreffende indicatie sluit niet aan op de zorgvraag waardoor er onbegrepen gedrag wordt ervaren (Wettenbank, 2021). 80 tot 90 procent van de mensen met dementie vertoont vroeg of laat onbegrepen gedrag. Onder onbegrepen gedrag valt al het gedrag van de persoon met dementie dat door deze persoon zelf en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren. Zorgverleners herkennen het gedrag niet als onbegrepen en ervaren een toename in mentale werkdruk en raken overvraagd (Kennisplein Zorg voor Beter, 2021b).

De Hollehof zal in kwartaal drie of vier van 2022 een transformatie doormaken waarbij het huis levensloopbestendig wordt ingericht en hiermee de huidige en toekomstige zorgvraag beantwoord. De drie etages worden verdeeld in somatische zorg, psychogeriatrische zorg en somatisch zorg in combinatie met psychogeriatrische zorg (zonder artikel 21). Gezien de transformatie en de verandering van zorgvraag en aanbod is het van belang de noden van medewerker te onderzoeken ten gunste van de kwaliteit van zorg.

Probleemstelling.

Helpenden en verzorgenden individuele gezondheidszorg (IG) werkzaam binnen de Hollehof ervaren onvoldoende bekwaamheid ten aanzien van de te verlenen kwaliteit van zorg voor de psychogeriatrische zorgvrager.

Doelstelling.

Vanaf kwartaal drie 2022 zijn helpenden en verzorgenden IG werkzaam binnen etage één van de Hollehof geschoold en bekwaam binnen de te verlenen psychogeriatrische zorgvraag en voldoen ze aan de kwaliteitseisen zoals vastgesteld binnen de wet langdurige zorg (WLZ).

De hoofdvraag die centraal staat luidt: Door middel van welke scholingswijze kunnen zorgmedewerkers bekwaam raken binnen de psychogeriatrische zorgvraag en bijkomend onbegrepen gedrag om zo aan te sluiten op de wensen en behoeften van de dementerende cliënten en de kwaliteit van zorg te vergroten?

De deelvragen welke hierbij aansluiten zijn:

- Welke competenties hebben zorgmedewerkers nodig binnen de psychogeriatrische zorgverlening?
- Welke scholingsbehoefte hebben zorgmedewerkers?
- Welke scholing mogelijkheden biedt de organisatie aan en welke mogelijkheden worden extern aangeboden?
- Welke vorm van scholing is voor zorgmedewerkers het meest effectief?

Leeswijzer.

Hoofdstuk één biedt inzicht in het theoretisch kader. In hoofdstuk twee komt de methodologie aan bod. Binnen hoofdstuk drie worden de resultaten toegelicht en komt de scholingsbehoefte aan bod. Binnen hoofdstuk vier volgt de conclusie en discussie en tot slot volgt binnen hoofdstuk vijf het advies welke wordt gedeeld met de opdrachtgever en worden de mogelijkheden tot inbedding binnen de Hollehof besproken.

Hoofdstuk 1 Het theoretisch kader.

Om verschillende inzichten te verschaffen met betrekking tot de wensen, de behoeften en noodzakelijke scholingen ten aanzien van de psychogeriatrische zorgvraag en de bijhorende kwaliteit van zorg wordt in dit hoofdstuk het theoretisch kader beschreven. Het theoretisch kader is het vooronderzoek en vormt de wetenschappelijke basis van waaruit het onderzoek zal worden gedaan. Het theoretisch kader is opgebouwd uit begrippen, relevante theorieën en ideeën horende bij de probleemstelling en de hoofdvraag (Benders, 2021a).

1.1 De veranderde zorgvraag binnen het verpleeghuis.

Een algemene verandering binnen de ouderenzorg is dat mensen langer thuis wonen. Deze verandering is in grote mate geïnitieerd en ondersteund door de overheid. In het 'Programma Langer Thuis' beschrijft rijksoverheid hoe erop lokaal en regionaal niveau kan worden gezorgd dat "ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven" (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Een gevolg van het beleid om ouderen langer thuis te laten wonen, is dat de zorgzwaarte in de verpleeghuizen toeneemt. Ouderen komen pas in aanmerking voor opname binnen het verpleeghuis, wanneer zij zwaarder geïndiceerd zijn. Een zwaartepunt ligt hierbij op de zorgzwaarte voor cliënten die vanwege hun dementie intensieve begeleiding en verzorging nodig hebben. Deze cliënten zijn in grote mate zorgafhankelijk wanneer zij naar een verpleeghuis verhuizen (BTSG, 2018).

De verandering in het zorglandschap komt voort uit de bevolkingsgroei, maar meer nog door de dubbele vergrijzing waardoor het aantal mensen dat zorg ontvangt tussen 2018 en 2040 naar verwachting met 330.000 mensen zal stijgen. Dat betekent een groei van 19% in het totale zorggebruik. De grootste stijging is zichtbaar bij de zelf betaalde hulp (59%) en de zwaarste zorgvormen zijn verpleeghuiszorg (54%) en wijkverpleging (30%). Dat steeds meer mensen zelf hulp zullen inkopen komt vooral doordat er meer mensen zijn met hogere opleidingsniveaus. De toename in verpleeghuiszorg heeft vooral te maken met de verdergaande vergrijzing, die leidt tot meer mensen met dementie (Poldermans, 2008). Dit gegeven is merkbaar binnen het somatisch verpleeghuis door het niet hebben van wachtlijsten, langdurige leegstand en het langdurig verblijven van dementerende cliënten binnen de somatische afdeling. Cliënten met dementie in verpleeghuizen vormen een kwetsbare groep binnen de samenleving. Mensen met dementie kunnen hun wensen en behoeften moeilijk kenbaar maken en zij worden vaak geconfronteerd met een continue achteruitgang in hun cognitieve en fysieke gesteldheid (het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017).

1.2 Kwaliteit van zorg en goede zorg.

Wanneer het thuis niet meer gaat, moeten ouderen kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg binnen het verpleeghuis. Het begrip kwaliteit is moeilijk te definiëren omdat het begrip niet aan één interpretatie onderhevig is. Kwaliteit van zorg is de mate waarin de zorg geleverd voor personen en patiëntengroepen de gewenste zorgresultaten verbetert (kwaliteit van zorg, 2017). In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg staat wat cliënten en hun familie mogen verwachten (Ministerie van Algemene Zaken, 2021).

Onderzoek naar de 'kwaliteit van zorg' gaat over de vraag of de gezondheidszorg, zowel voor individuele patiënten als voor de bevolking als geheel, bijdraagt aan het verbeteren van de uitkomsten van zorg en over de vraag of deze zorg voldoet aan de laatste medische kennis en inzichten. De kwaliteit van zorg is gebaseerd op zes geaccepteerde dimensies: patiëntveiligheid, patiëntgerichtheid, effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid. Kwaliteit en veiligheid zijn speerpunten van goede zorg (Integraal kankercentrum, 2021).

Goede zorg is zorg die veilig is, zorg die effectief is, doelmatig en zorg die cliëntgericht is (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021b). De visie op goede zorg en begeleiding voor mensen met een dementie is in de afgelopen jaren sterk geëvolueerd. Tot voor kort werd voornamelijk vanuit medisch en functioneel perspectief naar het syndroom gekeken. Binnen de medische visie lag de focus op de symptomen die samenhangen met de dementie en de mogelijke oorzaken hiervan. In de loop van de jaren is de aandacht verschoven naar de subjectieve beleving van mensen met dementie en de individuele manier waarop ze omgaan met de gevolgen van hun ziekte. Deze kijkwijze leidde tot ontwikkeling van verscheidende psychosociale modellen van zorg en begeleiding van personen met dementie. Voorbeelden hiervan zijn de reminiscentie en 'validation therapy' (Finnema, 2000).

1.3 De psychogeriatrische zorgvraag.

De psychogeriatrie houdt zich bezig met aandoeningen die gepaard gaan met beperkingen van de geestelijke vermogens (psyché) op hogere leeftijd (geriatrie). Psychogeriatrie is een ander woord voor dementie. Dementie betekent een ingrijpende verandering in het leven van degene die deze ziekte treft, maar ook voor zijn of haar naaste familie (Medical Groep, 2019). Psychogeriatrische verpleeghuiszorg is bedoeld voor cliënten die 24 uur per dag, zeven dagen per week bescherming, verpleging en intensieve geestelijke zorg nodig hebben (CIZ, 2021).

Er is binnen de somatische en psychogeriatrische zorg overlap, maar ook veel verschil binnen de zorgverlening. De wettelijke kaders zijn anders ingericht gezien het bij somatiek

om vrijwillige zorg gaat en bij gevorderde dementie om onvrijwillige zorg kan gaan waarbij continu toezicht geboden dient te worden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Het verlenen van basiszorg is niet afwijkend, maar de bejegening van de ene doelgroep vraagt wel iets anders van de medewerker dan bij de andere doelgroep. Waar de somatische cliënt mondig en onafhankelijk is, vraagt de psychogeriatrische client aandacht, nabijheid en laat hij afhankelijkheid zien. Kwaliteitseisen gesteld aan de zorginstelling zijn voor beiden anders ingericht en de bevoegd en bekwaamheden vragen iets anders van de zorgverleners. De focus ligt binnen de psychogeriatrische zorg met name op de benadering van de cliënt en het verbeteren van de kwaliteit van leven (Zo zorg, 2021).

1.3.1 Onbegrepen gedrag.

Dementie vraagt een continu aanpassingsvermogen, van de persoon met dementie zelf, van diens naasten en van zorgverleners. Gevoelens van onzekerheid, onveiligheid en angst komen vaak voor. Bekend is dat de ziekte dikwijls gepaard gaat met vormen van gedrag die problemen kunnen opleveren voor de persoon met dementie zelf en/of zijn omgeving (Prins, Heijkants, Willemse, 2018). Veel onbegrepen gedrag is afhankelijk van de situatie, de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt zelf en de mensen om hem heen. Interventies zijn vaak gericht op het aanpassen of veranderen van de omgeving (Kennisplein Zorg voor Beter, 2021a). Binnen de zorg voor de psychogeriatrische cliënt is aandacht hebben voor de herkomst van het onbegrepen gedrag van belang. De Verenso/NIP richtlijn van 2018 koppelt het gedrag vooral aan dementie. Zij beschrijven het probleemgedrag als gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn omgeving. Een belangrijk doel is om de lijdensdruk te verminderen. In de eerste plaats van de persoon met dementie zelf, maar ook van degenen die voor hem zorgen. Een ander belangrijk doel is om eventueel gevaar te verminderen (Smalbrugge, 2018).

Onbegrepen gedrag kan erg belastend zijn voor de persoon met dementie en is vaak moeilijk te accepteren door de omgeving. Soms gaat het om een karakterverandering, soms om gedrag dat kenmerkend is voor de dementie. Het gaat hoe dan ook om gedrag dat de persoon met dementie voorheen niet vertoonde. Hierdoor is het voor de omgeving moeilijk te begrijpen. Het gedrag is niet altijd te verhelpen. Het gaat vooral om adviezen van hulpverleners die helpen om met het gedrag om te gaan, het te verminderen of (in sommige situaties) te voorkomen. Soms is gedrags-beïnvloedende medicatie noodzakelijk (Redactie ZorgkaartNederland, 2022).

1.3.2 Omgaan met psychogeriatrische cliënten binnen het verpleeghuis.

Zoals eerder benoemd neemt het aantal dementerende cliënten wonende binnen het verpleeghuis toe. Steeds meer mensen bereiken een hogere leeftijd, terwijl een geneeskundige behandeling van het dementiesyndroom niet inzicht is (Kerkstra, 1999). De confrontatie met dementie en de gevolgen daarvan in het dagelijks leven kunnen als stressvol worden ervaren, zowel door de persoon die het overkomt als door zijn omgeving en zorgverleners. Uit buitenlands onderzoek is al in de jaren negentig naar voren gekomen dat de zorg voor dementerende ouderen gevoelens van machteloosheid, nutteloosheid en onzekerheid kan oproepen, met als gevolg een lage arbeidstevredenheid en burn-outsverschijnselen (Bilsen, 2007).

In de omgang met dementerende cliënten onderscheidt men twee categorieën problemen: problemen met specifieke gedragingen, zoals agressief, aanstootgevend of depressief gedrag, en meer algemene problemen met het omgaan met deze cliënten, zoals omgangsproblemen tijdens de ochtendzorg, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid en problemen door gebrek aan waardering door cliënten. Zorgverleners vinden vooral het hanteren van een specifieke gedragingen erg moeilijk. Velen van hen geven aan dat zij moeite hebben met agressief gedrag, zeker als het fysiek is, en het dreigen ermee. Ook aanstootgevend gedrag, depressief gedrag en angstig gedrag is voor velen erg moeilijk om mee om te gaan (Bilsen, 2007). Onbegrepen gedrag komt vaak voor bij cliënten met een dementie in het verpleeghuis. De uitwerking van het onbegrepen gedrag op personeel uit zich onder andere in stress en een verhoogd verzuim. Om zorgverleners te helpen beter om te gaan met onbegrepen gedrag, zijn in het verleden al een groot aantal richtlijnen ontwikkeld (Kooij, 2017). Uit onderzoek van het Trimbos-instituut en Vilans blijkt dat deze richtlijnen onvoldoende bekend zijn in de praktijk. Zodoende hebben het zij in 2013 acht kernelementen samengesteld op basis van de bestaande richtlijnen. Dit gebeurde in opdracht van de inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ). De kernelementen zijn een hulpmiddel voor zorgverleners bij de zorg voor mensen met dementie (Kennisplein Zorg voor Beter, 2021b).

1.4 Competenties.

Doordat het aantal ouderen de komende jaren fors zal toenemen en hun zorgbehoefte groeit ligt er een grote uitdaging voor het leveren van goede zorg. Lag vroeger de focus op ziekten en het behandelen hiervan, nu verschuift die naar eigen regie en preventie van gezondheids- en welzijnsproblemen (Oeseburg, 2015). Uit onderzoek blijkt dat verzorgenden IG en helpenden onvoldoende voorbereid worden op hun toekomstige werkzaamheden. Dat geldt niet alleen in Nederland, maar wordt ook internationaal beschreven. In een wereldwijd onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) waarin het ouderenonderwijs in 64

landen onderzocht werd, concludeerden de auteurs dat de belangrijkste reden waarom faculteiten geen ouderenonderwijs aanboden het gebrek aan duidelijke geriatrische doelstellingen in het nationale curriculum was. Het huidige medische onderwijs in Nederland is niet ingericht op de toename van het aantal ouderen. Van verzorgende IG en helpenden wordt, ieder op haar eigen niveau, een proactieve, vraaggerichte, sociaal inlevende houding verwacht, waarbij gestreefd wordt naar het bevorderen van de eigen regie en de kwaliteit van leven (Bodegom, Hoogerduijn, Oeseburg, 2014). Kijkende naar de psychogeriatrische zorgvragen zijn naast vakkennis en werkervaring, openheid, creativiteit, flexibiliteit, kunnen observeren en het creëren van nabijheid doorslaggevende competenties om cliënten bij wie er hersenfuncties zijn aangetast zorg op maat te leveren (V&VN, 2018).

1.5 (Bij)scholing.

Voor de veranderde zorgvraag is een andere houding, ander gedrag en zijn andere kennis en vaardigheden noodzakelijk. Dat betekent scholing, nieuwe dingen leren of nieuw gedrag aanwennen. Dat is een individuele opgave, maar wel een die pas gaat werken als het op teamniveau en organisatie breed wordt aangepakt. Collectief leren is het meest effectief, zeggen veel vooraanstaande organisatiedeskundigen (Senge, De Caluwé en Scharmer). Nog effectiever wordt het, wanneer het geleerde direct relevant is voor het dagelijks werk en deel uitmaakt van het informeel leren op de werkvloer (Senge, 2015). Charles Jennings is de grondlegger van het 70:20:10 principe welke staat voor: 70 procent van het leren vindt plaats op de werkvloer, 20 procent door coaching en feedback en 10 procent door trainingen en cursussen (Arets & Heijnen, 2015). Om een gedegen advies te geven wordt er binnen de literatuur evenals de praktijk onderzocht welke wijze van scholing effectief en doeltreffend is voor de werkzame zorgverleners en hoe deze vorm gegeven kan worden. De aanwezige kennis, de behoeften en de veranderbereidheid van de betrokken zorgverleners worden binnen de te verrichten onderzoeken getoetst.

1.6 Kennismonitor dementie intramuraal.

De noodzaak aan scholing is afhankelijk van de al aanwezige kennis en bekwaamheid.

De Kennismonitor Dementie is een vragenlijst die inzicht geeft in wat men weet over dementie en het omgaan met mensen met dementie. De Kennismonitor is wetenschappelijk ontwikkeld en zet de kennis en praktijk van de zorgprofessional zélf centraal. De vragen zijn zo gesteld, dat men gaat reflecteren op het eigen handelen in de praktijk. Deze vragen zijn samengesteld in samenwerking met experts op het gebied van dementiezorg die verbonden zijn aan gerenommeerde organisaties zoals Alzheimer-Nederland, Vrije Universiteit van Amsterdam en Radboud Universiteit (Ideon, 2021). Er worden 28 vragenlijsten verspreid over de werkzame helpenden en verzorgenden IG.

Hoofdstuk 2 Methoden.

De inleiding en het theoretisch kader zijn beschreven. Binnen dit hoofdstuk worden de toe te passen methoden uitgewerkt voor de te verrichten onderzoeken.

2.1 Onderzoek benadering.

Binnen het onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve literatuurstudie ter onderbouwing van de effectiviteit van formeel of informeel leren ter vergroting van de bekwaamheid binnen de psychogeriatrische zorgvraag. De onderzochte literatuur betreft wetenschappelijke artikelen en vakliteratuur nationaal en internationaal. De hypothese komt tot stand door literatuuronderzoek en observaties binnen de praktijksituatie (Streefkerk, 2021). De inductieve hypothese luidt: verzorgenden en helpenden binnen de instellingen leren effectief door formeel en informeel leren aan te bieden door bekwame trainers en coaches binnen de psychogeriatrische zorgvraag en onbegrepen gedrag. De deelvragen één tot en met drie worden beantwoord door een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoek (mixed methods) dat is vormgegeven met een gevalideerde vragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 59 vragen verdeeld over drie thema's. De vragenlijst dient als kennismonitor. Na afname van de vragenlijst vindt er een focusgroep gesprek plaats. Daarnaast zullen er twee semigestructureerde interviews afgenomen worden met ervaringsdeskundigen welke al langeretijd werkzaam zijn binnen de psychogeriatric en welke reeds binnen een collega locatie de verandering van de somatische zorgvraag naar psychogeriatric zorgvraag hebben doorgemaakt.

2.2 Setting & Participanten.

Het verzamelen van de onderzoeksgegevens vindt plaats binnen zorgcentrum de Hollehof. De teammanager zorg van de betreffende locatie is de opdrachtgever. De Hollehof voorziet in 64 verpleeghuisplaatsen verdeeld over drie afdelingen. Binnen de locatie zijn er in totaliteit twintig verzorgende IG en vijftien helpenden werkzaam verdeeld in vaste teams binnen de drie etages.

De onderzoekspopulatie bestaat uit een één psycholoog, één specialist ouderengeneeskunde en één selectie van de werkzame medewerkers binnen de locatie. De eerste groep bestaat uit de werkzame helpenden en verzorgenden IG. De steekproefselectie is de populatie vanuit de gehele selectie welke full time zullen gaan werken binnen de psychogeriatrische afdeling. Het gaat om een aselechte steekproef waarmee de onderzoeker een advies kan onderbouwen doeltreffend voor de gehele doelgroep verzorgende en helpende binnen de instelling. Gezien het een derde van de medewerkers omvat is de steekproef grote omvangrijk genoeg om een valide en betrouwbaar advies te kunnen geven (Benders, 2021a).

De andere twee respondenten dienen als ervaringsdeskundigen. Hierbij gaat het om de specialist ouderengeneeskunde ook werkzaam als aandacht functionaris wet zorg en dwang en één psychologe tevens werkzaam binnen het innovatie platform. Beide zijn betrokken bij de afdeling en de organisatie. De respondenten voldoen aan de in- en exclusiecriteria zoals beschreven binnen tabel 1.

Tabel 1. In- en exclusiecriteria respondenten.	
Respondenten.	In- en exclusiecriteria.
Verzorgende IG en helpenden.	Inclusiecriteria: • Zorgmedewerkers werkzaam binnen de instelling en op de afdeling welke de psychogeriatrische zorgvraag gaat aanbieden. • Zorgmedewerkers in de functie van verzorgende en verzorgende IG en helpenden. • Zorgmedewerkers welke fungeren als cliëntkenner. Exclusiecriteria: • Vrijwilligers of stagiaires.
Psychologe.	Inclusiecriteria: • Werkzaam binnen de organisatie. • Deskundig binnen de psychogeriatrische zorgvraag evenals de somatische zorgvraag. Exclusiecriteria: /
Specialist Ouderengeneeskunde.	Inclusiecriteria: • Werkzaam binnen de organisatie. • Deskundig binnen de psychogeriatrische zorgvraag evenals de somatische zorgvraag. Exclusiecriteria: /

2.3 Dataverzameling.

Bij de data verzameling is gebruik gemaakt van deskresearch evenals fieldresearch. Tijdens de deskresearch is er een literatuurstudie uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van verschillende online databanken. Google Scholar, Springerlink en Pubmed met full tekst toegang van Zuyd hogeschool. De verschillende zoektermen zijn opgenomen in de

zoekstrategie. De gebruikte termen zijn. Verzorgende, helpenden, zorgverlener, dementie zorg, formeel leren, informeel leren, coaching, competent, kwaliteit en competenties. De gevonden literatuur (bijlage 1) wordt gescand op titel en samenvatting en beoordeeld op relevantie, kwaliteit, auteur en wordt getoetst via de piramide van betrouwbaarheid (Libguides, 2021). Ook worden artikelen gefilterd op publicatiedatum. Hierbij is de grens gesteld op maximaal tien jaar oud.

De fieldresearch wordt vormgegeven met een gevalideerde vragenlijst (bijlage 2) afgenomen bij achtentwintig zorgmedewerkers met opleidingsniveau twee en drie. De gevalideerde vragenlijst is een kennismonitor dementie intramuraal en bestaat uit 59 vragen. De vragen zijn verkregen middels Ideon en zijn opgesteld in samenwerking met experts op het gebied van dementiezorg welke verbonden zijn met gerenommeerde organisaties zoals Alzheimer-Nederland, Vrije Universiteit van Amsterdam en Radboud Universiteit (Ideon, 2021). De anonieme uitkomsten van de vragenlijsten worden meegenomen binnen het focusgroep gesprek dat gehouden wordt met de steekproefselectie en waar de vraag: waar lig je wakker van 's 'nachts ten aanzien van de veranderde zorgvraag en wat heb je nodig? Centraal zal staan. De focusgroep vormt een homogene groep medewerkers met een vergelijkbare achtergrond, positie en expertise. Hiermee tracht de onderzoeker de uitdaging te zoeken binnen mogelijk discussies (Swaen, 2021).

De af te nemen individuele interviews zijn semigestructureerd vormgegeven. De twee respondenten zijn beide ervaren met een verandering in zorgvraag en aanbod en met de psychogeriatrische zorgvraag. Ze vervullen binnen teams een coachende rol. Zodoende zal ook hen de vraag over scholing en aanbod voorgelegd worden. Er is voorafgaand aan het gesprek een kader aan vragen opgesteld via een topiclijst (bijlage 3). Binnen het gesprek bestaat de ruimte tot afwijken binnen het thema met als doel het verkrijgen van diepgang en antwoord. De topics zijn verkregen vanuit de Ideon vragenlijst en de hoofd- en deelvragen waarbij binnen het interview ervaringen en verwachtingen worden verdiept. De topics zijn: Onbegrepen gedrag en bejegening, coaching en scholing. Tijdens het interview wordt gebruik gemaakt van een interviewleidraad. De leidraad volgorde is: Introductie van het onderwerp, anonimiteit, mogelijkheid tot vervroegd beëindigen, informed consent en het invullen van het proefpersonen informatie formulier (PIF) (Merkus, 2021). Er wordt gebruik gemaakt van communicatievaardigheden zoals luisteren, samenvatten en doorvragen (LSD) en motiverende gespreksvoering. Hiermee creëert de onderzoeker behoud van de objectieve houding. De respondenten welke deelnemen aan de fieldresearch worden allen persoonlijk benaderd mondeling en doormiddel van een verstuurd e-mail.

2.4 Data-analyse.

De uitkomsten van de gevalideerde vragenlijsten geven anoniem weer welke kennis er al aanwezig is en waar de pijlers voor groei liggen. De verworven informatie wordt gedeeld tijdens het focusgroep gesprek waar de afgenomen vragenlijsten fungeren als leidraad. De focusgroep gesprekken worden met instemming van de deelnemers opgenomen middels een dictafoon. Hetgeen opgenomen zal getranscribeerd en gecodeerd worden. Het coderen is het orde brengen in de verworven inhoudt van het gesprek en de afgenomen interviews en geschied in drie stappen: Open-, axiaal- en selectief coderen (Kirsten Dingemanse, 2021).

Ook tijdens het interview wordt het gesprek met toestemming opgenomen met een dictafoon. Na het interview worden de opnamen woordelijk getranscribeerd. Na het transcriberen wordt het interview gecodeerd. Het coderen geschied op gelijke wijze als bij de verworven inhoud van de focusgroep gesprekken. De interviews worden door de onderzoeker afgenomen waarbij alertheid wordt geboden op de objectieve houding.

De verworven data worden tijdens het lopende onderzoek herhaaldelijk gedeeld met de opdrachtgever. Met de opdrachtgever wordt besproken of de voorkeur wordt gegeven aan openheid of dat anonimiteit van de deelnemers als voldoende informatief kan worden beschouwd. Het invullen van de gevalideerde vragenlijst wordt door opdrachtgever gepromoot en mag in werktijd. De opdrachtgever maakt deze keuze gezien het belang van inzicht in de bekwaamheid voor de organisatie.

2.5 Ethische overweging.

Voorafgaand aan het onderzoek worden alle respondenten benaderd en is het onderwerp met hen gedeeld. Deelname aan het focusgroep gesprek en de interviews is vrijwillig en mag op iedere moment (zonder opgave van rede) gestopt worden. Alle deelnemers zijn boven de achttien. De gebruikte dictafoon is voorzien van een wachtwoord en zodoende niet door anderen af te luisteren. De getranscribeerde en gecodeerde verslaglegging van de interviews worden doormiddel van de membercheck bij de focusgroep leden en bij beide geïnterviewden voorgelegd om goedkeuring te verkrijgen. De opnames worden na het transcriberen gewist van de opname apparatuur. De deelnemers van het focusgroep gesprek en de interviews zullen allen het PIF- formulier ontvangen. Het PIF-formulier dient om de respondenten volledig en correct te informeren over het onderzoek waaraan deel wordt genomen en als toestemmingsformulier (LUMC, 2021).

Hoofdstuk 3 Resultaten.

Binnen dit hoofdstuk worden de resultaten van kwantitatief- en kwalitatief onderzoek gedeeld aan de hand van categorieën voorkomend uit de topiclist (bijlage 3) en uit de codeboom (bijlage 4) van de transcripten. De categorieën zijn achtereenvolgens: Teamvorming, competenties, scholing en de kennismonitor dementie. De categorieën worden vervolgens uitgediept binnen subcategorieën. De onderzoekspopulatie bestaat uit twee onderzoekseenheden, namelijk de ervaringsdeskundigen en de zorgmedewerkers. De respons ratio is 100%. Vanuit de getranscribeerde interviews worden quotes gedeeld ter onderbouwing.

3.1 Teamvorming.

Uit de interviews blijkt dat er een uitdaging zal liggen binnen de nieuwgevormde teams. Alle medewerkers hebben hun affiniteit voor een doelgroep en afdeling kenbaar kunnen maken. Hierop volgend zijn nieuwe teams gevormd welke in april hun samenwerking zullen starten. Volgens beide deskundigen gaat dit een impact op de teams hebben omdat de teams een nieuwe samenwerking met elkaar aangaan.

A: de teams hebben een voorkeur kunnen geven voor een van de drie afdelingen die binnen deze locatie gaan plaatsvinden.... Dus de oude teams die er waren die worden uiteen gehaald en er komen hele nieuwe teams voor terug. Dus voor alle zorgverleners zal het weer een uitdaging zijn om in een nieuw teamverband te gaan werken.

Vanuit de afgenomen interviews met de deskundigen komt naar voren dat het kunnen fungeren als team de basis vormt om de verandering te laten slagen. Het contact maken met elkaar doormiddel van een bijeenkomst heeft de voorkeur. Vanuit daar kunnen er gezamenlijke wensen, behoeften, kansen en mogelijkheden worden gedeeld en afspraken worden gemaakt. Daarnaast dient er vertrouwen te worden gecreëerd ten aanzien van elkaar en de mogelijke coaches.

A: Ik ben eigenlijk al heel blij als we gewoon als team met zijn allen kunnen fungeren. Want ik denk dat dat de basis is om dit te laten slagen.

K: Je moet inderdaad vertrouwen in het team zelf, nog vertrouwen onderling, maar ook met de coach of de betrokkenen opbouwen.

Beide deskundigen geven aan dat kennismaken met elkaar de basis van succes zal zijn. Door met elkaar voorafgaand aan de samenwerking in gesprek te gaan kunnen medewerkers elkaars kwaliteiten en leerpunten naar elkaar uitspreken.

A: Ik zou het heel leuk vinden om alle teams afzonderlijk een middag of een avond bij mekaar te hebben om te kijken wat zijn mekaars kwaliteiten. Wie is daar goed in wie is daar goed in. Dan hoop ik dat iedereen ook durft aan te geven waar nog leerpunten liggen. Dan zou je ook al eens bij elkaar kunnen gaan kijken wat je bij mekaar kan gaan halen.

3.2 Competenties.

Vanuit de gevoerde interviews met de deskundige komen vanuit hun ervaringen enige kerncompetenties aan bod welke hun onderbouwen als noodzakelijk. Ze benoemen met name objectief kunnen observeren, signaleren en multidisciplinair kunnen samenwerken.

K: Ik denk dat de competenties dan vooral ook zitten op het stukje observeren... En dan heb ik het echt over objectief observeren. Dus geen waarde er meteen aan geven.

Daarnaast is het kunnen maken van contact van belang. Binnen de somatische zorg wordt veelal taakgericht gewerkt geeft deskundige K. aan. Binnen de psychogeriatric is persoonsgericht werken van belang. Cliënten met een somatische grondslag kunnen hun wensen en behoeften kenbaar maken. Terwijl iemand met dementie dit niet altijd kan verwoorden. Doormiddel van observeren en signaleren kunnen iemands wensen vanuit zijn mimiek, houding en/of gedrag worden geïnterpreteerd.

K: Ik denk ook dat er veel meer van taakgericht nog naar persoonsgericht gewerkt moet gaan worden. Dat is natuurlijk überhaupt een ontwikkeling die nodig is. Dat het meer gericht is op welzijn. En ik denk ook wel dat het een uitdaging wordt voor medewerkers om te achterhalen wat iemand wil of wat iemands wensen zijn.

3.2.1 (Onbegrepen) gedrag en bejegening.

De benoemde competenties hangen volgens de deskundigen samen met het herkennen van onbegrepen gedrag dat voorkomt bij dementie of wordt ervaren door familie, naasten en de omgeving. Onbegrepen gedrag komt voor binnen alle facetten van zorg. Onbegrepen gedrag wordt ook geformuleerd als probleemgedrag. Het gedrag kan als een probleem voelen voor de cliënt, zijn naasten en of zijn omgeving. Onbegrepen gedrag komt binnen de psychogeriatricische zorg voort uit de cognitieve stoornis of een gelijkgestelde aandoening.

A: Onbegrepen gedrag is voor mij gedrag wat voortvloeit uit iemands cognitieve stoornis of een gelijkgestelde aandoening zoals ze dat dan noemen.

Deskundige K. beschrijft onbegrepen gedrag, gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk. Ze geeft aan dat lijdensdruk zich naar buiten of naar binnen kan uiten. Voorbeelden die ze aandraagt zijn roepgedrag als duidelijke lijdensdruk naar buiten en eenzaamheid

voorkomend uit lijdensdruk welke zich naar binnen uit. Een belangrijk doel is om de lijdensdruk te verminderen.

K: Het gaat erom dat er lijdensdruk is. Dat maakt het voor mij onbegrepen. En of dit nu is dat iemand dat erg naar buiten uit of erg vanbinnen lijdt.

De cliënt behoeft zelf geen hinder te ervaren van onbegrepen gedrag terwijl de omgeving en naasten dit wel ervaren. Bij de signalering van onbegrepen gedrag is het beoordelen wie het als onbegrepen gedrag ervaart van belang. Vanuit de deskundigen worden interventies ingezet gericht op de oorzaak of op de persoon welke de hinder ervaart. De deskundigen geven aan dat het belangrijk is dat medewerkers objectief kunnen observeren en kunnen reflecteren op prikkels in de omgeving welke aanwezig zijn of worden gecreëerd.

K: Het kan best zijn dat de bewoner zelf er geen last van heeft, maar de omgeving wel.... Dan ga je eigenlijk meer gericht op de omgeving, hoe kunnen hun ermee omgaan. Dan dat je echt het gedrag van die persoon gaat veranderen.

3.2.2 Wet zorg en dwang.

Deskundigen geven beiden aan dat het belangrijk is dat medewerkers zich bewust zijn dat de kern van de wet zorg en dwang is “nee, tenzij”. Vrijwillige zorg voor cliënten, tenzij echt niet anders mogelijk. Daarnaast geeft deskundige A. aan dat medewerkers bewust om moeten gaan met het inzetten van middelen en maatregelen. Ze benoemt als voorbeeld het gebruik van bedhekken. Deze mogen niet zomaar ingezet worden en kunnen consequenties hebben voor het welbevinden en gedrag van de client. Bewustwording is hierbij volgens beiden deskundigen van belang en de basis.

A: Wat ik van elke zorgverlener zou willen, ja zou willen maakt niet uit welk niveau het is, dat ze zich in elk geval bewust zijn dat deze wet bestaat en dat in principe eigenlijk altijd uit wordt gegaan van onvrijwillige zorg, tenzij het niet anders kan. Dat vind ik wel de basis regel die iedereen zou moeten weten.

K: Ik denk dat ze vooral moeten weten wat zijn eigenlijk vrijheidsbeperkende maatregelen. Wat houdt dat eigenlijk in. Maar ook vooral dat ze zich bewust zijn dit het iets is wat je echt op het laatst pas inzet.

3.3 Scholing.

Vanuit het interview met deskundige K. komt naar voren dat scholing niet alleen effectief is door het toepassen van praktijkleren of theorie. Een combinatie van mogelijkheden heeft de voorkeur. Beide deskundigen geven aan dat theoretische basiskennis wel noodzakelijk is.

K: Ik denk dat heel veel procent, ik kan me voorstellen dat dat 70% is, ervaringen leren en praktijk leren is. En inderdaad maar een klein gedeelte kennis, maar dat je wel de kennis meteen aan de praktijk koppelt.

Beide deskundigen zijn echter ook van mening dat theoretische kennis pas kan gaan leven als het in de praktijk wordt ervaren.

K: Ik denk dat kennis pas gaat leven als je het ervaart. Je kunt heel veel kennis opdoen, maar ik doe zelf ook een opleiding en ik merk dat het leren leuk wordt als je het kunt toepassen en kunt ervaren van wat je met die kennis kunt doen.

Deskundige K. geeft zelf praktijkscholing genaamd agressievisie, beroepshouding, communicatie (ABC) scholing. Tijdens deze scholing gaat de psychologe samen met medewerkers ervaringen vanuit de praktijk verdiepen. Ze geeft aan dat binnen deze scholing medewerkers samen gaan onderzoeken waar gedrag vandaag komt. Daarnaast wordt er doormiddel van een rollenspel de praktijksituatie nagebootst. Deze scholing zou volgens deskundige K. toepasbaar zijn op het moment dat de afdelingen gevormd zijn en de psychogeriatrische zorgvrager woonachtig is binnen de locatie.

K: Ja, ik geef dan zelf de ABC-scholing. Waarin ik merk dat dat gewoon heel erg praktijkgericht is en dat moet je denk ik hebben. Dat mensen gewoon aan de slag gaan, ermee oefenen, zich er een beeld bij kunnen vormen, maar vooral door het te ervaren leren.

3.4 Best practice.

Aan de geïnterviewden werd gevraagd of ze ervaring hebben met best practice in de vorm van meeloop dagen of momenten binnen al gevormde afdelingen en afdeling welke zorg verlenen aan de doelgroep psychogeriatric. Deskundige A. geeft aan dat het inzicht krijgen in de doelgroep en de afdeling meerwaarde heeft, maar dat casussen welke dadelijk worden ervaren binnen de eigen afdeling anders ervaren kunnen worden. Beiden zagen ze vooral meerwaarde in het vooraf leren kennen van de doelgroep, het maken van contact en het ervaren van de aanwezige prikkels en geluiden. Binnen beide interviews komt naar voren dat het meegeven van een opdracht of het hebben van een leerdoel van belang is alvorens iemand gaat meelopen binnen een andere locatie.

A: Ik denk dat degene die naar een andere locatie gaat voor zichzelf van tevoren op zou moeten opschrijven, wat wil ik halen bij die locatie. Wat zijn dingen die ik graag nu al zou willen weten zodat ik die kan meenemen naar de locatie waar we met dezelfde afdeling gaan beginnen.

K: Ja, je zou dan inderdaad gericht kunnen zeggen probeer eens een gesprekje aan te gaan of contact te maken. Of probeer eens te observeren wat hoor je allemaal aan geluiden op zo een afdeling.

3.5 Coaching.

Deskundige K. geeft aan dat coachen heel belangrijk is en meerwaarde heeft omdat iemand heel erg positief bekrachtigd kan worden in wat hij goed doet. Tijdens het coachen kun je vooral successen en de goeie ervaringen delen en bekrachtigen.

Coaching kent volgens beide deskundigen meerdere vormen welke in de dagdagelijks praktijk uitvoerbaar zijn. De vraag hierbij is wat heeft men nodig? De deskundigen zien beiden een coaching verband en spreken over een coaching driehoek. Deze driehoek kent zijn oorsprong binnen de gehandicaptenzorg benoemt deskundige K. Binnen de driehoek werken de psycholoog/arts, de teammanager zorg en de hbo-verpleegkundige in opleiding nauw samen. De psycholoog/arts coacht binnen (onbegrepen) gedrag en teamdynamieken, de teammanager zorg coacht vanuit beleid en de hbo-verpleegkundige in opleiding coacht de afdelingsprocessen en legt de verbindingen tussen het team en de andere behandelaren. Het is van belang dat de coaches vooraf duidelijke afspraken maken over de coach gebieden en over een taakverdeling.

K: Ja ik weet bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg is er een soort driehoek van psycholoog, teamleider en coach. Dat zijn eigenlijk drie partijen die rondom dat team alles regelen qua coachen en qua teamdynamieken.

De coach dient volgens de deskundigen ook over een aantal vaardigheden te beschikken. De coach moet positief kunnen bekrachtigen, vertrouwen kunnen creëren, mensen motiveren en beleid kunnen uitdragen. Daarnaast dient de coach voldoende kennis over de organisatie, de visie en de zorgvraag te bezitten. Coaching kent meerdere manieren van uitvoering. Zo kan er binnen de afdeling gecoacht worden doormiddel van casuïstiek bespreking, klikmomenten, ervaringsleren en video interactie. Over de wijze van coaching on the job zeggen de deskundigen het volgende:

A: Dus eigenlijk heb ik gezien dat je gewoon het beste een casus kan pakken waar meerdere collega's mee zitten om die gewoon eens met zijn allen uit te pluizen.

K: Als iemand zegt ik heb moeite om iemand te benaderen of er is een bepaald gedrag waarvan ik niet weet hoe ik erop moet reageren of waar het vandaan komt. Dan echt mee te kijken en op dat moment ook adviezen te geven. Of het gewoon samen uitproberen. Want vaak weten wij ook niet meteen wat er speelt of wat nodig is. En dan gewoon samen iets inzetten en het vooral ervaren.

Belangrijk binnen coaching is wel dat de gecoachte openstaat voor feedback en zelfreflectie kan toepassen. Volgens de deskundigen bezit een deel van de medewerkers deze vaardigheden en hebben ze hier ook groei en verbetering in waargenomen. Ze bemerken dat medewerkers vaker de vraag multidisciplinair stellen en zo samen opzoek gaan naar een oplossing of een interventie welke bijdraagt aan het welzijn van de client en de medewerker.

A: Ik merk wel echt dat er multidisciplinair samen met een psycholoog en ook met de paramedische dienst, de arts en het zorgpersoneel goed wordt gekeken hoe we het in de beste banen kunnen leiden.

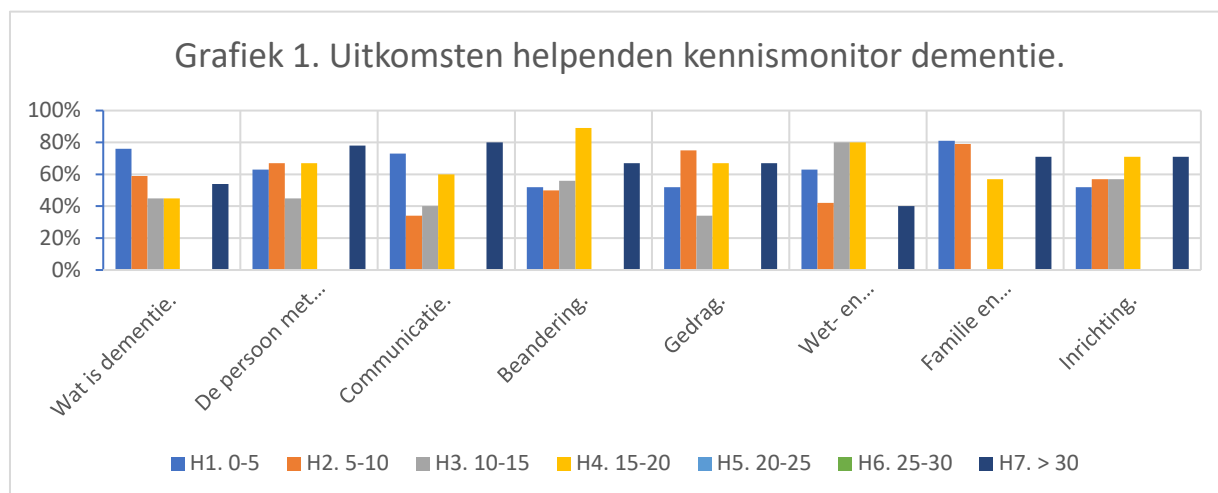
3.6 De kennismonitor dementie.

28 respondenten hebben de kennismonitor dementie ingevuld welke overeenkomt met een respons van 100%. De respondenten zijn acht helpenden en twintig verzorgende IG. Een ingevulde lijst is afgekeurd gezien meerdere antwoordopties waren aangekruist per vraag. Door de afkeuring van één vragenlijst is de responsratio 96.4%. De resultaten zijn vormgeven in een twee grafieken. De resultaten zijn opgesplitst in niveau, aantal jaren gediplomeerd en thema. Het aantal jaar gediplomeerd binnen de resultaten van de helpenden is vermeld als H1 0 tot 5 jaar gediplomeerd, H2 5 tot 10 jaar gediplomeerd, H3 10 tot 15 jaar gediplomeerd, H4 15 tot 20 jaar gediplomeerd, H5 20 tot 25 jaar gediplomeerd, H6 25 tot 30 jaar gediplomeerd en H7 langer dan 30 jaar gediplomeerd.

Het aantal goede antwoorden is gedeeld door het aantal vragen per thema. Deze som geeft het percentage van goede antwoorden per thema (bijlage 5). De percentages worden beoordeeld volgens de normen van Ideon. Voldoende: 70 procent of hoger, krap voldoende 60 tot 69 procent, onvoldoende lager dan 60 procent.

Binnen alle onderwerpen worden er onvoldoendes, en krap voldoende gescoord. Per categorie medewerkers verschillen de percentages per onderdeel. De categorieën welke het slechts scoren en meer aandacht zullen vergen zijn: Wat is dementie, communicatie benadering en inrichting. De scores zijn afhankelijk van het aantal deelnemers per categorie.

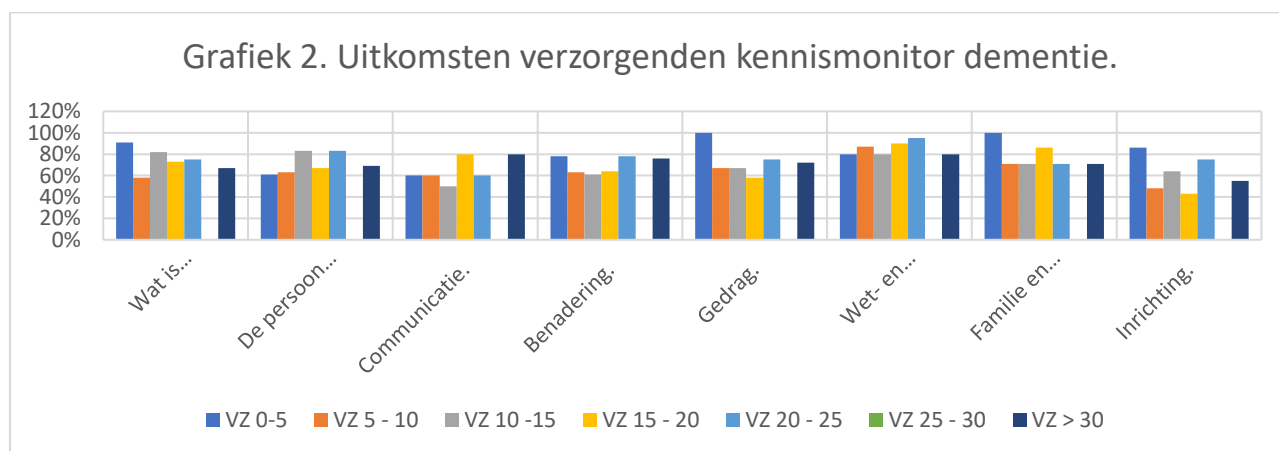
Grafiek 1. Resultaten kennismonitor dementie helpenden.



De resultaten van de verzorgenden IG zijn eveneens opgesplitst in niveau, aantal jaren gediplomeerd en thema. Het aantal jaar gediplomeerd binnen de resultaten van de verzorgenden is vermeld als. VZ1 0 tot 5 jaar gediplomeerd, VZ2 5 tot 10 jaar gediplomeerd, VZ3 10 tot 15 jaar gediplomeerd, VZ4 15 tot 20 jaar gediplomeerd, VZ5 20 tot 25 jaar gediplomeerd, VZ6 25 tot 30 jaar gediplomeerd en VZ langer dan 30 jaar gediplomeerd.

De verzorgenden scoren krap voldoende en voldoende. Een enkele groep scoort bij een categorie onvoldoende. Er is basiskennis aanwezig binnen alle categorieën ongeacht werkervaring binnen de doelgroep. De categorieën welke het slechts scoren en meer aandacht zullen vergen zijn: De persoon met dementie, communicatie, benadering en Inrichting. Opvallend binnen zowel de uitkomsten van de helpenden en de verzorgenden is dat het best gescoord wordt door de kortst gediplomeerden en de langst gediplomeerden.

Grafiek 2. Resultaten kennismonitor dementie verzorgenden IG.



Hoofdstuk 4 Discussie en conclusie.

Dit hoofdstuk geeft binnen de discussie de ervaren sterkten, zwakten en beperkingen tijdens de gehouden onderzoeken weer. De conclusie geeft antwoord op de eerder gestelde hoofdvraag.

4.1 Discussie.

Binnen de gehouden onderzoeken zijn resultaten verworven welke bijdragen aan het geven van een advies en mogelijk antwoord op de in de inleiding gestelde hoofdvraag en deelvragen. De volgende discussiepunten geven achtereenvolgens de sterkten, de zwakten en beperkingen binnen de gehouden onderzoeken weer.

4.1.1 Sterkten.

- De interviews hebben allemaal binnen dezelfde setting plaatsgevonden. Hiermee is uniformiteit gecreëerd.
- Er is gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst welke is uitgezet naar 28 medewerkers niveau twee en drie. De uniformiteit en validiteit ten aanzien van de aanwezige kennis binnen het onderwerp is hiermee vergroot.
- De vragenlijst heeft inzicht gegeven in de al aanwezige basiskennis waarbij de van de verzorgende IG en helpenden verwachte proactieve, vraaggerichte, sociaal inlevende houding, waarbij gestreefd wordt naar het bevorderen van de eigen regie en de kwaliteit van leven inzichtelijk is geworden (Bodegom, Hoogerduijn, Oeseburg, 2014).
- Er is vooraf een topiclijst opgesteld, hierdoor zijn aan de geïnterviewden identieke vragen gesteld. Dit vergroot de uniformiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek.
- De topiclijst is tot stand gekomen door het verrichte literatuuronderzoek in combinatie met de gevalideerde vragenlijst hierdoor zijn relevante resultaten te verworven.

4.1.2 Zwakten.

- De vragenlijst zijn niet allemaal binnen de locatie ingevuld waardoor er geen uniformiteit is onder de respondenten.
- De anonimiteit binnen de vragenlijst geeft onvoldoende inzicht in individuele behoeften. Doordat er meer medewerkers binnen bepaalde dienstjaren werkzaam zijn kunnen uitkomsten een niet realistische score weergeven.
- Eén respondent gaf aan dat de vragenlijst onvoldoende uitleg bood waardoor er bij meerkeuze vragen de gedachte is ontstaan dat er meerdere antwoord mogelijkheden aangevinkt konden worden.

- De vragenlijst verwacht een gelijke basiskennis van helpenden en verzorgenden IG. Dit is geen reële verwachting en zodoende zijn de uitkomsten uiteenlopend.
- De nieuwe teamsamenstelling was al gevormd en gedeeld met de medewerkers, maar er had nog geen samenkomst plaatsgevonden, waardoor er door medewerkers meer behoefte werd uitgesproken aan duidelijkheid en teamvorming dan dat er scholingsvragen waren.

4.1.3 Beperkingen.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden tijdens de coronapandemie. De betreffende locatie is getroffen door een corona uitbraak en hierbij zijn twaalf cliënten overleden en vijftien medewerkers besmet geraakt. Daarnaast heeft in dezelfde periode de uitrol van de nieuwe teams en basisroosters plaatsgevonden. De betreffende teams zijn hierdoor overvraagd geraakt en hebben met name behoefte gehad aan mentale begeleiding en duidelijkheid. In samenspraak met de opdrachtgever is ervoor gekozen om het focusgroep gesprek niet te laten plaatsvinden, maar eerst ruimte te creëren voor mentaal herstel. Daarnaast dient de opdrachtgever samen met de hbo-verpleegkundige in opleiding de verbinding te maken met de nieuwgevormde teams en het basisrooster met hen te bespreken.

4.2 Conclusie.

Binnen de conclusie wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag welke luidt: Door middel van welke scholingswijze kunnen zorgmedewerkers bekwaam raken binnen de psychogeriatrische zorgvraag en bijkomend onbegrepen gedrag om zo aan te sluiten op de wensen en behoeften van de dementerende cliënten en de kwaliteit van zorg te vergroten?

Vanuit het onderzoek is gebleken dat er een eerste behoefte is welke voorafgaat aan het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. Alle afdelingen gaan per één april werken vanuit nieuwgevormde teams. De medewerkers kennen elkaar vanuit de instelling. Sommigen werken al samen en anderen kennen elkaar enkel van overleggen of pauze momenten. Kijkende naar teamvorming zijn het in het beginsel een groep individuen die samen op weg gaan om een team te vormen. Hierbij hebben ze in beginsel het meest baadt bij een coach die hun helpt samen de richting te bepalen, de visie te verwoorden en afspraken met elkaar te maken.

Wanneer de teams in april hun samenwerking zijn gestart kan een aanzet worden gemaakt met het voorbereiden op de komst van de nieuwe cliëntpopulatie en het bijhorende scholingsaanbod. Vanuit de kennismonitor dementie is gebleken dat zowel helpenden als verzorgenden beschikken over enige basiskennis dementie. Verzorgden scoren een

gemiddelde voldoende op alle onderwerpen en helpenden scoren wisselend per onderwerp, maar opmerkelijk lager. Dit is herleidbaar naar het opleidingsniveau. Daarnaast is zichtbaar binnen de uitkomsten dat de kortst gediplomeerde medewerkers en de langst gediplomeerde medewerkers de meeste basiskennis bezitten. Men kan dus binnen een afdeling de kennis bundelen en leren van elkaar. Zowel de deskundigen als de kennismonitor laten zien dat er behoefte is aan uitbreiding van kennis binnen (onbegrepen) gedrag, wet zorg en dwang en omgeving.

Binnen literatuur wordt beschreven dat Collectief leren is het meest effectief is. Nog effectiever wordt het, wanneer het geleerde direct relevant is voor het dagelijks werk en deel uitmaakt van het informeel leren op de werkvloer (Senge, 2015). Charles Jennings is de grondlegger van het 70:20:10 principe. Door dit principe wordt het belang van informeel leren tot uitdrukking gebracht. (Arets & Heijnen, 2015). Ook binnen de interviews komt vanuit de ervaring van de deskundigen naar voren dat samen leren en praktijk gericht leren het meest effectief is. Enige theoretische basiskennis is zeker van belang, maar effectief leren geschied doormiddel van praktijk scholing en vanuit praktijkervaringen.

Enige vorm van nieuwe werkwijzen, afspraken, scholingen en verandering zal via goede communicatie en een gedegen tijdsplan waarbij rust en ruimte bewaakt wordt geïntroduceerd dienen te worden. Dit is met name van belang gezien de medewerkers afgelopen december hebben gekampt met een corona uitbraak binnen de afdelingen. Deze uitbraak heeft grote sporen nagelaten binnen de teams en bij de individuen. Hetgeen nu nog resulteert in ziekteverzuim en uitgesproken overbelasting bij de medewerkers. Belangrijk is het geven van een stem aan medewerkers en het stellen van de vraag “wat heb jij nodig”?

Hoofdstuk 5 Advies & inbedding.

Binnen dit laatste hoofdstuk worden adviezen gegeven welke aansluiten bij de conclusie uit het voorafgaande hoofdstuk. Bij het geven van de adviezen wordt rekening gehouden met de draagkracht van het team na de doorgemaakte corona uitbraak en de tijd tot aan kwartaal drie of vier van 2022.

5.1 Adviezen.

Geadviseerd wordt om te starten met teamvorming en een mix van scholingsaanbod verspreid over de periode van mei 2022 tot januari 2023. Deze periode houdt verband met de start van de teams in kwartaal twee en de mogelijke opname van dementerende cliënten in kwartaal vier. De volgende adviezen worden hierbij gegeven:

- De eerste stap voorafgaand aan mogelijke scholing is teamvorming. De hbo-verpleegkundige in opleiding plant samen met de psychologe en vorming en opleiding in de maand maart introductiemiddagen voor de drie afzonderlijke teams. Hierbij staat het leren kennen, kwaliteiten, kansen en mogelijkheden en de daaruit voorkomende wensen en behoeften centraal.
- De teammanager zorg, psychologe, specialist ouderengeneeskunde en de hbo-verpleegkundige in opleiding maken gezamenlijk een taakverdeling ten aanzien van coaching.
- Vanaf één mei scholingen aanbieden in de vorm van coaching, best practice en praktijk leren. Dit echter gedoseerd aanbieden en via een planning waarbij de ruimte wordt genomen tot en met één januari 2023.
- Verzorgenden bezitten na onderzoek meer basiskennis over dementie, maar dienen klinisch meer diepgang te bezitten bij beide zorgvragen. Zodoende vanuit best practice de verzorgenden meeloop momenten aanbieden binnen een gecombineerde afdeling en helpenden meeloop dagen aan bieden bij een locatie welke de psychogeriatrische zorgvraag aanbiedt. De medewerker de volgende opdrachten meegeven:
 - Maak contact met dementerende cliënten.
 - Observeer de leefomgeving (slaapkamer en woonkamer) van de cliënten en beoordeel de aanwezigheid van prikkels. Denk hierbij aan alle zintuigelijke waarnemingen welke jij ervaart.
- De organisatie biedt een mix van scholingsvormen aan. Informeel leren en formeel leren is raadzaam. De geboden e-learningen zijn voor iedere vrijwillig te volgen. Gezien er al enige basiskennis is, maar vanuit de kennis monitor ook inzichtelijk is geworden dat op bepaalde vlakken de kennis onvoldoende is luidt het advies om

scholingen ten aanzien van onbegrepen gedrag en wet- en regelgeving verplicht te stellen voor alle medewerkers. Wet- en regelgeving wordt aangeboden in de vorm van online leren. Onbegrepen gedrag kent praktijklessen in de vorm van ABC-scholing.

- Coaching heeft voortdurend een leidende rol binnen de teams en de zorgvraag. Coaching geschiedt ten aanzien van de teamvorming, maar ook ten aanzien van onbegrepen gedrag, wet- en regelgeving en omgeving. De wijze van coaching is afhankelijk van de gestelde vraag. Toe te passen vormen van coaching zijn: coaching tijdens het (zorg)moment, casuïstiek bespreking, klikmoment, werkoverleg, Beleidsoverleg en Video interactie.

5.2 Inbedding.

Inbedding oftewel het zorgvuldig borgen van de resultaten geschiedt bij voorkeur met een tijdsplan. Door de toepassing van een tijdsplanning wordt gestaag toegewerkt naar optimale groei van kennis en kunde en blijft motivatie en beoordeling van kans en mogelijkheid geborgen.

Tijdsplanning:

- De maand maart: aftrap bijeenkomst nieuwe teams en teamvorming.
- Coaching van de teams op proces en zorgvraag vanaf april en heeft geen einddatum.
 - Werkoverleg maandelijks.
 - Klikmoment eenmaal per week samen met psychologe.
 - Casuïstiek bespreking op vraag vanuit medewerker of team en met bijhorende specialisme van specialist ouderengeneeskunde of psychologe.
 - Meeloop momenten tijdens interactie of zorgmomenten op vraag vanuit team, medewerker of rapportage.
 - Beleidsoverleg eenmaal per drie maanden gehouden door teammanager zorg.
- April: e-learning wet zorg en dwang.
- Mei tot en met augustus: best practice in de vorm van stage momenten.
- September: start praktijkscholingen ABC-methode gegeven door de psychologe.
- December: Herhalen kennismonitor dementie. Kennismonitor bij voorkeur niet anoniem laten invullen om individuele leerbehoefte te kunnen toetsen.

Literatuurlijst.

Alzheimer Nederland. (2021, februari). *Factsheet cijfers en feiten over dementie*.

Geraadpleegd op 2 december 2021, van

<https://www.alzheimer-nederland.nl/factsheet-cijfers-en-feiten-over-dementie?qclid=EAlalQobChMIjP6Etb3F9AIVFh3Ch21pwebEAAYAiAAEgJaIPDBwE>

Aerts, J., & Heijnen, V. (2015). *702010* (1ste editie). Van Duurs Media.

Baarda, B., & Der Hulst, V. M. (2021). *Basisboek Interviewen* (5de editie). Noordhoff.

Benders, L. (2021a, augustus 27). *Een selecte of aselechte steekproef in je scriptie*. Scribbr.

Geraadpleegd op 6 januari 2022, van

<https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/steekproef-in-je-scriptie/>

Benders, L. (2021a, augustus 27). *Een selecte of aselechte steekproef in je scriptie*. Scribbr.

Geraadpleegd op 6 januari 2022, van

<https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/steekproef-in-je-scriptie>

Benders, L. (2021a, oktober 22). *Zo schrijf je een ijzersterk theoretisch kader voor je scriptie*.

Scribbr. Geraadpleegd op 3 januari 2022, van <https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/theoretisch-kader-van-scriptie/>

Bielzen, Kerkstra, Van Otten, Gruijter, De Weide, A. P. M. A. D. D. I. M. M. G. (2007, 7 april).

Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis. |

Nivel. Nivel. Geraadpleegd op 16 december 2021, van

<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/omgaan-met-dementerende-bewoners-door-verzorgenden-het-verpleeghuis>

Bodegom, Hoogerduijn, Oeseburg, D. J. B. (2014, december). *Noodzakelijke onderdelen over ouderen in de opleidingen geneeskunde, verpleegkunde, verzorgende-IG en helpende zorg en welzijn*. ZonMW.

<https://www.beteroud.nl/docs/beteroud/nieuws/definitieve-rapportagewo-hbo-mbo.pdf>

BTSG. (2018, 23 november). *Benchmark in de zorg*. BTSG Beweging in Ouderenzorg.

Geraadpleegd op 7 december 2021, van <https://btsg.nl/benchmark-in-de-zorg/>

Kennisplein Zorg voor Beter. (2021a, oktober 6). *Wat is probleemgedrag of onbegrepen gedrag?* Zorg voor Beter. Geraadpleegd op 7 december 2021, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/probleemgedrag-ouderen/wat-is-onbegrepen-gedrag>

Kennisplein Zorg voor Beter. (2021b, december 1). *Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie.* Zorg voor Beter. Geraadpleegd op 14 december 2021, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/omgaan-onbegrepen-gedrag>

Kerkstra, A. (1999). *Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis.* (1999) | www.narcis.nl. Narcis. Geraadpleegd op 14 december 2021, van <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A1000615>

Kirsten Dingemanse. (2021, 26 oktober). *Stappenplan om kwantitatieve en kwalitatieve interviews te coderen.* Scribbr. Geraadpleegd op 20 december 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>

Kooij, H. C. (2017, 1 juni). *HBO Kennisbank.* Saxion. Geraadpleegd op 14 december 2021, van <https://www.hbo-kennisbank.nl/details/saxionhogeschool:443EB1AF-0B6F-40B1-BA94224870829FF6?q=Omgaan+met+dementie+%3A&c=0>

Kwaliteit van zorg. (2017, 11 Oktober). Vilans. <https://www.vilans.nl/themas/kwaliteit-van-zorg>

Libguides. (2021, 2 december). *Libguides: Verpleegkunde - CAT/ EBP: 4. Beoordelen.* Geraadpleegd op 20 december 2021 <https://libguides.studiecentra.han.nl/cat/beoordelen>

LUMC. (2021, 17 maart). *Proefpersonen-informatieformulier.* Geraadpleegd op 20 december 2021, van <https://www.lumc.nl/org/metc/documenten/Proefpersonen-informatieformulier/>

Medical Groep. (2019, 21 augustus). *Psychogeriatric.* Geraadpleegd op 7 december 2021, van <https://www.medicalgroep.nl/psychogeriatric/>

- Merkus, J. (2021, 27 september). *Wat is een topiclijst voor een interview (met voorbeeld)?* Scribbr. Geraadpleegd op 20 december 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/voorbeeld-topiclijst-interview/>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2021, 4 juni). *Wet langdurige zorg (Wlz)*. Rijksoverheid. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2021, 14 september). *Zorg voor ouderen in verpleeghuizen verbeteren*. Verpleeghuizen en zorginstellingen | Rijksoverheid.nl. Geraadpleegd op 10 januari 2022, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/zorg-ouderen-verpleeghuizen-verbeteren>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 20 juli). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Publicatie | Zorginstituut Nederland. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2017, december). *Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact*. Nivel. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Thema_rapportage_dementie_beveiligd.pdf
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 2 juli). *Verpleeghuiszorg*. Zorgsectoren | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Geraadpleegd op 9 december 2021, van <https://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021b, juli 7). *Wat is goede zorg?* Ondersteuning thuis | Regelhulp - Ministerie van VWS. Geraadpleegd op 14 december 2021, van <https://www.regelhulp.nl/ondersteuning-thuis/goede-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 30 juni). *Wet zorg en dwang (Wzd)*. Informatiepunt dwang in de zorg. <https://www.dwangindezorg.nl/wzd>
- Oeseburg, Hoogerduijn, Hilberts, Roodbol, Schuurmans, B. J. G. R. P. F. M. J. (2015). *Competenties van verpleegkundigen, verzorgenden-IG en helpenden zorg en welzijn*

voor goede ouderenzorg (Nr. 4). Universitair Medisch Centrum Groningen
Wenckebach Instituut Hogeschool Utrecht, lectoraat chronisch zieken en
ouderenzorg. Universitair Medisch Centrum Utrecht.

https://www.researchgate.net/profile/Barthoeseburg/publication/279763251_Competenties_van_verpleegkundigen_verzorgendenIG_en_helpenden_zorg_en_welzijn_voor_goede_ouderenzorg/links/559a628708ae793d138092ab/Competenties-van-verpleegkundigen-verzorgenden-IG-en-helpenden-zorg-en-welzijn-voor-goede-ouderenzorg.pdf

Poldermans, R. (2008). Wie dan leeft, wie dan zorgt? *Maatwerk*, 9(5), 26–27.
<https://doi.org/10.1007/bf03076892>

Prins, Heijkants, Willemse, M. C. B. (2018). *Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Trimbos instituut. <https://www.trimbos.nl/docs/05ef6b08-d544-4b78-a437-30b59ce33ab3.pdf>

Redactie ZorgkaartNederland. (2022). *Informatie over gedragsproblemen bij dementie - Dementie*. Patiëntfederatie Nederland. Geraadpleegd op 13 januari 2022, van <https://www.zorgkaartnederland.nl/aandoeningen/dementie/artikelen/informatie-over-gedragsproblemen-bij-dementie>

Rijksoverheid. (2020, december). *Regioplan 2020 verpleeghuiszorg*.
<https://www.rijksoverheid.nl>

Sanders, E. A. C. M., & Garenfeld, W. (2015). *Het dementie formularium*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-8114-2>

Senge, P., Scharmer, O., Jowarski, J., & Flowers, B. S. (2015). *Presence een ontdekkingsreis naar diepgaande verandering in mensen en organisaties*. Academic Service.

Sevagram. (2021). *Sevaflits*. Geraadpleegd op 2 december 2021, van <https://www.sevagram.nl/zorgcentra/locaties-zorgcentra/de-hollehof.html>

Smalbrugge, M. (2018, 2 april). *Richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie': eerst kijken, dan doen. . . en evalueren!* Verenso. Geraadpleegd op 20 december 2021,

van <https://www.verenso.nl/magazine-april-2018/no-2-april-2018/wetenschap/richtlijn-probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie-eerst-kijken-dan-doen-en-evalueren>

Stegeman, R. (2020, 14 februari). *Het geheim van een succesvolle teamcoach, deel 1*. Europees instituut de Baak. Geraadpleegd op 12 februari 2022, van <https://europeesinstituut.nl/artikelen/het-geheim-van-een-succesvolle-teamcoach-1/>

Streefkerk, R. (2021, 26 oktober). *Hypothesen opstellen voor je scriptie in 4 stappen (voorbeelden)*. Scribbr. Geraadpleegd op 20 december 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/hypothesen/>

Swaen, B. (2021, 12 november). *Wat is een focusgroep of focusgroep-interview?* Scribbr. Geraadpleegd op 20 december 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/focusgroep/>

Van Beek, Wagner, Frijters, Spreeuwenberg, Groenewegen, Ribbe, A. P. A. C. D. H. M. P. M. M. P. P. M. W. (2004). *Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kwaliteit-van-zorg-voor-ouderen-met-psychogeriatrische-problemen-in-verpleeg-en-verzorgingshuizen.pdf?>

V&VN. (2018, 17 mei). *Competenties om voor dementerenden maatwerk te leveren*. InfoNu. Geraadpleegd op 12 december 2021, van <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/125385-competenties-om-voor-dementerenden-maatwerk-te-leveren.html>

Wettenbank. (2021, 12 mei). *Wetten.nl - Regeling - Regeling langdurige zorg - BWBR0036014*. Overheid.nl. Geraadpleegd op 28 februari 2022, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2021-05-12#BijlageA>

Zo zorg. (2021). *Ouderenzorg: Zo Zorg*. Geraadpleegd op 19 december 2021, van <https://zozorg.eu/zorgtalenten/ouderenzorg/>

Bijlage.

Bijlage 1. Gevonden literatuur.

Tabel 2. Zoekstrategie, gevonden en geëvalueerde artikelen				
Databank	Zoekterm	Criteria	Artikel	Motivatie en betrouwbaarheid.
Pubmed	Verpleegkundige helpende, verzorgende, zorgverlener dementie, dementiezorg EN coaching, informeel leren, mentorschap OR e-learning, formeel leren, OR-continuïteit, competentie, kwaliteit	Niet ouder dan 10 jaar.	Systematische en psychometrische review Titel: Nurse Competence Scale: een systematische en psychometrische review 12-10-2016	Het identificeren en kritisch beoordelen van de psychometrische eigenschappen van instrumenten die worden gebruikt om de culturele competentie van verpleegkundigen te meten. Conclusie: Er werd een behoefte vastgesteld om verdere psychometrische evaluatiestudies uit te voeren op bestaande instrumenten en deze aan te passen, en met name op minder vaak geëvalueerde eigenschappen, zoals betrouwbaarheid, meetfout en responsiviteit. Betrouwbaarheid: Artikel binnen International journal of nursing studies. In totaal werden 44 studies die 21 instrumenten

				beschrijven in deze studie opgenomen.
Pubmed	Verpleegkundige, helpende, verpleegkundige, mantelzorger, professionele dementiezorg EN Coaching, informeel leren OF e-learning, Formeel leren OF organisatie, levering, continuïteit, kwaliteit, competentie	Niet ouder dan 10 jaar.	Systematische review en meta-analyse Titel: A systematic review a meta-analysis of online versus alternative methods for training licensed health care professionals deliver clinical interventions. 2017	Literatuur over de effectiviteit van online versus alternatieve trainingsmethoden in klinische interventies voor erkende zorgverleners. De samenvattende effectgroottes geven aan dat er weinig verschil was in de uitkomsten van kennis en klinisch gedrag tussen het gebruik van onlinetraining en alternatieve vormen van training. Betrouwbaarheid: Onderzoek artikel, BMC medisch onderwijs. Het bewijsmateriaal in deze review werd beperkt door onderzoeken met kleine steekproefomvang, slechte methodologische kwaliteit, ontbrekende resultaten en ontoereikende rapportage van online interventies.

PubMed	Verpleegkundige, helpende, verpleegkundige, mantelzorger, professionele dementiezorg EN Coaching, informeel leren OF e-learning, Formeel leren OF organisatie, levering, continuïteit, kwaliteit, competentie	Niet ouder dan 10 jaar.	Systematische review. Titel: A systematic review of online learning programs for nurse preceptors. Accepted: 19-9-2017	Onderzoek: de toepassing van online leren binnen het huidige informatietijdperk. Belangrijke aspecten bij van het toepassen van online leren zijn werkdruk, tijd en ondersteuning systemen. Belangrijk bij het integreren van online leren is technologie, de flexibiliteit en het reactievermogen van het verplegend personeel vergroten en alternatieve manieren bieden om cursussen te volgen. Betrouwbaarheid: Artikel uit het vaktijdschrift nurse education today.
SpringerLink	Dementie, Alzheimer, zorgverleners interventies	Niet ouder dan 10 jaar.	Artikel. Titel: Psychologische interventies voor dementieverzorgers: wat we hebben bereikt, wat we hebben geleerd. 6 juni 2019.	Deze review onderzoekt de status van de literatuur over interventies van dementieverzorgers, met een focus op evidence-based interventies die gebaseerd zijn op psychologische

				perspectieven en methoden. Psychologische modellen van stress bij zorgverleners: Psycho-educatie, counseling, Psychotherapie, Multi component interventies en op mindfulness gebaseerde interventies. Betrouwbaarheid: Artikel binnen medisch tijdschrift.
Pubmed	Sneeuwbalmethod e. (Mesh: COVID-19; e-learning; feedback vragenlijst; medisch onderwijs; postdoctoraal onderwijs).	Niet ouder dan 10 jaar, free full tekst. Leermet hode. (Geen ziektebe eld of vak inhoud toegepas t)	Artikel. Titel: Percepties van studenten over synchroon virtueel versus face-to-face onderwijs voor leider gerichte en deelnemer gerichte postdoctorale activiteiten tijdens COVID-19. 21-09-2021	Als gevolg van de COVID-19-pandemie werden pedagogische veranderingen geïntroduceerd in postdoctorale cursussen in de fysiologie, waar face-to-face onderwijs werd vervangen door synchrone virtuele modus voor leider gerichte en deelnemer gerichte academische activiteiten. Virtuele en face-to-face sessies werden gezien als even effectief in het vergemakkelijken van hun algehele leren voor het uitvoeren van leider

				gerichte seminars en symposia. Face-to-face sessies werden echter effectiever geacht voor het voeren van deelnemer gerichte groepsdiscussies en tijdschriftclubs. Betrouwbaarheid: Artikel in advanced Psychical education. De studie was observationeel en ontworpen als een cross-sectionele feedback-enquête om de percepties van studenten over de effectiviteit van face-to-face versus virtuele manier van uitvoeren van academische activiteiten te beoordelen met een gestructureerde feedbackvragenlijst met 26 items.
--	--	--	--	---

Bijlage 2. Ideon kennismonitor dementie intramuraal.

De mens met dementie

Wat is dementie

1. Wat is de meest voorkomende risicofactor om dementie te krijgen?
 - a. Langdurig alcohol of medicijngebruik
 - b. Leeftijd
 - c. Erfelijkheid
 - d. Weet ik niet
2. Dementie komt alleen voor bij mensen boven de 65.
 - a. Ja, dementie is echt een ziekte van de oude dag en komt niet voor onder de 65 jaar
 - b. Nee, heel af en toe komt dementie ook voor bij mensen onder de 65 jaar (gemiddeld 60 mensen per provincie)
 - c. Nee, dementie komt ook voor bij mensen onder de 65 (gemiddeld 1000 per provincie)
 - d. Weet ik niet
3. Welke van de volgende stellingen over dementie is waar?
 - a. Iedere vorm van dementie begint met geheugenproblemen
 - b. Gedragsveranderingen kunnen het eerste teken van dementie zijn
 - c. Het verloop van dementie is altijd geleidelijk
 - d. Ik weet niet welke stelling waar is
4. Wat zijn de meest voorkomende symptomen van de ziekte van Alzheimer?
 - a. Geheugenproblemen, gedragsproblemen, desoriëntatie
 - b. Geheugenproblemen, gedragsverandering, wantrouwen
 - c. Geheugenproblemen, handelingen niet goed kunnen uitvoeren, taalproblemen
 - d. Weet ik niet
5. Welk deel van het geheugen wordt het eerst aangetast bij de ziekte van Alzheimer?
 - a. Het kort termijngeheugen
 - b. Het lange termijn geheugen
 - c. Dat ligt aan het deel van de hersenen dat als eerste door de Alzheimer is aangetast
 - d. Weet ik niet
6. Welke herinneringen behoud je het langst?
 - a. Van dingen die je meemaakt tussen het 20ste en 35ste levensjaar
 - b. Van dingen die je meemaakt voor je 10e levensjaar
 - c. Van dingen die je recent hebt meegemaakt
 - d. Weet ik niet
7. Welke medicijnen zijn speciaal voor dementie ontwikkeld?
 - a. Er zijn nog geen medicijnen voor dementie ontwikkeld
 - b. Anti-psychotica, deze medicijnen zorgen voor rust bij mensen met dementie
 - c. Exelon, Reminyl en Ebixa, deze medicijnen kunnen het dementieproces een beetje vertragen
 - d. Weet ik niet
8. Hebben die medicijnen bijwerkingen?
 - a. Nee
 - b. Ja, maar heel gering (lichte jeuk)

- c. Ja, dat komt regelmatig voor (buikklachten)
- d. Weet ik niet

9. Blaasontsteking komt regelmatig voor bij mensen met dementie. Welke van de drie stellingen is waar?

- a. Blaasontsteking kan onrustig gedrag veroorzaken
- b. Mensen met dementie kunnen zelf goed aangeven of ze een blaasontsteking hebben
- c. Blaasontsteking kan je altijd herkennen aan de geur van de urine
- d. Ik weet niet welke stelling waar is

10. Wat zijn de meest voorkomende oorzaken van een delier?

- a. Urineweginfectie, slechte voedingstoestand, luchtweginfectie
- b. Narcose, alcohol, angst
- c. Polyfarmacie (te veel verschillende soorten medicijnen), eenzaamheid, ontstoken kies
- d. Weet ik niet

11. Wat is het kenmerkende verschil tussen een delier en dementie?

- a. Oriëntatieproblemen
- b. Pijn
- c. Wisseling in aandacht
- d. Weet ik niet

De mens met dementie

De persoon met dementie

12. Wat is de belangrijkste overeenkomst tussen mensen met dementie?

- a. Mensen met dementie worden snel boos
- b. Mensen met dementie worden passief
- c. Mensen met dementie hebben allemaal een chronische en dodelijke ziekte
- d. Weet ik niet

13. Wat kun je met zekerheid zeggen over mensen met dementie?

- a. Dat mensen met dementie onvoorspelbaar zijn en veel fouten maken
- b. Dat hun dementie een hersenziekte is die zorgt voor problemen in het dagelijks leven
- c. Dat deze mensen een gevaar voor zichzelf vormen en daarom niet alleen kunnen zijn
- d. Weet ik niet

14. Kunnen mensen met dementie nieuwe vaardigheden leren?

- a. Ja, maar alleen in het beginstadium van de dementie. Mensen hebben dan nog enig leervermogen
- b. Ja, zelfs in een gevorderd stadium kunnen mensen nog kleine nieuwe vaardigheden aanleren
- c. Nee, je kunt het leervermogen niet stimuleren
- d. Weet ik niet

15. Kunnen mensen met dementie keuzes voor zichzelf maken?

- a. Ja, mensen met dementie kunnen met ondersteuning keuzes maken
- b. Ja, maar alleen in het beginstadium van dementie
- c. Nee, beslissingen nemen is te moeilijk voor mensen met dementie
- d. Weet ik niet

16. Is persoonsgerichte zorg belangrijk voor mensen met dementie?
- a. Ja, persoonsgerichte zorg is voor iedereen belangrijk
 - b. Ja, maar vooral voor mensen in de eerste stadia van dementie die nog goed kunnen communiceren
 - c. Ja, maar vooral voor mensen in een gevorderd stadium van dementie die veel behoefte hebben aan veiligheid
 - d. Weet ik niet

17. Goed zorgen voor mensen met dementie kan alleen maar als je informatie hebt over de levensgeschiedenis.
- a. Ja, dat is belangrijk voor het maken van keuzes in de zorg die bij de bewoner passen
 - b. Ja, dat is belangrijk, maar het belangrijkste is dat je extra aardig bent voor mensen met dementie
 - c. Nee, als je goed de persoonsgerichte zorg toepast, kun je de ander heel goed helpen zonder de voorgeschiedenis te kennen
 - d. Weet ik niet

18. Wat moet je doen wanneer een persoon met dementie in korte tijd snel achteruitgaat?
- a. Niets, achteruitgang hoort bij dementie
 - b. Melden bij de arts, mogelijk zijn er behandelbare oorzaken
 - c. Met je collega's bespreken hoe je hier mee omgaat
 - d. Weet ik niet

19. Hoe reageren mensen met dementie op pijn?
- a. Net zoals mensen zonder dementie
 - b. Minder dan mensen zonder dementie
 - c. Anders dan mensen zonder dementie
 - d. Weet ik niet

20. Welke van de volgende stellingen is waar?
- a. Je merkt tijdens de verzorging vanzelf of iemand pijn heeft
 - b. Onrust kan veroorzaakt worden door pijn
 - c. Mensen met dementie kunnen pijn goed aangeven
 - d. Ik weet niet welke stelling waar is

De mens met dementie Communicatie

21. Wat is het belangrijkste voor een goede communicatie met iemand met dementie?
- a. Aardig zijn
 - b. Op een gelijkwaardige manier met elkaar omgaan
 - c. Jouw communicatie afstemmen op het stadium van dementie waarin de ander zich bevindt
 - d. Weet ik niet

22. Mensen met dementie begrijpen niet altijd alles wat je aan hen vraagt of van hen wilt. Hoe zou je iemand met dementie het beste kunnen benaderen?
- a. Duidelijk en luid spreken, ouderen zijn vaak wat hardhorend en mensen met dementie daarbij ook nog snel afgeleid
 - b. Je verbaal en non-verbaal hetzelfde uitdrukken
 - c. Beginnen met contact te maken met mensen (soms zelfs lichamelijk) voordat je een boodschap overbrengt
 - d. Weet ik niet

23. Welke vorm van communicatie wordt als eerste aangetast bij de ziekte van Alzheimer?

- a. Verbale communicatie, mensen met dementie hebben vaak als eerste moeite met het vinden van de juiste woorden
- b. Schriftelijke communicatie, mensen met dementie hebben vaak als eerste moeite met lezen
- c. Non-verbale communicatie, mensen met dementie kunnen gelaatsuitdrukking of houding vaak als eerste niet meer geheel juist interpreteren
- d. Weet ik niet

24. Wat zijn twee veel voorkomende oorzaken van communicatieproblemen die niet met dementie te maken hebben?

- a. Doofheid, slechtziendheid
- b. Cultuurverschillen, afasie
- c. Afasie, geheugenproblemen
- d. Weet ik niet

25. Waarom is het belangrijk om ervoor te zorgen dat mensen hun bril op en hun gehoorapparaat in hebben?

- a. Omdat zij je anders minder goed kunnen begrijpen als je iets aan hen vraagt
- b. Omdat doofheid en slechtziendheid de belangrijkste redenen van roepgedrag bij dementie zijn
- c. Om hen zoveel mogelijk betrokken te houden bij hun omgeving
- d. Weet ik niet

Zorgen voor mensen met dementie
Benadering

26. Mensen met dementie hebben net als ieder ander mens behoefte aan prikkels. De verwerking van deze prikkels verloopt echter niet altijd meer goed. Wat is dan het beste om te doen? Geef het beste antwoord.

- a. Zo weinig mogelijk prikkels aan te bieden omdat mensen met dementie in de war raken van de prikkels
- b. Flexibel te zijn in de hoeveelheid en soort prikkels die je aanbiedt
- c. Zoveel mogelijk prikkels aan te bieden, zodat de mensen goed geactiveerd worden
- d. Weet ik niet

27. Lichaamsbeweging is nuttig voor het welbevinden en het vertragen van de dementie bij:

- a. Mensen die nog goed ter been (mobiel) zijn en dus voldoende beweging kunnen hebben
- b. Mensen in een beginstadium van dementie
- c. Zowel mobiele als niet mobiele mensen en bij mensen in alle stadia van de dementie
- d. Weet ik niet

28. Wanneer mensen met dementie een ongelukje hebben (incontinentie, morsen, iets omgooien) is het belangrijk om:

- a. Mensen hierop te wijzen, maar tegelijkertijd te zeggen dat het niet zo erg is
- b. Mensen hier zo weinig mogelijk mee te confronteren
- c. Dat is afhankelijk van het stadium
- d. Weet ik niet

29. Mensen met dementie vergeten vaak dingen, bijvoorbeeld dat zijn of haar ouders al overleden zijn. Hoe reageer je als dit voor het eerst speelt?

- a. Goed uitleggen dat de ouders overleden zijn
- b. Voorzichtig proberen mensen uit te leggen dat het toch echt anders is
- c. Meegaan in de belevingswereld
- d. Weet ik niet

30. Wat is het moment dat je besluit mee te praten of mee te gaan in de belevingswereld van mensen met dementie?

- a. Wanneer mensen in het stadium van verzorgingsniveau terechtkomen
- b. Wanneer mensen meer verward raken
- c. Wanneer het corrigeren leidt tot onbegrip en verdriet bij de mensen
- d. Weet ik niet

31. Welke muziek kun je het beste draaien in de woonkamer?

- a. Radio 538 (of SKY radio)
- b. André Rieu
- c. Dit kun je het beste aan de bewoners vragen
- d. Weet ik niet

32. Structuur is voor mensen met dementie erg belangrijk, men voelt zich bij een herkenbare structuur vaak veiliger. Dit kun je op verschillende manieren doen. Welke van onderstaande zaken is het belangrijkste voor het bieden van structuur?

- a. Te werken vanuit een gedetailleerd zorgplan en dit regelmatig te checken
- b. Goede afspraken te maken met je collega's waarmee je die dag samenwerkt
- c. De familie te betrekken bij de zorg
- d. Weet ik niet

33. Je merkt tijdens de verzorging dat iemand met dementie onrustig en angstig is. Wat doe je?

- a. A) Vertel wat je gaat doen en daardoor biedt je houvast
- b. B) Je praat over iets anders en zorgt voor afleiding
- c. Kan zowel A als B zijn, dit is afhankelijk van de situatie
- d. Weet ik niet

34. De volgorde van de dagelijkse dingen bij mensen met dementie kan het beste:

- a. Min of meer vaststaan, want voorspelbaarheid geeft houvast
- b. Flexibel zijn, want de voorkeur van mensen met dementie verschilt van moment tot moment
- c. Flexibel zijn, want dat stimuleert het geheugen van mensen met dementie
- d. Weet ik niet

Zorgen voor mensen met dementie
Gedrag

35. Snoezelen voor mensen met dementie is een techniek die je bijvoorbeeld gebruikt om contact te maken en de ander tot rust te brengen. Hoe pas je snoezelen het meest effectief toe?

- a. Met zachte geluiden en zacht licht
- b. Één op één in een afgesloten ruimte
- c. Dat kun je zo niet zeggen. Dat is afhankelijk van wie je voor je hebt
- d. Weet ik niet

36. Passiviteit komt vaak voor bij mensen met dementie. Wat kun je het beste doen als iemand passief is?

- a. Uitzoeken wat de reden is dat iemand passief is
- b. Diegene ondersteunen om zijn of haar onzekerheid of angst voor fouten weg te nemen
- c. Accepteren dat de ander passief is
- d. Weet ik niet

37. Mensen met dementie hebben soms last van loopdrang. Hoe kun je hier het beste op reageren?

- a. Ervoor zorgen dat de omgeving veilig is zodat mensen veilig kunnen lopen
- b. Mensen met een kopje koffie en wat persoonlijke aandacht aan tafel zetten zodat ze tot rust komen
- c. De ruimte waarin men kan lopen zo klein en overzichtelijk mogelijk houden zodat je meteen kunt ingrijpen als ze bijvoorbeeld vallen
- d. Weet ik niet

38. Sommige mensen met dementie voelen zich opgesloten en rammelen aan deuren (of bonken erop). Hoe kun je daar het beste mee omgaan?

- a. Bespreek met de dokter of iemand gebaat is bij antidepressiva of rustgevende medicatie
- b. Leid de persoon af met een kopje koffie
- c. Ga met de persoon even de afdeling af en loop een klein rondje
- d. Weet ik niet

39. Sommige bewoners roepen voortdurend om hun moeder of de zuster. Hoe kun je daar het beste mee omgaan?

- a. Elke tien minuutjes even kort aandacht geven en laten weten dat je er bent
- b. Een briefje geven waarop staat waar hij/zij is en wanneer de zuster even langskomt om te praten
- c. Proberen het gedrag zoveel mogelijk te negeren (en positief gedrag te belonen met aandacht)
- d. Weet ik niet

40. Als iemand met dementie zich niet zelfstandig meer kan verzorgen, en je hebt maar weinig tijd, wat doe je dan?

- a. Je neemt de zorg liefdevol over
- b. Je stimuleert zelfzorg, dat scheelt ook in tijd
- c. Je handelt naar wat er in het zorg(leef)plan staat
- d. Weet ik niet

Zorgen voor mensen met dementie
Wet- & regelgeving

41. Er zijn bewoners die niet willen blijven zitten. Kan je hen met een band in de stoel vastzetten?

- a. Nee, vastbinden van bewoners mag je nooit zomaar doen
- b. Ja, maar alleen wanneer mensen valgevaarlijk zijn
- c. Ja, maar alleen op momenten van maaltijden
- d. Weet ik niet

42. Bewoners met dementie weigeren met enige regelmaat hun medicijnen, maar hebben die wel nodig. Kun je medicijnen wel eens een keer in vla of appelmoes verstoppen?

- a. Nee, medicijnen verstoppt toedienen mag volgens de wet niet
- b. Jawel, de dokter heeft ze niet voor niets voorgeschreven
- c. Jawel, als het maar eerst op de juiste wijze geprobeerd is

d. Weet ik niet

43. Als een bewoner gevaar loopt om te vallen is het denkbaar dat je vrijheidsbeperkende maatregelen wilt gebruiken, zoals een tafelblad, bedhek of een verpleegdeken. Hiervoor heb je toestemming nodig van:

- a. De wettelijk vertegenwoordiger (dit is meestal een familielid)
- b. De arts
- c. De arts en de wettelijk vertegenwoordiger
- d. Weet ik niet

44. Soms vormen mensen met dementie een gevaar voor zichzelf waardoor ze niet meer thuis kunnen wonen. Wat moet er gebeuren op het moment dat mensen met dementie desondanks niet naar een gesloten afdeling willen?

- a. De wettelijk vertegenwoordiger en huisarts bepalen gezamenlijk dat de persoon op een gesloten afdeling komt
- b. Er moet toestemming worden gevraagd aan de rechter en soms zelfs aan de burgemeester
- c. Niets. Als mensen niet willen worden opgenomen, mag dat ook niet
- d. Weet ik niet

45. Hoe heet de wet die vrijheidsbeperkende handelingen intramuraal regelt?

- a. Wet BOPZ
- b. Wet Zorg en Dwang
- c. Er is geen wet die dit regelt
- d. Weet ik niet

De mens met dementie in zijn omgeving
Familie & mantelzorg

46. Waar wonen mensen met dementie?

- a. Een kwart van de mensen woont thuis en driekwart woont in het verpleeg- of verzorgingshuis
- b. De helft van de mensen woont thuis en de andere helft woont in het verpleeg- of verzorgingshuis
- c. Driekwart van de mensen woont thuis en een kwart woont in het verpleeg- of verzorgingshuis
- d. Weet ik niet

47. Wat is de belangrijkste reden voor opname in een verpleeghuis voor mensen met dementie?

- a. De familie kan de zorg thuis niet meer aan
- b. Gevorderde dementie
- c. Er is een gesloten afdeling nodig omdat mensen steeds wegllopen
- d. Weet ik niet

48. Wat is het meest essentieel in de omgang met de familie?

- a. Dat je je houdt aan het zorgleefplan
- b. Dat je begrip hebt en toont voor wat familie doormaakt en al heeft doorgemaakt
- c. Dat je (zoveel mogelijk) tegemoetkomt aan hun wensen
- d. Weet ik niet

49. Opname in een verpleeg- of verzorgingshuis vindt vaak plaats na een lange periode waarin familie een belangrijk deel van de zorg op zich nam. Welke van onderstaande gevoelens komen het meest voor bij familieleden?

- a. Wantrouwen naar de verzorgenden, zij kunnen het zelf toch beter
- b. Schuldgevoel over de opname. Men komt daardoor bijvoorbeeld erg vaak op bezoek
- c. Opluchting, omdat men eindelijk tijd heeft voor eigen zaken
- d. Weet ik niet

50. Hoe kun je de verwerking van de opname van de bewoner voor familieleden gemakkelijker maken?

- a. Door ervoor te zorgen dat hun familielid altijd goed verzorgd is
- b. Door er altijd voor ze te zijn als ze vragen hebben
- c. Door het zoeken naar een vorm van samenwerking
- d. Weet ik niet

51. Overbelasting van mantelzorgers kan veroorzaakt worden door:

- a. Lichamelijke belasting van de zorg
- b. Emotionele belasting van de zorg
- c. Zowel lichamelijke als emotionele belasting van de zorg
- d. Weet ik niet

52. Waaraan kan je overbelasting van mantelzorgers herkennen?

- a. Lichamelijke klachten (bijv. hoofd- en buikpijn) en psychische klachten (bijv. schaamtegevoel)
- b. Gedragmatige klachten (bijv. rusteloosheid, chaotisch, alcoholgebruik)
- c. Zowel lichamelijke, psychische als gedragmatige klachten
- d. Weet ik niet

De mens met dementie in zijn omgeving
Inrichting

53. Het is belangrijk om incontinentie zoveel mogelijk te voorkomen of uit te stellen. Wat is in het algemeen de beste methode?

- a. Na de maaltijd aan bewoners te vragen of ze naar het toilet willen
- b. Een goed bereikbaar toilet dat echt opvalt
- c. Goed incontinentiemateriaal
- d. Weet ik niet

54. Mensen met dementie zijn over het algemeen ouder. Daarom zijn zij in de huiskamer gebaat bij:

- a. Meer licht dan jongere mensen
- b. Een gezellige sfeerverlichting
- c. Gericht leeslicht
- d. Weet ik niet

55. Verlichting van de (huis)kamer is erg belangrijk. Waarom moet de verlichting op een juist niveau zijn?

- a. Dit zorgt voor een beter eetpatroon
- b. Dit zorgt voor minder onrust
- c. Dit zorgt voor een gezond waak-slaapritme
- d. Weet ik niet

56. Waarom zou je tijdens de avonddienst de gordijnen van de huiskamer dicht doen?

- a. Omdat dat gezellig is
- b. Om spiegeling van de ramen te voorkomen zodat bewoners niet in verwarring kunnen raken
- c. Je moet ze juist openlaten want dan kunnen mensen zien dat het buiten donker is
- d. Weet ik niet

57. Om bewoners te helpen hun kamer of het toilet te vinden, is het goed om iets op de deur te bevestigen. Wat is hierbij belangrijk?

- a. Maak gebruik van symbolen want die worden langer herkend dan letters
- b. Gebruik grotere lettertypes die ook van een afstand goed leesbaar zijn
- c. Gebruik felle kleuren zodat mensen direct kunnen zien waar ze moeten zijn
- d. Weet ik niet

58. Spiegels worden in huiskamers vaak ter decoratie opgehangen. Is dit aan te bevelen?

- a. Nee, want spiegels maken dat de ruimte anders lijkt dan zij werkelijk is, waardoor bewoners in de war kunnen raken
- b. Ja, een goed idee, dan lijkt de ruimte groter zodat bewoners zich vrijer voelen
- c. Dat is alleen handig wanneer bewoners er goed in kunnen kijken
- d. Weet ik niet

59. De ontwikkeling van hulpmiddelen voor ouderen gaat razendsnel (bijv. pillendoos met alarmfunctie). Waar kun je continu je kennis hierover bijhouden?

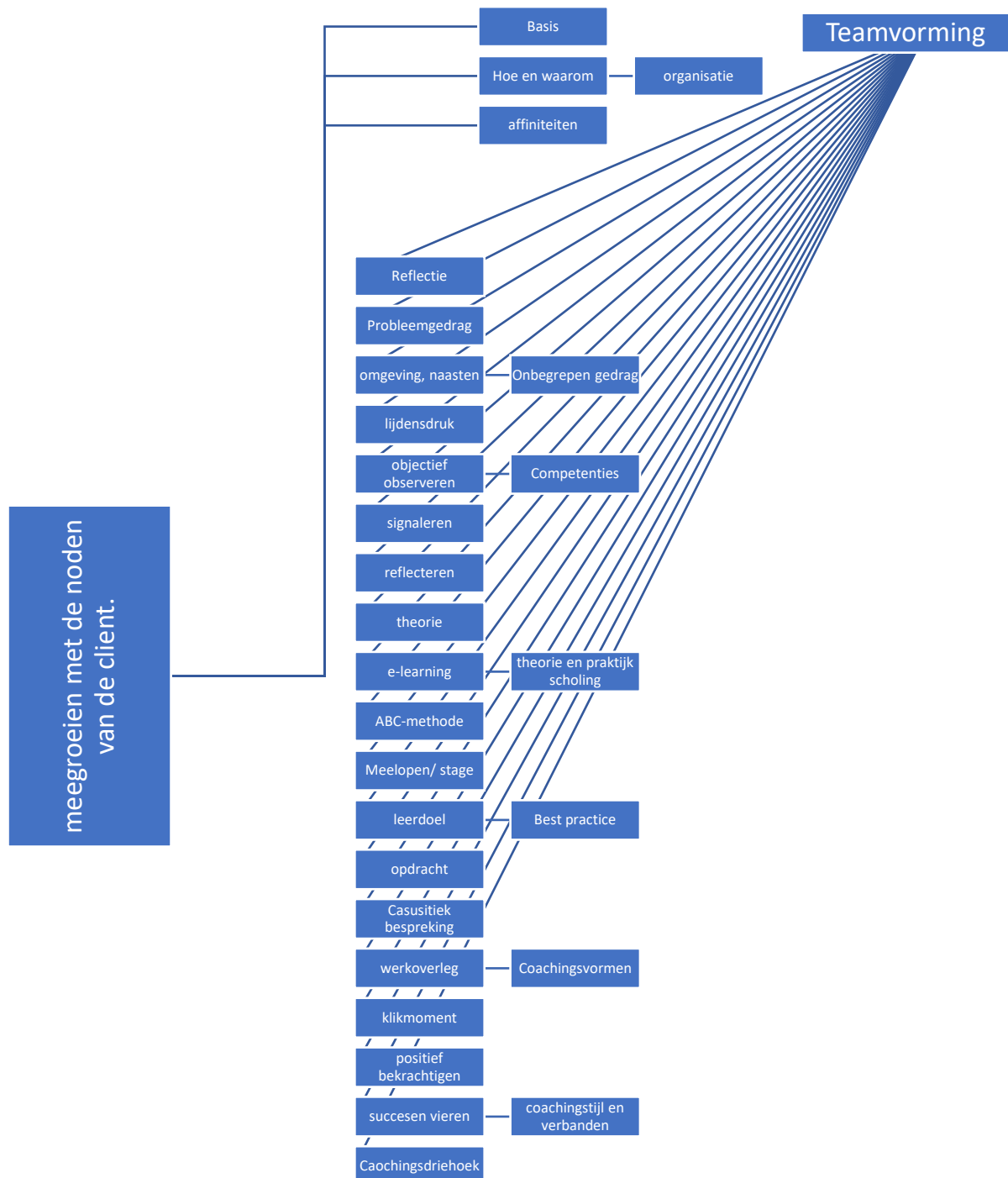
- a. www.zorgvoorbeter.nl
- b. www.alzheimer nederland.nl
- c. Zowel op www.zorgvoorbeter.nl als op www.alzheimer nederland.nl
- d. Weet ik niet

Bijlage 3. Topiclijst.

Tabel 3. Interviewschema (Baarda & Der Hulst, 2021).	
Beginvraag:	Kun je mij vertellen in hoeverre de toekomstige verandering binnen de locatie invloed zullen hebben op zorgverleners van de betreffende afdelingen?
Topiclijst.	Voorbeeldvragen.
Onbegrepen gedrag & Bejegening.	In de literatuur wordt veel gesproken over onbegrepen gedrag. Hoe zou jij onbegrepen gedrag formuleren? Is onbegrepen gedrag alleen kenmerkend binnen de psychogeriatrische zorgvraag? Welke competenties vraagt het van een zorgverlener om onbegrepen gedrag te signaleren? Heb jij in het verleden een coachende rol vervuld binnen de dementie zorg en onbegrepen gedrag en zo ja, hoe heb jij deze rol vervuld?
Wet- en regelgeving.	Welke basiskennis zouden zorgverleners moeten bezitten ten aanzien van de wet zorg en dwang?
Coaching	Op welke wijze zou coaching kunnen bijdragen in het bekwaam raken met de psychogeriatrische zorgvraag? Vanaf welk moment zou coaching ingezet kunnen worden bij de verandering in zorgaanbod? Welke vaardigheden zou de aangewezen coach volgens jou dienen te bezitten? Welke rol zou ik kunnen volgens jou kunnen spelen in de coaching naar medewerkers?
Scholing	Binnen Sevagram bieden we drie scholingsvormen aan. 1. Best practice (meelopen andere locatie) 2. Online leren

	3. Coaching on the job. Welke vorm is vanuit jouw ervaring en expertise het meest effectief gebleken binnen de praktijk? Aan welke voorwaarden zouden de afzonderlijke scholingsvormen volgens jou moeten voldoen?
Afsluiting:	Zijn er ter afsluiting buiten de al beantwoorde vragen wellicht nog toevoegingen welke jij wenst te geven? Hoe heb je het interview ervaren en heb je wellicht feedback voor mij die ik bij een volgend interview kan toepassen?
Dankwoord.	Graag wil ik je bedanken voor je tijd, openheid en deelname aan het interview.

Bijlage 4. Codeboom.



Bijlage 5. Uitwerking percentage goed vragen kennismonitor dementie.

Score berekening: Goede antwoorden: aantal vragen X 100

Onvoldoende tot 59% 

Krap voldoende 60 – 69 % 

Voldoende 70% en >

De kennismonitor is ingevuld door 8 helpenden. Onderstaande tabel geeft inzicht in het percentage goede antwoorden en de bijhorende score van de helpenden welke hebben deelgenomen.

Tabel 4. Percentage goede antwoorden en uitkomsten kennismonitor dementie helpenden.								
Thema 1.	H1 0-5 jaar	H2 5-10 jaar	H3 10-15 jaar	H4 15-20 jaar	H5 20-25 Jaar	H6 25-30 Jaar	H7 >30 jaar	Aantal vragen.
Wat is dementie.	7 – 10 – 8	6 - 7	5	5			6	11
Score:	76%	59%	45%	45%			54%	100%
De persoon met dementie.	6 – 6 – 5	5 - 7	4	6			7	9
Score:	63%	67%	45%	67%			78	100%
Communicatie.	3 – 4 – 4	4 - 3	2	3			4	5
Score:	73%	34%	40%	60%			80%	100%
Thema 2.								
Benadering.	5 – 4 – 5	6 – 8	5	8			6	9
Score:	52%	50%	56%	89%			67%	100%
Gedrag.	3 – 6 – 5	5 – 4	2	4			4	6
Score:	52%	75%	34%	67%			67%	100%
Wet- en regelgeving.	2 – 4 - 4	2 – 4	4	4			2	5
Score:	63%	42%	80%	80%			40%	100%
Thema 3.								
Familie en mantelzorg.	7 – 5 - 5	5 – 6	0	4			5	7
Score:	81%	79%	0%	57%			71%	100%
Inrichting.	5 – 2 – 4	6 - 2	4	5			5	7
Score:	52%	57%	57%	71%			71%	100%

20 verzorgenden hebben de vragenlijst ingevuld. 1 vragenlijst is afgekeurd i.v.m. het aankruisen van meer dan 1 antwoord per vraag. Onderstaande tabel geeft inzicht in het percentage goede antwoorden en de bijhorende score van de verzorgenden IG welke hebben deelgenomen.

Tabel 5. Percentage goede antwoorden en uitkomsten kennismonitor dementie verzorgenden.								
Thema 1.	VZ 1 0-5 jaar VZ 2 5-10 jaar		VZ 10-15 jaar	VZ 15-20 jaar	VZ 20- 25 Jaar	VZ 25-30	VZ>30 jaar	Aantal vragen.
Wat is dementie.	10 - 10	4 - 7 - 8	8 - 10	7 - 9	10 - 7 - 7 - 9 -		9 - 5 - 8 - 8 - 7 - 7	11
Score:	91%	58%	82%	73%	75%		67%	100%
De persoon met dementie.	6 - 5	7 - 5 - 5	6 - 9	6 - 6	8 - 8 - 6 - 8		6 - 6 - 6 - 8 - 4 - 7	9
Score:	61%	63%	83%	67%	83%		69%	100%
Communicatie.	3 - 3	3 - 2 - 4	4 - 1	4 - 4	4 - 3 - 2 - 3		4 - 3 - 4 - 4 - 5 - 4	5
Score:	60%	60%	50%	80%	60%		80%	100%
Thema 2.								
Benadering.	7 - 7	3 - 6 - 8	5 - 6	6 - 8	8 - 6 - 7 - 7		6 - 6 - 8 - 9 - 7 - 5	9
Score:	78%	63%	61%	64%	78%		76%	100%
Gedrag.	6 - 6	4 - 4 - 4	2 - 6	4 - 3	4 - 5 - 5 - 4		5 - 5 - 4 - 4 - 4 - 4	6
Score:	100%	67%	67%	58%	75%		72%	100%
Wet- en regelgeving.	4 - 4	5 - 5 - 3	3 - 5	5 - 4	5 - 5 - 4 - 5		5 - 3 - 5 - 3 - 5 - 3	5
Score:	80%	87%	80%	90%	95%		80%	100%
Thema 3.								
Familie en mantelzorg.	7 - 7	7 - 3 - 5	4 - 6	7 - 5	5 - 6 - 3 - 6		5 - 3 - 6 - 7 - 4 - 5	7
Score:	100%	71%	71%	86%	71%		71%	100%
Inrichting.	6 - 6	4 - 3 - 3	4 - 5	4 - 2	7 - 5 - 2 - 7		5 - 3 - 5 - 3 - 2 - 5	7
Score:	86%	48%	64%	43%	75%		55%	100%