Marleen Prins, Ceciel Heijkants en Bernadette Willemse

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie



Marleen Prins, Ceciel Heijkants en Bernadette Willemse

Onbegrepen gedrag in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie

Monitor Woonvormen Dementie

Trimbos-instituut
Utrecht, 2018

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
Dr. Bernadette Willemse

Projectuitvoering
Dr. Mirjam van Soest, Marleen Prins MSc, Ceciel Heijkants MSc, dr. Astrid van der Schot, dr. Marlous Tuithof

Begeleidingscommissie
Drs. Julie Meerveld, drs. Pieter Roelfsema, Tessel Graafsma MSc, drs. Hugo van Waarde, Els Lodewijk, Pieter van der Hoek MSc, dr. Hilde Verbeek, Paulien den Bode

Tekstbewerking
Sacha Buddingh'

Vormgeving
Canon Nederland N.V.

De Monitor Woonvormen Dementie wordt gefinancierd door:



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

En de deelnemende zorgorganisaties

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1596**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2018, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

	Inleiding	5
	1. Wie zijn de behandelaars die de vragenlijst hebben ingevuld?	9
	2. Hoe vaak komen bepaalde gedragskenmerken voor in de woonvoorzieningen voor mensen met dementie?	11
	3. Welk beleid hebben woonvoorzieningen inzake omgaan met onbegrepen gedrag?	15
	4. Hoe wordt onbegrepen gedrag in de woonvoorzieningen gesignaleerd, aangepakt en geëvalueerd?	18
	5. Hoe is het gesteld met de samenwerking in de woonvoorzieningen rond onbegrepen gedrag?	23
	6. Reflectie	29
	7. Methodologische verantwoording	34
	8. Referentielijst	40

Inleiding

Inleiding

Dementie vraagt een continu aanpassingsvermogen, van de persoon met dementie zelf, van diens naasten en van professionele zorgverleners. Gevoelens van onzekerheid, onveiligheid en angst komen vaak voor. Hoe mensen daarmee omgaan verschilt van persoon tot persoon. 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. Dergelijk gedrag heeft vele namen: probleemgedrag, moeilijk hanteerbaar gedrag, veranderend gedrag, neuropsychiatrische symptomen of moeilijk verstaanbaar gedrag. In deze publicatie wordt de term 'onbegrepen gedrag' gebruikt, omdat deze de omgeving uitnodigt op zoek te gaan naar oorzaken van zulk gedrag en om te proberen dit te begrijpen[1]. Goed omgaan met onbegrepen gedrag betekent kijken naar de cliënt met dementie, diens levensgeschiedenis, persoonlijkheid, fysieke en sociale omgeving en lichamelijk functioneren[2]. Na zo de mogelijke oorzaken te hebben achterhaald kunnen vervolgens oplossingen worden bedacht die recht doen aan de persoon met dementie en aan de specifieke situatie. Deze benadering sluit ook aan bij persoonsgerichte zorg, die gezien wordt als een indicator voor goede kwaliteit van zorg[3].

Wanneer we niet goed omgaan met onbegrepen gedrag, lopen we het risico dat de kwaliteit van leven van de persoon met dementie vermindert. Andere risico's zijn bijvoorbeeld: onnodige escalatie van de situatie of onnodig voorschrijven van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen, verkeerde behandeling van lichamelijke oorzaken, overbelasting van het team en onbegrip bij familieleden[4]. Bekend is dat van oudsher vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca vaak worden ingezet bij de aanpak van onbegrepen gedrag[4]. Van vrijheidsbeperkende maatregelen is echter gebleken dat die juist risico's met zich meebrengen en dat men dergelijke interventies daarom niet zou moeten inzetten en naar alternatieven moet zoeken[5]. Voor psychofarmaca geldt dat de effectiviteit van deze middelen bij dementie slechts zeer beperkt bewezen is en dat ze veel bijwerkingen met zich meebrengen[6]. Vandaar dat er veel aandacht is voor het terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en van psychofarmaca. Een voorbeeld van een programma gericht op het terugdringen van psychofarmacagebruik is het project 'Het kan beter met minder'[7]. Dit helpt zorgorganisaties om bewust om te gaan met psychofarmaca en om oneigenlijk gebruik af te bouwen.

Kernelementen voor het goed omgaan met onbegrepen gedrag

In 2013 heeft het Trimbos-instituut samen met Vilans een achttal kernelementen geformuleerd die weergeven wat goed omgaan met onbegrepen gedrag inhoudt. Op basis van bestaande richtlijnen op het gebied van probleemgedrag werden telefonische interviews gehouden met experts en werden good practices geïnventariseerd[8]. Dit gebeurde in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Ook de IGZ erkent dat beter omgaan met onbegrepen gedrag en terugdringing van oneigenlijk gebruik van

vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca een kwaliteitsvraagstuk is in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.

Deze kernelementen zijn voor de Inspectie vanaf 2015-2016 als basis gaan dienen om bij inspectiebezoeken in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie aandacht te besteden aan onbegrepen gedrag. Op basis van deze ervaringen heeft de IGZ de kernelementen nog iets aangepast[9]. Zoals de Inspectie ze nu hanteert, luiden zij als volgt:

- De zorgaanbieder legt vast hoe de medewerkers omgaan met mensen met dementie en hoe deze mensen worden verzorgd. Dit wordt ook steeds getoetst.
- De medewerker kent de cliënt en zijn gedrag. De medewerker kent de levensgeschiedenis, weet waar de cliënt blij van wordt en wat hem of haar helpt. De medewerker herkent signalen van onbegrepen gedrag en reageert hierop. De medewerker maakt hierover verslagen zodat anderen hiervan kunnen leren.
- Familie en mantelzorgers zijn betrokken bij de aanpak van de zorg. Wat te doen als de cliënt onrustig wordt? Zorgverleners bespreken samen en met familie wat zij kunnen doen om de cliënt zich prettig te laten voelen. Ook bespreken zij in welke situaties zij toch rustgevende medicatie geven.
- Een verzorgende, arts en psycholoog bepalen samen de doelen van de zorg en bij welk gedrag wordt ingegrepen. Soms wordt dit bepaald met meerdere zorgverleners, maar altijd met een verzorgende, arts en psycholoog.
- Het team van verzorgende, arts en psycholoog maakt een analyse van het onbegrepen gedrag. Zijn lichamelijke factoren of medicijngebruik er oorzaak van? Heeft de cliënt een psychische stoornis? Of komt het gedrag door gebeurtenissen uit het verleden of door de wijze waarop met de cliënt wordt omgegaan?
- Om de risico's van het onbegrepen gedrag te verkleinen, probeert de medewerker agressie of extreme onrust te voorkomen zonder medicijnen toe te dienen. Dit kan bijvoorbeeld door voor de cliënt zinvolle dagbesteding aan te bieden. Deze activiteiten legt de medewerker vast in het zorgplan.
- Medicijnen die angst verminderen of mensen rustig maken, de zogenoemde psychofarmaca, worden gebruikt volgens de landelijk geldende richtlijnen.
- De verzorgende, arts en psycholoog bespreken de afspraken minstens twee keer per jaar. Bij deze evaluaties kijken ze altijd of het gebruik van medicijnen die angst verminderen of mensen rustig maken (psychofarmaca) kan worden gestopt.

Ontwikkelingen door de jaren heen

De recent gepubliceerde trendstudie van de Monitor Woonvormen Dementie laat zien dat er in woonvoorzieningen voor mensen met dementie door de jaren heen geen verandering te zien is in de mate van onbegrepen gedrag bij bewoners (zie uitgave: *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*). Wel wordt er een afname geconstateerd in het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen dat per bewoner wordt ingezet. Met name de afname in het gebruik van bedhekken, verpleegdekens en onrust-

banden sinds 2008 valt op. De per bewoner voorgeschreven hoeveelheid psychofarmaca is in zijn totaliteit echter onveranderd gebleven. Wel zagen we in de meest recente meetronde een lichte afname in de inzet van antipsychotica (zie uitgave: *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*).

Deze publicatie

Gezien de aandacht die er in het veld is voor onbegrepen gedrag beoogt deze publicatie om meer inzicht te bieden in hoe woonvoorzieningen voor mensen met dementie met zulk gedrag omgaan en hoe zij hierin multidisciplinair en met familie samenwerken.

De volgende vragen worden hierbij beantwoord:

- Wie zijn de behandelaars die betrokken zijn bij het onderzoek?
- Hoe vaak komen bepaalde gedragskenmerken voor in woonvoorzieningen voor mensen met dementie?
- Wat is het beleid van woonvoorzieningen inzake omgaan met onbegrepen gedrag (welke instrumenten worden bijvoorbeeld gebruikt om het gedrag te signaleren, hoe wordt de aanpak van onbegrepen gedrag geëvalueerd en hoe worden familieleden daarbij betrokken)?
- Hoe wordt onbegrepen gedrag in de woonvoorzieningen gesignaleerd, aangepakt en geëvalueerd?
- Hoe is het gesteld met de samenwerking rond onbegrepen gedrag?
- Welke kenmerken van de woonvoorziening, de personele bezetting en de bewoners zijn gerelateerd aan de mate waarin gedragskenmerken bij bewoners voorkomen?

1 Wie zijn de behandelaars die de vragenlijst hebben ingevuld?

Wie zijn de behandelaars?
• Vijftien artsen.
• Dertig psychologen.
• 68 overige functies (o.a. activiteitenbegeleider, fysiotherapeut, geestelijk verzorger, maatschappelijk werker, verpleegkundig specialist).
• Gemiddeld veertig jaar oud.
• Overwegend vrouw (81%).
• Gemiddeld twaalf jaar werkzaam in hun beroep.
• Gemiddeld zes jaar werkzaam in hun huidige werkkring.

1 Wie zijn de behandelaars die de vragenlijst hebben ingevuld?

In de Monitor hebben we alle behandelaars die bij de woonvoorziening betrokken zijn gevraagd een online vragenlijst in te vullen waarin zij onder andere vragen over onbegrepen gedrag hebben beantwoord. Van de 113 behandelaars die de vragenlijst hebben ingevuld, waren er vijftien arts (op veertien verschillende locaties; elf specialisten ouderengeneeskunde, één huisarts, drie basisartsen of artsen in opleiding) en dertig psycholoog (op dertig verschillende locaties). De andere behandelaars waren onder meer: activiteitenbegeleider, bewegingsagoog, diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, geestelijk verzorger, logopedist, maatschappelijk werker, verpleegkundig specialist/ physician assistent/nurse practitioner en casemanager.

De gemiddelde leeftijd van de behandelaars die de vragenlijst hebben ingevuld, is veertig jaar (variërend tussen 22 en 64 jaar). Het grootste deel van de behandelaars is vrouw (81%). Gemiddeld werkten de behandelaars twaalf jaar in het beroep dat zij nu uitoefenden (uiteenlopend van één en tot 44 jaar) en waren zij zes jaar werkzaam in de huidige woonvoorziening (variërend van één tot 31 jaar). Ongeveer een kwart van de behandelaars gaf aan de hoofdbehandelaar van de bewoners te zijn (24%).

2 Hoe vaak komen bepaalde gedragskenmerken voor in de woonvoorzieningen voor mensen met dementie?

Hoe vaak komen bepaalde gedragskenmerken voor in de woonvoorzieningen voor mensen met dementie*?

- Bij de meeste bewoners kwamen één of meerdere soorten gedrag voor (94%).
- Het vaakst ziet men apathie/onverschilligheid (76%), depressie/dysforie (65%) en prikkelbaarheid/labiliteit (63%).
- Het minst vaak onrustig gedrag 's nachts (43%), angst (40%) en hallucinaties (36%).
- Gemiddeld zijn er zes verschillende typen gedrag per bewoner.

*In de maand voorafgaande aan de meting.

2 Hoe vaak komen bepaalde gedragskenmerken voor in de woonvoorzieningen voor mensen met dementie?

Achtergrond

Uit de literatuur is bekend dat neuropsychiatrische symptomen bij dementie vaak voorkomen[0]. Bij tachtig procent van de mensen met dementie die naar een zorginstelling verhuizen, komen minstens twee verschillende gedragingen voor[10]. Voorbeelden zijn apathie, agitatie en angst. Uit onderzoek komt naar voren dat bij bewoners met dementie prikkelbaarheid en apathie het vaakst voorkomen en het ernstigst zijn, gevolgd door agitatie en doelloos repetitief gedrag. Ook veranderingen in het eetpatroon, ontremming, angst en depressie ziet men vaak bij bewoners met dementie[11]. In de praktijk worden deze gedragskenmerken vaak onbegrepen gedrag genoemd als dit gedrag problemen oplevert voor de persoon met dementie zelf en/of zijn omgeving.

Bevindingen

De mate van onbegrepen gedrag is in de Monitor gemeten met de versie voor de verpleeghuiszorg van de NeuroPsychiatric Inventory (NPI-NH). In deze vragenlijst wordt voor twaalf soorten gedrag aangegeven of dit in de maand voorafgaande aan de meting bij de bewoner is voorgekomen of niet, wat de ernst van het gedrag was en wat de frequentie. Bij 94% van de bewoners kwamen één of meer soorten van gedrag voor.
In tabel 1 is het gemiddelde percentage bewoners in de woonvoorziening weergegeven bij wie er sprake was van verschillende typen onbegrepen gedrag. In de tabel is te zien dat apathie/onverschilligheid het meest voorkomt (in meer dan twee derde van de gevallen), gevolgd door euforie/opgetogenheid (71%), depressie/dysforie (65%) en prikkelbaarheid/labiliteit (63%). In de tabel is ook de gemiddelde frequentie te zien waarmee het gedrag zich voordeed. De frequentie waarin hallucinaties en angst optraden was het laagst. Gemiddeld kwamen deze gedragingen 'soms tot regelmatig' voor, de overige gedragingen 'soms tot vaak'. Ontremd gedrag en apathie waren relatief het frequentst aanwezig. Tot slot wordt in de tabel weergegeven wat de ernst was van het gedrag. Te zien is hier dat de ernst van alle gedragingen licht tot matig was. Gedragingen op het gebied van eetlust/eetgedrag en apathie/onverschilligheid namen de ernstigste vorm aan, euforie/opgetogenheid, agitatie/agressie en wanen het minst ernstig.

Tabel 1. Gemiddeld percentage bewoners in de woonvoorziening bij wie er sprake is van dit type gedrag.

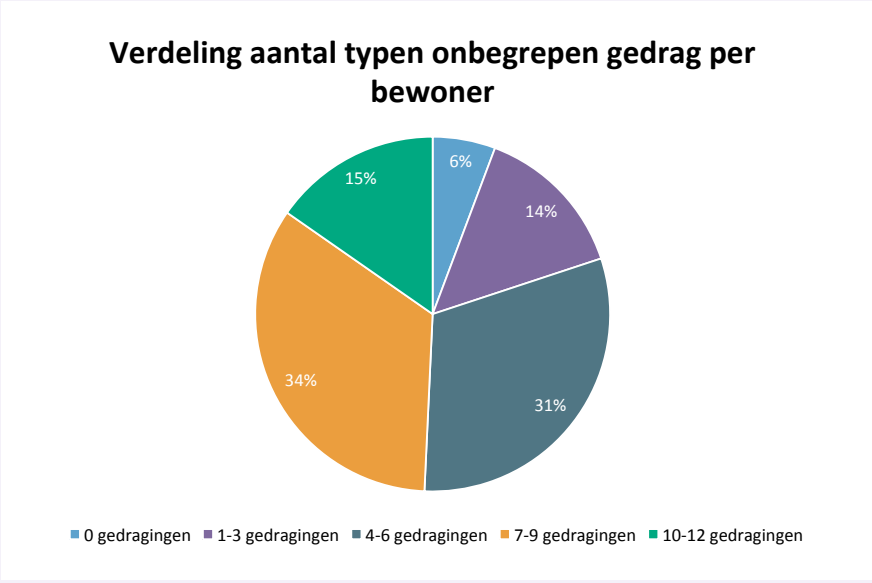
Type onbegrepen gedrag	Gemiddeld percentage bewoners in de woonvoorziening bij wie er sprake is van dit type gedrag	Gemiddelde frequentie waarin dit gedrag voorkomt bij de bewoners met het gedrag*	Gemiddelde ernst waarin dit gedrag voorkomt bij de bewoners met het gedrag **
Apathie/onverschilligheid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

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

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

Per bewoner werden er in de laatste maand voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst gemiddeld zes verschillende typen gedrag geobserveerd. In figuur 1 is te zien dat bij ongeveer een derde van de bewoners vier tot zes gedragingen voorkwamen en bij nog eens een derde zeven tot negen gedragingen. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit gedrag soms tot regelmatig voorkwam in lichte tot matige ernst. Slechts in zes procent van de gevallen werd in de maand voorafgaande aan de meting geen enkele van de onderzochte gedragingen geobserveerd.

Figuur 1. Verdeling van het aantal typen gedrag dat per bewoner voorkwam in de maand voorafgaand aan de meting.



3 Welk beleid hebben woonvoorzieningen inzake omgaan met onbegrepen gedrag?

Welk beleid hebben woonvoorzieningen inzake omgaan met onbegrepen gedrag?

- 49% van de woonvoorzieningen heeft een actueel beleid/plan/visie op het gebied van onbegrepen gedrag en voert dit ook uit.
- 12% van de woonvoorzieningen heeft geen actueel beleid/plan/visie op het gebied van onbegrepen gedrag.
- 76% van de verzorgenden ervaart zelden of nooit meningsverschillen of onduidelijkheden over de aanpak van onbegrepen gedrag binnen het team.
- 86% van de artsen en 72% van de psychologen ervaart zelden of nooit meningsverschillen of onduidelijkheden over de aanpak van onbegrepen gedrag binnen de woonvoorziening.

3 Welk beleid hebben woonvoorzieningen inzake omgaan met onbegrepen gedrag?

Achtergrond

Het eerste van de acht kernelementen over goede zorg voor mensen met dementie die onbegrepen gedrag vertonen, heeft betrekking op de aanwezigheid van een visie op deze problematiek[9]. Het begint ermee dat het bestuur en het management van de organisatie een visie hebben op het creëren van een therapeutische sfeer in de woonvoorziening. Een dergelijke visie heeft tot doel het dagelijks leven van de bewoners en hun omgeving – in overleg met bewoners en hun familieleden – zo in te richten dat onbegrepen gedrag zoveel mogelijk wordt voorkómen. In de richtlijn Probleemgedrag van Verenso staat dan ook te lezen dat het beleid van de woonvoorziening een preventieve rol kan spelen bij het ontstaan van onbegrepen gedrag[12]. Ook in de inventarisatie van Vilans en het Trimbos-instituut uit 2013 komt naar voren dat de risico's die ontstaan wanneer er bij onbegrepen gedrag niet volgens de richtlijnen wordt gewerkt, beperkt kunnen worden door onder andere een duidelijke visie op hoe er in de woonvoorziening met onbegrepen gedrag wordt omgegaan[4].

Bevindingen

Wat is het beleid in de woonvoorzieningen?

Aan de managers van de deelnemende woonvoorzieningen is gevraagd of er een actueel beleid, plan of visie is op het omgaan met onbegrepen gedrag én in hoeverre men dit ook daadwerkelijk uitvoert. Tabel 2 geeft de antwoorden op deze vraag weer. Uit deze tabel blijkt dat bijna de helft van de woonvoorzieningen een actueel beleid, plan of visie heeft en daaraan ook uitvoering geeft. Bij veertien procent van de woonvoorzieningen is er wel een dergelijk plan, maar wordt dit niet uitgevoerd. Verder blijkt dat twaalf procent van de woonvoorzieningen helemaal geen beleid, plan of visie heeft en dat dit bij bijna een kwart van de woonvoorzieningen nog in ontwikkeling is.

Tabel 2. **Percentage woonvoorzieningen dat een actueel beleid, plan of visie heeft op het gebied van onbegrepen gedrag.**

	% woonvoorzieningen met dit antwoord
Ja, we hebben een actueel beleid/plan/visie en voeren dat uit.	49.0
Ja, we hebben een actueel beleid/plan/visie, maar in de praktijk voeren we het niet uit.	14.3
Nee, we hebben geen actueel beleid/plan/visie.	12.2
Het beleid/plan/visie is in ontwikkeling.	24.5

Zijn er binnen het team meningsverschillen of onduidelijkheden omtrent de visie op onbegrepen gedrag, vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca volgens verzorgenden, artsen en psychologen?

Gemiddeld driekwart van de verzorgenden in de woonvoorzieningen heeft zelden of nooit de ervaring dat er meningsverschillen of onduidelijkheden binnen het team zijn over het omgaan met onbegrepen gedrag. Ook psychologen zeggen in bijna driekwart van de gevallen dat zij dit zelden of nooit binnen de woonvoorziening ervaren; voor artsen gaat dit zelfs op in 86% van de gevallen. Bij dezelfde vraag over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen zien we dat een grote meerderheid van de verzorgenden (80%) en de psychologen (87%) gemiddeld vindt dat hierover zelden of nooit meningsverschillen of onduidelijkheden bestaan; voor de artsen geldt dit slechts voor ongeveer een derde (36%). Over het gebruik van psychofarmaca bestaan volgens verzorgenden wat vaker meningsverschillen of onduidelijkheden binnen het team dan naar de mening van artsen en psychologen.

Tabel 3. **Percentage verzorgenden, artsen en psychologen dat aangeeft dat er nooit of zelden meningsverschillen of onduidelijkheden bestaan.**

Meningsverschillen of onduidelijkheden over…	Verzorgenden (% zelden of nooit)*	Artsen (% zelden of nooit)**	Psychologen (% zelden of nooit)**
Onbegrepen gedrag	75.8	85.7	72.4
Vrijheidsbeperkende maatregelen	79.6	35.7	86.7
Psychofarmacagebruik	69.9	78.6	88.5

* *binnen het team*

** *binnen de woonvoorziening*

4 Hoe wordt onbegrepen gedrag in de woonvoorzieningen gesignaleerd, aangepakt en geëvalueerd?

Hoe staat het ervoor op het gebied van beleid, signaleren, aanpak en evaluatie?

- De helft van de woonvoorzieningen heeft een actueel beleid, plan of visie op het gebied van onbegrepen gedrag dat ook wordt uitgevoerd.
- In bijna alle woonvoorzieningen worden specifieke instrumenten gebruikt om onbegrepen gedrag te signaleren.
- In alle woonvoorzieningen wordt onbegrepen gedrag geëvalueerd, meestal multidisciplinair (86%).
- Artsen en psychologen zijn van mening dat er in de meeste gevallen eerst psychosociale interventies worden ingezet voordat psychofarmaca of vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast.
- Driekwart van de verzorgenden ervaart zelden of nooit onduidelijkheden of meningsverschillen binnen het verzorgende team over onbegrepen gedrag, bij psychologen is dit 72% en bij artsen 86%.

4 Hoe wordt onbegrepen gedrag in de woonvoorzieningen gesignaleerd, aangepakt en geëvalueerd?

Achtergrond

Volgens de kernelementen die Vilans en het Trimbos-instituut in 2013 opstelden[4], is signaleren van onbegrepen gedrag een eerste stap naar beter omgaan met deze problematiek. Zoals we eerder zagen, vertonen bijna alle bewoners met dementie wel gedrag dat in de praktijk als onbegrepen gedrag bestempeld wordt als dit problemen oplevert voor de persoon met dementie zelf en/of zijn omgeving. Als zulk gedrag inderdaad een nadelige invloed heeft op de kwaliteit van leven van de bewoner of zijn omgeving, is het van groot belang dat het tijdig wordt herkend. Zeker vormen van gedrag waar medewerkers minder snel 'last' van hebben, zoals apathie of lusteloosheid, zijn in dit opzicht een aandachtspunt. Een voorbeeld van apathie is wanneer een bewoner vaak voor de televisie zit of zich terugtrekt en nog maar weinig deelneemt aan gezamenlijke activiteiten. Het is dan van belang je de vraag te stellen of die persoon een onvervulde behoefte heeft en of zulk gedrag bij de betreffende bewoner past. Herkennen of signaleren van gedrag en de invloed ervan op de bewoner en/of zijn omgeving is dus een belangrijke eerste stap. In het rapport 'Kijken met andere ogen' wordt dan ook benadrukt hoe belangrijk het is dat medewerkers hun bewoner kennen en weten welk gedrag bij hen past. Wanneer zich dan veranderingen in dit gedrag voordoen, zal de medewerker die ook herkennen of signaleren[9].

Voor onbegrepen gedrag bestaat geen standaard aanpak. Gedrag en de oorzaken ervan kunnen bij iedere bewoner anders zijn, omdat ieder mens nu eenmaal anders is. Zoals eerder gezegd is het zaak eerst naar de oorzaken van het onbegrepen gedrag te zoeken. Vervolgens kan op basis daarvan besloten worden hoe het gedrag kan worden aangepakt. Vaak zal er daarbij gekeken worden naar factoren die te beïnvloeden zijn, zoals de (sociale) omgeving en het lichamelijk welbevinden van de bewoner. De aanpak is er vaak op gericht het onbegrepen gedrag te doen afnemen of de omgeving te leren het gedrag beter te begrijpen en er daardoor beter mee om te gaan. Realistische doelen stellen bij de gekozen aanpak is daarbij belangrijk[4]. Soms is het niet realistisch om te verwachten dat het gedrag helemaal verdwijnt, maar komt men overeen dat het al fijn zou zijn als het wat minder vaak zou voorkomen. Of dat het team het beter kan hanteren.

Een belangrijk element bij de aanpak van onbegrepen gedrag is verder de betrokkenheid van de familie en, waar mogelijk, van de bewoner zelf[9]. Familieleden kennen de bewoner al lang en weten vaak wat iemands voorkeuren en behoeften zijn geweest en wat hij of zij heeft meegemaakt. Mogelijk biedt dit inzichten voor een individuele aanpak van het onbegrepen gedrag. Tot slot is evalueren van de gekozen aanpak van onbe-

grepen gedrag een belangrijk kernelement dat ook terugkomt in verschillende richtlijnen (bijvoorbeeld van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, het Nederlands Instituut van Psychologen[12] en Verenso[13]). Ook in het rapport 'Kijken met andere ogen' wordt benadrukt dat een regelmatige evaluatie (minstens twee keer per jaar) gewenst is. Met daarbij in het bijzonder aandacht voor het afbouwen of staken van psychofarmaca[9].

Bevindingen

Hoe wordt onbegrepen gedrag gesignaleerd?

In 92% van de woonvoorzieningen maakt men gebruik van specifieke instrumenten om onbegrepen gedrag te signaleren. De meest gebruikte zijn de GIP (Gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatrie, 51%), de NPI (NeuroPsychiatric Inventory, 28%), de GDS (Geriatric Depression Scale, 22%), de Cornell Scale for Depression in Dementia (17%), vroegsignalering door gedragsobservatie (14%), de CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory, 10%) en een ABC-formulier waarin gevraagd wordt naar het gedrag en de veroorzakers en consequenties ervan (8%). Ruim de helft (51%) van de woonvoorzieningen gebruikte daarnaast nog andere instrumenten, waaronder diverse signalerings- en observatielijsten (bijvoorbeeld voor delirium- of depressiescreening), Dementia Care Mapping (DCM) en inventarisatielijsten van risico's.

Tabel 4. **Instrumenten voor het signaleren van onbegrepen gedrag en percentage woonvoorzieningen dat deze instrumenten gebruikt.**

	% woonvoorzieningen met dit antwoord
Gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatrie (GIP)	51.3
Overig	51.0
NeuroPsychiatric Inventory (NPI)	28.4
Geriatric Depression Scale (GDS)	21.8
Cornell Scale for Depression in Dementia	16.6
Vroegsignalering door gedragsobservatie	13.5
Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	10.1
ABC-formulier	8.2

Welke stappen worden er gezet wanneer onbegrepen gedrag is gesignaleerd en hoe wordt de aanpak geëvalueerd?

Managers zeggen de volgende stappen te zetten als er in de woonvoorziening onbegrepen gedrag is gesignaleerd: signaleren, rapporteren, observeren, multidisciplinair overleg, interventies, psychofarmaca, betrekken van familieleden, evalueren. Alle woonvoorzieningen geven aan dat zij onbegrepen gedrag structureel evalueren nadat een aanpak is ingezet. Dit gebeurt voornamelijk multidisciplinair (86%). Evaluatie van het onbegrepen gedrag vindt gemiddeld 2.5 keer per maand plaats en loopt uiteen van één keer per maand tot dagelijks.

Ook de behandelaars is gevraagd of er een evaluatie plaatsvindt van de afgesproken aanpak van onbegrepen gedrag en wie bij deze evaluatie is betrokken. Hieruit blijkt dat 98% van de behandelaars vaak of altijd zegt te evalueren en dat daarbij de volgende partijen betrokken zijn: verzorgenden (32%), psycholoog (31%), arts (30%), familie (14%) of anderen (9%, waaronder teamleider, verpleegkundige, welzijnscoach of fysiotherapeut).

Bijna de helft (47%) van de woonvoorzieningen schakelt het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) weleens in bij onbegrepen gedrag. Van deze woonvoorzieningen deed twintig procent dit het afgelopen jaar één keer. Niet één van de woonvoorzieningen die het CCE hadden ingeschakeld gaf aan niet tevreden te zijn over deze inzet en 68% van de woonvoorzieningen zei *altijd* tevreden te zijn over het inroepen van het CCE. Ter preventie van onbegrepen gedrag zeggen de managers in de woonvoorziening te letten op bewoners en aansluiting bij hen te zoeken, medewerkers diverse scholingen aan te bieden, aandacht te hebben voor prikkels in de omgeving en de inrichting van ruimtes, participatie van familie na te streven en kennis met elkaar te delen.

Worden er eerst psychosociale interventies ingezet voordat psychofarmaca of vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast?

Een derde van de artsen en iets minder dan een derde van de psychologen geeft te kennen dat er altijd eerst psychosociale interventies worden ingezet of andere disciplines worden ingeschakeld alvorens over te gaan tot het voorschrijven van psychofarmaca. Ongeveer de helft van beide groepen zegt dat dit 'vaak' gebeurt. In het geval van vrijheidsbeperkende maatregelen zeggen zowel de artsen (83%) als de psychologen (67%) vaker dat dit 'altijd' gebeurt.

Tabel 5. Eerst andere disciplines inschakelen en psychosociale interventies inzetten voordat vrijheidsbeperkende maatregelen of psychofarmaca worden voorgeschreven.

	Eerst psychosociale interventies voor psychofarmaca		Eerst psychosociale interventies voor vrijheidsbeperkende maatregelen	
	arts	psycholoog	arts	psycholoog
% nooit/zelden/soms	16.7	16.7	8.3	0.0
% vaak	50.0	53.3	25.0	16.7
% altijd	33.3	30.0	66.7	83.3

Als redenen om niet altijd eerst andere disciplines in te schakelen of psychosociale interventies in te zetten voordat psychofarmaca worden voorgeschreven, noemen artsen en psychologen onder andere: de ernst van de klachten (acute verwardheid/delier, agitatie, agressie) en het ontbreken van tijd om te wachten op een advies voor psychosociale interventies. Dat voorafgaand aan vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd eerst andere disciplines worden ingeschakeld of psychosociale interventies worden ingezet, kan volgens beide beroepsgroepen komen doordat er acuut valgevaar bestaat, er om

andere redenen spoed is geboden en doordat andere disciplines niet altijd beschikbaar zijn (bijvoorbeeld in het weekend of 's nachts).

Wordt de inzet van psychofarmaca periodiek geëvalueerd?

Ook vroegen we de artsen of er periodiek geëvalueerd wordt of aan bewoners voorgeschreven psychofarmaca kan worden afgebouwd en of er farmacotherapeutisch overleg plaatsvindt in de woonvoorziening waarbij het gebruik van gedragsmedicatie besproken wordt. Dit laatste bleek het geval in alle woonvoorzieningen waar een specialist ouderengeneeskunde de vragenlijst had ingevuld. Ook gaven alle specialisten ouderengeneeskunde aan dat zij periodiek evalueren of psychofarmaca kan worden afgebouwd.

5 Hoe is het gesteld met de samenwerking in de woonvoorzieningen rond onbegrepen gedrag?

Hoe staat het ervoor op het gebied van samenwerking binnen het multidisciplinaire team?

- De psycholoog wordt het meest ingeschakeld door de arts (25%) bij onbegrepen gedrag.
- De meeste behandelaars zijn tevreden over de beschikbaarheid van de psycholoog (92%).
- De tevredenheid over de samenwerking binnen het multidisciplinaire team wordt beoordeeld met een 6.
- Verzorgenden bespreken onbegrepen gedrag het meest met collega's (96%) en tijdens artsenvisite (79%). Het minst tijdens omgangsoverleg (48%) of gedragsvisite (44%).
- Verzorgenden vinden dat behandelaren hen serieus nemen (90%).
- Een derde van de verzorgenden vindt dat de behandelaren dingen op een begrijpelijke manier uitleggen (31%).

Hoe staat het ervoor op het gebied van samenwerking met informele zorg?

- In de meeste gevallen wordt onbegrepen gedrag met familie besproken (98%), familie wordt minder betrokken bij de evaluatie (69%).
- Twee derde van de familieleden en driekwart van de vrijwilligers geeft aan dat medewerkers hen hebben geholpen het moeilijke gedrag van de naaste of bewoner te begrijpen.
- Familie vindt dat behandelaren hen serieus nemen (89%).

5 Hoe is het gesteld met de samenwerking in de woonvoorzieningen rond onbegrepen gedrag?

Achtergrond

Verzorgenden hebben over het algemeen in de woonvoorzieningen het meest te maken met onbegrepen gedrag van bewoners. Zij bieden de dagelijkse directe zorg en brengen het grootste deel van de dag met de bewoners door. Wanneer er onbegrepen gedrag voorkomt, zijn zij vaak de eersten die ermee worden geconfronteerd. Daarom zijn zij een belangrijke schakel in het herkennen, aanpakken en evalueren van onbegrepen gedrag. Maar ook het multidisciplinair team, met name de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog, speelt hierbij een belangrijke rol[4]. Alle richtlijnen omtrent onbegrepen gedrag gaan er dan ook van uit dat zulk gedrag multidisciplinair wordt aangepakt. Ook in het rapport 'Kijken met andere ogen' wordt als het gaat om analyseren, doelstellingen formuleren en evalueren van onbegrepen gedrag specifiek genoemd dat dit gebeurt met de verzorgende, de specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog[9]. Tot slot is het volgens de kernelementen voor goed omgaan met onbegrepen gedrag van belang familieleden hierbij te betrekken en met hen samen te werken.

Bevindingen

Hoe wordt de psycholoog betrokken bij onbegrepen gedrag?

Aan psychologen is gevraagd door wie zij ingeschakeld worden wanneer een bewoner onbegrepen gedrag vertoont. Dit blijkt het meest te gebeuren door de arts (25%) en de eerste verantwoordelijk verzorgende (evv'er, 22%) en daarna door andere medewerkers van het zorgteam (16%). Ook worden psychologen soms door andere betrokkenen ingeschakeld (6%), zoals casemanagers, andere behandelaars, geriatrisch verpleegkundigen of zorgmanagers. Alle artsen gaven te kennen dat zij de mogelijkheid hebben een beroep op een psycholoog te doen als er sprake is van onbegrepen gedrag. Op de vraag aan de artsen of zij tevreden zijn over de beschikbaarheid van de psycholoog antwoordde 92% bevestigend. Verder bleek dat 47% van de psychologen en 93% van de artsen altijd deelneemt aan het multidisciplinair overleg.

Hoe is de samenwerking binnen het multidisciplinaire team?

De samenwerking binnen het multidisciplinaire team geven zowel artsen als psychologen gemiddeld een zes (uiteenlopend van een vier tot een negen). Volgens de artsen en de psychologen dragen onder meer de volgende elementen bij aan een goede samenwerking in het multidisciplinaire team: korte communicatielijnen tussen leden van het team, dezelfde visie en dezelfde doelen hebben, dezelfde methodieken gebruiken, goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van de disciplines en voldoende personele bezetting. Als belemmerend voor een goede samenwerking in het multidisciplinaire team werden soortgelijke aspecten genoemd: geen multidisciplinair overleg op een

vast tijdstip, niet alle disciplines aanwezig, slechte communicatie, te hoge werkdruk en beperkte tijd, wisselende teams en onbekendheid met het behandelplan.

Met wie bespreken verzorgenden onbegrepen gedrag?

Tabel 6 laat zien met wie verzorgenden zeggen onbegrepen gedrag te bespreken. Bijna alle verzorgenden in de woonvoorzieningen bespreken onbegrepen gedrag van bewoners met een collega. Ook zegt gemiddeld bijna 80% onbegrepen gedrag bij de arts aan te kaarten. Daarnaast bespreekt gemiddeld zo'n driekwart van de verzorgenden onbegrepen gedrag van een bewoner met de familie en betrekt familieleden bij het evalueren van de aanpak ervan. Gemiddeld iets minder dan twee derde van de verzorgenden geeft aan onbegrepen gedrag te bespreken met de psycholoog en gemiddeld minder dan de helft zegt dit te doen in een omgangsoverleg of tijdens een gedragsvisite.

Tabel 6. Gemiddeld percentage verzorgenden in de woonvoorziening dat het meestal of altijd eens is met de stellingen over onbegrepen gedrag.

Stelling	Gemiddeld % verzorgenden in de woonvoorziening dat het meestal of altijd eens is met de stelling
Onbegrepen gedrag van een bewoner bespreek ik met mijn collega's.	96.3
Onbegrepen gedrag van een bewoner bespreek ik met de arts, bijvoorbeeld bij een artsenvisite.	78.9
Ik betrek familie bij het evalueren van de aanpak van het onbegrepen gedrag.	76.7
Onbegrepen gedrag van een bewoner bespreek ik met familie.	76.6
Ik betrek familie bij het zoeken naar oorzaken voor onbegrepen gedrag.	73.4
Veranderd gedrag van een bewoner bespreek ik in een multidisciplinair overleg.	72.6
Ik betrek familie bij het bepalen van een aanpak voor onbegrepen gedrag.	69.7
Onbegrepen gedrag van een bewoner bespreek ik met de psycholoog.	65.2
Onbegrepen gedrag van een bewoner bespreek ik in een omgangsoverleg.	47.8
Onbegrepen gedrag van een bewoner bespreek ik tijdens een gedragsvisite.	44.0

Hoe worden familieleden door behandelaren betrokken bij de aanpak van onbegrepen gedrag?

Een van de kernelementen in het omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie is om de familie bij de analyse en de aanpak van het gedrag te betrekken. Door middel van vier stellingen is aan artsen en psychologen gevraagd hoe zij dit doen (tabel 7). In bijna alle gevallen zegt men dat onbegrepen gedrag van een bewoner met diens familie wordt besproken. Dat familieleden betrokken worden bij de evaluatie van de aanpak van onbegrepen gedrag gebeurt volgens de artsen en psychologen aanzienlijk minder, maar nog steeds in meer dan twee derde van de gevallen.

Tabel 7. **Percentage artsen en psychologen dat aangeeft dat familieleden vaak of altijd betrokken worden bij deze stappen in het omgaan met onbegrepen gedrag.**

Stelling	% vaak of altijd
Wij bespreken het onbegrepen gedrag van een bewoner met familie van de bewoner.	97.6
Wij betrekken familie van de bewoner bij het zoeken naar oorzaken van onbegrepen gedrag.	80.9
Wij betrekken familie van de bewoner bij het bepalen van een aanpak bij onbegrepen gedrag	71.4
Wij betrekken familie van de bewoner bij het evalueren van de aanpak van het onbegrepen gedrag.	69.0

Hoe tevreden zijn verzorgenden en familieleden over de behandelaars?

Iets dat mogelijk ook invloed heeft op de manier van omgaan met onbegrepen gedrag binnen een woonvoorziening is de tevredenheid van verzorgenden en familieleden met de betrokken behandelaars. Er zijn aan verzorgenden en familieleden verschillende vragen gesteld over het contact met de behandelaars in de woonvoorziening. De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in tabel 8. Gemiddeld 90% van de verzorgenden en familieleden zegt dat behandelaars hen 'meestal of altijd' serieus nemen. Slechts iets meer dan een derde van de verzorgenden vindt gemiddeld dat behandelaars dingen 'meestal of altijd' op een begrijpelijke manier uitleggen. Ook zegt gemiddeld iets meer dan driekwart van de familieleden dat zij makkelijk de juiste behandelaar kunnen vinden voor een antwoord op vragen. Bijna alle familieleden (93%) vinden dat behandelaars de dingen meestal of altijd op een begrijpelijke manier duidelijk maken.

Tabel 8. Gemiddeld percentage verzorgenden in de woonvoorziening dat meestal of altijd aangaf op de vragen over de behandelaars.

Stelling	Gemiddeld % verzorgenden in de woonvoorziening dat meestal of altijd aangeeft	Gemiddeld % familieleden in de woonvoorziening dat meestal of altijd aangeeft
Nemen de behandelaars u (over het algemeen) serieus?	90.2	88.9
Kunt u gemakkelijk de juiste behandelaar vinden voor een antwoord op vragen (over de bewoners)?	88.5	77.0
Luisteren de behandelaars aandachtig naar u?	88.3	87.2
Bent u tevreden met de aanpak van de problemen of klachten van de bewoners door de behandelaars?/Vindt u dat de behandelaars de juiste aanpak voor de problemen of klachten van uw naaste hanteren?	80.3	83.3
Geven de behandelaars (over het algemeen) snel antwoord op uw vragen?	78.0	81.8
Vragen de behandelaars naar uw kijk op de situatie van de bewoner?	77.0	-
Kunt u meebeslissen met de behandelaars over de aanpak van problemen in de zorg voor de bewoners?	74.0	-
Leggen de behandelaars de dingen (over het algemeen) op een begrijpelijke manier aan u uit?	31.2	92.5
Besteden de behandelaars voldoende tijd aan u?	-	77.0
Krijgt u informatie over de mogelijkheden van behandeling en benadering van uw naaste?	-	76.3

Ondersteunen verzorgenden familie en vrijwilligers bij het omgaan met bewoners?

Aan familieleden en vrijwilligers vroegen we in hoeverre zij door verzorgenden zijn geholpen om gedrag van hun naaste/bewoners met dementie te begrijpen en hiermee om te gaan. In tabel 9 is het gemiddelde percentage familieleden en vrijwilligers per woonvoorziening weergegeven dat aangaf het enigszins of sterk met de stelling eens te zijn. Gemiddeld iets minder dan twee derde van de familieleden in de woonvoorziening zegt dat medewerkers hen hebben geholpen het soms moeilijke gedrag van hun naaste te begrijpen. Van de vrijwilligers geeft gemiddeld iets meer dan driekwart aan dat medewerkers hen bij het begrijpen van gedrag van mensen met dementie geholpen hebben.

Tabel 9. **Gemiddeld percentage familieleden en vrijwilligers in de woonvoorziening dat aangeeft het enigszins of sterk eens te zijn met de stellingen over hulp van de verzorgenden bij onbegrepen gedrag.**

Stelling	Gemiddeld % familieleden in de woonvoorziening dat aangeeft het hier enigszins of sterk mee eens te zijn	Gemiddeld % vrijwilligers in de woonvoorziening dat aangeeft het hier enigszins of sterk mee eens te zijn
De medewerkers hebben mij geholpen met het soms moeilijke gedrag van mijn familielid/de bewoners te begrijpen.	65.0	77.0
De medewerkers hebben mij geholpen te begrijpen wat dementie met mijn familielid/de bewoners doet.	64.2	74.4
De medewerkers hebben mij geleerd hoe ik met mijn familielid/bewoners met dementie kan omgaan nu er dementie in het spel is.	55.8	74.8

6 Reflectie

6 Reflectie

Gedragskenmerken komen veel voor

Dat gedragskenmerken als apathie, agitatie en ontremd gedrag regelmatig voorkomen in woonvoorzieningen voor mensen met dementie is geen verrassing. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit eerder onderzoek[11]. Deze gedragskenmerken worden onbegrepen gedrag of probleemgedrag genoemd als het gedrag problemen oplevert voor de persoon met dementie zelf en/of zijn omgeving. Het meest voorkomende type gedrag is apathie/lusteloosheid (doet zich voor bij gemiddeld driekwart van de bewoners). Wanneer gedrag optreedt bij bewoners, is de frequentie echter vaak beperkt (soms tot regelmatig), evenals de ernst (licht tot matig). Ook is het belangrijk te benoemen dat het feit dat iemand bepaald gedrag vertoont nog niet betekent dat er van onbegrepen gedrag of probleemgedrag kan worden gesproken; dat hangt er immers vanaf of dit gedrag ook problemen oplevert voor de persoon met dementie en/of diens omgeving. Hallucinaties komen het minst voor in onze resultaten (gemiddeld bij iets meer dan een derde van de bewoners). Dit komt overeen met eerder onderzoek. Ook daar bleek apathie het meest voor te komen en hallucinaties het minst[12].

Nog niet alle woonvoorzieningen hebben een actief beleid op het gebied van onbegrepen gedrag dat ook wordt uitgevoerd

Bijna de helft van de woonvoorzieningen geeft aan een beleid, plan of visie inzake onbegrepen gedrag te hebben en hieraan ook uitvoering te geven. De andere helft heeft zo'n beleid, plan of visie wel maar doet hier niets mee, is het nog aan het ontwikkelen of heeft geen beleid, plan of visie. Gemiddeld om en nabij een kwart van de verzorgenden en psychologen zegt soms, vaak of altijd meningsverschillen of onduidelijkheden te ervaren in het omgaan met onbegrepen gedrag. Bij de artsen is dit percentage lager. Hoewel er dus niet overal een beleid, plan of visie is, wordt er blijkbaar op een andere manier al wel aandacht aan onbegrepen gedrag besteed, bijvoorbeeld in het multidisciplinair overleg. Opvallend is daarbij wel dat er een grote variatie bestaat tussen de woonvoorzieningen. In sommige voorzieningen lijken veel vaker meningsverschillen en onduidelijkheden te bestaan dan in andere. Daarnaast valt op dat verzorgenden vergeleken met artsen en psychologen relatief het vaakst meningsverschillen over het gebruik van psychofarmacagebruik ervaren. Mogelijk is het voor de behandelaars duidelijker wanneer je volgens de richtlijnen wel of geen psychofarmaca voorschrijft dan binnen het verzorgende team. Een andere verklaring kan zijn dat psychofarmaca ook regelmatig 'indien nodig' worden voorgeschreven. Dan ligt de uiteindelijke beslissing om het middel wel of niet toe te dienen dus bij het verzorgende team. En dit kan zonder duidelijke afspraken mogelijk tot meningsverschillen of onduidelijkheden leiden.

De kernelementen voor goed omgaan met onbegrepen gedrag volgens betrokkenen in de praktijk

De meeste woonvoorzieningen gebruiken specifieke instrumenten voor het signaleren van onbegrepen gedrag. De vraag is nog wel wat er met de uitkomsten hiervan wordt gedaan. Volgens de behandelaars evalueren zij onbegrepen gedrag van bewoners in bijna alle gevallen. Dit wordt bij de meeste, maar niet alle woonvoorzieningen multidisciplinair gedaan. Tegelijkertijd zien we dat er bij de toepassing van de kernelementen voor een goede omgang met onbegrepen gedrag ook aandachtpunten zijn[4], welke per woonvoorziening verschillen. Maar over de hele linie vallen er twee met name op. Op deze twee gaan we hieronder nader in.

Multidisciplinaire samenwerking is nog niet altijd optimaal

Veel ruimte voor verbetering is er op het gebied van de multidisciplinaire samenwerking: in de woonvoorzieningen wordt deze immers slechts gemiddeld met een zes beoordeeld. Behandelaars zeggen dat dit komt doordat de onderlinge communicatie niet optimaal is en de tijd soms ontbreekt voor overleg. De vraag is of hier ook een oorzaak ligt van het feit dat nog geen derde van de verzorgenden van mening is dat de behandelaars dingen op een begrijpelijke manier aan hen uitleggen. Mogelijk is er onvoldoende tijd om een en ander goed toe te lichten. Ook kan het zijn dat behandelaars het lastig vinden om (para)medische en psychologische zaken op een begrijpelijke manier duidelijk te maken aan zorgteams.

Het belang van goed multidisciplinair samenwerken rond onbegrepen gedrag blijkt bijvoorbeeld uit de gevonden effecten bij de multidisciplinaire aanpak van onbegrepen gedrag met de interventie GRIP op probleemgedrag[1]. Ook is dit een belangrijk kernelement volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg[9]. Daarbij stelt de IGZ dat met name de samenwerking tussen verzorgende, arts en psycholoog van belang is bij onbegrepen gedrag. Daarom is het zorgelijk dat nog niet de helft van de psychologen aanwezig zegt te zijn bij het multidisciplinair overleg. Dit roept de vraagt op waarom dit zo is. Is het een inhoudelijke keuze binnen de organisatie? Een gebrek aan tijd binnen de formatie van de psychologen?

Ook valt op dat verzorgenden gemiddeld in nog niet de helft van de gevallen te kennen geven onbegrepen gedrag in een omgangsoverleg te bespreken. Dit is een overlegvorm die verzorgenden kan ondersteunen beter met onbegrepen gedrag om te gaan en ook echt werk te maken van afspraken die over de aanpak van zulk gedrag zijn gemaakt. Tot slot wordt als reden genoemd om niet altijd eerst psychosociale interventies bij onbegrepen gedrag in te zetten dat hier niet altijd tijd voor is. Dit lijkt niet te liggen aan de beschikbaarheid van de psycholoog, aangezien bijna alle artsen zeggen hier tevreden over te zijn. Mogelijk ligt het probleem in de beschikbaarheid van psychologen in bijvoorbeeld het weekend of 's avonds. Dan hebben artsen dienst en komen ze met onbegrepen gedrag in aanraking, maar is er over het algemeen geen psycholoog beschikbaar. Het is van belang om de komende jaren te volgen of inspanningen als het

programma 'Het kan beter met minder'[7] en de toegenomen aandacht van de Inspectie voor multidisciplinair werken bij onbegrepen gedrag[9] hun vruchten op dit gebied zullen afwerpen.

Samenwerken met en ondersteuning van familie bij onbegrepen gedrag

In de samenwerking met familieleden bij onbegrepen gedrag worden al de nodige stappen gezet. Wel is hier nog veel ruimte voor verbetering. Zeker omdat verzorgenden in twee derde van de gevallen aangeven dat familieleden niet altijd betrokken worden bij de aanpak en de evaluatie van onbegrepen gedrag. Ook uit de reacties van behandelaars blijkt dat gedrag wel bijna altijd besproken wordt met familieleden, maar dat zij een stuk minder vaak betrokken zijn bij het evalueren van de manier waarop dit gedrag wordt aangepakt. Daarnaast valt op dat bijna alle behandelaars (artsen en psychologen) onbegrepen gedrag met de familieleden zeggen te bespreken, terwijl gemiddeld maar driekwart van de verzorgenden dit zegt te doen. Het lijkt erop dat gedrag van een bewoner eerder met familie wordt besproken als er behandelaars bij de situatie zijn betrokken. Aangezien betrekken van de familie een kernelement is van goed omgaan met onbegrepen gedrag[4] is het belangrijk hier verdere stappen in te zetten. Daarbij moet er niet alleen aan worden gedacht familieleden bij het bespreken van het gedrag te betrekken, maar dient men ook oog te hebben voor wat dit met hen doet. Aangezien ruim een derde van de familieleden aangeeft niet het gevoel te hebben dat zij hulp krijgen om het gedrag van hun naaste te begrijpen en daarmee om te gaan, lijkt hier ook nog ruimte voor verbetering. Dit is te meer van belang daar uit de Dementiemonitor van Alzheimer Nederland steeds opnieuw naar voren komt dat mantelzorgers het moeilijk vinden het veranderende gedrag van hun naaste te hanteren[1]. Vandaar dat het Trimbos-instituut in samenwerking met Alzheimer Nederland afgelopen jaar een videoreeks heeft gelanceerd op het platform voor mantelzorgers, www.dementie.nl, om hen een handreiking te doen bij onbegrepen gedrag). In de praktijk kan het soms een spanningsveld zijn dat van verzorgenden enerzijds verwacht wordt dat zij samenwerken met familie en anderzijds ook een rol hebben om familieleden te ondersteunen, zeker wanneer dit naar verwachting een positieve bijdrage zal geven aan de omgang met de bewoner en daarmee aan zijn of haar welbevinden. Het is van belang in de opleiding van verzorgenden aan dit spanningsveld aandacht te besteden en dit binnen zorgteams met elkaar te bespreken.

Reflectie op de methodologie

In de huidige uitgave zijn verschillende perspectieven op onbegrepen gedrag weergegeven. Zowel vanuit verzorgenden, familieleden, vrijwilligers en managers als vanuit behandelaars. De respons bij deze laatste groep was echter relatief kleiner. Zeker wanneer er enkel antwoorden van artsen en psychologen zijn weergegeven, gaat het om een beperkte groep. De uitkomsten die gebaseerd zijn op die antwoorden moeten in verband met de niet optimale representativiteit daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Maar ondanks dat geven de antwoorden op onze vragen wel degelijk een beeld van wat er in de praktijk leeft als het gaat om onbegrepen gedrag van mensen met dementie in woonvoorzieningen.

Praktische aanbevelingen

- Wees je er bewust van dat gedragskenmerken die belastend kunnen zijn voor de bewoners zelf of hun omgeving veel voorkomen. Het is daarom van belang te signaleren wanneer gedrag van een bewoner verandert, je af te vragen wat de oorzaak hiervan is en zo nodig multidisciplinair en met de familie een plan op te stellen.
- Bespreek in het multidisciplinaire team regelmatig in hoeverre er volgens de acht kernelementen van goed omgaan met onbegrepen gedrag wordt gewerkt. Waar liggen verbeterpunten? Wordt de familie erbij betrokken? Zijn verzorging, arts en psychloog gezamenlijk ingeschakeld? En kijkt het team altijd eerst of er psychosociale interventies kunnen worden ingezet voordat naar psychofarmaca wordt gegrepen (uitzonderingen daargelaten)?
- Bespreek ook hoe de multidisciplinaire samenwerking wordt ervaren. De redenen die in dit onderzoek genoemd worden voor het goed of juist minder goed verlopen van de multidisciplinaire samenwerking, zijn namelijk beïnvloedbaar. Is er bijvoorbeeld een gedeelde visie op omgaan met onbegrepen gedrag en zijn er gedeelde doelstellingen? Wanneer alle neuzen dezelfde kant op staan zal multidisciplinair aanpakken van onbegrepen gedrag mogelijk eenvoudiger zijn en zal de multidisciplinaire samenwerking beter verlopen. Is er regelmatig een multidisciplinair overleg (op vaste tijden)? Weet men van elkaar wat het behandelplan is en is er sprake van een samen vastgestelde aanpak van bepaald gedrag?
- Ga na of de psycholoog de gewenste rol kan vervullen in goed omgaan met onbegrepen gedrag in de woonvoorziening en wat hierin veranderd moet worden. Is er bijvoorbeeld voldoende tijd om het gedrag te bespreken met verzorgenden en de arts? Zeker als de psycholoog niet bij het multidisciplinair overleg aanwezig is en er geen omgangsoverleg is, kunnen hierbij vraagtekens worden gezet.
- Behandelaars kunnen werken aan een betere samenwerking met verzorgende teams door kritisch naar zichzelf te kijken en zich af te vragen of zij in staat zijn informatie op een begrijpelijke manier aan verzorgenden over te brengen. Daarnaast kan het zijn dat er meer tijd nodig is om zaken toe te lichten.
- Denk bij onbegrepen gedrag van een bewoner aan familie als samenwerkingspartner, maar houd er ook rekening mee dat familieleden mogelijk behoefte hebben aan ondersteuning in het hanteren van het gedrag van hun naaste. Vraag je af wat het met hen doet en hoe je hen hierbij kan ondersteunen, zowel in het belang van het welbevinden van de bewoner als van henzelf.

7 Methodologische verantwoording

7 Methodologische verantwoording

In deze bijlage worden de onderzoeksmethoden van deze publicatie beschreven. De onderzoeksmethoden van de gehele vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie zijn terug te vinden in de publicatie *Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie: Monitor Woonvormen Dementie 2008-2017*. Daarin staat o.a. beschreven hoe de deelnemende woonvoorzieningen zijn geselecteerd, worden de kenmerken vergeleken van woonvoorzieningen die in de loop van de meetrondes met de Monitor zijn gestopt en die zijn doorgegaan, wordt beschreven hoe de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden en is de respons weergegeven. Deze hoofdstukken zijn ook van toepassing op de huidige publicatie. Hieronder worden alleen de gebruikte meetinstrumenten en de analysemethoden besproken die in deze publicatie zijn gehanteerd.

Bevraagde groepen

Voor deze deelrapportage zijn uitkomsten van vragenlijsten gebruikt die uitgezet zijn onder behandelaars, verzorgenden, familieleden en vrijwilligers. De verzorgenden is zowel verzocht vragen over hun werksituatie te beantwoorden als over de bewoners aan wie zij zorg verlenen. Daarnaast is informatie gebruikt uit interviews met leidinggevenden of managers. Deze gegevens zijn bekend van 49 woonvoorzieningen. In onderstaande tabel is te zien hoeveel mensen van elke groep de vragenlijst ingevuld hebben en wat de respons was.

	Aantal	%
Behandelaars	118	43
Verzorgenden	589	36
Bewoners	542	55
Familieleden	401	42
Vrijwilligers	292	44

Gebruikte gestandaardiseerde meetinstrumenten

Voor verschillende uitkomstmaten zijn in deze publicatie bestaande gestandaardiseerde meetinstrumenten gebruikt of hebben we in het kader van de Monitor vragenlijsten ontwikkeld omdat er geen geschikt instrument voorhanden was. De gebruikte meetinstrumenten staan hieronder beschreven.

Vragenlijst behandelaars

Demografische variabelen

Bij alle behandelaars is nagevraagd hoeveel jaar zij werkzaam waren in de woonvoorziening en in het beroep dat zij uitoefenden en wat hun leeftijd en geslacht was.

Visie

Een zorgvisie die een duidelijke leidraad biedt voor de praktijk en het beleid, is een belangrijke succesfactor van woonvoorzieningen voor mensen met dementie. De vragenlijst 'Eenduidigheid in Visie op Zorg' meet of er naar de mening van behandelaars binnen de woonvoorziening onenigheid of onduidelijkheid bestaat over de invulling van de zorg[1]. Op zeven thema's dienen behandelaars hierbij aan te geven in welke mate er binnen de woonvoorziening onenigheid of onduidelijkheid bestaat. Voorbeelden van thema's zijn 'persoonlijke aandacht voor bewoners' of 'communicatie met familie'; de antwoordcategorieën variëren van 'nooit' tot 'altijd'. Voor deze publicatie hebben we alleen naar de vragen gekeken die betrekking hebben op de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca en het omgaan met onbegrepen gedrag.

Tevredenheid over samenwerking binnen het multidisciplinaire team

De tevredenheid van behandelaars met de samenwerking binnen het multidisciplinaire team is in kaart gebracht door aan die samenwerking een rapportcijfer te geven. Het cijfer varieert tussen 0 en 10, waarbij 0 betekent dat de samenwerking zeer slecht verloopt en 10 dat deze zeer goed is. Vervolgens is gevraagd wat bijdraagt aan een goede samenwerking binnen het multidisciplinaire team en wat een goede samenwerking belemmert.

Vragenlijst verzorgenden

Persoonsgerichte zorg

De Person-Centered Care (PCC) vragenlijst is ontwikkeld om persoonsgerichte zorg in kaart te brengen[1]. Er is gebruikgemaakt van de Nederlandse versie van dit meetinstrument. Voorbeelden van vragen zijn: 'Ik ga verschillend met de bewoners om, rekening houdend met hun persoonlijkheid' en 'Wanneer een bewoner agressief wordt, krijg ik helder wat daarvan de reden is.' De antwoordcategorieën variëren van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). De totaalscore varieert van 1 tot 5. Hoe hoger de score, hoe meer persoonsgerichte zorg de verzorgenden bieden.

Visie

Dezelfde lijst als bij de behandelaars is ook bij de verzorgenden afgenomen. Het enige verschil hierbij is dat aan hen niet is gevraagd of er meningsverschillen of onduidelijkheden bestaan binnen de woonvoorziening, maar binnen het zorgteam. Ook bij de verzorging kijken we in deze publicatie alleen naar de vragen over de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca en het omgaan met onbegrepen gedrag.

Bespreken van onbegrepen gedrag

Om te weten te komen met wie en in welke vorm verzorgenden onbegrepen gedrag van bewoners bespreken, zijn zes stellingen aan hen voorgelegd. Antwoordmogelijkheden zijn: nooit, soms, vaak, altijd; bij drie vragen kon ook 'niet van toepassing' worden aangekruist (bijvoorbeeld omdat er geen omgangsoverleg in de woonvoorziening plaatsvindt).

Samenwerken met familie bij onbegrepen gedrag

Om inzicht te krijgen in of en hoe verzorgenden met familieleden samenwerken bij het voorkomen van onbegrepen gedrag, zijn vier stellingen aan hen voorgelegd. Antwoordmogelijkheden zijn: nooit, soms, vaak en altijd.

Tevredenheid over de samenwerking met behandelaars

Om te meten hoe tevreden verzorgenden zijn over het contact met behandelaars, zijn acht stellingen uit de vragenlijst 'Ervaringen met de zorg van de tijdelijke opname- en behandelafdeling – vragenlijst voor familieleden' gebruikt. Antwoordcategorieën zijn: nooit, soms, meestal en altijd.

Observatievragenlijst bewoners

Demografische kenmerken

Voor alle bewoners over wie de vragenlijst is ingevuld zijn ook de leeftijd en de verblijfsduur in de woonvoorziening aangegeven.

Gedragskenmerken

Gedragskenmerken zijn gemeten met de verpleeghuisversie van de Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH)[1]. Dit is een internationaal frequent gebruikt instrument om neuropsychiatrische symptomen te beoordelen. Bij het invullen van de NPI-NH wordt verzorgenden gevraagd of twaalf typen gedrag bij de bewoner voorkomen en per vorm van gedrag met welke frequentie dit zich voordoet en hoe ernstig dit is. De antwoordcategorieën zijn: nooit, soms, regelmatig, vaak en heel vaak (0-4). Vervolgens wordt gevraagd in welke ernst de gedragskenmerken voorkomen; de antwoordcategorieën hier zijn: licht, matig en ernstig (1-3).

Cognitief functioneren

Het cognitief functioneren van de bewoners is in kaart gebracht met de Cognitive Performance Scale (CPS)[20]. Met de CPS wordt gekeken welke belemmeringen de bewoner ondervindt om beslissingen te nemen, zich te uiten en nieuwe dingen te onthouden (het kortetermijngeheugen). De score op de CPS kan variëren tussen 0 en 6, waarbij 0 betekent dat iemand geen problemen met cognitief functioneren heeft, en 6 dat iemands beperkingen in cognitie ernstig zijn.

Interview manager

Aantal bewoners

Bij alle woonvoorzieningen hebben we in het interview met de manager nagevraagd hoeveel bewoners de woonvoorziening in totaal telde.

Beleid, plan of visie op onbegrepen gedrag

We hebben alle managers gevraagd of zij een actueel beleid, plan of visie hebben op het gebied van onbegrepen gedrag en in hoeverre zij dit nu toepassen in de praktijk.

Kleinschalig zorgaanbod

De mate waarin kleinschalige zorg wordt geboden, is gemeten met behulp van een verkorte versie van de vragenlijst 'Kleinschalig zorgaanbod'. Deze vragenlijst hebben wij in een eerder onderzoek ontwikkeld. Hij is gebaseerd op de opvattingen over kleinschalige zorg van verschillende pioniers en experts op het gebied van kleinschalig wonen[21,22]. Van verschillende kenmerken van kleinschalige zorg is aan de respondenten gevraagd aan te geven in hoeverre deze van toepassing zijn op de woonvoorziening. Bijvoorbeeld: 'Maaltijden worden aan tafel opgeschept.' Er is een totaalscore op basis van veertien vragen berekend waarbij minimaal 0 en maximaal 56 punten kunnen worden behaald. Een hogere score vertegenwoordigt een kleinschaliger zorgaanbod.

Personele bezetting

Tijdens het interview met de leidinggevende of manager is nagevraagd hoeveel uur of fte er in de woonvoorziening beschikbaar is voor arts en psycholoog. Daarnaast is een weekrooster ingevuld met daarbij het functieniveau van de ingeplande medewerkers om te kunnen berekenen wat het aantal uur dagelijks directe zorg per week per bewoner in de woonvoorziening is (excl. nachtdiensten) en wat het percentage zorgmedewerkers is met opleidingsniveau 3 of hoger. Ook is gevraagd of familieleden en vrijwilligers een structurele bijdrage leveren aan de woonvoorziening en zo ja, hoeveel uur. Daardoor kon het aantal uren inzet van familieleden en vrijwilligers per bewoner worden berekend.

Vragenlijst familieleden

Betrokkenheid bij de zorg voor de naaste

Om te meten in hoeverre familieleden zich door de medewerkers ondersteund voelen om te begrijpen wat dementie met hun naaste doet en wat het gedrag van de naaste betekent[23,24], zijn drie vragen uit de vragenlijst 'Betrokkenheid bij Zorg voor Naaste' gebruikt. Antwoordcategorieën zijn: sterk mee oneens, mee oneens, mee eens en sterk mee eens.

Tevredenheid over de samenwerking met behandelaars

Om te meten hoe tevreden familieleden zijn over het contact met behandelaars, hebben we acht stellingen voorgelegd uit de vragenlijst 'Ervaringen met de zorg van de tijdelijke opname- en behandelafdeling – vragenlijst voor familieleden'[17]. Antwoordcategorieën zijn: nooit, soms, meestal en altijd.

Vragenlijst vrijwilligers

Betrokkenheid bij de zorg voor de bewoners met dementie

Drie vragen uit de vragenlijst 'Betrokkenheid bij Zorg voor Naaste' zijn aangepast en gebruikt om te meten in hoeverre vrijwilligers zich door de medewerkers ondersteund voelen om te begrijpen wat dementie met de bewoners doet en wat het gedrag van de bewoners met dementie betekent[23,24]. Antwoordcategorieën zijn: sterk mee oneens, mee oneens, mee eens en sterk mee eens.

Analysemethoden

Om een beeld te krijgen van hoe vaak gedragskenmerken voorkomen, hebben we eerst per kenmerk gekeken of dit bij een bewoner wel of niet was voorgekomen in de maand voorafgaand aan de meting. Per woonvoorziening is vervolgens per gedragskenmerk berekend bij hoeveel procent van de bewoners dit zich voordeed. Vervolgens is het gemiddelde van alle woonvoorzieningen berekend in het softwareprogramma SPSS. Ook is voor de bewoners die het gedrag vertoonden gekeken hoe frequent en in welke mate dit gedrag zich gemiddeld in de woonvoorzieningen voordeed.

Voor de overige variabelen waarvan in deze publicatie percentages staan weergegeven in tabellen, hebben we de volgende stappen doorlopen. Eerst hebben we steeds gekeken hoeveel behandelaars, verzorgenden, familieleden of vrijwilligers het – afhankelijk van de vraag of stelling – bijvoorbeeld met een stelling eens waren of hoe vaak zij op een vraag hebben geantwoord. Vervolgens is per woonvoorziening berekend hoeveel procent het betrof van alle respondenten die deze vraag hebben beantwoord. Tot slot is het gemiddelde van deze percentages binnen de woonvoorzieningen berekend.

8 Referentielijst

8 Referentielijst

1. Denkbeeld (2017). De term 'onbegrepen gedrag' is te prefereren boven 'probleemgedrag'.
2. Cursus leren over dementie (2017). Geraadpleegd op 20 december 2017, op https://www.lerenoverdementie.nl/over-de-cursus.
3. Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
4. Vilans & Trimbos-instituut (2013). *Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzicht rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie.* Utrecht: augustus 2013.
5. Castle, N. G., & Engberg, J. (2009). The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Medical Care, 47*, 1164–1173.
6. Zuidema, S.U., Iersel, M.B. van, Koopmans, R.T.C.M., Verhey, F.R.J., & Olde Rikkers, M.G.M.b (2006) Efficacy and adverse reactions of antipsychotics for neuropsychiatric symptoms in dementia: a systematic review. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 150*: 1565-1573.
7. Ouden, A. den & Schumacher, J. (2016). *Het kan beter met minder. Voortgangsrapportage 2016.* Utrecht: Vilans.
8. Vilans & Trimbos-instituut (2013). *Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie. Inventarisatie richtlijnen en inzicht rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie.* Utrecht: augustus 2013.
9. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015). *Kijken met andere ogen.* Den Haag: 1 juni 2015.
10. Bakker, T.J., Duivenvoorden, H.J., van der Lee, J., Olde Rikkert, M.G., Beekman, A.T., Ribbe, M.W. (2011) Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden: randomized controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 507–520. 10.1097/JGP.0b013e3181eafdc6
11. Zuidema (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample 49 of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*:632-638.
12. Verenso (2008). *Richtlijn probleemgedrag: Met herziene medicatieparagraaf 2008*. Utrecht: Verenso. Raadpleegbaar via http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Richtlijnen/VER00316Probleemgedragherzien02.pdf.
13. Allewijn, M. & Vink, M.T. (2009). *Handreiking psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie*. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen. Raadpleegbaar via: https://www.innovatiekringdementie.nl/files/gfx/imagemanager/DynamicMedia/Marysia/Handreiking%20gedragsproblemen%20NIP.pdf.
14. Zwijsen, S. A. (2014). *Grip on Challenging Behaviour: Development, implementation and evaluation of a care programme for the management of challenging behaviour on dementia special care units* (Proefschrift, VU).
15. Jansen, D., Werkman, W. & Francke, A. (2016). *Dementiemonitor Mantelzorg 2016, Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning*. Utrecht: Alzheimer Nederland en Nivel.
16. Trimbos-instituut (2010). *Eenduidigheid in Visie op Zorg*. Gedownload op 5 december 2017, van https://assets.trimbos.nl/docs/d7f965e8-0103-4c84-bb3a-b1036c70911d.pdf.
17. Porock, D., and Chang, Y-P. (2013). *Measuring Person-Centered Care in Long Term Care: Direct Care Staff Questionnaire Psychometrics and Scoring Manual Version 1*. Buffalo, NY: University at Buffalo, State University of New York.
18. Trimbos-instituut en Geriant (2010). *Ervaringen met de zorg van de tijdelijke opname- en behandelafdeling – Vragenlijst voor familieleden*. Geraadpleegd op 21 december 2017, op https://assets.trimbos.nl/docs/00374482-ce93-4f2e-be62-e351b048fd97.pdf.
19. De Jonghe, J.F.M., Kat, M.G., Kalisvaart, C.J., & Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric Inventory vragenlijst (NPI-Q): validiteitsaspecten van de Nederlandse versie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 34*, 74 – 77.
20. Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R. et al. MDS Cognitive Performance Scale. *Journal of Gerontology, 49*, 174-182.
21. Boekhorst, S. te, Depla, M.F.I.A., Lange, J. de, & Pot, A.M. (2007). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie, 38*, 17-26.
22. Trimbos-instituut (2010). *Verkorte versie Kleinschalig Zorgaanbod*. Gedownload op 5 december 2017, van https://assets.trimbos.nl/docs/795040ac-60fe-4f46-98f1-1c8aa701dadb.pdf.
23. Reid, R.C., Chappell, N.L., & Gish, J.A. (2007). Measuring family perceived involvement in individualized long-term care. *Dementia, 6(1)*, 89-104.
24. Trimbos-instituut (2010). *Vragenlijst Betrokkenheid bij Zorg voor Naaste*. Geraadpleegd op 21 december 2017, op https://assets.trimbos.nl/docs/10b0f517-e47b-4fec-ba5c-109a0f0d5c8c.pdf.

Trimbos instituut



Onbegrepen gedrag bij mensen met dementie is een actueel onderwerp in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. In deze publicatie leest u over dit thema op basis van resultaten van de Monitor Woonvormen Dementie. De uitgave biedt aanknopingspunten voor verdere verbetering van de aanpak en samenwerking rondom onbegrepen gedrag. Deze uitgave maakt deel uit van een serie publicaties op basis van de vierde meetronde van de Monitor Woonvormen Dementie (2016/2017). De andere drie uitgaven gaan in op: 1) *trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie (2008/2017)*, 2) *leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking* en 3) *informele zorg*. De Monitor Woonvormen Dementie wordt sinds 2008 uitgevoerd door het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut, en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de deelnemende woonvoorzieningen. Een belangrijke doelstelling van het Programma Ouderen van het Trimbos-instituut is de verbetering van de zorg en ondersteuning aan mensen met dementie en hun mantelzorgers, en de deskundigheid van zorgverleners gedurende het hele ziekteproces.