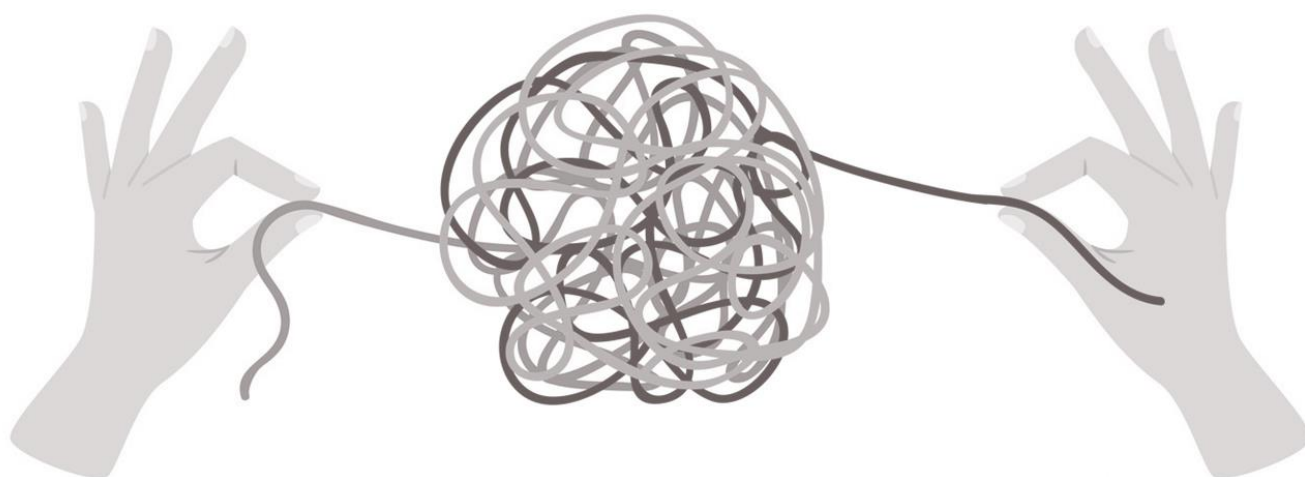


# Onbegrepen gedrag gedurende de pandemie en lockdown ten gevolge van COVID-19



Auteurs: G. Boegborn (76428), M. Boudra (74108), S. Hommel (77808), Y. van Landschoot (80944), N. Paauwe (77728), E. Pijpelink (77285)

# Onbegrepen gedrag gedurende de pandemie en lockdown ten gevolge van COVID-19

Minor Professional in de gezonde regio

Leeruitkomst 1

*Auteur:* G. Boegborn (76478), M. Boudra (74108), S. Hommel (77808), Y. van Landschoot (80944),  
N. Paauwe (77728), E. Pijpelink (77285)

*Course:* Minor Professional in de gezonde regio CU40004V3

*Opleiding:* Hbo Verpleegkunde

*Instelling:* HZ University of Applied Sciences

*Plaats van uitgave:* Edisonweg 4, 4382 NW Vlissingen

*Datum:* 15 juni 2021

*Versie:* 1<sup>ste</sup> gelegenheid

*Maximaal aantal woorden:* 7500

*Aantal woorden gebruikt (inleiding t/m realisatie advies met uitzondering van tabellen):* 7379

## Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek over het onderwerp onbegrepen gedrag gedurende de pandemie en lockdown ten gevolge van COVID-19. Dit document is tevens de schriftelijke verantwoording van zes studenten ter afsluiting van de minor interprofessioneel samenwerken in de gezonde regio voor de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences. Dit onderzoek is tot stand gekomen doormiddel van literatuur- en praktijkonderzoek bestaande uit interviews. Het praktijkonderzoek is in samenwerking verricht met zorgverleners van de psychogeriatrische afdelingen van ZorgSaam en een directeur van expertisecentrum dementie Vlaanderen. Ter afsluiting wordt een adviesrapport weergegeven met de lessons learned uit de COVID-periode voor de non-COVID periode. Het project heeft plaats gevonden onder leiding van vakdocent I. van de Velde, opdrachtgever J. van de Schraaf en leidinggevende thuis -en ouderenzorg L. van den Brande.

Samen wordt teruggekeken naar een interessante, leuke en vooral leerzame minor. Graag wil de projectgroep Iris van de Velde, Jack van de Schraaf, Lorenzo van den Brande, de medewerkers van ZorgSaam die meegedaan hebben aan het praktijkonderzoek en de directeur van expertisecentrum dementie Vlaanderen bedanken voor de prettige samenwerking en een goed verloop van het project.

Wij wensen u veel leesplezier!

G. Boegborn, M. Boudra, S. Hommel, Y. van Landschoot, N. Paauwe & E. Pijpelink

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	2
<b>Inleiding</b> .....	5
<b>Hoofdstuk 1 Literatuurstudie</b> .....	7
Paragraaf 1.1 Methode literatuurstudie .....	7
Subparagraaf 1.1.1 Kritische beoordeling .....	8
Paragraaf 1.2 literatuuronderzoek op internationaal niveau .....	8
Paragraaf 1.3 Resultaten literatuurstudie.....	8
<b>Hoofdstuk 2 Praktijkonderzoek</b> .....	13
Paragraaf 2.1 Methode praktijkonderzoek .....	13
Paragraaf 2.2 Onderzoekspopulatie.....	13
Paragraaf 2.3 Betrouwbaarheid en validiteit.....	14
Paragraaf 2.3 Data-analyse .....	15
Paragraaf 2.4 Ethische verantwoording .....	15
Paragraaf 2.5 Bezoek aan verschillende psychogeriatrische afdelingen .....	15
Paragraaf 2.6 Resultaten praktijkonderzoek.....	16
<b>Hoofdstuk 3 Discussie</b> .....	19
Paragraaf 3.1 Discussie literatuur- en praktijkonderzoek .....	19
<b>Hoofdstuk 4 Conclusie</b> .....	22
<b>Hoofdstuk 5 Advies en realisatie</b> .....	24
Paragraaf 5.1 Advies.....	24
Paragraaf 5.2 Realisatie advies.....	25
Paragraaf 5.3 Kosten en baten .....	26
Paragraaf 5.4 Risico's en oplossingen .....	27
Paragraaf 5.5 Planning .....	30
<b>Nawoord</b> .....	33
<b>Literatuurlijst</b> .....	34
Bijlage A: Matrix zoekstrategie.....	36
Bijlage B: Algorithm for selecting the study categories to rate in the MMAT .....	38
Bijlage C: Kwaliteitsbeoordeling.....	40
Bijlage D: Operationaliseren interview topics.....	42
Bijlage E: Interview vragen .....	45
Bijlage F: Transcriptie interview dementie centrum Vlaanderen .....	46
Bijlage G: Codering interview dementie centrum Vlaanderen .....	50
Bijlage H: Realisatie dementievriendelijk bezoek .....	59
Bijlage I: Bijdrage projectleden .....	60

Formulier evaluatiegroep te beoordelen door de vakdocent..... 62

## Inleiding

*In de opeenvolgende kopjes wordt de aanleiding, context, opbouw en de link met gezondheidsbevordering beschreven. Tot slot worden de onderzoeksvragen en doelstelling weergegeven en wordt er afgesloten met een leeswijzer.*

### **Aanleiding en context**

Onbegrepen gedrag is een veel voorkomend fenomeen. In Nederland lijden ongeveer 250.000 mensen aan dementie, waarbij sprake is van onbegrepen gedrag (Zorg voor beter, 2019). Deze mensen kampen met angst, onrust, agressie en kunnen onbegrepen gedrag vertonen. COVID-19 maakt dat welzijnsactiviteiten en dagbesteding worden stopgezet, verpleeghuizen sluiten de deuren voor familie en naasten die onrust en onbegrepen gedrag eventueel kunnen reduceren. Echter, lijkt onbegrepen gedrag af te nemen door minder drukte en vaste teams in verpleeghuizen. Men lijkt een veiligere omgeving te ervaren, omdat er minder prikkels aanwezig zijn. Onbegrepen gedrag lijkt zowel toe als af te nemen in de tijd van COVID-19 (Steyeaert et al., 2020).

ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen biedt zorg in de regio Zeeuws-Vlaanderen en daarbuiten: ambulancezorg, ziekenhuiszorg, thuiszorg en ouderenzorg. Binnen ZorgSaam werd verondersteld dat onbegrepen gedrag zou toenemen tijdens de isolatieperiode, echter leeft de indruk dat onbegrepen gedrag is afgenomen. Is dit context gebonden? Hoe wordt dit elders in Nederland en wereldwijd gezien? Binnen ZorgSaam gist dan ook de vraag welke invloed de COVID-19 maatregelen hebben (gehad) op onbegrepen gedrag. Om een antwoord op deze vraag te krijgen is er in opdracht van ZorgSaam een project opgezet om te achterhalen in hoeverre COVID-19 en de bijbehorende (isolatie)maatregelen invloed hebben (gehad) op het gevoel van welbevinden en het gedrag van bewoners op locaties van beschermd wonen. Het onderzoek wordt verricht door een team bestaande uit zes verpleegkunde studenten, welke allen studeren aan de HZ University of Applied Sciences.

ZorgSaam en HZ University of Applied Sciences maken beide deel uit van het Community Areas of Sustainable Care and Dementia Excellence in Europe (CASCADE) project. Het CASCADE project is opgezet door tien partners uit Nederland, Frankrijk, België en het Verenigd Koninkrijk. Gedurende vier jaar werken zij samen met het doel om mensen met dementie en hun mantelzorger betere voorzieningen te kunnen bieden. Binnen het project wordt een nieuw zorgmodel ontwikkeld dat persoonsgericht is op basis van de verschillende ervaringen uit de vier regio's.

### **Opbouw**

Het onderzoek is opgebouwd uit een literatuur- en praktijkonderzoek. In het literatuuronderzoek wordt onderzocht wat er al bekend is over het onderwerp in Nederland en wereldwijd. Het praktijkonderzoek is kwalitatief van aard en bestaat uit interviews met zorgverleners werkzaam op één van de psychogeriatrische afdelingen van ZorgSaam. Om een impressie te krijgen van de situatie op internationaal niveau is getracht om tevens interviews af te nemen met medewerkers uit zorginstellingen die onderdeel uitmaken van het CASCADE project en gehuisvest zijn binnen één van de drie overige regio's; Frankrijk, België en het Verenigd Koninkrijk. Voor CASCADE is gekozen, omdat ZorgSaam en HZ University of Applied Sciences beide partner zijn van het CASCADE project.

### **Link met gezondheidsbevordering**

Gezondheid wordt door Huber gedefinieerd “als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven” (ActiZ, z.d.). Huber onderscheidt zes gezondheidsdimensies te weten: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren (ActiZ, z.d.). Vele gezondheidsproblemen hebben een verband met de leefstijl van de mens. Wanneer het gedrag dat de leefstijl in stand houdt op gunstige wijze veranderd wordt, kunnen gezondheidsproblemen worden beperkt of voorkomen. Dit noemt men gezondheidsbevordering (Sassen, 2018). Door het coronavirus ziet het leven er ineens anders uit. De gevolgen van het virus zijn voor iedereen voelbaar, maar niet voor iedereen hetzelfde. Personen met dementie lopen een groter gezondheidsrisico wanneer zij worden besmet met het coronavirus. Binnen woonzorgcentra zijn maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat deze doelgroep niet besmet raakt. Het gevolg hiervan is dat personen met dementie vaak minder sociaal contact hebben en praktische hulp missen. Zorg en ondersteuning van professionals, vrijwilligers en familie vielen nagenoeg stil. Door diverse coronamaatregelen is de kans op een verminderde gezondheidsbeleving bij deze doelgroep toegenomen. Echter, bleken er ook maatregelen te zijn die een positief effect hadden op de algehele gezondheid van personen met dementie (Steyeaart et al., 2020). Om deze reden wordt er naar aanleiding van het onderzoek een adviesrapport aangeboden over welke “lessons learned” uit de COVID-19 periode, aan te bevelen zijn voor de non-COVID periode.

### **Vraagstelling**

Welke invloed hebben de COVID-19 maatregelen, tijdens de isolatieperiode, op het welzijn van de bewoners met onbegrepen gedrag op de psychogeriatrische-afdelingen van ZorgSaam?

### **Doelstelling**

De doelstelling is een gegeven vanuit de toegewezen projectopdracht. Deze luidt als volgt: achterhalen in hoeverre COVID-19 en de bijbehorende (isolatie)maatregelen invloed heeft (gehad) op het gevoel van welbevinden en het gedrag van bewoners op locaties van beschermd wonen. Dit gedurende de komende twintig weken.

### **Deelvragen**

1. Welke kennis is er in de literatuur bekend over COVID-19 maatregelen en het welzijn van bewoners op een psychogeriatrische afdeling?
2. Welke ervaringen hebben ZorgSaam en andere instellingen/zorgorganisaties (zowel bewoners als zorgverleners) van het CASCADE project tijdens de lockdown met betrekking tot onbegrepen gedrag en welzijn van bewoners?
3. Welke relevante aspecten van de COVID-19 maatregelen hebben invloed op onbegrepen gedrag en welzijn?
4. Welke aspecten uit de COVID-19 periode; “lessons learned”, zijn aan te bevelen voor de non COVID-periode?

### **Leeswijzer**

Na de inleiding volgt in hoofdstuk één het literatuuronderzoek. In hoofdstuk twee wordt het praktijkonderzoek beschreven. Hoofdstuk drie weergeeft de discussie, waarna hoofdstuk vier de conclusie beschrijft. Tot slot wordt in hoofdstuk vijf het advies en de realisatie beschreven.

## Hoofdstuk 1 Literatuurstudie

*In dit hoofdstuk wordt doormiddel van literatuurstudie een antwoord gegeven op de volgende deelvraag: “Welke kennis is er in de literatuur bekend over COVID-19 maatregelen en het welzijn van bewoners op een psychogeriatrische afdeling”?*

### Paragraaf 1.1 Methode literatuurstudie

Om een antwoord te verkrijgen op deze deelvraag, is er gezocht naar bruikbare artikelen in de literatuur. Een goede zoekstrategie is hierbij van belang. De hoofdvraag vormde het uitgangspunt voor het opstellen van zoektermen welke zijn weergegeven in Tabel 1. De zoektermen zijn zowel in Nederlands als in het Engels gevormd. Aan de hand van deze zoektermen is er onderzoek verricht in de databanken PubMed, Cochrane COVID-19 study register, Cochrane library, Google Scholar en SpringerLink. De zoekstrategie leverde voor PubMed, Cochrane library en SpringerLink 0 resultaten op. De zoekstrategie leverde voor Cochrane COVID-19 study register 42 resultaten op en voor Google Scholar 49. De in totaal 92 gevonden resultaten zijn vervolgens gefilterd door het opstellen van in- en exclusiecriteria, zoals weergegeven in Tabel 2. Alle resultaten zijn één voor één gescreend op basis van de titel en de informatie gegeven in de abstract en het artikel zelf. In totaal zijn er 90 artikelen geëxcludeerd op basis van een ander omschreven doelgroep, andere context en een andere vraagstelling en/of onderzoeksvraag. In totaal zijn er 2 artikelen geïnccludeerd; een mixed methods study en een cross-sectional study. De gehele uitwerking van de zoekstrategie wordt in bijlage A schematisch weergegeven in Tabel 9.

Tabel 1. Zoektermen.

Nederlands	Engels
1. Psychogeriatrische patiënt	1. Psychogeriatric patient
2. Bewoners van psychogeriatrische verpleeghuizen	2. Psychogeriatric nursing home residents
3. Dementie patiënt	3. Dementia patient
4. Ouderen	4. Elderly/old/aged
5. Isolatie	5. Isolation
6. Isolatie periode	6. Isolation period
7. COVID -19	7. COVID-19
8. COVID-19 maatregelen	8. COVID-19 Measures
9. Onbegrepen gedrag	9. Challenging behaviour
10. Welzijn	10. Well-being
11. Quarantaine	11. Quarantine
12. Quarantainemaatregelen	12. Quarantine measures



Tabel 2. In- en exclusiecriteria literatuuronderzoek.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria	Limieten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikelen die een vergelijkbare context als bij ZorgSaam weergeven.</li> <li>• Artikelen met betrekking tot de doelgroep: zorgvragers met onbegrepen gedrag woonachtig op een psychogeriatrische afdeling.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikelen die een andere doelgroep weergeven.</li> <li>• Artikelen met een andere context.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engels- of Nederlandstalig.</li> <li>• Niet ouder dan 2 jaar, gezien de COVID-19 pandemie ongeveer 2 jaar bestaat.</li> </ul>

### Subparagraaf 1.1.1 Kritische beoordeling

De kwaliteit van de geïncludeerde artikelen is beoordeeld met het meetinstrument Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), versie 2018. Voor dit beoordelingsinstrument is gekozen, omdat er met gemengde literatuurstudies is gewerkt en de MMAT niet beoordeeld op studiedesigns. In bijlage B en C wordt de MMAT en de kwaliteitsbeoordeling weergegeven. De artikelen voldoen ondanks een aantal beperkingen min of meer aan de methodologische kwaliteit zoals in de MMAT wordt omschreven.

### Paragraaf 1.2 literatuuronderzoek op internationaal niveau

Het literatuuronderzoek in eerder benoemde databanken leverde twee literatuurstudies op welke beide verricht zijn in Nederland. Literatuuronderzoek op landelijk niveau bleek gering. Na gesprek met de opdrachtgever bleken internationale resultaten wenselijk om een impressie te krijgen over de situatie op internationaal niveau. Vervolgens is er met de vakdocent gesproken over deze meeting met de opdrachtgever. Zij adviseerde om een blik te werpen op de website van het expertisecentrum dementie Vlaanderen; [www.dementie.be](http://www.dementie.be). Het expertisecentrum is tevens onderdeel van het CASCADE project. Op de website is het artikel; "Dementiezorg in tijden van corona", geraadpleegd welke binnen de context paste en voldeed aan de inclusiecriteria van het onderzoek. Het artikel uit het Belgische buurland leverde een internationale impressie op over onbegrepen gedrag gedurende de pandemie en lockdown ten gevolge van COVID-19.

Om reden dat de eerder benoemde databanken geen resultaten op internationaal niveau toonden, is er mogelijk nog weinig literatuur beschikbaar. Gezien deze theorie en de verrichte inspanning naar literatuuronderzoek is het geraadpleegde artikel niet beoordeeld met behulp van de MMAT. Het meetinstrument kon het risico op exclusie van het artikel vergroten, wanneer de uitkomst een matige kwaliteitsbeoordeling betreft. Wel is beoordeeld of het artikel voldeed aan de opgestelde inclusiecriteria van het onderzoek.

### Paragraaf 1.3 Resultaten literatuurstudie

In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de artikelen die geraadpleegd zijn voor het literatuuronderzoek.

### **Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands**

Leontjevas et al. (2020) hebben een mixed method onderzoek verricht naar veranderingen in het gedrag van verpleeghuisbewoners tijdens de COVID-19 maatregelen in Nederland. Het onderzoek is gedaan op somatische afdelingen en op afdelingen met bewoners met cognitieve stoornissen. Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen of onbegrepen gedrag bij verpleeghuisbewoners veranderde tijdens de COVID-19 maatregelen, of de betrokkenheid van de behandelaars bij de behandeling van onbegrepen gedrag veranderde en als laatste wat er geleerd kan worden van de ervaring van de verpleeghuismedewerkers.

Voor dit onderzoek is er een enquête afgenomen onder 323 verpleeghuisbehandelaars. Onder deze behandelaren vallen psychologen (62%), ouderenzorgartsen (24%) en verpleegkundigen (10%). De respondenten kwamen uit alle Nederlandse provincies. De online enquête bestond uit gesloten en open vragen over de periode van de COVID-19 maatregelen in Nederlandse verpleeghuizen in vergelijking met de situatie voor deze periode. Op basis van de uitkomsten van de enquête zijn er diepte-interviews bij 16 verpleeghuisbehandelaren afgenomen. Het afnemen van de diepte-interviews had als doel om de bevindingen van de enquête diepgaand te bespreken en de 'lessons learned' te bevragen.

Uit het onderzoek bleek dat alle respondenten zowel toegenomen als verminderd onbegrepen gedrag bij bewoners merkten. In de open vragen van de enquête en de interviews werd er een toename gemeld op het gebied van depressie, eenzaamheid, verveling, slaapproblemen, angst, apathie, terugtrekking, aandachtzoekend gedrag, negativiteit, achterdocht, agitatie en agressie. Ook werd er een afname van het fysieke en cognitieve functioneren, een afname van eetlust en een toename van hallucinaties en waanvoorstellingen gemeld. Aan de andere kant werden er bij bewoners met somatische problematiek een betere stemming, afname van agitatie, agressie, slaapproblemen en aandachtzoekend gedrag, en een toename van sociale verbondenheid tussen bewoners en tussen zorgverleners en familie. De meest negatieve effecten van de maatregelen op het gedrag van bewoners werd veroorzaakt door het verbod om naar buiten te gaan (84%), het verbod om de eigen kamer te verlaten (71%) en de vaak voorkomende veranderingen in de activiteiten die werden georganiseerd (74%). De respondenten gaven aan dat bewoners met lichte of matige dementie het meest getroffen werden door de maatregelen. Dit kan gedeeltelijk verklaard worden door een beperkt begrip van de situatie. Bij bewoners met gevorderde dementie werd een afname gezien van agitatie, agressie en dwalen.

Door de COVID-19 maatregelen was er een bezoekverbod ingesteld. Door deze maatregel werd er gebruik gemaakt van videobellen, speciale gebieden waar bewoners dierbaren konden ontmoeten, aangepaste activiteiten en een vermindering van het (negatieve) nieuwsaanbod. Door de communicatietechnieken, zoals videobellen, werd er gestimuleerd om meer contact te zoeken met familie die bijvoorbeeld ver weg woont. De toegenomen aandacht van 'de buitenwereld' had een positieve invloed op het welzijn van bewoners. Daarnaast had het verplegend personeel meer tijd voor persoonlijk contact met bewoners omdat de meeste bijeenkomsten van hun werk werden geannuleerd. Ook hoefden ze geen rekening te houden met de bezoeken van familieleden en bewonersactiviteiten wat rustgevend was voor de meeste bewoners. Wat als laatste uit deze periode meegenomen kan worden als 'lessons learned', is het opnieuw een balans geven tussen het geven van boeiende prikkels en het wegnemen van storende prikkels. In het onderzoek werd bijvoorbeeld als

suggestie gegeven om het aantal bezoekers, vrijwilligers en professionals in gezamenlijke ruimtes te beperken en in plaats daarvan de eigen kamer van de bewoner vaker te gebruiken voor bezoeken.

### **Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands**

Van der Roest et al. (2020) hebben een cross-sectioneel onderzoek verricht om een inzicht te krijgen in de gevolgen van de covid-19 maatregelen op eenzaamheid, humeur en onbegrepen gedrag bij bewoners van verpleeghuizen en woonzorgcentra in Nederland.

Gegevens zijn anoniem verzameld tussen 30 april en 27 mei 2020 in drie onafhankelijke steekproeven bij bewoners zonder ernstige cognitieve stoornissen, werknemers van verschillende soorten verpleeghuizen en familieleden van zowel bewoners met ernstige cognitieve stoornissen en zonder. Om de gegevens te kunnen verzamelen is er een semi-open online enquête gemaakt. In totaal werden 357 verpleeghuizen en woonzorgcentra per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek en de enquête door te sturen naar bewoners et cetera die in aanmerking kwamen om mee te doen. Het humeur van de bewoners is beoordeeld door middel van de Mental Health Inventory 5-index (MHI-5). Deze schaal heeft een bereik van 0 tot en met 100. Een score onder de 60 duidt op een slechte geestelijke gezondheid. De verandering in frequentie van de symptomen van een slechte geestelijke gezondheid sinds het begin van het bezoekersverbod zijn beoordeeld door de nabestaanden die in de vier weken voorafgaand aan de beoordeling contact hebben gehad met de bewoners. Verandering in de ernst van onbegrepen gedrag op de afdelingen is beoordeeld door de werknemers met behulp van tien gedragsaspecten van de Neuropsychiatrische Inventarisatie (NPI). Dit omvat de volgende gedragsaspecten: agitatie/agressie, depressie/dysforie, angst, euforie/opgetogenheid, apathie/onverschilligheid, ontremd gedrag, prikkelbaarheid/labiliteit, doelloos repetitief gedrag, nachtelijke onrust/slaapstoornis en verandering in eetlust. Beschrijvende statistieken, frequenties, onafhankelijke t-test en x2 test zijn uitgevoerd met behulp van Statistical Package for the Social Sciences 25.0 (SPSS 25.0).

In totaal hebben er 193 bewoners meegedaan aan het onderzoek. Daarvan hadden 1387 van de 1609 familieleden in de afgelopen vier weken nog met de bewoner gesproken. 849 (61%) waren familieleden van een bewoner met een ernstige cognitieve stoornis. 623 van de 811 zorgprofessionals werken in de directe zorg. 246 werknemers werken hiervan op een psychogeriatrische (PG) afdeling.

Uit het onderzoek bleek dat 149 bewoners zich eenzaam voelen. De medewerkers van de verschillende verpleeghuizen classificeerden bewoners zonder ernstige cognitieve stoornissen eenzamer dan bewoners met ernstige cognitieve stoornissen. Uit de MHI-5 schaal kwam een gemiddelde score van 56,6. 51% van de bewoners had een score die lager was dan 60. Slechts 27% van de familieleden melden geen verandering in de gemoedstoestand van de bewoners. Ook werden de veranderingen die er wel waren vaker waargenomen bij bewoners zonder ernstige cognitieve stoornissen. Daarbij kwam geluk minder vaak voor en verdriet vaker gezien door familieleden van bewoners zonder ernstige cognitieve stoornissen dan met ernstige cognitieve stoornissen. Meer dan de helft van de werknemers melden een toename in ernst van depressie, angst, agitatie en prikkelbaarheid sinds het ingaan van het bezoekersverbod. Gemiddeld werd er een verhoogde ernst waargenomen door de werknemers in vier van de tien gedragsaspecten van de NPI. De grootste verschillen in toename van de gedragsaspecten waren bij eetluststoornissen, depressie en angst. Op de niet PG-afdelingen is

eetluststoornissen met 57% toegenomen, op de PG-afdeling is dit toegenomen met 22%. Depressie is toegenomen met 78% versus 53% en angst met 76% versus 52%.

Zes tot tien weken na de invoering van het bezoekersverbod nam de mate van eenzaamheid, depressie en onbegrepen gedrag al flink toe. Bewoners zonder ernstige cognitieve stoornissen leken het meest getroffen te zijn door de COVID-19 maatregelen. Hoewel de incidentie en daardoor het aantal sterftegevallen verminderd is door de maatregelen, is er volgens dit onderzoek een betere balans nodig tussen de fysieke veiligheid en het welzijn van de bewoners.

### **Dementiezorg in tijden van corona**

Steyeart et al. (2020) hebben een onderzoek verricht met een empirische basis. Dit betekent dat het informatie bevat vanuit verschillende perspectieven (personen met dementie, mantelzorgers, zorgpersoneel en leidinggevend) en vanuit verschillende sectoren. Dit is volgens de auteurs echter niet voldoende om wetenschappelijke uitspraken te doen.

Bewoners van woonzorgcentrums zijn extra kwetsbaar, want als het virus eenmaal binnengedrongen is, kan het snel veel bewoners en medewerkers besmetten. Daarbij hebben personen met dementie een verhoogd risico, omdat er sprake is van een 'dementie-gen' dat zowel de dementie veroorzaakt als het risico op corona verhoogt (Kuo et al., 2020). Een coronabesmetting kan in combinatie met quarantaine en medicatie het risico op een delier verhogen. Om deze redenen was vanaf 12 maart 2020 bezoek van familie niet meer toegestaan in de woonzorgcentrums in België. Kappers, pedicuren, vrijwilligers en anderen waren ook niet meer welkom. Hierdoor werd de band tussen de bewoners en de medewerkers van sommige woonzorgcentrums versterkt. Een vertrouwensband ontstond sneller en dit was ook diepgaander. Ook kregen de auteurs veel signalen dat personen met dementie door het bezoekersverbod rustiger en zelfstandiger werden. Hieruit is duidelijk geworden dat familie vaak te veel activiteiten uit handen neemt van de personen met dementie, waardoor de zelfredzaamheid wordt verkleind.

Volgens Erik Leus van woonzorg Emmaüs zijn de medewerkers gefocust op persoonsgerichte zorg en het vermijden van een te veel aan prikkels voor de bewoners met dementie. Door de afwezigheid van bezoek is het duidelijk geworden dat het bezoek niet dezelfde kennis en vaardigheden heeft om er een dementievriendelijke omgeving van te maken, waardoor de bewoners met dementie soms juist die overdaad aan prikkels krijgen. Dit moet meegenomen worden in de toekomst, aldus Erik Leus.

Ook waren er negatieve gevolgen van de lockdown. Zorgpersoneel met persoonlijke beschermingsmiddelen werden soms als bedreigend ervaren door bewoners met dementie. Een mantelzorger merkte daarentegen dat haar moeder en tante, beide met dementie, niet opkeken van medewerkers die persoonlijke beschermingsmateriaal aan hadden. Ook werd het verminderen of stopzetten van bezoek soms ervaren als een straf. Door de lockdown was er een groter risico op vereenzaming. Om vereenzaming tegen te gaan werden beeldbellen en babbelboxen ingezet als alternatief voor bezoek. Dit bleek alleen niet evident voor de personen met dementie. Het is technologie die ze niet uit hun jeugd kennen en dit dus verwarrend kan zijn. Daarbij is de beschikbaarheid van wifi in woonzorgcentrums vaak beperkt. Hier zou geïnvesteerd in mogen worden. Tijdens het beeldbellen verdwijnt ook de privacy en intimiteit uit de gesprekken, omdat de bewoners

vaak hulp nodig hebben tijdens het bellen. Verschillende mensen getuigen van ernstige fysieke achteruitgang, apathie, depressie et cetera door de lockdown.

Op macroniveau werden er veel richtlijnen opgesteld door een groep van experts. De auteurs vragen zich af of deze samenstelling van die groep ethisch verantwoord was. Volgens hen is de stem van bewoners en hun naasten te weinig gehoord in deze richtlijnen. In het maken van deze richtlijnen werd er te weinig afgestemd met patiëntenverenigingen en belangengroepen, waardoor de dimensie dementiezorg grotendeels ontbreekt in de richtlijnen. Een aantal richtlijnen veroorzaakte onrust en onbegrip in bewoners, waardoor sommige medewerkers een uitweg zagen in medicamenteuze fixatie. Dit maakt het duidelijk dat er veelal gekozen wordt voor veiligheid wat ten koste gaat van het welzijn en de waardigheid van de bewoners met dementie.

Al met al kan er volgens het artikel veel geleerd worden van de lockdown. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om eenduidig te communiceren. Afgestemde zorg is één van de pijlers van het referentiekader voor kwaliteit van leven, wonen en zorg voor personen met dementie (Dely, Verschraegen & Steyaert, 2018). Beschouw zoals eerder al genoemd is bewoners met dementie als een aparte doelgroep met de nood aan specifieke richtlijnen. Vroegtijdige zorgplanning is hierin erg belangrijk. Dit biedt een houvast voor wat er in bepaalde situaties dient te gebeuren volgens de wens van de bewoner. Ook is bescheidenheid als professionele zorgverlener een les die uit de coronacrisis getrokken moet worden.

## Hoofdstuk 2 Praktijkonderzoek

*In dit hoofdstuk wordt doormiddel van een kwalitatief onderzoek antwoord gegeven op de volgende deelvraag: “Welke ervaringen hebben ZorgSaam en andere instellingen/zorgorganisaties (zowel bewoners als zorgverleners) van het CASCADE project tijdens de lockdown met betrekking tot onbegrepen gedrag en welzijn van bewoners”?*

### Paragraaf 2.1 Methode praktijkonderzoek

Voor het uitvoeren van het praktijkonderzoek is gekozen om een interview af te nemen bij de medewerkers van ZorgSaam en van het CASCADE project die werken op een PG-afdeling. Door gebruik te maken van een kwalitatief onderzoek is deze meer van een beschrijvende aard om de interpretaties en ervaringen van de medewerkers te kunnen verwoorden. Aangezien onbegrepen gedrag zeer complex is en zich in verschillende stadia kan begeven was een interview met de medewerkers de enige optie in plaats van deze af te nemen bij de bewoners van de PG-afdelingen.

Om antwoord te krijgen op de deelvraag is er een interview opgesteld, deze bestaat uit vier verschillende topics en telt in totaal 21 vragen. De topics waaruit het interview is opgebouwd worden weergegeven in Tabel 3. In Bijlage D is de operationaliseringstabel terug te vinden waarin beargumenteerd wordt waarom gekozen is voor de topics die in Tabel 3 staan.

Tabel 3. Topics van het interview.

Interview topics
Demografische gegevens
Welzijn
Onbegrepen gedrag
COVID maatregelen

In Bijlage E zijn de interview vragen te vinden. Alle vragen zijn zo geformuleerd dat het open vragen zijn, waarop door gevraagd kan worden. Zeker bij het laatste topic “COVID-maatregelen” stonden onder een aantal vragen ook door vraag vragen om de vraag zo goed mogelijk beantwoord te krijgen.

### Paragraaf 2.2 Onderzoekspopulatie

Gezien het project is de doelgroep de bewoners van de zorginstellingen van de PG-afdelingen met onbegrepen gedrag. De bewoners konden niet geïnterviewd worden in verband met hun geestelijke gesteldheid, dus vandaar dat de medewerkers geïnterviewd zijn. Per PG-afdeling is naar de leidinggevenden gemaïld en deze mailden het weer door naar de medewerkers van de afdeling. Niet van elke locatie van ZorgSaam kwam respons. In totaal zijn er zeven medewerkers, allen van een andere locatie, geïnterviewd. Een aantal mails zijn nog verstuurd om de respons te vergroten, maar vooralsnog geen reactie.

Van de respondenten werkte er vier als verzorgende IG op de afdeling, één als leerling verpleegkundige (werkzaam als verzorgende IG) en één als verpleegkundige dienst. Van het project CASCADE is een bedrijfspartner geïnterviewd, namelijk de directeur van het dementie centrum Vlaanderen.

### Paragraaf 2.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Om het interview zo betrouwbaar mogelijk en valide mogelijk te houden moet er worden voldaan aan bepaalde factoren.

*“Betrouwbaarheid gaat over de reproduceerbaarheid van het onderzoek. Als je het onderzoek herhaalt, zijn de resultaten dan ongeveer hetzelfde?” (De Snaijer, 2020).*

De betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek kunnen beïnvloed worden door drie factoren namelijk:

1. De onderzoeker (onderzoeksinstrumenten);
2. De dataverzamelmethode (context, plaats, tijd en omstandigheden);
3. Onderzoekssituatie (navolgbaar/controleerbaar).

Bij een kwalitatief antwoord staan de vragen meestal niet geheel vast en mogen de respondenten antwoorden zoals zij zelf wensen. Hierbij wordt door de onderzoeker actief geluisterd en ingespeeld op de antwoorden om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen uit het interview. Het is van belang om als onderzoeker objectief te blijven in het interview, als het subjectief wordt moet er terug geschakeld worden naar objectiviteit

Om het interview valide te houden zijn de transcripties naar de respondenten gestuurd en bij de gekregen feedback zijn de transcripties aangepast, omdat deze dan valide zouden zijn.

*“Validiteit is de mate waarin het onderzoek meet wat het zou moeten meten en de informatie juist en accuraat is” (De Snaijer, 2020).*

Omdat er sprake is van een gestructureerd interview zijn de volgende soorten validiteit van toepassing:

1. Constructvaliditeit (meet met de onderzoeksvragen wat je te weten wilt komen);
2. Interne validiteit (zegt iets over de kwaliteit van je methode, dataverzameling en analyse);
3. Externe validiteit (zorg voor een representatief aantal respondenten);
4. Ecologische validiteit (neem het interview af in een vertrouwde/natuurlijke omgeving).

Om aan construct validiteit te voldoen moet van tevoren bedacht worden welke antwoorden op de vragen naar voren zullen komen en wat de onderzoeker wilt weten. Welke vraagstelling gehanteerd gaat worden en of de vragen goed begrepen zullen worden door de respondenten. De interview vragen zijn voorgelegd aan de begeleidend docente en opdrachtgever.

Vervolgens wordt de interne validiteit gecontroleerd of er gebruik gemaakt wordt van een vast interview schema, zoals in Bijlage E te zien is. Bijna alle interviews zijn via Microsoft-teams afgenomen in een stille setting en één op de PG-afdeling tijdens ons bezoek.

Als derde wordt de externe validiteit gecontroleerd door genoeg respondenten te gebruiken. Dit is in overleg met de begeleidend docente gebeurt en met de aangewezen praktijkbegeleider. Van elke locatie van ZorgSaam is een medewerker geïnterviewd. De afspraak met de docente was dat als er geen nieuwe informatie naar voren kwam, de externe validiteit bereikt was en het coderen kon starten.

Dan nog de ecologische validiteit, die is in acht genomen door de respondenten via teams te interviewen. In verband met COVID kon het interview niet face to face afgenomen worden, maar dit was een goed alternatief. De respondenten waren op hun gemak en er kon gekozen worden om wel of niet de camera aan te zetten (Dingemanse, 2019).

### Paragraaf 2.3 Data-analyse

Nadat alle interviews afgenomen zijn, moeten deze nog getranscribeerd worden. Dit betekent dat alle antwoorden exact worden uitgetypt zoals ze gegeven zijn. Alle respondenten waren op de hoogte dat het interview opgenomen werd, met als doeleinde dat het nogmaals te beluisteren en te gebruiken voor het transcriberen. In Bijlage F is een transcriptie terug te vinden van het interview met het dementie centrum Vlaanderen.

Vervolgens zijn alle acht de transcripties gecodeerd door middel van eerst open coderen, daarna axiaal coderen en als laatste het selectief coderen. In Bijlage G is de codering te zien van het dementie centrum Vlaanderen. Aangezien er al topics van tevoren beslist waren was dat een snelle stap bij het coderen. Als alle transcripties gecodeerd zijn moeten deze geanalyseerd worden en moeten de resultaten uitgewerkt worden. Deze zijn te zien in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk (Benders, 2021).

### Paragraaf 2.4 Ethische verantwoording

Tijdens het interview is ook gedacht aan de ethische verantwoording. De respondenten hebben enkel leeftijd en geslacht hoeven vermelden, anonimiteit kon hierdoor gehanteerd worden. De locaties van ZorgSaam zijn wel genoemd om zo een beeld te kunnen schetsen hoe het op elke locatie eraan toe gaat en of er een verschil is (Vrije Universiteit Amsterdam, z.d.).

De verschillende topics en gemakkelijke vraagstelling zorgden ervoor dat het interview door iedereen te beantwoorden was. Voor medewerkers uit de zorg of door de directeur van het dementie centrum Vlaanderen.

### Paragraaf 2.5 Bezoek aan verschillende psychogeriatrische afdelingen

Voor het praktijkonderzoek is er ook een bezoek aan twee verschillende PG-afdelingen ingepland. Het eerste bezoek was aan de Blaauwe Hoeve in Hulst. Op deze locatie van ZorgSaam zijn aparte woningen voor dementerende ouderen met onbegrepen gedrag. Eén zo'n woning is opgesplitst in twee delen. In het linkerdeel wonen acht bewoners en in het rechterdeel wonen negen bewoners. Door deze kleine aantallen is het mogelijk om het kleinschalig wonen te blijven hanteren. Hierdoor is meer controle over het milieu waarin de bewoners zich begeven en is er per bewoner meer aandacht, dan als de bewoners op een grote groep wonen. Elke bewoner heeft hier een eigen ruime kamer met wastafel en ruimte voor wat eigen spullen uit het ouderlijk huis.

Het tweede bezoek was aan de Hooge Platen in Breskens. Op deze PG-afdeling wonen twintig bewoners met onbegrepen gedrag. Bij binnenkomst is er een lange gang met 10 deuren aan de rechterzijde die naar kamers van bewoners leiden. Aan de linkerzijde zijn een aantal deuren/openingen die naar gezamenlijke ruimtes leiden. Bij het openen van zo'n deur naar een kamer van een bewoner kom je in een soort halletje. In dit halletje zit een badkamer die gedeeld wordt door twee bewoners



en zitten er twee deuren die beide leiden tot een aparte slaapkamer van de bewoner. In deze ruimte is naast een bed en kast nog plaats voor wat spullen uit het ouderlijke huis.

Gezien van de twee locaties is er wel degelijk verschil. Qua onbegrepen gedrag daarentegen niet echt. In de Hooge Platen staan ze met meer medewerkers, waardoor ze uiteindelijk één op zes/zeven bewoners staan in vergelijking met de Blaauwe Hoeve waar ze één medewerker op acht/negen bewoners hebben staan. De bewoners krijgen op beide locaties hun rust en wordt er cliënt gericht gekeken naar het behandelplan en is er geen standaard behandelplan die gehanteerd wordt.

## Paragraaf 2.6 Resultaten praktijkonderzoek

De resultaten zijn door middel van coderen geanalyseerd, waarbij er gekeken werd naar verbanden en patronen binnen de respondenten. De resultaten zijn onderverdeeld in de eerder genoemde topics. De namen van de respondenten die de quotes hebben geleverd zijn vanwege privacy weggelaten en vermeld als 'respondent'.

### Demografische gegevens

Het interview voor het onderzoek had een onderzoekspopulatie van acht respondenten waarvan zeven vrouwelijk en een enkele man. De leeftijd van deze populatie ligt tussen de 22-57 (gemiddeld 44,4, mediaan 47). Zes respondenten hadden een verzorgende taak op een PG-afdeling als verzorgende IG of verpleegkundige. Daarbij nam ook een leerling verpleegkundige (gediplomeerd verzorgende IG) en een directeur deel.

### Welzijn

*"Welzijn is een status van een individu of groep individuen, waarbij zij kwaliteit van leven ervaren en de dag kunnen doorbrengen zonder dat zij al te veel zorgen hebben"* (Respondent, persoonlijke communicatie, 2021).

De respondenten interpreteren de term 'welzijn' verschillend, zo vindt de één dagbesteding belangrijk en de andere het wonen, maar over het algemeen zetten de respondenten de bewoner centraal. Het bevorderen van welzijn wordt door de respondenten met uiteenlopende voorbeelden verteld, deze voorbeelden zijn opmerkelijk vaak met holistische visie. De organisatie organiseert activiteiten voor de bewoners, waaronder buiten activiteiten. Dit ging vanwege COVID-19 niet door, maar er is al steeds meer mogelijk. Verder zijn er binnen de organisatie ook welzijnsmedewerkers die het welzijn van de cliënten als hoofdtak hebben. Er is te zien dat er patroon van verminderde welzijn vanwege een vermindering van mogelijke activiteiten en verminderd contact.

### Onbegrepen gedrag

Onbegrepen gedrag wordt verschillend, maar toch gemeenschappelijk bekeken door de respondenten, waarbij sommige respondenten zeggen dat onbegrepen gedrag uitingen zijn van agressie, angst en dergelijke. Sommige zeggen daarbij ook dat onbegrepen gedrag gerelateerd is aan het niet weten van de oorzaak van het gedrag. De uitingen van cliënten zijn uiteenlopend van schreeuwen en roepen tot obsessief gedrag en wildplassen. De ene client uit zich anders dan de andere. Een groot deel van de respondenten gaf aan te werken met een psycholoog, een behandelplan en een crisissignaleringsplan op de afdeling. Wanneer gevraagd werd naar hun persoonlijke aanpak tegen onbegrepen gedrag, werd er vooral holistisch gekeken voor een mogelijke aanpak. De

respondenten gaven ook een ver uiteenlopende factoren om onbegrepen gedrag te verklaren, maar opvallend was dat als bezoekers niet meer op de huiskamer van afdeling komen, dat dit een positief effect heeft op onbegrepen gedrag. De respondenten gaven aan dat dit rust geeft op de huiskamer.

*“Wat we nu zien is dat voorheen de familie in de huiskamer mocht komen en nu niet meer. De andere bewoners zagen dit wel, maar kenden de mensen niet en dit zorgde voor onrust en onbegrepen gedrag”* (Respondent, persoonlijke communicatie, 2021).

Een deel van de respondenten benadrukte wel dat het verminderen van bezoek, dus ook op de kamers van de cliënten, onbegrepen gedrag juist zou kunnen stimuleren.

### **COVID-19 maatregelen**

Voor heel de organisatie gelden dezelfde maatregelen voor elke afdeling, waarbij sommige afdelingen nog aanvullende maatregelen hebben zoals het verdelen van de huiskamers. Over het algemeen spreken de respondenten over de 1,5-meter maatregel, mondkapjes en bezoekersbeperking. Wanneer gevraagd wordt naar hoe de respondenten dit ervaren geven zij een negatieve reactie. De negatieve reactie die ze gaven waren verschillend: onethisch, beperkend werken en het negatieve effect op de cliënten werden hierbij genoemd. De familie van de cliënten heeft niet altijd begrip voor de maatregelen, aldus respondenten. Zij gaven aan dit vervelend te ervaren.

*“Sommigen houden zich goed aan de regels en versoepelingen, maar soms respecteren ze het gewoon niet en proberen ze alles om maar naar binnen te komen. Sommige mensen doen echt alsof we gek zijn”* (Respondent, persoonlijke communicatie, 2021).

Binnen de organisatie is er al sprake van versoepeling. Zo worden er geen vragenlijsten meer gehouden voor bezoek, geen temperaturen gemeten en mogen bezoekers zonder mondkapje op de kamer van de client. De maatregelen hebben volgens sommige een positief effect bereikt, maar bij anderen juist een negatief effect. Voorbeelden van maatregelen met een negatief effect zijn onder andere: beperkte mimiek mogelijk door het gebruik van mondkapjes, vermindering sociale contacten en de beperking op het werken die de maatregelen veroorzaken.

*“Bij bepaalde mensen heb je mimiek nodig. En met dat masker ben je dat kwijt. Je moet met je ogen en je stem meer je best doen”* (Respondent, persoonlijke communicatie, 2021).

De rust die de maatregelen meebrengt door bijvoorbeeld een aangepaste bezoekersregeling is een positief effect. Daarnaast gaven de respondenten verschillende antwoorden of onbegrepen gedrag is toegenomen, sommige vinden van wel, sommige niet en bij enkele respondenten allebei of is zelfs geen effect opgemerkt. Daarbij geven de respondenten wel aan dat licht dementerende bewoners meer onbegrepen gedrag vertonen. Zij begrepen bijvoorbeeld niet waarom er geen bezoek was, terwijl zij dit wel verwachtten. Patiënten met dementie in een latere fase toonden niet meer onbegrepen gedrag, wanneer hiermee geconfronteerd wordt. Het constante veranderen van de maatregelen heeft volgens de meeste respondenten weinig effect gehad. Een deel van respondenten zou geen enkele maatregel willen meenemen in een tijdperk zonder COVID-19, anderen pleitten vooral voor een bezoekersverbod in de huiskamer, gescheiden PG-afdelingen en het behouden van welzijnsmedewerkers.

*“Op de kamer van de bewoner/familie blijven en niet meer in de huiskamer komen, want dat veroorzaakt onrust” (Respondent, persoonlijke communicatie, 2021).*

## Hoofdstuk 3 Discussie

*In dit hoofdstuk vindt een kritische bespreking plaats van de bevindingen uit het literatuur- en praktijkonderzoek. De sterke en zwakke punten komen aan bod.*

### Paragraaf 3.1 Discussie literatuur- en praktijkonderzoek

Voor het verrichten van literatuuronderzoek is in vijf verschillende internationale databanken opzoek gegaan naar literatuur. Een brede zoekstrategie maakte de kans op bruikbare informatie zo groot mogelijk. Het inzetten van een brede zoekstrategie was van belang, omdat het een zeer recent onderwerp betreft. Tevens zorgde het opstellen van een zoekstrategie voor een systematische zoektocht naar literatuur. Twee wetenschappelijke artikelen zijn kritisch beoordeeld doormiddel van de MMAT. Drie beoordelaars hebben de geïnccludeerde artikelen bestudeerd en daarna een kwaliteitsbeoordeling uitgevoerd middels de MMAT. Deze beoordeling maakt het onderzoek betrouwbaar en zorgt voor sterker gefundeerde conclusies. Vanwege het feit dat het onderzoek een nieuw onderwerp treft, ontstonden er enige beperkingen bij het verrichten van literatuuronderzoek. Zo was er een beperkt aanbod van artikelen welke voldeden aan de inclusiecriteria en passend waren in de context van het onderzoek. Besloten werd om het onderwerp breed te verkennen. Echter, leverde dat maar twee resultaten op. Beide artikelen bleken afkomstig te zijn uit Nederland. Een impressie op internationaal niveau kon in eerste instantie niet verkregen worden met literatuurstudie. Na een gouden tip werd de website van het expertisecentrum dementie Vlaanderen geraadpleegd. Aldaar werd een artikel gevonden welke binnen de context paste en voldeed aan de inclusiecriteria van het onderzoek. Om reden dat het artikel opgebouwd is uit eigen ervaringen, benadrukken de auteurs dat het artikel niet voldoende is om wetenschappelijke uitspraken te doen. Het Belgische artikel leverde wel een impressie van de situatie op internationaal niveau. Vanwege de beperkte hoeveelheid literatuur moet het onderzoek enerzijds met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Anderzijds wordt dit ontkracht door het aanvullende praktijkonderzoek welke is verricht en het beperkte aanbod aan literatuur. Een kritische noot bij het literatuuronderzoek is dat de beoordelaars maar een geringe ervaring hebben met een kritische beoordeling volgens de MMAT. Om deze reden kunnen bepaalde aspecten mogelijk anders geïnterpreteerd zijn, waardoor het risico bestaat dat de beoordeling niet geheel kloppend is vergeleken met de resultaten van een ervaren beoordelaar.

Binnen het praktijkonderzoek namen acht respondenten deel. Getracht is om van iedere ZorgSaam locatie één zorgverlener te interviewen. Op deze manier werd er een breder beeld verkregen op het onderwerp van dit project. Naast de interviews van de respondenten is er ook een interview afgenomen bij een medewerker van het CASCADE project. Gezien er in het begin geen samenwerking met CASCADE mogelijk was, is er vertraging opgelopen in de planning. De insteek was om twee medewerkers van CASCADE te interviewen. Uiteindelijk is de keuze gemaakt om één medewerker van expertisecentrum dementie Vlaanderen te interviewen. Dementie Vlaanderen neemt tevens deel aan het CASCADE project, waardoor onderzoek binnen het CASCADE project alsnog plaats kon vinden. Doordat de antwoorden van respondenten uiteenlopend zijn, was het lastig om een eenduidig beeld te krijgen van de afdelingen. De respondenten werken allen op verschillende locaties en ook allen op hun eigen manier. Dit is terug te herleiden naar het niet hebben van een eenduidige visie. Alle respondenten waren prettig om te interviewen, gaven allen een duidelijk antwoord. Alle respondenten hebben akkoord gegeven om de interviews af te nemen, dit maakte het gemakkelijk om een juiste transcriptie te schrijven.

Literatuur- en praktijkonderzoek op internationaal niveau maakt het onderzoek sterk. Om reden dat het onderzoek op internationaal niveau uitgevoerd is, kunnen er uitspraken gedaan worden over contextgebondenheid en kan er een gefundeerd antwoord geformuleerd worden op de onderzoeksvraag.

Opvallend in het praktijkonderzoek was dat er regelmatig uiteenlopende antwoorden werden gegeven. Bij bepaalde onderwerpen zoals welzijn en onbegrepen gedrag gaven respondenten allen een ander antwoord. Als voorbeeld; Uit de resultaten van het topic onbegrepen gedrag is gebleken dat onbegrepen gedrag wordt geïnterpreteerd als uitingen van agressie, angst en dergelijke. Andere respondenten geven hierbij aan dat onbegrepen gedrag gerelateerd is aan het niet weten wat de oorzaak van het gedrag is. Bij navraag over de verschillende interpretaties kwam naar voren dat de respondenten wel vanuit de holistische visie werken, maar allen een andere interpretatie hebben van het onderwerp. Dit kan betekenen dat alle respondenten met dezelfde visie werken, maar op hun eigen manier wat voor verwarring kan zorgen bij de bewoners met onbegrepen gedrag. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er geen eenduidige visie is. Dit is ook terug te vinden in de resultaten van het praktijkonderzoek. Zowel uit het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek bleek dat er al vlug naar medicatie wordt gegrepen indien er onbegrepen gedrag plaats vindt. Dit is terug te leiden naar het niet beschikken over een eenduidige visie.

Uit resultaten van het praktijkonderzoek en het literatuuronderzoek komt naar voren dat het beeldbellen werd ingezet als alternatief. Uit het onderzoek kwam naar voren dat het beeldbellen zowel positief als negatief werd ervaren. Ondanks dat men met familie of naasten contact kon leggen is gebleken dat het beeldbellen verwarrend kon zijn voor de bewoners met dementie. Daarnaast is uit de resultaten gebleken dat de bewoners vaak hulp nodig hebben met het beeldbellen. Dit zorgt ervoor dat privacy en intimiteit uit gesprekken verdwijnt. Daarnaast neemt de werkdruk voor medewerkers toe.

Uit het topic COVID-19 maatregelen komt naar voren dat de ervaringen die de respondenten tot nu toe hebben met de maatregelen negatief zijn. De negatieve reactie die werd gegeven bevatte: onethisch, beperkt werken en het negatieve effect op de cliënten. Daarnaast was de reactie van familie op de maatregelen negatief. Respondenten geven aan dat familie niet altijd begrip toont voor de maatregelen. Dit kan als gevolg hebben dat het voor de bewoners met onbegrepen gedrag verwarrend is wat de reden is dat familie zich niet aan de maatregelen houdt en het personeel wel. Hierdoor kan onbegrepen gedrag toenemen. Alle respondenten hebben het idee dat zij als politieagent moeten optreden gedurende dat zij aan het werk zijn, gezien familie zich niet aan de maatregelen houdt. Dit zorgt ervoor dat de werkdruk toeneemt.

Een deel van de respondenten gaven aan geen enkele maatregel mee te willen nemen naar een tijdperk zonder COVID-19. Dit antwoord werd gegeven vanuit een holistische visie. Dit deel van de respondenten wil de bewoners nog een prettige tijd geven op de afdeling, zonder extra maatregelen als een bezoekersverbod waardoor het onbegrepen gedrag van bewoners kan toenemen. Echter, bleken sommige maatregelen uit het tijdperk van COVID-19 onbegrepen gedrag juist te reduceren. Neem als voorbeeld geen bezoek in de huiskamer (Leontjevas et al., 2020; Steyeart et al., 2020). Uit het topic COVID-19 maatregelen is naar voren gekomen dat de maatregel; “geen bezoek meer op de

huiskamer”, positief wordt ervaren. Het bezoek wordt ontvangen op de kamer van de bewoner in plaats van op de huiskamer. Alle respondenten geven aan dat er een vermindering van onbegrepen gedrag is bij de bewoners, sinds er geen familie meer op de huiskamer komt.

## Hoofdstuk 4 Conclusie

*In dit hoofdstuk wordt een logisch en aansluitend vervolg op de resultaten en discussie beschreven. Tevens wordt een antwoord verkregen op de volgende deelvraag: “Welke relevante aspecten van de COVID-19 maatregelen hebben invloed op onbegrepen gedrag en welzijn”? En de hoofdvraag: “Welke invloed hebben de COVID-19 maatregelen, tijdens de isolatieperiode, op het welzijn van de bewoners met onbegrepen gedrag op de psychogeriatrische-afdelingen van ZorgSaam”?*

Uit het onderzoek van Leontjevas et al. (2020) komt naar voren dat er zowel toegenomen als verminderd onbegrepen gedrag is waargenomen. De maatregelen zoals het verbod om naar buiten te gaan, de eigen kamer te verlaten en de vele veranderingen in de georganiseerde activiteiten hadden een negatief effect op het gedrag van bewoners. Bewoners met lichte of matige dementie werden het meest getroffen door de maatregelen. Bij bewoners met gevorderde dementie werd een afname gezien van agitatie, agressie en dwalen. Van der Roest et al. (2020) benoemt ook dat bewoners zonder ernstige cognitieve stoornissen het meest getroffen zijn door de COVID-19 maatregelen. Bij gedragsaspecten als eetluststoornissen, depressie en angst werd er een toename geconstateerd. 6 tot 10 weken na de invoering van het bezoekersverbod nam de mate van eenzaamheid, depressie en onbegrepen gedrag al flink toe. Steyeart et al. (2020) beschrijft dat een besmetting in combinatie met quarantaine en medicatie het risico op een delier kan verhogen. Daarnaast bleek uit de COVID-19 pandemie dat bezoek niet de kennis en vaardigheden hebben om een dementievriendelijke omgeving te creëren. Het gevolg hiervan is een overdaad aan prikkels. Ook werd zorgpersoneel met persoonlijke beschermingsmiddelen als bedreigend ervaren door dementerenden. Het stopzetten van bezoek werd door een persoon met dementie soms ervaren als een straf. Door de isolatieperiode werd het risico op vereenzaming groter. Uit het praktijkonderzoek komt dat omtrent welzijn de respondent een holistische visie en aanpak toepast. Daarnaast regelt ZorgSaam activiteiten en wijst mensen aan om het welzijn in stand te houden. Vanwege de activiteit beperkende maatregelen geven respondenten toch een negatief effect op welzijn aan. Het onderzoek geeft ook aan dat onbegrepen gedrag op verschillende manieren geuit kan worden. Dit is wel verminderd sinds dat er geen bezoek meer mag komen op de huiskamers, omdat dit prikkels zou verlagen. Veel respondenten delen deze mening, maar dit werd door sommigen ook verworpen, omdat de cliënten behoefte hebben aan bezoek. De respondenten gaven wel aan dat geen bezoek een negatief effect kan hebben. Onbegrepen gedrag die veroorzaakt wordt door de maatregelen treffen vooral dementerenden in een vroeger stadium dan bij patiënten in een later stadium. Dit is een overeenkomst met het literatuuronderzoek, waarbij gevonden werd dat licht of matig dementerende het hardst worden getroffen en meer onbegrepen gedrag vertonen.

Volgens het onderzoek is er verschil in de invloed die de maatregelen hebben op onbegrepen gedrag, de antwoorden wijken te veel van elkaar af om te concluderen, maar kwamen sommige maatregelen wel naar boven die als negatief kunnen worden beschouwd. Net als in het onderzoek van Steyeart et al. (2020) werden persoonlijke beschermingsmiddelen als dreigend beschouwd. Zoals mondkapjes, maar ook beperkt contact en verminderde activiteiten. Opmerkelijk is dat geen bezoek op de huiskamers en het scheiden van afdelingen wel een positief effect hebben door de vermindering van prikkels die aanwezig kunnen zijn.

Geconcludeerd kan worden dat er zowel een toename als afname aanwezig is van onbegrepen gedrag tijdens de isolatieperiode. Daarnaast blijkt de situatie binnen ZorgSaam niet context gebonden te zijn, omdat de situatie in Nederland en België zowel gelijk is aan dat van ZorgSaam.



## Hoofdstuk 5 Advies en realisatie

In dit hoofdstuk worden er adviezen gegeven naar aanleiding van het onderzoek en wordt een antwoord verkregen op de volgende deelvraag: “Welke aspecten uit de COVID-19 periode; “lessons learned”, zijn aan te bevelen voor de non COVID-periode?” Het advies is gericht op gezondheidsbevordering. Vervolgens wordt een concreet plan weergegeven om het advies in de praktijk te realiseren.

### Paragraaf 5.1 Advies

Naar aanleiding van het literatuur en praktijkonderzoek worden de volgende adviezen gegeven voor de non COVID-periode. De adviezen worden opgesomd in Tabel 4.

Tabel 4. Adviezen voor de non COVID-periode.

Advies	Omschrijving advies
<b>Voorlichting verstrekken over zelfmanagementondersteuning</b>	Door het bezoekersverbod bleken personen met dementie zelfstandiger. Hieruit is gebleken dat familie vaak te veel activiteiten uit handen neemt van een persoon met dementie. De zelfredzaamheid wordt hierdoor verkleind. Geadviseerd wordt om familie voorlichting te geven over het stimuleren van zelfmanagement.
<b>Dementievriendelijke omgeving en bezoek reglement</b>	Gebleken is dat bezoekers een te kort hebben aan kennis en vaardigheden om een dementievriendelijke omgeving te creëren voor hun naasten met dementie. Een overdaad aan prikkels is het gevolg. Geadviseerd wordt om een bijeenkomst voor familie te organiseren hoe een dementievriendelijke omgeving te creëren en een overdaad aan prikkels te reduceren. Door geen bezoek in de huiskamer meer te ontvangen kan een overdaad aan prikkels al gereduceerd worden. Doordat er geen familie meer in de huiskamer mag komen, geeft dit rust bij andere bewoners. Door het bezoek op de cliënt zijn/haar kamer te laten komen neem je mogelijke prikkels weg bij andere bewoners die kunnen leiden tot onbegrepen gedrag.
<b>Bezoek moet onder iedere omstandigheid blijven</b>	Indien er in de toekomst door omstandigheden overwogen wordt om bezoekers te weigeren, moet de mogelijkheid blijven dat personen met dementie bezoek kunnen ontvangen. Bewoners begrijpen niet wat de reden is dat er geen bezoek meer mag langskomen. Als het bezoek bijvoorbeeld voor het raam komt staan, ontstaat er meer onbegrepen gedrag omdat er niet begrepen wordt waarom het bezoek niet binnen komt. Consequent bezoek kan leiden tot een afname in onbegrepen gedrag.
<b>Eenduidige visie vanuit ZorgSaam omtrent onbegrepen gedrag</b>	Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat er een eenduidige visie door medewerkers wordt gemist omtrent onbegrepen gedrag. De ene medewerker achterhaalt de oorzaak van het gedrag en de andere medewerker slaat de medicamenteuze weg in. Geadviseerd wordt om een eenduidige visie op te stellen met een passend protocol. Een eenduidige visie zal voor een eenduidige kijk en aanpak op alle locaties zorgen, waardoor er mogelijk een reductie plaats vindt van onbegrepen gedrag bij personen met dementie.

## Paragraaf 5.2 Realisatie advies

In Tabel 5 worden de uit te voeren werkzaamheden omschreven voor de realisatie van bovenstaande adviezen.

Tabel 5. Realisatie advies.

Realisatie advies (uit te voeren werkzaamheden)
<p><b>Voorlichting verstrekken over zelfmanagementondersteuning</b></p> <p>Zelfmanagementondersteuning kan alleen plaatsvinden wanneer er een goede zorgrelatie tussen de bewoner en de zorgvrager bestaat. Betrek de familie hierbij om optimaal resultaat te behalen door een bijeenkomst te geven over het ondersteunen van zelfmanagement en zelfredzaamheid. Een belangrijk onderdeel van het ondersteunen van zelfmanagement en zelfredzaamheid is het hebben van eigen regie. Maak duidelijk aan de naasten dat de bewoner zo veel mogelijk input moet krijgen. Hierbij is het cruciaal dat de naasten niet alles invullen voor de bewoners. Naasten spelen namelijk vaak een belangrijke rol en helpen bij het nemen van besluiten. Het 5A-model kan als hulpmiddel dienen om zelfmanagement en zelfredzaamheid van de bewoners te bevorderen. Het 5A-model heeft de volgende vijf stappen: achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren. Zelfmanagementondersteuning door middel van het 5A-model is een cyclisch proces. Dit betekent dat het model steeds opnieuw doorlopen wordt. Ook is er de mogelijkheid om een stap terug te zetten (Vilans, z.d.-a) Daarbij is er een familiegerichte zelfmanagementondersteuning model. Dit model benadrukt om de naasten actief te betrekken en te ondersteunen. Dit heeft als doel dat de bewoner en naasten goed voor zichzelf en elkaar kunnen zorgen (Vilans, z.d.-b).</p>
<p><b>Dementievriendelijke bezoek creëren</b></p> <p>Om een overdaad aan prikkels te voorkomen door bezoek is het belangrijk dat de naasten van bewoners de kennis en vaardigheden hebben om een dementievriendelijke omgeving te creëren. Plan een bijeenkomst in waar de naasten vragen kunnen stellen en geef hierbij tips om zo min mogelijk storende prikkels te veroorzaken. Verwijs de naasten hierbij ook naar patiëntenverenigingen, zoals het expertisecentrum dementie Vlaanderen of dementie.nl. Op deze site staan ook leuke activiteiten die de naasten kunnen doen met de bewoner en welke geacht worden als dementievriendelijk. In bijlage H staan tips van de organisatie Alzheimer Nederland (z.d.) om een dementievriendelijk bezoek te creëren. Om de rust bij andere bewoners te bewaren en storende prikkels te verminderen is het aanbevolen om het bezoek niet meer in de huiskamer te laten (Leontjevas et al., 2020; Steyeart et al., 2020). Via het zorgnetwerk Carenzorgt kan het zorgpersoneel dit laten weten aan de bezoekers, zodat er geen onduidelijkheden ontstaan. Ook kan het zorgpersoneel dit op de deur zetten als geheugensteuntje voor de bezoekers.</p>
<p><b>Bezoek moet onder iedere omstandigheid blijven</b></p> <p>Om te voorkomen dat er meer onbegrepen gedrag ontstaat doordat de partners/familie leden niet meer mogen komen, moet het bezoek onder iedere omstandigheid blijven. Het bezoek is noodzakelijk voor de bewoners blijkt uit het praktijkonderzoek, daarom moet er alles aan gedaan worden om dit toe te staan. Er kunnen andere ruimtes, behalve de huiskamer, vrijgesteld worden om bezoekers te ontvangen. Door de aandachtige aanwezigheid van bezoek worden de bewoners ondersteund en geholpen om de situatie van hun dementie de baas te blijven. Het bezoek geeft hun houvast aan het heden (Expertisecentrum dementie, 2018). Om dit te realiseren is het van belang om dit onderbouwd bij de raad van bestuur voor te leggen.</p>
<p><b>Eenduidige visie vanuit ZorgSaam omtrent onbegrepen gedrag</b></p>

Om een eenduidige visie te kunnen hanteren moet deze opgesteld worden vanuit de organisatie. De visie van ZorgSaam richt zich op gezondheids- en welzijnszorg voor de inwoners van Zeeuws-Vlaanderen (ZorgSaam, 2020). Echter, is uit het praktijkonderzoek gebleken dat er geen eenduidige visie op de afdelingen heerst omtrent onbegrepen gedrag. Door een visie op te stellen hoe er omgegaan moet worden met onbegrepen gedrag wordt een eenduidige kijk en aanpak gewaarborgd. Daarnaast is een protocol welke correspondeert met de visie van belang. Indien er in de organisatie al een protocol aanwezig is over het omgaan met onbegrepen gedrag wordt er geadviseerd om deze te herzien en passend te maken met de nog op te stellen visie. Op deze wijze wordt eenduidigheid gecreëerd voor de manier van handelen bij onbegrepen gedrag. Voor het creëren van een visie en het opnemen van een effectief protocol voor onbegrepen gedrag bij dementie, wordt verwezen naar de volgende bron: (Verenso & NIP, 2018-a; Verenso & NIP, 2018-b). Op deze website wordt een visie omtrent probleemgedrag bij dementie beschreven en wordt er een samenvatting weergegeven van een richtlijn welke opgenomen kan worden binnen het protocol.

### Paragraaf 5.3 Kosten en baten

In Tabel 6 worden de kosten en baten opgesomd van het te realiseren advies.

Tabel 6. Kosten en baten.

Kosten en baten		
	Kosten	Baten
<b>Voorlichting verstrekken over zelfmanagementondersteuning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het organiseren van een bijeenkomst kan tijd kosten. Dit geldt ook voor de uitvoering van de bijeenkomst.</li> <li>- Aanschaf van materialen, informatiebrochures omtrent de bijeenkomst.</li> <li>- Het inzetten van een hbo-verpleegkundige om de bijeenkomst te leiden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Door goede kennis over zelfmanagementondersteuning kunnen naasten op een goede manier met hun familielid met dementie omgaan.</li> <li>- Personen met dementie verliezen geen zelfredzaamheid.</li> </ul>
<b>Dementievriendelijke omgeving en bezoek regelement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het organiseren en uitvoeren van een bijeenkomst over het creëren van een dementievriendelijke omgeving en het creëren van een nieuw bezoek regelement kan tijd kosten.</li> <li>- Aanschaf van materialen en informatiebrochures voor bijeenkomst en informatie bezoek regelement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Door dementievriendelijke omgeving krijgen personen met dementie geen overdaad aan prikkels krijgen</li> <li>- Rust bij medebewoners door bezoek niet meer in de huiskamer te laten plaatsvinden</li> </ul>

<b>Bezoek moet onder iedere omstandigheid blijven</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verschillende ruimtes creëren voor als er bezoek komt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen toename van onbegrepen gedrag bij bewoners door bezoek toe te staan.</li> </ul>
<b>Eenduidige visie vanuit ZorgSaam omtrent onbegrepen gedrag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiseren van een vergadering om een visie en protocol op te stellen kan tijd kosten.</li> <li>- Voorlichting geven over onbegrepen gedrag en de bijbehorende interventies.</li> <li>- Organiseren van vergadering met de medewerkers om de visie over te dragen kan tijd kosten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eenduidige aanpak vanuit de medewerkers.</li> <li>- Kan beter omgegaan worden met onbegrepen gedrag.</li> </ul>

#### Paragraaf 5.4 Risico's en oplossingen

In Tabel 7 worden de mogelijke risico's en oplossingen weergegeven rekening houdend met weerstand en het draagvlak van de doelgroep.

Tabel 7. Mogelijke risico's en oplossingen.

<b>Mogelijke risico's en oplossingen rekening houdend met weerstand en draagvlak van de doelgroep</b>		
	<b>Risico's</b>	<b>Oplossingen</b>
<b>Voorlichting verstrekken over zelfmanagementondersteuning</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niet iedereen kan de bijeenkomst fysiek bijwonen.</li> <li>2. Weinig respons op bijeenkomst.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Onlinebijeenkomst doormiddel van Teams. Personen zonder Teams kunnen een link ontvangen om de bijeenkomst alsnog bij te wonen.</li> <li>2. Belang van zelfmanagementondersteuning beter onder de aandacht brengen zodat familieleden en naasten het belang inzien van de bijeenkomst. Daarnaast is het van belang om bij weinig respons na te gaan waarom dit het geval is. Men kan hier dan op inspelen.</li> </ol>
<b>Dementievriendelijke omgeving en bezoek reglement</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niet iedereen kan de bijeenkomst fysiek bijwonen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Onlinebijeenkomst doormiddel van Teams. Personen zonder Teams</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Weinig respons op bijeenkomst.</li> <li>3. Door maar een klein aantal mensen wordt de boodschap omtrent het bezoek regelement ontvangen, waardoor veel bezoekers niet van het aangepaste regelement af weten.</li> </ol>	<p>kunnen een link ontvangen om de bijeenkomst alsnog bij te wonen.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Belang van het creëren van een dementievriendelijke omgeving onder de aandacht brengen zodat familieleden en naasten het belang inzien van de bijeenkomst. Daarnaast is het van belang om bij weinig respons na te gaan waarom dit het geval is. Men kan hier dan op inspelen.</li> <li>3. Regels omtrent het bezoek op deuren hangen bij bijvoorbeeld de hoofdingang of deuren van bewoners zodat bezoekers op de hoogte zijn.</li> </ol>
<b>Bezoek moet onder iedere omstandigheid blijven</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bij een virus uitbraak bestaat de kans dat het virus verspreid wordt door bezoek.</li> <li>2. Afkeuring door raad van bestuur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Draaiboek opstellen hoe hier meer om te gaan.</li> <li>2. Onderzoek verrichten over de gevolgen van geen bezoek bij dementerenden. De COVID-19 pandemie kan hierbij als achtergrondinformatie dienen. Vervolgens opnieuw voorleggen aan raad van bestuur.</li> </ol>
<b>Eenduidige visie vanuit ZorgSaam omtrent onbegrepen gedrag</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niet iedereen kan de vergadering bijwonen.</li> <li>2. Niet iedereen is het eens met het protocol.</li> <li>3. Raad van bestuur vindt dat er al een goede visie is.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eventuele onlinebijeenkomst, opdat iedereen dan aanwezig kan zijn.</li> <li>2. Onbegrepen gedrag en de aanpak wordt meer onder de aandacht gebracht wat weer voor een frisse start kan</li> </ol>

		<p>zorgen bij de medewerkers.</p> <p>3. Voorbeelden uit het praktijkonderzoek naar voren brengen wat het tegendeel bewijst.</p>
--	--	---

## Paragraaf 5.5 Planning

In Tabel 8 wordt de planning voor het adviesrapport weergegeven. De uitvoeringstermijn, taakverdeling, betrokkenen, kosten, baten risico's en oplossingen komen aan bod.

Tabel 8. Planning adviesrapport.

Planning				
	<b>Advies: Zelfmanagement-ondersteuning stimuleren</b>	<b>Advies: Dementievriendelijke omgeving en bezoekerregeling</b>	<b>Advies: Bezoek moet onder iedere omstandigheid blijven</b>	<b>Advies: Eenduidige visie vanuit ZorgSaam omtrent onbegrepen gedrag</b>
<i>Uitvoeringstermijn</i>	Binnen een maand na het raadplegen van dit adviesrapport, omdat de kans op nalatigheid na een maand groter is.	<p>Bijeenkomst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Binnen een maand na het raadplegen van dit adviesrapport, omdat de kans op nalatigheid na een maand groter is.</li> </ul> <p>Bezoekerregeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Binnen twee weken.</li> </ul>	Binnen twee weken voorgelegd aan raad van bestuur.	<p>Binnen twee weken voorgelegd aan raad van bestuur.</p> <p>Binnen een maand een verbijzondering van de huidige visie opgesteld voor onbegrepen gedrag.</p>
<i>Taakverdeling</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hbo-verpleegkundige bijeenkomst verzorgen en presenteren.</li> <li>- Teamleider nodigt familie en naasten uit voor bijeenkomst.</li> <li>- Familie en naasten krijgen de</li> </ul>	<p>Bijeenkomst</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hbo-verpleegkundige bijeenkomst verzorgen en presenteren.</li> <li>- Teamleider nodigt familie en naasten uit voor bijeenkomst.</li> <li>- Familie en naasten krijgen de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en literatuur verzamelen door hbo-verpleegkundige waarom het van belang is dat bezoek onder iedere omstandigheid op een PG-afdeling blijft.</li> <li>- Teamleider legt situatie voor aan raad van bestuur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatie en literatuur verzamelen door hbo-verpleegkundige waarom een eenduidige visie van belang is.</li> <li>- Hbo-verpleegkundige stelt een conceptversie van de nieuwe visie op en toetst of dit correspondeert met de praktijk.</li> </ul>

	gelegenheid om vragen te stellen.	gelegenheid om vragen te stellen. Bezoekregeling <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familie en naasten informeren met behulp van Caren zorgt.</li> <li>- Familie en naasten aan de voordeur informeren met behulp van een attentiebord of flyer.</li> <li>- Informatie omtrent nieuwe bezoekregeling verstrekken via mail of per post.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hbo-verpleegkundige verzamelt gegevens over de huidige situatie.</li> <li>- Protocol/richtlijn ontwerpen/herzien door hbo-verpleegkundige wanneer visie bekend is.</li> <li>- Teamleider legt de situatie voor aan raad van bestuur.</li> </ul>
<i>Betrokkenen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hbo-verpleegkundige</li> <li>- Familie en naasten</li> <li>- Teamleider.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hbo-verpleegkundige</li> <li>- Familie en naasten</li> <li>- Teamleider</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raad van bestuur</li> <li>- Hbo-verpleegkundige</li> <li>- Teamleider</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raad van bestuur</li> <li>- Hbo-verpleegkundigen</li> <li>- Teamleider</li> </ul>
<i>Kosten</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanschaf materialen, informatiebrochures voor bijeenkomst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiseren en uitvoeren bijeenkomst kost geld en tijd.</li> <li>- Aanschaf materialen voor bijeenkomst en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verschillende ruimtes creëren voor bezoek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiseren van vergaderingen en voorlichting kost tijd en geld.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzetten hbo-verpleegkundige bij bijeenkomst.</li> </ul>	<p>informatie bezoek regelement.</p>		
<i>Baten</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Naasten hebben goede kennis over zelfmanagementondersteuning bij hun naaste.</li> <li>- Bewoners behouden/verbeteren zelfredzaamheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen overdaad aan prikkels.</li> <li>- Rust bij medebewoners.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen toename onbegrepen gedrag door toelaten naasten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eenduidige aanpak omtrent onbegrepen gedrag.</li> <li>- Meer structuur bij bewoners.</li> </ul>
<i>Risico's</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niet iedereen kan de fysieke bijeenkomst bij wonen.</li> <li>2. Weinig respons op bijeenkomst.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niet iedereen kan de fysieke bijeenkomst bij wonen.</li> <li>2. Weinig respons op bijeenkomst.</li> <li>3. Klein bereik omtrent bezoekenregeling.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Virus verspreiding door bezoek.</li> <li>2. Afkeuring door raad van bestuur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afkeuring door raad van bestuur.</li> <li>2. Niet iedereen kan fysiek bij de vergadering of voorlichting zijn.</li> <li>3. Niet iedereen is het eens met het nieuwe protocol.</li> </ol>
<i>Oplossing risico's</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Microsoft Teams.</li> <li>2. Belangstelling voor bijeenkomst creëren. Nagaan waarom belangstelling laag is en hierop inspelen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Microsoft Teams</li> <li>2. Belangstelling voor bijeenkomst creëren. Nagaan waarom belangstelling laag is en hierop inspelen.</li> <li>3. Attentieborden bij hoofdingang en deuren.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Draaiboek opstellen voordat deze situatie zich voordoet.</li> <li>2. Onderzoek verrichten en opnieuw voorleggen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Onderzoek verder verrichten en opnieuw voorleggen.</li> <li>2. Microsoft Teams.</li> <li>3. Nagaan waarom sommigen het niet eens zijn met het protocol en hierop inspelen.</li> </ol>

## Nawoord

Hierbij wordt het onderzoek afgesloten met een nawoord. De maak van het onderzoek werd als enorm leerzaam ervaren. Echter, was het niet altijd even makkelijk om het onderzoek tot een goed lopend geheel te brengen naar ieders tevredenheid. Daarnaast werd zich niet altijd gehouden aan de gestelde deadlines en was de communicatie buiten vergaderingen soms gering. Al met al mag het resultaat er wel wezen. Met een trots gevoel wordt teruggekeken naar het eindproduct en wordt gehoopt dat de minor interprofessioneel samenwerken in de gezonde regio kan worden afgesloten met een voldoende. Tot slot wordt ieder projectlid bedankt voor de samenwerking en de oplevering van het eindproduct.

## Literatuurlijst

- ActiZ. (z.d.). *Nieuwe definitie gezondheid*. Geraadpleegd op 10 juni 2020, van <https://www.actiz.nl/ledennet-onderwerpen/gezondheid/openbaar/nieuwe-definitie-gezondheid>
- Alzheimer Nederland. (z.d.). *Omgaan met dementie*. Geraadpleegd op 2 juni 2021, van [https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/infoPDF\\_Zes%20tips%20voor%20het%20omgaan%20met%20dementie.pdf?utm\\_source=content&utm\\_medium=dementienl&\\_ga=2.101280449.1341011559.1622562920-1114636075.1621934429](https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/infoPDF_Zes%20tips%20voor%20het%20omgaan%20met%20dementie.pdf?utm_source=content&utm_medium=dementienl&_ga=2.101280449.1341011559.1622562920-1114636075.1621934429)
- Benders, L. (2021, 26 februari). *Methodologie in je scriptie duidelijk beschrijven*. Geraadpleegd op 20 mei 2021, van <https://www.scribbr.nl/scriptie-structuur/methodologie-in-je-scriptie/>
- Dingemans, K. (2019, 17 september). *Validiteit in interviews*. Geraadpleegd op 20 mei 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-in-interviews/>
- Dely, H., Verschraegen, J., & Steyaert, J. (2018). *Ik, jij, samen MENS*. Geraadpleegd op 7 juni 2021, van <https://www.dementie.be/wp-content/uploads/2021/03/Het-referentiekader-dementie-samenvatting.pdf>
- De Snaijer, M. (2020, 17 september). *5 tips voor de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 15 mei 2021, van <https://www.customeyes.nl/kennis/5-tips-voor-de-betrouwbaarheid-van-kwalitatief-onderzoek/>
- De Zevenster (2021). *Wat is welzijn?* Geraadpleegd op 7 april 2021, van <https://www.de7ster.nl/welzijn-voor-ouderen/>
- Expertise centrum dementie. (2018). *Op bezoek bij.....* Geraadpleegd op 1 juni 2021, van <https://www.dementie.be/ecdcontact/wp-content/uploads/sites/13/2018/01/brochure-ECD-Op-bezoek-bij-oma-jan-2018.pdf>
- Kuo, C. L., Pilling, L. C., Atkins, J. L., Masoli, J. A. H., Delgado, J., Kuchel, G. A., & Melzer, D. (2020). APOE e4 Genotype Predicts Severe COVID-19 in the UK Biobank Community Cohort. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(11), 2231–2232. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa131>
- Leontjevas, R., Knippenberg, I. A. H., Smalbrugge, M., Plouvier, A. O. A., Teunisse, S., Bakker, C., . . . Gerritsen, D. L. (2020). Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands. *Aging & Mental Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1857695>
- RIVM. (2021, 2 april). *Het virus (SARS-CoV-2)*. Geraadpleegd op 7 april 2021, van <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/virus>
- Sassen, B. (2018). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en*

- verpleegkundig specialisten*. [https://doi.org/10.1007/978-90-368-2012-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2012-7_5)
- Steyaert, J., de Wachter, L., & Dely, H. (2020, 15 juli). *Dementiezorg in tijden van corona*. Geraadpleegd op 20 mei 2021, van [https://www.dementie.be/wp-content/uploads/2020/07/20200715\\_DementiezorgInTijdenVanCoronaEDV20.pdf](https://www.dementie.be/wp-content/uploads/2020/07/20200715_DementiezorgInTijdenVanCoronaEDV20.pdf)
- Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & de Vries, D. H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
- Verenso & NIP. (2018-a). *Probleemgedrag bij mensen met dementie*. Verenso. <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
- Verenso & NIP. (2018-b). *Samenvatting richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie*. Verenso. <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie/samenvatting-richtlijn-probleemgedrag>
- Vilans. (z.d.-a). *Competenties voor zelfmanagementondersteuning | Vilans*. Geraadpleegd op 11 juni 2021, van <http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement-competenties.html>
- Vilans. (z.d.-b). *Familiegericht zelfmanagementondersteuning | Vilans*. Geraadpleegd op 25 mei 2021, van <http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement-familiegericht.html>
- Vrije Universiteit Amsterdam. (z.d.). *ethische toetsing onderzoek met menselijke deelnemers*. Geraadpleegd op 20 mei 2021, van [https://www.vu.nl/nl/onderzoek/ethische\\_toetsing/index.aspx](https://www.vu.nl/nl/onderzoek/ethische_toetsing/index.aspx)
- ZorgSaam. (2020). *Missie, visie & kernwaarden*. Geraadpleegd op 2 juni 2021, van <https://www.zorgsaam.org/over-ons/de-organisatie/missie-visie-kernwaarden>
- Zorg voor Beter. (2019, 18 mei). *Probleemgedrag in kaart brengen*. Geraadpleegd op 5 februari 2021, Van <https://www.zorgvoorbeter.nl/probleemgedrag-ouderen/oorzaken>
- Zorg voor beter. (2020, 26 maart). *Handreiking infectiepreventie maatregelen – cohort afdelingen*. Geraadpleegd op 28 mei 2021, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/hygiene/handreiking-cohort-covid19-samenwerkingsverband-amphia-thebe.pdf>

## Bijlage A: Matrix zoekstrategie

In Tabel 9 wordt de volledige uitwerking van de zoekstrategie weergegeven over de databanken PubMed, SpringerLink, Cochrane en Google Scholar.

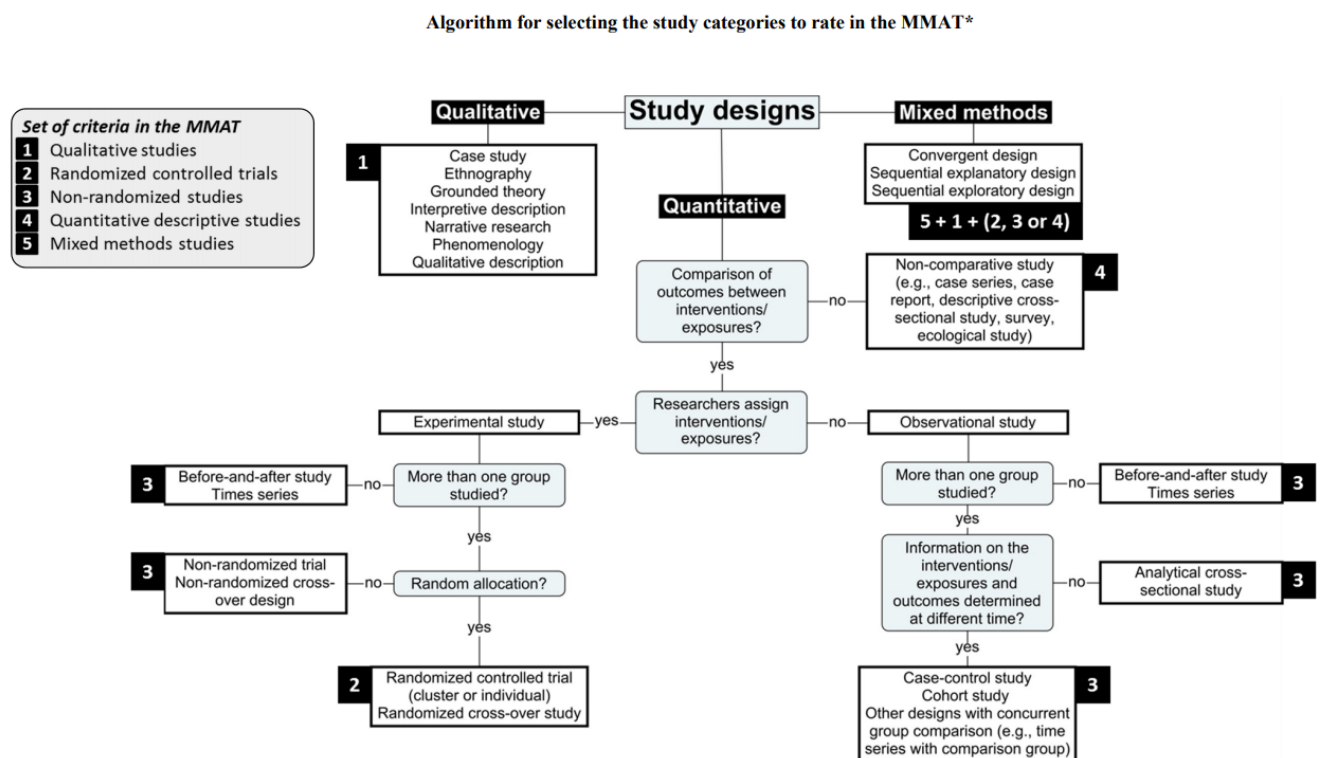
Tabel 9. Matrix zoekstrategie.

Zoekstrategie					
	<u>PubMed</u>	<u>Cochrane COVID-19 study register</u>	<u>Cochrane</u>	<u>Google Scholar</u>	<u>Springerlink</u>
<b>Datum</b>	13-4-2021	13-4-2021	13-4-2021	13-4-2021	13-4-2021
<b>Zoeksleutel</b>	Psychogeriatric nursing home residents OR dementia patient AND challenging behavior OR well-being AND isolation AND COVID-19	Psychogeriatric nursing home residents AND challenging behaviour AND COVID-19 measures AND COVID-19 pandemic AND elderly OR aged	Psychogeriatric nursing home residents OR dementia patient OR psychogeriatric patient in Record Title AND challenging behaviour in Abstract AND isolation OR isolation period in Abstract AND COVID-19 OR COVID-19 Measures in Abstract	"COVID-19 measures" AND challenging behavior OR well-being AND psychogeriatric nursing home residents OR dementia patients	Psychogeriatric nursing home residents AND COVID-19 measures AND well-being OR challenging behavior
<b>Resultaten</b>	0	42	0	49	0
<b>Toegepaste filters</b>	-	Filter: -	-	Filter: 2019-2021	-
<b>Geëxcludeerde artikelen op basis van titel en abstract</b>	-	Geëxcludeerd op titel: 39  Geëxcludeerd op basis van abstract en artikel zelf: 2  Reden tot excluderen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andere doelgroep;</li> <li>- Andere context;</li> <li>- Andere vraagstelling/onder</li> </ul>	-	Geëxcludeerd op basis van titel: 39  Geëxcludeerd op basis van abstract en artikel zelf: 10  Reden tot excluderen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andere onderzoeksvraag;</li> <li>- Andere context;</li> </ul>	-

		zoeksvraag.		- Andere doelgroep.	
Weerhouden artikels	-	1 Mixed methods study	0	1 cross-sectional study	-

## Bijlage B: Algorithm for selecting the study categories to rate in the MMAT

Om gebruik te maken van de kwaliteitsbeoordeling MMAT, is het van belang dat de geselecteerde studies op een juiste wijze toegewezen worden aan een studie categorie. Hiervoor is gebruikt gemaakt van het 'Algorithm for selecting the study categories to rate in the MMAT'. In Figuur 1 wordt het algoritme weergegeven. In Tabel 4 worden de referenties van de gekozen studies, de stappen welke doorlopen zijn in het algoritme en de uitkomsten van de studie categorieën weergegeven.



Figuur 1. Algorithm for selecting the study categories to rate in the MMAT. Overgenomen uit *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 User guide*. Door Q.N. Hong et al., 2018, ([Microsoft Word - MMAT 2018 criteria-manual 2018-08-08.docx \(hz.nl\)](#)) Copyright 2018, Hong et al.

Tabel 10. De doorlopen stappen in het 'Algorithm for selecting the study categories to rate the MMAT.

References	Algorithm for selecting the study categories to rate the MMAT	Study categorie
<b>Mixed methods study: Leontjevas et al., (2020)</b>	Mixed methods study	Sequential explanatory design
<b>Cross-sectional Study: Van der Roest et al., (2020)</b>	Quantitative -> Comparison of outcomes between interventions/exposures? Yes. -> Researchers assign interventions/exposures? No -> Observational study -> More than one group studied? Yes. -> Information on the interventions/exposures and outcomes determined at different time? No.	Analytical cross-sectional study



## Bijlage C: Kwaliteitsbeoordeling

De geïncludeerde studies zijn volgens het 'Algorithm for selecting the study categories to rate in the MMAT' toegewezen aan een studiecategorie. Om de geselecteerde studies te beoordelen met de MMAT moeten de algemene screeningsvragen; 'S1 en S2' met 'yes' beantwoord worden. Verdere beoordeling is mogelijk niet haalbaar of gepast als het antwoord 'no' of 'can't tell' is op één of beide screeningsvragen. Wanneer de screeningsvragen positief beantwoord worden, kan men verder met de kwaliteitsbeoordeling volgens de MMAT. Per artikel worden de vragen van de toegewezen studiecategorie beantwoord met 'yes' 'no' of 'can't tell'. Vervolgens wordt er een conclusie gevormd om de kwaliteit en graad van evidentie aan te tonen. In Figuur 2 wordt de MMAT tool weergegeven. In Tabel 11 en 12 worden de geselecteerde artikelen beoordeeld volgens de MMAT tool. Figuur 2 kan tevens als legenda worden gebruikt om de beoordelingsvragen in Tabel 11 en 12 af te lezen.

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Figuur 2. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Overgenomen uit *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 User guide*. Door Q.N. Hong et al., 2018, ([Microsoft Word - MMAT 2018 criteria-manual 2018-08-08.docx \(hz.nl\)](#)) Copyright 2018, Hong et al.

Tabel 11 . Matrix kwaliteitsbeoordeling MMAT.

Assessor	Methodological quality criteria and responses																	
	S.1	S.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	
<b>Assessor 1: Yvette van Landschoot</b>	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes
<b>Assessor 2: Nadine Pauwe</b>	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes
<b>Assessor 3: Sacha Hommel</b>	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes

Opmerking. Beoordeling artikel: "Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands" (Leontjevas et al., 2020)

Tabel 12. Matrix kwaliteitsbeoordeling MMAT.

Assessor	Methodological quality criteria and responses						
	S.1	S.2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5
<b>Assessor 1: Yvette van Landschoot</b>	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes
<b>Assessor 2: Nadine Paauwe</b>	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes
<b>Assessor 3: Sacha Hommel</b>	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes

Opmerking. Beoordeling artikel: "The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands" (Van der Roest et al., 2020).

## Bijlage D: Operationaliseren interview topics

Aan de hand van de opgestelde deelvragen zijn de volgende Topics opgesteld:

1. Demografische gegevens
2. Welzijn
3. Onbegrepen gedrag
4. COVID-19 maatregelen

In Tabel 13 worden de Topics gedefinieerd met literatuur.

Tabel 13. Operationaliseren van interview topics.

Topics	Definitie/literatuur	Argumentatie	Interviewvragen
<b>Demografische gegevens</b>	Gegevens die men verzameld over een persoon.  Niet gekoppeld aan literatuur. Echter, benoemd Verhoeven: "Begin met eenvoudige, algemene en aantrekkelijke vragen (bijvoorbeeld feiten, achtergrondkenmerken); vermijd confronterende vragen aan het begin van de vragenlijst" (Verhoeven, 2018, p. 199).	Voor de topic demografische gegevens is gekozen om kort een beeld te schetsen over de respondent. Zeker qua werkervaring en locatie was dit van belang.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoe oud bent u?</li> <li>2. Wat is uw geslacht?</li> <li>3. Bij welke organisatie/afdeling bent u werkzaam?</li> <li>4. Wat is uw functie?</li> <li>5. Hoe lang werkt u al bij uw organisatie/afdeling?</li> </ol>
<b>Welzijn</b>	"Onder welzijn wordt het lichamelijke en geestelijke welbevinden van mensen verstaan" (De zevenster, 2021)	Aangezien de bewoners met onbegrepen gedrag uit hun eigen omgeving gehaald zijn en op een PG-afdeling zijn komen wonen staan we ook kort stil bij het welzijn. Het is belangrijk dat en de medewerker en de organisatie het welzijn van de bewoner voorop zetten.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat verstaat u onder welzijn?</li> <li>2. Hoe levert u een bijdrage aan het bevorderen van het welzijn van de bewoners?</li> <li>3. Hoe wordt in uw organisatie een bijdrage geleverd aan het welzijn?</li> </ol>
<b>Onbegrepen gedrag</b>	"Onder probleemgedrag, ofwel 'onbegrepen gedrag', verstaan we alle gedrag van de cliënt dat door deze cliënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren." (Zorgvoorbeter, 2019).	Aangezien bewoners van een PG-afdeling onbegrepen gedrag vertonen is het belangrijk daar meer informatie over op te doen. Welk gedrag de bewoners vertonen en wat er aan gedaan wordt. Bij de volgende	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat verstaat u onder onbegrepen gedrag?</li> <li>2. Welke uitingen van onbegrepen gedrag vertonen de bewoners bij u op de PG-afdeling?</li> <li>3. Hoe wordt omgegaan met onbegrepen gedrag op de afdeling?</li> </ol>

		topic wordt daar ook meer op in gegaan. Dus was het van belang dat het ook bespreekbaar gemaakt is.	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kunt u uw handelen beschrijven bij de vertoning van onbegrepen gedrag?</li> <li>5. Wat zijn volgens u mogelijke factoren voor het vertonen van onbegrepen?</li> <li>6. Welke interventies worden toegepast om dit te verminderen?</li> </ol>
<b>COVID-19 maatregelen</b>	<p>“De bestaande maatregelen in Nederland zijn belangrijk om verspreiding van het coronavirus tegen te gaan, welke variant het ook is” (RIVM, 2021).</p> <p>Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Houd 1,5 meter afstand;</li> <li>- Beperkt het aantal contacten;</li> <li>- Blijf zoveel mogelijk thuis.</li> </ul>	Het project gaat over onbegrepen gedrag tijdens COVID-19, dus konden we de maatregelen niet weg laten. We zijn hier op de huidige maatregelen ingegaan en hoe deze effect hebben op het onbegrepen gedrag.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welke maatregelen zijn momenteel van toepassing op uw afdeling? (Isolatie maatregelen) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hoe ervaart u deze?</li> <li>b. Is dit ook van toepassing in heel de organisatie waar u voor werkt?</li> </ol> </li> </ol> <p><i>Denk ook aan PBM als bewegingsbeperking</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Zijn de maatregelen consistent of veranderen deze geregeld?</li> <li>3. Zijn er bij u op de afdeling ook al versoepelingen? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Zo ja, hoe wordt hier mee omgegaan?</li> </ol> </li> <li>4. Hoe worden de maatregelen uitgelegd aan de bewoners met onbegrepen gedrag? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hoe wordt hierop gereageerd door de bewoners?</li> <li>b. Hoe wordt hierop gereageerd door familie/bezoekers?</li> </ol> </li> <li>5. Hebben de COVID-19 maatregelen invloed op onbegrepen gedrag? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Zo ja, welke maatregelen?</li> </ol> </li> </ol> <p><i>Denk ook aan PBM en vrijheidsbeperking</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Is het onbegrepen gedrag naar uw mening toegenomen of afgenomen door de maatregelen?</li> </ol>

			<p>a. Zo ja, op welke manier?</p> <p>7. Welke invloed hebben de constante veranderingen van de maatregelen op het onbegrepen gedrag van de bewoners?</p> <p>a. Is dit vooral positief of negatief?</p> <p>b. Op welke manier?</p> <p>8. Welke maatregelen uit de COVID-19 periode zouden eventueel geïmplementeerd kunnen worden in de non COVID-19 periode?</p> <p>a. Zo ja, waarom?</p> <p><i>Denk hieraan welke maatregelen het welzijn bevordert hebben.</i></p>
--	--	--	--

## Bijlage E: Interview vragen

In deze bijlage worden de interview topics tot interview vragen verwerkt.

### Het Interview

#### Demografische gegevens

1. Hoe oud bent u?
2. Wat is uw geslacht?
3. Bij welke organisatie/afdeling bent u werkzaam?
4. Wat is uw functie?
5. Hoe lang werkt u al bij uw organisatie/afdeling?

#### Welzijn

1. Wat verstaat u onder welzijn?
2. Hoe levert u een bijdrage aan het bevorderen van het welzijn van de bewoners?
3. Hoe wordt in uw organisatie een bijdrage geleverd aan het welzijn?

#### Onbegrepen gedrag

1. Wat verstaat u onder onbegrepen gedrag?
2. Welke uitingen van onbegrepen gedrag vertonen de bewoners bij u op de psychogeriatrische afdeling?
3. Hoe wordt omgegaan met onbegrepen gedrag op de afdeling?
4. Kunt u uw handelen beschrijven bij de vertoning van onbegrepen gedrag?
5. Wat zijn volgens u mogelijke factoren voor het vertonen van onbegrepen?
6. Welke interventies worden toegepast om dit te verminderen?

#### COVID-19 maatregelen

1. Welke maatregelen zijn momenteel van toepassing op uw afdeling? (Isolatie maatregelen)
    - a. Hoe ervaart u deze?
    - b. Is dit ook van toepassing in heel de organisatie waar u voor werkt?
  2. Zijn de maatregelen consistent of veranderen deze geregeld?
  3. Zijn er bij u op de afdeling ook al versoepelingen?
    - a. Zo ja, hoe wordt hier mee omgegaan?
  4. Hoe worden de maatregelen uitgelegd aan de bewoners met onbegrepen gedrag?
    - a. Hoe wordt hierop gereageerd door de bewoners?
    - b. Hoe wordt hierop gereageerd door familie/bezoekers?
  5. Hebben de COVID-19 maatregelen invloed op onbegrepen gedrag?
    - a. Zo ja, welke maatregelen?
- Denk ook aan PBM en vrijheidsbeperking*
6. Is het onbegrepen gedrag naar uw mening toegenomen of afgenomen door de maatregelen?
    - a. Zo ja, op welke manier?
  7. Welke invloed hebben de constante veranderingen van de maatregelen op het onbegrepen gedrag van de bewoners?
    - a. Is dit vooral positief of negatief?
    - b. Op welke manier?
  8. Welke maatregelen uit de COVID-19 periode zouden eventueel geïmplementeerd kunnen worden in de non COVID-19 periode?
    - a. Zo ja, waarom?

*Denk hier aan welke maatregelen het welzijn bevordert hebben.*

## Bijlage F: Transcriptie interview dementie centrum Vlaanderen

Als bewijs van uitvoering wordt in deze bijlage een transcriptie weergegeven van één van de afgenomen interviews.

**Opname duur: 41:57 minuten.**

### Demografische gegevens

**1. Hoe oud bent u?**

52 jaar

**2. Wat is uw geslacht?**

Man

**3. Bij welke organisatie/afdeling bent u werkzaam?**

Ik ben directeur van het expertise centrum dementie Vlaanderen

**4. Wat is uw functie?**

directeur

**5. Hoe lang werkt u al bij uw organisatie/afdeling?**

21 jaar, als directeur sinds 2013. Daarvoor coördinator van het expertise centra van het jaar 2004 tot 2013

### Welzijn

**1. Wat verstaat u onder welzijn?**

Oe welzijn is een status van een individu of van een groep individuen. Waarbij zij kwaliteit van leven ervaren en de dag kunnen doorbrengen zonder dat zij al te veel zorgen hebben op diverse termijnen zoals het financiële, relationele, vrije tijds gegeven. Welzijn is natuurlijk een zeer breed begrip, dat niet enkel gezondheid omvat, gezondheid is daar een deel van, maar waarbij welbevinden zich goed in zijn lichaam of in zijn lijf voelen. Als mens zichzelf kunnen ontplooiën. Ik zeg het nu rudimentair, maar dat is een beetje hoe ik dat invul ja.

**2. Hoe levert u een bijdrage aan het bevorderen van het welzijn van de bewoners?**

Natuurlijk vanuit onze organisatie is het vooral de professional en de mantelzorger, van mensen met dementie, die wij ondersteunen. We doen dat op diverse manieren bijvoorbeeld door het geven van opleidingen aan professionals of bij mantelzorgers door het geven van informatie. Hoe proberen we daardoor het welzijn, door bij hen natuurlijk te peilen wat voor hen op dat ogenblik aan de orde is. het feit dat zij ons contacteren betekent dat men een bepaalde vraag heeft dat een bepaald antwoord nodig heeft op die vraag. Dan wel dat we een psychisch of fysisch er onderdoor zit en dat zij naar oplossingen zoeken. In die zin proberen wij dat te doen door te informeren, het adviseren, ondersteunen, het coachen soms ook van mensen. Vooral ook (is onze kern opdracht) om de professional zo sterk te maken dat we onszelf op lange termijn overbodig maken. Het is de bedoeling dat ervoor gezorgd word dat je jezelf laat wegcijferen om anderen ook te kunnen helpen. Emanciperen noemen ze dat. Een voorbeeld is van toen ik in Rwanda zat, daar moesten waterzuiveringsinstallaties gemaakt worden, voor het welzijn van de mensen met Belgische middelen. Als er dan iets stuk ging moest dat uit België komen en ik vond het logischer om daar mensen op te leiden om België weg te cijferen zodat ze het zelf konden oplossen. Dus weer dat emanciperen. Hierdoor meer tijd over voor andere projecten.

**3. Hoe wordt in uw organisatie een bijdrage geleverd aan het welzijn?**

Zoals hier voor al besproken is. We proberen vooral wat ook onze kern opdracht is om de professional zo sterk te maken dat we onszelf op lange termijn overbodig maken. Het is de bedoeling dat ervoor gezorgd word dat je jezelf laat wegcijferen om anderen ook te kunnen helpen. Emanciperen noemen ze dat.

### Onbegrepen gedrag

**1. Wat verstaat u onder onbegrepen gedrag?**

Grote discussie eh. Is het moeilijk hanteerbaar gedrag? Is het probleemgedrag? Ook een discussie die in Nederland leeft. Het is eigenlijk gedrag, zeker als je het toe past op mensen met dementie. Dat door de professional niet altijd goed wordt begrepen of door de familie niet goed begrepen wordt. Maar onbegrepen betekent dat je eigenlijk te weinig kijkt naar de oorzaak achter het gedrag. Onvoldoende inzicht hebt over de motieven waarom iemand zich op die manier uit. Dit kan een fysieke oorzaak hebben, bijvoorbeeld pijn/ongemakkelijk voelen/onbegrepen voelen. Onbegrepen gedrag is ook gedrag dat door de ene persoon wordt ervaren als niet problematisch en door de andere wel als problematisch kan worden beschouwd. Het hangt ervan af vanuit welke invalshoek je dat bekijkt. Je moet altijd de vragen stellen: Wat is het probleem? Voor wie is het een probleem? Door een goed stappenplan te hanteren kun je dat gedrag een stukje gaan verklaren. Doordat mensen inzicht krijgen hoe het komt dat bepaalde dingen zich voordoen zoals ze zich voordoen. Dan ga je toch wel wat meer begrip krijgen voor de situatie. Je gaat ook letterlijk meer grip krijgen op de situatie. Nederland heeft een tweetal jaar geleden een heel mooi richtlijn rondom onbegrepen gedrag naar voren gebracht.

**2. Welke uitingen van onbegrepen gedrag vertonen de bewoners bij u op de psychogeriatrische afdeling?**

Zeer uiteen lopend. Repetitief kloppen op een tafel, roepgedrag, verbaal agressief gedrag, moedwillig plassen in de hoek van een kamer, ja krabben, prutsen, lichamelijk agressief, verbaal agressiviteit, ongewenst seksueel gedrag, mensen die op de kamer van iemand anders terecht komen, denken dat een andere bewoner hun partner is, dwang handelingen, telkens dingen opnieuw herhalen. Zo ja dat repetitief gedrag. Het is in mijn ogen zeer breed. Het hangt ook een beetje vanaf hoe je er zelf naar kijkt. Bepaalde mensen vinden bepaald gedrag geen probleem vinden, die dat probleem veel minder hebben. Maar waar ik het over heb beschrijft dat heel goed. Onrust ja, angst ook dat is ook wel een belangrijke, angst gevoelens die optreden bij mensen. We hebben het over zeer excessieve handelingen. Die mensen die eerder teruggetrokken zijn en helemaal geen gedrag is ook problematisch natuurlijk. Het beschuldigen van anderen.

**3. Hoe wordt omgegaan met onbegrepen gedrag op de afdeling?**

Wel ik denk. Omgaan of wat je moet doen is eerst preventief te werk gaan. Je gaat dan eerst het gedrag ontleden. Wat gebeurt er? Wat zijn aanleidingen of mogelijke triggers van dat gedrag. Je moet vooral gaan zien van hoe zien die mensen de omgeving. Die mensen met onbegrepen gedrag zien vaak de omgeving anders dan wij die zien. Soms is dat gedrag niet te voorspellen, je moet goed observeren goed weten welke dingen je ziet gebeuren en dan daarop verder gaan. Niet medicamenteus gaan kijken. Maar echt op het gedrag in gaan. Je gaat vooral ook kijken bij mensen die lusteloos zijn hoe je die kunt activeren. Je gaat een aantal dingen gaan uittesten. Heel belangrijk is de levensgeschiedenis van mensen, welke kern punten belangrijk zijn geweest in zijn/haar leven. Hoe gaat de familie daarmee om of is de familie het probleem dat telkens dat onbegrepen gedrag uitlokt. Je moet zien dat je eerst het professioneel goed aanpakt voordat je medicamenteus te werk gaat. Bijvoorbeeld hansmassage geven of een pop aan de mensen geven. Ook is het belangrijk hoe je het vastlegt in het dossier. Hoe gaan wij dat hier met ons team aanpakken. Ik vind het heel belangrijk dat we dat ook systematisch doen. Wat zien we gebeuren en welk effect resulteert onze aanpak. Fixatie, ja dat gebeurt wel eens natuurlijk. Jullie hebben de wet zorg en dwang, die hebben wij niet in Vlaanderen. Dus wat voor alternatieven zijn er om mensen vast te maken. Als je het gevoel hebt dat je al zoveel psychosociale interventies hebt gedaan dan kun je misschien gaan inzetten op medicatie. Die dat gedrag wat gaan moduleren. Dit is wel echt de laatste stap

**4. Kunt u uw handelen beschrijven bij de vertoning van onbegrepen gedrag?**



Zoals ik dus al eerder zei van ja goed alles noteren in het dossier. Goed samen als team werken. Niet te vlug die naar medicamenteuze aanpak grijpen, maar eerst echt de oorzaak achterhalen waarom mensen nu juist onbegrepen gedrag vertonen.

**5. Wat zijn volgens u mogelijke factoren voor het vertonen van onbegrepen?**

Goh, uhm, oorzaken soms medicijn gebruik. Soms ook de zintuigen die niet meer goed mee willen. Mensen die slecht horen, waarvan we denken van we hebben de boodschap doorgegeven, maar deze is niet goed aangekomen. De benadering van de familie, de benadering van de professional. Ik denk dat dat wel mogelijke oorzaken zijn. Soms een trauma uit het verleden.

**6. Welke interventies worden toegepast om dit te verminderen?**

Analyseer het gedrag! Soms ja is medicamenteus de laatste interventie die je kan toepassen, maar eerst ga je de psychosociale interventies allemaal toepassen. Observeren, rapporteren. Multidisciplinair naar het probleem kijken. Handelingen aanpassen als je geen vooruitgang boekt. Evalueer vooral op uw eigenlijk handelen. En communiceer. Heel belangrijk. Doet dit met de betrokkenen, de artsen, de naasten.

### COVID-19 maatregelen

**1. Welke maatregelen zijn momenteel van toepassing op uw afdeling? (Isolatie maatregelen)**

In Vlaanderen op dit moment zeer weinig, er is al heel veel versoepeld. Dit heeft te maken met de vaccinatie campagne. 95-98% heeft twee porties van zijn vaccin gekregen. Er zijn twee bezoekers mogelijk, knuffelcontacten. Mogen zonder mondmasker komen dichtbij komen. Mag bezoek ontvangen, cafetaria mag terug open. Beperkingen zijn relatief beperkt. Bij aankomst moet men hun naam noteren in een boekje. Het verandert elke week, maar heb de meeting vanochtend niet kunnen bijwonen dus precies vertellen kan ik niet.

**a. Hoe ervaart u deze?**

Ja, alez ik ga nu iets zeggen wat heel vreemd klinkt. De mensen in de verpleeghuizen zijn mensen met weinig levensperspectief, ze hebben weinig dagen tegemoet. Als we daarnet gesproken hebben over welzijn, wil je wel dat zij tot op het laatste dat het welzijn hoog in het aandeel staat. Een deel van dit welzijn bestaat uit sociale contacten. Digitaal hebben we dit geprobeerd. Bij een aantal lukte dit, maar zeker bij mensen met dementie die graag een aanraking willen heeft dit echt niet gewerkt. Die begrepen niet hoe dat beeldbellen werkte. Dat zorgde ervoor dat er onbegrip was. Zeer pijnlijk in het begin. In het begin ging het nog wel goed, minder prikkels en daardoor minder onbegrepen gedrag. Kwam wel wat structuur en het was als wijze dat er een bubbel ontstond, ver van de boze buitenwereld. Alleen via de hulpverleners kwam de boze buitenwereld (het virus) toch binnen en daardoor zijn de eerste en grootste slachtoffers gevallen. Het had in mijn ogen wel iets milder gekund en had na een maand of 3 4 naar mijn mening wel minder gemogen. Was heel beklemmend voor families en heel moeilijk.

**b. Is dit ook van toepassing in heel de organisatie waar u voor werkt?**

Ja dit was voor heel België. Net zoals in Nederland eigenlijk. Wordt vanuit het land opgesteld en de woonzorgcentra past zich daarop aan.

**2. Zijn de maatregelen consistent of veranderen deze geregeld?**

Ze veranderden week na week. We waren gestart in Vlaanderen met een procedure van vier pagina's en deze is dusdanig uitgebreid naar 50 pagina's. Het is zo uitgebreid tot en met de regeling van de kapper. Ook qua seksuele dienstverlening wordt het zelfs tot dat punt gereguleerd. Het is echt heel gedetailleerd geworden. Bijna elke handeling is gedurende heel het traject uitgewerkt en leidde tot ad Hock maatregelen die al snel ingevoerd werden en soms zinloos bleken.

**3. Zijn er bij u op de afdeling ook al versoepelingen?**

Bij ons zijn er natuurlijk ook wel versoepelingen

**a. Zo ja, hoe wordt hier mee omgegaan?**

Ja ik denk communicatie is het belangrijkste daarin. Enerzijds ga je in gesprek met de cliënt en anderzijds ook met de familie. Er zijn organisaties die websites hebben waarop zij elke week informatie verstrekken over de maatregelen, aantal besmettingen enz. Het is cruciaal dat de communicatie gebeurt. De mantelzorger wordt snel ingelicht met wat er gebeurt. Waarom de maatregelen er zijn en hoe met onbegrepen gedrag omgegaan kan worden. Mensen met dementie waren met de maatregelen helemaal niet blij.

- 4. Hoe worden de maatregelen uitgelegd aan de bewoners met onbegrepen gedrag?**
  - a. Hoe wordt hierop gereageerd door de bewoners?**

Daar kan ik eigenlijk geen antwoord op geven, omdat ik daar geen ervaringsverhalen over heb. Wel weet ik dat ze de cliënten mee in gesprek namen. Probeer het uit te leggen. Spreek over de Spaanse griep, deze kennen zij nog, dus kan je daar op verder boorduren. Dus spreek over het virus of een zware griep ipv COVID of corona.
  - b. Hoe wordt hierop gereageerd door familie/bezoekers?**

Ze vonden het heel beklemmend zoals ik al eerder zei, maar ze legden zich er uiteindelijk bij neer. Op den duur was men het echt moe.
- 5. Hebben de COVID-19 maatregelen invloed op onbegrepen gedrag?**
  - a. Zo ja, welke maatregelen?**

Goh de ja hulpeloosheid van de mensen op den duur. Dus het onbegrepen gedrag nam af door de weinig prikkels. Maar het nam juist toe doordat er geen houvasten meer waren en de bezoeksregeling weg viel. De nabije personen die er niet meer waren nam het dus toe.
- 6. Is het onbegrepen gedrag naar uw mening toegenomen of afgenomen door de maatregelen?**
  - a. Zo ja, op welke manier?**

in het begin was het onbegrepen gedrag afgenomen maar na verloop van tijd, een maand of twee drie, is het toegenomen.
- 7. Welke invloed hebben de constante veranderingen van de maatregelen op het onbegrepen gedrag van de bewoners?**
  - a. Is dit vooral positief of negatief?**

Nee ik denk dat op de bewoners het niet echt een effect had, maar dat de continue veranderingen niet zo'n grote invloed hadden. Die waren voor de bewoners cava nog. Het was niet van week tot week anders. De details wisselden wel eens of hoe de infectiepreventie veranderde was er wel. Verder niet echt.
- 8. Welke maatregelen uit de COVID-19 periode zouden eventueel geïmplementeerd kunnen worden in de non COVID-19 periode?**
  - a. Zo ja, waarom?**

Eigenlijk niet, we moeten zo snel mogelijk van die maatregelen af. Ik betreur het dat mensen af willen van het huiskamer bezoek. De plek waar mensen met dementie leven is hun woning, de plek waar zij leven. Iemand in een kwetsbare situatie ondermijnen. In het begin hebben ze daarop inderdaad goed gereageerd, maar op dit moment is dat helemaal niet meer het geval. Ik denk dat als je dat in rekenschap neemt het meer schaad dan baad. Je gaat op andere uitkomsten komen. Je kan het huiskamer bezoek afpreken met andere bewoners en familieleden. Vooral vanuit het gast vrijheid principe moet gaan kijken. Je moet er wel een oplossing voor zoeken dat de rust wel bewaard wordt, maar je gaat het groepsgebeuren proberen te vrijwaren om de leef kwaliteit hoog te houden.

## Bijlage G: Codering interview dementie centrum Vlaanderen

In Tabel 14. staat hoe het interview met de directeur van het dementie centrum Vlaanderen gecodeerd is en welke codes gebruikt zijn.

Tabel 14. Codering interview dementie centrum Vlaanderen

Interview transcriptie	Open coderen	Axiaal coderen	Selectief coderen
<p><b>Demografische gegevens</b></p> <p><b>6. Hoe oud bent u?</b> 52 jaar</p> <p><b>7. Wat is uw geslacht?</b> Man</p> <p><b>8. Bij welke organisatie/afdeling bent u werkzaam?</b> Ik ben directeur van het expertise centrum dementie Vlaanderen</p> <p><b>9. Wat is uw functie?</b> directeur</p> <p><b>10. Hoe lang werkt u al bij uw organisatie/afdeling?</b> 21 jaar, als directeur sinds 2013. Daarvoor coördinator van het expertise centra van het jaar 2004 tot 2013</p> <p><b>Welzijn</b></p> <p><b>4. Wat verstaat u onder welzijn?</b> Oe welzijn is een status van een individu of van een groep individuen. Waarbij zij kwaliteit van leven ervaren en de dag kunnen doorbrengen zonder dat zij al te veel zorgen hebben op diverse termijnen zoals het financiële, relationele, vrije tijds gegeven. Welzijn is natuurlijk een zeer breed begrip, dat niet enkel gezondheid omvat, gezondheid is daar een deel van, maar waarbij welbevinden zich goed in zijn lichaam of in zijn lijf voelen. Als mens zichzelf kunnen ontplooiën. Ik zeg het nu rudimentair, maar dat is een beetje hoe ik dat invul ja.</p>	<p>Leeftijd</p> <p>Geslacht</p> <p>Werkzaam bij</p> <p>Functie</p> <p>In dienst sinds</p> <p>Status van een individu of een groep individuen</p> <p>Welzijn omvat niet enkel gezondheid</p> <p>Breed concept</p>	<p>Persoonlijke gegevens</p> <p>Werk gerelateerd</p> <p>Groot concept</p> <p>Goed voelen in hun lichaam</p>	<p>Demografische gegevens</p> <p>Welzijn</p>

<p><b>5. Hoe levert u een bijdrage aan het bevorderen van het welzijn van de bewoners?</b></p> <p>Natuurlijk vanuit onze organisatie is het vooral de professional en de mantelzorger, van mensen met dementie, die wij ondersteunen. We doen dat op diverse manieren bijvoorbeeld door het geven van opleidingen aan professionals of bij mantelzorgers door het geven van informatie. Hoe proberen we daardoor het welzijn, door bij hen natuurlijk te peilen wat voor hen op dat ogenblik aan de orde is. het feit dat zij ons contacteren betekent dat men een bepaalde vraag heeft dat een bepaald antwoord nodig heeft op die vraag. Dan wel dat we een psychisch of fysisch er onderdoor zit en dat zij naar oplossingen zoeken. In die zin proberen wij dat te doen door te informeren, het adviseren, ondersteunen, het coachen soms ook van mensen. Vooral ook (is onze kern opdracht) om de professional zo sterk te maken dat we onszelf op lange termijn overbodig maken. Het is de bedoeling dat ervoor gezorgd word dat je jezelf laat wegcijferen om anderen ook te kunnen helpen. Emanciperen noemen ze dat. Een voorbeeld is van toen ik in Rwanda zat, daar moesten waterzuiveringsinstallaties gemaakt worden, voor het welzijn van de mensen met Belgische middelen. Als er dan iets stuk ging moest dat uit België komen en ik vond het logischer om daar mensen op te leiden om België weg te cijferen zodat ze het zelf konden oplossen. Dus weer dat emanciperen. Hierdoor meer tijd over voor andere projecten.</p> <p><b>6. Hoe wordt in uw organisatie een bijdrage geleverd aan het welzijn?</b></p> <p>Zoals hier voor al besproken is. We proberen vooral wat ook onze kern opdracht is om de professional zo sterk te maken dat we onszelf op lange termijn overbodig maken. Het is de</p>	<p>De mens moet zich goed in hun lichaam voelen</p> <p>Professional en mantelzorger ondersteunen</p> <p>Opleidingen geven</p> <p>Psychisch of fysiek erdoor zitten en hulp nodig hebben</p> <p>Adviseren, ondersteunen informeren en coachen</p> <p>De professional zo sterk maken dat het centrum weg gecijferd kan worden</p> <p>Mantelzorger helpen met oplossingen vinden</p>	<p>Ondersteuning aan zorgprofessionals voor hoog welzijn</p> <p>Educatief aanbod</p> <p>Emancipatie van zorgprofessional</p> <p>Oplossingsgericht</p>	<p>Welzijn</p> <p>Welzijn</p> <p>Welzijn</p>
--	---	---	--

<p>bedoeling dat ervoor gezorgd word dat je jezelf laat wegcijferen om anderen ook te kunnen helpen. Emanciperen noemen ze dat.</p> <p><b>Onbegrepen gedrag</b></p> <p><b>7. Wat verstaat u onder onbegrepen gedrag?</b>  Grote discussie eh. Is het moeilijk hanteerbaar gedrag? Is het probleemgedrag? Ook een discussie die in Nederland leeft. Het is eigenlijk gedrag, zeker als je het toe past op mensen met dementie. Dat door de professional niet altijd goed wordt begrepen of door de familie niet goed begrepen wordt. Maar onbegrepen betekent dat je eigenlijk te weinig kijkt naar de oorzaak achter het gedrag. Onvoldoende inzicht hebt over de motieven waarom iemand zich op die manier uit. Dit kan een fysieke oorzaak hebben, bijvoorbeeld pijn/ongemakkelijk voelen/onbegrepen voelen. Onbegrepen gedrag is ook gedrag dat door de ene persoon wordt ervaren als niet problematisch en door de andere wel als problematisch kan worden beschouwd. Het hangt ervan af vanuit welke invalshoek je dat bekijkt. Je moet altijd de vragen stellen: Wat is het probleem? Voor wie is het een probleem? Door een goed stappenplan te hanteren kun je dat gedrag een stukje gaan verklaren. Doordat mensen inzicht krijgen hoe het komt dat bepaalde dingen zich voordoen zoals ze zich voordoen. Dan ga je toch wel wat meer begrip krijgen voor de situatie. Je gaat ook letterlijk meer grip krijgen op de situatie. Nederland heeft een tweetal jaar geleden een heel mooi richtlijn rondom onbegrepen gedrag naar voren gebracht.</p> <p><b>8. Welke uitingen van onbegrepen gedrag vertonen de bewoners bij u op de psychogeriatrische afdeling?</b>  Zeer uiteen lopend. Repetitief kloppen op een tafel, roepgedrag, verbaal agressief gedrag, moedwillig plassen in</p>	<p>De professional sterk maken</p> <p>Het dementiecentrum op den duur wegcijferen</p> <p>Moeilijk hanteerbaar gedrag</p> <p>Probleem gedrag</p> <p>Gedrag dat niet goed begrepen wordt door de professional of familie</p> <p>Te weinig kijken naar de oorzaak</p> <p>Onvoldoende inzicht over motieven van het gedrag</p> <p>Bekijken uit verschillende invalshoeken</p> <p>Met meer inzicht komt er meer begrip</p>	<p>Emancipatie</p> <p>Geen specifieke oorzaak</p> <p>Niet begrepen door professionals</p> <p>Weinig inzicht</p>	<p>Welzijn</p> <p>Onbegrepen gedrag</p> <p>Onbegrepen gedrag</p>
---	---	---	--

<p>de hoek van een kamer, ja krabben, prutsen, lichamenlijk agressief, verbaal agressiviteit, ongewenst seksueel gedrag, mensen die op de kamer van iemand anders terecht komen, denken dat een andere bewoner hun partner is, dwang handelingen, telkens dingen opnieuw herhalen. Zo ja dat repetitief gedrag. Het is in mijn ogen zeer breed. Het hangt ook een beetje vanaf hoe je er zelf naar kijkt. Bepaalde mensen vinden bepaald gedrag geen probleem vinden, die dat probleem veel minder hebben. Maar waar ik het over heb beschrijft dat heel goed. Onrust ja, angst ook dat is ook wel een belangrijke, angst gevoelens die optreden bij mensen. We hebben het over zeer excessieve handelingen. Die mensen die eerder teruggetrokken zijn en helemaal geen gedrag is ook problematisch natuurlijk. Het beschuldigen van anderen.</p> <p><b>9. Hoe wordt omgegaan met onbegrepen gedrag op de afdeling?</b></p> <p>Wel ik denk. Omgaan of wat je moet doen is eerst preventief te werk gaan. Je gaat dan eerst het gedrag ontleden. Wat gebeurt er? Wat zijn aanleidingen of mogelijke triggers van dat gedrag. Je moet vooral gaan zien van hoe zien die mensen de omgeving. Die mensen met onbegrepen gedrag zien vaak de omgeving anders dan wij die zien. Soms is dat gedrag niet te voorspellen, je moet goed observeren goed weten welke dingen je ziet gebeuren en dan daarop verder gaan. Niet medicamenteus gaan kijken. Maar echt op het gedrag in gaan. Je gaat vooral ook kijken bij mensen die lusteloos zijn hoe je die kunt activeren. Je gaat een aantal dingen gaan uittesten. Heel belangrijk is de levensgeschiedenis van mensen, welke kern punten belangrijk zijn geweest in zijn/haar leven. Hoe gaat de familie daarmee om of is de familie het probleem dat telkens dat onbegrepen gedrag uitlokt. Je moet zien dat je</p>	<p>Repetatief kloppen Agressie Verbaal Moedwillig plassen Ongewenst seksueel gedrag Dwang handelingen Prutsen Lichamenlijk agressief Terug trekken Angst Excessieve handelingen</p> <p>De een kijkt anders tegen het gedrag dan de ander en ziet er geen probleem in</p> <p>Preventief te werk gaan</p> <p>Goed observeren</p> <p>Niet direct medicamenteus te werk gaan</p>	<p>Gedrag/uitingen van de cliënt</p> <p>Gedrag/uitingen van de cliënt</p> <p>Interpretaties van onbegrepen gedrag</p> <p>Aanpak onbegrepen gedrag</p>	<p>Onbegrepen gedrag</p> <p>Onbegrepen gedrag</p>
--	--	---	---

<p>eerst het professioneel goed aanpakt voordat je medicamenteus te werk gaat. Bijvoorbeeld hansomassage geven of een pop aan de mensen geven. Ook is het belangrijk hoe je het vastlegt in het dossier. Hoe gaan wij dat hier met ons team aanpakken. Ik vind het heel belangrijk dat we dat ook systematisch doen. Wat zien we gebeuren en welk effect resulteert onze aanpak. Fixatie, ja dat gebeurt wel eens natuurlijk. Jullie hebben de wet zorg en dwang, die hebben wij niet in Vlaanderen. Dus wat voor alternatieven zijn er om mensen vast te maken. Als je het gevoel hebt dat je al zoveel psychosociale interventies hebt gedaan dan kun je misschien gaan inzetten op medicatie. Die dat gedrag wat gaan moduleren. Dit is wel echt de laatste stap</p> <p><b>10. Kunt u uw handelen beschrijven bij de vertoning van onbegrepen gedrag?</b></p> <p>Zoals ik dus al eerder zei van ja goed alles noteren in het dossier. Goed samen als team werken. Niet te vlug die naar medicamenteuze aanpak grijpen, maar eerst echt de oorzaak achterhalen waarom mensen nu juist onbegrepen gedrag vertonen.</p> <p><b>11. Wat zijn volgens u mogelijke factoren voor het vertonen van onbegrepen?</b></p> <p>Goh, uhm, oorzaken soms medicijn gebruik. Soms ook de zintuigen die niet meer goed mee willen. Mensen die slecht horen, waarvan we denken van we hebben de boodschap doorgegeven, maar deze is niet goed aangekomen. De benadering van de familie, de benadering van de professional. Ik denk dat dat wel mogelijke oorzaken zijn. Soms een trauma uit het verleden.</p> <p><b>12. Welke interventies worden toegepast om dit te verminderen?</b></p> <p>Analyseer het gedrag! Soms ja is medicamenteus de laatste interventie die je kan toepassen, maar eerst ga je de</p>	<p>Hoe kan je de cliënten activeren</p> <p>Kijken naar de achtergrond van de cliënten</p> <p>Goede professionele aanpak</p> <p>Rapporteren in het dossier</p> <p>Eenduidige teamaanpak</p> <p>Systematisch te werk gaan</p> <p>Eerst psychosociale interventies</p> <p>Laatste stap medicamenteuze interventies</p> <p>Observeren en rapporteren</p> <p>Oorzaak achterhalen</p> <p>Medicijn gebruik</p>	<p>Team aanpak onbegrepen gedrag</p> <p>Interventies onbegrepen gedrag</p> <p>Handelingen onbegrepen gedrag</p>	<p>Onbegrepen gedrag</p> <p>Onbegrepen gedrag</p>
---	---	---	---

<p>psychosociale interventies allemaal toepassen. Observeren, rapporteren. Multidisciplinair naar het probleem kijken. Handelingen aanpassen als je geen vooruitgang boekt. Evalueer vooral op uw eigenlijk handelen. En communiceer. Heel belangrijk. Doet dit met de betrokkenen, de artsen, de naasten.</p> <p><b>COVID-19 maatregelen</b></p> <p><b>9. Welke maatregelen zijn momenteel van toepassing op uw afdeling? (Isolatie maatregelen)</b></p> <p>In Vlaanderen op dit moment zeer weinig, er is al heel veel versoepeld. Dit heeft te maken met de vaccinatie campagne. 95-98% heeft twee porties van zijn vaccin gekregen. Er zijn twee bezoekers mogelijk, knuffelcontacten. Mogen zonder mondmasker komen dichtbij komen. Mag bezoek ontvangen, cafetaria mag terug open. Beperkingen zijn relatief beperkt. Bij aankomst moet men hun naam noteren in een boekje. Het verandert elke week, maar heb de meeting vanochtend niet kunnen bijwonen dus precies vertellen kan ik niet.</p> <p><b>a. Hoe ervaart u deze?</b></p> <p>Ja, alez ik ga nu iets zeggen wat heel vreemd klinkt. De mensen in de verpleeghuizen zijn mensen met weinig levensperspectief, ze hebben weinig dagen tegemoet. Als we daarnet gesproken hebben over welzijn, wil je wel dat zij tot op het laatste dat het welzijn hoog in het aandeel staat. Een deel van dit welzijn bestaat uit sociale contacten. Digitaal hebben we dit geprobeerd. Bij een aantal lukte dit, maar zeker bij mensen met dementie die graag een aanraking willen heeft dit echt niet gewerkt. Die begrepen niet hoe dat beeldbellen werkte. Dat zorgde ervoor dat er onbegrip was. Zeer pijnlijk in het begin. In het begin ging het nog wel goed,</p>	<p>Zintuigen werken minder</p> <p>Benadering van bezoek/personeel</p> <p>Trauma</p> <p>Analyseer het gedrag</p> <p>Psychosociale interventies</p> <p>Medicamenteuze interventies</p> <p>Veel communicatie</p> <p>Vrij weinig maatregelen in Vlaanderen</p> <p>Twee mogelijke bezoekers</p> <p>Knuffelcontacten zonder mondmasker op de kamer</p> <p>Cafetaria terug open</p>	<p>Factoren voor onbegrepen gedrag</p> <p>Interventies onbegrepen gedrag</p> <p>Huidige maatregelen</p> <p>Bezoekregeling</p>	<p>Onbegrepen gedrag</p> <p>COVIG maatregelen</p>
---	--	---	---



<p>minder prikkels en daardoor minder onbegrepen gedrag. Kwam wel wat structuur en het was als wijze dat er een bubbel ontstond, ver van de boze buitenwereld. Alleen via de hulpverleners kwam de boze buitenwereld (het virus) toch binnen en daardoor zijn de eerste en grootste slachtoffers gevallen. Het had in mijn ogen wel iets milder gekund en had na een maand of 3 4 naar mijn mening wel minder gemogen. Was heel beklemmend voor families en heel moeilijk.</p> <p><b>10. Zijn de maatregelen consistent of veranderen deze geregeld?</b> Ze veranderden week na week. We waren gestart in Vlaanderen met een procedure van vier pagina's en deze is dusdanig uitgebreid naar 50 pagina's. Het is zo uitgebreid tot en met de regeling van de kapper. Ook qua seksuele dienstverlening wordt het zelfs tot dat punt gereguleerd. Het is echt heel gedetailleerd geworden. Bijna elke handeling is gedurende heel het traject uitgewerkt en leidde tot ad Hock maatregelen die al snel ingevoerd werden en soms zinloos bleken.</p> <p><b>11. Zijn er bij u op de afdeling ook al versoepelingen?</b> Bij ons zijn er natuurlijk ook wel versoepelingen</p> <p><b>a. Zo ja, hoe wordt hier mee omgegaan?</b> Ja ik denk communicatie is het belangrijkste daarin. Enerzijds ga je in gesprek met de cliënt en anderzijds ook met de familie. Er zijn organisaties die websites hebben waarop zij elke week informatie verstrekken over de maatregelen, aantal besmettingen enz. Het is cruciaal dat de communicatie gebeurt. De mantelzorger wordt snel ingelicht met wat er gebeurt. Waarom de maatregelen er zijn en hoe met onbegrepen gedrag omgegaan kan worden.</p>	<p>Tot op de laatste dag staat welzijn op nummer 1</p> <p>Voor dementerende zijn de maatregelen niet welzijnsvriendelijk</p> <p>Maatregelen zorgden voor onbegrip</p> <p>Minder prikkels door maatregelen</p> <p>Structuur</p> <p>Mocht milder</p> <p>Veranderen week na week</p> <p>Elke handeling is uitgewerkt</p> <p>Vele maatregelen bleken zinloos</p>	<p>Welzijn moet boven aan staan</p> <p>Niet welzijnsvriendelijke maatregelen</p> <p>Mening directeur</p> <p>Veranderingen van maatregelen</p> <p>Zinloze maatregelen</p>	<p>COVID maatregelen</p> <p>COVID maatregelen</p> <p>COVID maatregelen</p>
---	--	--	--

<p>Mensen met dementie waren met de maatregelen helemaal niet blij.</p> <p><b>12. Hoe worden de maatregelen uitgelegd aan de bewoners met onbegrepen gedrag?</b></p> <p><b>a. Hoe wordt hierop gereageerd door de bewoners?</b> Daar kan ik eigenlijk geen antwoord op geven, omdat ik daar geen ervaringsverhalen over heb. Wel weet ik dat ze de cliënten mee in gesprek namen. Probeer het uit te leggen. Spreek over de Spaanse griep, deze kennen zij nog, dus kan je daar op verder boorduren. Dus spreek over het virus of een zware griep ipv COVID of corona.</p> <p><b>b. Hoe wordt hierop gereageerd door familie/bezoekers?</b> Ze vonden het heel beklemmend zoals ik al eerder zei, maar ze legden zich er uiteindelijk bij neer. Op den duur was men het echt moe.</p> <p><b>13. Hebben de COVID-19 maatregelen invloed op onbegrepen gedrag?</b></p> <p><b>a. Zo ja, welke maatregelen?</b> Goh de ja hulpeloosheid van de mensen op den duur. Dus het onbegrepen gedrag nam af door de weinig prikkels. Maar het nam juist toe doordat er geen houvasten meer waren en de bezoeksregeling weg viel. De nabije personen die er niet meer waren nam het dus toe.</p> <p><b>14. Is het onbegrepen gedrag naar uw mening toegenomen of afgenomen door de maatregelen?</b></p> <p><b>a. Zo ja, op welke manier?</b> in het begin was het onbegrepen gedrag afgenomen maar na verloop van tijd, een maand of twee drie, is het toegenomen.</p>	<p>Wel versoepelingen</p> <p>Communicatie is belangrijk</p> <p>Met familie en cliënt in gesprek over maatregelen</p> <p>Geen blij reactie van cliënten over maatregelen</p> <p>Weinig ervaring mee</p> <p>Probeer het uit te leggen</p> <p>Juiste jargon</p> <p>Heel beklemmend</p> <p>Men werd er moe van</p> <p>Hulpeloosheid van de cliënten</p>	<p>Versoepeling van maatregelen</p> <p>Communicatie</p> <p>Reactie op maatregelen</p> <p>Ervaring directeur</p> <p>Uitleg van maatregelen</p>	<p>COVID maatregelen</p> <p>COVID maatregelen</p>
---	---	---	---

<p><b>15. Welke invloed hebben de constante veranderingen van de maatregelen op het onbegrepen gedrag van de bewoners?</b></p> <p><b>a. Is dit vooral positief of negatief?</b></p> <p>Nee ik denk dat op de bewoners het niet echt een effect had, maar dat de continue veranderingen niet zo'n grote invloed hadden. Die waren voor de bewoners cava nog. Het was niet van week tot week anders. De details wisselden wel eens of hoe de infectiepreventie veranderde was er wel. Verder niet echt.</p>	<p>Minder prikkels</p> <p>Meer onbegrip door geen bezoek</p>	<p>Negatieve/positieve ervaringen omtrent maatregelen van bezoekers</p> <p>Reactie op maatregelen</p>	<p>COVID maatregelen</p>
<p><b>16. Welke maatregelen uit de COVID-19 periode zouden eventueel geïmplementeerd kunnen worden in de non COVID-19 periode?</b></p> <p><b>a. Zo ja, waarom?</b></p> <p>Eigenlijk niet, we moeten zo snel mogelijk van die maatregelen af. Ik betreur het dat mensen af willen van het huiskamer bezoek. De plek waar mensen met dementie leven is hun woning, de plek waar zij leven. Iemand in een kwetsbare situatie ondermijnen. In het begin hebben ze daarop inderdaad goed gereageerd, maar op dit moment is dat helemaal niet meer het geval. Ik denk dat als je dat in rekenschap neemt het meer schaad dan baad. Je gaat op andere uitkomsten komen. Je kan het huiskamer bezoek afpreken met andere bewoners en familieleden. Vooral vanuit het gast vrijheid principe moet gaan kijken. Je moet er wel een oplossing voor zoeken dat de rust wel bewaard wordt, maar je gaat het groepsgebeuren proberen te vrijwaren om de leef kwaliteit hoog te houden.</p>	<p>Eerst afname van onbegrepen gedrag Daarna toename</p> <p>Niet echt effect op de cliënten</p> <p>Cliënten vonden het wel prima</p> <p>Snel van de maatregelen af</p> <p>Welzijn moet voorop staan</p> <p>Schaad meer dan dat het baat</p> <p>Rust moet wel bewaard worden</p> <p>Leef kwaliteit moet hoog</p>	<p>Voorkomingen uit pandemie</p> <p>Weinig effect</p> <p>"lessons learned"</p>	<p>COVID maatregelen</p>

## Bijlage H: Realisatie dementievriendelijk bezoek

Vaak vinden familieleden die op bezoek komen het lastig om op een juiste manier om te gaan met dementie. Dit zorgt voor een overdaad aan prikkels en dit is dus vaak een niet dementievriendelijk bezoek. Alzheimer Nederland (z.d.) geeft de volgende zes tips om dementievriendelijk bezoek te creëren:

1. Zoek informatie over dementie: Op de site van Alzheimer Nederland zijn verschillende brochures met informatie over dementie en hoe hier het beste mee om te gaan.
2. Kijk wat nog wel lukt en kan: op de site van [dementie.nl](http://dementie.nl) staan leuke activiteiten om te doen voor mensen met dementie.
3. Wees bewust van je lichaamstaal: Vaak voelen bewoners met dementie veel meer aan dan gedacht wordt. Vooral in een later stadium van de ziekte, spelen aanraken en gevoel een belangrijkere rol dan woorden. Let dus goed op de lichaamstaal en de toon waarop gesproken wordt.
4. Maak contact: Sommige bewoners met dementie hebben moeite met volgen van een gesprek. Houd hier rekening mee door oogcontact te maken tijdens het gesprek. Ook is het belangrijk om één vraag per keer te stellen.
5. Ga mee in het gesprek: Dementie kan ervoor zorgen dat bewoners zich dingen verkeerd herinneren. Daardoor kan het soms lijken of iemand liegt of de bewoner kan het familielid beschuldigen van liegen. Benadruk daarom nooit dat het niet klopt wat diegene zegt. Ga mee in het gesprek en probeer het een duwtje in de juiste richting te geven.
6. Blijf geduldig: Zorg hierbij voor rust en creëer zoveel mogelijk duidelijkheid

## Bijlage I: Bijdrage projectleden

De bijdrage/rol van ieder projectlid in voorbereiding naar de presentatie en ieder zijn rol tijdens de presentatie wordt weergegeven in Tabel 15. Vervolgens zal de vakdocent (beoordelaar van het project) feedback geven op het gedrag de communicatie en de zelfstandigheid van de projectgroep.

In voorbereiding naar de presentatie is de projectgroep in twee groepen verdeeld voor het verrichten van onderzoek naar literatuur en praktijk. Zo ontstond er een literatuur- en een praktijkgroep. Gezien het korte tijdsbestek waarin het onderzoek plaats moest vinden, is onder andere voor deze groepsindeling gekozen. Uiteraard is de groep bij de uitwerking van het onderzoek terug bij elkaar gekomen.

Tabel 15. Bijdrage/rol van ieder projectlid in voorbereiding naar en tijdens de presentatie.

Naam project lid	Rol project lid	Rol in projectverslag en voorbereiding naar presentatie	Rol tijdens presentatie
<b>Sacha Hommel</b>	Projectvormer (Notulist)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelname aan plan van aanpak;</li> <li>- Opstellen en operationaliseren van interview vragen;</li> <li>- Deelname aan literatuurgroep; literatuur onderzoek en beschrijven van twee resultaten;</li> <li>- Beschrijving realisatie advies.</li> </ul>	Presenteren resultaten literatuuronderzoek en deel realisatie advies.
<b>Eva Pijpelink</b>	Projectsecretaris (Bedrijfsvrouw)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelname aan plan van aanpak;</li> <li>- Opstellen en operationaliseren van interview vragen;</li> <li>- Beschrijving discussie praktijkonderzoek;</li> <li>- Afname interviews;</li> <li>- Deelname aan praktijkonderzoek.</li> </ul>	Presenteren discussie en nawoord.
<b>Nadine Paauwe</b>	Projectvormer (Notulist)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelname aan plan van aanpak;</li> <li>- Opzetten document voor projectverslag;</li> <li>- Opstellen en operationaliseren van interview vragen;</li> <li>- Beschrijven inleiding.</li> <li>- Deelname aan literatuurgroep;</li> </ul>	Presenteren voorblad, inhoudsopgave, inleiding, doelstelling, vraagstelling en discussie.

		<p>literatuur onderzoek en beschrijven van één resultaat;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschrijving van sterke punten literatuuronderzoek discussie;</li> <li>- Beschrijving conclusie.</li> </ul>	
<b>Giovanni Boegborn</b>	Projectvormer (Notulist)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelname aan plan van aanpak;</li> <li>- Opstellen en operationaliseren van interview vragen;</li> <li>- Afname interviews</li> <li>- Bezoek aan afdelingen van ZorgSaam;</li> <li>- Beschrijving resultaten;</li> <li>- Beschrijving conclusie;</li> <li>- Deelname aan praktijkonderzoek</li> </ul>	Presenteren resultaten praktijkonderzoek, deelvraag vóór resultaten en conclusie.
<b>Megan Boudra</b>	Projectleidster (Voorzitter)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelname aan plan van aanpak;</li> <li>- Opstellen en operationaliseren van interview vragen;</li> <li>- Deelname aan praktijkonderzoek;</li> <li>- Beschrijving praktijkonderzoek;</li> <li>- Afname interviews</li> <li>- Bezoek aan afdelingen van ZorgSaam;</li> <li>- Beschrijving voorwoord;</li> <li>- Beschrijving advies/realisatie vanuit praktijk;</li> <li>- Communicator met externen.</li> </ul>	Presenteren deelvraag vóór praktijkonderzoek, methode praktijkonderzoek, deel realisatie advies.
<b>Yvette van Landschoot</b>	Projectadviseuse (Monitor)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelname aan plan van aanpak.</li> <li>- Beschrijven inleiding.</li> <li>- Opstellen en operationaliseren van interview vragen.</li> <li>- Deelname aan literatuurgroep;</li> </ul>	Presenteren deelvraag vóór literatuuronderzoek, methode literatuuronderzoek, presenteren deelvraag vóór advies en advies.

		literatuur onderzoek en beschrijven methode. - Beschrijving van zwakke punten literatuuronderzoek discussie. - Beschrijving advies. - Beschrijving voor- en nawoord.	
--	--	---	--

### Formulier evaluatiegroep te beoordelen door de vakdocent

Onderstaand in Tabel 16 het formulier evaluatiegroep welke overgenomen is uit beoordelingsformulier projectverslag CU40004 – Minor professional in de gezonde regio. Het formulier behoort ingevuld te worden door de vakdocent van de minor.

Tabel 16. Formulier evaluatiegroep.

Evaluatie groep			
Projectgroep toont geen of niet altijd professioneel gedrag tijdens het project, bijv. op het gebied planmatig werken, feedback geven en ontvangen en samenwerking met opdrachtgever en docent.	Projectgroep toont meestal professioneel gedrag tijdens het project, bijv. op het gebied planmatig werken, feedback geven en ontvangen en samenwerking met opdrachtgever en docent.	Projectgroep toont altijd professioneel gedrag tijdens het project, bijv. op het gebied planmatig werken, feedback geven en ontvangen en samenwerking met opdrachtgever en docent.	
<i>Toelichting docent</i>			
De communicatie was regelmatig moeilijk of onduidelijk.	De communicatie verliep over het algemeen vlot en correct.	De communicatie verliep zeer vlot en correct.	
<i>Toelichting docent</i>			
De projectgroep toont weinig initiatief, maakt geen eigen keuzes en/of heeft veel bijsturing nodig	De zelfstandigheid van de projectgroep is normaal.	De projectgroep toont initiatief en maakt eigen keuzes	
<i>Toelichting docent</i>			

Opmerking. Overgenomen uit *beoordelingsformulier projectverslag CU40004 – Minor professional in de gezonde regio*.