

Als de wereld om je heen te snel gaat

Inzicht en ondersteuning bij angst en onzekerheid na een CVA



Onderdeel van het kwalitatief onderzoek verpleegkundige ondersteuning aan patiënten met onbegrepen gedragingen (Been-Dahmen, 2020)

Naam student:

Studentennummer:

Naam opleiding:

Code afstudeerproduct:

Naam en titel eerste beoordelaar:

Naam en titel tweede beoordelaar:

Naam en titel begeleider:

Afstudeervariant:

Datum van inleveren:

Aantal woorden:

Opleiding tot Verpleegkundige

Hogeschool Rotterdam

OVK4ABPA01

Analyse Complexe Zorgsituatie

5595

Samenvatting

Aanleiding

Als gevolg van een doorgemaakt Cerebro Vasculair Accident (CVA) in het verleden ontvangt de cliënte in dit onderzoek zorg van een wijkteam. Tijdens de zorgverlening ervaart mevrouw gevoelens van angst en onzekerheid en heeft moeite om vertrouwen te hebben in het wijkteam. Het wijkteam geeft aan dwangmatig en claimend gedrag te ervaren. Vanuit het wijkteam bestaat de wens om de zorgrelatie met mevrouw te verbeteren zodat zij passende zorg kunnen verlenen.

Doel

Inzicht verkrijgen op welke wijze mevrouw tijdens de zorgverlening ondersteund kan worden bij haar angst en onzekerheid ten gevolge van een CVA, zodat mevrouw meer vertrouwen krijgt in het wijkteam en de juiste zorg geboden kan worden.

Methode

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd middels vijf semigestructureerde persoonlijke interviews met de cliënt en drie verpleegkundigen. Daarnaast heeft er een gezamenlijk interview plaatsgevonden met een GZ-psycholoog in opleiding en een specialist ouderengeneeskundige. Het onderzoek maakt deel uit van een groter kwalitatief onderzoek naar verpleegkundige ondersteuning aan patiënten met onbegrepen gedragingen.

Resultaten

Het is van belang om eerst een gedegen analyse te doen van de gevoelens van angst en onzekerheid gezien deze verschillende oorzaken kunnen hebben. Het wel of niet beschikken over kennis van een CVA, blijkt een belangrijke factor te zijn in het ervaren van de zorg aan mevrouw. Een team brede, zo nodig, multidisciplinaire benadering van de situatie is essentieel om passende zorg aan mevrouw te kunnen verlenen.

Conclusie

Om mevrouw te ondersteunen bij haar angst en onzekerheid is het creëren van begrip bij het wijkteam ten aanzien van mevrouw en haar gedrag noodzakelijk. Kennisvergroting, het systematisch aanpakken van de situatie, het inzetten van een screeningsinstrument en een hulpmiddel zoals het Stappenplan omgaan met Probleemgedrag zal het wijkteam beter in staat stellen om de juiste zorg aan mevrouw te bieden.

Trefwoorden

Cerebro Vasculair Accident

Ervaren gedrag

Angst na een CVA

Thuiszorg

Ondersteuning bieden

Summary

Background

As a result of a stroke in the past, the client in this study receives home care. During the care, Mrs. experiences feelings of fear and uncertainty and has difficulty in trusting the home care team. The home care team indicates to experience compulsive and claiming behavior. The home care team wishes to improve the care relationship with Mrs. so that they can provide appropriate care.

Objectives

Gaining insight into how Mrs. can be supported during care with her fear and uncertainty as a result of a stroke, so that Mrs. gains more confidence in the home care team and appropriate care can be offered.

Method

A qualitative research is conducted by means of five semi-structured personal interviews with the client and three nurses. Also, a joint interview was held with a healthcare psychologist in training and a specialist physician in elderly care. The study is part of a larger qualitative study into nursing support for patients with misunderstood behaviors.

Results

In the first place it is important to perform a thorough analysis of the feelings of fear and uncertainty, as these can have different causes. Having or not having knowledge of a stroke appears to be an important factor in the experience of care for Mrs. A team-wide, if necessary, multidisciplinary approach to the situation is essential to be able to provide Mrs. appropriate care.

Conclusion

To support Mrs. with her fear and uncertainty, it is necessary to create understanding in the home care team regarding Mrs. and her behavior. Increasing knowledge, a systematically approach to the situation, using a screening instrument and a supporting tool such as the Roadmap for dealing with Problem Behavior will improve the team's ability to provide proper care to Mrs.

Keywords

Stroke

Experienced behaviour

Anxiety after a stroke

Home care

Offer support

Inleiding

Aanleiding

In deze analyse complexe zorgsituatie wordt stilgestaan bij een cliënte die vanwege een doorgemaakt CVA wijkverpleging ontvangt. Tijdens de zorgverlening ervaart mevrouw Rosema (fictieve naam) gevoelens van angst en onzekerheid en heeft moeite om vertrouwen te hebben in het wijkteam. Echter geeft het wijkteam aan tijdens de zorgverlening dwangmatig en claimend te ervaren wat zich op verschillende manieren uit. In dit onderzoek wordt nagegaan welke behoeften mevrouw Rosema heeft tijdens de zorgverlening en hoe zij hier het beste in ondersteund kan worden. Vanuit het wijkteam bestaat de wens om de zorgrelatie met mevrouw te verbeteren.

Het onderzoek vindt plaats bij een thuiszorgorganisatie in de regio Voorne Putten. Het team bestaat uit 2 wijkverpleegkundigen, 6 verpleegkundigen en 11 verzorgenden. Met elkaar en in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren bieden zij ondersteuning aan gemiddeld 70 cliënten. Dit kan vanwege een (chronische) aandoening of operatie zijn, maar ook begeleiding bij dementie of palliatieve zorg. Een groot gedeelte van de cliënten zijn kwetsbare ouderen, waarbij de kwetsbaarheid zich op allerlei verschillende manieren uit.

Dit onderzoek is onderdeel van het postdoc onderzoek van Been-Dahmen naar verpleegkundige ondersteuning aan patiënten met onbegrepen gedragingen (2020). Het postdoc onderzoek heeft als doel om met een meervoudige casestudy inzicht te krijgen in welke patiënten verpleegkundigen als 'moeilijk' ervaren, de uitdagingen die zij ervaren bij het zorgen voor deze patiënten en op welke manier ondersteuning geboden kan worden.

Casusbeschrijving

Mevrouw Rosema is 89 jaar en heeft in 2013 een CVA in de rechterhersen helft gehad waardoor er halfzijdige verlamming links is opgetreden. Sinds de CVA heeft mevrouw een zittende leefstijl en brengt de gehele dag door in haar elektrische rolstoel die zij zelf bediend. Samen met haar echtgenoot, tevens mantelzorger, woont mevrouw in een kleine seniorenwoning. De zorgvraag van mevrouw Rosema is van dien aard dat ze zou moeten worden opgenomen in een verpleeghuis, echter is de familie er erg op gericht dat het echtpaar samen blijft. Een opname van mevrouw zou een zeer belastende breuk geven in de hechte relatie van het echtpaar. Zelf spreekt mevrouw Rosema ook uit dat ze samen met haar echtgenoot wil blijven. Het wijkteam komt dagelijks bij mevrouw op twee vaste zorgmomenten in de ochtend en avond. In samenspraak zijn eenduidige afspraken gemaakt over de zorgverlening, waarbij goede zorg verlenen aan mevrouw centraal heeft gestaan. Tijdens de zorgverlening ervaren medewerkers van het wijkteam dwangmatig en claimend gedrag, wat zich op verschillende manieren uit. Zo geven zij aan dat mevrouw erg gericht is op haar houding in bed of in de stoel, haar kleding, de brace om haar been en de toiletgang. Daarnaast geven zij aan dat mevrouw Rosema een voorkeur heeft voor een aantal medewerkers binnen het wijkteam, welke zij ook uitspreekt evenals haar afkeur voor anderen. Om deze reden is de afspraak binnen het wijkteam dat iedereen dezelfde benadering hanteert. Als gevolg van fysieke achteruitgang neemt de zorgvraag steeds meer toe. Zorgmomenten duren langer en moeten standaard door twee medewerkers uitgevoerd worden. De medewerkers die op regelmatige basis bij mevrouw komen hebben aangegeven de zorg te zwaar te vinden vanwege zowel de fysieke belasting als mevrouw haar dwangmatige en claimende gedrag. Het gedrag zorgt voor het gevoel 'het nooit goed genoeg te kunnen doen'. Na aanleiding hiervan is nogmaals een gesprek gevoerd met mevrouw Rosema en haar familie. De wijkverpleegkundige heeft aangegeven nog eenmaal te willen proberen de zorgsituatie zo in te richten dat deze te dragen is voor het wijkteam en

de wens om als echtpaar bij elkaar te blijven te respecteren. Het bed van mevrouw Rosema is verplaatst naar de woonkamer, met de insteek om de transfers zo kort mogelijk te maken. Gezien mevrouw haar overgewicht worden deze als erg belastend ervaren. De verzorging zal geheel op bed uitgevoerd worden waarna mevrouw op de poststoel en vervolgens in haar rolstoel geholpen wordt. Mevrouw stemt ermee in, omdat het alternatief is dat ze moet verhuizen. In de praktijk blijkt het puzzelen en uitproberen wat de beste manier is voor zowel mevrouw Rosema als het wijkteam. Alle veranderingen zorgen ervoor dat mevrouw haar angstgevoelens en onzekerheid toenemen. Daarnaast geeft het wijkteam aan dat het dwangmatige en claimende gedrag toe neemt toe, wat zijn weerslag heeft op de medewerkers.

Voor het in kaart brengen van de situatie rondom mevrouw Rosema is gekeken naar verschillende verpleegkundige methodieken. Bij de keuze is een afweging gemaakt met welke methode voldoende diepgang gecreëerd kon worden voor een analyse complexe zorgsituatie. Het Omaha System bestaat uit vier domeinen, welke zijn ontstaan uit wetenschappelijke analyses van verpleegkundige dossiers in de thuiszorg en openbare gezondheidszorg. Er is voor deze verpleegkundige methodiek gekozen omdat er op deze manier een holistisch beeld van mevrouw en haar directe omgeving weergegeven kon worden (Haaren et al., 2017). Deze keuze wordt ondersteunend doordat er met de NANDA-I beperkte mogelijkheden zijn voor het diagnosticeren van problemen op wijkniveau (Rosendal, 2017). De complete casusuitwerking is opgenomen in Bijlage 1. Uit de casusanalyse zijn verschillende verpleegproblemen naar voren gekomen. Vanwege de ervaren gevoelens van angst en onzekerheid door mevrouw Rosema en de wens van het wijkteam om mevrouw hierbij te ondersteunen is in dit onderzoek ingegaan op de aandachtsgebieden cognitie en geestelijke gezondheid van het Omaha System (Koster & Harmsen, 2016).

Probleemanalyse

Cerebro Vasculair Accident

In 2019 waren er naar schatting 354.200 mensen met een CVA en kregen 38.500 mensen voor het eerst een CVA, waarvan net iets meer mannen dan vrouwen. De zorguitgaven voor CVA werden in 2017 geschat op 1,5 miljard euro, wat neerkomt op 1,7% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg. In de top tien van aandoeningen die in 2018 de grootste ziektelast veroorzaakten, neemt CVA bij mannen de tweede plaats in en bij vrouwen de eerste plaats. Als gevolg van de vergrijzing zal de ziektelast in de toekomst alleen maar verder stijgen (Volksgezondheidszorg.info, 2021). Een CVA beïnvloedt het leven van patiënten op veel verschillende manieren, niet alleen fysiek, maar ook door een reeks emotionele, psychische, cognitieve en sociale gevolgen. Het aantal mensen dat overlijdt als gevolg van een CVA neemt af, echter moeten daardoor meer patiënten leven met meerdere handicaps en beperkingen (De Weerd, Rutgers, Groenier, & Van der Meer, 2011). Oudere CVA patiënten die, zelfs na revalidatie, thuis wonen zijn vaak afhankelijk van zorgverleners of mantelzorgers. Meestal zijn mantelzorgers ook op leeftijd of zijn andere familieleden druk met het eigen huishouden of verplichtingen. Mede hierdoor kunnen de fysieke beperkingen in combinatie met de afhankelijkheid van zorg en de cognitief emotionele gevolgen een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven van de patiënt (Buijck, Zuidema, Spruit-Van Eijk, Bor, Gerritsen, & Koopmans, 2014).

Angst na een CVA

Uit de systematische review van Rafsten, Danielsson en Sunnerhagen (2018) blijkt dat angst na een CVA in de acute fase, na maanden en zelfs na jaren veelvoorkomend symptoom is. Angst die patiënten ervaren kunnen betrekking hebben op herhaling van een CVA, het vermogen om de dagelijkse

activiteiten op te pakken als voor de CVA, maar ook angst om te vallen. Kootker et al. (2016) hebben een longitudinaal cohort onderzoek verricht waaraan 331 Nederlandse CVA patiënten aan mee hebben gedaan. Zij zijn tot twaalf maanden na de CVA gevolgd, om risicofactoren voor symptomen van depressie of angst in kaart te brengen. Risicofactoren blijken te zijn het vrouwelijk geslacht, een leeftijd jonger dan 65 jaar, de ernst van de CVA, arbeidsongeschiktheid en de behandeling van een depressie in het verleden. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat stemmingsstoornissen na een CVA, waaronder angst, sterk worden bepaald door een ineffectieve cognitieve en emotionele aanpassing aan de gevolgen van een CVA en dus mogelijk een belangrijke psychologische oorsprong hebben. De herziene systematische review over de aanwezigheid van angst na een CVA (Knapp et al., 2020) laat zien dat over de frequentie van angst langer dan twaalf en vierentwintig maanden na een CVA weinig bewijs bestaat. Echter wordt bevestigd dat angst ook na de eerste maanden na een CVA aanhoudt en verder gaat dan de omschrijving als een eerste reactie op het krijgen van een CVA. Angst heeft niet alleen gevolgen voor de kwaliteit van leven van de patiënt, maar ook voor de mantelzorgers.

Dwangmatig en claimend gedrag na een CVA

Na een CVA komt dwangmatig en claimend gedrag geregeld voor wat veroorzaakt wordt door cognitieve problemen zoals mentale traagheid en verlies van overzicht. Als gevolg van executieve stoornissen hebben patiënten zich minder goed in de hand en kunnen angstige en dwingende gedachten of handelingen ongeremd en buitenproportioneel worden. CVA patiënten kunnen onredelijke eisen stellen aan de omgeving op basis van angst veroorzaakt door het verlies van overzicht of dwang wat voortkomt uit gebrek aan flexibiliteit (Boelen, 2017). De fysieke tekortkomingen die gepaard gaan met een CVA worden algemeen erkend. Daarentegen worden de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen minder goed herkend. Het gevolg hiervan is dat de behandeling vaak uitgesteld wordt of nooit verstrekt, ondanks de aanzienlijke prevalentie van psychische disfunctie na een CVA (Perna & Harik, 2020).

Ondersteuning na een CVA

Crichton, Bray, McKeivitt, Rudd, en Wolfe (2016) hebben 2625 patiënten met een doorgemaakt CVA gevolgd tot aan overlijden. Door verbeteringen in de acute zorg vindt een verschuiving plaats van CVA als belangrijke doodsoorzaak naar een lange termijn chronische aandoening met meerdere gevolgen voor individuen, gezondheidsstelsels en de samenleving. De huidige kennis van de lange termijn gevolgen van een CVA wordt beperkt door de korte follow-up van de meeste eerdere onderzoeken. Eén op de vijf mensen met een doorgemaakt CVA leeft tenminste 15 jaar en slechte functionele, cognitieve en psychologische gevolgen beïnvloeden een aanzienlijk deel van deze langdurig overlevenden. Uit het artikel van Bonné-Cremers, Nieling, en Gidding (2017) blijkt dat aandacht voor de lange termijngevolgen na een CVA geen onderdeel uitmaken van het huidige protocollaire cardiovasculair risicomanagement in de eerste lijn, waardoor patiënten het risico lopen buiten beeld van de huisarts te raken. Beunder, Dekker, Brassier, en Depla (2015) interviewden 20 Nederlandse CVA patiënten over de behoefte aan nazorg. Hieruit is naar voren gekomen dat onderzoek naar de benodigde zorg voor chronische CVA patiënten schaars is. Om deze reden is nazorg nu vaak ingericht aan de hand van 'vermoedelijk' benodigde zorg vanuit het perspectief van zorgverleners. Deze nazorg richt zich over het algemeen op functioneel herstel of het regelen van de nodige zorg voor functionele problemen. In de praktijk lijkt dit niet aan te sluiten bij de behoeften van CVA patiënten. Daarbij kunnen volgens Ferro en Santos (2019) emotionele stoornissen als gevolg van een CVA een negatieve invloed hebben op de zorg voor deze patiënten en leiden tot uitputting bij zorgverleners.

Emotionele stoornissen moeten niet worden beschouwd als een 'natuurlijke' gevolg van een CVA en bewustwording voor het opsporen van deze stoornissen zou gepromoot moeten worden onder zorgverleners die te maken hebben met patiënten met een doorgemaakt CVA.

Probleemstelling

Als gevolg van de CVA ervaart mevrouw tijdens de zorgverlening gevoelens van angst en onzekerheid terwijl het wijkteam mevrouw haar gedrag als dwangmatig en claimend ervaart. Inzicht in het perspectief van mevrouw Rosema en de ondersteuning die het wijkteam kan bieden is nodig om in deze situatie passende zorg aan mevrouw te kunnen bieden.

Doel- en vraagstelling

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen op welke wijze mevrouw tijdens de zorgverlening ondersteunt kan worden bij haar angst en onzekerheid ten gevolge van een CVA, zodat mevrouw meer vertrouwen krijgt in het wijkteam en passende zorg geboden kan worden.

Vraagstelling

Hoofdvraag

Hoe kan mevrouw Rosema tijdens de zorgmomenten ondersteund worden bij haar angst en onzekerheid, zodat mevrouw meer vertrouwen krijgt en passende zorg geboden kan worden?

Deelvraag 1

Hoe ervaart mevrouw Rosema de zorgverlening van het wijkteam en wat zijn haar behoeften?

Deelvraag 2

Hoe ervaren de verzorgenden en verpleegkundigen van het wijkteam de zorgverlening aan mevrouw en haar gedrag hierbij?

Deelvraag 3

Hoe kunnen de verzorgenden en verpleegkundigen van het wijkteam mevrouw Rosema tijdens de zorgverlening ondersteunen bij haar angst en onzekerheid?

Methode

Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is onderzocht hoe mevrouw Rosema door het wijkteam ondersteunt kan worden bij haar angst en onzekerheid tijdens de zorgverlening. Gezien de situatie van mevrouw niet alleen te willen bestuderen, maar ook te veranderen sloot een kwalitatieve onderzoeksmethode hier goed bij aan (Boeije, & Bleijenbergh, 2019). Door het afnemen van interviews is getracht om inzicht te verkrijgen in de overwegingen, argumenten, ervaringen en motieven van de betrokkenen (Mortelmans, 2013). Het onderzoek maakt deel uit van een groter kwalitatief onderzoek naar verpleegkundige ondersteuning aan patiënten met onbegrepen gedragingen (Been-Dahmen, 2020).

Participanten

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is informatie verzameld vanuit verschillende perspectieven. Mevrouw is geïnterviewd om inzicht te krijgen in de manier waarop zij de zorg beleefde en waar haar behoeften lagen. Voor de interviews met de verpleegkundigen van het wijkteam zijn de medewerkers benaderd die mevrouw Rosema het langste kennen in combinatie met de frequentie waarin zij zorg verleenden. Door middel van deze criteria zijn drie verpleegkundigen van het wijkteam geselecteerd. Onder deze verpleegkundigen bevond zich de wijkverpleegkundige en de zorg coördinator van mevrouw Rosema. Om daadwerkelijk een positieve bijdrage te leveren aan de verbetering van de geboden zorg aan mevrouw Rosema is een interview afgenomen met professionals buiten de verpleegkundige expertise, namelijk een specialist ouderengeneeskundige en een GZ-psycholoog in opleiding welke gespecialiseerd zijn in revalidatie van mensen met onder andere een CVA.

Dataverzameling

Voor dit onderzoek zijn ervaringen, meningen, verwachtingen en de beleving van de participanten achterhaald door het afnemen van diepte interviews. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews waarbij de hoofdlijnen vastlagen, maar voldoende ruimte overbleef om door te vragen (Baarda et al., 2018). Een standaardtopiclijst met interviewvragen is verkregen vanuit het onderzoek van Been-Dahmen (2020) welke door iedere deelnemende onderzoeker is gebruikt. De topiclijst en interviewvragen zijn voor dit onderzoek aangepast naar de situatie van mevrouw Rosema, tevens opgenomen in Bijlage 2. De onderwerpen op de topiclijst hangen samen met de deelvragen behorend bij dit onderzoek, zie Tabel 1 en Tabel 2.

Tabel 1: Topics en bijbehorende gespreksonderwerpen mevrouw Rosema

	Topics en bijbehorende gespreksonderwerpen	Deelvraag
1.	Tevredenheid over de ontvangen zorg <i>Positieve en negatieve ervaringen</i>	Deelvraag 1 & 3
2.	Communicatie met verpleegkundigen <i>Problemen bij de communicatie</i> <i>Vershil medewerkers</i> <i>Fijne ervaringen, minder prettige ervaringen</i>	Deelvraag 1 & 3
3.	Regievoering <i>In hoeverre sluit de zorg aan op de persoonlijke wensen en behoeften</i> <i>Ruimte om wensen en behoeften kenbaar te maken</i>	Deelvraag 1 & 3
4.	Geboden ondersteuning <i>Tevredenheid over geboden zorg</i> <i>Vaardigheden verzorgenden en verpleegkundigen</i>	Deelvraag 1 & 3

Tabel 2: Topics en bijbehorende gespreksonderwerpen verpleegkundigen/professionals

	Topics en bijbehorende gespreksonderwerpen	Deelvraag
1.	Onbegrepen gedrag inzichtelijk maken <i>Concrete voorbeelden</i> <i>Houding en attitude</i>	Deelvraag 2
2.	Communicatie met patiënt <i>Uitdagingen en problemen</i> <i>Specifieke situaties</i>	Deelvraag 2 & 3
3.	Regievoering en zelfmanagementondersteuning <i>Behoeftte aan verpleegkundige ondersteuning</i> <i>Aansluiten op behoefte aan verpleegkundige ondersteuning</i>	Deelvraag 2 & 3
4.	Geboden ondersteuning <i>Tevredenheid over geboden ondersteuning</i> <i>Belangrijkste vaardigheden</i> <i>Aanpak binnen team</i>	Deelvraag 2 & 3

Data-analyse

Bij het analyseren zijn de verzamelde gegevens systematisch geïnterpreteerd in het licht van de onderzoeksvraag. Voor het analyseproces zijn een aantal stappen doorlopen. Als eerste zijn de afgenomen interviews getranscribeerd en is er een globaal overzicht van de verzamelde gegevens verkregen. Vervolgens is er gestart met de gedetailleerde analyse door te coderen. Hierbij is de tekst verdeeld in fragmenten en aangeduid met termen die dicht aansluiten bij de beleving van de participanten. Voor de uitdieping van de gedetailleerde analyse is er afstand gedaan van deze belevingswereld en is er op zoek gegaan naar nieuwe betekenissen en verbanden. Met als doel om de belangrijkste thema's van het onderzoek inzichtelijk te krijgen. Afsluitend is er in het analyseproces gestreefd naar een interpretatie van de analyse als geheel. De resultaten van het onderzoek zijn afgezet tegen de probleemstelling, de onderzoeksvraag en de literatuur (Plochg et al., 2007).

Kwaliteitsaspecten

Voor het vergroten van de kwaliteit van het onderzoek zijn voorafgaand twee pilot interviews afgenomen bij medestudenten, tevens onderzoekers, om te kijken of met de topiclijst en interviewvragen de verwachte gegevens verzameld zouden worden. Na aanleiding hiervan hebben enkele aanpassingen plaatsgevonden in de interviewvragen waarna nogmaals een pilot interview met een mede student, tevens onderzoeker, heeft plaatsgevonden. De gegevens die verkregen zijn vanuit de interviews met de verpleegkundigen en mevrouw Rosema zijn voorgelegd in een interview aan twee experts om de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te waarborgen. In het begin van de analyse zijn drie transcripten door een medestudent, tevens onderzoeker, gecodeerd om eventuele blinde vlekken of andere vormen van vertekening inzichtelijk te krijgen (Evers, 2015).

Ethische aspecten

Voorafgaand aan het onderzoek zijn alle participanten geïnformeerd over het doel en de inhoud van het onderzoek. Deze toelichting heeft mondeling plaatsgevonden. Aansluitend hebben de participanten schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan dit onderzoek middels het ondertekenen van het informed consent toestemmingsformulier. De verzamelde gegevens voor dit onderzoek zijn anoniem vastgelegd en verwerkt. De gegevens worden tot 15 jaar nadat het onderzoeksproject van Been-Dahmen is afgerond bewaard, waarna ze vernietigd zullen worden.

Vanuit het postdoc onderzoek van Been-Dahmen is een METC-aanvraag gedaan bij het Erasmus MC, waar na een zorgvuldigheidstoets een verklaring voor geen bezwaar afgegeven is.

Resultaten

Participanten

Aan dit onderzoek hebben uiteindelijk 6 respondenten meegedaan. Alle participanten waren vrouwen tussen de leeftijd 22 jaar tot 50 jaar. Uitzondering was mevrouw Rosema wie in dit onderzoek centraal staat, zij is 89 jaar. Het opleidingsniveau van de participanten varieerde tussen middelbaar beroepsonderwijs en universitaire master. Alle respondenten waren werkzaam binnen dezelfde organisatie, zowel intramuraal als extramuraal. De werkervaring lag tussen de 3 jaar tot 22 jaar.

Angst, dwangmatigheid en claimend gedrag na een CVA

De verpleegkundigen die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd hebben allen aangegeven het dwangmatige en claimende gedrag van mevrouw Rosema als lastig te ervaren. De situatie die door alle verpleegkundigen is genoemd heeft betrekking op een zorgmoment waarbij mevrouw constant na het één weer iets anders blijft vragen. Dit moet op haar manier gebeuren en anders is het niet goed. Als het vanaf het begin niet goed is, wordt het ook niet meer goed. Behalve wanneer er volledig opnieuw wordt begonnen.

“De collega’s noemen het ook echt van, ja, je bent gewoon helemaal leeg gezogen als je daar vandaan komt.” (VP3)

Andere omschrijvingen die zijn genoemd voor het gedrag van mevrouw Rosema zijn aandacht trekken op een negatieve manier en zeuren. Uit het interview met de professionals die werkzaam zijn met patiënten zoals mevrouw Rosema is naar voren gekomen dat onder claimend gedrag kleinere brokjes zitten waarvan angst er één is. Als alles te snel gaat is een natuurlijke reactie van mevrouw Rosema om de situatie te willen vertragen door ‘op de rem’ te trappen en zo veel mogelijk in eigen beheer houden.

“Je moet nagaan als jij een film kijkt, dan wil je ook gewoon lekker relaxed op de bank kunnen zitten om die film te kijken. Maar als er iemand naast je zit en die spoelt die film vooruit en je moet zorgen dat je film kan kijken, dan zit je niet meer zo relaxed. Het gaat veel te snel.” (PRO7)

Ervaring situatie door mevrouw Rosema en verpleegkundigen

Eén van de verpleegkundigen heeft aangegeven dat niet iedereen binnen het wijkteam het opgestelde plan volgt. Het plan is opgesteld om de zorg in de nieuwe situatie zo efficiënt mogelijk te verlenen voor zowel mevrouw als het wijkteam. Bij mevrouw heeft dit gezorgd voor het ontbreken van houvast wat zich uit in frustratie. Wanneer iedereen de zorg op dezelfde manier uit zou voeren weet mevrouw waar ze aan toe is en hoeft ze niet te vragen of de medewerkers bepaalde handelingen nog gaan doen. Daarnaast heeft mevrouw hierover aangegeven dat ze rustig gaat slapen als ze weet welke medewerkers van het wijkteam in de ochtend komen. Voor mevrouw Rosema is het belangrijk dat de medewerkers van het wijkteam weten hoe de zorg uitgevoerd moet worden en dit ook uitstralen. Wanneer dit vertrouwen ontbreekt ervaart mevrouw angst en onzekerheid.

“Ja, dat ze me helpen, dat ze weten wat ze aan het doen zijn. ... Heeft werkelijk invloed op wat ik voel. Maar een beetje te vlug, erg vlug. En zo van, dat kan je wel, dat kan je wel, dan dan vind ik eng.” (P1)

Als de zorg langzaam en rustig wordt uitgevoerd heeft mevrouw dit omschreven als fijn contact en prettige zorg. Volgens de professionals die werkzaam zijn met patiënten zoals mevrouw Rosema komt dwangmatig en claimend gedrag ook voort uit angst om de controle te verliezen. In de nieuwe situatie is minder grip waardoor de behoefte om controle te krijgen is gestegen, waardoor mevrouw meer is gaan vragen wat een averechtse werking heeft.

“Ze merkt misschien zelf dat hoe er gesproken wordt, dat ze niet zo gezellig is. Als ze angstig is, stijgt die angst.” (PRO6)

Omgang en communicatie

Binnen het wijkteam wordt de omgang met mevrouw verschillend ervaren. Een verpleegkundige heeft aangegeven dat veel medewerkers het heel zwaar vinden, maar dat er daarentegen ook zijn die er geen problemen mee hebben. De oorzaak van dit verschil zit volgens haar in de manier waarop mevrouw benaderd wordt. Sommige medewerkers gaan op mevrouw haar gedrag in en proberen het allemaal goed te doen. Het gevolg hiervan is dat er een negatieve cirkel ontstaat in het contact die voor beiden moeilijk te doorbreken is.

“Als je heel erg mee gaat in haar negatieve gedachtegang zit je er allebei in vast. Dan kan je daar nog een uur staan om alles goed te leggen maar dan ligt het toch niet meer goed.” (VP4)

Alle geïnterviewde verpleegkundigen gaven aan dat medewerkers van het wijkteam die gewend zijn om zorg te verlenen aan cliënten met dezelfde zorgwaarde als mevrouw Rosema, bekend zijn met cliënten met niet-aangeboren hersenletsel of vergelijkbare problematiek minder problemen ervaren in de omgang met mevrouw. Zij zijn heel erg bezig met een positieve benadering vanaf het begin. In plaats van mee te gaan in het gedrag proberen ze te voorkomen dat mevrouw in een negatieve sfeer terecht komt door haar op andere gedachten te brengen en de focus af te halen van dingen die niet goed gaan. Op de vraag hoe mevrouw Rosema de omgang en communicatie met het wijkteam ervaart heeft ze aangegeven het moeilijk te vinden wanneer er tijdens de zorg geen rekening wordt gehouden met haar wensen. Voor mevrouw blijkt dit te staan voor het tempo en de aandacht waarmee de zorg uitgevoerd wordt.

*“De ene werkt wat preciezer dan de andere. Gaat gauwer weg en...
...Waarom nou niet? Waarom doen ze dat dan niet? Oh ja, laat maar gaan, laat maar gaan joh.”(P1)*

Ondersteuning aan mevrouw Rosema

De professionals die werkzaam zijn met patiënten zoals mevrouw Rosema hebben verschillende ideeën genoemd om mevrouw te ondersteunen bij haar gevoelens van angst en onzekerheid en het dwangmatige en claimende gedrag wat door het wijkteam wordt ervaren. Zo is het van belang om helder te krijgen wat precies het probleem is en wat er allemaal mee speelt om te weten eventuele succesvolle interventies kunnen zijn. Een advies wat tijdens het interview is aangedragen, is het inzetten van de NeuroPsychiatric Inventory (NPI).

*“Dan kan je ook kijken past dit nou bij stemming? Past dit nou bij agitatie? Past dit nou bij...
verzin het maar. Het zijn twaalf items, dan heb je ook weer iets meer dan claimend gedrag.”
(PRO6)*

Een tweede advies is het toepassen van de Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met Dementie. De belangrijkste vaardigheden die tijdens de interviews zijn genoemd om mevrouw Rosema te kunnen ondersteunen zijn geduld, inlevingsvermogen, betrokkenheid en kennis van niet-aangeboren hersenletsel. Echter hebben de verpleegkundigen aangegeven dat niet alle medewerkers van het wijkteam over deze vaardigheden en kennis beschikken. Voor mevrouw is het belangrijk als er naar haar geluisterd wordt en ze bij de zorg betrokken wordt. Op deze manier voelt mevrouw zich gerespecteerd en een volwaardig mens.

“Sommige collega’s zijn niet begripvol. Ze heeft gewoon hersenletsel want ze heeft een hele flinke CVA gehad. Daar moet je echt mee om weten te gaan en niet iedereen kan dat hier.”
(VP5)

Het belang om de situatie gezamenlijk als team aan te pakken, op één lijn te komen en mevrouw een vaste structuur te bieden is onderstreept door zowel de professionals als de verpleegkundigen. Het verschil in opleidingsniveau is als belangrijkste oorzaak genoemd waarom dit momenteel niet lukt binnen het wijkteam. Daarnaast is ook het kennis tekort over niet-aangeboren hersenletsel en het hier door de medewerkers niet actief mee aan de slag gaan genoemd.

“Ik denk dat het wel een stukje moeilijkere communicatieve vaardigheden zijn dan je in je opleiding krijgt. Dus ik denk dat het voor ja, onder andere dan de verzorgende echt wel ligt bij een stukje scholing en communicatieve training.” (VP3)

Resultaten uit de literatuur

Naast het praktijkonderzoek is wetenschappelijke literatuur geraadpleegd voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Hierbij is verder onderzoek gedaan naar de manier waarop het wijkteam mevrouw kan ondersteunen bij haar angst en onzekerheid.

Uit de kwalitatieve systematische review van Pindus et al. (2018) blijkt dat patiënten zorgverleners waarderen die beschikken over sympathie, empathie en begrip evenals zorgverleners die alles lijken te doen wat ze kunnen en gemakkelijk benaderbaar zijn. Daarnaast is het belangrijk om vertrouwen te hebben in zorgverleners en onderdeel te zijn van de zorg. Hoewel angst en gebrek aan zelfvertrouwen vaak voorkomt en patiënten emotionele steun als belangrijk achten, blijkt dit te ontbreken. Veel patiënten ervaren negatieve gevolgen van het gebrek aan continuïteit van zorg voor problemen op lange termijn. Brunborg en Ytrehus (2013) interviewden 9 patiënten over factoren die positief hebben bijgedragen aan hun welzijn 10 jaar na de CVA. Patiënten hebben behoefte aan advies en begeleiding dat helpt bij het verbeteren van het zelfvertrouwen en het vertrouwen in het eigen vermogen. Echter is dit soort hulp min of meer niet zichtbaar voor patiënten. Uit de systematische review van Rafsten, Danielsson, en Sunnerhagen (2018) over de aanwezigheid van angst na een CVA blijkt dat tegenwoordig aanzienlijk minder aandacht voor angst is in vergelijking met andere psychologische problemen na een CVA. Daarbij is er ontevredenheid over de psychologische zorg. Zorgverleners zouden zich meer bewust moeten zijn van angst na een CVA en routinematige screening overwegen om passende interventies in te zetten. Volgens Buijck et al. (2014) mag aangenomen worden dat psychologische aspecten na een CVA, waaronder angst, zijn ondergediagnosticeerd. Terwijl deze symptomen belangrijke determinanten zijn voor de kwaliteit van leven van geriatrische patiënten. Om deze reden is het zeer belangrijk dat deze symptomen worden geobserveerd, in het bijzonder in een vroeg stadium. Zorgverleners kunnen hiervoor een screeningsinstrument inzetten zoals de NeuroPsychiatric Inventory (NPI). Uit het review artikel van Cummings (2020) blijkt dat de

NeuroPsychiatric Inventory (NPI) een betrouwbaar hulpmiddel is voor het beschrijven van gedragsstoornissen door neurodegeneratieve aandoeningen. De NPI heeft meegeholpen om de reacties van zorgverleners op gedragsveranderingen te begrijpen en voorziet nu in een veel gebruikte vocabulaire voor het beschrijven van gedragsveranderingen. De Verenso richtlijn 'Probleemgedrag bij dementie' beschrijft dat een zorgvuldige multidisciplinaire probleemanalyse van belang is voor het afstemmen van interventies (Zuidema et al., 2018). Het uit de richtlijn afgeleide Stappenplan van Vilans 'Omgaan met Probleemgedrag' maakt het mogelijk om systematisch haalbare doelen en interventies op te stellen die aansluiten bij de behoefte van de patiënt. Daarnaast kan het teams ondersteuning bieden bij het vaststellen en vergroten van de deskundigheid en het creëren van bewustwording en openheid (Vilans & V&VN, 2012).

Discussie

Hoofdbevindingen

Uit het praktijkonderzoek is naar voren gekomen dat mevrouw Rosema als gevolg van een CVA in de rechterhersen helft een vertraagd tempo van informatie verwerking heeft en de aansturing van de 'rem' op emoties en gedrag verminderd is. Daarnaast ervaart mevrouw tijdens de zorgverlening angst en onzekerheid. Uit de systematic review van Perna en Harik (2020) blijkt dat angst na een CVA vaak voorkomt, zowel in de acute fase als jaren erna. Vanwege het ontbreken van een analyse van mevrouw haar gevoelens van angst is het niet duidelijk of deze bij mevrouw direct te relateren is als een gevolg van de CVA. De angst van mevrouw Rosema kan ook veroorzaakt worden door persoonlijke kenmerken, een psychologische oorsprong hebben of een combinatie hiervan zo blijkt uit het praktijkonderzoek en literatuur (Brunborg & Ytrehus, 2013; Kootker et al., 2016).

De behoeften van mevrouw Rosema tijdens de zorgverlening sluiten aan bij de behoeften zoals die door andere patiënten in de literatuur worden beschreven. Zo blijkt uit de kwalitatieve systematic review van Pindus et al. (2018) over de ervaringen en behoeften van CVA patiënten met betrekking tot eerstelijns en thuiszorg, namelijk het behoud van de eigen regie, begrip, geduld, tijd en aandacht. Alle geïnterviewde verpleegkundigen benoemden dit ook als benodigde vaardigheden om goede zorg aan mevrouw te kunnen verlenen. Dit staat echter in contrast met hoe de situatie rondom de zorg aan mevrouw momenteel is.

Het dwangmatige en claimende gedrag van mevrouw wordt teambreed herkend. Echter is een belangrijke bevinding uit het praktijkonderzoek dat betreft het ervaren van de zorg aan mevrouw een duidelijk verschil is op te merken tussen medewerkers die kennis hebben van niet-aangeboren hersenletsel of vergelijkbare problematiek. De medewerkers die hier niet over beschikken ervaren de zorg als uitputtend en hebben onbegrip ten aanzien van mevrouw en haar gedrag hebben. Deze resultaten hangen samen met de resultaten van Loft et al. (2017) welke een maand lang verpleegkundigen en verzorgenden hebben geobserveerd op een CVA revalidatieafdeling. Zorgverleners die met deze doelgroep werken dienen over gespecialiseerde kwalificaties te beschikken. Ondersteunend aan deze informatie is dat volgens Perna en Harik (2020) cognitieve en emotionele gevolgen van een CVA vaak volledig onopgemerkt blijven.

Een duidelijke overeenkomst met de praktijk en de literatuur is te zien bij de ondersteuning aan mevrouw. Voor het inzetten van effectieve interventies bij angst zoals mevrouw dit ervaart en het dwangmatige en claimende gedrag wat het wijkteam heeft beschreven, is het essentieel om te onderzoeken wat er speelt en wat het probleem precies is. Daarnaast is continuïteit een fundamentele voorwaarde om een goede zorgrelatie op te bouwen en de zorg in te richten op een manier die het beste is voor de patiënt (Loft et al., 2017). De ondersteuningsbehoefte van mevrouw gaat samen met de visie op persoonsgerichte zorg die wordt gehanteerd in de Verenso richtlijn Probleemgedrag bij dementie, namelijk zorg gericht op de kwaliteit van leven, op het bevorderen van het welbevinden en optimaal functioneren in het dagelijks leven (Zuidema et al., 2018).

Aanbevelingen

Om mevrouw tijdens de zorgverlening te ondersteunen bij haar angst en onzekerheid is het van belang dat allereerst een gedegen analyse wordt gemaakt van deze gevoelens. Een aanbeveling is om de NeuroPsychiatric Inventory in te zetten welke is te gebruiken door verpleegkundigen en verzorgenden. Kennis over niet-aangeboren hersenletsel, in het bijzonder een CVA, is een essentiële voorwaarde om de juiste zorg aan mevrouw te verlenen. Het is aan te bevelen om voortdurende educatie te geven over de neurologische en psychosociale gevolgen van een CVA aan de verzorgenden en verpleegkundigen van het wijkteam. Voor het inrichten van de zorg op een manier die het beste bij mevrouw past wordt de richtlijn Probleemgedrag bij dementie en het uit de richtlijn afgeleide Stappenplan van Vilans 'Omgaan met Probleemgedrag' aanbevolen (Vilans & V&VN, 2012; Zuidema et al., 2018). Dit biedt een handreiking om op een methodische manier met de situatie aan de slag te gaan in het (multidisciplinaire) wijkteam en interventies te bedenken waardoor mevrouw haar angst afneemt en meer vertrouwen in het wijkteam kan ervaren.

Reflectie op de onderzoeksmethoden

Wat als sterk punt van dit onderzoek opgemerkt kan worden is dat de onderzoeker langere tijd in de onderzoekssituatie heeft doorgebracht en steeds meer als collega werd gezien. Het gevolg hiervan was dat de participanten minder terughoudend waren en eerlijker en open informatie verzameld kon worden, wat een positieve bijdrage heeft geleverd aan de geldigheid van de resultaten (Baarda et al., 2018). Daarentegen kan als zwak punt van dit onderzoek opgemerkt worden dat mevrouw Rosema als gevolg van de CVA moeite had om de juiste woorden te vinden. Gezien de onderzoeker naast deze rol ook een zorgrelatie had met mevrouw heeft er mogelijk onbewust interview-bias plaatsgevonden (Fischer & Julsing, 2019). Daarbij gaf mevrouw niet altijd antwoorden die passend waren op de vraag en werd de interpretatie van de gegevens voornamelijk gebaseerd op de kennis over mevrouw die is opgedaan gedurende de onderzoeksperiode. Aansluitend mag het ontbreken van informatie van mevrouw haar echtgenoot als beperking benoemd worden. Als gevolg van meneer zijn huidige geestelijke gesteldheid, bleek onvoldoende begrip van de interviewvragen waardoor geen relevante informatie verzameld kon worden.

Om de complexe situatie van mevrouw Rosema niet alleen te willen bestuderen maar, ook veranderen is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode (Boeije, & Bleijenbergh, 2019). Een sterk punt is dat niet alleen interviews met de direct betrokkenen hebben plaatsgevonden, maar ook een expertinterview. Mede hierdoor heeft dit onderzoek een concrete bijdrage opgeleverd voor het veranderen van de situatie voor mevrouw. Een ander sterk punt is de objectiviteit van het gebruikte meetinstrument gezien deze is opgesteld door Been-Dahmen, senior onderzoeker bij het Kenniscentrum Zorginnovatie. De standpunten en opvattingen van de onderzoeker hebben hierdoor geen onderdeel uitgemaakt van de meting en stelt anderen in staat het onderzoek op dezelfde manier over te doen.

Afsluitend is een sterk punt dat de doelgroep in de gebruikte literatuur dicht bij de situatie en setting ligt waarin mevrouw zich tijdens het onderzoek in bevond, namelijk chronische CVA patiënten. Hierdoor zijn de verkregen resultaten uit de literatuur bij benadering een realistische afspiegeling voor de behoeften van deze doelgroep. Enige kanttekening hierbij is dat vanwege het beperkt aantal artikelen over de chronische fase na een CVA, tevens enkele artikelen zijn gebruikt waarin het de doelgroep acute patiënten CVA betrof.

Conclusie

Om inzicht te krijgen in de manier waarop mevrouw Rosema tijdens de zorgverlening ondersteund kan worden bij haar angst en onzekerheid ten gevolge van een CVA is ten eerste meer begrip nodig bij het wijkteam ten aanzien van mevrouw en haar gedrag. Hiervoor is kennisvergroting over niet-aangeboren hersenletsel, in het bijzonder een CVA, noodzakelijk. Dit kan gerealiseerd worden door de werkgroep deskundigheidsbevordering van het wijkteam een klinische les te laten organiseren en deze op een vast moment te herhalen. Een bijkomend effect is dat mevrouw zich zekerder voelt bij medewerkers van het wijkteam die kennis hebben van de situatie en op de hoogte zijn van haar behoeften. Wanneer begrip is gecreëerd is het van belang dat het wijkteam een systematische aanpak hanteert om interventies in te zetten die aansluiten bij de behoeften van mevrouw Rosema. Een gedegen analyse van de achterliggende oorzaken van deze gevoelens alsmede de factoren die hierop van invloed zijn, zoals bejegening door het wijkteam, is een essentieel onderdeel van deze systematische aanpak. Het inzetten van het screeningsinstrument de NeuroPsychiatric Inventory en het Stappenplan Omgaan met Probleemgedrag kan het wijkteam sturing bieden bij dit proces. Daarbij bewerkstelligt de inzet zelfbewustwording en zo nodig een multidisciplinaire aanpak van de situatie. De systematische aanpak van de situatie zal de ervaren 'last' van het wijkteam verminderen en beter in staat stellen om de juiste zorg aan mevrouw Rosema te bieden, waardoor haar vertrouwen in het wijkteam zal toenemen en de angst en onzekerheid afneemt.

Literatuurlijst

- Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., Velden, T., & van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e druk). Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers.
- Been-Dahmen, J. (2020, 7 december). *Zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen aan patiënten met onbegrepen gedragingen: Project*. Geraadpleegd op 10 mei 2021, van <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/zelfmanagement-en-participatie/Zelfmanagementondersteuning-door-verpleegkundigen-aan-patienten-met-onbegrepen-gedragingen/project/>
- Beunder, C., Dekker, J. H. M., Brassier, J. A., & Depla, M. F. I. A. (2015). Thuis na een CVA: 'Dan begint het pas'. Een kwalitatief onderzoek naar de behoefte aan nazorg van CVA-patiënten na terugkeer naar huis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *46*(4), 196–203. <https://doi.org/10.1007/s12439-015-0139-z>
- Boelen, D. (2017). *Gedragsveranderingen. Tips en informatie over gedragsveranderingen bij een hersenaandoening*. Zutphen: Drukkerij Tesink.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. L. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. (3e druk). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Bonné-Cremers, M., Nieling, R., & Gidding, L. (2017). Gestructureerde nazorg bij CVA. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, *12*(6), 28–31. <https://doi.org/10.1007/s12503-017-0087-x>
- Brunborg, B., & Ytrehus, S. (2013). Sense of well-being 10 years after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(7–8), 1055–1063. <https://doi.org/10.1111/jocn.12324>
- Buijck, B. I., Zuidema, S. U., Spruit-van Eijk, M., Bor, H., Gerritsen, D. L., & Koopmans, R. T. (2014). Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation. *Aging & Mental Health*, *18*(8), 980–985. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.899969>
- Crichton, S. L., Bray, B. D., McKeivitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. A. (2016). Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *87*(10), 1091–1098. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-313361>
- Cummings, J. (2020). The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *33*(2), 73–84. doi: 10.1177/0891988719882102
- Evers, J. (2015). *Kwalitatieve analyse: kunst én kunde*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Ferro, J. M., & Santos, A. C. (2019). Emotions after stroke: A narrative update. *International Journal of Stroke*, *15*(3), 256–267. <https://doi.org/10.1177/1747493019879662>
- Fischer, T., & Julsing, M. (2019). *Onderzoek doen! : kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (3e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.

- Haaren, E., Mast, J., Graaf-Waar, H. de, & Martijn, R. (2017). *Klinisch redeneren en verpleegkundige classificaties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-17080>
- Knapp, P., Dunn-Roberts, A., Sahib, N., Cook, L., Astin, F., Kontou, E., & Thomas, S. A. (2020). Frequency of anxiety after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke, 15*(3), 244–255. <https://doi.org/10.1177/1747493019896958>
- Kootker, J. A., van Mierlo, M. L., Hendriks, J. C., Sparidans, J., Rasquin, S. M., de Kort, P. L., Visser-Meily, J. M., & Geurts, A. C. (2016). Risk Factors for Symptoms of Depression and Anxiety One Year Poststroke: A Longitudinal Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97*(6), 919–928. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.01.019>
- Koster, N., & Harmsen, J. (2016). *Het Omaha system*. Delden: Perquery B.V.
- Loft, M. I., Poulsen, I., Esbensen, B. A., Iversen, H. K., Mathiesen, L. L., & Martinsen, B. (2017). Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit. A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23–24), 4905–4914. <https://doi.org/10.1111/jocn.13972>
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (4e druk). Den Haag: Acco.
- Perna, R., & Harik, L. (2020). The role of rehabilitation psychology in stroke care described through case examples. *NeuroRehabilitation, 46*(2), 195–204. <https://doi.org/10.3233/nre-192970>
- Pindus, D. M., Mullis, R., Lim, L., Wellwood, I., Rundell, A. V., Abd Aziz, N. A., & Mant, J. (2018). Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services – A systematic review and meta-ethnography. *PLOS ONE, 13*(2), e0192533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192533>
- Plochg, T., Juttman, R. E., Klazinga, N.S., & Mackenbach, J. P. (2007). *Handboek Gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine, 50*(9), 769–778. <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>
- Rosendal, H. (2017). NANDA-I 2015-2017: Veranderingen en gevolgen voor de praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, 15*(5), 8-11.
- Vilans, & V&VN. (2012). *Kennisbundel Probleemgedrag*. Utrecht: Taluut Utrecht.
- Volksgezondheidszorg. (2020). *Beroerte, Cijfers & Context, Sterfte 201*. Geraadpleegd op 17 maart 2021, van: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/beroerte/cijfers-context/sterfte#bron--node-tabel-bronnen-bij-de-cijfers-over-beroerte>

Weerd, L. de, Rutgers, W. A., Groenier, K. H., & Meer, K. van der. (2011). Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice - recommendations for quality aftercare. *BMC Neurology*, 11(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-42>

Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Bil, W. M. E., Geelen, R., Kok, R. M., Lijndijk, H. J., . . . Vreken, H. L. (2018). *Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie*. Utrecht: Verenso

Bijlage 1 Casusuitwerking aan de hand van het Omaha systeem

Domein gezondheidsgerelateerd gedrag

Fysieke activiteit, persoonlijke zorg

Mevrouw Rosema is 89 jaar en heeft in 2013 een CVA in de rechterhersen helft gehad waardoor er halfzijdige verlamming links is opgetreden. Sinds de CVA heeft mevrouw een zittende leefstijl en zit de gehele dag in haar elektrische rolstoel die zij zelf bediend. In 2015 is mevrouw in zorg gekomen bij de thuisorganisatie. Tot 2017 liep mevrouw Rosema met hulpmiddelen en een brace aan de verlamde zijde nog wel kleine stukjes. Mevrouw was hierbij angstig om te vallen en vroeg voortdurend bevestiging aan het wijkteam. In de loop der jaren is mevrouw haar conditie erg achteruit gegaan en daarmee ook haar fysieke belastbaarheid.

Tot voor kort werd mevrouw Rosema bij de ochtendzorg door twee personen gedeeltelijk op bed gewassen, met de actieve sta lift naar het toilet geholpen en daar verder gewassen en aangekleed. De zorg door twee personen ervaart mevrouw als erg prettig, anders voelt ze zich sneller angstig. De gehele zorg wordt van mevrouw Rosema overgenomen met uitzondering van het wassen van het gezicht en het tanden poetsen. Mevrouw Rosema wordt één keer per week gedoucht. Bij de avondzorg wordt mevrouw door twee personen geholpen bij het omkleden, toiletgang en mondzorg.

Gezondheidszorgsupervisie

Als gevolg van de CVA is mevrouw Rosema niet meer in staat om meervoudige afspraken of haar eigen behandelplan te coördineren. De dochter van mevrouw heeft deze verantwoordelijkheid op zich genomen.

Slaap rustpatroon

Mevrouw Rosema heeft een goede nachtrust, overdag doet ze ook regelmatig een middagdutje. Mevrouw hecht er veel waarde aan als ze weet wie haar komt verzorgen, dit is bepalend voor haar nachtrust. Ontspanning vindt mevrouw Rosema met de tablet of door t.v. kijken. Ook kijkt mevrouw graag films terug van vakanties die ze in het verleden samen met haar echtgenoot heeft gedaan.

Medicatie

De medicatie van mevrouw Rosema is in eigen beheer bij haar echtgenoot en zit in een baxterrol welke door de apotheek wordt bezorgd. Meneer bestelt tevens het incontinentiemateriaal voor mevrouw.

Voeding

Mevrouw Rosema heeft een goede eetlust en eet kleine beetjes over de gehele dag. Meneer Rosema zorgt voor de maaltijden en doet de boodschappen. In de loop der tijd is mevrouw Rosema aangekomen komen in gewicht. Meerdere malen zijn er aanpassingen aan de stoel gedaan omdat deze te smal was geworden. Er is duidelijk sprake van overgewicht, momenteel weegt mevrouw 119 kilo. Voor de COVID-19 pandemie ging mevrouw Rosema met regelmaat naar het woonzorgcentrum in het dorp om daar tussen de middag de warme maaltijd te eten. Hier genoot mevrouw zichtbaar van.

Reanimatiebeleid

Mevrouw Rosema heeft aangegeven gereanimeerd te willen worden.

Betrokken disciplines

Na de CVA heeft mevrouw Rosema een revalidatietraject gevolgd. Aan dit traject was onder andere een CVA verpleegkundige, fysiotherapeut en ergotherapeut verbonden. Deze bezochten mevrouw Rosema de eerste tijd op regelmatige basis. Hoe lang dit precies was kan mevrouw niet zeggen. De dochter van mevrouw dacht dat het ongeveer tot een jaar na de CVA was. De fysiotherapeut kwam tot een aantal jaar geleden nog bij mevrouw om oefeningen te doen en ondersteuning te bieden bij het

lopen. Mevrouw Rosema was hierbij angstig om te vallen wat steeds heftiger werd. Op het moment dat mevrouw volledig rolstoelafhankelijk werd, is de fysiotherapie op verzoek van mevrouw stop gezet. De ergotherapie heeft verschillende aanpassingen aan de rolstoel van mevrouw gedaan vanwege haar toename in gewicht. De huisarts en POH-GGZ bezoeken mevrouw Rosema al geruime tijd niet meer. Mevrouw geeft aan hier geen behoefte aan te hebben, gezien er volgens mevrouw 'niets meer aan te doen is'.

Psychosociaal domein

Geestelijke gezondheid

Het wijkteam ervaart tijdens de zorgverlening het gedrag van mevrouw Rosema als dwangmatig en claimend gedrag, wat zich op verschillende manieren uit. Zij geven aan dat het dwangmatige gedrag zich bij mevrouw uit door herhaald blijven aangeven dat zij niet recht in bed ligt of in haar stoel zit, haar kleding niet goed zit of dat ze naar het toilet moet. Ondanks ze mevrouw hier al meerdere keren bij geholpen hebben, ze erop staat dat het wijkteam haar hier nogmaals bij helpt. In samenspraak zijn eenduidige afspraken gemaakt over de zorgverlening, waarbij goede zorg verlenen aan mevrouw centraal heeft gestaan. Het wijkteam geeft ook aan dat mevrouw Rosema een voorkeur heeft voor een aantal medewerkers binnen het wijkteam, welke zij ook uitspreekt evenals haar afkeur voor anderen. Om deze reden is de afspraak binnen het wijkteam dat iedereen dezelfde benadering hanteert. Door de CVA is mevrouw haar geheugen aangetast, maar onthoudt ze goed welke zorgmedewerkers er bij haar zijn geweest en of dit voor haar een positieve of negatieve ervaring is geweest. Tegen bepaalde zorgmedewerkers spreekt mevrouw uit hoe fijn ze het vind dat zij bij haar zijn en hoe goed zij hun werk uitvoeren. Dit geeft ze tijdens een zorgmoment verschillende keren aan, aldus de medewerkers van het wijkteam. Wanneer er twee zorgmedewerkers bij mevrouw Rosema zijn, kan ze dit ook uiten tegen één van de twee in het bijzijn van de ander. Uit gesprek met mevrouw Rosema over de geboden zorgt blijkt dat ze angst ervaar en moeite heeft om vertrouwen te hebben in het wijkteam.

Mantelzorg

Al geruime tijd is er sprake van overbelasting van de mantelzorger. Signalen zijn dat meneer Rosema overdag veel slaapt, snel uit balans is, dingen niet meer overziet en vergeetachtig is. Laatste tijd nemen deze klachten in ernst toe en heeft de huisarts om deze reden een MMSE test afgenomen. De uitslag zal van invloed zijn voor de toekomst, gezien mevrouw Rosema onder andere thuis kan blijven wonen door de huishoudelijk en mantelzorgtaken die meneer Rosema uitvoert. Voor de COVID-19 pandemie ging mevrouw drie middagen naar de dagbesteding, meneer ging mee en aten gezamenlijk tussen de middag. Vanwege de COVID-19 pandemie gaat mevrouw Rosema nu maar twee middagen en kan meneer niet mee. Meneer Rosema mist hierdoor aanspraak en ontspanning. Meneer Rosema gaf in het verleden aan veel moeite te hebben met de situatie, ze waren erg reislustig. Meneer Rosema houdt veel rekening met zijn vrouw en zorgt wanneer hij weggaat, dit maar voor korter periodes is.

Rolverandering

Mevrouw Rosema omschrijft haar huwelijk als erg goed. Tijdens het leven voor de CVA vulden ze elkaar goed aan en was er sprake van een evenwichtige balans, aldus mevrouw. De periode na de CVA was een moeilijke tijd. Mevrouw geeft aan dat alles wat ze graag deden niet meer mogelijk was en hun leven 180 graden gedraaid is. In het begin ervaarde mevrouw Rosema angst voor herhaling, schuldgevoelens ten opzichte van haar echtgenoot en sombere gevoelens. Dit ligt volgens mevrouw al langer achter haar. Ze geeft aan haar ziektebeeld te accepteren omdat ze geen andere keuze heeft. Bij doorvragen is het lastig om te peilen of mevrouw het echt geaccepteerd heeft of dat haar uitspraak voortkomt uit machteloosheid. Om de controle over de verzorging uit de handen te geven valt

mevrouw nog steeds zwaar, maar ook hierbij geeft ze aan geen andere keuze te hebben. Om meer te weten te komen over mevrouw Rosema is er gesproken met de dochter. Ze omschrijft haar ouders vroeger als correct, liefdevol en streng maar rechtvaardig. Het huidige gedrag van mevrouw kan ze tot op zekere hoogte wel terug linken aan het karakter van haar moeder voor de CVA, Vroeger moesten de dingen vaak ook gebeuren op de manier zoals haar ouders het wilden, in het bijzonder haar vader. Beiden hadden een uitgesproken mening. Alleen benoemt ze dat haar vader 'de broek' aan had thuis. Niet alleen vroeger, maar tot voor kort schikte mevrouw Rosema zich ook naar haar man. Meneer Rosema bepaalde de gang van zaken. Sinds meneer cognitief achteruit is gegaan, heeft er wel een rolverandering plaatsgevonden. Volgens de dochter is haar moeder nu 'het hoofd' wat haar man aanstuurt en is haar vader 'het lichaam' wat de opdrachten uitvoert. Dit omschrijft de dochter ondanks de verdrietige omstandigheden als iets moois en bijzonders.

Sociaal contact

Mevrouw Rosema woont samen met haar echtgenoot. Samen hebben zij een zoon, een dochter en vier kleinkinderen. Ze hebben veel contact met hun kinderen en deze helpen hun ouders graag en veel. De dochter is ongeveer zes maanden per jaar in Thailand. Vroeger hadden meneer en mevrouw Rosema een rijk sociaal leven. Door de hoge leeftijd die beiden bereikt hebben in combinatie met de afgenomen gezondheid van beiden, zijn er weinig sociale contacten. Mevrouw Rosema geeft aan hier geen hinder van te ondervinden en voldoening te halen uit haar man, de kinderen en kleinkinderen.

Spiritualiteit

Van huis uit is mevrouw gereformeerd en luistert graag naar Nederland zingt. Het geloof speelt geen prominente rol in mevrouw haar leven.

Seksualiteit

Mevrouw geeft aan dat dit voor haar niet meer belangrijks is voor haar.

Omgevingsdomein

Buurt/werkplek-veiligheid

Samen met haar echtgenoot woont mevrouw Rosema in een kleine senioren woning. Mevrouw geeft aan zich prettig te voelen in de huidige woonomgeving. De woning is echter niet voldoende toereikend voor de bestaande zorgvraag voor het wijkteam. De ruimte is beperkt en te vol ingericht. Tot voor kort sliep mevrouw Rosema alleen in de slaapkamer en meneer Rosema in de woonkamer. Anders was er te weinig ruimte om de transfers met de lift. Bij verslechtering van de gezondheid van mevrouw Rosema moet er telkens opnieuw gekeken worden of het nog haalbaar is om thuis te blijven wonen.

Inkomen/financiën

De kinderen dragen zorgen voor de administratie en financiën.

Woning

Mevrouw Rosema heeft een ZZP 6, dit is een indicatie voor beschermd wonen met intensieve verpleging en verzorging. Om een ZZP 6 te krijgen moet iemand door een kwetsbare gezondheid geheel zorgafhankelijk zijn en intensieve zorg, begeleiding en persoonlijke verzorging nodig hebben. Ook moet er 24 uur per dag een beroep gedaan kunnen worden op zorg en begeleiding. Met de zwaarte van haar zorgvraag zou mevrouw opgenomen moeten worden in een verpleeghuis, echter is de familie er erg op gericht dat het echtpaar samen blijft. Zij zijn van mening dat een opname van mevrouw een zeer belastende breuk geeft in de hechte relatie van het echtpaar. Mevrouw en meneer Rosema spreken zelf ook uit dat ze bij elkaar willen blijven. Mevrouw Rosema is erg gesteld op haar dochter en neemt snel aan wat zij zegt. Door het wijkteam is er veel inspanning geleverd, zonder resultaat, om meneer en mevrouw Rosema en de kinderen in te laten zien dat het voor de gezondheid en het welzijn van

beiden beter zou zijn als mevrouw toch in een verpleeghuis opgenomen zou worden. De familie heeft inzicht in de consequenties (beperkte tijd beschikbaar voor zorg aan mevrouw, overbelasting echtgenoot), die deze keuze met zich meebrengt. Meneer en mevrouw Rosema staan op de wachtlijst voor een instelling waar de partner mee mag verhuizen, maar deze is minstens twee jaar. De zorgmedewerkers die op regelmatige basis bij mevrouw komen hebben aangegeven de zorg te zwaar te vinden vanwege zowel de fysieke belasting als mevrouw haar dwangmatige en claimende gedrag.

Fysiologisch domein

Ademhaling

Geen bijzonderheden.

Bewustzijn

Mevrouw Rosema heeft besef van en reactie op prikkels en omgeving.

Circulatie

In verband met een verminderde circulatie draagt mevrouw Rosema steunkousen tot aan de lies.

Cognitie

Als gevolg van de CVA is mevrouw Rosema haar manier van verwerken langzamer geworden, ze heeft het gevoel dat alles te snel gaat. Mevrouw heeft een beperkt inzicht in haar eigen functioneren, gedrag, problemen en beperkingen. Ook is vooral mevrouw haar korte termijn geheugen aangetast. Als gevolg van de CVA zijn mevrouw haar metacognitieve vaardigheden aangetast waardoor haar beoordelingsvermogen, redeneringsvermogen en realiteitszin beperkt is.

Darmfunctie

Mevrouw Rosema is af en toe incontinent van faeces maar meestal op het toilet.

Gehoor

Geen bijzonderheden.

Huid

Mevrouw Rosema kan een geïrriteerde huid hebben welke door het wijkteam wordt behandeld met crème.

Mondgezondheid

Onder en boven draagt mevrouw een klikgebit, welke twee keer per dag gepoetst wordt door het wijkteam of mantelzorger.

Neuromusculair/skeletfunctie

Als gevolg van de CVA heeft mevrouw Rosema een linkszijdige verlamming. Aan haar linkerbeen draagt mevrouw een brace vanwege de verminderde kracht aan deze kant. Ondanks dat mevrouw niet meer loopt, wilt ze de brace blijven dragen. In het verleden droeg mevrouw een sling, nu leunt ze met haar arm op het tafelblad van haar rolstoel. Mevrouw ondersteunt haar arm verder zelf.

Pijn

Mevrouw geeft aan geen pijn te hebben.

Spraak

Door de CVA heeft mevrouw moeite met communiceren, om te zeggen wat ze bedoeld. Mevrouw kan goed met echtgenoot praten omdat hij begrijpt wat ze wil zeggen.

Urinewegfunctie

Mevrouw Rosema is incontinent van urine en draagt hier incontinentiemateriaal voor. Tot voor kort werd mevrouw haar incontinentiemateriaal in de ochtend, middag en avond verschoond. Het wijkteam levert geen nachtzorg, terwijl dit voor mevrouw wel noodzakelijk zou zijn. Door mevrouw haar fysieke achteruitgang kost de zorg steeds meer tijd en moet altijd door twee personen uitgevoerd

worden. Hierdoor is er geen ruimte meer in de indicatie voor de middagronde. Het incontinentiemateriaal werd nu nog maar twee keer per dag verschoond wat de nodige huid problemen opleverde. Daarnaast was het incontinentiemateriaal zo verzadigd dat er in de avond een plas urine onder mevrouw haar rolstoel lag. Sinds maart 2021 heeft mevrouw een verblijfskatheter.

Zicht

Mevrouw Rosema is brildragend en ziet hiermee voldoende.

Update maart 2021

Gezien de huidige situatie is er nogmaals een gesprek gevoerd met mevrouw Rosema en haar familie. De wijkverpleegkundige heeft aangegeven nog eenmaal te willen proberen de zorgsituatie zo in te richten dat deze te dragen is voor het wijkteam en de wens om als echtpaar bij elkaar te blijven te respecteren. Het bed van mevrouw Rosema is verplaatst naar de woonkamer, met de insteek om de transfers zo kort mogelijk te maken. Gezien mevrouw haar overgewicht worden deze als erg belastend ervaren. De verzorging zal geheel op bed uitgevoerd worden waarna mevrouw op de poststoel en vervolgens in haar rolstoel geholpen wordt. Na een bepaalde tijd zal er geëvalueerd worden of de verandering het gewenste resultaat oplevert, voor zowel mevrouw als de medewerkers van het wijkteam. Mevrouw stemt ermee in, omdat het alternatief is dat ze moet verhuizen. In de praktijk blijkt het puzzelen en uitproberen wat de beste manier is voor zowel mevrouw Rosema als het wijkteam. Alle veranderingen zorgen ervoor dat mevrouw haar angstgevoelens en onzekerheid toenemen. Daarnaast geeft het wijkteam aan dat het dwangmatige en claimende gedrag toeneemt, wat zijn weerslag heeft op de medewerkers.

Verpleegproblemen bij deze casus

Inadequate coping, vrees/angst, machteloosheid, rolverandering

Bijlage 2 Topiclijst en interviewvragen

Topiclijst onbegrepen gedrag

Het interview met mevrouw Rosema

Vragen	Aandachtspunten tijdens het gesprek
<i>Openingsvraag (5 minuten)</i>	
Zou u mij wat willen vertellen over hoe het is om zorg te ontvangen van de verpleging van het wijkteam XXXXX?	Stel de respondenten op zijn/ haar gemak.
<i>Tevredeheid met ontvangen zorg (10 minuten)</i>	
Welke zorg ontvangt u nu van de verpleging van de thuiszorgorganisatie XXXXX?	
Hoe ervaart u de zorg die u ontvangt van de verpleging van het wijkteam XXXXX?	<i>Doorvragen op:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Positieve ervaringen (Kunt u een voorbeeld geven van een positieve ervaring die u heeft met de verpleging?) - Negatieve ervaringen (kunt u een voorbeeld geven van een negatieve ervaring die u heeft met de verpleging?)
Als u terugdenkt aan de laatste keer dat de verpleging u zorg verleende/ bij u was, wat werd er toen gedaan om u te helpen?	<i>Doorvragen op:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Wat vond u prettig? Waarom was dit prettig? - Wat vond u niet prettig? Waarom was dit niet prettig? - Wat deed deze verpleegkundige/verzorgende anders dan zijn/haar collega's? - Wat voor zorg had deze verpleegkundige/ verzorgende nog meer kunnen verlenen?
<i>Communicatie met verpleegkundigen (10 minuten)</i>	
Hoe verloopt het contact tussen u en de verpleging van thuiszorgorganisatie XXXXX?	
Welke problemen ervaart u in het contact met het wijkteam XXXXX?	Doorvragen op specifieke situaties/ voorbeelden <ul style="list-style-type: none"> - Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin dit gebeurde?
Kunt u een voorbeeld geven tijdens een zorgmoment waarin u goed contact had met een verpleegkundige/ verzorgende?	Doorvragen op gedrag/ houding van de verpleegkundigen
In hoeverre ervaart u verschil in het contact met de ene of andere verpleegkundigen/ verzorgenden?	
<i>Regievoering/ zelfmanagement (10 minuten)</i>	
Hoe is/ was het voor u om als persoon verzorgd te worden door de verpleging bij uw dagelijkse verzorging?	<i>Doorvragen op eigen regie</i> <ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre is het voor u belangrijk dat u de ruimte krijgt om keuzes te maken? - Hoe hielden verpleegkundigen/ verzorgenden hier rekening mee?
In hoeverre sluit de zorg die u ontvangt van de verpleging aan op uw persoonlijke wensen en behoeften?	<ul style="list-style-type: none"> - Waar heeft de verpleging u bij betrokken? - Waar heeft de verpleging u niet bij betrokken?
Kunt u een voorbeeld geven tijdens een zorgmoment door het wijkteam waarin u zelf wat te zeggen had?	
Kunt u een voorbeeld geven tijdens één zorgmoment door het wijkteam waarin u niets of onvoldoende te zeggen had?	
In hoeverre heeft u het gevoel dat u kunt aangeven aan welke zorg u behoefte heeft?	<ul style="list-style-type: none"> - Wat deed de verpleging om rekening te houden met uw behoeften? - Heeft u een voorbeeld van een situatie waarin u vond dat er geen rekening werd gehouden met uw behoeften? - Wanneer had u juist wel het gevoel dat er rekening wordt gehouden met uw wensen en behoeften?
Hoe gaat de verpleging om met kritiek of klachten?	Doorvragen of zij zich serieus genomen voelen/ of hier wat mee wordt gedaan.

<i>Geboden ondersteuning (10 minuten)</i>	
Hoe tevreden bent u met de zorg die u krijgt van de verpleging?	<ul style="list-style-type: none"> - Waarover bent u tevreden? Doorvragen naar voorbeeldsituatie. - Waarover bent u niet tevreden? Doorvragen naar voorbeeldsituatie. - Wat had de verpleging kunnen doen om u meer tevreden te stellen?
Wat voor zorg had u verwacht te krijgen van de verpleging?	<ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre sloot deze verwachting aan op de zorg die u ontvangt/ontving van verpleegkundigen/ verzorgenden?
Welke zorg had u graag (nog meer) willen krijgen van de verpleging?	
Wat zijn volgens u de belangrijkste vaardigheden voor een verpleegkundigen om een patiënt zoals u te kunnen ondersteunen?	
Als u een bijscholing zou mogen organiseren voor de verpleging, wat zou u hen dan willen leren?	
<i>Associatie kaarten (5-10 minuten)</i>	
<p>Ik heb hier 30 kaarten met verschillende afbeeldingen. Ik zou u willen vragen of u twee kaarten zou willen uitkiezen die uw relatie met de verpleging van het wijkteam XXXXX weergeeft.</p> <p><i>Na selectie van de kaarten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zou u willen toelichten wat deze kaarten voor u betekenen (in uw relatie met de verpleging)? <p>Optioneel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat symboliseert een goede verpleegkundige voor jou? Laat de patiënt nog een nieuw kaartje selecteren. 	<p>Doorvragen op hetgeen de patiënt verteld, vraag ook naar voorbeelden/ concrete situaties. Is dit van toepassing op alle relaties die de patiënt heeft met de verpleging of zijn er ook uitzonderingen?</p>
<i>Afsluiting (5 minuten)</i>	
We zijn aan het einde gekomen van dit interview. In hoeverre zijn er nog dingen die we niet besproken hebben, maar die u graag nog gezegd wilt hebben over de zorg die u hebt ontvangen/krijgt van de verpleging van afdeling/ instelling	

Het interview met de verpleegkundigen

Vragen	Aandachtspunten tijdens het gesprek
<i>Openingsvraag (5 minuten)</i>	
Kun je mij wat meer willen vertellen over de lastigheden die jullie ervaren in het zorgen voor patiënt X die bij jullie in zorg is?	Stel de respondenten op zijn/ haar gemak.
<i>Onbegrepen gedrag inzichtelijk maken (15 minuten)</i>	
Wat is voor jou lastig gedrag bij patiënten? Hoe is het voor jou om voor patiënt X te zorgen?	Doorvragen naar concrete voorbeelden. Doorvragen op: <ul style="list-style-type: none"> - Welk gedrag van deze patiënt vindt je lastig? Vraag naar een voorbeeld situatie waarin dit gedrag optrad. - Wat maakt dat je dit gedrag van patiënt X lastig vindt? - Wat vindt je leuk aan het ondersteunen van patiënt X? - Wanneer lukt het goed om patiënt X te ondersteunen?
Als je terugdenkt aan uw laatste contact met patiënt X, wat gebeurde er in deze situatie?	<i>Doorvragen op houding en attitude van de verpleegkundige, bijv.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Wat deed je toen vervolgens? - Hoe heb je hier op gereageerd? - Hoe heb je deze situatie ervaren? - Wat vond je dat er goed ging in deze situatie? - Wat had je graag anders gedaan in deze situatie?
Hoe werd/ wordt het gedrag van patiënt X door jouw collega's ervaren?	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe gaan jouw collega's om met dit gedrag van patiënt X? - In hoeverre zijn er collega's die heel goed om kunnen gaan met het gedrag van patiënt X? Zo ja, wat doen deze collega's? - In hoeverre zijn er ook collega's die veel moeite hebben met dit gedrag van patiënt X? Zo ja, wat doen deze collega's?
In hoeverre heb je vaker te maken gehad met patiënten zoals patiënt X?	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe was het toen voor jou om een patiënt met dwangmatig en claimend gedrag te ondersteunen? - Wat deed je toen om met dit lastige gedrag van de patiënt met dwangmatige en claimende gedrag om te gaan? - Wat deden jouw collega's toen om met dit lastige gedrag van de patiënt om te gaan?
Hoe is het voor jou om voor patiënten te zorgen met gedrag dat je niet goed begrijpt?	<ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre lukt het jou om hier mee om te gaan? - Wanneer lukt dit jou wel of juist niet? - Hoe reageer je op een dergelijke patiënt?
<i>Communicatie met patiënt (10 minuten)</i>	
Hoe verloopt het contact tussen jou en de patiënt X?	
Welke uitdagingen of problemen ervaar je in het contact met patiënt X?	Doorvragen op specifieke situaties/ voorbeelden
Kun je een voorbeeld geven van een situatie waarin je het gevoel had dat je goed contact had met patiënt X?	<i>Doorvragen op attitude/ gedrag van de verpleegkundigen.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe kwam dit? - Wat deed je anders?
Kunt je een voorbeeld geven van een situatie waarin je het gevoel had dat je moeilijk contact kreeg met patiënt X?	<i>Doorvragen op attitude/ gedrag van de verpleegkundigen.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe kwam dit? - Wat deed je anders?
<i>Regievoering (5 minuten)</i>	
Wat verstaat je onder eigen regie?	
In hoeverre lukt het je om patiënt X, of vergelijkbare patiënten, eigen regie te geven?	<ul style="list-style-type: none"> - Waarom lukt dit wel of juist niet? - Wanneer is dit lastig? Kun je een voorbeeld geven van een situatie waarin dit lastig was. Waarom vond je dit lastig?

<i>Ervaren behoeften aan zelfmanagementondersteuning (5 minuten)</i>	
Wat voor behoeften aan verpleegkundige ondersteuning heeft patiënt X?	<ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre zijn deze behoeften aan ondersteuning gedurende de tijd veranderd? Doorvragen naar concrete situaties
Op welke wijze probeer je aan te sluiten op de behoeften aan ondersteuning van patiënt x?	Doorvragen naar concrete situaties
<i>Geboden ondersteuning (5 minuten)</i>	
Hoe tevreden ben je met de ondersteuning die je kunt/kon bieden aan patiënt X?	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe tevreden ben je met de ondersteuning die je kunt/kon bieden aan vergelijkbare patiënten?
Welke ondersteuning zou/had je graag willen bieden aan patiënt X?	<ul style="list-style-type: none"> - Wat voor ondersteuning zou u willen bieden aan vergelijkbare patiënten? - Wanneer lukt dit goed? En wanneer juist niet?
Wat voor ondersteuning bieden jouw collega's aan patiënten zoals patiënt X?	Vraag naar concrete voorbeelden <ul style="list-style-type: none"> - Waarom lukt het de ene collega wel om patiënt X te ondersteunen en de andere niet? Waar zou dit aan kunnen liggen?
Wat zijn volgens jou de belangrijkste vaardigheden voor een verpleegkundige of verzorgende om patiënten zoals patiënt X te kunnen ondersteunen?	In hoeverre heeft u het idee dat u en uw collega's bezitten over deze vaardigheden?
Hoe gaan jullie als team om met patiënten zoals patiënt X?	Hoe bespreken jullie lastige situaties, zoals patiënt X, binnen het team?
Als je een bijscholing zou mogen organiseren voor jouw collega verpleegkundigen en verzorgenden, wat zou je hen dan willen leren?	
<i>Associatiekaarten (5-10 minuten)</i>	
Ik heb hier 30 kaarten met verschillende afbeeldingen. Ik zou je willen vragen of je twee kaarten zou willen uitkiezen die jouw relatie met patiënt X weergeeft. <i>Na selectie van de kaarten:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Zou u willen toelichten wat deze kaarten voor u betekenen (in uw relatie met patiënt X)? Optioneel: Wat symboliseert een prettige patiënt voor jou? Laat de verpleegkundige/ verzorgende nog een nieuw kaartje selecteren.	Doorvragen op hetgeen de verpleegkundige/ verzorgende verteld, vraag ook naar voorbeelden/ concrete situaties.
<i>Afsluiting (5 minuten)</i>	
We zijn aan het einde gekomen van dit interview. In hoeverre zijn er nog dingen die we niet besproken hebben, maar die je graag nog gezegd wilt hebben over de ondersteuning die je geboden hebt aan patiënt X?	

Het interview met de GZ-psycholoog en specialist ouderengeneeskundige

Vragen	Aandachtspunten tijdens het gesprek
Openingsvraag (5 minuten)	
Kunt u mij wat meer vertellen over de lastigheden die u ervaart in het contact met/of zorgen voor patiënten met vergelijkbare problematiek?	Stel de respondenten op zijn/ haar gemak.
Onbegrepen gedrag inzichtelijk maken (15 minuten)	
Wat is voor u lastig gedrag bij patiënten?	Doorvragen naar concrete voorbeelden.
Hoe is het voor u om voor patiënten met vergelijkbare problematiek te zorgen?	Doorvragen op: <ul style="list-style-type: none"> - Welk gedrag van deze patiënten vindt u lastig? Vraag naar een voorbeeld situatie waarin dit gedrag optrad. - Wat maakt dat u dit gedrag van patiënten, zoals patiënt X lastig vindt? - Wat vindt u leuk aan het ondersteunen van patiënten zoals patiënt X? - Wanneer lukt het goed om patiënten, zoals patiënt X te ondersteunen?
Hoe wordt het gedrag van patiënten, zoals patiënt X door uw collega's ervaren?	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe gaan u collega's om met dit gedrag van patiënten, zoals patiënt X? - In hoeverre zijn er collega's die heel goed om kunnen gaan met het gedrag van patiënten, zoals van patiënt X? Zo ja, wat doen deze collega's? - In hoeverre zijn er ook collega's die veel moeite hebben met dit gedrag van patiënten, zoals patiënt X? Zo ja, wat doen deze collega's?
In hoeverre heeft u vaker te maken gehad met patiënten zoals patiënt X?	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe was het toen voor u om een patiënten met dwangmatig en claimend gedrag te ondersteunen? - Wat deed u toen om met dit lastige gedrag van patiënten met dwangmatig en claimende gedrag om te gaan?
Hoe is het voor u om voor patiënten te zorgen met gedrag dat je niet goed begrijpt?	<ul style="list-style-type: none"> - In hoeverre lukt het u om hier mee om te gaan? - Wanneer lukt dit u wel of juist niet? - Hoe reageert u op een dergelijke patiënt?
Communicatie met patiënt (10 minuten)	
Welke uitdagingen of problemen ervaart u in het contact met patiënten, zoals patiënt X?	Doorvragen op specifieke situaties/ voorbeelden
Kunt een voorbeeld geven van een situatie waarin u het gevoel had dat u goed contact had met een patiënt, zoals patiënt X?	<i>Doorvragen op attitude/ gedrag.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe kwam dit? - Wat deed u anders?
Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin u het gevoel heeft dat u moeilijk contact krijgt met een patiënt, zoals patiënt X?	<i>Doorvragen op attitude/ gedrag.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe kwam dit? - Wat deed u anders?
Regievoering (5 minuten)	
Wat verstaat u onder eigen regie?	
In hoeverre lukt het u om patiënten, zoals patiënt X, eigen regie te geven?	<p style="text-align: center;">Waarom lukt dit wel of juist niet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wanneer is dit lastig? Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin dit lastig was. Waarom vond u dit lastig?
Ervaren behoeften aan zelfmanagementondersteuning (5 minuten)	
Op welke wijze probeer je aan te sluiten op de behoeften aan ondersteuning van vergelijkbare patiënten?	Doorvragen naar concrete situaties

<i>Geboden ondersteuning (5 minuten)</i>	
Hoe tevreden bent met de ondersteuning die u kunt bieden aan vergelijkbare patiënten?	- Hoe tevreden bent u met de ondersteuning die u kunt bieden aan vergelijkbare patiënten?
Welke ondersteuning zou u graag willen bieden aan patiënten, zoals patiënt X?	- Wat voor ondersteuning zou u willen bieden aan vergelijkbare patiënten? - Wanneer lukt dit goed? En wanneer juist niet?
Wat zijn volgens jou de belangrijkste vaardigheden om patiënten zoals patiënt X te kunnen ondersteunen?	In hoeverre heeft u het idee dat u en uw collega's bezitten over deze vaardigheden?
Hoe gaan jullie als team om met patiënten, zoals patiënt X?	Hoe bespreken jullie lastige situaties, zoals patiënt X, binnen het team?
Als u een bijscholing zou mogen organiseren voor u collega's wat zou u hen dan willen leren?	
<i>Associatiekaarten (5-10 minuten)</i>	
Ik heb hier 30 kaarten met verschillende afbeeldingen. Ik zou u willen vragen of u twee kaarten zou willen uitkiezen die u relatie met patiënten, zoals patiënt X weergeeft. <i>Na selectie van de kaarten:</i> - Zou u willen toelichten wat deze kaarten voor u betekenen Optioneel: Wat symboliseert een prettige patiënt voor u? Laat de participant nog een nieuw kaartje selecteren.	Doorvragen op hetgeen wat wordt verteld, vraag ook naar voorbeelden/ concrete situaties.
<i>Afsluiting (5 minuten)</i>	
We zijn aan het einde gekomen van dit interview. In hoeverre zijn er nog dingen die we niet besproken hebben, maar die u graag nog gezegd wilt hebben over de ondersteuning die u kunt bieden aan patiënten, zoals patiënt X?	