

UNIVERSITEIT TWENTE.

ERVARINGEN MET ANTIPSYCHOTICA GEBRUIK BIJ THUISWONENDE OUDEREN MET DEMENTIE

Ervaringen van een mantelzorger, huisartsen en
thuiszorgprofessionals met antipsychotica gebruik bij
thuiswonende ouderen met dementie



Jutine Bruijs	(s1240099)
Emma van Geel	(s1251783)
Liza Hoveling	(s1352326)

Begeleiders: Dr. Jeannette van
Manen en Sarah Janus MSc.

Bachelor thesis
Gezondheidswetenschappen

COLOFON

DIRECTIE

Afdeling

GZW

DATUM

09-07-2015

VERSIE

1

PROJECT

Bachelor opdracht

AUTEUR(S)

Liza Hoveling (s1352326), Emma van Geel(s1251783), Jutine Bruijs(s1240099)

BEGELEIDERS

Dr. Jeannette van Manen, Sarah Janus MSc.

POSTADRES

Postbus 217

7500 AE Enschede

WEBSITE

www.utwente.nl

REGISTRATIEGEGEVENS

Registratiegegevens

COPYRIGHT

© Universiteit Twente, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enigerlei wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Universiteit Twente.

VOORWOORD

Dit onderzoek is opgesteld naar aanleiding van een opdracht vanuit Carintreggeland. Er is bij deze organisatie onderzoek gedaan naar antipsychotica gebruik bij ouderen in het verzorgingstehuis, daarop was een vervolgstap om onderzoek te doen in de thuiszorg. Dit onderzoek is samen met begeleiders Jeannette van Manen en Sarah Janus uitgevoerd.

Met dit onderzoek wordt de Bachelor Gezondheidswetenschappen afgerond, welke aan de Universiteit van Twente is gevolgd.

Samenwerking is 'the key'. Dit zowel voor het aanpakken van het onderzoek als voor de gezondheidsmaatschappij, dit is dan ook een van de conclusies die uit dit onderzoek te trekken zijn. Veel leesplezier gewenst.

INHOUDSOPGAVE

<u>SAMENVATTING</u>	5
<u>SUMMARY</u>	6
<u>1 INLEIDING</u>	7
<u>2 METHODEN</u>	10
2.1 ONDERZOEKSDESIGN	10
2.2 ONDERZOEKSPOPULATIE	10
2.3 DATAVERZAMELING	10
2.4 ONDERZOEKSMETHODE	11
2.4.1 THUISZORGPROFESSIONALS	11
2.4.2 HUISARTSEN	11
2.4.3 MANTELZORGER	11
2.5 DATA ANALYSE	11
<u>3 RESULTATEN</u>	13
3.1 UITLEG TABELLEN	13
3.2 OPINIES VERSCHILLENDE BETROKKENEN	21
3.2.1 OPINIES THUISZORGPROFESSIONALS	21
3.2.2 OPINIES HUISARTSEN	21
3.2.3 OPINIE MANTELZORGER	22
<u>4 DISCUSSIE</u>	23
4.1 KRITISCHE REFLECTIE	23
4.1.1 WERKWIJZE	23
4.1.2 BEVINDINGEN EN RESULTATEN ONDERZOEK	24
<u>5 CONCLUSIE</u>	26
5.1 THUISZORGPROFESSIONALS	26
5.2 HUISARTSEN	26
5.3 MANTELZORGER	26
<u>6 AANBEVELINGEN</u>	28
<u>7 BIBLIOGRAFIE</u>	29
<u>BIJLAGEN</u>	32
BIJLAGE 1. BRIEF AAN DE RESPONDENTEN	32
BIJLAGE 2. INTERVIEW SCHEMA	34
BIJLAGE 3. CODEERTABEL	48
BIJLAGE 4. RESULTATEN TABEL PER CATEGORIE EN TOTAAL	54
BIJLAGE 5. TABELLEN VAN CODES PER INTERVIEW	56

SAMENVATTING

Doelstelling: Er staat een hoge druk op thuiszorgprofessionals die de zorg hebben voor demente patiënten met gedragsproblemen. Wat de beste oplossing is voor patiënten met gedragsproblemen wordt niet duidelijk uit de grote hoeveelheid richtlijnen die hiervoor zijn opgesteld. Uit onderzoek is gebleken dat er te veel en te vaak naar antipsychotica wordt gegrepen bij gedragsproblemen, dit is echter voornamelijk onderzocht in verzorgingstehuizen en niet in de thuissituatie. Dit onderzoek kijkt naar het gebruik van antipsychotica bij gedragsproblemen in de thuiszorg. Hierbij wordt gekeken naar de ervaringen van betrokkenen met antipsychotica bij thuiswonende demente ouderen.

Onderzoekopzet: Er is een ongestructureerd diepte interview met afvinkmodel afgenomen bij drie verschillende (hoofd)groepen die te maken hebben met de doelgroep thuiswonende demente ouderen. Deze drie hoofdgroepen zijn mantelzorger, huisartsen en thuiszorgprofessionals.

Methoden: Door middel van E-mail contact zijn huisartsen benaderd en is er met verschillende thuiszorginstanties contact gelegd welke vervolgens zelf kandidaten aanleverden voor het onderzoek. De mantelzorger is via een bezoek aan het Alzheimer Café in Enschede benaderd voor het onderzoek. Hierbij zijn alle mensen door de drie verschillende onderzoekers geïnterviewd waarna de uitkomsten zijn getranscribeerd en gecodeerd om zo een overzicht te kunnen krijgen.

Resultaten: De mantelzorger vindt dat het antipsychotica gebruik en alles daar omheen goed is verlopen, zij had echter meer informatie willen hebben over bijwerkingen. Huisartsen schrijven antipsychotica volgens de geldende richtlijnen voor en controleren de patiënten ook wanneer zij dit hebben voorgeschreven op eventuele problemen. De thuiszorgprofessionals vinden dat er adequaat wordt gehandeld wat betreft de medicatie, en dat die alleen wordt voorgeschreven wanneer dit ook echt nodig is volgens alle betrokkenen.

Conclusie: Er worden nauwelijks antipsychotica voorgeschreven in de thuissituatie, de algemene opinie over gebruik van antipsychotica is dat het tot een minimum beperkt moet blijven. Antipsychotica zijn op de juiste manier voorgeschreven en waren in die situatie nodig volgens alle betrokkenen. De antipsychotica deden in deze situaties dan ook wat ermee beoogd was, namelijk het rustiger krijgen van de patiënt en het wegnemen van een delier.

Trefwoorden: Antipsychotica, Dementie, Gedragsproblemen, Thuiswonend, Thuiszorg.

SUMMARY

Objectives: Home care professionals are under a lot of pressure when caring for patients with dementia related behavioural problems. The best way to care for these patients remains unclear due to the availability of many and incoherent directives. Research shows that antipsychotics are often used in the treatment of these behavioural problems. However, these studies are based upon findings in nursing homes, not in the home environment. Therefore, the present study was carried out in the home environment. We studied the experiences of three parties involved in the home care of patients with dementia who are treated with antipsychotics.

Design: An in-depth interview, with use of a tick-box, was held in three different groups all related to our target group: elderly patients with dementia living at home. These three groups were: general practitioners, home care professionals and informal carers.

Methods: General practitioners and home care professionals were contacted through E-mail and phone calls. The home care professionals themselves have provided us with more respondents. Informal caregivers were approached to participate in this study at a meeting organized by the Alzheimer Café. Interviews in all groups were conducted by three different researchers. The interviews were recorded, transcribed and coded to get an overview of the results.

Results: The informal caregiver's opinion was that antipsychotics were used properly. However, she would have appreciated more information on side effects. General practitioners only prescribed antipsychotics when as indicated by present guidelines and monitored patients for positive and adverse effects. Home care professionals believed that antipsychotics were only administered when absolutely necessary and that the drugs were used properly.

Conclusion: antipsychotics are rarely given to elderly patients with dementia who are still living at home. The general opinion is that the use of antipsychotics as treatment for behavioural problems in elderly patient with dementia should be limited. In those cases where antipsychotics were prescribed, it was done according to guidelines and absolutely necessary according to all parties involved. Antipsychotics reduced anxiety and relieved the patients from delirious behaviour.

Keywords: Antipsychotics, Dementia, Behavioural problems, Living at home, Home care.

1 INLEIDING

Gedragsproblemen komen vaak voor bij ouderen met dementie (Smalbrugge, et al., 2008) (Finkel, 2000) (Kleijer, et al., 2010). Zo'n 56% tot 83% van de mensen met dementie vertoont gedragsproblemen (Woods, Yefimova, & Brecht, 2014). De thuiszorgprofessionals en de familie zullen als eerst het probleemgedrag bemerken. Wanneer de thuiszorgprofessionals het probleemgedrag niet meer aan kunnen zal de patiënt in een crisisopvang worden geplaatst waar deze verder zal worden behandeld (Kleijer, et al., 2010).

De definitie voor gedragsproblemen, zoals deze in de meeste richtlijnen betreffende omgang met probleemgedrag bij demente ouderen (75+) wordt besproken, is "alle gedrag van de patiënt dat door deze patiënt en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren". (Smalbrugge, et al., 2008) (Nieuwboer, et al., 2008). Deze richtlijnen beschrijven de manier waarop verzorgend personeel om zou moeten gaan met dementerende ouderen met gedragsproblemen (Smalbrugge, et al., 2008). Dit beschrijft de 'richtlijn probleemgedrag' bijvoorbeeld als volgt: "Wanneer blijkt dat de dementerende patiënt gedragsproblemen veroorzaakt zal er door de thuiszorg gekeken worden wat de oorzaak hiervan is. Volgens de richtlijnen moet er eerst worden gekeken naar lichamelijke factoren en het huidige medicijn gebruik, wanneer hier geen onvolkomenheden in ontdekt kunnen worden zal over worden gegaan op psychosociale behandeling en begeleiding" (Smalbrugge, et al., 2008) (Mishara & Golberg, 2004). Psychosociale behandelingen bestaan uit groepsbijeenkomsten, interventies op individueel niveau of een interventie samen met de partner. Bij deze interventies is het doel de dementerenden te helpen met het verwerken van emoties en het aanleren van hulpmiddelen bij het omgaan met de gevolgen van dementie door middel van gesprekken, muziek of beweging (Mishara & Golberg, 2004). Uit deze richtlijnen wordt echter niet duidelijk welke interventie voor welke symptomen moet worden gebruikt of wat gevolgen zijn van de interventies (Nieuwboer, et al., 2008). Zodra het gedrag toch verder uit de hand blijft lopen wordt een arts geraadpleegd die kijkt naar mogelijke psychofarmaca die kunnen worden voorgeschreven volgens de richtlijn voor het verminderen van dit gedrag (Nijk, Zuidema, & Koopmans, 2009) (Rabins & Lyketsos, 2005) (Moleman, 2009).

In de praktijk blijkt het veel moeilijker te zijn deze richtlijnen aan te houden dan in theorie beschreven wordt (Croonen, 2011). Dit is niet alleen omdat dementie een moeilijk behandelbare ziekte is, maar ook omdat er meerdere richtlijnen zijn voor verschillende aanpakken van gedragsproblemen (Nijk, Zuidema, & Koopmans, 2009) (Smalbrugge, et al., 2008) (Nieuwboer, et al., 2008). Naast het bestaan van vele richtlijnen die onduidelijkheid scheppen, blijkt er ook een tekort aan geschoold personeel te zijn, zowel in de thuiszorg als in de verzorgingstehuizen (Geelen & Alpen van, 2014). Reden hiervoor is mogelijk de krappe budgettering in de zorg en specifiek bij verpleeghuiszorg (Geelen & Alpen van, 2014) (Merten & Beek, 2007). Door deze krappe budgettering is het lastiger om voldoende, en met name voldoende geschoold, personeel in dienst te nemen, dat weet om te gaan met het probleemgedrag vertoond door demente ouderen (Geelen & Alpen van, 2014).

Door het tekort aan voldoende, en voldoende geschoold, personeel blijkt dat er een grotere druk op het verzorgende personeel ligt om alle patiënten te verzorgen in

verzorgingstehuizen waardoor antipsychotica de oplossing zijn om de werkdruk lager te houden. Maar het is niet bekend hoe dit gaat binnen de thuiszorg (Kleijer, et al., 2010) (Stevenson, Decker, & Dwyer, 2010). Antipsychotica worden bij ouderen met dementie en gedragsproblemen veel meer voorgeschreven dan in de richtlijn staat. (Nieuwboer, et al., 2008) (Nijk, Zuidema, & Koopmans, 2009) (Stevenson, Decker, & Dwyer, 2010) (Kleijer, et al., 2010). Huisartsen schrijven de meeste antipsychotica voor (65,3%), wat te maken heeft met de hoge druk vanuit het verzorgende personeel (Morrens & Dom, 2015; Nieuwboer, et al., 2008) (Cornegé-Blokland, Kleijer, Hertogh, & Marum, 2012). Informatie voor het voorschrijven van antipsychotica komt, naast de richtlijnen, ook uit het Farmacotherapeutisch Kompas (FK). De bron van de informatie in het FK is gebaseerd op de "Guideline on Summary of Product Characteristics", van de Europese Commissie. Hierin staat echter niet of de werking bij ouderen is onderzocht (Beers, Egberts, Leufkens, & Jansen, 2012). EPHOR (Expertisecentrum PHarmacotherapie bij Ouderen), is een initiatief van artsen en apothekers die zich sterk maken voor de optimalisering van polyfarmacie bij ouderen. Zij geven o.a. aan dat de werking van de verschillende soorten antipsychotica niet onderzocht zijn en dus mogelijk niet/anders/minder of juist versterkt werkzaam zijn bij ouderen (Kleijer, et al., 2010).

Antipsychotica hebben naast vermindering van wanen en hallucinaties ook een kalmerende en sederende werking (Rabins & Lyketsos, 2005). Dit is de hoofdreden dat deze medicatie wordt voorgeschreven aan ouderen met dementie al dan niet vergezeld van een psychose en andere niet psychiatrische aandoeningen (Patteet, Morrens, Maudens, Niemeegers, Sabbe, & Neels, 2012) (Hoencamp, 2014). Uit onderzoek blijkt dat tussen 1995 tot 2002 het voorschrijven van antipsychotica aan ouderen met 229,5% toenam per jaar, met als gevolg een verachtvoudiging, 749%, van de kosten van deze geneesmiddelen. (Rapoport, Mamdani, Shulman, Herrmann, & Rochon, 2005). Uit onderzoek blijkt dat dementiepatiënten met en zonder psychose in verpleegtehuizen even vaak antipsychotica voorgeschreven krijgen, hierbij zijn geen gegevens over thuiswonende ouderen met dementie bekend (Gellad, et al., 2012) (Rabins & Lyketsos, 2005).

De risico's van het gebruik van antipsychotica bij ouderen blijken hoog te zijn, dit door de verschillende, gevaarlijke bijwerkingen (de kans op overlijden is 1,7 keer zo hoog in vergelijking met een placebo (Schneider, Dagerman, & Insel, 2005)) (Hwang, et al., 2014) (Croonen, 2011) (Rabins & Lyketsos, 2005). Bijwerkingen van antipsychotica zijn bijvoorbeeld een grotere kans op het krijgen van cerebrovasculaire accidenten en, mede hierdoor, een verhoogde kans op vervroegd overlijden (Wu, Lai, & Chang, 2015). Het plotseling overlijden van de patiënt is bij hen die antipsychotica krijgen twee keer zo groot als dezelfde groep die geen antipsychotica slikken (Hartikainen, Rahkonen, Kautiainen, & Sulkava, 2003). Naar schatting sterven in Nederland 550 tot 760 mensen jaarlijks aan de gevolgen van antipsychotica (Croonen, 2011).

Wanneer antipsychotica eenmaal worden voorgeschreven aan ouderen blijken deze kritiekloos te worden gecontinueerd (Ojik van, Jansen, Brouwers, & van Roon, 2012). Echter het effect van deze middelen duurt maar drie tot zes maanden. Aanbeveling is om het na 3 tot 6 maanden langzaam af te bouwen (Ojik van, Jansen, Brouwers, & van Roon, 2012).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg in Nederland houdt geen toezicht op het tijdig stoppen van antipsychotica (Croonen, 2011).

Over de precieze aanpak van de gedragsproblematiek in combinatie met het gebruik van antipsychotica bij thuiswonende ouderen met dementie in de thuiszorg is weinig tot geen onderzoek gedaan. Dat is evenmin gedaan naar de hantering van de verschillende richtlijnen die er zijn voor deze situaties (Geelen & Alpen van, 2014) (Hamers, 2014). Naar aanleiding van de gevonden literatuur met betrekking tot het onderwerp “ervaringen van betrokkenen met betrekking tot het voorschrijven van antipsychotica bij thuiswonende ouderen met dementie”, wordt duidelijk dat er veel onbekendheden zijn op dit terrein. Dit zijn onder anderen; de onduidelijke richtlijnen en de grote hoeveelheid van richtlijnen voor zowel omgang met gedragsproblemen als met het voorschrijven van antipsychotica hiervoor, het kritiekloos continueren van de antipsychotica en het weinige, niet voldoende geschoolde personeel (Geelen & Alpen van, 2014) (Merten & Beek, 2007). Om de mate van hantering van de richtlijnen door artsen en thuiszorgprofessionals en het gebruik van antipsychotica in de thuiszorg beter in kaart te brengen, is het van belang om de ervaringen te kennen van verschillende betrokkenen. Om deze redenen is de volgende hoofdvraag tot stand gekomen:

Wat zijn de ervaringen van een mantelzorger, huisartsen en thuiszorgprofessionals met antipsychotica bij thuiswonende ouderen met dementie?

2 METHODEN

2.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is opgezet als explorerend onderzoek. Dit omdat er wordt gekeken naar de onduidelijkheden rondom een behandeling, in dit onderzoek is dat de behandeling bij gedragsproblemen (Zorg Onderzoek Nederland, 1998). Hieruit volgde de keuze voor het doen van een kwalitatief onderzoek omdat het hierbij gaat om inventarisatie van knelpunten in een bepaalde keten van gebeurtenissen (Baum, 1995). Of volgens de definitie van Malterud; "Qualitative research methods involve the systematic collection, organisation and interpretations of textual material derived from talk or observations. It is used in the exploration of meanings of social phenomena, as experienced by individuals themselves, in their natural context." (Malterud, 2001). Deze definitie van kwalitatief onderzoek rechtvaardigt dan ook de gekozen meetinstrumenten; een literatuuronderzoek en het open interview. Waarbij het doel is geweest inzicht te krijgen in de persoonlijke beleving van de respondenten.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie betrof één mantelzorger, zeven thuiszorgprofessionals van verschillende organisaties en vier huisartsen. De groep respondenten is aan de hand van doelgerichte selectie (purposive sampling) gekozen, zo moesten de respondenten betrokken zijn bij thuiswonende ouderen met dementie die gedragsproblemen vertonen en op de hoogte zijn van behandelingen die hierbij mogelijk zijn. Door middel van een brief werden zij bekend en op de hoogte gesteld van het onderwerp van dit onderzoek en uitgenodigd tot deelname (zie bijlage 1. Brief aan respondenten).

Het aantal respondenten is niet bindend. Het gaat om onderzoek dat wordt gedaan naar meningen van betrokkenen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de saturatiemethode. Er wordt geïnterviewd tot er zich geen nieuwe inzichten meer voordoen (Philipsen & Vernooij-Dassen, 2004).

2.3 Dataverzameling

Dataverzameling heeft plaatsgevonden aan de hand van een ongestructureerd diepte interview met afvinkmodel (zie bijlage 2. Interviewschema). Dit afvinkmodel zorgt voor duidelijk overzicht en de onderwerpen die al aan bod zijn gekomen worden afgevinkt. Het uitgangspunt van een diepte interview is dat de interviewer de respondenten de ruimte geeft om de vragen te beantwoorden vanuit hun eigen beleving. Om dit te bewerkstelligen past de interviewer verschillende gesprekstechnieken toe als het stellen van open vragen, doorvragen, non verbaal gedrag van de interviewer en het voorgenoemde afvinkmodel (Plochg, Juttemann, Klazinga, & Mackenback, 2007). De gesprekken zijn door middel van een voice-recorder opgenomen om alle verkregen informatie zo nauwkeurig mogelijk te registreren. Na afloop zijn deze woordelijk getranscribeerd waarna de transcripten zijn geanalyseerd (Plochg, Juttemann, Klazinga, & Mackenback, 2007). Alle verkregen informatie is discreet behandeld en de anonimiteit van de respondenten is strikt gewaarborgd door de onderzoekers.

2.4 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is een semigestructureerd interview als methode gebruikt. Met de volgende vijf domeinen per categorie:

2.4.1 Thuiszorgprofessionals

Welke behandelingen zijn volgens u passend bij gedragsproblemen?

Wat is uw algemene mening wat betreft het gebruik/voorschrijven van antipsychotica?

Wat zijn voor u redenen dat de patiënt antipsychotica zou moeten gebruiken (wanneer zou u bv. een huisarts of andere betrokkene hierom vragen/hierop attenderen)?

Wat zijn voor u redenen dat de patiënt geen antipsychotica zou moeten gebruiken (of om het betrokkenen af te raden)?

Wat zijn uw ervaringen wanneer antipsychotica gebruikt (moeten) worden (positief en negatief)?

2.4.2 Huisartsen

Wat is de wijze van gebruik?

Waarom is er medicijn gebruik?

Wat zijn redenen om niet te gebruiken?

Wat gaat er goed bij het voorschrijven?

Wat gaat er niet goed bij het voorschrijven?

2.4.3 Mantelzorger

Wat is de wijze van gebruik?

Waarom gebruikt uw naaste de medicijnen?

Wat zijn redenen voor uw naaste of voor u om niet te gebruiken?

Wat gaat er goed bij het voorschrijven?

Wat gaat er niet goed bij het voorschrijven?

Dit zijn de hoofddomeinen die zijn beantwoord door middel van het interview, waarbij er naar de opinies van betrokkenen werd doorgevraagd. Naast de vijf hoofddomeinen werd ook elke groep respondenten gevraagd naar hun algemene ervaringen met antipsychotica. De 5 hoofddomeinen zijn op basis van eerder onderzoek naar gedragsproblemen en het gebruik van antipsychotica bij demente ouderen in verzorgingstehuizen opgesteld (Cornégé-Blokland, Kleijer, Hertogh, & Marum, 2012). Op basis van de hoofd domeinen is het interview schema uitgebreid met verdere informatie uit de literatuur die gevonden is bij het zoeken naar informatie voor de aanleiding van dit onderzoek.

Omdat dit onderzoek een kwalitatief onderzoek betreft is het belangrijk dat de onderzoeker flexibel in kan gaan op wat de geïnterviewde te vertellen heeft. Bij een volledig gestructureerd interview is deze flexibiliteit van de onderzoeker niet te bewerkstelligen. Om die reden is hier gekozen voor een ongestructureerd diepte interview (Reulink & Lindeman, 2005).

2.5 Data analyse

De interviews zijn afgenomen door de interviewers en, nadat deze met goedkeuring van de respondent zijn opgenomen, na afloop zo zorgvuldig mogelijk getranscribeerd om de informatie te kunnen analyseren.

Hierbij is het van belang dat alle woorden worden opgeschreven zodat er geen informatie kan worden gemist en het interview in zijn geheel na te lezen is.

De stappen die in de analyse worden gevolgd zijn:

- Stap 1. Het ordenen van de gegevens: Dit ordenen houdt in het ordenen van informatie-eenheden. Er wordt gekeken welke onderdelen bij elkaar horen in het interview. In dit onderzoek en interview staat dat al vast, omdat het interview per domein is opgesteld. Deze domeinen zijn de hoofdonderwerpen.
- Stap 2. Het vaststellen van de relevantie: In dit onderdeel wordt gekeken wat de relevantie is van de verschillende onderdelen en welke daadwerkelijk de onderzoeksvraag beantwoorden.
- Stap 3. Het open coderen: Als er structuur is aangebracht in de gegevens en de irrelevante delen voorlopig zijn geschrapt, blijft er nog steeds veel informatie over. Daarom is het van belang open te coderen. Dit kent 2 stappen, namelijk:
 - o Het labellen
Het opstellen van labels voor verschillende relevante zaken die voorkomen in de interviews. Na het afnemen van de interviews is een beeld gevormd van de informatie die is opgedaan met de interviews. Aan de hand van deze informatie is een codeerschema gemaakt. Het codeerschema bevat de verschillende codes met uitleg. Dit is van belang voor het vermijden van “interpreter bias” aangezien meerdere onderzoekers de interviews zullen coderen.
 - o Het samenvoegen van synoniemen
Er wordt hierbij gekeken hoe vaak een label gebruikt wordt. Dit wordt bijgehouden om te zien hoe prominent een label aanwezig is. Maar het gaat bij kwalitatief onderzoek niet primair om getallen.
- Stap 4. Het axiaal coderen: Bij het axiaal coderen worden categorieën gezocht die hetzelfde zijn. Daaronder worden de labels gebracht. Dit zijn in dit onderzoek de 5 hoofddomeinen.
- Stap 5. Het selectief coderen: Van de samenvattende beschrijving (axiaal coderen) te komen tot een hoger abstractieniveau. Het is van belang om daarbij opnieuw stil te staan bij de onderzoeksvraag en het onderzoeksdoel. In dit geval vragen naar de behandeling van gedragsproblemen bij thuiswonende ouderen met dementie (Baarda, 2014).

Aan de hand van deze stappen is er gekomen tot duidelijke antwoorden op de onderzoeksvraag. De resultaten, conclusie en discussie zijn op basis van de meest frequent voorkomende labels tot stand gekomen. Geacht wordt dat de meest voorkomende labels de belangrijkste zijn in het interview. Echter is er wel gekeken of een bepaald label niet heel vaak alleen in een bepaald interview wordt gebruikt zoals te zien is in bijlage 4 en 5. In bijlage 4 staan de frequentie van de labels per geïnterviewde categorie weergegeven en in bijlage 5 zijn de frequenties van de labels per interview terug te vinden.

3 RESULTATEN

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in ervaringen met gebruik van antipsychotica. Dit door middel van interviews met verschillende betrokkenen. De onderzoeksgroep bestond uit een mantelzorger, vier huisartsen en zeven thuiszorgprofessionals. De betreffende onderzoeksvraag:

Wat zijn de ervaringen van een mantelzorger, huisartsen en thuiszorgprofessionals met antipsychotica bij thuiswonende ouderen met dementie?

3.1 Uitleg tabellen

Na afloop zijn de interviews getranscribeerd om zo nauwkeurig mogelijk de gegeven informatie te kunnen gebruiken zie bijlage 6. Daarna is zorgvuldig gekeken welke informatie relevant was voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en is deze gemarkeerd. De uiteindelijke relevante informatie is gelabeld en ondergebracht in categorieën zoals te zien in bijlage 3.

Er zijn omstandigheden die aanleiding geven voor het gebruik van antipsychotica bij gedragsproblemen. Dit voorschrijven van antipsychotica gebeurt voornamelijk in bijzondere situaties en als er druk is vanuit anderen bij het voorschrijven hiervan. Deze bijzondere situaties waarin voorgeschreven wordt zijn bijvoorbeeld; onrust van de patiënt, verstoord dag-nachtritme van de patiënt, spoken 's nachts, toenemende verwardheid, klachten vanuit de omgeving. De druk bij het voorschrijven kan komen vanuit de thuiszorgprofessional, de familie of de mantelzorger (tabel 1).

TABEL 1

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Er zijn omstandigheden die aanleiding zijn voor gebruik van antipsychotica	Voorschrijven gebeurt alleen in bijzondere situaties	IND	Ik schrijf voor bij onrust in de omgeving van de patiënt (H1: r.42, r.45, r.62) (H2: r.16, r.32, r.77)
		SIT	Voorschrijven bij verstoord dag-nachtritme, om het mensen naar hun zin te houden (H2: r.15) (H3/4: r.33, r.39) (T2/3: r.92, r.99) (T4/5: r.460) (T7: r.51)
		RED	Om deze redenen schrijf ik antipsychotica voor (spoken 's nachts, vraag ernaar, overdag onrustig, delirant beeld, al het hele leven gebruik maakt van antipsychotica, toenemende verwardheid) (H1: r.15, r.50, r.80, r.97, r.113) (H2: r.23, r.67) (H3/4: r.11, r.25, r.28, r.45, r.52, r.87, r.159, r.178) (T1: r.272, r.367) (T7: r.108)
		KOM	Bij klachten vanuit de omgeving van de cliënt/patiënt schrijf ik antipsychotica voor (Agressie, andere aandoeningen die voor onrust zorgen, aanhoudende onrust, overal plassen, kwaadheid,

		dingen van vroeger komen boven, somatische klachten) (H1: r.116) (H2: r.34, r.37) (M: r.31, r.53, r.93, r.114, r.126, r.221, r.249) (T2/3: r. 203, r.206) (T4/5: r.29, r.143) (T7: r.24 r.34)
	MOT	Mijn motivatie om antipsychotica voor te schrijven (verhuizing, ziekenhuis, verandering van gedrag) (H1: r.46) (T1: r.264, r.486) (T4/5: r.350)
Er is druk van anderen bij het voorschrijven van antipsychotica	VOD	Ik ervaar druk tot het voorschrijven van antipsychotica door mantelzorger/arts/thuiszorgprofessionals (H1: r.164) (H2: r.81, r.84, r.86, r.206) (H3/4: r.46, r.56) (T1: r.229) (T2/3: r.128) (T4/5: r.128) (T6: r.78, r.107, r.139) (T7: r.135)

Er zijn omstandigheden die het gebruiken van antipsychotica tegenstaan en waarbij andere oplossingen worden gekozen. Deze redenen om antipsychotica niet voor te schrijven zijn slikproblemen, liever geen medicatie slikken, contra-indicaties, er wordt gebruik gemaakt van andere middelen dan antipsychotica, er is een negatieve houding ten opzichte van antipsychotica of er is een positieve houding ten opzichte van andere vormen van behandeling bij gedragsproblemen. Deze andere behandelingen kunnen inhouden dat er meer structuur moet worden aangebracht in het leven van een dementerende met gedragsproblemen, dit kan gedaan worden door middel van dagbehandeling of het gebruik van het sociale netwerk. Dit zijn manieren van psycho-educatie die zorgen voor een betere kwaliteit van leven bij thuiswonende ouderen met dementie met gedragsproblemen (tabel 2).

TABEL 2

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Er zijn omstandigheden/redenen die gebruik van antipsychotica tegengaan/waarbij andere oplossingen worden gekozen	Redenen tot niet voorschrijven van antipsychotica zijn	NAV	Ik schrijf/dien antipsychotica niet voor/toe in deze situaties (slikproblemen, liever geen medicatie slikken, contra-indicaties) (H2: r.116, r.139, r.146) (T1: r.556, r.559)
		ANM	Ik maak gebruik van andere middelen dan antipsychotica (Zoals plastabletten, bloedverdunners, suikermedicatie, seresta, diazepam, cholesterolverlagers, antibiotica) (H2: r.75) (M: r.135) (T1: r.95, r.215) (T2/3: r.64, r.70 r.90) (T4/5: r.83, r.90, r.159, r.331) (T7: r.53, r.71)
		OPN	Als het gedrag niet meer te handhaven is met antipsychotica is dit een reden tot (crisis) opname (H2: r.144) (T1: r.702) (T2/3: r.173) (T6: r.27, r.167) (T7: r.35, r.87, r.183, r.321, r.370)
	Negatieve houding ten	ATT-	Ik heb een negatieve houding ten opzichte van het gebruiken van antipsychotica als behandeling van

	opzichte van antipsychotica		gedragsproblemen (T1:r.204, r.206) (T2/3: r.66, r.90, r.103) (T4/5: r.69, r.176) (T6: r.38, r.42, r.54, r.57, r.126, r.156) (T7: r.62)
	Positieve houding ten opzichte van andere vormen van behandeling	AVZ	Ik merk dat cliënten/patiënten baat hebben bij een andere vorm van zorg bij behandeling gedragsproblemen (meer structuur, zorgboerderij, dagbehandeling, sociaal netwerk) (M: r.61) (T1: r.151, r.157, r.244, r.267) (T2/3: r.108, r.142, r.145) (T4/5: r.17, r.169, r.361) (T7: r.68, r.307)
		PSY	Ik acht het gebruiken van psychosociale interventies of psycho-educatie als behandeling van groot belang (H3/4: r.67, r.80, r.196) (T4/5: r.25, r.108) (T6: r.63)

Er zijn keuzen rond antipsychotica die kans op bijwerkingen verminderen. Dit wordt gedaan door het kiezen voor een bepaald antipsychoticum, de duur van het gebruik van het middel nooit lang te laten zijn, de patiënt regelmatig te controleren en goed toezicht te houden op het gebruik van antipsychotica en de werking ervan (tabel 3).

TABEL 3

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Keuzen rond antipsychotica die kans op bijwerkingen verminderen	Dit middel gebruik ik bij de behandeling	MID	Ik schrijf/dien altijd Haldol, Exelon, niks, paracetamol voor/toe (H1: r.15, r.18, r.75) (H2: r.26) (H3/4: r.18) (M: r.84) (T1: r.126, r.274) (T2/3: r.59) (T4/5: r.146, r.311) (T6: r.65) (T7: r.40)
	Kort voorschrijven	GEM	De duur van het gebruik van het middel is nooit langer dan nodig (H1: r.27) (H3/4: r.26) (M: r.51) (T1: r.87, r.420, r.517) (T4/5: r.136) (T6: r.31) (T7: r.95)
		CON	Ik controleer de cliënt/patiënt regelmatig bij gebruik van antipsychotica (H1: r.66) (M: r.45, r.77, r.206) (T1: r.523) (T2/3: r.82)
		TOP	Ik heb goed/wel toezicht op het gebruik/werking van antipsychotica als behandeling (H3/4: r.120, r.126) (T1: r.449, r.462, r.574) (T2/3: r.72) (T7: r.124, r.335, r.340)

De manier van voorschrijven van antipsychotica is door de huisarts of door de psychiater. De antipsychotica worden voorgeschreven in een druppels of tabletten (tabel 4).

TABEL 4

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
-----------	--------------	-------	--------

De manier van voorschrijven is door de huisarts of door de psychiater	VOO	De huisarts of psychiater schrijft het middel voor (H1: r.18) (H2: r.41) (M: r.12, r.39) (T4/5: r.282) (T6: r.46)
	VOR	De antipsychotica wordt voorgeschreven in druppels/tabletjes (H1: r.16, r.19, r.8) (H2: r.46, r.174) (H3/4: r.116) (M: r.17, r.96)

Er is sprake van weinig voorschrijven van antipsychotica (tabel 5).

TABEL 5

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Er is sprake van weinig voorschrijven van antipsychotica		FREQ-	Ik gebruik antipsychotica niet/weinig als behandeling (H1: r.13, r.23) (H2: r.28, r.29) (H3/4: r.14, r.49, r.88) (T7: r.102)

Er zijn merkbare positieve effecten van antipsychotica. Er is een duidelijke werkzaamheid van het middel. De klachten worden verholpen door het gebruik van antipsychotica (tabel 6).

TABEL 6

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Merkbare positieve effecten van antipsychotica	De werkzaamheid van het middel is	WKZ	Ik merk dat het middel werkt bij cliënten/patiënten (H1: r.40, r.52) (H2: r.72) (T4/5: r.218, r.371) (T6: r.125) (T7: r.114)
		VHK	Ik merk dat klachten worden verholpen door het gebruik van antipsychotica (H1: r.128, r.152) (H2: r.150) (M: r.15, r.23) (T1: r.584) (T7: r.172, r.269)

Er zijn ook merkbare negatieve effecten van antipsychotica. Deze negatieve effecten zijn van streek raken, niet meer weten waar gebruikers zijn, vermoeidheid, sufheid, toestanden 's nachts, onhandelbaar thuis, uitspugen van de medicatie, medicijnen niet innemen, agressie, men wordt een ander persoon, ernstige slaapproblemen en bijna niet meer wakker te krijgen. Daarnaast worden volgens de thuiszorgprofessionals antipsychotica te snel voorgeschreven (tabel 7).

TABEL 7

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Merkbare negatieve effecten van antipsychotica		ERB	Mijn ervaring met bijwerkingen van antipsychotica (van streek raken, niet meer weten waar ze zijn, vermoeidheid, suf zijn) (H1: r.73, r.92) (H2: r.121) (H3/4: r.47) (M: r.89, r.133) (T1: r.92, r.143, r.212, r.425) (T4/5: r.323) (T6: r.164) (T7: r.55, r.58, r.155)
	Mijn ervaringen met antipsychotica zijn	ERA	Mijn algemene ervaring met het gebruiken van antipsychotica als behandeling (toestanden 's nachts, onhandelbaar thuis, beter niet voorschrijven) (H1: r.107) (H2: r.171)

		(H3/4: r.155) (M: r.172) (T1: r.14, r.571, r.689) (T4/5: r.460) (T6: r.48)
	NEG	Mijn negatieve ervaringen met het gebruik van antipsychotica als behandeling van gedragsproblemen (Uitspugen van medicatie, medicijnen laten staan, sloom worden, te snel voorgeschreven, agressie, men wordt ander persoon, medicatie die niet samengaan, men eet het als snoepjes, ernstige slaap en bijna niet meer wakker te krijgen) (H2: r.11, r.55, r.64) (H3/4: r.112) (M: r.28, r.92, r.183) (T1: r.138, r.227, r.312, r.335, r.390, r.406, r.428, r.479, r.495, r.510) (T4/5: r.14, r.45, r.98, r.162, r.230, r.278)
	POS	Mijn positieve ervaringen met het gebruik van antipsychotica als behandeling van gedragsproblemen (Problemen werden verholpen) (H1: r.121, r.124, r.127, r.135) (M: r.247) (T1: r.582) (T4/5: r.221)
	EGM	Mijn eigen mening over het gebruik van antipsychotica als behandeling voor gedragsproblemen (Antipsychotica worden veel te snel voorgeschreven door huisartsen en psychologen) (H1: r.181) (H2: r.91, r.94, r.108, r.197) (H3/4: r.167) (T1: r.207) (T4/5: r.80, r.182, r.191, r.197, r.209, r.306, r.439, r.496, r.525) (T6: r.95, r.174) (T7: r.378)
	ATT+	Ik heb een positieve houding ten opzichte van het gebruiken van antipsychotica als behandeling gedragsproblemen (T4/5: r.247, r.250) (T7: r.350)

De informatie voorziening rondom antipsychotica gebruik is goed zowel van de patiënt naar de zorgverlener als van de zorgverlener naar de patiënt. Het is duidelijk hoe vaak het middel moet worden ingenomen. Het toezicht op het gebruik van antipsychotica is soms slecht maar vaker is deze goed aanwezig. Betrokkenen van de patiënt worden, en zijn, goed geïnformeerd en geïnstrueerd hoe het middel gebruikt dient te worden (tabel 8).

TABEL 8

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
De informatie voorziening rondom antipsychotica gebruik is goed zowel van de patiënt naar de zorgverlener als van	Gebruiksfrequentie leg ik uit	FREQ	Het is duidelijk hoe vaak het middel moet worden ingenomen (H1: r.30) (H2: r.30) (M: r.21)

de zorgverlener naar de patiënt			
	Het toezicht op gebruik van antipsychotica is	TON	Ik heb slecht/geen toezicht op het gebruik/werking van antipsychotica als behandeling (H1: r.30) (H2: r.50) (T4/5: r.270, r.286)
		INF+	Ik ervaar de informatievoorziening van/door artsen/thuiszorg/mantelzorg als wel/goed aanwezig (H1: r.64) (H2: r.61, r.163, r.181, r.217) (H3/4: r.123, r.152) (T1: r.236, r.442, r.545) (T6: r.178) (T7: r.142)
		VIF	Ik vertrouw op informatie geleverd door derden (H1: r.69)
	Ik licht betrokkenen genoeg in over de behandeling	BVP	Ik betrek de patiënt/mantelzorger bij de behandeling (H1: r.167) (H2: 188) (M: r.74) (T1: r.17) (T4/5: r.390) (T7: r.217)
		INS	Ik instrueer hoe het middel gebruikt dient te worden (H1: r.25) (H2: r.60)
		BET	Ik merk dat mantelzorger/familie betrokken zijn bij de behandeling (H1: r.137) (T1: r.352, r.609) (T6: r.188) (T7: r.206)

Kennis over antipsychotica is goed. Het is bekend wat de mogelijke risico's zijn die zich kunnen voordoen bij het gebruiken van antipsychotica, daarnaast is de scholing voor thuiszorgprofessionals goed (tabel 9).

TABEL 9

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Kennis over antipsychotica is goed	Ik ben goed/slecht ingelicht over de werking van antipsychotica	RIS	Ik weet wat de risico's zijn die zich kunnen voordoen bij het gebruiken van antipsychotica (H2: r.118) (H3/4: r.90, r.91) (T2/3: r.83) (T4/5: r.71, r.132) (T6: r.153)
		ERK	Mijn ervaring met informatievoorziening van/door derden m.b.t. gebruik antipsychotica (scholingen via de Posten) (H2: r.130) (T1: r.175, r.175)

Informatievoorziening is niet goed. Er zijn echter ook huisartsen, thuiszorgprofessionals en de mantelzorger die vinden dat de informatievoorziening niet of slecht aanwezig is (tabel 10).

TABEL 10

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Informatie voorziening is niet goed		INF	Ik ervaar de informatievoorziening van/door artsen/thuiszorg/mantelzorg als niet/slecht aanwezig (H1: r.38,

r.132) (H2: r.128, r.159) (M: r.131, r.143) (T1: r.642) (T6: 146) (T7: r.191, r.281)

Er is een goede samenwerking binnen het zorgpad voor behandeling met antipsychotica. De patiënt, betrokkenen van de patiënt en andere zorgverleners worden betrokken in het shared decision making proces. Ook worden zorgverleners door andere zorgverleners ondersteund in het zorgpad (tabel 11).

TABEL 11

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Er is een goede samenwerking binnen het zorgpad voor behandeling met antipsychotica	Ik betrek de patiënt en betrokkenen van de patiënt in het zorgpad	SDM	Ik doe aan shared decision making binnen het zorgpad (H1: r.103) (T6: r.85)
	Ik betrek andere zorgverleners in het zorgpad	SAP	Ik werk samen met andere zorgprofessionals binnen het zorgpad (H1: r.157, r.170, r.175, r.183) (H2: r.124, r.201, r.221) (M: r.37, r.41, r.238) (T1: r.321, r.664) (T2/3: r.43, r.106) (T4/5: r.400) (T6: r.19, r.193) (T7: r.175, r.236, r.273)
		COA	Ik werk samen/heb contact met apotheek (H1: r.146) (H2: r.155, r.178) (H3/4: r.142) (M: r.202) (T1: r.445) (T4/5: r.346, r.354) (T6: r.201) (T7: r.242)
	Ik word ondersteund door andere zorgverleners in het zorgpad	OAP	Ik ervaar ondersteuning van andere (zorg)professionals bij de behandeling (H1: r.141, r.143) (H2: r.57, r.102) (M: r.185, r.187) (T1: r.323) (T2/3: r.119, r.184)

Verwachte toename van antipsychotica gebruik. Door veranderingen in de zorg veranderen de werkzaamheden met betrekking tot deze doelgroep ook. Er is door veranderingen in de zorg minder geld beschikbaar voor de juiste vorm van zorg. Door veranderingen in de zorg (verschuiving AWBZ naar WMO) wordt het bemoeilijkt de juiste behandeling te geven. Er is een toename van het aantal voorschriften van antipsychotica als behandeling voor gedragsproblemen. Door deze problematiek zullen antipsychotica meer worden voorgeschreven (tabel 12).

TABEL 12

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Verwachte toename van antipsychotica gebruik	Door veranderingen in de zorg veranderen mijn werkzaamheden met betrekking tot	EFB	Ik merk dat er door bezuinigingen in de zorg minder geld beschikbaar is voor juiste vorm van zorg (H2: r.54, r.176) (H3/4: r.172) (T1: r.741) (T2/3: r.112) (T6: r.221) (T7: r.361)

deze doelgroep ook		
	VEZ	Ik merk dat door veranderingen in de zorg (verschuiving AWBZ naar WMO) het wordt bemoeilijkt de juiste behandeling te geven (T1: r.729) (T4/5: r.40, r.299) (T6: r.212)
	TOE	Ik merk een toename van het aantal voorschriften van antipsychotica als behandeling voor gedragsproblemen (H2: r.13)
	GEV	Antipsychotica zal meer worden voorgeschreven (T4/5: r.76)

3.2 Opinions verschillende betrokkenen

3.2.1 Opinions thuiszorgprofessionals

Alle respondenten binnen de categorie thuiszorgprofessionals hadden geen tot weinig patiënten met dementie in hun verzorgingsgebied die antipsychotica voorgeschreven krijgen ter behandeling van hun gedragsproblemen. Twee van de zeven respondenten gaven ook aan dat wanneer er medicamenteus behandeld moet worden voor gedragsproblemen dat het eigenlijk al niet meer haalbaar is om verantwoorde zorg te leveren in de thuissituatie.

“We hebben ook cliënten gehad die hebben voor kortere tijd antipsychotica gehad, of voor langere tijd, maar die zijn ook al heel snel naar een PG afdeling gegaan.” T6 (r.27-29)

In drie van de zeven interviews werd haloperidol genoemd als antipsychoticum dat wordt gebruikt om te helpen bij behandeling van gedragsproblemen bij thuiswonende ouderen met dementie. De helft van de respondenten is van mening dat huisartsen te snel antipsychotica aanraden als behandeling voor gedragsproblemen, en de andere helft is juist van mening dat artsen het niet graag voorschrijven als behandeling. Wanneer haloperidol wordt voorgeschreven is deze wel werkzaam voor de bekende klachten van onrust, agressie en een delier bij patiënten.

“Heel vaak, en dat zie je vooral bij de wat oudere huisartsen, die hebben wel van uh nouja dan geef ik toch antipsychotica?” T6 (r. 40-41)

“En huisartsen zijn niet echt voor de rustgevendende medicatie.” T2/3 (r.64-65)

“Soms is het nodig, maar heel vaak is het gewoon een onderdrukking. Dat is zo jammer, mensen worden vlak en ja het probleem wordt nog niet weggehaald.” T6 (r.50-51)

Thuiszorgprofessionals hebben een uiterst negatieve houding als het gaat om het gebruiken van antipsychotica als behandeling voor gedragsproblemen bij thuiswonende ouderen. Antipsychotica worden, hoewel ze volgens één respondent wel steeds minder worden voorgeschreven, eerder gebruikt om het gedragsprobleem te onderdrukken dan het probleem te

behandelen. De thuiszorgprofessionals zijn van mening dat antipsychotica niet als eerste keuze als behandeling voor gedragsproblemen bij thuiswonende ouderen met dementie moet worden gegeven.

Als er dan al wordt overgegaan op een medicamenteuze vorm van behandeling is hier wel toezicht op vanuit de artsen en thuiszorgprofessionals.

“En al zit je er soms gewoon even te kletsen en vooral over vroeger want dat vinden ze heel leuk om over te praten dus dat ze nog kleiner waren en wat ze voor spelletjes deden en dan kun je zien dat ze helemaal opvrolijken dat merk je dan heel erg.” T1 (r.149-151)

3.2.2 Opinions huisartsen

Huisartsen schrijven de antipsychotica alleen voor als hier een indicatie voor is. Ook gaven zij aan dat zij slechts bekend waren met enkele gevallen waarin er antipsychotica werd voorgeschreven aan thuiswonende ouderen met dementie. Indien er besloten wordt tot het voorschrijven van antipsychotica wordt er haloperidol voorgeschreven. Vaak wordt er door de thuiszorgprofessionals en de mantelzorgers bekend gemaakt dat er sprake is van gedragsproblemen bij hun patiënt/naaste.

“Ik denk dat je het zo’n 2 tot 3 keer per jaar voorschrijft. Dus zeg per jaar zo’n 3 tot 4 patiënten” H2 (r.30-31)

“Alleenstaande ouderen dat is natuurlijk de vraag of dat goed gaat.. Want dan heb je er geen zicht op...” H2 (r.52-53)

Voor een huisarts de medicatie voorschrijft wil hij/zij de patiënt zien die het betreft. Huisartsen vinden het lastig dat zij geen toezicht hebben op het medicijngebruik van de patiënt en of dit correct is.

Samenwerking en ondersteuning door andere (zorg)professionals blijkt uit de interviews van belang te zijn voor een goed zorgpad voor de patiënt en wordt door de huisartsen als goed ervaren.

“...maar als je een verzorgende of een mantelzorger inschakelt dan gaat het vaak wel goed.” H2 (r.58-59)

“...gesprekken ook met de mantelzorg en familie in de hoop dat het gewoon inzichtelijk wordt waar het gedrag vandaan komt, wat de reden is en hoe daar mee om kan gaan. Liever die ondersteuning dan medicamenteus.” H3/4 (r.75-77)

Met het middel zelf waren geen negatieve ervaringen behalve de eerder genoemde bijwerkingen en het gebrek aan controle op het gebruik van het middel. Alle respondenten gaven aan terughoudend te zijn met het voorschrijven van antipsychotica als behandeling voor gedragsproblemen bij thuiswonende ouderen met dementie.

Wat verder uit de interviews naar

voren kwam is dat drie van de vier huisartsen van mening waren dat met de veranderingen in de zorg, de verschuiving van de AWBZ naar de WMO, de zorgvraag en druk op de wijkverpleegkundigen groter wordt. En door de bezuinigingen, waaronder het uitdelen van medicatie in de thuissituatie, er in de toekomst wellicht meer antipsychotica gaat worden voorgeschreven als behandeling voor de gedragsproblemen van thuiswonende ouderen met dementie.

“Ja soms moet je, het kan heel vervelend zijn en soms sta je met je rug tegen de muur en dan is het kiezen tussen mensen dan toch nog iets langer thuis houden bij hun vrouw of man in plaats van toch naar een verpleeghuis. Ja dan is het een hulpmiddel.” H2 (r. 206-208)

3.2.3 Opinie mantelzorger

De mantelzorger was tevreden over het gebruiken van het antipsychoticum als behandeling voor de gedragsproblemen. Uiteindelijk zijn zij na verscheidene onderzoeken bij de psychiater terecht gekomen, degene die uiteindelijk het middel heeft voorgeschreven.

Wat de respondent aangaf is dat er toen niet echt is uitgelegd over de mogelijke bijwerkingen van het middel door de psychiater hier hebben zij zich zelf over ingelezen. Na enkele weken, werd het overgedragen aan de huisarts. Deze controleerde of het nog steeds goed ging met gebruik en dosering en indien er geen klachten waren stuurde de huisarts een nieuw recept door naar de apotheek om op te halen.

“Ja, nou ik belde dan de dokter op met ik moet weer medicijnen hebben en dan lag het bij de apotheek. Dan eh, dat ging wel via de dokter die medicijnen dat wel.” M1 (r.188-189)

Bijwerkingen heeft zij niet ervaren bij haar naaste. De samenwerking en communicatie tussen de verschillende artsen, haar en de apotheek waren goed. Later toen het verzorgen echt te zwaar werd kwam er ondersteuning vanuit de thuiszorg.

4 DISCUSSIE

Eerder werd genoemd dat er in verpleegtehuizen te veel en te vaak gebruik wordt gemaakt van antipsychotica bij de behandeling van ouderen met dementie. Dit onderzoek is opgezet om te bestuderen of huisarts, mantelzorger en thuiszorgprofessional dit ook ervaren in de zorg voor thuiswonende ouderen met dementie. Deze zorgverleners zijn betrokken bij het proces rondom thuiswonende ouderen met dementie waarbij zich gedragsproblemen voordoen. Het doel is geweest inzicht te verkrijgen in de persoonlijke beleving van de respondenten rondom dit onderwerp.

Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van een ongestructureerd diepte-interview met afvinkmodel om voldoende informatie te verkrijgen vanuit de respondenten. Algemeen viel op dat de respondenten het gebruik van antipsychotica als behandeling bij thuiswonende dementerenden niet als te veel, dan wel te vaak zien. De respondenten herkenden de gevallen waar andere behandelingen tekort zijn geschoten en behandeling met antipsychotica een laatste behandelmethode was.

Daarbij valt op dat de houding ten opzichte van het gebruiken van antipsychotica in alle doelgroepen dermate negatief is dat het niet als eerste behandeling moet worden gegeven. De negatieve ervaringen met deze middelen en vooral de bijwerkingen die zich voordoen bij patiënten zijn achterliggende factoren voor deze houding. Alle respondenten zijn het eens dat er eerst moet worden gekeken naar de mogelijkheden van een dagbehandeling, bijvoorbeeld naar een zorgboerderij, een vorm van structuur aanbrengen het dagelijks leven of een psychosociale interventie.

Verder denken huisartsen en thuiszorgprofessionals dat de veranderingen in de zorg, de verschuiving van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de bezuinigingen die de overheid doorvoert in de zorg een rol kunnen gaan spelen in het vaker en eerder voorschrijven van antipsychotica.

Het ongestructureerd diepte-interview met afvinkmodel dat gekozen is als instrument in dit onderzoek, blijkt een juiste keuze te zijn geweest. Door het open laten van het gesprek met de respondent voelt deze zich vrijer te vertellen over zijn of haar ervaringen met het middel. Hier tegenover stond dat de respondent soms erg veel irrelevante (bij)zaken te vertellen heeft en dat er afgedwaald wordt van het onderwerp. Indien er een belangrijk onderdeel niet werd aangesneden, bijvoorbeeld bijwerkingen of risico's van middel, werd hiernaar gevraagd. Dit was makkelijk te overzien door het gebruiken van het afvinkmodel.

Dit onderzoek zegt iets over de ervaringen van betrokkenen in het zorgen voor thuiswonende ouderen met dementie. Omdat er gevraagd is naar ervaringen van de respondent is onduidelijk over wat voor termijn deze observaties gaan en kan er alleen maar gespeculeerd worden over de situatie op de lange termijn.

4.1 Kritische reflectie

4.1.1 Werkwijze

Er is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van individuele interviews. Echter zijn er ook interviews gehouden waarbij twee respondenten tegelijk werden geïnterviewd omdat separate afspraken niet mogelijk waren. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat de respondenten competitie gedrag hebben vertoond, door bijvoorbeeld andere antwoorden te geven dan dat ze zouden doen

wanneer ze een op een werden geïnterviewd.

De interviews zijn afgenomen door één of twee van de drie onderzoekers en daarna uitgetypt en gecodeerd door een andere onderzoeker. Dit kan er alle drie voor gezorgd hebben dat elke onderzoeker andere accenten heeft gelegd op andere onderwerpen.

Na het afnemen, uittypen en coderen van de interviews zijn de resultaten geanalyseerd. Dit is gedaan door middel van labels toe te kennen aan verschillende uitspraken. Dit is gedaan door een van de onderzoekers. Dit brengt een grote kans op bias met zich mee, omdat een ander onderzoek wellicht andere labels zou hebben gegeven. Na het labellen van de getranscribeerde teksten is geteld hoe vaak de labels in het totaal voorkwamen. Hier kan ook bias in zijn ontstaan omdat dit handmatig is gedaan.

4.1.2 Bevindingen en resultaten onderzoek

De onderzoekspopulatie betrof één mantelzorger, zeven thuiszorgprofessionals van verschillende organisaties en vier huisartsen. Om nog gevarieerdere informatie te kunnen verkrijgen van de respondenten op dit gebied zouden er meer betrokkenen moeten worden gesproken. Daarnaast zou er anders geselecteerd kunnen worden. Zo hebben de thuiszorgprofessionals zichzelf kunnen aanmelden voor het onderzoek, dit kan opportunistische selectie te weeg brengen. Vaak zijn dit ook uitschieters van het gemiddelde. Omdat zij iets te vertellen hebben willen zij om die reden graag meedoen (Plochg, Juttemann, Klazinga, & Mackenback, 2007).

De vier huisartsen komen uit het westen van Nederland. Het kan zijn dat daar andere opvattingen heersen over de behandeling van deze doelgroep en het gebruiken van antipsychotica dan elders in Nederland. Er zou dus sprake kunnen zijn van selectiebias. (Moons & Burger, 2007)

De respondenten waren allen erg negatief over het gebruik van antipsychotica bij de betreffende doelgroep. Dit valt deels te verklaren aan de hand van hun ervaringen met antipsychotica bij dementerende ouderen in verpleeghuizen. Vanuit dit gegeven zijn de gevoelens negatief en waren ze negatief ten opzichte van antipsychotica gebruik in de thuiszorg. Echter is er ook een andere verklaring mogelijk voor dit gevoel. Zo waren alle thuiszorgprofessionals in dienst bij dezelfde organisatie. Dit kan betekenen dat er eenzelfde mening heerst binnen de thuiszorgorganisatie omtrent antipsychotica.

De kleine onderzoekspopulatie brengt daarnaast ook problemen met zich mee. De externe validiteit van het onderzoek is lastig te beoordelen. De resultaten van dit onderzoek zijn niet te generaliseren naar antipsychotica gebruik bij demente ouderen in de thuiszorg in het algemeen (Plochg, Juttemann, Klazinga, & Mackenback, 2007). Echter is dat in deze fase van onderzoek naar antipsychotica gebruik bij demente ouderen in de thuiszorg nog geen probleem. Er moet eerst verkennend onderzoek gedaan worden om daarna specifieke onderzoeken te kunnen opzetten. Dit onderzoek kan gezien worden als een verkennend onderzoek.

Door moeilijkheden rondom het werven van respondenten in het onderzoeksgebied waarin het onderzoek werd gedaan is er mogelijk sprake van een opportunistische selectie van respondenten. Dit omdat de onderzoekers in de eigen omgeving hebben gezocht naar respondenten. Dit kan zorgen voor een verkeerd resultaat omdat de onderzoeker de respondent kent. (Maxwell, 1996)

Het interviewschema was van te voren niet bekend bij de respondenten, zij hebben zich dus van te voren niet kunnen voorbereiden op het interview. Het interview was een momentopname waarbij de respondenten antwoordden vanuit hun ervaring en het gevoel dat zij op dat moment hadden. Dit kan de antwoorden beïnvloeden. Verder kan er bij de dataverzameling bijvoorbeeld

sprake zijn van response bias. Verder is het mogelijk dat respondenten andere antwoorden zouden geven in de setting van een persoonlijk interview ten opzichte van een anoniem interview. Extreme antwoorden kunnen bijvoorbeeld vermeden worden in het persoonlijke interview. (Wetzel, Wilson, & Kort, 1981).

5 CONCLUSIE

Met de verkregen informatie uit de afgenomen interviews is er een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag:

Wat zijn de ervaringen van een mantelzorger, huisartsen en thuiszorgprofessionals met antipsychotica bij thuiswonende ouderen met dementie?

Deze vraag is beantwoord aan de hand van de interviews met de mantelzorger, huisartsen en thuiszorgprofessionals.

5.1 Thuiszorgprofessionals

Thuiszorgprofessionals zoeken naar oplossingen om probleemgedrag tegen te gaan op andere manieren dan met medicatie, wanneer de thuiszorgprofessionals langskomen weten ze steeds beter hoe met de patiënt dient te worden omgegaan. Uit de interviews blijkt echter dat men vaak niet op de hoogte is van welke antipsychotica er zijn voorgeschreven voor hun patiënten. Dit is een alarmerend feit aangezien de thuiszorg hier wel van op de hoogte hoort te zijn. Het is dus van belang dat er meer scholing komt voor de thuiszorg. De zorgverzekeraars hebben inmiddels ingesteld dat per 2016 alle wijkverpleegkundigen een HBO-V diploma moeten hebben. Dit is mogelijk een stap in de goede richting om de kwaliteit van de geleverde zorg te waarborgen (CZ, 2015). Maar ook het resterende MBO personeel zal beter moeten worden geïnformeerd.

5.2 Huisartsen

Huisartsen moeten niet te snel medicatie voorschrijven. Dementie is tot dusver niet te behandelen, maar er zijn genoeg interventies die eerst besproken moeten worden voordat er over wordt gegaan op medicatie. Het is dus van belang dat er beter wordt gekeken naar de situatie van de patiënt en naar andere mogelijkheden van behandeling. Huisartsen blijven wel goed betrokken bij de patiënt en de omgeving zodra er medicatie wordt voorgeschreven. Wat ook opviel is dat de thuiszorgprofessional niet altijd goed op de hoogte wordt gebracht bij veranderingen in de medicatie, dit is een verbeterpunt voor een betere kwaliteit van zorg. Het volgen van de richtlijnen gaat goed.

5.3 Mantelzorger

Voor de mantelzorger is het van belang dat ze meer betrokken raken zodat ze meer weten over de bijwerkingen van de medicatie. Dit voornamelijk bij ouderen mensen die geen toegang hebben tot internet. Jongere mensen zullen dit opzoeken, maar ouderen hebben hier vaak geen beschikking over. Daarnaast worden de mantelzorgers goed betrokken in het zorgpad en is het van belang dat dit ook zo blijft.

Uit de interviews is gebleken dat er in de thuiszorg bijna geen antipsychotica worden voorgeschreven aan thuiswonende ouderen met dementie met gedragsproblemen. Wanneer dit wel het geval is wordt er zorgvuldig omgegaan met deze patiënt door alle betrokken partijen. Het gebruik van antipsychotica dat de respondenten ervaren bij hun patiënten was volgens hen wel de juiste manier van behandelen. Andere behandelingen sloegen niet aan of waren niet mogelijk in die gevallen. Als blijkt dat medicatie niet voldoende uitkomst biedt zal opvang in een verpleegtehuis een volgende stap zijn. Voordat wordt overgestapt op antipsychotica zijn er in de thuiszorg andere behandelmogelijkheden die kunnen worden toegepast bij thuiswonende ouderen met dementie waarbij zich gedragsproblemen voordoen. Deze maatregelen zijn verschillend per patiënt en voornamelijk psychosociaal van aard. Het merendeel van de

respondenten vond dan ook het gebruik van antipsychotica bij het behandelen van gedragsproblemen bij thuiswonende ouderen geen passende behandeling.

Verwacht wordt dat er in de toekomst een groter spanningsveld ontstaat tussen de thuiszorgprofessionals en de overheid. Dit doordat er steeds meer bezuinigingen komen en er wordt gekort op verzorgend personeel, echter blijft de vraag naar verzorging stijgen (Centraal Planbureau, 2010) (Smits & Carolien, 2013; Schade & Dokter, 1995) (Schade & Dokter, 1995). Hierbij is de verwachting dat er meer antipsychotica zal worden voorgeschreven zodat patiënten rustiger blijven en de druk op het verzorgende personeel afneemt. Dit tegen de principes van de huisartsen in die juist terughoudend zijn in het voorschrijven van antipsychotica.

6 AANBEVELINGEN

Met dit onderzoek is een goed startpunt gecreëerd om verder te gaan met specifiek onderzoek naar antipsychotica gebruik bij thuiswonende ouderen met dementie waarbij gedragsproblemen zich voordoen in de thuiszorg. Het is hierbij van belang dat er meer respondenten worden geïnterviewd zodat onderzocht kan worden of deze resultaten op een grotere groep thuiswonende ouderen met dementie van toepassing zijn. Dit kan gedaan worden door resultaten uit dit onderzoek te vergelijken met diepgaand onderzoek wat uitgevoerd kan gaan worden bij meer respondenten. Hierbij zouden de interne en externe validiteit van het onderzoek gewaarborgd moeten zijn en de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid groter moeten zijn. Het bewerkstelligen van deze punten is mogelijk indien een grote groep respondenten door heel Nederland met verschillende relaties tot de patiënt random worden geselecteerd. Hierbij kan gevraagd worden naar hun ervaringen. Verder is het van belang te kijken naar de opvolging van de richtlijnen omtrent gedragsproblemen en antipsychotica gebruik bij thuiswonende ouderen met dementie. Ook kan gekeken worden naar kwantitatieve feiten over voorschrijfgedrag van antipsychotica bij de doelgroep. Dit kan gedaan worden door binnen een random geselecteerde groep voorschrijfcijfers aan te vragen, hierbij kan een grotere groep worden benaderd en meer tijd bespaard worden dan wanneer er interviews afgenomen moeten worden.

Er zijn nog enkele aanbevelingen waar bij vervolgonderzoek rekening mee moet worden gehouden. Het is goed om bij dit onderzoek een ongestructureerd diepte-interview met afvinkmodel te gebruiken. Er kan veel verteld worden door de respondent, dit kan zeer nuttige informatie betreffen waar onderzoekers niet aan hebben gedacht. Daarnaast is het van belang dat de interviews één-op-één worden afgenomen. Dit om te voorkomen dat er competitiegedrag en response bias optreedt. Het zou goed zijn om de interviews af te laten nemen door dezelfde onderzoeker en daarna uit te typen en te coderen door dezelfde onderzoeker. Het beste is het als de onderzoeker de respondent niet kent. Om dit te voorkomen zouden de interviews door een onafhankelijk persoon, die de respondent niet kent, kunnen worden afgenomen.

7 BIBLIOGRAFIE

- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!* Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baum, F. (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Soc Sci Med* , 459-468.
- Beers, E., Egberts, A., Leufkens, H., & Jansen, P. (2012). Voorschrijven van antipsychotica. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* .
- Cornegé-Blokland, E., Kleijer, B., Hertogh, C., & Marum, R. (2012). *Reasons to Prescribe Antipsychotics for the Behavioral Symptoms of Dementia: A Survey in Dutch Nursing Homes Among Physicians, Nurses, and Family Caregivers*. Utrecht: Elsevier.
- Croonen, H. (2011). *Dementen sterven door antipsychotica*. Utrecht: Medisch Contact.
- CZ. (2015). *Inkoopbeleid 2016 Wijkverpleging* . CZ.
- Finkel, S. (2000). *Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)*. International Journal of Geriatric Psychiatry.
- Geelen, R., & Alpen van, S. (2014). *Mediatieve therapie in de thuiszorg: Onbekend en onbenut*. Breda: Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie.
- Gellad, W., Aspinall, S., Handler, S., Stone, R., Castle, N., Semla, T., et al. (2012). Use of antipsychotics among older residents in VA nursing homes. *Medical Care* , 954-960.
- Govaert, H., Christiaens, T., Bogaert, H., & Declercq, T. (2013). *Antipsychotica bij ouderen in woon- en zorgcentra: in kaart brengen van redenen voor opstart, duur van het gebruik en drempels voor stop*. Gent: Master of Family Medicine.
- Hamers, J. (2014). *Vrijheidsbeperking komt vaak voor bij thuiswonende mensen met dementie*. Maastricht University .
- Hartikainen, S., Rahkonen, T., Kautiainen, H., & Sulkava, R. (2003). *Use of psychotropics among home-dwelling nondemented and demented elderly*. Finland: John Wiley & Sons.
- Hoencamp, E. (2014). *Richtlijnen Psychofarmaca*. Den Haag: Parnassia Bavo Groep.
- Hwang, Y., Dixon, S., Reiss, J., Wald, R., Parikh, C., Gandhi, S., et al. (2014). Atypical antipsychotic drugs and the risk for acute kidney injury and other adverse outcomes in older adults: a population-based cohort study. *Annals of Internal Medicine* , 242-248.
- Kleijer, B., Marum van, R., Egberts, A., Jansen, P., Frijters, D., Heerdink, E., et al. (2010). Het beloop van gedragsproblemen bij oudere verpleeghuispatiënten met dementie die worden behandeld met antipsychotica. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde* , 70-79.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet* , 483-488.

Maxwell, J. (1996). *Qualitative research design. An interactive approach. Applied Social Research Methods Series Volume 41*. London New Delhi: Sage Publications.

Merten, H. B., & Beek, M. (2007). *Dagelijkse bezetting van personeel en de kwaliteit van leven van bewoners met psychogeriatrische problemen*. Utrecht: Nivel.

Mishara, A., & Golberg, T. (2004). A meta-analysis and critical review of the effects of conventional neuroleptic treatment on cognition in schizo- phrenia: opening a closed book. *Biological Psychiatry* .

Moleman, P. (2009). *Praktische Psychofarmacologie*. Houten: Prelum Uitgevers.

Moons, K., & Burger, H. (2007). Designs voor observationeel onderzoek. In T. Plochg, R. Juttmann, N.

Klazinga, & J. Mackenbach, *Handboek gezondheidszorgonderzoek* (p. 96). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Morrens, M., & Dom, G. (2015). Voorschrijven van antipsychotica; landelijke vergelijking van de Belgische gewesten, 2004-2012. *Tijdschrift voor psychiatrie* , 161-170.

Nieuwboer, M., Manders, E., Uyen, J., Reinhoudt, M., Meerveld, J., Vugt de, M., et al. (2008). *Richtlijn: Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie*. Nijmegen: ZON-MW.

Nijk, R., Zuidema, S., & Koopmans, R. (2009). *Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing-home patients with dementia*. International Psychogeriatrics.

Ojik van, A., Jansen, P., Brouwers, J., & van Roon, E. (2012). *Antipsychotica, 'Geneesmiddelbeoordeling voor de kwetsbare oude patiënt in het Farmacotherapeutisch Kompas'*. Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie.

Patteet, L., Morrens, M., Maudens, K., Niemeegers, P., Sabbe, B., & Neels, H. (2012). Therapeutic Drug Monitoring of Common Antipsychotics. *Therapeutic Drug Monitoring* .

Philipsen, H., & Vernooij-Dassen, M. (2004). *Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend**. Huisartsen Wetenschap.

Plochg, T., Juttemann, R., Klazinga, N., & Mackenback, J. (2007). Kwalitatief onderzoek. In T. Plochg, R. Juttemann, N. Klazinga, & J. Mackenback, *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Rabins, P., & Lyketsos, C. (2005). *Antipsychotic drugs in dementia: What should be made of the risks?* Journal of the American Medical Association.

Rapoport, M., Mamdani, M., Shulman, K., Herrmann, N., & Rochon, P. (2005). Antipsychotic use in the elderly: shifting trends and increasing costs. *International Journal Of Geriatric Psychiatry* , 749-753.

Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). *Kwalitatief onderzoek*. Nijmegen: Institute for Computing and Information Sciences.

Schneider, L., Dagerman, K., & Insel, P. (2005). *Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. Los Angeles: Journal of the American Medical Association.

Smalbrugge, M., Boersma, F., Kleijer, B., Kok, R., Sival, R., Verburg, D., et al. (2008). *Richtlijn Probleemgedrag*. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen .

Stevenson, D., Decker, S., & Dwyer, L. (2010). Antipsychotic and benzodiazepine use among nursing home residents: Findings From the 2004 National Nursing Home Survey. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* .

Wetzel, C. G., Wilson, T. D., & Kort, J. (1981, 07). The halo effect revisited: Forewarned is not forearmed. *Journal of Experimental Social Psychology* , 4 (17), pp. 427–439.

Woods, D., Yefimova, M., & Brecht, M. (2014). *A Method for Measuring Person- Centered Interventions: Detecting and Characterizing Complex Behavioral Symptoms of Persons With Dementia*. Los Angeles: Department of Geriatrics and Psychiatry and Behavioral Sciences.

Wu, Y., Lai, C., & Chang, Y. (2015). *Antipsychotic polypharmacy among elderly patients with schizophrenia and dementia during hospitalization at a Taiwanese psychiatric hospital* (Vol. 15). Japan: Source of the Document Psychogeriatrics.

Zorg Onderzoek Nederland. (1998). *Programma Wetenschappelijke Kwaliteit van Gezondheidszorgonderzoek (WK-GZO)*. Den Haag: Zorg Onderzoek Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2015). *Antipsychotica*. Opgeroepen op 4 21, 2015, van Zorginstituut Nederland:
<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/inleidendeteksten/i/inl%20antipsychotica.asp>

BIJLAGEN

Bijlage 1. brief aan de respondenten

Enschede, ... 2015

Geachte (naam contactpersoon),

Wij, drie derdejaars studentes van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente, zijn bezig met een onderzoek wat betreft het voorschrijven en gebruiken van antipsychotica bij thuiswonende ouderen die thuiszorg ontvangen.

Wij zouden u willen vragen of u zou willen meewerken aan een interview aangaande dit onderwerp. Het interview zal ongeveer een half uur duren, en zal in de vorm van een aantal "open vragen" worden afgenomen. Deze vorm van vragen hebben wij bewust gekozen om u genoeg ruimte te geven om uit te kunnen drukken wat uw mening is over het onderwerp en in welke mate u dit belangrijk vindt voor u zelf en de zorg in het algemeen. Het interview draait in grote lijnen om de volgende onderwerpen:

1. Uw reden(en) van het gebruiken van antipsychotica
2. De mate waarin u antipsychotica voorschrijft
3. Uw opinie over het voorschrijven van antipsychotica

De interviews zullen worden afgenomen door ons, Jutine Bruijs, Emma van Geel en Liza Hoveling. Wij zouden het zeer op prijs stellen wanneer wij het gesprek mogen opnemen om het later uit te kunnen werken. Na de interviews zullen wij deze anonimiseren, dit wil zeggen dat uw naam niet zal worden opgenomen in de uiteindelijke verwerking in het onderzoek. Hierbij willen wij ook vermelden dat uw gegevens niet aan derden zullen worden verstrekt maar strikt vertrouwelijk door ons¹ behandeld zullen worden. U heeft de mogelijkheid ons te vragen om het transcript naar u toe te sturen en te controleren op onjuistheden. Het zou ons genoeg doen wanneer u ook een exemplaar van het definitieve verslag van ons onderzoek zou willen ontvangen. Wanneer ons project beëindigd is kunnen we, wanneer u daar prijs op stelt, de opnamen vernietigen.

Ons project kan alleen maar slagen wanneer u daar uw medewerking aan geeft. Het zou heel erg fijn zijn wanneer u een klein deel van uw kostbare tijd hieraan zou willen besteden!

Met vriendelijke groet,
Jutine Bruijs
Emma van Geel
Liza Hoveling

¹ Omdat wij in opdracht van de Universiteit Twente aan deze opdracht werken zullen wij onze begeleiders wel op de hoogte stellen van het plaatsvinden van de interviews maar ook hier zal uw naam niet vermeld worden en onze begeleiders behandelen uw antwoorden met dezelfde vertrouwelijkheid als wij dat doen.

Bijlage 2. Interview schema

Inleiding

1. ENQUÊTEUR: Noteer de datum en tijd (24 uursklok).

- A dag:
B maand:
C jaar: 2012
B uur:
E minuten:

[BEGIN MET JE VOORSTELLEN EN JE COLLEGEKAART OP TAFEL TE LEGGEN].

(lees voor): Mijn naam is en ik wil u graag in het kader van mijn studie vragen stellen over het gebruik van antipsychotica bij ouderen in een thuiswonende situatie.

(lees voor): Wanneer ik u vraag naar uw situatie, gaat het uitdrukkelijk om uw **PERSOONLIJKE SITUATIE**. Er zijn dus geen goede of foute antwoorden mogelijk. Het gaat om uw eerste spontane reactie en moet u niet te lang nadenken.

Ik wijs er nogmaals met nadruk op, dat de informatie die u verstrekt hoogst **VERTROUWELIJK** behandeld zal worden. Informatie zal ook nooit doorgegeven worden aan derden.

Het vraaggesprek zal ongeveer drie kwartier in beslag nemen. Ik zou in het interview de volgende drie onderdelen die alle drie ongeveer een kwartier zullen duren, met u bespreken:

- Als eerste begin ik met een algemene introductie.
- Daarna willen we met u in gesprek over het gebruik van antipsychotica
- Tenslotte willen we met u op een aantal onderwerpen uit de vragenlijst wat dieper ingaan. Dit geeft u ook de mogelijkheid om uw antwoorden waar nodig toe te lichten.

Om er zeker van te zijn dat we uw antwoorden goed overnemen zou ik het gesprek graag opnemen. Gaat u hiermee akkoord?

(Lees voor): Heeft u nog vragen?

Algemene vragen

Voordat ik begin met vragen over de antipsychotica wil ik eerst enkele achtergrondkenmerken noteren.

1. **[Noteer het geslacht van de geïnterviewde]**

Man	☐
Vrouw	☐

2. **Wat is uw leeftijd?**

	Jaar
----------------------	------

Mantelzorger/patiënten

Kunt u wat vertellen over uw ervaringen met gebruik van antipsychotica gebruik bij familielid [hier relatie met familielid/ of dhr/mw. XXX noemen]?

✓		Beschrijving
	Wat is de wijze van gebruik?	
	welk middel	
	hoe vaak	
	Wie voorgeschreven	
	Juist gebruik	
	Houding ten opzichte van gebruik	
	Waarom gebruikt u de medicijnen?	
	Voor welke klachten	
	Werkzaamheid	
	Wat zijn andere redenen voor gebruik	
	• Makkelijk in te nemen	
	• Arts wil het	
	• Druk vanuit verzorging	

	• Familie wil het	
	• Niet goed op de hoogte van bijwerkingen	
	• Verkeerde indicatie	
	Wat zijn voor u redenen om niet te gebruiken?	
	Bijwerkingen	
	• Wat is er bekend hierover	
	• Welke bijwerkingen komen voor	
	• Ervaringen	
	• Genoeg informatie	
	• Nadelen wegen op tegen voordelen van het middel	
	Wat zijn andere redenen om niet te gebruiken	
	• liever geen medicijnen slikken	
	• medicatiecombinatie	
	• verkeerde indicatie	
	• weinig informatie bekend	
	• Eerdere negatieve ervaringen	
	• Negatieve ervaringen omgeving	
	Wat gaat er goed bij het voorschrijven/gebruik?	
	Klachten verholpen	
	Voldoende informatie vooraf	
	Lukt om pillen altijd in te nemen	

	Familieleden goed betrokken	
	Genoeg hulp door professionals	
	• Informatie bij apotheek	
	• Informatie van de arts	
	• Toediening van de verzorgende	
	Wat gaat er niet goed bij het voorschrijven/gebruik?	
	Klachten niet verholpen	
	Niet voldoende informatie vooraf	
	Lukt niet om pillen altijd in te nemen	
	Familieleden niet betrokken	
	Patiënt niet goed betrokken	
	Geen hulp van professionals	
	• Geen informatie bij apotheek	
	• Geen informatie van de arts	
	• Geen toediening van de verzorgende	

	Wat is uw algemene mening wat betreft het gebruik/voorschrijven van antipsychotica	
--	---	--

Artsen

Kunt u wat vertellen over uw ervaringen bij het voorschrijven van antipsychotica voor demente thuiswonende patiënten?

✓	Beschrijving
Wat is de wijze van gebruik?	
welk middel	
hoe vaak	
Wie voorgeschreven	
Juist gebruik	
Houding ten opzichte van gebruik	
Waarom schrijft u de medicijnen voor?	
Voor welke klachten	
Werkzaamheid	
Volgens de indicatie	
Wat zijn andere redenen voor voorschrijven	
• Makkelijk in te nemen	

	• Professionals wil het	
	• Druk vanuit de patiënt zelf	
	• Druk vanuit familie	
	• Niet goed op de hoogte van bijwerkingen	
	• Verkeerde indicatie	
	Wat zijn voor u redenen om het niet voor te schrijven?	
	Bijwerkingen	
	• Wat is er bekend hierover	
	• Welke bijwerkingen komen vaak voor	
	• Ervaringen	
	• Genoeg informatie	
	• Nadelen wegen op tegen voordelen van het middel	
	Wat zijn andere redenen om niet voor te schrijven?	
	• liever geen medicijnen slikken	
	• medicatiecombinatie	
	• verkeerde indicatie	
	• weinig informatie bekend	
	• Eerdere negatieve ervaringen	
	• Negatieve ervaringen omgeving	
	Wat gaat er goed bij het voorschrijven?	
	Klachten verholpen	

	Voldoende informatie vooraf	
	Geen problemen met inname medicatie	
	Familieleden goed betrokken	
	Genoeg hulp door andere professionals	
	• Informatie bij apotheek	
	• Informatie van de arts	
	• Toediening van de verzorgende	
	Wat gaat er niet goed bij het voorschrijven?	
	Klachten niet verholpen	
	Niet voldoende informatie vooraf	
	Inname medicatie lukt niet	
	Familieleden niet betrokken	
	Patiënt niet goed betrokken	
	Geen hulp van andere professionals	
	• Geen informatie bij apotheek	
	• Geen informatie van de arts	

	• Geen toediening van de verzorgende	
	Wat is uw algemene mening wat betreft het gebruik/voorschrijven van antipsychotica	

verzorgende

Kunt u wat vertellen over uw ervaringen over <u>de behandeling van gedragsproblemen</u> bij demente thuiswonende patiënten?	
✓	Beschrijving
Welke behandelingen zijn volgens u passend bij gedragsproblemen?	
welke middelen, therapieën, interventies etc.	
hoe vaak	
Bij wie	
Hoe gebruiken	
Houding ten opzichte van gebruik	
Wat is uw algemene mening wat betreft het gebruik/voorschrijven van antipsychotica bij gedragsproblemen	
Doorvragen bij grote terughoudendheid bij gebruik van antipsychotica: zijn er bepaalde gevallen waarin deze middelen volgens u wel gebruikt moeten worden?	
Wat zijn voor u redenen dat de patiënt antipsychotica zou moeten gebruiken (wanneer	

	zou u bv. een huisarts of andere betrokkene hierom vragen/hierop attenderen)?	
	Voor welke klachten	
	Werkzaamheid	
	Volgens de indicatie	
	Wat zijn andere redenen voor voorschrijven	
	• Makkelijk in te nemen	
	• Professionals wil het	
	• Druk vanuit de patiënt zelf	
	• Druk vanuit familie	
	• Niet goed op de hoogte van bijwerkingen	
	• Verkeerde indicatie	
	Wat zijn voor u redenen dat de patiënt geen antipsychotica zou moeten gebruiken (of om het betrokkenen af te raden)?	
	Bijwerkingen	
	• Wat is er bekend hierover	
	• Welke bijwerkingen komen vaak voor	
	• Ervaringen	
	• Genoeg informatie	

	• Nadelen wegen op tegen voordelen van het middel	
	Wat zijn andere redenen om niet voor te schrijven?	
	• liever geen medicijnen slikken	
	• medicatiecombinatie	
	• verkeerde indicatie	
	• weinig informatie bekend	
	• Eerdere negatieve ervaringen	
	• Negatieve ervaringen omgeving	
	Wat zijn uw ervaringen wanneer antipsychotica gebruikt (moeten) worden?	
	Positief	
	Klachten verholpen	
	Voldoende informatie vooraf	
	Geen problemen met inname medicatie	
	Familieleden goed betrokken	
	Genoeg hulp door andere professionals	
	• Informatie bij apotheek	
	• Informatie van de arts	
	• Toediening van de verzorgende	

	Negatief	
	Klachten niet verholpen	
	Niet voldoende informatie vooraf	
	Inname medicatie lukt niet	
	Familieleden niet betrokken	
	Patiënt niet goed betrokken	
	Geen hulp van andere professionals	
	• Geen informatie bij apotheek	
	• Geen informatie van de arts	
	• Geen toediening van de verzorgende	

Afsluiting.

Lees voor: Dit is het laatste gedeelte van het interview. Hier willen we u de ruimte geven voor het maken van opmerkingen die u van belang acht over het gebruik en/of het voorschrijven van antipsychotica

Wilt u nog opmerkingen maken met betrekking tot het interview?

IK WIL U GRAAG HARTELIJK BEDANKEN VOOR DIT INTERVIEW! WIJ STUREN U NA AFLOOP VAN HET ONDERZOEK HET ONDERZOEKSVERSLAG OP.

ENQUÊTEUR: Noteer de tijd (24-uursklok). Interview geëindigd om:

A uur:

B minuten:

(Noteer voor ons het adres waar het verslag naar toe moet)

Bijlage 3. Codeertabel

Categorie	Subcategorie	Label	Uitleg
Er zijn omstandigheden die aanleiding zijn voor gebruik van antipsychotica	Voorschrijven gebeurt alleen in bijzondere situaties	IND	Ik schrijf voor bij onrust in de omgeving van de patiënt (H1: r.42, r.45, r.62) (H2: r.16, r.32, r.77)
		SIT	Voorschrijven bij verstoord dag-nachtritme, om het mensen naar hun zin te houden (H2: r.15) (H3/4: r.33, r.39) (T2/3: r.92, r.99) (T4/5: r.460) (T7: r.51)
		RED	Om deze redenen schrijf ik antipsychotica voor (spoken 's nachts, vraag ernaar, overdag onrustig, delirant beeld, al het hele leven gebruik maakt van antipsychotica, toenemende verwardheid) (H1: r.15, r.50, r.80, r.97, r.113) (H2: r.23, r.67) (H3/4: r.11, r.25, r.28, r.45, r.52, r.87, r.159, r.178) (T1: r.272, r.367) (T7: r.108)
		KOM	Bij klachten vanuit de omgeving van de cliënt/patiënt schrijf ik antipsychotica voor (Agressie, andere aandoeningen die voor onrust zorgen, aanhoudende onrust, overal plassen, kwaadheid, dingen van vroeger komen boven, somatische klachten) (H1: r.116) (H2: r.34, r.37) (M: r.31, r.53, r.93, r.114, r.126, r.221, r.249) (T2/3: r.203, r.206) (T4/5: r.29, r.143) (T7: r.24 r.34)
		MOT	Mijn motivatie om antipsychotica voor te schrijven (verhuizing, ziekenhuis, verandering van gedrag) (H1: r.46) (T1: r.264, r.486) (T4/5: r.350)
Er zijn omstandigheden/redenen die gebruik van antipsychotica tegengaan/waarbij	Er is druk van anderen bij het voorschrijven van antipsychotica	VOD	Ik ervaar druk tot het voorschrijven van antipsychotica door mantelzorger/arts/thuiszorgprofessionals (H1: r.164) (H2: r.81, r.84, r.86, r.206) (H3/4: r.46, r.56) (T1: r.229) (T2/3: r.128) (T4/5: r.128) (T6: r.78, r.107, r.139) (T7: r.135)
	Redenen tot niet voorschrijven van	NAV	Ik schrijf/dien antipsychotica niet voor/toe in deze situaties (slikproblemen, liever geen medicatie slikken, contraindicaties) (H2: r.116, r.139, r.146) (T1: r.556, r.559)

andere oplossingen worden gekozen	antipsychotica zijn		
		ANM	Ik maak gebruik van andere middelen dan antipsychotica (Zoals plastabletten, bloedverdunners, suikermedicatie, seresta, diazepam, cholesterolverlagers, antibiotica) (H2: r.75) (M: r.135) (T1: r.95, r.215) (T2/3: r.64, r.70 r.90) (T4/5: r.83, r.90, r.159, r.331) (T7: r.53, r.71)
		OPN	Als het gedrag niet meer te handhaven is met antipsychotica is dit een reden tot (crisis) opname (H2: r.144) (T1: r.702) (T2/3: r.173) (T6: r.27, r.167) (T7: r.35, r.87, r.183, r.321, r.370)
	Negatieve houding ten opzichte van antipsychotica	ATT-	Ik heb een negatieve houding ten opzichte van het gebruiken van antipsychotica als behandeling van gedragsproblemen (T1:r.204, r.206) (T2/3: r.66, r.90, r.103) (T4/5: r.69, r.176) (T6: r.38, r.42, r.54, r.57, r.126, r.156) (T7: r.62)
	Positieve houding ten opzichte van andere vormen van behandeling	AVZ	Ik merk dat cliënten/patiënten baat hebben bij een andere vorm van zorg bij behandeling gedragsproblemen (meer structuur, zorgboerderij, dagbehandeling, sociaal netwerk) (M: r.61) (T1: r.151, r.157, r.244, r.267) (T2/3: r.108, r.142, r. 145) (T4/5: r.17, r.169, r.361) (T7: r.68, r.307)
		PSY	Ik acht het gebruiken van psychosociale interventies of psycho-educatie als behandeling van groot belang (H3/4: r.67, r.80, r.196) (T4/5: r.25, r.108) (T6: r.63)
Keuzen rond antipsychotica die kans op bijwerkingen verminderen	Dit middel gebruik ik bij de behandeling	MID	Ik schrijf/dien altijd Haldol, Exelon, niks, paracetamol voor/toe (H1: r.15, r.18, r.75) (H2: r.26) (H3/4: r.18) (M: r.84) (T1: r.126, r.274) (T2/3: r.59) (T4/5: r.146, r.311) (T6: r.65) (T7: r.40)
	Kort voorschrijven	GEM	De duur van het gebruik van het middel is nooit langer dan nodig (H1: r.27) (H3/4: r.26) (M: r.51) (T1: r.87, r.420, r.517) (T4/5: r.136) (T6: r.31) (T7: r.95)
		CON	Ik controleer de cliënt/patiënt regelmatig bij gebruik van

			antipsychotica (H1: r.66) (M: r.45, r.77, r.206) (T1: r.523) (T2/3: r.82)
		TOP	Ik heb goed/wel toezicht op het gebruik/werking van antipsychotica als behandeling (H3/4: r.120, r.126) (T1: r.449, r.462, r.574) (T2/3: r.72) (T7: r.124, r.335, r.340)
De manier van voorschrijven is door de huisarts of door de psychiater		VOO	De huisarts of psychiater schrijft het middel voor (H1: r.18) (H2: r.41) (M: r.12, r.39) (T4/5: r.282) (T6: r.46)
		VOR	De antipsychotica wordt voorgeschreven in druppels/tabletjes (H1: r.16, r.19, r.8) (H2: r.46, r.174) (H3/4: r.116) (M: r.17, r.96)
Er is sprake van weinig voorschrijven van antipsychotica		FREQ-	Ik gebruik antipsychotica niet/weinig als behandeling (H1: r.13, r.23) (H2: r.28, r.29) (H3/4: r.14, r.49, r.88) (T7: r.102)
Merkbare positieve effecten van antipsychotica	De werkzaamheid van het middel is	WKZ	Ik merk dat het middel werkt bij cliënten/patiënten (H1: r.40, r.52) (H2: r.72) (T4/5: r.218, r.371) (T6: r.125) (T7: r.114)
		VHK	Ik merk dat klachten worden verholpen door het gebruik van antipsychotica (H1: r.128, r.152) (H2: r.150) (M: r.15, r.23) (T1: r.584) (T7: r.172, r.269)
Merkbare negatieve effecten van antipsychotica		ERB	Mijn ervaring met bijwerkingen van antipsychotica (van streek raken, niet meer weten waar ze zijn, vermoeidheid, suf zijn) (H1: r.73, r.92) (H2: r.121) (H3/4: r.47) (M: r.89, r.133) (T1: r.92, r.143, r.212, r.425) (T4/5: r.323) (T6: r.164) (T7: r.55, r.58, r.155)
	Mijn ervaringen met antipsychotica zijn	ERA	Mijn algemene ervaring met het gebruiken van antipsychotica als behandeling (toestanden 's nachts, onhandelbaar thuis, beter niet voorschrijven) (H1: r.107) (H2: r.171) (H3/4: r.155) (M: r.172) (T1: r.14, r.571, r.689) (T4/5: r.460) (T6: r.48)
		NEG	Mijn negatieve ervaringen met het gebruik van antipsychotica als behandeling van gedragsproblemen (Uitspugen van medicatie, medicijnen laten staan, sloom worden, te snel voorgeschreven, agressie, men wordt ander persoon, medicatie die niet samengaan, men eet het als snoepjes,

			ernstige slaap en bijna niet meer wakker te krijgen) (H2: r.11, r.55, r.64) (H3/4: r.112) (M: r.28, r.92, r.183) (T1: r.138, r.227, r.312, r.335, r.390, r.406, r.428, r.479, r.495, r.510) (T4/5: r.14, r.45, r.98, r.162, r.230, r.278)
		POS	Mijn positieve ervaringen met het gebruik van antipsychotica als behandeling van gedragsproblemen (Problemen werden verholpen) (H1: r.121, r.124, r.127, r.135) (M: r.247) (T1: r.582) (T4/5: r.221)
		EGM	Mijn eigen mening over het gebruik van antipsychotica als behandeling voor gedragsproblemen (Antipsychotica worden veel te snel voorgeschreven door huisartsen en psychologen) (H1: r.181) (H2: r.91, r.94, r.108, r.197) (H3/4: r.167) (T1: r.207) (T4/5: r.80, r.182, r.191, r.197, r.209, r.306, r.439, r.496, r.525) (T6: r.95, r.174) (T7: r.378)
		ATT+	Ik heb een positieve houding ten opzichte van het gebruiken van antipsychotica als behandeling gedragsproblemen (T4/5: r.247, r.250) (T7: r.350)
De informatievoorziening rondom antipsychotica gebruik is goed zowel van de patiënt naar de zorgverlener als van de zorgverlener naar de patiënt	Gebruiksfrequentie leg ik uit	FREQ	Het is duidelijk hoe vaak het middel moet worden ingenomen (H1: r.30) (H2: r.30) (M: r.21)
	Het toezicht op gebruik van antipsychotica is	TON	Ik heb slecht/geen toezicht op het gebruik/werking van antipsychotica als behandeling (H1: r.30) (H2: r.50) (T4/5: r.270, r.286)
		INF+	Ik ervaar de informatievoorziening van/door artsen/thuiszorg/mantelzorg als wel/goed aanwezig (H1: r.64) (H2: r.61, r.163, r.181, r.217) (H3/4: r.123, r.152) (T1: r.236, r.442, r.545) (T6: r.178) (T7: r.142)
		VIF	Ik vertrouw op informatie geleverd door derden (H1: r.69)

	Ik licht betrokkenen genoeg in over de behandeling	BVP	Ik betrek de patiënt/mantelzorger bij de behandeling (H1: r.167) (H2: 188) (M: r.74) (T1: r.17) (T4/5: r.390) (T7: r.217)
		INS	Ik instrueer hoe het middel gebruikt dient te worden (H1: r.25) (H2: r.60)
		BET	Ik merk dat mantelzorgers/familie betrokken zijn bij de behandeling (H1: r.137) (T1: r.352, r.609) (T6: r.188) (T7: r.206)
Kennis over antipsychotica is goed	Ik ben goed/slecht ingelicht over de werking van antipsychotica	RIS	Ik weet wat de risico's zijn die zich kunnen voordoen bij het gebruiken van antipsychotica (H2: r.118) (H3/4: r.90, r.91) (T2/3: r.83) (T4/5: r.71, r.132) (T6: r.153)
		ERK	Mijn ervaring met informatievoorziening van/door derden m.b.t. gebruik antipsychotica (scholingen via de Posten) (H2: r.130) (T1: r.175, r.175)
Informatievoorziening is niet goed		INF-	Ik ervaar de informatievoorziening van/door artsen/thuiszorg/mantelzorg als niet/slecht aanwezig (H1: r.38, r.132) (H2: r.128, r.159) (M: r.131, r.143) (T1: r.642) (T6: 146) (T7: r.191, r.281)
Er is een goede samenwerking binnen het zorgpad voor behandeling met antipsychotica	Ik betrek de patiënt en betrokkenen van de patiënt in het zorgpad	SDM	Ik doe aan shared decision making binnen het zorgpad (H1: r.103) (T6: r.85)
	Ik betrek andere zorgverleners in het zorgpad	SAP	Ik werk samen met andere zorgprofessionals binnen het zorgpad (H1: r.157, r.170, r.175, r.183) (H2: r.124, r.201, r.221) (M: r.37, r.41, r.238) (T1: r.321, r.664) (T2/3: r.43, r.106) (T4/5: r.400) (T6: r.19, r.193) (T7: r.175, r.236, r.273)
		COA	Ik werk samen/heb contact met apotheek (H1: r.146) (H2: r.155, r.178) (H3/4: r.142) (M: r.202) (T1: r.445) (T4/5: r.346, r.354) (T6: r.201) (T7: r.242)
	Ik word ondersteund door andere	OAP	Ik ervaar ondersteuning van andere (zorg)professionals bij de behandeling (H1: r.141, r.143) (H2: r.57, r.102) (M:

	zorgverleners in het zorgpad		r.185, r.187) (T1: r.323) (T2/3: r.119, r.184)
Verwachte toename van antipsychotica gebruik	Door veranderingen in de zorg veranderen mijn werkzaamheid en met betrekking tot deze doelgroep ook	EFB	Ik merk dat er door bezuinigingen in de zorg minder geld beschikbaar is voor juiste vorm van zorg (H2: r.54, r.176) (H3/4: r.172) (T1: r.741) (T2/3: r.112) (T6: r.221) (T7: r.361)
		VEZ	Ik merk dat door veranderingen in de zorg (verschuiving AWBZ naar WMO) het wordt bemoeilijkt de juiste behandeling te geven (T1: r.729) (T4/5: r.40, r.299) (T6: r.212)
		TOE	Ik merk een toename van het aantal voorschriften van antipsychotica als behandeling voor gedragsproblemen (H2: r.13)
		GEV	Antipsychotica zal meer worden voorgeschreven (T4/5: r.76)

Bijlage 4. resultaten tabel per categorie en totaal

Mantelzorgers		Huisartsen		Thuiszorgspecialisten		Totaal	
Label	Aantal	Label	Aantal	Label	Aantal	Label	Aantal
IND	0	IND	6	IND	0	IND	6
SIT	0	SIT	4	SIT	2	SIT	6
RED	0	RED	17	RED	3	RED	20
KOM	7	KOM	3	KOM	6	KOM	16
MOT	0	MOT	1	MOT	3	MOT	4
VOD	0	VOD	7	VOD	5	VOD	12
NAV	0	NAV	3	NAV	1	NAV	4
ANM	1	ANM	1	ANM	11	ANM	13
OPN	0	OPN	1	OPN	9	OPN	10
ATT-	0	ATT-	0	ATT-	14	ATT-	14
AVZ	1	AVZ	0	AVZ	12	AVZ	13
PSY	0	PSY	3	PSY	3	PSY	6
MID	1	MID	5	MID	7	MID	13
GEM	2	GEM	2	GEM	6	GEM	10
CON	3	CON	1	CON	2	CON	6
TOP	0	TOP	2	TOP	7	TOP	9
VOO	2	VOO	2	VOO	2	VOO	6
VOR	2	VOR	6	VOR	3	VOR	11
FREQ-	0	FREQ-	7	FREQ-	1	FREQ-	8
WKZ	0	WKZ	4	WKZ	4	WKZ	8
VHK	2	VHK	3	VHK	3	VHK	8
ERB	2	ERB	4	ERB	9	ERB	15
ERA	1	ERA	3	ERA	5	ERA	9
NEG	3	NEG	4	NEG	16	NEG	23
POS	1	POS	4	POS	2	POS	7
EGM	0	EGM	6	EGM	13	EGM	19
ATT+	0	ATT+	0	ATT+	3	ATT+	3

FREQ	1	FREQ	2	FREQ	0	FREQ	3
TON	0	TON	2	TON	2	TON	4
INF+	0	INF+	8	INF+	2	INF+	10
VIF	0	VIF	1	VIF	0	VIF	1
BVP	1	BVP	2	BVP	3	BVP	6
INS	0	INS	2	INS	0	INS	2
BET	0	BET	1	BET	4	BET	5
RIS	0	RIS	3	RIS	4	RIS	7
ERK	0	ERK	1	ERK	2	ERK	3
INF-	2	INF-	3	INF-	3	INF-	8
SDM	0	SDM	1	SDM	1	SDM	2
SAP	2	SAP	7	SAP	10	SAP	19
COA	1	COA	4	COA	5	COA	10
OAP	2	OAP	4	OAP	3	OAP	9
EFB	0	EFB	3	EFB	4	EFB	7
VEZ	0	VEZ	0	VEZ	4	VEZ	4
TOE	0	TOE	1	TOE	0	TOE	1
GEV	0	GEV	0	GEV	1	GEV	1

Bijlage 5. Tabellen van codes per interview

Huisarts 1		Huisarts 2		Huisarts 3-4		Mantelzorger 1	
Label	Aantal	Label	Aantal	Label	Aantal	Label	Aantal
IND	3	IND	3	IND	0	IND	0
SIT	0	SIT	1	SIT	2	SIT	0
RED	5	RED	3	RED	8	RED	0
KOM	1	KOM	2	KOM	0	KOM	7
MOT	1	MOT	0	MOT	0	MOT	0
VOD	1	VOD	4	VOD	2	VOD	0
NAV	0	NAV	3	NAV	0	NAV	0
ANM	0	ANM	1	ANM	0	ANM	1
OPN	0	OPN	1	OPN	0	OPN	0
ATT-	0	ATT-	0	ATT-	0	ATT-	0
AVZ	0	AVZ	0	AVZ	0	AVZ	1
PSY	0	PSY	0	PSY	3	PSY	0
MID	3	MID	1	MID	1	MID	1
GEM	1	GEM	0	GEM	1	GEM	2
CON	1	CON	0	CON	0	CON	3
TOP	0	TOP	0	TOP	2	TOP	0
VOO	1	VOO	1	VOO	0	VOO	2
VOR	3	VOR	2	VOR	1	VOR	2
FREQ-	2	FREQ-	2	FREQ-	3	FREQ-	0
WKZ	2	WKZ	1	WKZ	0	WKZ	0
VHK	2	VHK	1	VHK	0	VHK	2
ERB	2	ERB	1	ERB	1	ERB	2
ERA	1	ERA	1	ERA	1	ERA	1
NEG	0	NEG	3	NEG	1	NEG	3
POS	4	POS	0	POS	0	POS	1
EGM	1	EGM	4	EGM	1	EGM	0
ATT+	0	ATT+	0	ATT+	0	ATT+	0

FREQ	1	FREQ	1	FREQ	0	FREQ	1
TON	1	TON	1	TON	0	TON	0
INF+	1	INF+	4	INF+	2	INF+	0
VIF	1	VIF	0	VIF	0	VIF	0
BVP	1	BVP	1	BVP	0	BVP	1
INS	1	INS	1	INS	0	INS	0
BET	1	BET	0	BET	0	BET	0
RIS	0	RIS	1	RIS	2	RIS	0
ERK	0	ERK	1	ERK	0	ERK	0
INF-	2	INF-	2	INF-	0	INF-	2
SDM	1	SDM	0	SDM	0	SDM	0
SAP	4	SAP	3	SAP	0	SAP	2
COA	1	COA	2	COA	1	COA	1
OAP	2	OAP	2	OAP	0	OAP	2
EFB	0	EFB	2	EFB	1	EFB	0
VEZ	0	VEZ	0	VEZ	0	VEZ	0
TOE	0	TOE	1	TOE	0	TOE	0
GEV	0	GEV	0	GEV	0	GEV	0

Thuiszorg 1		Thuiszorg 2-3		Thuiszorg 4-5		Thuiszorg 6	
Label	Aantal	Label	Aantal	Label	Aantal	Label	Aantal
IND	0	IND	0	IND	0	IND	0
SIT	0	SIT	0	SIT	1	SIT	0
RED	2	RED	0	RED	0	RED	0
KOM	0	KOM	2	KOM	2	KOM	0
MOT	2	MOT	0	MOT	1	MOT	0
VOD	1	VOD	1	VOD	1	VOD	1
NAV	1	NAV	0	NAV	0	NAV	0
ANM	2	ANM	3	ANM	4	ANM	0
OPN	1	OPN	1	OPN	0	OPN	2
ATT-	2	ATT-	3	ATT-	2	ATT-	6
AVZ	4	AVZ	3	AVZ	3	AVZ	0
PSY	0	PSY	0	PSY	2	PSY	1
MID	2	MID	1	MID	2	MID	1
GEM	3	GEM	0	GEM	1	GEM	1
CON	1	CON	1	CON	0	CON	0
TOP	3	TOP	1	TOP	0	TOP	0
VOO	0	VOO	0	VOO	1	VOO	1
VOR	3	VOR	0	VOR	0	VOR	0
FREQ-	0	FREQ-	0	FREQ-	0	FREQ-	0
WKZ	0	WKZ	0	WKZ	2	WKZ	1
VHK	1	VHK	0	VHK	0	VHK	0
ERB	4	ERB	0	ERB	1	ERB	1
ERA	3	ERA	0	ERA	1	ERA	1
NEG	10	NEG	0	NEG	6	NEG	0
POS	1	POS	0	POS	1	POS	0
EGM	1	EGM	0	EGM	9	EGM	2
ATT+	0	ATT+	0	ATT+	2	ATT+	0

FREQ	0	FREQ	0	FREQ	0	FREQ	0
TON	0	TON	0	TON	2	TON	0
INF+	0	INF+	0	INF+	0	INF+	1
VIF	0	VIF	0	VIF	0	VIF	0
BVP	1	BVP	0	BVP	1	BVP	0
INS	0	INS	0	INS	0	INS	0
BET	2	BET	0	BET	0	BET	1
RIS	0	RIS	1	RIS	2	RIS	1
ERK	2	ERK	0	ERK	0	ERK	0
INF-	0	INF-	0	INF-	0	INF-	1
SDM	0	SDM	0	SDM	0	SDM	1
SAP	2	SAP	2	SAP	1	SAP	2
COA	1	COA	0	COA	2	COA	1
OAP	1	OAP	2	OAP	0	OAP	0
EFB	1	EFB	1	EFB	0	EFB	1
VEZ	1	VEZ	0	VEZ	2	VEZ	1
TOE	0	TOE	0	TOE	0	TOE	0
GEV	0	GEV	0	GEV	1	GEV	0

Thuiszorg 7

Label	Aantal
IND	0
SIT	1
RED	1
KOM	2
MOT	0
VOD	1
NAV	0
ANM	2
OPN	5
ATT-	1
AVZ	2
PSY	0
MID	1
GEM	1
CON	0
TOP	3
VOO	0
VOR	0
FREQ-	1
WKZ	1
VHK	2
ERE	3
ERA	0
NEG	0
POS	0
EGM	1
ATT+	1

FREQ	0
TON	0
INF+	1
VIF	0
BVP	1
INS	0
BET	1
RIS	0
ERK	0
INF-	2
SDM	0
SAP	3
COA	1
OAP	0
EFB	1
VEZ	0
TOE	0
GEV	0

