

GIP-28

Handleiding

Inhoud

	GIP-28	I
1	Inleiding	3
1.1	Algemene omschrijving	3
1.2	GIP-28 als aanvulling op de GIP	4
1.3	Doelgroepen	4
1.4	Toepassingsmogelijkheden	4
1.5	De GIP-28 als onderdeel van de vragenlijst 'Vroeg-signalering door gedragsobservatie' (VGSO)	5
2	Schalen van de GIP-28	6
2.1	Apathie	6
2.2	Cognitie	7
2.3	Affect	8
3	Afname, score en interpretatie	10
3.1	Afname	10
3.2	Instructie voor de observator	10
3.3	Scoring	11
3.4	Interpretatie	11
4	Ontwikkeling van de GIP-28	13
4.1	Methode	14
4.2	Resultaten	15
4.2.1	Factoranalyse en constructie van subschalen	16
4.2.2	Onderscheidend vermogen	18
5	Literatuur	20

1.1 Algemene omschrijving

De GIP-28 is een verkorte versie van de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP) en bruikbaar voor het efficiënt in kaart brengen van gedragsproblemen die het gevolg zijn van cognitieve stoornissen en stemmingsproblemen bij ouderen. De methode is die van gedragsobservatie in de dagelijkse institutionele leefsituatie. Voordeel is enerzijds dat de oudere zelf hiervan geen enkele hinder ondervindt, en anderzijds dat er systematisch gebruik wordt gemaakt van de informatie waarover de observatoren beschikken. De observatoren zijn veelal ziekenverzorgenden, verpleegkundigen of activiteitenbegeleid(st)ers.

De vragenlijst bestaat uit drie schalen, die zijn geconstrueerd in een onderzoek bij een populatie van met name verpleeghuispatiënten en ouderen die waren opgenomen in de ouderenpsychiatrie (De Jonghe et al., 1997).

De drie schalen zijn:

- apathie (9 items);
- cognitie (9 items);
- affect (10 items).

De antwoordcategorieën geven de frequentie aan waarmee het gedragsprobleem geobserveerd is. De antwoordmogelijkheden variëren op een 4-puntsschaal in frequentie waarin het gedrag zich voordoet, en dienen op basis van het geobserveerde gedrag te worden beantwoord. Hoe hoger de schaalscore, des te meer problemen er bij de bewoner zijn waargenomen. De schalen vertonen voldoende interne consistentie. Cronbach's alpha voor apathie is 0,83, voor cognitie 0,78 en voor affect 0,75 (De Jonghe et al., 1997). Het onderscheidend vermogen van de schalen bij patiënten in verschillende instellingen en met verschillende aandoeningen is eveneens bevredigend.

1.2 GIP-28 als aanvulling op de GIP

Gedragsobservatieschalen worden veelal toegepast bij het evalueren van behandelinterventies, het beschrijven van patiëntenpopulaties of ter ondersteuning van de klinische diagnostiek. Naarmate de schaal omvangrijker is, duurt het invullen meestal langer. Indien de beschikbare tijd beperkt is of als meerdere personen worden beoordeeld, biedt een beknopt meetinstrument uitkomst. In het Nederlandse taalgebied zijn verscheidene gedragsobservatieschalen voorhanden, waaronder de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric. De GIP wordt vaak door verpleegkundigen gebruikt en beschrijft de ernst van uiteenlopende problemen op het gebied van gedrag, cognitie en affect bij oudere patiënten. Factoranalyse heeft aangetoond dat de omvangrijke lijst van observatie-items uit de GIP op enkele basale gedragsdimensies berust. Het scoren van de GIP neemt tien tot vijftien minuten in beslag. De GIP-28 bevat enkele vragen uit iedere subschaal van de GIP en richt zich op in totaal 28 gedragingen. Daarom is de verkorte versie van de GIP een zeer praktische aanvulling op de reeds bestaande GIP. Met deze verkorte versie kan binnen zeer korte tijd (minder dan vijf minuten) een indruk worden gevormd van verschillende cognitieve en niet-cognitieve probleemgebieden. Met name op dit laatste punt is de relatieve meerwaarde van de GIP ten opzichte van enkele andere observatieschalen aangetoond.

1.3 Doelgroepen

Er zijn verschillende normgegevens beschikbaar. Er kan gekozen worden uit normen gebaseerd op gegevens verzameld in de volgende settings: psychogeriatrisch (pg) verpleeghuis ($n = 678$), pg-dagbehandeling ($n = 206$), substitutieproject ($n = 415$), somatisch verpleeghuis ($n = 289$), opname psychiatrie ($n = 494$), pg in opname psychiatrie ($n = 126$).

1.4 Toepassingsmogelijkheden

De GIP-28 is een snel screeningsinstrument (de afname duurt vijf minuten) voor het vaststellen van cognitieve en psychiatrische problemen bij ouderen. De lijst kan worden ingevuld door psychologen, (psychiatrisch) verpleegkundigen en ziekenverzorgenden die de oudere goed hebben kunnen observeren. Er zijn verschillende toepassingen mogelijk:

- Vaststellen of er afwijkend gedrag is dat mogelijk aanleiding geeft tot verder onderzoek.
- Ondersteuning bij beslissingen over ouderen, bijvoorbeeld over de wijze van verzorging, therapie of doorverwijzing.
- Het beloop in de tijd vastleggen.
- Het effect van behandeling of therapie kunnen vaststellen.

1.5 De GIP-28 als onderdeel van de vragenlijst 'Vroegsignalering door gedragsobservatie' (VGSO)

De GIP-28 maakt deel uit van een screeningsinstrument, de Vroegsignalering door gedragsobservatie (VGSO), voor verzorgingshuizen. Deze vroegsignaleringslijst bevat naast de GIP-28 vier complete schalen uit de GIP, te weten achterdocht, zwaarmoedigheid, afhankelijkheid en angst. De vroegsignaleringslijst bevat in totaal 44 vragen. VGSO is een projectmatige systematische aanpak waarmee vroegsignalering in een verzorgingshuis gerealiseerd kan worden. Het vroegsignaleringsproject bestaat uit de volgende onderdelen:

- *Cursus voor verzorgenden.* De verzorgers krijgen een training in het observeren van gedrag.
- *Screening van alle bewoners.* Dit gebeurt tweemaal per jaar. Gedurende een afgesproken periode observeert een tweetal verzorgenden enkele bewoners. Deze verpleegkundigen vullen de vragenlijst samen in. Zo worden alle bewoners jaarlijks systematisch beoordeeld.
- *Signaleringsgesprek.* In een gesprek tussen hulpverleners, verzorgers en eventueel de arts of psycholoog worden de bevindingen besproken en eventuele verdere acties gepland.
- *Bewoner informeren.* De uitkomsten van het signaleringsgesprek worden met de bewoner of zijn/haar naasten besproken.
- *Dossievorming.* De scores worden toegevoegd aan het dossier van de bewoner.

Voor meer informatie over VGSO zie <http://testweb.bsl.nl/vroegsignalering/>.

De GIP-28 bestaat uit drie schalen, die zijn geconstrueerd in eerder onderzoek bij een populatie van met name verpleeghuispatiënten en ouderen die waren opgenomen in de ouderenpsychiatrie (De Jonghe et al., 1997).

De drie schalen zijn:

- *apathie*. Deze schaal bestaat uit 9 items, die verwijzen apathisch gedrag, gebrek aan aandacht en/of bewustzijnsverlaging.
- *cognitie*. Deze schaal bestaat uit 9 items, die verwijzen naar oriëntatie- en geheugenproblemen.
- *affect*. Deze schaal bestaat uit 10 items, die verwijzen naar onder andere rusteloosheid, angst en somberheid.

De verschillende gedragstypen bij de drie schalen van de GIP-28 en de daarvan deel uitmakende GIP-schalen staan in de drie volgende paragrafen beschreven.

2.1 Apathie

Mensen die hoog scoren op de schaal apathie, vertonen met name sociaal terugtrekgedrag en ongevoeligheid voor psychische prikkels. Zij nemen minder initiatief, hun zelfzorg neemt af en zij zijn overdag minder 'helder'. Deze gedragskenmerken worden vooral gezien als er sprake is van ernstige cognitieve stoornissen.

Apathie is een combinatie van items uit de GIP-schalen apathisch gedrag, niet-sociaal gedrag, bewustzijnsstoornissen en decorumverlies.

Apathisch gedrag

Apathisch gedrag uit zich in sociale teruggetrokkenheid, gebrek aan interesse in activiteiten of personen en onverschilligheid voor de aanwezigheid van anderen.

Niet-sociaal gedrag

Met niet-sociaal gedrag wordt bedoeld het ontbreken van gedrag dat gericht is op anderen en op het vermijden van contacten of omgang met anderen. Vermindering van contacten of zelfs totale zelfisolering komen in de psychogeriatric met grote regelmaat voor.

Bewustzijnsstoornissen

Bewustzijnsstoornissen zijn veranderingen in het bewustzijnsniveau waardoor niet, verminderd, vertraagd of abnormaal wordt gereageerd op de omgeving. Hieronder vallen ook bewustzijnsvernaauwing, bewustzijnsverlaging of bewustzijnsschommelingen.

Decorumverlies

Bij decorumverlies gaat het om gedragingen die door anderen als onfatsoenlijk worden beschouwd, of om een soort schaamteloosheid in gedrag en voorkomen. Daarbij gaat het om verlies aan correctheid in kleding of bevuilen ervan, een verlies van sociale gevoeligheid in het spraakgebruik of het maken van ongepaste gebaren en geluiden.

2.2 Cognitie

Mensen die hoog scoren op de schaal cognitie, zijn mogelijk geheugengestoord. De schaal cognitie wordt gevormd door een combinatie van items uit de GIP-schalen incoherent gedrag, geheugenstoornissen, gedesorienteerd gedrag en zinloos repetitief gedrag.

Incoherent gedrag

Incoherent gedrag is een uiting van psychische verwardheid die in meer of mindere mate kan voorkomen, maar soms ook geheel ontbreekt. In het dementiële beeld hoort het zeker thuis. Een belangrijk aspect van verwardheid, gedachtestoornissen of denkstoornissen valt voornamelijk indirect te observeren, bijvoorbeeld in het spraaktempo of door incoherente spraak.

Geheugenstoornissen

Op het eerste gezicht lijken geheugenstoornissen zich niet bijzonder te lenen voor detectie door middel van observatie, maar het blijkt toch goed mogelijk uit het dagelijkse gedrag van de bewoner een eerste signaal van geheugenproblemen te herkennen. Denk hierbij aan het vergeten van namen en afspraken of het niet herkennen van de woonomgeving of het vergeten in welke context men zich bevindt.

Gedesoriënteerd gedrag

Desoriëntatie wordt bij een psychogeriatrische populatie zeer frequent aangetroffen. Hierbij worden drie vormen onderscheiden: desoriëntatie in tijd, in plaats en in persoon.

Zinloos repetitief gedrag

Het zinloos herhalen van bepaalde bewegingen of uitingen die geen duidelijke functie hebben, zoals het plukken aan de kleding, handenwrijven of zinloze verbale uitingen.

2.3 Affect

Iemand met een hoge score op de schaal affect, zal somber en angstig gedrag vertonen. Mogelijk speelt ook achterdocht een rol of stelt men zich zeer afhankelijk op ten opzichte van een verzorgende. Deze schaal wordt gevormd door een combinatie van items uit de GIP-schalen: opstandig gedrag, rusteloos gedrag, achterdocht, zwaarmoedigheid of verdrietig gedrag, afhankelijk gedrag en angstig gedrag.

Opstandig gedrag

Bij opstandig gedrag zijn bepaalde gedragingen waar te nemen waaruit verzet spreekt tegen de gang van zaken of bepaalde personen in de omgeving.

Rusteloos gedrag

Onrust en de dwang tot bewegen: niet stil kunnen zitten, voortdurend friemelen en draaien en zich slechts korte tijd op een bepaalde bezigheid kunnen richten.

Achterdochtig gedrag

Achterdochtig gedrag bestaat uit wantrouwen ten opzichte van de omgeving. Er is sprake van een aanhoudend angstig gevoel de mensen in de omgeving niet te kunnen vertrouwen en men is bang in de gaten te worden gehouden of door anderen te worden belaagd.

Zwaarmoedigheid of verdrietig gedrag

Een zwaarmoedig gevoel, zich ongelukkig en verdrietig voelen en daar blijk van geven. Dit uit zich in gevoelens van nutteloosheid, angst en machteloosheid, en slaapproblemen.

Afhankelijk gedrag

Dit zijn gedragingen die een gevolg zijn van een psychologisch afhankelijkheidsgevoel en een daaruit voortvloeiend onvermogen om zichzelf te helpen of bepaalde andere activiteiten te verrichten. Het gaat hierbij om een onvermogen dat onvoldoende verklaard kan worden uit fysieke belemmeringen.

Angstig gedrag

De patiënt heeft last van paniekgevoelens, angst voor (onbekende) anderen, trillende ledematen, rusteloosheid, slaapproblemen en concentratiemoeilijkheden.

Vanuit de website Testweb Diagnose www.testweb.bsl.nl kan de vragenlijst GIP-28 worden geprint of gekopieerd. Het is ook mogelijk eerst de patiëntgegevens in te vullen en de vragenlijsten dan voorzien van naam te printen. Zie daarvoor de gebruikershandleiding op de website.

3.1 Afname

De GIP-28 kan worden ingevuld door psychologen, (psychiatrisch) verpleegkundigen en ziekenverzorgenden, die de oudere goed hebben kunnen observeren. De observatielijst bestaat uit 28 stellingen en wordt door één of twee observatoren ingevuld. Het invullen duurt circa vijf minuten. De scores worden in Testweb ingevoerd, waarna scoring en rapportage geautomatiseerd verlopen. De GIP-28 vragenlijst is niet verkrijgbaar op papier, maar is vanuit Testweb gratis te printen. www.testweb.bsl.nl

3.2 Instructie voor de observator

Geef bij elke vraag aan in welke mate de genoemde gedraging de laatste twee à drie weken (afhankelijk van de afgesproken periode) bij de bewoner is waargenomen door een van de vier mogelijkheden aan te kruisen. Kruis per vraag maar één antwoord aan. Het is niet mogelijk om – bij twijfel tussen bijvoorbeeld ‘soms’ en ‘vaak’ – voor een tussenoplossing te kiezen.

Sla geen uitspraken over. Bij sommige vragen kun je invullen dat de vraag voor deze bewoner niet van toepassing is, bijvoorbeeld omdat de bewoner afasie of gehoorproblemen heeft. Je mag een vraag alleen als niet van toepassing aankruisen, als er echt niets te zeggen is over het genoemde gedrag bij deze bewoner.

Bij het invullen is het belangrijk dat je zo min mogelijk gebruikmaakt van andere informatie die je over de patiënt hebt. Als je bijvoorbeeld weet welke diagnose bij een patiënt is gesteld, ben je misschien geneigd je antwoorden op bepaalde vragen daarmee in overeenstemming te brengen. Probeer die neiging te onderdrukken. Je moet aankruisen wat je zelf hebt gezien, ook als dat misschien strijdig is met zo'n diagnose.

3.3 Scoring

De ingevulde vragenlijsten worden met een computerprogramma verwerkt. Dit computerprogramma wordt niet op de eigen pc's geïnstalleerd, maar is via internet beschikbaar op Testweb Diagnose. www.testweb.bsl.nl

Op de schalen apathie en cognitie kan men een score behalen tussen de 0 en 27 en op de schaal affect is de maximaal te behalen score 30. Deze scores worden verkregen door de antwoorden per schaal bij elkaar op te tellen (1 voor het laagste alternatief en 4 voor het hoogste) en daarvan het aantal items per schaal van de totale schaalscore af te trekken. Als iemand bijvoorbeeld een ruwe score behaalt van 26 op de schaal affect, dan levert dit een schaalscore op van: $26 - 10 = 16$.

Wanneer een uitspraak niet van toepassing is op een patiënt, wordt deze niet als 0 gerekend. Bij het berekenen van de score op die schaal krijgt een dergelijk item automatisch de gemiddelde schaalscore, berekend op basis van de antwoorden op de overige items van die schaal, toegekend.

3.4 Interpretatie

De GIP-28 is geen diagnostisch instrument. De lijst levert een indicatie op voor het psychosociale en psychische functioneren. Een afwijkende score moet worden beschouwd als een signaal. Bovendien moet men zich realiseren dat de scores sterk afhankelijk zijn van de leefsituatie van dat moment. Het is van belang dergelijke gegevens te betrekken bij de interpretatie en bij het bepalen van verdere stappen.

Andere factoren die belangrijk zijn voor de interpretatie van de scores op de vroegsignalering, zijn:

- lichamelijk functioneren en gezondheid;
- zorgbehoefte;
- sociaal functioneren;

- familieomstandigheden;
- communicatief vermogen;
- recente veranderingen;
- verlieservaringen;
- verhuizing;
- begeleiding, acties, effecten.

Voor iedere schaal wordt er een schaalscore en een percentielscore gegeven.

De percentielscore geeft aan hoeveel procent van de patiënten even hoog of lager heeft gescoord dan de patiënt in kwestie. Een percentielscore van bijvoorbeeld 60 wil zeggen, dat 60% van de patiënten gelijk of lager hebben gescoord. Hoe hoger de percentielscore, des te meer sprake is er van probleemgedrag ten gevolge van cognitieve stoornissen en stemmingsproblemen.

- Een percentielscore van 50 kan worden beschouwd als een gemiddelde score vergeleken met de norm: de score hoort thuis bij de laagste vijftig procent en de beoordeelde wijkt niet af van de normgroep.
- Een percentielscore van 80 is hoog: 80% van de vergelijkingsgroep had een lagere score.
- Een percentielscore van 90 is zeer hoog: 90% had een lagere score. De beoordeelde wijkt af van de normgroep. Omgekeerd is een score van 10% of 20% zeer laag of laag vergeleken met de desbetreffende normgroep.

Een hoge score op apathie en cognitie geeft een indicatie voor mogelijke dementieproblematiek. Een lage score op apathie en cognitie, in combinatie met een hoge score op affect kan wijzen op psychische of psychosociale problematiek.

De scores kunnen ook worden vergeleken met de volgende normgroepen:

- pg-verpleeghuis (n = 678);
- pg-dagbehandeling (n = 206);
- substitutieproject (n = 415);
- somatisch verpleeghuis (n = 289);
- opname psychiatrie (n = 494);
- pg in opname psychiatrie (n = 126).

Wanneer er sprake is van een verhoogde score en dit ook als zodanig wordt herkend door de verzorgers of een hulpverlenende instantie, geeft dit aanleiding tot een verwijzing voor verder onderzoek.

De GIP is samengesteld uit veertien subschalen met ieder vijf tot acht items. De in totaal 82 items worden gescoord op een 4-puntsschaal. De subschalen hebben betrekking op verschillende gedragskenmerken van de patiënt in de weken voorafgaand aan de beoordeling. Een beknopte beschrijving van de schalen van de GIP is terug te vinden in paragraaf 2.1 tot en met 2.3 van deze handleiding.

De subschalen van de GIP zijn geconstrueerd op a priori-gronden en met behulp van Rasch-analyses getoetst op unidimensionaliteit en steekproefonafhankelijkheid (Verstraten et al., 1987). Hogereorde-analyse wees erop dat de GIP drie basale gedragsdimensies in kaart brengt: cognitie-apathie, cognitie-ontremming en affect (De Jonghe et al., 1996).

Bij de ontwikkeling van de verkorte GIP (GIP-28) werd allereerst getracht om het aantal items van de originele GIP te reduceren tot ongeveer eenderde. In de tweede plaats diende de itemselectie aan te sluiten bij de oorspronkelijke veertien subschalen van de GIP. Dit uitgangspunt was gebaseerd op de wens om enerzijds het onderscheid in klinisch relevante gedragsaspecten uit de GIP te behouden en anderzijds om onderzoeksresultaten van de verkorte en de reguliere GIP te kunnen vergelijken. Ten derde werd – mede gezien de reductie in items – een beperkt aantal nieuwe subschalen geconstrueerd, gebaseerd op resultaten uit onderzoek naar de hogereorderstructuur van de GIP (De Jonghe et al., 1996).

Het ligt voor de hand om verschillen in gedragskenmerken te veronderstellen bij patiënten of bewoners in uiteenlopende settings of met verschillende klinische diagnoses. Uit oogpunt van validiteit diende de verkorte GIP hier in te onderscheiden.

4.1 Methode

Er is eerst gebruikgemaakt van GIP-beoordelingen van bewoners en patiënten die verbleven in psychogeriatrische verpleeghuizen (n = 678), pg-dagbehandeling (n = 206), substitutieprojecten (n = 415), somatische verpleeghuizen (n = 289), een psychiatrische observatiekliniek met cognitieve (n = 290) of gerontopsychiatrische stoornissen (n = 204). Tevens waren er beoordelingen van bewoners van gecombineerde afdelingen, psychiatrische verblijfsafdelingen of een enkele verzorgingshuisbewoner zonder 'meerzorg' (n = 114). Deze 2196 ouderen, verder aangeduid met 'groep A', zijn een of meerdere malen beoordeeld met de reguliere, volledige GIP, waarover elders is gerapporteerd (De Jonghe et al., 1996). Het percentage vrouwen bedroeg 70,6 en de gemiddelde leeftijd van de totale groep was 81,1 jaar (SD 8,6).

De procedure was als volgt: het gegevensbestand van groep A werd at random in tweeën gesplitst. In de ene helft (groep A1) werd door middel van multiple stapsgewijze regressieanalyse nagegaan welke items (minimaal twee) de meeste variantie verklaarden van de desbetreffende originele subschaal. Items met een onduidelijke factorlading in vorig onderzoek (De Jonghe et al., 1996) zijn niet meegenomen in de regressieanalyse. Als ondergrens voor de multiple correlatie (R) is .80 aangehouden.

Indien in de andere helft van het gegevensbestand (groep A2) de geselecteerde items samen meer dan .70 correleerden met de subschaalscore (de helft van de variantie verklaard), dan werd dit gezien als een ondersteuning voor de hypothese dat de reguliere en verkorte versie equivalent zijn.

Na deze itemselectie werd een principale componentenanalyse uitgevoerd en gezocht naar een driefactoroplossing (orthogonale rotatie), conform de hogereordestructuur van de GIP. De hoogste lading van een item op een factor bepaalde aan welke nieuwe subschaal het werd toegevoegd.

Vervolgens werden met behulp van variantieanalyse verschillen in verkorte GIP-scores tussen de verblijfssetting onderzocht. Aangezien de variabele 'leeftijd' kan samenhangen met geobserveerd gedrag (bijvoorbeeld met de mate van hulpbehoevendheid) en omdat de leeftijd van personen in de onderzochte instellingen verschilt, werd leeftijd als covariabele in de analyse opgenomen. Gegevens van de 114

personen uit groep A die verbleven in zeer heterogene en soms kleine afdelingen, zijn niet betrokken in de analyse van groepsverschillen.

De resultaten uit dit eerste onderzoek zijn vergeleken met die uit een tweede onderzoek, dat werd uitgevoerd in de periode van juni 1995 tot augustus 1996, na afronding van de dataverzameling in groep A. Dit betrof volledige GIP-observaties van een onafhankelijke, kleinere steekproef (groep B), bestaande uit alle patiënten ($n = 126$) uit een psychiatrische opnamekliniek voor ouderen. Het percentage vrouwen bedroeg 64% en de gemiddelde leeftijd was 76,6 jaar (SD 8,8). Patiënten voldeden aan de diagnostische criteria (DSM-IV) voor enerzijds een cognitieve stoornis ('dementie' $n = 73$, 'delier' $n = 1$, 'amnestisch syndroom' $n = 2$, 'cognitieve stoornis niet anders omschreven' $n = 8$) of anderzijds een 'functioneel' psychiatrisch beeld ('schizofrenie'/'psychose' $n = 15$ en 'stemmingstoornissen' $n = 27$). De beoordeling met de volledige GIP maakte deel uit van een standaardprocedure bij opname, zoals door Boom-Poels (1994) is beschreven. Voor groep B werd de samenhang bepaald tussen de in groep A geselecteerde items en GIP-subschalen. Bovendien werd door middel van logistische regressieanalyse nagegaan wat het onderscheidend vermogen is van de verkorte GIP ten aanzien van de klinische diagnose volgens de DSM-IV.

De eventuele meerwaarde van een volledige GIP is getoetst. Hierbij werden subschalen van de verkorte GIP als eerste onafhankelijke variabele ingevoerd, evenals de variabele leeftijd. Vervolgens was het programma vrij om stapsgewijs GIP-subschalen toe te voegen die nog een deel van de onverklaarde variantie zouden kunnen beschrijven.

4.2 Resultaten

In tabel 4.1 worden de resultaten van de itemselectie in groep A weergegeven. De meest voorspellende items uit iedere GIP-subschaal vormen tezamen de GIP-28.

Telkens beschreven twee geselecteerde items in hoge mate de variantie in de originele subschaal. Ook in de andere helft van het databestand is de samenhang hoog, hetgeen betekent dat de GIP-28 vrijwel equivalent is aan de omvangrijker GIP. Resultaten in groep B wijzen erop dat deze bevinding generaliseerbaar is; ook hier werden zeer hoge correlaties gevonden tussen geselecteerde items en GIP-subschalen (r is minimaal .87).

Tabel 4.1 Multiple correlatie (R) met GIP-subschalen van met behulp van stapsgewijze lineaire regressieanalyse geselecteerde items voor de verkorte GIP (n = 1098), en correlatie in een onafhankelijke steekproef (n = 1098).

GIP-subschalen	R	Items short form	r*
niet-sociaal gedrag	.87	3+8	.89
apathie	.88	5+6	.88
bewustzijnsstoornissen	.92	2+7	.91
decorumverlies	.89	2+3	.89
opstandig gedrag	.91	2+4	.91
incoherent gedrag	.84	1+4	.85
geheugenstoornissen	.91	3+2	.91
gedesoriënteerd gedrag	.91	5+4	.88
zinloos repetitief gedrag	.89	3+1	.90
rusteloosheid	.87	5+2	.87
achterdochtig gedrag	.93	5+6	.92
zwaarmoedig gedrag	.90	3+5	.91
afhankelijk gedrag	.86	2+4	.84
angstig gedrag	.90	2+6	.89

r*: correlatie van de somscore van twee items en subschalen in onafhankelijke deel van gesplitst databestand.

4.2.1 FACTORANALYSE EN CONSTRUCTIE VAN SUBSCHALEN

Principalecomponentenanalyse van de GIP-28 (in groep A1) liet zeven factoren zien (59,8% verklaarde variantie). Conform de hogereorde-structuur van de GIP werd verder gegaan met drie orthogonaal gerooteerde factoren (41,5% verklaarde variantie; zie tabel 4.2).

De eerste factor in de GIP-28 omvat met name items uit de oorspronkelijke eerste vier GIP-schalen en geeft 'apathie' weer. Factor twee kan 'cognitieve stoornissen' worden genoemd. Ook 'rusteloos gedrag' komt erin naar voren. Geheugenitems laden zowel op de eerste als tweede factor. De derde factor weerspiegelt 'affectieve problematiek'. De drie subschalen werden geconstrueerd op basis van deze factoroplossing.

In tabel 4.3 staan de schaalgemiddelden, standaardafwijking en de interne consistentie. Intercorrelaties voor de subschalen variëren van .10 tot .61 ($p < .001$). De samenhang met de GIP is weergegeven in tabel 4.4.

Tabel 4.2 Factoranalyse van de verkorte GIP (A1 n = 1098), gebaseerd op de hogereordestructuur van de GIP.				
		I	II	III
2.5	kijkt op als iemand binnenkomt*	76		
1.3	is bereid om desgevraagd te helpen*	73		
1.8	toont interesse voor personeelsleden	68		
4.2	besteedt zorg aan het uiterlijk	68	27	
2.6	luistert naar de radio en/of kijkt televisie	62		
3.7	suft weg tijdens gesprekken*	62		
6.4	kan dingen duidelijk maken*	58	44	
3.2	schrikt op uit een soort droomtoestand*	44		
4.3	laat ongegeneerd boeren of winden	36	27	
8.5	verwisselt heden en verleden*		61	
9.3	praat, mompelt langdurig*		61	
8.4	beseft tijdstip van de dag*	55	59	
10.2	praat veel en snel	-32	57	27
7.3	onthoudt wat gevraagd wordt*	54	55	
7.2	kent naaste familieleden bij naam	53	54	
9.1	schuift met de voeten heen en weer		45	
6.1	trekt op verkeerde plaats kleren uit*		36	
5.4	wijst hulp van personeel van de hand	25	32	25
11.5	beweert dat anderen hem/haar niet mogen			67
12.5	lijkt zich ongelukkig te voelen		-27	63
11.6	wantrouwend tegenover personeel*			61
12.3	zegt zich neerslachtig te voelen		-27	59
13.4	probeert aandacht op zich te vestigen*			54
14.6	angstig in aanwezigheid van 'onbekenden'*			51
13.2	vraagt om geholpen te worden*			50
14.2	is bang voor bepaalde personen*			48
5.2	sputtert tegen als er wat gevraagd wordt	34		48
10.5	is te ongedurig*		35	44
	percentage verklaarde variantie	23,1	12,3	6,1

* Afgekorte itemformulering. Itemaanduiding: oorspronkelijke subschaal (1-14) en item (1-8).

Factorlading decimalen weggelaten. Items met factorlading > .25 op meerdere factoren staan schuingedrukt.

Tabel 4.3 Psychometrische gegevens schalen GIP-28.

GIP28-schalen	gemiddelde	SD	aantal items	Cronbach's alpha
apathie	18,9	5,8	9	0,83
cognitie	16,6	5,3	9	0,78
affect	17,9	5,2	10	0,75

Tabel 4.4 Correlaties GIP and GIP-28 subschalen (n = 2196).

GIP-schalen	'apathie'	'cognitie'	'affect'
niet-sociaal gedrag	80*	41*	14*
apathie	80*	43*	02
bewustzijnsstoornissen	75*	45*	07*
decorumverlies	83*	54*	14*
opstandig gedrag	44*	59*	53*
incoherent gedrag	58*	74*	23*
geheugenstoornissen	70*	81*	08*
gedesoriënteerd gedrag	39*	75*	29*
zinloos repetitief gedrag	49*	76*	29*
rusteloosheid	09*	48*	55*
achterdochtig gedrag	02	21*	70*
zwaarmoedig gedrag	-07*	-04	60*
afhankelijk gedrag	-05	03	64*
angstig gedrag	18*	33*	61*

*: $p < .001$ (two-sided).

De eerste subschaal uit de GIP-28 hangt in grote mate samen met de eerste vier van de GIP, de tweede vooral met de GIP-subschalen 5 tot en met 9. De 'affectieve problematiek'-subschaal correleert met schaal 10 tot en met 14 van de GIP.

4.2.2 ONDERSCHIEDEND VERMOGEN

De score op 'apathie', 'cognitieve stoornissen' en 'affectieve problematiek' uit de GIP-28 verschilden significant voor patiënten in diverse settings (AN(C)OVA respectievelijk: $F = 54,7$, $F = 119,9$ en $F = 10,8$, $df5:1925$, $p = 0,000$). De leeftijd van de patiënt was een belangrijke

covariabele zowel bij ‘apathie’ als ‘cognitieve stoornissen’ (respectievelijk $F = 36,1$ en $F = 12,5$, $df:1925$, $p = 0,000$).

In populatie B werden GIP-28-scores vergeleken van patiënten met een cognitieve stoornis en patiënten met een stemmingsstoornis of schizofrenie/psychose. De eerste groep vertoonde meer problemen op de subschalen ‘apathie’ (AN(C)OVA $F = 10,2$, $df:123$, $p = 0,002$) en ‘cognitieve stoornissen’ ($F = 34,1$, $df:123$, $p = 0,000$), maar ‘affectieve problematiek’ liet geen verschil zien ($F = 1,1$, $df:123$, n.s.).

De invloed van de covariabele ‘leeftijd’ was betrekkelijk gering, respectievelijk $F = 6,1$, $p = 0,02$; $F = 1,6$, n.s. en $F = 5,5$, $p = 0,02$).

Het onderscheidend vermogen van de GIP-28-subschalen voor de diagnostische indeling in groep B werd vergeleken met dat van de volledige GIP (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Vergelijking van de classificatie volgens de DSM-IV en volgens GIP-28 subschalen (logistische regressie) en classificatie na toevoeging van GIP-subschalen (n = 126).

	n	Classificatie volgens de GIP-28		Classificatie na toevoeging GIP	
		psychiatrie	cognitieve st.	psychiatrie	cognitieve st.
DSM-IV:					
psychiatrie	42	69%	31%	79%	21%
cognitieve stoornissen.	84	16%	85%	11%	89%
Totaal correct geïdentificeerd		79,4%		85,7%	

De drie subschalen van de GIP-28 onderscheiden de patiënten van de opnameafdeling met of zonder cognitieve stoornis behoorlijk goed; bijna 80% van hen werd juist geïdentificeerd. De sensitiviteit bij van de diagnose ‘cognitieve stoornis’ bedroeg 0,85, de specificiteit 0,69. Toevoeging van de reguliere subschalen uit de GIP, met name ‘geheugenstoornissen’, ‘angstig gedrag’ en ‘zwaarmoedig/verdrietig gedrag’, leidde tot een iets betere voorspelling (totaal 85,7% correct).

- Boom-Poels PG. Behavior profile of psychogeriatric patients in substitute care projects: nursing home care and home for the aged. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994;25:17-21.
- Eisses AMH, Kluiters H. Verkorte Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP-28) in het verzorgingstehuis: een psychometrische evaluatie. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2002;33:112-8.
- Implementatiehandleiding vroegsignalering door gedragsobservatie (VGSO) in verzorgingstehuizen. Met bijdragen van: Jaap te Velde, Herma Schuttenbelt en Willeke van Vulpen: Preventiefunctionarissen Bureau Preventie GGZ, en Anne-Marie Eisses: Afdeling Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen. Met medewerking van Peter Verstaten en Jos de Jonghe. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- Jonghe JF de, Calis PJ, Boom-Poels PG. Behavioral dimensions in elderly patients: factor structure of the Behavioral Observation Scale for Intramural Psychogeriatrics. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1996;27:159-64.
- Jonghe JFM de, Ooms ME, Ribbe MW. Verkorte Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP-28). *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1997;28:119-23.
- Verstraten PFJ, Eekelen CWJM van. Handleiding voor de GIP; Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1987.