



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**HET EFFECT VAN EEN GESPECIALISEERD
DAGVERZORGINGSCENTRUM OP HET WELBEVINDEN VAN
OUDEREN MET COGNITIEVE PROBLEMEN.**

Een literatuurstudie met kwalitatief praktijkonderzoek

Door **Michiel Fransen**
Lauren Smits
Elsie Vandijck

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Katrien Lannoy**, promotor
Els Knippenberg, copromotor

Hasselt, 2017



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**HET EFFECT VAN EEN GESPECIALISEERD
DAGVERZORGINGSCENTRUM OP HET WELBEVINDEN VAN
OUDEREN MET COGNITIEVE PROBLEMEN.**

Een literatuurstudie met kwalitatief praktijkonderzoek

Door **Michiel Fransen**
Lauren Smits
Elsie Vandijck

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Katrien Lannoy**, promotor
Els Knippenberg, copromotor

Hasselt, 2017

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Trefwoorden | 1 |
| Abstract | 1 |
| 1. Inleiding | 2 |
| 2. Methodologie | 5 |
| 2.1 Design | 5 |
| 2.2 Dataverzameling technieken..... | 5 |
| 2.2.1 Literatuurstudie | 5 |
| 2.2.2 Praktijkstudie..... | 5 |
| 2.3 Setting..... | 6 |
| 2.4 Deelnemers | 6 |
| 2.5 Assessments..... | 7 |
| 2.6 Ethiek..... | 8 |
| 3. Resultaten..... | 9 |
| 3.1 Literatuurstudie..... | 9 |
| 3.2 Praktijkonderzoek..... | 16 |
| 3.2.1 Karakteristieken | 16 |
| 3.2.2 QUALIDEM..... | 17 |
| 4. Discussie | 19 |
| 5. Conclusie..... | 25 |
| 6. Bibliografie | 26 |
| 7. Bijlage | 29 |
| 7.1 Bijlage A: Katz-schaal..... | 29 |
| 7.2 Bijlage B: GDS..... | 34 |
| 7.3 Bijlage C: Vragenlijst de QUALIDEM | 37 |

Het effect van een gespecialiseerd dagverzorgingscentrum op het welbevinden van ouderen met cognitieve problemen.

Door: Michiel Fransen, Lauren Smits en Elsie Vandijck

Promotor: Katrien Lannoy

Trefwoorden

Dagverzorgingscentrum, Gespecialiseerde zorg, Cognitieve problemen, Welbevinden, QUALIDEM

Abstract

Inleiding: Binnen de westerse samenleving is er een stijging van de levensverwachting, 18% van de Vlaamse bevolking is 65-plus. Deze populatie kan cognitieve achteruitgang ervaren. Vlaanderen speelt in op de zorgnoden van deze doelgroep door diverse zorgvormen aan te bieden. Een gespecialiseerd dagverzorgingscentrum kan hiervoor een aanvulling zijn.

Doel: Deze bachelorproef onderzoekt of een gespecialiseerd dagverzorgingscentrum voor ouderen met cognitieve problemen invloed heeft op het welbevinden.

Methode: Er werd een literatuur-en praktijkonderzoek uitgevoerd. Voor de literatuurstudie werden de zoekrobots Google Scholar, Pubmed, de databanken Springer, Ebsco, Cochrane en de richtlijn van NICE geraadpleegd. Het praktijkonderzoek werd a.d.h.v. een prospectieve cohortstudie uitgevoerd. De QUALIDEM, GDS, Katz-schaal en de karakteristieken van de cliënten werden kwalitatief participierend verzameld.

Resultaten: Binnen de literatuurstudie werden 16 artikels en 1 richtlijn geselecteerd en geanalyseerd. Bij de vergelijking van de resultaten van de QUALIDEM werd er een positief verschil tussen de twee meetmomenten geconstateerd. Tijdens de nulmeting scoorde 5 van de 10 subschalen van de QUALIDEM meer dan 80%, 4 van de 10 tussen de 60-80% en de subschaal 'iets om handen hebben' minder dan 20%. Bij de vervolgmeting in het gespecialiseerde dagverzorgingscentrum scoorden 9 van de 10 subschalen boven de 80%. De subschaal 'iets om handen hebben' is gestegen naar 40,17%.

Conclusie: Een gespecialiseerd dagverzorgingscentrum is op alle domeinen van de QUALIDEM bevorderend, maar zorgt voornamelijk voor een grote stijging op de domeinen positief affect, rusteloos gespannen gedrag, sociale relaties en iets om handen hebben.

1. Inleiding

Binnen de westerse maatschappij is er een stijging in levensverwachting. Dit is het rechtstreekse gevolg van de welvaartsstijging en de evolutie van medische- en technologische kennis. Begin 21^{ste} eeuw is de levensverwachting voor vrouwen 82 jaar en voor mannen 76 jaar. Cijfers van het Nationaal Instituut voor de Statistiek tonen aan dat in 2016, 18% van de totale bevolking ouder is dan 65 jaar. Er wordt verwacht dat deze cijfers in 2050 zullen stijgen naar 25% (De Coninck, 2008). 65- plussers kunnen een achteruitgang in het functioneren binnen verschillende lichaamsfuncties- en structuren ervaren. Hierin spelen genetische en omgevingsfactoren een belangrijke rol (Geenen & Waterschoot, 2015).

Binnen de doelgroep van ouderen kan de persoon een achteruitgang van cognitieve functies ervaren. Dit kan gerelateerd worden aan zowel dementie als andere cognitieve problemen of door andere aandoeningen zoals bijvoorbeeld een cerebrovasculaire accident (CVA) (Knopman & Petersen, 2014). Wereldwijd wordt het aantal personen met dementie (PMD) geschat op 36 miljoen personen (cijfers van 2010), in 2050 wordt er een stijging verwacht tot 115 miljoen personen (WHO, 2014). Vlaanderen telt anno 2016 zo'n 122.000 PMD. In Vlaanderen zal het aantal PMD een kwart stijgen. Deze cijfers tonen aan dat in de toekomst de zorg voor PMD een grote uitdaging wordt, zowel voor de getroffen families, de mantelzorgers als voor de zorginstellingen (Vandeurzen, 2009).

Dementie wordt ontleend uit het Latijnse woord 'dementia' wat letterlijk 'ont- geesting' betekent. Dementie is niet enkel de achteruitgang van het verstandelijk functioneren maar hangt ook samen met lichamelijke gevolgen (CM, 2015). Deze achteruitgangen zorgen voor beperkingen in het dagelijks leven. Om van dementie te spreken moeten er minstens twee van volgende stoornissen aanwezig zijn: stoornis in het geheugen, stoornis in het taalgebruik, stoornis in het handelen, stoornis in het vermogen voorwerpen te herkennen, stoornis in de uitvoerende functies (organiseren en controleren van eigen gedrag) (Geenen & Waterschoot, 2015).

Binnen het ziektebeeld dementie zijn er verschillende vormen die zich onderscheiden door een specifiek verloop. Het is zinvol om te weten welke vorm de PMD hebben om specifiek in te spelen op hun behoeften. Deze soorten zijn: Alzheimerdementie, vasculaire dementie, Lewy-body dementie, fronto- temporale dementie (ziekte van Pick), dementie als gevolg van

de ziekte van Huntington en dementie als gevolg van Parkinson (Geenen & Waterschoot, 2015).

Cognitieve problematieken doen zich voor wanneer de cognitieve functies in hevige mate achteruit gaan. Bij ouderen noemt het aangetast denkvermogen mild cognitive impairment (MCI). Deze personen ervaren moeilijkheden met het herinneren van recente gebeurtenissen en informatie, problemen met taal, denken en beslissingen nemen. Mensen met MCI lopen de kans om dementie te ontwikkelen (Albert et al., 2011). Cognitieve problemen kunnen voorkomen na een CVA of psychose, bij hart- en vaataandoeningen, drugsgebruik of een depressie en bij mensen die meerdere aandoeningen hebben (Niemantsverdriet, 2016).

In latere stadia van cognitieve problemen krijgen deze personen het moeilijk om nog optimaal te kunnen functioneren in hun eigen woning. Dit komt vaak doordat er continue ondersteuning en toezicht nodig is bij activiteiten dagelijks leven (ADL)-taken (Reisberg, 1983). De keuze van externe ondersteuning moet aangepast zijn naar de noden van de persoon met cognitieve problemen en de draagkracht van familieleden alsook de nabije omgeving (Vermeulen & Declercq, 2011).

In Vlaanderen wordt getracht in te spelen op de zorgnoden van de ouderen met cognitieve problemen door het aanbieden van verschillende zorgvormen waarvan een dagverzorgingscentra (DVC), centra voor kortverblijf (CVK) of woonzorgcentra (WZC) voorbeelden zijn (De Coninck, 2008).

Wanneer de zorg niet meer in de thuissituatie kan gebeuren, is er een mogelijkheid om institutionele zorg te raadplegen. Deze vorm van zorg wordt gekaderd in het Woonzorgdecreet opgesteld door de Vlaamse Overheid op 13 maart 2009. Dit decreet heeft een drievoudig doel: het ondersteunen van de mantelzorg, het verlenen van gedifferentieerde en gespecialiseerde vormen van woonzorg en het bevorderen van de samenwerking en de afstemming tussen de verschillende actoren binnen de woonzorg (Vandeurzen, 2010). Stapsgewijs worden de verschillende opvangmogelijkheden voor ouderen opgesomd en besproken binnen de wetgeving. Wanneer er achteruitgang van het functioneren plaatsvindt bij de persoon met cognitieve problemen in de thuisomgeving, is het belangrijk dat deze persoon en zijn naaste omgeving zo goed mogelijk worden voorbereid op de externe ondersteuning (NICE, 2013).

De eerste mogelijkheid tot externe ondersteuning kan een DVC zijn. Dit zorgt ervoor dat de mantelzorger overdag ontlast wordt van zijn taken. Ook voor de persoon met cognitieve problemen is een DVC erg zinvol. De persoon kan sociale contacten aangaan, wat de vereenzaming tegengaat en het biedt een zinvolle dagbesteding aan de hand van cliëntgerichte activiteiten (De Coninck, 2008).

Binnen het woonzorgdecreet (Vandeurzen, 2010) wordt een DVC als volgt gedefinieerd binnen artikel 25: “Een dagverzorgingscentrum is een voorziening die als opdracht heeft, de gebruiker van 65 jaar of ouder in daartoe bestemde lokalen, dagverzorging, alsook geheel of gedeeltelijk, de gebruikelijke persoonsverzorging en huishoudelijke hulp te bieden.”

In de omgeving van Hasselt bevinden zich verscheidene DVC. In februari 2017 opende een vernieuwend DVC haar deuren. Dit gaf de mogelijkheid om een unieke setting te openen als gespecialiseerd centrum voor personen met cognitieve problemen. Binnen de gespecialiseerde setting wil het DVC zich richten op professionele ondersteuning, zinvolle dagbesteding, ondersteuning van de mantelzorger en sociaal aangepaste activiteiten in een aangepaste omgeving bij personen met cognitieve problemen. Dit in kleinere groepen om tot meer persoonsgerichte zorg te komen (OCMW Hasselt, 2016).

Het is belangrijk dat een instelling advies en hulp kan bieden aan de personen die te rade gaan (cliënt, mantelzorger, personeel) binnen deze nieuwe setting (NICE, 2013). Vanuit het DVC werd met het oog op de opening van een gespecialiseerd DVC voor personen met cognitieve problemen een onderzoek aangevraagd bij de Hogeschool PXL. Hierbij kwam de vraag om de impact op het welbevinden van de mantelzorgers, het personeel en de ouderen met cognitieve problemen te onderzoeken. Binnen dit onderzoek richt deze bachelorproef zich specifiek op het welbevinden van ouderen met cognitieve problemen binnen een gespecialiseerd DVC. Dit aan de hand van twee onderzoeksvragen:

Theoretische onderzoeksvraag: Welke evidence based practices zijn er momenteel op (inter)nationaal niveau omtrent werking van DVC voor personen met cognitieve problematiek?

Praktische onderzoeksvraag: In welke mate heeft de overgang van een regulier DVC naar een gespecialiseerd centrum een positieve invloed op vlak van welbevinden bij personen met cognitieve problemen?

2. Methodologie

2.1 Design

Om de theoretische onderzoeksvraag te beantwoorden werd een literatuurstudie gevoerd. De praktische onderzoeksvraag werd onderzocht aan de hand van een prospectieve cohortstudie. Een prospectief cohortonderzoek is een vorm van een longitudinale studie waarbij een groep mensen met een gemeenschappelijk kenmerk in de tijd wordt gevolgd (Polit & Beck, 2008). Binnen het onderzoek werd een nulpuntmeting uitgevoerd in het traditionele DVC. Deze werd vergeleken met een tweede meting op een later tijdstip binnen het gespecialiseerde DVC. Het doel van het onderzoek was om te weten te komen of een gespecialiseerd DVC positief bevorderend is op vlak van welbevinden van ouderen met cognitieve problemen.

2.2 Dataverzameling technieken

2.2.1 Literatuurstudie

Om tot meer verdieping te komen over reeds uitgevoerd onderzoek rond het welbevinden in DVC werd een literatuurstudie uitgevoerd. In de eerste fase werd informatie verzameld over de effectiviteit van een gespecialiseerd DVC voor personen met cognitieve problemen. De databanken Pubmed, Cochrane, Springer, Google Scholar, NICE, Ebsco werden doorzocht met de trefwoorden well-being, dementia en special care units. In de volgende fase werd gericht gezocht naar vragenlijsten over het welbevinden van ouderen met cognitieve problemen. Dit via de databanken/websites Pubmed, Google, meetinstrumenteninzorg en Google Scholar met de trefwoorden quality of life, dementia, qualidem, vragenlijsten, welbevinden, ouderen, dagverzorgingscentrum, welzijn, meten, kwaliteit van leven, demencie en assessment. In de laatste fase werd gezocht naar literatuur over het welbevinden van ouderen met cognitieve problemen en beïnvloedende factoren. De databanken Pubmed, Springer, Google Scholar werden doorzocht met de volgende trefwoorden: special care units, dementia, cliënt centered, facility, community based, home care, day center en quality of life.

2.2.2 Praktijkstudie

Voor deze cohortstudie werd een kwalitatief participerend onderzoek uitgevoerd. Uit de literatuurstudie werden vragen- en observatielijsten geselecteerd. Deze werden op verschillende tijdstippen afgenomen bij de geselecteerde cliënten. Van elke cliënt werden volgende gegevens verzameld: naam, voornaam, geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat,

datum diagnose, diagnose, voornaamste probleemgebieden en thuissituatie. Een observatielijst voor het welbevinden werd ingevuld aan de hand van één week observatieperiode door twee zorgverleners (één vaste zorgverlener uit het DVC en één student) en werd op twee verschillende meetmomenten verzameld. De observaties werden niet-participerend uitgevoerd.

Op vraag van het groter onderzoek van deze bachelorproef werd de Katz-schaal, de global deterioration scale (GDS), gerichte observaties en de karakteristieken van de cliënten verzameld. Via de gerichte observaties werd het gedrag, de interactie en de mimiek van de cliënten en therapeuten in kaart gebracht samen met de omgevingsfactoren en de activiteit.

2.3 Setting

DVC Plankeweke staat open voor zorgbehoevende personen uit Hasselt, die minstens 65 jaar oud zijn (OCMW Hasselt, z.d.).

Vanaf 2017 is het DVC Plankeweke verhuisd naar twee verschillende locaties waaronder één traditioneel en één gespecialiseerd centrum. De gespecialiseerde populatie bestaat uit ouderen met cognitieve problemen. Een gespecialiseerd DVC was nodig omdat het binnen de huidige setting niet altijd mogelijk was om activiteiten aan te bieden die stimulerend en functioneel waren voor zowel de personen met als zonder cognitieve problemen.

2.4 Deelnemers

De cliënten die meededen in dit onderzoek werden geselecteerd aan de hand van een aantal inclusie en exclusiecriteria.

Tabel 1: Inclusie/exclusiecriteria deelnemers

| Inclusiecriteria | Exclusiecriteria |
|--|---|
| Diagnose cognitieve problematiek (GDS) | Waarvan geen cognitieve stoornis vastgesteld of geen vermoedens over zijn |
| Indien er geen diagnose gesteld is, kunnen zorgkundige/therapeuten die mogelijke aanleiding zien tot cognitieve problematieken | Comorbiditeit met huidige psychische problemen |

| | |
|--|--------------------------------|
| personen includeren in de experimentele groep | |
| 65-plussers (met uitzondering van een afwijking van maximum 25% onder de leeftijd van 65 jaar) | Geen toestemming tot onderzoek |
| Katz-schaal score 3 op tijd en oriëntatie (bepaald door DVC Plankeweke) | |
| Toestemming voor het onderzoek | |

Afkortingen: GDS: global deterioration scale; DVC: dagverzorgingscentrum

Binnen de experimentele groep werden gegevens verwerkt van cliënten met een eenduidige diagnose van cognitieve problemen en daarnaast cliënten waarbij het personeel cognitieve problemen vaststelt of vermoedt. Op het moment van de nulmeting stond nog niet vast wie zou verhuizen naar het gespecialiseerde centrum en wie niet. De deelnemers die aan de vervolg metingen meedoen zijn alle cliënten van het DVC Plankeweke Campus Banneux.

2.5 Assessments

De Katz-schaal en de GDS werden afgenomen als indicator voor de inclusiecriteria om de deelnemersgroep samen te stellen. Deze schalen werden aangewezen door de onderzoeker van het groter onderzoek.

De Katz-schaal werd afgenomen om een beeld te krijgen over hun functionele afhankelijkheidsgraad binnen de thuissituatie. De cliënt moet op de schaal een score van 3 op tijd en oriëntatie behalen om in de deelnemersgroep te behoren. De Katz-schaal richt zich op zes domeinen: zich wassen, aankleden, transfer en verplaatsingen, toiletbezoek, continëntie en eten. Elk domein wordt gescoord aan de hand van 4 scores van ‘helemaal zelfstandig’ tot ‘met volledige hulp’. Het DVC neemt deze standaard af ter informatie om hulp te bieden en om vergoedingen te krijgen (Bijlage A: Katz-schaal).

De ‘Global Deterioration Scale’ werd afgenomen om een algemeen overzicht te krijgen van de stadia van het cognitief functioneren voor cliënten met een primaire degeneratieve dementie. Het ziekteproces wordt onderverdeeld in zeven stadia. Elke stadium beschrijft de karakteristieken van een persoon in het betreffende stadium. Deze stadia kunnen door

zorgverleners vastgesteld worden a.d.h.v. een observatie van het gedrag van de cliënt en deze te vergelijken met de karakteristieken van de beschreven niveaus. Stadia 1 tot 4 zijn de “predementie en lichtere stadia”, in stadia 5 tot 7 kan de cliënt niet meer zelfstandig zonder hulp leven (Bijlage B: GDS).

De QUALIDEM is een observatielijst die het welbevinden van PMD in kaart brengt. Deze observatielijst is afneembaar bij personen vanaf 65 jaar met een lichte tot ernstige dementie (GDS stadia 2-6). Bij personen met een zeer ernstige dementie (GDS 7) wordt deze observatielijst afgenomen a.d.h.v. 21 opgelegde items. De QUALIDEM bevat 37 items, verdeeld onder 9 subschalen: sociaal isolement, sociale relaties, zich thuis voelen, iets om handen hebben, positief affect, zorgrelatie, negatief affect, rusteloos gedrag en positief zelfbeeld. Drie items worden apart gescoord: geniet van maaltijd, wil niet eten, wil graag liggen (Ettema, de Lange, Dröes, Mellenbergh, & Ribbe, 2005) (Bijlage C: Vragenlijst de QUALIDEM).

De vragenlijst wordt ingevuld na een observatieperiode van één week door twee verzorgenden die de cliënten de hele dag kunnen observeren. Het is niet mogelijk om een totaalscore te berekenen. De uitkomsten van de verschillende subschalen worden bij elkaar opgeteld. Hoe hoger de score per subschaal, hoe hoger de kwaliteit van leven (KvL) is (Ettema et al., 2005).

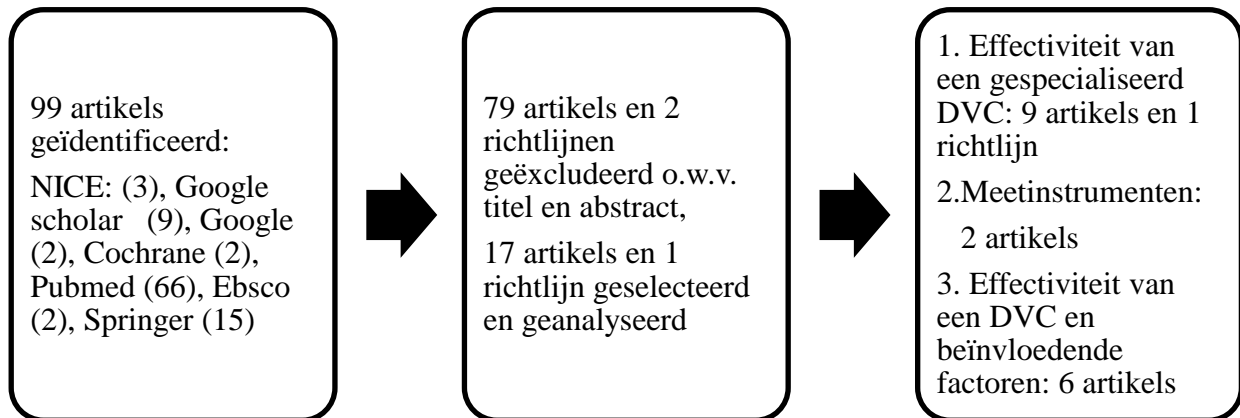
2.6 Ethiek

De cliënten en/of mantelzorgers dienen vooraf hun toestemming te geven via een toestemmingsformulier. Het inventariseren van de persoonlijke gegevens van de deelnemers wordt volgens de geldende normen binnen “good clinical practice” en de ethische richtlijnen van de Helsinki Declaratie uitgevoerd.

3. Resultaten

3.1 Literatuurstudie

Tabel 2: Selectie artikels



Afkortingen: DVC: dagverzorgingscentrum

Binnen de literatuurstudie werden 99 artikels gevonden (waaronder 3 richtlijnen). Van deze groep werden 17 artikels en 1 richtlijn geselecteerd en geanalyseerd. Er werden 81 artikels geëxcludeerd. De onderzoeken in deze artikels sloten niet aan met de onderzoekspopulatie (personen met cognitieve problemen), setting waarin het onderzoek plaatsvindt (speciale zorgafdelingen voor personen met cognitieve problemen) of onderzoeksonderwerp (onderzoek naar welbevinden van PMD). De 17 geselecteerde artikels en de geselecteerde richtlijn die het beste aansluiten bij de onderzoeksvraag van deze bachelorproef werden opgedeeld in drie onderwerpen: effectiviteit van een gespecialiseerd DVC (10), meetinstrumenten (2) en effectiviteit van een DVC en beïnvloedende factoren (6). De resultaten van de geanalyseerde artikels zijn terug te vinden in tabel 2.

Tabel 3*Beknopte samenvatting van gevonden artikels*

| Referentie | Design | Doelgroep | Interventie | Vergelijking | Kwanti./ Kwali. | Conclusie |
|--|--------------------|----------------------|---|--|--------------------|--|
| Effectiviteit van een gespecialiseerd DVC | | | | | | |
| Reimer et al., 2004 | Longit. onderz. | PMD | PMD binnen een SCU plaatsen die meer comfortabel, meer huiselijk, meer keuze, zinvolle activiteiten en meer privacy biedt dan de n-SCU's. | Effecten op KvL in SCU t.o.v. n-SCU | Kwanti | Positief effect op KvL, verhoogde rente, betere ADL en minder angst binnen de SCU. Leven bleef hetzelfde of beter in SCU t.o.v. n-SCU. |
| Kok et al., 2016 | Longit. Onderz. | PMD in reguliere SCU | Verhuis van een n-SCU naar een kleine huiselijke SCU | Effecten op cognitie en welbevinden tussen beide settingen | Kwanti. | Onderzoek uit Nederland toont aan dat binnen een gespecialiseerd centrum het cognitief functioneren van de persoon verbeterd was, maar er werd geen significant verschil aangetoond. |
| Verbeek et al., , 2010 | Cross- sec. | PMD in regulier WZC | Verschillende aanpak van personen in een huiselijke setting dan in een residentiële setting zoals | Effecten op cognitie en welbevinden tussen beide settingen | Kwanti. | Verbeek et al., 2010 meten wel een significante verbetering binnen de gespecialiseerde kleine setting ten opzichte van de grote institutionele |

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|--|--|--|---------|--|
| | | | meer personeel, dagbepaling gebeurt meer door cliënten in de kleinere setting | | | setting. |
| Verbeek et al., 2013 | Longit. Onderz. | PMD in kleinschalige woonvormen of binnen psychogeriatrische afdeling binnen WZC | Opstellen van een experimentele (kleinschalige setting) en een controlegroep (psychogeriatrische afdeling) | Meten van verschil in welbevinden tussen kleinschalige woonvormen en psychogeriatrische afdeling | Kwanti. | Binnen een kleine setting is er significant meer welbevinden ten opzichte van de grotere setting (meer regie, huiselijker) |
| Måvall & Malmberg, 2007 | Interv. | PMD en/of geheugenproblemen | Afname interv.: geheugenproblemen, gedragsproblemen en IADL | 1. Wie zijn de PMD binnen DVC 2. Wat is de effectiviteit van een DVC | Kwali. | Op korte termijn heeft het DVC geen invloed op het dagelijks functioneren van de PMD. Op langere termijn wel. |
| Sjögren et al., 2010 | Cross-sec. | PMD binnen fac. | Gebruik van PCC | Gebruik van PCC en het welbevinden van PMD | Kwanti. | Er is een relatie tussen PCC en mogelijkheden op vlak van ADL en de KvL. |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---------|---|
| Robinson et al., 2007 | Longit. Onderz. | Bewoners, familieleden en personeel gespecialiseerd zorgcentrum. | Trainingssessie voor familieleden en personeel op vlak van communicatie en conflict-oplossingstechnieken. | Effecten op vlak van communicatie en betrokkenheid familie. | Kwali. | Personeelsleden melden minder conflicten met families en depressies. Betrokkenheid van familie op vlak van zorg is verhoogd. |
| Effectiviteit van een DVC en beïnvloedende factoren | | | | | | |
| Moyle et al., 2015 | Beschrijv. Verken. onderz. met case studie. | PMD in lang. zorg. | Indiv. Interv. | Beïnvloedende factoren volgens PMD om KvL te bevorderen. | Kwali.. | Onafhankelijkheid, het iets te doen hebben en sociale interacties werden aangegeven als beïnvloedende domeinen op KvL door PMD. |
| Graff et al., 2006 | RCT | PMD | 10 community based ET sessies van 1 uur, gedurende 5 weken. | Effectiviteit van community based ET. | Kwali. | 10 sessies van ET op meer dan 5 weken kan het dagelijks functioneren bevorderen en vermindert hierbij de last van de verzorgers. |
| Abrahamson et al., 2012 | Enq. | Bewoners verschillende SCU's binnen de staat Mi | Het vergelijken van het stadium waarin de PMD zit en de KvL van deze persoon a.d.h.v. data- | Heeft de mate van een cognitief probleem een invloed op de KvL. | Kwali. | Cliënten met een vergevorderd stadium van cognitieve beperking binnen de SCU rapporteerden hogere KvL binnen comfort en omgeving en een lage KvL op |

| | | | | | | |
|-------------------------|-----------------|---|---|---|--------|--|
| | | | analyse. | | | activiteiten, zelfstandigheid, privacy, betekenisvolle relaties en stemming. |
| Abrahamson et al., 2013 | Enq. en interv. | Personen met een cognitief probleem verblijvend in een SCU. | Het vergelijken van het stadium waarin de PMD zit en de KvL van deze persoon. | Effecten van de SCU op de KvL. | Kwali. | Onderzoek uit Amerika toonde aan dat personen binnen een kleine setting minder KvL ervaren door onvoldoende verplegend personeel. Uit het onderzoek bleek ook dat de KvL afhankelijk is van de mate waarin de cognitieve stoornis gevorderd is en minder door de omgeving. |
| Day et al., 2000 | Longit. Onderz. | PMD binnen fac. | Invloed van fysieke omgeving als belangrijke hulp binnen centra voor PMD. | Effecten van omgevingen die dementievriendelijk ontworpen zijn. | Kwali. | Het ontwerp wordt beschouwd als een therapeutische bron om het welbevinden en functionaliteit van PMD te bevorderen. |
| Teresi et al., 2000 | Longit. Onderz. | Personen met cognitieve problemen in zorginstellingen. | Conceptualiseren van de fysieke en sociale omgeving in zorginstellingen. | Gevolg van meer onderzoek om de sociale en fysieke omgeving aan te passen naar individuele noden. | Kwali. | Ondanks decennia lang onderzoek naar persoon-omgeving is het nog niet duidelijk hoe je het best de omgeving naar individuele noden aanpast binnen eenzelfde instelling. |

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|--|--|---|---------------------|--|
| Zeisel et al., 2003 | Longit. Onderz. | Personen met de ziekte van Alzheimer in gespecialiseerde zorgcentra. | In 15 gespecialiseerde centra de relatie zoeken tussen omgevingskenmerken en het gedrag en gezondheid. | Effecten van de omgeving op het gedrag en gezondheid. | Kwanti. | De omgeving heeft een invloed op de verbetering van symptomen van de ziekte van Alzheimer. |
| Reviews | Design | Doelgroep | Inclusies | Vergelijking | Kwant./kwali | Conclusie |
| Kok et al., 2013 | Rev. | PMD | Focus Engels gepubliceerde artikels van jan. 1990 okt. 2012. | N-SCU in vergelijking met SCU of kleinschalige, huiselijke SCU en SCU in vergelijking met kleinschalige, huiselijke SCU voor PMD. | Kwali./kwanti. | SCU heeft meer weerstand tegen zorg, beter gedrag, meer neuro- psychiatrische problemen en daling op ADL. Meer sociale relaties in kleinschalige, huiselijke SCU in vergelijking met SCU. |
| Aspden et al., 2014 | Syst. Rev. | Ouderen lang. Zorg. | Meetinstrumenten rond KvL in verzorgingshuizen en die in het Engels omschreven zijn. | Vergelijken van 16 KvL meetinstrumenten. | Kwali. | Om KvL bij PMD in verpleeg- en verzorgingshuizen te meten wordt de QUALIDEM aanbevolen. Omwille van goede psychometrische eigenschappen, duidelijk doel en neemt het domein 'iets te doen hebben' mee. |

| Vragenlijst | Inhoud doc. | Doelgroep | Omvang | Doel | Kwanti./kwali. | Conclusie |
|---------------------|----------------------------|---|----------------------|---|----------------|--|
| Ettema et al., 2005 | Handleiding meetinstrument | PMD in verpleeg- en verzorgingste huizen. | Getoetst bij 240 PMD | Controle bruikbaarheid in alle stadia van dementie en rekening houdend met omgevingsfactoren. | Kwali | Bruikbaar voor alle stadia, mogelijk voor longit. onderz. en houdt rekening met wijze waarop bewoners omgaan met omgeving en in relatie met personeel en medebewoners. |

Afkortingen: DVC: dagverzorgingscentrum, long. Onderz.: longitudinaal onderzoek, PMD: personen met dementie (licht tot zware stadia), SCU: special care units, n-SCU: niet-special care units, KvL: kwaliteit van leven, Kwanti. : kwantitatief, Kwali. : kwalitatief, ADL: activiteiten dagelijks Leven, cross- sec. : cross-sectioneel onderzoek, WZC: woonzorgcentra, interv.: interview, fac. : faciliteiten, PCC: Person-centred care, Beschrijv. Verken. Onderz. met case studie: beschrijvend verkennend onderzoek met case studie, Lang. zorg: langdurige zorg, indiv. interv. : individueel interview, RCT: randomised controlled trial, ET: ergotherapie, Mi: Michigan, enq. : enquête , jan. : januari, okt. : oktober, Rev. : review, syst. rev.: systematic review , a.d.h.v: aan de hand van

3.2 Praktijkonderzoek

3.2.1 Karakteristieken

Tabel 4 geeft een overzicht weer van de karakteristieken van de cliënten die tot de onderzoeksgroep behoren binnen de twee meetmomenten.. De karakteristieken die weergegeven worden zijn de burgerlijke staat, diagnose en thuissituatie van de cliënten. Daarnaast werd in deze tabel de resultaten van de GDS opgenomen.

Tabel 4: Karakteristieken van de onderzoekspopulatie

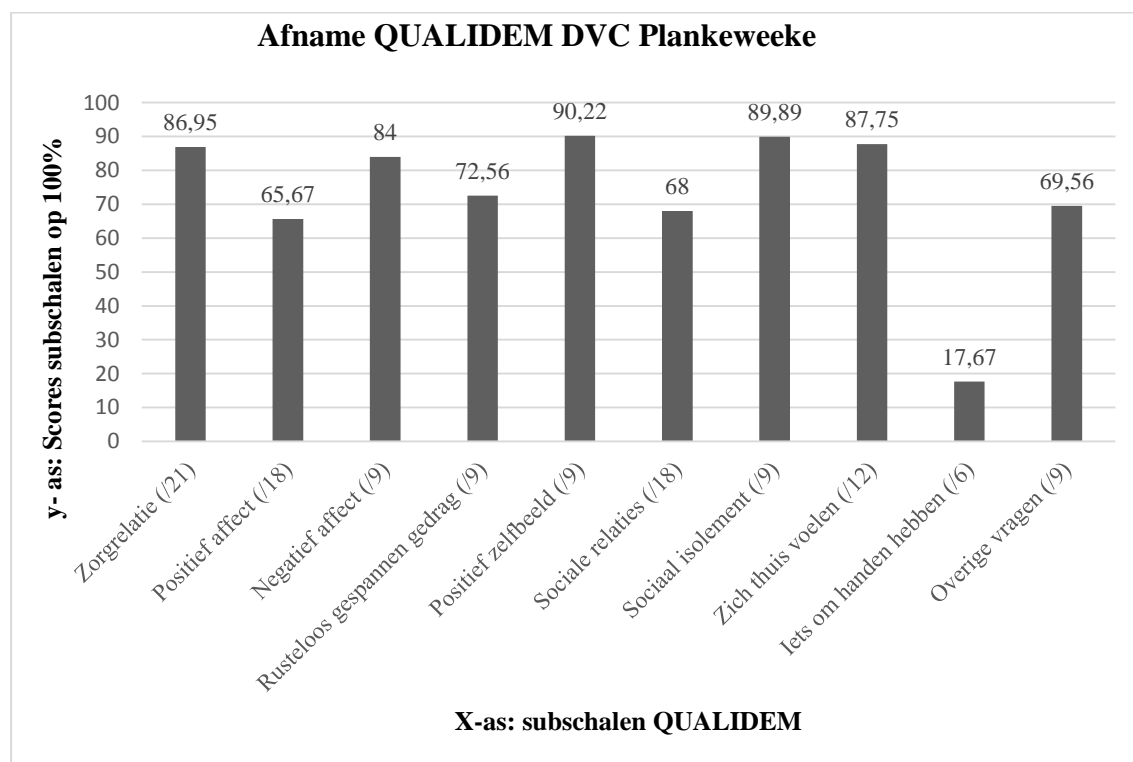
| | Plankeweke traditioneel DVC | Gespecialiseerd DVC Campus Banneux |
|--|--------------------------------|--|
| Geslacht | 17/17 | 20/17 |
| Leeftijd (gem. ± SD) | 79,76 ± 7,13 | 80,11 ± 7,84 |
| Burgerlijke staat | | |
| Getrouwd | 21 | 23 |
| Gescheiden | 1 | 1 |
| Weduwe/-naar | 8 | 9 |
| Ander | 4 | 4 |
| Diagnose | | |
| Geen | 6 | 6 |
| Dementie | 11 | 14 |
| Vasculaire dementie | 1 | 2 |
| Alzheimer dementie | 4 | 11 |
| Fronto-temporale dementie | 0 | 0 |
| Comorbiditeit | 6 | 0 |
| Andere | 6 | 4 |
| Thuissituatie | | |
| Thuiswonend alleen | 7 | 8 |
| Thuiswonend met partner | 21 | 23 |
| Inwonend bij kinderen | 4 | 2 |
| Andere | 2 | 4 |
| GDS | | |
| Stadium 1. Geen cognitieve problemen | 1 | 0 |
| Stadium 2: Heel milde cognitieve uitval | 11 | 2 |
| Stadium 3: Milde cognitieve uitval (MCI) | 9 | 12 |
| Stadium 4: Matige cognitieve uitval | 4 | 11 |
| Stadium 5: Ernstige cognitieve uitval | 6 | 8 |
| Stadium 6: Zware cognitieve uitval | 3 | 4 |
| Stadium 7: Heel zware cognitieve uitval | 0 | 0 |
| Katz (gem. ± SD) | 17,09 ± 4,05 | 17,86 ± 4,09 |

Afkortingen: TDVC: traditioneel dagverzorgingscentrum, GDVC: gespecialiseerd dagverzorgingscentrum, gem.: gemiddelde, SD: standaard deviatie, GDS: Global Deterioration Scale

3.2.2 QUALIDEM

Na afname van de GDS en de Katz- schaal, werden binnen het traditionele DVC Plankeweke (34) en het gespecialiseerde DVC Hoge vijf campus Banneux (37) cliënten geselecteerd a.d.h.v. de vooropgestelde criteria (tabel 1). Bij de geselecteerde cliënten werden observaties uitgevoerd a.d.h.v. de QUALIDEM. De observaties werden gescoord binnen de subschalen van deze schaal. De resultaten van de QUALIDEM die werden verzameld in het traditionele DVC Plankeweke zijn terug te vinden in figuur 1. De resultaten van het gespecialiseerde DVC Hoge vijf campus Banneux zijn raadpleegbaar in figuur 2.

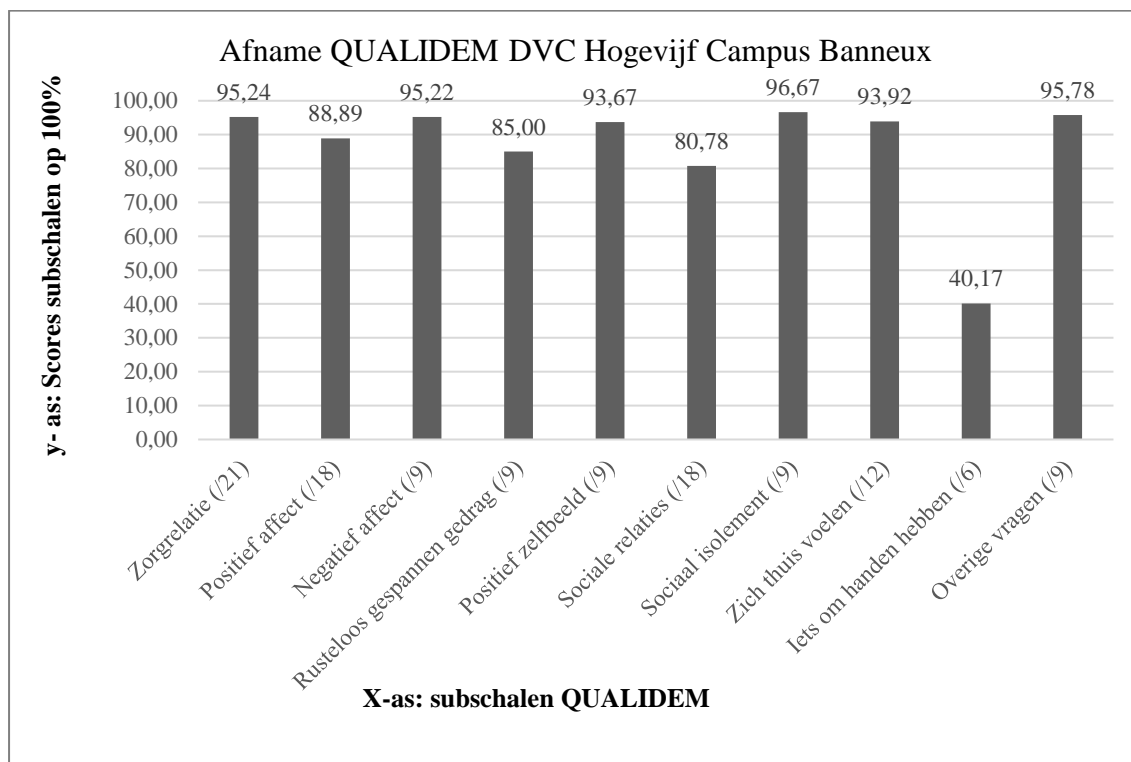
Figuur 1: Resultaten QUALIDEM binnen traditioneel DVC



Afkortingen: DVC: dagverzorgingscentrum

Figuur 1 geeft de scores van de verschillende subschalen apart weer omdat deze afzonderlijk gescoord worden. Op 5 van de 10 bevraagde subschalen werd meer dan 80 procent gescoord. Dit was zowel bij zorgrelatie, negatief affect, positief zelfbeeld, sociaal isolement als ook zich thuis voelen. Op 4 van de 10 onderwerpen is de score tussen de 60% en 80%. Hieronder vallen: positief affect, rusteloos gespannen gedrag, sociale relaties en overige vragen. Op de subschaal ‘iets om handen hebben’ werd minder dan 20% gescoord.

Figuur 2: Resultaten QUALIDEM binnen gespecialiseerd DVC



Afkortingen: DVC: dagverzorgingscentrum

Figuur 2 geeft per subschaal de scores weer die behaald werden bij de afname van de QUALIDEM tijdens de vervolgmeting. Op 9 van de 10 bevraagde subschalen werd meer dan 80 procent gescoord, hieronder vallen: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen alsook de overige vragen. De subschaal ‘iets om handen hebben’ scoorde 40,17%.

4. Discussie

Het doel van deze studie is het welbevinden van personen met cognitieve problemen binnen een gespecialiseerd DVC in kaart brengen. Een gespecialiseerd DVC voor personen met cognitieve problemen is een nieuw concept in Limburg. In Brugge en Kortrijk is dit concept al in werking. Er werd geen informatie of literatuur gevonden over Belgische organisaties of instellingen met een gelijkaardig project. De literatuur richt zich ook voornamelijk op PMD. Binnen dit onderzoek werden er naast PMD ook personen met cognitieve problemen ten gevolge van andere gezondheidsaandoeningen opgenomen indien ze aan alle inclusiecriteria voldeden.

Er werd gezocht naar een duidelijke afbakening van de literatuurstudie. De afweging werd gemaakt of enkel het welbevinden van PMD werd meegenomen of ook de invloeden op de KvL bij de PMD en ook de visie van de mantelzorger moest worden onderzocht. Het groter onderzoek waarin deze bachelorproef plaatsvindt, is gericht op zowel het welbevinden van de cliënten, het personeel en de mantelzorgers. Deze onderwerpen werden binnen de literatuurstudie ook mee opgenomen.

Binnen de literatuurstudie werden de geselecteerde artikels opgedeeld in drie thema's: effectiviteit van een gespecialiseerde afdeling voor personen met cognitieve problemen, de vragenlijsten die welbevinden van de cliënten en hun omgeving aangaan en de invloed van factoren binnen een DVC die het welbevinden van de cliënt kunnen beïnvloeden. De onderzoeken die geraadpleegd werden vonden plaats in verschillende landen binnen Europa en in de Verenigde Staten.

De geanalyseerde literatuur toonde geen éénduidig antwoord op de onderzoeksvraag van deze bachelorproef. De onderzoeken hadden zowel positieve als negatieve uitkomsten. Binnen de gevonden artikels toonden enkele onderzoeken een positief effect op het vlak van welbevinden. Onderzoek van Sjögren toont aan dat wanneer er person centered care (PCC) wordt toegepast binnen special care units (SCU's), er een stijging van het welbevinden plaatsvindt. PCC heeft als waarde dat de PMD binnen de zorg en de aanpak, als referentiepersoon gezien wordt (Sjogren, Lindkvist, Sandman, Zingmark, & Edvardsson, 2013). Onderzoek van Verbeek toont een kleine significante verbetering aan op de KvL van personen die in een SCU's verblijven (Verbeek,

Zwakhalen, van Rossum, Kempen, & Hamers, 2013). Binnen onderzoek van Reimer vertoonden de personen met cognitieve problemen binnen een SCU's minder angst, meer inbreng binnen de SCU's en de setting had een positief effect op de KvL (Reimer, Slaughter, Donaldson, Currie, & Eliasziw, 2004). Onderzoek van Abrahamson spreekt dit tegen en toonde aan dat personen met cognitieve problemen in een kleine setting minder KvL ervaarden door onvoldoende verplegend personeel. De KvL is ook afhankelijk van de mate waarin de cognitieve stoornis gevorderd is en minder van de omgeving. De manier van omgang en verzorging is belangrijker dan het aantal personen binnen de verplegende/verzorgende groep (Abrahamson et al., 2013).

Naast artikels over veranderingen in het welbevinden werden ook enkele artikels geanalyseerd over het functioneren binnen ADL- taken. Binnen de gevonden artikels gaven enkele artikels een positief effect aan op het vlak van ADL taken. Reimer toonde aan dat personen met cognitieve problemen in een laat stadium binnen een SCU's significant beter functioneren op ADL (Reimer et al., 2004). De resultaten van Reimer worden ook bevestigd in het onderzoek van Verbeek. Dit onderzoek concludeerde dat personen binnen een SCU's een hogere score behalen op assessments in verband met ADL dan personen binnen een traditionele setting (Verbeek et al., 2010). Sjögren toont aan dat wanneer er Person Centered Care (PCC) wordt toegepast binnen SCU's, een verbeterd engagement op vlak van ADL wordt geconstateerd (Sjogren et al., 2013). Binnen Zweeds onderzoek werd er specifiek gekeken naar het effect van een DVC voor personen met cognitieve problemen op vlak van gedragsproblemen, ADL en IADL. Het onderzoek toont aan dat op korte termijn geen veranderingen waren bij het gedrag van de persoon en de zelfstandigheid bij ADL- en IADL-taken. Op lange termijn zijn wel veranderingen merkbaar, maar niet significant aangetoond (Måvall & Malmberg, 2007). In enkele artikels werd een positieve uitkomst gemeten maar deze konden niet significant worden aangetoond. In een review van Kok uit 2013 werd geconcludeerd dat er binnen de SCU's een kleine daling is van de ADL-functie en dat er meer neuro- psychiatrische problemen vertoond worden. Anderzijds is er minder weerstand tegen zorg en gaan cliënten meer sociale relaties aan. Er werd geen verschil gevonden in de KvL tussen niet-special care units (n-SCU) en SCU's (Kok, Berg, & Scherder, 2013). Recenter onderzoek van Kok concludeerde dat het cognitief functioneren van de cliënten verbeterd was binnen beide groepen en dat ze beiden hoger scoorden op het ADL- functioneren. Er werd geen significant verschil aangetoond met de controlegroep ($p > 0.05$), de verbetering van

ADL- handelingen binnen de SCU's zou dus toegewezen kunnen worden aan toeval (Kok, van Heuvelen, Berg, & Scherder, 2016).

Binnen deze bachelorproef werd voor de praktijkstudie gewerkt met observaties en observatielijsten. De afweging werd gemaakt of de metingen binnen het traditionele DVC (eerste meting) of de metingen binnen het nieuwe gespecialiseerde DVC (tweede meting) als het nulpunt gezien kon worden. De verhuis zelf kan van invloed zijn op het welbevinden van de zorgverleners en mantelzorgers. Er werd gekozen om de metingen binnen het traditionele DVC als nulpunt van het onderzoek te nemen, dit om de effecten op het welbevinden voor en na in kaart te brengen.

Deze bachelorproef onderzocht het effect van een gespecialiseerd centrum. Hierbij werd ondervonden dat het definiëren van gespecialiseerde zorg zeer ruim is. Het personeel van het gespecialiseerde DVC Hogeveijf geeft aan dat vanuit de ontwikkeling van het gespecialiseerde DVC meer duidelijkheid zal komen over hoe de gespecialiseerde zorg specifiek gedefinieerd kan worden.

De personen die in aanmerking komen voor het onderzoek werden geselecteerd door het DVC. Bij het controleren van de Katz- schaal voor het onderzoek werd opgemerkt dat de scores niet altijd overeenstemmen met het effectieve functioneren van de cliënt in het dagelijks leven. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de Katz-schaal wordt ingevuld door de huisarts of de thuisverpleegkundige en deze personen niet altijd volledig op de hoogte zijn over het gehele functioneren. Naast de Katz- schaal werd ook gebruik gemaakt van de GDS. Deze schaal werd in dit onderzoek gebruikt om het cognitief functioneren van de cliënten in kaart te brengen. De GDS is specifiek uitgewerkt voor PMD, maar binnen deze bachelorproef werden ook ouderen met cognitieve problemen ten gevolge van andere aandoeningen a.d.h.v. deze schaal in kaart gebracht. Dit doordat de GDS een goede betrouwbaarheid en validiteit heeft en samen met de QUALIDEM aanbevolen wordt binnen meerdere wetenschappelijke publicaties.

Tijdens de literatuurstudie werd gezocht naar vragenlijsten omtrent het welbevinden van personen met cognitieve problemen. In overleg met de coördinator van het DVC en de

verantwoordelijke binnen het groter onderzoek werd afgewogen of de vragenlijst enkel het welbevinden van de persoon moet meten of ook de invloed van zorg op het welbevinden van de PMD. Voor het praktijkdeel van deze bachelorproef werd besloten om enkel het welbevinden van de cliënten in kaart te brengen. Er werden enkele vragenlijsten en observatieschalen geselecteerd en besproken: WSW (Waardeschaal subjectief welbevinden bij ouderen met dementie), de Welzijnsmeter gericht op ouderen met dementie, de QUALID (Quality of life in late-state dementia scale) en de QUALIDEM. Voor de bachelorproef werd de QUALIDEM gekozen, aangezien deze observatielijst het beste aansluit op wat binnen dit onderzoek gemeten wil worden. De QUALIDEM geeft een duidelijk beeld over het welbevinden van personen met cognitieve problemen en geeft ook een zicht op het gedrag en de sociale omgang van de cliënten en kan afgenomen worden bij verschillende vormen van dementie. Het afnemen van de observatielijst nam een kwartier in beslag. Hierdoor werd de dagelijkse werking binnen het DVC minimaal verstoord. De QUALIDEM scoort op betrouwbaarheid 0.74 (Ettema et al., 2005). Binnen één stageperiode in het DVC Plankeweke werd de QUALIDEM afgenomen door twee dezelfde onderzoekers: een medewerker van Plankeweke en een student van deze bachelorproef. De observatoren in periode één en periode twee zijn verschillend. Bij de afname van de QUALIDEM werd gebruik gemaakt van het oordeel van de verzorgenden/onderzoeker omdat het subjectieve karakter van KvL ter discussie wordt gesteld vanwege de cognitieve problemen bij PMD. Het afnemen van de QUALIDEM door verschillende observatoren binnen de 2 periodes kan voor een bias zorgen.

Binnen het traditionele DVC Plankeweke werd na afname van de QUALIDEM op vijf van de tien subschalen meer dan 80% gescoord. Bij vier van de tien subschalen werd er gescoord tussen de 60% en 80%. Op de subschaal 'iets om handen hebben' werd onder de 20% gescoord. Bij de afname binnen het gespecialiseerde DVC Hoge vijf Campus Banneux scoorden 9 van de 10 subschalen meer dan 80%, enkel op de subschaal 'iets om handen hebben' werd lager gescoord, dit was 40,17%.

Op de subschaal zorgrelatie werd bij de nulmeting hoog gescoord binnen het traditionele DVC Plankeweke. De score op deze subschaal is gestegen binnen het gespecialiseerde DVC. Ook 'zich thuis voelen' werd hoog gescoord in het traditionele DVC. Het gespecialiseerde DVC wil

hierop verder werken door een prikkelarme, huiselijke sfeer te creëren om de bewoners een rustige omgeving te bieden. Zowel de scores op de subschaal 'zich thuis voelen' als 'zorgrelatie' zijn binnen het gespecialiseerde DVC gestegen tot boven 90%. Volgens een onderzoek van Day moet de accommodatie zorgen voor ononderbroken zorg voor het individu en moet het individueel handelen van de cliënt promoten. Het ontwerp van het gebouw moet de oriëntatie van de bewoners ondersteunen en de sanitaire voorzieningen moeten de privacy en waardigheid van de cliënten verzekeren (Day, Carreon, & Stump, 2000). Teresi beschrijft enkele maatregelen waarmee rekening moet worden gehouden bij het beoordelen van de omgeving van ouderen in zorginstellingen. Deze maatregelen richten zich tot het op punt brengen van veiligheid en beveiliging, het maximaliseren van het bewustzijn en de oriëntatie, ondersteuning van de functionele mogelijkheden, het vergemakkelijken van sociale contacten, de verstrekking van de persoonlijke levenssfeer, mogelijkheden voor persoonlijke controle, regulering en kwaliteit van stimulatie en bevordering van de continuïteit van persoon (Teresi, Holmes, & Ory, 2000). Volgens Reimer kunnen gespecialiseerde centra via aangepaste omgevingen, het aanbieden van aangepaste prikkels en rust, het cognitieve functioneren verbeteren en gedragsproblemen minimaliseren (Reimer et al., 2004). Ook onderzoek van Zeisel toont aan dat er een samenhang is tussen agitatie, agressie, depressie, sociale terughoudendheid en psychotische problemen binnen zorgtehuizen voor personen met de ziekte van Alzheimer en de omgeving rond de persoon. Gemeenschappelijke ruimtes die variëren in sfeer en deuren die gecamoufleerd zijn bezorgen bewoners minder stress waardoor angst en bijhorende agressieve handelingen afneemt (Zeisel et al., 2003).

Binnen het praktijkonderzoek van deze bachelorproef werd de subschaal sociale relaties matig gescoord en iets om handen hebben werd erg laag gescoord binnen het traditionele DVC. Het gespecialiseerde DVC campus Banneux wil dit binnen het DVC verbeteren door de cliënten kleine dagelijkse handelingen te laten uitvoeren met ondersteuning binnen de werking. Recent onderzoek van Moyle toont dat er invloeden zijn tussen KvL, relaties aangaan met andere personen, controle houden over eigen leven en gewaardeerd worden in de samenleving. Uit dit onderzoek komen drie domeinen voor om de KvL te stimuleren naar boven: onafhankelijkheid, iets te doen hebben en sociale interacties. (Moyle, Fetherstonhaugh, Greben, & Beattie, 2015)

Binnen het traditionele DVC werd op de subschaal negatief affect een matige score behaald. Op de subschaal rusteloos gespannen gedrag werd net boven de 70% gescoord. Binnen het gespecialiseerde DVC wordt er door aangepaste en gerichte activiteiten voor personen met cognitieve problemen getracht de cliënt een beter gevoel te geven. Bij afname binnen het gespecialiseerde DVC werd op zowel de subschaal negatief affect als de subschaal rusteloos gedrag boven de 80% gescoord. Binnen onderzoek van Graff leerden PMD binnen tien sessies ergotherapie (verspreid over vijf weken) zowel cognitieve als gedragsmatige vaardigheden om hun geheugenverlies te compenseren. Het onderzoek toonde een significante verbetering aan in het handelen en het gedrag van de persoon (Graff et al., 2006).

Het gespecialiseerde DVC Campus Banneux is één van de eerste centra dat gericht is op cliënten met cognitieve problemen. Het DVC is zich volop aan het ontplooiën en aan het uitzoeken op welke domeinen het DVC wil gaan specialiseren of toespitsen. Omdat het specialiseren en het settelen binnen een nieuwe setting tijd vergt is het aangewezen om bijkomend onderzoek uit te voeren in de loop der tijd. Dit naar aanleiding van de verwachte evolutie binnen het nieuwe gespecialiseerde DVC voor ouderen met cognitieve problemen.

5. Conclusie

Op basis van de uitgevoerde literatuur-en praktijkstudie kunnen er een aantal conclusies getrokken worden in verband met het openen van een gespecialiseerd DVC voor ouderen met cognitieve problemen. Vanuit de literatuurstudie kan er geconcludeerd worden dat er binnen de onderzoeken een stijging op vlak van de KvL waar te nemen is. Enkele onderzoeken tonen geen significant verschil aan. In de literatuur wordt aangetoond dat zowel de fysische als de sociale omgeving een positieve invloed heeft op KvL van de PMD.

De praktijkstudie toont een vooruitgang in de KvL aan. In het gespecialiseerde DVC werd er op alle domeinen van de QUALIDEM hoger gescoord dan bij de nulmeting binnen het traditionele DVC. Dit op de subschalen: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en de overige vragen. Deze subschalen scoorden boven de 90%. De subschaal iets om handen hebben scoorde bij nulmeting onder de 20%, deze is gestegen naar net boven de 40%. Een gespecialiseerd dagverzorgingscentrum is op alle domeinen van de QUALIDEM bevorderend en zorgt voornamelijk voor een grote stijging op de domeinen positief affect, rusteloos gespannen gedrag, sociale relaties en iets om handen hebben.

6. Bibliografie

- Abrahamson, K., Lewis, T., Perkins, A., Clark, D., Nazir, A., & Arling, G. (2013). The influence of cognitive impairment, special care unit placement, and nursing facility characteristics on resident quality of life. *J Aging Health, 25*(4), 574-588.
doi:10.1177/0898264313480240
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., . . . Petersen, R. C. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia, 7*(3), 270-279.
- CM. (2015). Dementie: Als je niet meer weet dat je vergeet. Retrieved from https://www.cm.be/binaries/Brochure-dementie_tcm375-102336.pdf
- Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *Gerontologist, 40*(4), 397-416.
- De Coninck, L. (2008). *Ergotherapie in de gerontologie: basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*: Acco.
- Ettema, T., de Lange, J., Dröes, R.-M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). Handleiding QUALIDEM: Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1. Versie 1 Retrieved from <https://assets.trimbos.nl/docs/c418c48f-0711-4f76-bd7a-ce637cfe862f.pdf>
- Geenen, K., & Waterschoot, M. (2015). *Ergotherapie in de geriatrie: basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*: Acco.
- Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Rikkert, M. G. O. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *Bmj, 333*(7580), 1196.
- Knopman, D. S., & Petersen, R. C. (2014). Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. *Mayo Clin Proc, 89*(10), 1452-1459.
doi:10.1016/j.mayocp.2014.06.019

- Kok, J. S., Berg, I. J., & Scherder, E. J. (2013). Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 3(1), 360-375. doi:10.1159/000353441
- Kok, J. S., van Heuvelen, M. J., Berg, I. J., & Scherder, E. J. (2016). Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study. *BMC Geriatr*, 16, 47. doi:10.1186/s12877-016-0222-5
- Måvall, L., & Malmberg, B. (2007). Day care for persons with dementia. *Dementia*, 6(1), 27-43. doi:doi:10.1177/1471301207075627
- Moyle, W., Fetherstonhaugh, D., Greben, M., & Beattie, E. (2015). Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach. *BMC Geriatr*, 15, 50. doi:10.1186/s12877-015-0050-z
- NICE. (2013). Dementia: independence and wellbeing. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/qs30/resources/dementia-independence-and-wellbeing-121357405>
- Niemantsverdriet, J. (2016). Cognitief: wat betekent dat? Retrieved from <https://www.gezondheidsnet.nl/hersenen-en-geheugen/cognitief-wat-betekent-dat>
- OCMW Hasselt. (2016). Infofolder: Dagverzorgingscentrum HOGEVIJF.
- OCMW Hasselt. (z.d.). OCMW Hasselt: Dagverzorgingscentrum Plankeweek. Retrieved from <https://specials.han.nl/sites/studiecentra/auteursrechten/bronnen-vermelden/apanormen/#comp00004b902de60000000b27453d>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G., & Eliasziw, M. (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *J Am Geriatr Soc*, 52(7), 1085-1092. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52304.x
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., and Crook, T. (1983). The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.

- Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *J Adv Nurs*, *69*(10), 2196-2205. doi:10.1111/jan.12085
- Teresi, J. A., Holmes, D., & Ory, M. G. (2000). The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia Further Reflections and Recent Findings From the National Institute on Aging Collaborative Studies of Dementia Special Care Units. *Gerontologist*, *40*(4), 417-421.
- Vandeuren, J. (2009). *Naar een dementievriendelijk Vlaanderen*. Vlaamse codex Retrieved from <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1017896&datum=&geannoteerd=false&print=false>.
- Vandeuren, J. (2010). *Vlaams Woonzorgdecreet; artikel 25*.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I., & Hamers, J. P. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC Health Serv Res*, *10*, 30. doi:10.1186/1472-6963-10-30
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., van Rossum, E., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2013). Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: de invloed op bewoners, mantelzorgers en medewerkers. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *44*(6), 261-271. doi:10.1007/s12439-013-0044-2
- Vermeulen, B., & Declercq, A. (2011). Mantelzorg, vanzelfsprekend!? Over zorgervaringen en noden van mantelzorgers van kwetsbare ouderen: Steunpunt WVG, Feiten & Cijfers.
- WHO. (2014). Epidemiology of dementia *Dementia: a public health priority* (pp. 12). Switzerland: WHO, Alzheimers Disease International.
- Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P., & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *Gerontologist*, *43*(5), 697-711.

7 Bijlage

7.1 Bijlage A: Katz-schaal



Appendix - Schalen

Katz-schaal voor BASALE activiteiten van het dagelijkse leven (ADL)

Definities

De ADL-index is gebaseerd op de beoordeling van de functionele (on)afhankelijkheid van personen voor zich wassen, zich kleden, WC-bezoek, zich verplaatsen binnenhuis, continëntie en zich voeden. Specifieke definities van (on)afhankelijkheid zijn als volgt te interpreteren: onafhankelijkheid betekent het uitvoeren van de functie zonder supervisie, of verbale of fysieke ondersteuning van derden, tenzij het uitdrukkelijk wordt gespecificeerd. De beoordeling wordt gebaseerd op de actuele status en niet op de mogelijkheden van de persoon. Dit betekent dat een persoon die weigert om een opdracht uit te voeren, beschouwd wordt als afhankelijk voor deze opdracht, ook al vermoedt men dat hij er wel toe in staat is.

| | |
|---|--|
| WASSEN (gewoon wassen of het nemen van een douche of bad) | <input type="checkbox"/> Onafhankelijk: wast zichzelf volledig onafhankelijk of wordt slechts geholpen voor één onderdeel (bv. het wassen van de rug of een gehandicapt lichaamsdeel). <input type="checkbox"/> Afhankelijk: heeft hulp nodig bij het wassen van meer dan één lichaamsdeel; heeft hulp nodig om in en uit het bad te komen of wast zichzelf helemaal niet. |
| KLEDEN | <input type="checkbox"/> Onafhankelijk: neemt zelf de kledingsstukken uit de kast of lade, kleedt zichzelf aan en kan losse kledingsstukken zonder problemen aandoen. Het vastbinden van de schoenveters wordt niet beoordeeld. <input type="checkbox"/> Afhankelijk: kleedt zichzelf niet aan of slaagt er slechts in om zich gedeeltelijk aan te kleden. |
| WC-BEZOEK | <input type="checkbox"/> Onafhankelijk: kan zich zonder hulp verplaatsen naar of van het toilet, zich neerzetten en rechtkomen van het toilet en zichzelf reinigen. Hij kan eventueel zelfstandig 's nachts een bedpan of urinaal gebruiken. Gebruik van mechanische hulpmiddelen is toegelaten. <input type="checkbox"/> Afhankelijk: De patiënt kan zich niet zonder gedeeltelijke hulp (stimulatie, controle) van derden verplaatsen naar of van het toilet en/of zich neerzetten en rechtkomen van het toilet. Hij heeft hulp nodig bij het gebruik van een bedpan. |
| VERPLAATSEN BINNENHUIS | <input type="checkbox"/> Onafhankelijk: kan zich volledig zelfstandig in en uit een bed of een fauteuil verplaatsen (mag hiervoor mechanische hulpmiddelen gebruiken). <input type="checkbox"/> Afhankelijk: heeft hulp nodig om in en uit een bed of fauteuil te komen; doet geen zelfstandige verplaatsingen. |
| CONTINENTIE | <input type="checkbox"/> Onafhankelijk: De patiënt heeft geen enkel probleem, noch voor urine noch voor feces. <input type="checkbox"/> Afhankelijk: er bestaat een gedeeltelijke of volledige incontinentie voor urine of feces. Voor partiële of volledige controle van de continëntie worden lavementen, katheters of een bedpan/urinaal gebruikt. |
| VOEDEN | <input type="checkbox"/> Onafhankelijk: neemt het voedsel zelf van het bord en eet zelfstandig. Voorbereidende handelingen zoals het snijden van vlees of het boteren van brood worden niet geëvalueerd. <input type="checkbox"/> Afhankelijk: heeft hulp nodig bij de voeding of moet gevoed worden (ook artificieel). |

| | | |
|--------------|--------------|--|
| Score | <i>A</i> | <i>Onafhankelijk voor de 6 items</i> |
| | <i>B</i> | <i>Afhankelijk voor 1 van de 6 items</i> |
| | <i>C</i> | <i>Afhankelijk voor wassen en 1 bijkomend item</i> |
| | <i>D</i> | <i>Afhankelijk voor wassen, kleden en 1 bijkomend item</i> |
| | <i>E</i> | <i>Afhankelijk voor wassen, kleden, WC-bezoek en 1 bijkomend item</i> |
| | <i>F</i> | <i>Afhankelijk voor wassen, kleden, WC-bezoek, verplaatsen en 1 bijkomend item</i> |
| | <i>G</i> | <i>Afhankelijk voor alle items</i> |
| | <i>Ander</i> | <i>Afhankelijk voorten minste 2 functies maar niet te klasseren als C, D, E of F</i> |

Evaluatie van de BASALE ADL-activiteiten

De ADL-schaal volgens Katz is gebaseerd op de evaluatie van de functionele (on)afhankelijkheid op het vlak van zich wassen, zich kleden, WC-bezoek, zich verplaatsen, continëntie en voeding. Men kan opteren om elke functie nog meer gedetailleerd te beschrijven op basis van het evaluatieformulier (zie hieronder). Dit is niet strikt noodzakelijk voor het scoresysteem. Wanneer men de resultaten wenst te gebruiken om ze om te zetten in een originele Katz-score dan moeten ze als volgt geïnterpreteerd worden. Het middelste niveau (score 2) voor de items zich wassen, zich kleden en zich voeden komt overeen met "onafhankelijk". Voor de andere items daarentegen moet dit niveau gelijk gesteld worden met "afhankelijk."

Evaluatie van de ADL-activiteiten (volgens KATZ)

Kies voor elk functie-item de meest passende beschrijving

| | |
|-------------|--|
| WASSEN | <input type="checkbox"/> Geen hulp nodig <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig bij het wassen van één lichaamsdeel (rug of been) <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig bij meerdere lichaamsdelen |
| KLEDEN | <input type="checkbox"/> Neemt zelf de kleding uit de kast en kleedt zich volledig aan zonder hulp <input type="checkbox"/> Neemt zelf de kleding uit de kast en kleedt zich volledig aan zonder hulp, behalve het knopen van de schoenveters <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig om kleding te nemen en zich volledig aan te kleden |
| WC-BEZOEK | <input type="checkbox"/> Gaat zelfstandig naar het toilet, reinigt zichzelf en brengt zijn kledij in orde zonder hulp. Het gebruik van mechanische hulpmiddelen (stok, gangkader) is toegestaan. <input type="checkbox"/> Wanneer een bedpan/urinaal gebruikt wordt kan het zelf geledigd worden. <input type="checkbox"/> Heeft hulp nodig om naar het toilet te gaan, zich te reinigen of de kledij in orde te maken en om een bedpan/urinaal te gebruiken <input type="checkbox"/> Maakt geen zelfstandig gebruik van het toilet |
| VERPLAATSEN | <input type="checkbox"/> Kan zonder hulp in en uit een bed of fauteuil, eventueel met gebruik van mechanische middelen <input type="checkbox"/> Kan alleen met hulp in en uit een bed of fauteuil. <input type="checkbox"/> Komt niet uit bed |
| CONTINENTIE | <input type="checkbox"/> De patiënt heeft geen enkel probleem, noch voor urine noch voor feces. <input type="checkbox"/> Accidentele incontinentie <input type="checkbox"/> Supervisie is nodig voor controle van de continëntie; er wordt een katheter gebruikt of er is incontinentie |
| VOEDEN | <input type="checkbox"/> Heeft geen hulp nodig om zich te voeden <input type="checkbox"/> Heeft voorbereidende hulp nodig (vlees snijden, brood smeren) <input type="checkbox"/> Moet geholpen worden om zich te voeden of wordt gedeeltelijk of volledig artificieel gevoed (enterale of parenterale voeding) |

Aangepaste schaal van KATZ met vier niveaus van ernst en rekening houdend met de oriëntatiestoornissen (In België gebruikte variante).

Deze versie wordt gebruikt om de categorie van zorgbehoefte van personen, in de thuiszorg of opgenomen in een rusthuis of RVT, vast te stellen en dient als basis voor de tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 34, 12 van de gecoördineerde wet wat de inrichtingen betreft.

| |
|---|
| <p>WASSEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. wast zich volledig zonder hulp</p> <p><input type="checkbox"/> 2. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel</p> <p><input type="checkbox"/> 3. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven en onder de gordel</p> <p><input type="checkbox"/> 4. moet volledig geholpen worden om zich te wassen boven en onder de gordel</p> |
| <p>KLEDEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. kleedt zich volledig aan en uit zonder hulp</p> <p><input type="checkbox"/> 2. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich aan te kleden onder de gordel (uitzondering gemaakt voor de schoenveters)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich aan te kleden boven en onder de gordel</p> <p><input type="checkbox"/> 4. moet volledig geholpen worden om zich aan te kleden boven en onder de gordel</p> |
| <p>VERPLAATSSEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. verplaatst zich zonder enige mechanische hulp of hulp van derden.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. staat onafhankelijk op uit stoel maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich autonoom te verplaatsen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. heeft hulp nodig van derden om op te staan en zich te verplaatsen</p> <p><input type="checkbox"/> 4. is bedlegerig of aangewezen op rolstoel en is afhankelijk van derden om zich te verplaatsen</p> |
| <p>TOILETBEZOEK</p> <p><input type="checkbox"/> 1. gaat alleen naar het toilet en reinigt zichzelf</p> <p><input type="checkbox"/> 2. heeft gedeeltelijke hulp nodig om naar het toilet te gaan en zich te reinigen</p> <p><input type="checkbox"/> 3. moet volledig geholpen worden om naar het toilet te gaan en zich te reinigen</p> <p><input type="checkbox"/> 4. kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel</p> |
| <p>CONTINENTIE</p> <p><input type="checkbox"/> 1. is continent zowel voor urine als feces</p> <p><input type="checkbox"/> 2. accidenteel incontinent (inclusief blaassonde of stomie)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. incontinentie voor urine (inclusief mictietraining)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. incontinentie voor urine en feces</p> |
| <p>ETEN</p> <p><input type="checkbox"/> 1. eet en drinkt alleen</p> <p><input type="checkbox"/> 2. eet en drinkt alleen maar met voorbereidende hulp</p> <p><input type="checkbox"/> 3. eet en drinkt alleen maar met hulp tijdens de maaltijd</p> <p><input type="checkbox"/> 4. wordt volledig geholpen met eten</p> |
| <p>ORIENTATIE INTIJD</p> <p><input type="checkbox"/> 1. geen probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 2. nu en dan een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 3. bijna elke dag een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. volledig gedesoriënteerd</p> <p><input type="checkbox"/> 5. niet meer te testen vanwege de gevorderde toestand</p> |
| <p>ORIENTATIE IN RUIMTE</p> <p><input type="checkbox"/> 1. geen probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 2. nu en dan een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 3. bijna elke dag een probleem</p> <p><input type="checkbox"/> 4. volledig gedesoriënteerd</p> <p><input type="checkbox"/> 5. niet meer te testen vanwege de gevorderde toestand</p> |

Categorieën van zorgbehoefendheid

Een afhankelijkheid wordt voor elk item gescoord als een score van 3 voor dit item wordt behaald.

| | |
|--|--|
| CATEGORIE O | |
| Daarin zijn de rechthebbenden gerangschikt die fysiek volledig onafhankelijk zijn en niet dement zijn. | |
| CATEGORIE A | |
| FYSIEK: afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden; | |
| PSYCHISCH: gedesorieënterd in tijd en ruimte, maar fysiek volledig onafhankelijk; | |
| CATEGORIE B | |
| FYSIEK afhankelijk: | om zich te wassen en te kleden, én om zich te verplaatsen en/of om te eten en/of wegens incontinentie |
| PSYCHISCH afhankelijk: | gedesorieënterd in tijd én ruimte, én afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden; |
| CATEGORIE C | |
| FYSIEK afhankelijk: | om zich te wassen en te kleden, én om zich te verplaatsen én voor toiletbezoek én wegens incontinentie en/of om te eten |
| PSYCHISCH afhankelijk: | gedesorieënterd in tijd én ruimte, afhankelijk om zich te wassen en te kleden, incontinent én om zich te verplaatsen en/of toiletbezoek en/of eten |

7.2 Bijlage B: GDS

SCHALEN

Appendix

Appendix



GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) (volgens Reisberg)

De "Global Deterioration Scale" werd door Barry Reisberg ontwikkeld om een algemeen overzicht te geven van de stadia van het cognitief functioneren voor patiënten met een primaire degeneratieve dementie. Het ziekteproces wordt opgesplitst in 7 stadia. De stadia 1 tot 4 zijn de "predementie en lichtere stadia"; in de stadia 5 tot 7 kan een persoon niet meer zelfstandig zonder hulp leven. In de GDS heeft elk stadium een nummer en een korte titel met een beschrijving van de karakteristieken van het betreffende stadium. Zorgverleners kunnen het stadium, waarin de patiënt zich bevindt, vaststellen door een observatie van de karakteristieken van het gedrag van de patiënt en dit te vergelijken met de beschreven niveaus.

Stadium 1

Geen cognitieve stoornis (Normale Volwassene).

Geen subjectieve geheugenklachten noch objectieve vaststellingen van geheugendeficits bij een gesprek.

Stadium 2

Zeer lichte cognitieve stoornis (Vergeetachtigheid of Normale Oudere).

Er bestaan subjectieve klachten van geheugenproblemen, met (a) het vergeten van de plaats waar men voorwerpen heeft neergelegd, (b) het vergeten van goed gekende namen. Bij een gesprek zijn er geen tekens van geheugenproblemen en er is geen interferentie met dagelijkse beroeps- of sociale activiteiten. Betrokkene maakt zich toch lichte zorgen over het probleem.

Stadium 3

Lichte cognitieve vermindering (Vroeg Verwardheidsstadium of Zeer Vroege Alzheimerdementie).

De eerste defecten worden manifest in volgende gebieden:

- (a) Desoriëntatie met moeilijkheden om de weg te vinden in een minder bekende omgeving
- (b) Collega's beginnen fouten op te merken in activiteiten van het sociale of beroepsleven
- (c) Woordbenoemingsproblemen beginnen zich te manifesteren en vallen naastbestaanden op
- (d) Bij het lezen van een tekst wordt relatief weinig onthouden
- (e) Het herinneren van namen bij nieuwe sociale contacten wordt moeilijk
- (f) De patiënt misplaatst soms waardevolle voorwerpen
- (g) Concentratiestoornissen worden opgemerkt bij een klinische testopdracht.

Bij een diepgaand gesprek vindt men objectieve geheugenstoornissen en bij wat meer eisende opdrachten worden er moeilijkheden opgemerkt. De patiënt begint fouten te ontkennen en er kunnen lichte angstverschijnselen optreden.

Stadium 4

Matige cognitieve achteruitgang (Laat Verwardheidsstadium of Vroege Alzheimerdementie).

Bij een gesprek bestaat er een duidelijk deficit in de volgende domeinen:

- (a) verminderde kennis van recente gebeurtenissen;
- (b) geheugendefecten in de eigen recente voor geschiedenis;
- (c) concentratiestoornissen bij eenvoudige repetitieve berekeningen;
- (d) toenemende moeilijkheden om zelfstandig te reizen, financiële zaken af te handelen...

Dikwijls zijn er geen stoornissen in

- (a) oriëntatie in tijd en ruimte
- (b) herkennen van familie en persoonlijke kenissen
- (c) de mogelijkheid om te reizen naar goed gekende bestemmingen.

Ingewikkelde opdrachten worden niet tot een goed einde gebracht. Ontkenning wordt een dominant verdedigingsmechanisme. Vervlakking van emoties treedt op en er is een neiging om zich te onttrekken aan confronterende situaties.

Stadium 5

Matig ernstige cognitieve achteruitgang (Vroeg Dementiestadium of Matige Alzheimerdementie).

De patiënt kan niet langer zelfstandig functioneren. Hij/zij kan zich bij een interview geen normaal gekende feiten meer herinneren, zoals een adres of goed gekend telefoonnummer, de namen van naaste verwanten (kleinkinderen) of de naam van de school die zij vroeger bezochten. Er is dikwijls een desoriëntatie in tijd (datum, dag van de week, seizoen...) en ruimte. Een patiënt met een goede schoolopleiding heeft moeilijkheden om eenvoudige repetitieve aftreksommen te maken (met 4 vanaf 40 of met 2 vanaf 20). In dit stadium is er dikwijls nog wel notie van belangrijke persoonlijke feiten over zichzelf of over naaste verwanten. Hij/zij herinnert zich nog wel de naam van de partner, kinderen en de eigen naam. Er is geen hulp vereist bij de persoonlijke hygiëne en de voeding, maar er zijn soms moeilijkheden om zich netjes te kleden.

Stadium 6

Ernstig cognitieve achteruitgang (Matig Ernstige Alzheimerdementie).

Regelmatig vergeet de patiënt de naam van de echtgenoot(e) van wie hij/zij volledig afhankelijk geworden is. Is zich niet bewust van alle recente gebeurtenissen. Soms nog fragmentarische kennis van het vroegere eigen leven. Meestal niet bewust van de omgeving, het jaartal, het seizoen enz. Heeft moeilijkheden om omgekeerd vanaf 10 te tellen, soms ook om opklimmend tot 10 te tellen. Vereist ondersteuning voor de ADL-activiteiten:

(a) wordt soms incontinent en

(b) heeft hulp nodig om zich buitenhuis te verplaatsen, behalve af en toe naar zeer goed gekende plaatsen.

Het dagritme is belangrijk gestoord. Reageren nog meestal op de eigen naam en kunnen naaste verwanten meestal onderscheiden van vreemden.

Persoonlijks- en stemmingsstoornissen kunnen wisselend optreden met:

(a) waanbeelden en hallucinaties (beschuldigingswanen, praten soms met imaginaire personen of met hun eigen spiegelbeeld)

(b) obsessieve symptomen, zoals herhaaldelijk poetsen van voorwerpen

(c) angststoornissen, agitatie en zelfs agressief gedrag bij vroeger rustige personen

(d) besluiteloosheid, verlies van doelgerichtheid, omdat een gedachte niet lang genoeg kan vastgehouden worden om een taak tot een goed einde te brengen (cognitieve abulie).

Stadium 7

Zeer ernstige cognitieve achteruitgang (Eindstadium Alzheimerdementie).

Alle verbale mogelijkheden zijn verloren. Meestal is er geen spraak meer, alleen kreunen en geluiden. Er bestaat urinaire incontinentie en er is hulp nodig voor toiletbezoek en voeding. De psychomotorische basisactiviteiten zijn niet meer mogelijk, zoals wandelen, opzitten en controle van de hoofdbewegingen. De hersenen kunnen het lichaam niet meer controleren. Dikwijls zijn er veralgemeende neurologische tekens en symptomen aanwezig.

7.3 Bijlage C: Vragenlijst de QUALIDEM

QUALIDEM

Eerste versie (mei 2005)

Naam bewoner:

© Ettema, De Lange, Dröes, Mellenbergh, Ribbe

Afdeling:

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het is de bedoeling dat je samen met een collega de vragen beantwoordt over de afgelopen week waarin je de bewoner hebt geobserveerd. Geef op elke vraag een antwoord. Als je twijfelt tussen over de mogelijkheden, omcirkel dan het cijfer onder het antwoord dat het beste bij jouw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens jou de werkelijkheid het best benadert. Denk niet te lang na over een antwoord; het eerste antwoord dat bij je opkomt, is vaak het beste. Probeer over de vragen waar jij en je collega verschillend over denken tot overeenstemming te komen.

Nooit = Nooit
 Zelden = Hoogstens eenmaal per week
 Soms = Enkele keren per week
 Vaak = Vrijwel dagelijks

| | | | | | | |
|----|--|------------|-------------|-----------|-----------|---|
| 1 | Is vrolijk | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | B |
| 2 | Maakt rusteloze bewegingen | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | D |
| 3 | Heeft contact met andere bewoners | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | F |
| 4 | Wijst hulp van verzorgende af | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | A |
| 5 | Heeft een tevreden uitstraling | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | B |
| 6 | Maakt een angstige indruk | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | C |
| 7 | Is boos | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | A |
| 8 | Kan genieten van dingen in het dagelijks leven | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | B |
| 9 | Wil niet eten | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | J |
| 10 | Is goed gestemd | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | B |
| 11 | Is verdrietig | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | C |
| 12 | Reageert positief bij toenadering | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | F |
| 13 | Geeft aan dat hij of zij zich verveelt | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | H |
| 14 | Heeft conflicten met verzorgenden | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | A |
| 15 | Geniet van de maaltijd | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | J |
| 16 | Wordt afgewezen door andere bewoners | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | G |
| 17 | Beschuldigt anderen | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | A |
| 18 | Zorgt voor andere bewoners | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | F |
| 19 | Is rusteloos | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | D |
| 20 | Wijst contact met anderen openlijk af | Nooit | Zelden | Soms | Vaak | G |

| | | 3 | 2 | 1 | 0 | |
|----|---|------------|-------------|-----------|-----------|---|
| 21 | Heeft een glimlach om de mond | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | B |
| 22 | Heeft een gespannen lichaamstaal | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | D |
| 23 | Huilt | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | C |
| 24 | Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | A |
| 25 | Sluit zich af van de omgeving | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | F |
| 26 | Heeft bezigheden zonder hulp van anderen | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | I |
| 27 | Geeft aan meer hulp te willen | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | E |
| 28 | Geeft aan zich opgesloten te voelen | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | H |
| 29 | Trekt vriendschappelijk op met één of meer bewoners | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | F |
| 30 | Wil graag (in bed) liggen | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | J |
| 31 | Accepteert hulp | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | A |
| 32 | Roept | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | G |
| 33 | Heeft kritiek op de gang van zaken | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | A |
| 34 | Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | F |
| 35 | Geeft aan niets te kunnen | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | E |
| 36 | Voelt zich thuis op de afdeling | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | H |
| 37 | Laat blijken zichzelf niets waard te vinden | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | E |
| 38 | Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | I |
| 39 | Wil van de afdeling af | Nooit 3 | Zelden 2 | Soms 1 | Vaak 0 | H |
| 40 | Stemming is positief te beïnvloeden | Nooit 0 | Zelden 1 | Soms 2 | Vaak 3 | B |

Scoreberekening: achter elke vraag staat met een hoofdletter aangegeven tot welke subschaal de vraag behoort. Tel de scores per subschaal op.

| Subschaal (aantal vragen) | Scorebereik | Score |
|---|-------------|-------|
| A: Zorgrelatie (7) | 0 – 21 | A |
| B: Positief Affect (6) | 0 – 18 | B |
| C: Negatief Affect (3) | 0 – 9 | C |
| D: Rusteloos Gespannen Gedrag (3) | 0 – 9 | D |
| E: Positief Zelfbeeld (3) | 0 – 9 | E |
| F: Sociale Relaties (6) | 0 – 18 | F |
| G: Sociaal Isolement (3) | 0 – 9 | G |
| H: Zich Thuis Voelen (4) | 0 – 12 | H |
| I: Iets Om Handen Hebben (2) | 0 – 6 | I |
| J: Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek | | |