

2015

Validatie van de welzijnsmeter: Een dementie-specifiek instrument voor kwaliteit van leven



Afstudeerbegeleiders:

Prof dr. G.J. Westerhof
Dr. P.M. ten Klooster
Kristel Koenders-Richters

Brian Hendrik Mueller

S1013335

1/1/2015

Contents

Abstract.....	2
Inleiding	3
Methode	8
Deelnemers.....	8
Instrumenten	8
Welzijnsmeter	8
Criterium vragenlijsten	9
Procedure.....	12
Analyse	12
Resultaten	14
Totaalscore welzijnsmeter	15
Sub schalen	16
Partieel	19
Conclusie	22
Bibliografie	25
Bijlage 1 – Vragen welzijnsmeter	29
Bijlage 2 – Advies welzijnsmeter	35
Bijlage 3 – Instructies welzijnsmeter	41
Bijlage 4 – Handleiding Welzijnsmeter	44

Abstract

Het doel van dit onderzoek was om de constructvaliditeit van de welzijnsmeter, een dementie specifiek meetinstrument voor kwaliteit van leven in de ouderenzorg te onderzoeken. De welzijnsmeter is een observatievragenlijst die probeert met recente stromingen binnen de psychologie, zoals de positieve psychologie en een meer cliënt gerichte perspectief in de zorg rekening te houden, om de directe zorgverlener nog beter in staat te zetten om op de individuele behoeftes van de cliënt in te gaan. De scores op de welzijnsmeter worden in dit onderzoek met scores op al gevalideerde observatievragenlijsten vergeleken die inhoudelijk vergelijkbare aspecten meten die ook de welzijnsmeter inhoudt. Bij 63 mensen in de ouderenzorg worden dus zes observatievragenlijsten afgenomen en ook de welzijnsmeter. Tussen de scores op de welzijnsmeter en de criteriumvragenlijsten worden sterke correlaties verwacht, respectievelijk tussen individuele subschalen en de criteriumvragenlijsten. Op basis van de correlaties van de welzijnsmeter met deze al gevalideerde observatievragenlijsten, lijkt de welzijnsmeter in staat om valide een uitspraak te kunnen maken met betrekking tot het welzijn van de cliënt.

The goal of this research was to investigate the construct validity of the welzijnsmeter, a dementia specific measuring instrument for quality of life in the geriatric care. The welzijnsmeter is an observational questionnaire which seeks to incorporate recent trends in psychology, such as positive psychology and a more client centered approach, in order to enable the direct care giver to meet the individual needs of the client. The scores on the welzijnsmeter were compared to scores on other already validated observational questionnaires which measure comparable aspects which also the welzijnsmeter incorporates. For 63 people in geriatric care, six observational questionnaires were filled in additionally to the welzijnsmeter. Between the scores on the welzijnsmeter and the criteria questionnaires strong correlations are expected, respectively between specific subscales and the criteria questionnaires. The correlations of the welzijnsmeter with the scores of these already

validated questionnaires, most of the expected correlations were found which indicates that the welzijnsmeter is capable of giving a valid indication of the client's quality of life.

Inleiding

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking heeft grote gevolgen voor de gezondheidszorg en het individu. Het aantal ouderen dat in een instelling voor verpleging en verzorging woont, neemt al jaren af, terwijl het aantal ouderen toeneemt (de Klerk, 2011). Ouderen blijven steeds langer zelfstandig wonen, wat als gevolg heeft dat de ouderen die in instellingen verblijven steeds hulpbehoevender zijn. Dit komt ook terug in de hoeveelheid aanvullende zorg die ouderen dan krijgen (CBS, 2007). De kenmerken van mensen die in een instelling voor verpleging en verzorging wonen verandert. Daarom moet er steeds weer een actuele en specifieke manier van zorg worden toegepast om aan de emotionele, psychologische en sociale behoeftes van de cliënten te voldoen. De wetenschap die zich bezig houdt met geestelijk vermogen op hogere leeftijd is de Psychogeriatric; zij houdt zich voornamelijk bezig met aandoeningen die gepaard gaan met beperkingen van het geestelijke vermogen zoals dementie. Onderzoek heeft laten zien dat steeds meer mensen bang zijn om met dementie te maken te krijgen (Laforce & McLean, 2005). Rond 20% van de mensen boven de 80 heeft te maken met een vorm van dementie (Groene, 2011). De Nederlandse gezondheidsraad beschreef in 2002 dat oudere mensen het leven met dementie waarnemen als een staat van extreem lijden door steeds meer op anderen aangewezen te zijn en geleidelijk hun identiteit kwijt raken (Gezondheidsraad, 2002). Symptomen van dementie zijn onder andere een geleidelijke vermindering van cognitieve capaciteiten en verminderd sociaal functioneren (Raad voor de Volksgezondheid (RVZ), 1998).

Over de laatste decennia is er veel verandering geweest in de manier hoe met ouderenzorg om wordt gegaan. De visie is veranderd van een medisch perspectief, waarbij de nadruk ligt op de behandeling van de symptomen (Schoot, 2005), naar een meer cliëntgerichte perspectief waarbij het welzijn en de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt een meer prominente rol speelt (Reynolds, 2009). De WHO beschrijft algemene gezondheid als *“a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (World Health Organization, 1960). Deze definitie laat zien dat voor een gezonde cliënt meer nodig is dan alleen maar de afwezigheid van klachten. Deze mentaliteit is ook een kernaspect van de positieve psychologie die de laatste twintig jaar steeds prominenter is geworden

(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Positieve psychologie houdt zich bezig met die aspecten die aanwezig moeten zijn voor een individu om een hoge mate aan welzijn te ervaren en niet alleen met de bestrijding van psychosomatische symptomen (Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Kwaliteit van leven is een belangrijk concept geworden de laatste jaren en sommige auteurs vinden het zelfs het meest belangrijke doel van gezondheidszorg (Gwyther, 1997). Kwaliteit van leven wordt hier beschouwd als een subjectieve evaluatie van het individu over het leven zoals dat op dat moment ervaren wordt. Er bestaat veel literatuur die probeert te conceptualiseren welke elementen aanwezig moeten zijn om kwaliteit van leven te ervaren. Ryan en Deci beschrijven hoe competentie, autonomie en verbondenheid intrinsieke psychologische behoeftes zijn die in directe relatie staan tot motivatie en welzijn (Ryan & Deci, 2000). Dröes (1991) beschrijft in haar *adaptie-coping model* hoe het omgaan met een stressvolle gebeurtenis of situatie het welzijn kan verlagen in de context van dementie. Haar theorie is gebaseerd op het werk van Lazarus en Folkman (1984) over coping en op het werk van Moos en Tsu over crisismodellen (1977). Het adaptie-coping model volgt de psychosociale trend en houdt niet meer alleen met medische aspecten rekening, maar beoogt gedrag van mensen met dementie mede te verklaren vanuit de wijze waarop zij zich aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte (adaptatie) en omgaan met de stress die deze gevolgen kunnen veroorzaken (coping). De cliënt zal proberen een balans te vinden door met de moeilijkheden van zijn nieuwe situatie om te gaan (Dröes & van Tilburg, 1998, LaBarge & Trtanj, 1995). Succesvolle coping leidt tot beter adaptatie en daarom ook tot een betere kwaliteit van leven (Bahro, Silber, & Sunderland, 1995). Dröes onderscheidt binnen dit adaptie en coping proces zeven adaptieve taken; *Omgaan met de eigen invaliditeit, Ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met het personeel, Handhaven van een emotioneel evenwicht, Behouden van een positief zelfbeeld, Voorbereiden op een onzekere toekomst, Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties en Omgaan met de verpleeghuis omgeving*. Het model is in het verleden nuttig gebleken om psychosociale interventies te ontwikkelen voor mensen met dementie, zoals de psychomotorische therapie (Dröes, 1991), het familie geïntegreerde steunprogramma (Dröes, 1996) of geïntegreerde emotie-georiënteerde zorg voor mensen met dementie in verpleeginrichtingen (Finnema, 1998) Op basis van deze beschouwing wordt in dit onderzoek de definitie van kwaliteit van leven van Dröes et al. gebruikt (Ettema, de Lange, Dröes, Mellenbergh, & Ribbe, 2005); “de multidimensionale

evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de waargenomen gevolgen van de dementie”.

Door de aandacht meer op de cliënt en zijn kwaliteit van leven te richten in plaats van op de symptomen, zouden er verschillende voordelen ontstaan zoals een sneller herstel of een betere relatie met de zorggever (Richards, 1999). Bij dementie is herstel nauwelijks mogelijk. Juist bij chronische ziektes waar een succesvolle medische interventie onwaarschijnlijk lijkt is het nog steeds mogelijk voor de zorggever om invloed te hebben op de kwaliteit van leven van de cliënt (Oates, Westen, & Jordan, 2000). Hier wordt de verhoogde kwaliteit van leven dan als doel op zichzelf beschouwd.

In de specifieke context van mensen met dementie spelen de cognitieve beperkingen een grote rol wat een invloed heeft op de manier waarop data over de cliënt gekregen kan worden. Vaak kunnen zij niet zelf rapporteren hoe het met hun gaat of hoeveel kwaliteit van leven zij ervaren. Een oordeel moet dan van anderen, zoals verzorgenden of familieleden komen. Hierbij gaat natuurlijk informatie verloren over de subjectieve beleving van de betrokkene zelf. In de praktijk wordt hier dan vaak gebruik gemaakt van observatievragenlijsten. De in Nederland meest gebruikte observatieschaal voor kwaliteit van leven bij dementie op het moment is de Qualidem (Avis, Bond, & Arthur, 1997). De Qualidem is een multidimensionale schaal die 40 items bevat, bestaande uit 9 subschalen. Deze zijn “Zorgrelatie”, “Positief Affect”, “Negatief Affect”, “Rusteloos Gespannen Gedrag”, “Positief Zelfbeeld”, “Sociale Relaties”, “Sociaal Isolement”, “Zich thuis voelen” en “Iets Om Handen Hebben” (Ettema, Lange, Dröes, Mellenbergh, & Ribbe, 2005). Hoewel de psychometrische gegevens positief zijn is er in het verleden ook kritiek geweest op de Qualidem. Volgens Kacewicz en Slatcher (2007) omvat het te veel negatief geformuleerde items en ligt de focus hoofdzakelijk op de lichamelijke symptomen van kwaliteit van leven (Kacewicz, Slatcher, & Pannebaker, 2007). Om meer op psychosociale aspecten in te kunnen gaan en een instrument te hebben dat voortkomt uit de positieve psychologie en cliëntgerichte benadering, is de welzijnsmeter ontwikkeld (Bijlage 1) (Richters, 2012). Hiermee wordt beoogd om een holistisch beeld te krijgen over de kwaliteit van leven van ouderen met dementie, waar zowel met medische, maar ook met cliënt gerichte aspecten van kwaliteit van leven rekening gehouden wordt.

De welzijnsmeter omvat 4 conceptuele aspecten; *Mentaal welbevinden*, *Woon- en leefomstandigheden*, *Lichamelijk welbevinden en gezondheid* en *Participatie*. Deze indeling is gebaseerd op het model Zorgleefplan van ActiZ. Dit is een zorgmethodiek waar veel

zorginstellingen mee werken. In september 2006 is dit model verschenen (Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie, 2014) en probeert een richtlijn te bieden om aan de behoefte aan zorg van de cliënt tegemoet te komen in het leven van alledag. Op elk van die 4 leefdomeinen kunnen zich problemen voordoen. Er zijn een aantal categorieën waarin (dit probleem)gedrag verdeeld wordt. Deze categorieën zijn; stemming, agressie, angst, agitatie (*Mentaal welbevinden*), lichamelijk welzijn, decorum, verward gedrag (*Lichamelijk welbevinden en gezondheid*), bezigheden, sociale contacten (*participatie*) en woonomstandigheden en Relatie met medewerkers (*Woon- en leefomstandigheden*). Op basis van deze indeling kan een zorgplan opgesteld worden die op de normen voor Verantwoorde zorg is gebaseerd (Actiz, et al., 2007). ActiZ noemt een op basis van dit theoretische kader opgesteld zorgplan een *Zorgleefplan*. Volgens ActiZ zijn deze 4 domeinen bepalend voor kwaliteit van leven.

De vragen die in de welzijnsmeter gebruikt worden zijn gebaseerd op schalen die al in de praktijk gebruikt worden. Waar mogelijk zijn de items als positieve stelling geformuleerd. Hoewel de vragen inhoudelijk niet helemaal nieuw zijn is het de samenstelling van deze vragen die de welzijnsmeter bepaalt en het concept erachter. Zoals eerder genoemd gaat ActiZ ervan uit dat de 4 categorieën essentieel zijn bij kwaliteit van leven. Vanuit deze beredenering zijn de meest recente en betrouwbare schalen die elk aspect meten gebruikt als basis voor de welzijnsmeter. Verder, als de welzijnsmeter in staat is om alle 4 onderdelen die als essentieel worden beschouwt met betrekking tot kwaliteit van leven valide te meten, kan deze informatie gebruikt worden om een conclusie te trekken over de kwaliteit van leven van de cliënt. De schalen die in dit onderzoek gebruikt worden

, zijn de Qualidem (Avis, Bond, & Arthur, 1997), de Cornell Scale for depression in Dementia (Esterling, L'Abate, Murray, & Pennebaker, 1999), de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP) (Pennebaker, 1997), de Neuropsychiatrische Vragenlijst-Questionnaire (NPI) (Baikie & Wilhelm, 2005), en de Care Dependency Scale (CDS) (Connolly Baker & Mazza, 2004).

Tabel 1 laat zien welke sub schaal op welke vragenlijst gebaseerd is. Omdat sommige vragenlijsten een grote hoeveelheid vragen inhouden en ook verschillende aspecten meten, kunnen zij ook bij verschillende subschalen gebruikt worden.

Tabel 1
Basis voor subschalen van de welzijnsmeter

Schaal	CDS kort	CMAI-D	Cornell	GIP	NPI	Qualidem
Deel 1 Mentaal welbevinden	•	•	•	•	•	•
Deel 2 Lichamelijk Welbevinden	•			•		
Deel 3 Participatie	•	•	•	•	•	•
Deel 4 Woon en Leefomstandigheden	•	•	•			•

De welzijnsmeter is nog niet gevalideerd. Dit is het doel van dit onderzoek. De focus van deze studie ligt erin na te gaan hoe de welzijnsmeter met andere vragenlijsten die vandaag succesvol in de praktijk gebruikt worden correleert. Sinds deze vragenlijsten al gevalideerd zijn, op hetzelfde moment worden afgenomen en gebruikt worden om een uitspraak over de welzijnsmeter te kunnen maken wordt in dit onderzoek dus de concurrente validiteit geanalyseerd van de welzijnsmeter. Voor de totaalscore belangrijk is dat alle aspecten die inhoudelijk een rol spelen door correlaties met de criteriumvragenlijsten terug komen. De GIP meet meer op Gedragsniveau om welke reden hier een moderate correlatie verwacht wordt, voor de andere criteriumvragenlijsten worden sterke correlaties verwacht. De subschalen van de welzijnsmeter houden aspecten in die in meerdere van de criteriumvragenlijsten terug komen (zie tabel 1). Er wordt dus verwacht dat de subschalen wel met deze criteriumvragenlijsten correleren, maar worden hier alleen maar moderate correlaties verwacht.

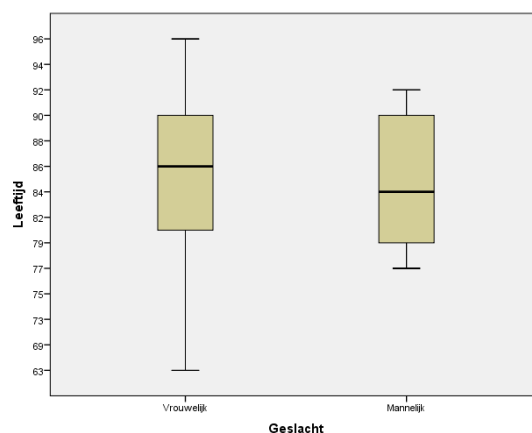
Het doel van dit onderzoek is dus om te analyseren of de welzijnsmeter met de andere criterium vragenlijsten correleert, en dus in staat is om valide een uitspraak te maken met betrekking tot het welzijn van de cliënt.

Methode

Deelnemers

Het onderzoek vond plaats in het zorgcentrum De Posten in Enschede. Het onderzoek was uitgevoerd tussen november 2012 en december 2014. Deelnemers waren bewoners van het zorgcentrum De Posten in Enschede. De onderzoeksgroep bestond uit 63 deelnemers (n=63) tussen de 63 en 96 jaar oud. 51 waren vrouwelijk (81%) en 12 waren mannelijk (19%). *Figuur 1* laat de spreiding van de leeftijden binnen de proefpersonengroep zien. De vrouwen in dit onderzoek waren gemiddeld wat ouder dan de mannen.

De data van de welzijnsmeter die in dit onderzoek gebruikt wordt, is afgenomen door de teamleiders, activiteitenbegeleider en zelfs naasten van de cliënten. De referentie vragenlijsten zijn ingevuld door professionals die goed bekend zijn met het invullen van deze vragenlijsten, als nodig in samenwerking met iemand die de cliënt voldoende kende om een uitspraak over een bepaalde stelling te kunnen maken.



Figuur 1: Spreiding van leeftijden per geslacht

Instrumenten

Welzijnsmeter

De welzijnsmeter is een observatievragenlijst. Eventueel kunnen bij gesignaleerde problematiek, adviezen opgevraagd worden om zo goed mogelijk met het gedrag om te gaan. Op het moment bestaat deze lijst als digitaal programma dat op een computer wordt ingevuld. De lijsten worden door 2 zorgverlener samen ingevuld. Deze twee zorgverleners zijn in de praktijk vaak medewerkers van de instelling die de bewoner goed kennen. In de praktijk zijn het vaak Eerst Verantwoordelijk Verzorgenden, of Contactverzorgenden, die de welzijnsmeter samen met een collega, dit zou bijvoorbeeld een verzorgende of activiteitenbegeleider kunnen zijn, invullen. Ook komt het voor dat de welzijnsmeter wordt ingevuld door een medewerker en een vrijwilliger of familielid.

De welzijnsmeter bestaat uit 4 algemene vragen met betrekking tot de persoon (leeftijd, geslacht, zorgverlener, groep) en 82 items die met een 4 punts Likert schaal beantwoord kunnen worden (Altijd, Regelmatig, Zelden, Nooit, Niet kunnen observeren). *Altijd* betekent in deze context dat de cliënt dit gedrag over de laatste twee weken bijna constant vertoonde, *Regelmatig* twee tot drie keer. *Zelden* betekent één keer in de geobserveerde tijdperiode en *Nooit* dat de cliënt het gedrag überhaupt niet vertoonde. In het geval dat een observatie uit bepaalde redenen niet mogelijk was is er nog de optie *Niet kunnen observeren*. Dit was meestal het geval bij cliënten met een ernstige vorm van dementie. Hier zijn verschillende verklaringen mogelijk, zoals dat de invuller de betreffende cliënt niet goed genoeg kent, of dat de cliënt een zeer beperkt handelings- en reactierepertoire heeft. Hier kan dan met het team overlegd worden wat bij een specifieke cliënt waar dit voorkomt het geval zou kunnen zijn.

De vier subschalen bestaan uit 25 vragen met betrekking tot *Mentaal welbevinden*, 12 vragen met betrekking tot *Woon- en leefomstandigheden*, 28 vragen met betrekking tot *Lichamelijk welbevinden en gezondheid* en 17 vragen met betrekking tot *Participatie*. Van de 82 vragen die de welzijnsmeter omvat, zijn 50 positief geformuleerd, de andere 32 negatief. Hiermee wordt bij het scoring rekening gehouden.

Criterium vragenlijsten

Om alle aspecten die de welzijnsmeter inhoudt te kunnen meten moet er gebruik gemaakt worden van verschillende lijsten. De schalen die in dit onderzoek gebruikt worden zijn de Cornell Depressieschaal (Esterling, L'Abate, Murray, & Pennebaker, 1999), de CMAI-D (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) voor agitatie, NPI-Q voor Psychiatrisch gedrag (Baikie & Wilhelm, 2005), GIP voor Gedrag (Pennebaker, 1997), de Qualidem voor welzijn (Avis, Bond, & Arthur, 1997) en de CDS-kort voor zorgafhankelijkheid (Connolly Baker & Mazza, 2004). De gebruikte schalen zijn in de praktijk en literatuur valide gebleken. *Tabel 2* presenteert de relevante literatuur.

Tabel 2

Literatuur m.b.t. validatie van de gebruikte vragenlijsten

Schaal	Meet	Aantal items	Literatuur
Cornell scale for depression in dementia	Depressie	19	(Korner, et al., 2006)
Cohen-mansfield agitation inventory	Agitatie	29	(de Jonghe & Kat, 1996)
Neuropsychiatric Inventory NPI-Q	Psychiatrisch gedrag	12	(de Jonghe J. , Kat, Kalisvaart, & Boelaarts, 2003)
Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP)	Gedragsproblemen	83	(Eisses & Kluiter, 2002)
Qualidem	Kwaliteit van leven	40	(Ettema, Dröes, de Lange, Mellenbergh, & Dijkstra, et al., 2000)
Care dependency Scale (CDS)	Zorgafhankelijkheid	16	(Dijkstra, et al., 2000)

De Qualidem is een meetinstrument dat kwaliteit van leven meet bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen. Het omvat 40 vragen uit 9 categorieën. De Cornell schaal meet aspecten van depressie bij mensen met dementie. Vragen hiervan worden opgenomen om inzicht te krijgen in het emotionele welbevinden van de cliënt. Hoe de cliënt zichzelf gedraagt, is daarbij ook belangrijk. Hiervoor wordt in de praktijk bij oudere mensen met dementie de GIP gebruikt. De GIP is bedoeld voor het in kaart brengen van gedragsproblemen die het gevolg zijn van cognitieve stoornissen en stemmingsproblemen bij ouderen. Met de GIP wordt via het observeren van gedrag in de dagelijkse institutionele leefsituatie een screening gemaakt van de mate waarin zich bij ouderen psychische en psychiatrische problemen voordoen. De GIP bestaat uit 82 stellingen en omvat 14 schalen. De NPI-Q gaat nog een stap verder en brengt neuropsychiatrische symptomen beknopt in kaart. Met de combinatie van vragen uit de GIP en de NPI-Q wordt beoogd om een snel een holistisch en specifiek oordeel te kunnen maken over de psychische en psychiatrische toestand van de cliënt te kunnen maken. Als laatste bron van inspiratie wordt de CDS gebruikt, een schaal die zorgafhankelijkheid meet. Door zorgafhankelijkheid te betrekken wordt er verder gekeken naar de lichamelijke toestand van de cliënt maar ook na hoe autonoom hij voor zichzelf kan zorgen.

Procedure

De welzijnsmeter is over een periode van 2 jaar afgenomen bij ouderen met dementie. Voor elk deelnemer worden alle 7 lijsten op hetzelfde moment ingevuld, wat dit tot een cross-sectioneel onderzoek maakt. De welzijnsmeter werd de eerste keer afgenomen tussen zes tot acht weken nadat de cliënt in zorg is gekomen. Daarna wordt hij gemiddeld 2 keer per jaar afgenomen om een indicatie te hebben hoe het met de cliënt gaat en hoe de kwaliteit van leven zich ontwikkelt. Om de welzijnsmeter in te vullen zijn circa 20 minuten nodig. In totaal voor alle test was de zorgverlener per individu dus ongeveer een uur bezig.

Analyse

Voor de analyse werd het programma IBM® SPSS® Statistics 21 gebruikt. Het significantie niveau (p) dat in de analyse gehanteerd zal worden is 0.05. Voor de Pearson's r correlatie die in de Analyse uitgevoerd zal worden, worden de volgende richtlijnen bijgehouden (Cohen, 1988):

Tabel 3
Cohen's Richtlijnen voor Pearson's r

Pearson's r	Interpretatie
-.50	Sterk negatieve correlatie
-.30	Moderate negatieve correlatie
-.10	Zwak negatieve correlatie
0	Geen lineair verband
.10	Zwak negatieve correlatie
.30	Moderate negatieve correlatie
.50	Sterk positieve correlatie

Om uiteindelijk een conclusie te kunnen trekken of er genoeg positieve correlaties zijn gevonden om een uitspraak te kunnen maken over de welzijnsmeter, wordt hier 75% van de verwachte correlaties als drempel gehanteerd, wat al in eerder onderzoek nuttig is gebleken (Terwee, et al., 2007). Dus, als 75% van de verwachte correlaties gevonden kunnen worden wordt dit als positief resultaat beschouwt. Op basis van Tabel 1 en de geformuleerde verwachtingen is *Tabel 4* opgesteld. De tabel laat zien waar precies correlaties worden verwacht en hoe sterk. Voor de analyse in eerste instantie belangrijk zijn de correlaties van de totaalscore met de criteriumvragenlijsten. Apart ervan zal erna worden gekeken hoe de correlaties van de totaalscore tot stand kwamen door in detail na te kijken hoe de subschalen onder elkaar en met de criteriumvragenlijsten correleren.

Tabel 4

Verwachte correlaties

Schaal	CDS kort	CMAI-D	Cornell	GIP	NPI	Qualidem
Deel 1 Mentaal welbevinden	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Deel 2 Lichamelijk Welbevinden	✓	×	×	✓	×	×
Deel 3 Participatie	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Deel 4 Woon en Leefomstandigheden	✓	✓	✓	×	×	✓
Totaalscore Welzijnsmeter	✓	✓	✓	✓	✓	✓

	Zwakke correlatie		Moderate correlatie		Sterke correlatie
---	-------------------	---	---------------------	---	-------------------

Resultaten

Het doel van dit onderzoek is om te analyseren of de welzijnsmeter kwaliteit van leven valide kan meten. Om dit te kunnen beantwoorden worden de scores op de welzijnsmeter vergeleken met de scores op de andere observatievragenlijsten. *Tabel 5* geeft een overzicht van de data, inclusief een Cronbach's α voor de gevonden interne consistentie.

Tabel 5
Overzicht van gegevens

	Min	Max	α	M	Sd
Welzijnsmeter:	89	233	.957	148.54	33.24
➤ Deel 1 Mentaal welbevinden	25	68	.924	44.76	11.92
➤ Deel 2 Lichamelijk Welbevinden	30	81	.860	46.65	11.05
➤ Deel 3 Participatie	18	60	.889	38.19	10.18
➤ Deel 4 Woon en Leefomstandigheden	12	32	.853	18.94	5.79
Observatievragenlijsten:					
CDS-kort	16	77	.965	42.13	17.10
CMAI-D	29	105	.889	49.02	20.12
Cornell	0	28	.889	8.27	7.55
GIP	51	134	.789	82.56	17.73
NPI	0	70	.943	18.79	18.79
Qualidem	30	119	.941	84.76	21.62

De spreiding van de welzijnsmeter scores gaat van 89 tot 233 met een gemiddelde van 148.54, en een standaardafwijking van 33.24. De spreiding van de totaalscores is relatief hoog, wat dus betekent dat onder de proefpersonen een grote variëteit was aan hoeveel kwaliteit van leven de proefpersonen ervaren volgens de welzijnsmeter. Met een Cronbach's α van 0.957 heeft de data een goede interne consistentie (Kline, 2000). De data van de criteriumvragenlijsten heeft in dit onderzoek ook goede interne consistentie laten zien.

Totaalscore welzijnsmeter

Tabel 6 geeft een samenvatting van de gegevens en de gevonden correlaties van de Totaalscore en de gebruikte observatievragenlijsten.

Tabel 6
Samenvatting van gegevens voor Totaalscore (N = 63)

Schaal	CDS kort	CMAI-D	Cornell	GIP	NPI	Qualidem
Welijnsmeter	-.586**	.708**	.632**	.208	.583**	-.720**

* p < 0.05 (2-tailed)

** p < 0.01 (2-tailed)

De Totaalscore van de welzijnsmeter correleert sterk met de CDS kort, de CMAI-D, de Cornell, de NPI en de Qualidem. Deze resultaten zijn ook alle statistisch significant. Voor de GIP is geen significante correlatie gevonden. Dit betekent, dat hoe minder kwaliteit van leven de cliënt heeft volgens de welzijnsmeter, hoe meer zorg heeft hij nodig, hoe meer geagiteerd hij is, hoe meer depressief, hoe meer neuro psychiatrisch gedrag hij vertoont en hoe minder kwaliteit van leven hij heeft volgens de Qualidem. Omdat de Qualidem in de praktijk het op het moment meest gebruikte meetinstrument bij mensen met dementie is voor het meten van kwaliteit van leven, was het voor het onderzoek het meest belangrijk om erop in te gaan in hoe ver de twee observatielijsten met elkaar correleren. De sterke correlatie met de Qualidem laat zien dat ze wel in grote lijnen tot een vergelijkbaar resultaat komen, maar is nog ruimte voor inhoudelijke verschillen tussen de tests.

De Totaalscore van de welzijnsmeter correleerde significant en ook sterk met vijf van de zes gebruikte schalen. De enige observatielijst waar geen significante correlatie met de totaalscore kon worden gevonden was de GIP. Dit zou kunnen omdat de GIP meer op Gedragsniveau meet wat het resultaat dus begrijpelijk maakt. Van de 6 verwachte correlaties konden hier 5 worden gevonden.

Sub schalen

Tabel 7 gaat in detail in op de correlaties van elk Sub schaal. Hier worden ook de correlaties gepresenteerd van de inhoudelijke aspecten die elke sub schaal opmaken.

Tabel 7
Correlatie van Subscales (N = 63)

Schaal	CDS kort	CMAI-D	Cornell	GIP	NPI	Qualidem
Deel 1 Mentaal welbevinden	-.406**	.674**	.652**	.413**	.619**	-.704**
➤ Stemming	-.398**	.584**	.590**	.294*	.549**	.764**
➤ Agressie	-.271*	.596**	.511**	.294*	.508**	-.565**
➤ Angst	-.334**	.478**	.571**	.405**	.486**	-.533**
➤ Agitatie	-.360**	.637**	.516**	.386**	.550**	-.557**
Deel 2 Lichamelijk Welbevinden	-.468**	.606**	.486**	.091	.457**	-.535**
➤ Lichamelijk welzijn	-.370**	.524**	.493**	.077	.382**	-.430**
➤ Decorum	-.250*	.454**	.282*	.182	.358**	-.389**
➤ Verward gedrag	-.480**	.552**	.443**	.040	.416**	-.506**
Deel 3 Participatie	-.706**	.466**	.406**	-.083	.359**	-.568**
➤ Bezigheden	-.684**	.456**	.402**	-.032	.389**	-.572**
➤ Sociale contacten	-.562**	.362**	.307*	-.153	.212	-.413**
Deel 4 Woon en Leefomstandigheden	-.393**	.702**	.646**	.314*	.571**	-.666**
➤ Woonomstandigheden	-.300*	.660**	.569**	.261*	.551**	-.588**
➤ Relatie met medewerkers	-.389**	.583**	.571**	.292*	.463**	-.588**
Totaalscore Welzijnsmeter	-.586**	.708**	.632**	.208	.583**	-.720**

Verwachte correlatie Gevonden verwachte correlatie Niet gevonden verwachte correlatie

* p < .05 (2-tailed)

** p < .01 (2-tailed)

Sub schaal 1, Mentaal welbevinden, bestaat uit de vier Aspecten Stemming, Agressie, Angst en Agitatie, en houdt vragen in die inhoudelijk lijken op de vragen welke ook in de andere observatievragenlijsten staan. Er wordt dus een correlatie tussen Deel 1 en alle zes andere schalen verwacht. Op basis van Cohens indeling over significanties zijn er 2 moderate en 4 sterke correlaties gevonden. Hier komen alle gevonden correlaties met de verwachtingen overeen. Alle resultaten van deze analyse zijn significant met $p < 0.01$. Dit betekent dus dat

hoe meer Mentaal welbevinden de cliënt heeft volgens de welzijnsmeter, hoe minder zorgafhankelijk hij zal zijn volgens de CDS, hoe minder geagiteerd hij zal zijn volgens de CMAI-D, hoe minder depressief hij zal zijn volgens de Cornel, hoe minder problematisch gedrag hij zal vertonen volgens de GIP, hoe minder Neuro psychiatrische symptomen hij zal laten zien en hoe meer kwaliteit van leven hij zal hebben volgens de Qualidem. Dit betekent dus dat Deel 1, zoals het ook bij de designfase van de welzijnsmeter de bedoeling was, in staat is om met deze aspecten rekening te houden bij het meten van het mentaal welbevinden bij mensen met dementie.

Sub schaal 2, Lichamelijk welbevinden, houdt aspecten in die ook in de CDS-kort en de GIP worden getoetst. Hier worden de correlaties verwacht. Voor Lichamelijk welbevinden komen maar 1 van de 2 verwachte correlaties overeen. Deel 2 correleert matig en bijna sterk met de CDS-kort, wat dus betekent dat hoe minder Lichamelijk welbevinden de cliënt ervaart volgens de welzijnsmeter hoe meer zorgafhankelijk hij ook zal zijn. Dit komt met de verwachtingen overeen. Er kon geen relatie gevonden kunnen worden tussen Deel 2 en de GIP. Hoewel de vragen van Deel 2 inhoudelijk overeenkomen met vragen uit de GIP, kon in dit onderzoek geen correlatie tussen de scores gevonden kunnen worden. Opvallend bij de analyse van de correlaties was dat Deel 2, ook al was dit niet expliciet verwacht, met de andere vragenlijsten, met name de CMAI-D, Cornel, NPI en Qualidem matig tot sterk correleert. Ook al waren de vragen niet specifiek inhoudelijk op deze aspecten afgestemd, lijkt het desondanks begrijpelijk dat de score op Lichamelijk welbevinden correleert met deze schalen op basis van de inhoudelijke overeenkomsten. Dit betekent dus dat hoe meer Lichamelijk welbevinden de cliënt heeft volgens de welzijnsmeter, hoe minder zorgafhankelijk hij zal zijn volgens de CDS, hoe minder geagiteerd hij zal zijn volgens de CMAI-D, hoe minder depressief hij zal zijn volgens de Cornel, hoe minder Neuro psychiatrische symptomen hij zal laten zien en hoe meer kwaliteit van leven hij zal hebben volgens de Qualidem. Alle resultaten van deze analyse, behalve die van de GIP, zijn significant met $p \leq 0.01$. Het resultaat van de analyse voor dit onderdeel lijkt voor validiteit te pleiten aangezien dat vijf van de zes verwachte correlaties worden gevonden.

Sub schaal 3, Participatie, wordt opgesteld van inhoud van alle 6 observatielijsten en houdt inhoudelijk de aspecten Bezigheden en Sociale contacten in. Er worden dus 6 correlaties verwacht. Participatie is een aspect dat in veel van de gebruikte observatievragenlijsten terug komt, ook al ligt er niet de focus op. De correlaties worden dus niet sterk verwacht. De Analyse van de data laat zien dat Sub schaal 3 statistisch significant correleert met alle

gebruikte lijsten behalve de GIP. Dit resultaat komt overeen met het feit dat deze vragen ook soortgelijk in deze lijsten staan. Hoe meer een cliënt dus participeert volgens de welzijnsmeter, hoe minder zorg zal hij nodig hebben, hoe minder geagiteerd hij zal zijn en hoe minder depressief hij zal zijn volgens de Cornell. Ook zal hij minder neuro psychiatrisch gedrag vertonen volgens de NPI en zal meer kwaliteit van leven hebben volgens de Qualidem. Voor Deel 3 komen vijf van de zes verwachte correlaties overeen. Dit resultaat ondersteunt de validiteit van dit onderdeel van de welzijnsmeter.

Deel 4, Woon en Leefomstandigheden is samengesteld uit vragen die ook voorkomen in de CDS-kort, de CMAI-D, de Cornell en de Qualidem. We verwachten dus een correlatie met deze scores. De analyse laat zien dat alle 4 correlaties worden gevonden. De correlatie met de CDS-kort is matig, de rest sterk. Hoewel het niet verwacht was correleert Deel 4 ook met de GIP en de NPI, met de NPI zelfs sterk. Dit betekent dus dat als iemand hoog scoorde op Woon en Leefomstandigheden in de welzijnsmeter zal hij laag scoren op de CDS en de Qualidem, en hoog op de CMAI-D, de Cornell, de GIP en de NPI. Dat alle vier verwachte correlaties konden gevonden worden ondersteunt de validiteit van de welzijnsmeter.

Om een nog duidelijker beeld te krijgen over hoe de gevonden correlaties in elkaar zitten, was een partiele correlatie analyse uitgevoerd om na te gaan hoe de correlaties precies opgemaakt worden. *Tabel 8* laat de correlaties van de Sub schalen onder elkaar zien.

Tabel 8
Correlaties tussen Sub schalen

Schaal	1	2	3	4
Deel 1 Mentaal welbevinden	1			
Deel 2 Lichamelijk Welbevinden	.716**	1		
Deel 3 Participatie	.509**	.586**	1	
Deel 4 Woon en Leefomstandigheden	.768**	.717**	.525**	1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), N=63

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), N=63

Voor elk onderdeel worden steeds de andere schalen als controle variabele ingezet, dus voor Deel 1 zijn de control variabelen Deel 2 tot Deel 4. Voor elk onderdeel van elke Sub schaal worden respectievelijk alle anderen onderdelen als control variabelen ingezet, voor Stemming bij onderdeel 1 zijn dit dan de andere onderdelen van Deel 1; Agressie, Angst en Agitatie en ook de onderdelen van de andere subschalen; Lichamelijk welzijn, Decorum Verward gedrag (2), Bezigheden, Sociale contacten (3), Woonomstandigheden en Relatie met medewerkers (4). *Tabel 9* laat de resultaten van deze analyse zien.

Tabel 9
Gevonden partiële correlaties tussen de gebruikte meetinstrumenten

Schaal	CDS kort	CMAI-D	Cornell	GIP	NPI	Qualidem
Deel 1 Mentaal welbevinden	-.043	.236	.321*	.426**	.334**	-.392**
➤ Stemming	.082	-.157	.032	.131	.083	-.336*
➤ Agressie	.001	.389**	.265	.070	.274*	-.257
➤ Angst	-.050	-.285*	.090	.150	-.069	.014
➤ Agitatie	-.033	.347*	.026	.108	.128	.010
Deel 2 Lichamelijk Welbevinden	-.071	.081	.081	-.257*	-.060	.151
➤ Lichamelijk welzijn	-.360	.084	.112	-.087	-.001	.169
➤ Decorum	-.003	-.324*	-.288*	-.026	-.187	.187
➤ Verward gedrag	-.073	.028	.086	-.118	.067	-.116
Deel 3 Participatie	-.597**	.080	.074	-.312*	.037	-.326*
➤ Bezigheden	-.451**	.280*	.147	-.107	.257	-.396**
➤ Sociale contacten	-.170	-.128	-.168	-.228	-.253	.213
Deel 4 Woon en Leefomstandigheden	.042	.323*	.298*	.176	.190	-.246
➤ Woonomstandigheden	.033	.459**	.234	.016	.267	-.220
➤ Relatie met medewerkers	-.015	.109	.228	.210	.021	-.092
Totaalscore Welzijnsmeter	-.586**	.708**	.632**	.208	.583**	-.720**

 Zwakke correlatie  Moderate correlatie  Sterke correlatie

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), N=63

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), N=63

Met Deel 2 t/m Deel 4 als controle variabele correleert Sub schaal 1 Mentaal welbevinden significant met de Cornell, de GIP, de NPI en de Qualidem. De gevonden correlaties zijn matig. Omdat de Welzijnsmeter en de Qualidem allebei proberen Kwaliteit van leven te meten, is deze correlatie juist van belang. Mentaal welbevinden houdt de aspecten Stemming, Aggressie, Angst en Agitatie in. Stemming correleert statistisch significant met de Cornell en de Qualidem. De gevonden correlaties voor Stemming zijn matig. Aggressie correleert matig met de CMAI-D. Drie zwakke correlaties worden nog gevonden, deze zijn met betrekking tot de Cornell, de NPI en de Qualidem. Angst correleert zwak met de CMAI-D en de GIP. Agitatie correleert matig met de CMAI-D en zwak met de GIP en NPI.

In de partiele correlatie analyse voor Deel 2 met Deel 1, Deel 3 en Deel 4 als controle variabele correleert Deel 2 matig met de GIP en de Qualidem. Sub schaal 2 bestaat uit *Lichamelijk welzijn*, *Decorum* en *Verward gedrag*. Voor lichamelijk welzijn is er een zwakke correlatie gevonden met de Cornell en de Qualidem. Decorum correleert matig met de CMAI-D, en zwak met de Cornell, de NPI en de Qualidem. Verward gedrag correleert sterk met de CDS-kort, de CMAI-D de Cornell en de NPI. Voor de GIP en de Qualidem zijn er matige correlaties gevonden.

De partiele correlaties maken duidelijk dat er geen statistisch verband is tussen Deel 3 en de CMAI-D, de Cornell en de NPI. De correlaties van Deel 3 met de GIP en de Qualidem zijn matig negatief wat dus betekent dat hoe hoger een individu scoort op de Subschaal 3, hoe minder problematisch gedrag, en hoe minder kwaliteit van leven hij heeft. De correlatie met de CDS-kort is sterk negatief, hoe lager iemand scoort op Participatie, hoe meer zorgafhankelijk hij zou zijn. Participatie wordt opgevat van de aspecten *Bezieheden* en *Sociale contacten*. Voor Bezieheden wordt er een matige correlatie gevonden met de CDS-kort en de Qualidem. Voor de CMAI-D, de Cornell, de GIP en de NPI worden er zwakke correlaties gevonden. Voor Sociale contacten wordt er een zwakke correlatie gevonden met elk van de observatievragenlijsten.

Deel 4, Woon en Leefomstandigheden correleert met Deel 1 t/m Deel 3 als controle variabele met de CMAI-D, de Cornell, de GIP de NPI en de Qualidem. Deze correlaties zijn zwak, behalve de correlatie met de CMAI-D welke matig is. Sub schaal 4, Woon en Leefomstandigheden houdt de aspecten *Woonomstandigheden* en *Relaties met medewerkers* in. Woonomstandigheden correleert matig met de CMAI-D en zwak met de Cornell, NPI

en Qualidem. Voor Relatie met medewerkers worden er zwakke correlaties gevonden met de CMAI-D, de Cornell en de GIP.

Conclusie

De Analyse van de data heeft laten zien dat er significante correlaties bestaan tussen de Totaalscore van de welzijnsmeter, de Sub schalen van de welzijnsmeter en de al gevalideerde observatievragenlijsten die al in de praktijk gebruikt worden.

Tabel 10

Correlatie van Subscales (N = 63)

Schaal	CDS kort	CMAI-D	Cornell	GIP	NPI	Qualidem
Deel 1 Mentaal welbevinden	-.406**	.674**	.652**	.413**	.619**	-.704**
Deel 2 Lichamelijk Welbevinden	-.468**	.606**	.486**	.091	.457**	-.535**
Deel 3 Participatie	-.706**	.466**	.406**	-.083	.359**	-.568**
Deel 4 Woon en Leefomstandigheden	-.393**	.702**	.646**	.314*	.571**	-.666**
Totaalscore Welzijnsmeter	-.586**	.708**	.632**	.208	.583**	-.720**

Verwachte correlatie	Gevonden verwachte correlatie	Niet gevonden verwachte correlatie
----------------------	-------------------------------	------------------------------------

* p < 0.05 (2-tailed)

** p < 0.01 (2-tailed)

Bij de Totaalscore van de welzijnsmeter komen 5/6 (83,3%) correlaties met de verwachtingen overeen. Volgens de standaard geïntroduceerd door Terwee (2007) kan dus op basis van dit resultaat geconcludeerd worden dat er voldoende verwachte correlaties worden gevonden om een positieve uitspraak te kunnen maken met betrekking tot de concurrente validiteit van de welzijnsmeter. De enige correlatie die niet gevonden kon worden was tussen de welzijnsmeter en de GIP. Sindsdien de GIP zijn focus meer op gedrag richt dan de welzijnsmeter en ook de andere schalen zou dit een verklaring kunnen zijn hoezo de correlaties zo laag zijn.

Voor dit onderzoek zijn niet alleen de correlaties van de totaalscore met de gebruikte observatievragenlijsten belangrijk, maar ook de correlaties van de Sub schalen met de individuele observatievragenlijsten die vergelijkbare aspecten meten en soortgelijke vragen inhouden. Voor de subschalen kwamen 16/18 (88,8%) van de correlaties met de verwachting overeen. Elke Sub schaal heeft de meerderheid van de verwachtingen vervuld. Elk sub schaal correleert moderaat met tenminste één al gevalideerde observatievragenlijst. Dit bevestigt de uitspraak die al via de Totaalscore getrokken was en laat zien hoe de correlaties tot stand zijn gekomen.

De welzijnsmeter is een belangrijke stap naar de cliënt gerichte zorg bij mensen met dementie. Met behulp van dit meetinstrument is het mogelijk om bij mensen met dementie een uitspraak te kunnen maken met betrekking tot de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt. Hierdoor wordt de zorgverlener beter in staat gezet om op de behoeftes van de cliënt in te gaan en niet alleen de symptomen van de onderliggende ziekte te bestrijden/beperken. Doordat de welzijnsmeter makkelijk is in gebruik en vervolgens ook concreet advies aangeeft, kan hij effectief in de praktijk gebruikt worden.

De welzijnsmeter kan op basis van dit onderzoek valide een uitspraak maken met betrekking tot de kwaliteit van leven bij mensen met dementie. Dit betekent dat hij in staat is om het theoretisch construct te meten dat ActiZ als cruciaal beschouwt bij kwaliteit van leven, dus de vier domainen welke ook als Sub schalen in de welzijnsmeter terug te vinden zijn. In de toekomst worden misschien nog verdere aspecten geïdentificeerd die een significante rol bij dit onderwerp zouden kunnen spelen, of nieuw onderzoek maakt duidelijk dat een van de domainen opgemaakt wordt van andere aspecten en daarom overbodig is. De welzijnsmeter moet hier met recente veranderingen bij dit onderwerp rekening houden en eventueel aangepast worden als het framework niet meer up to date is. Vervolgonderzoek zou zich dus verder met kwaliteit van leven bezig kunnen houden, of juist in de specifieke context van kwaliteit van leven van mensen met dementie. De samenstelling van onderwerpen welke kwaliteit van leven uitmaken, volgens de welzijnsmeter, baseert op het Zorgleefplan van ActiZ (Actiz, et al., 2007). In de praktijk wordt in Nederland al veel met deze zorgmethodiek gewerkt, maar is het natuurlijk maar een theorie welke onderwerpen deel uitmaken van kwaliteit van leven, er moet dus verder kritisch worden gekeken welke aspecten misschien nog een rol zouden kunnen spelen. Op het moment werkt de welzijnsmeter bijvoorbeeld met cognitieve beperkingen van de cliënt maar houdt weinig rekening ermee hoe de cliënt deze waarneemt, wat wel cruciaal lijkt te zijn (Selai & Trimble, 1999).

Een verder punt welke met verder onderzoek interessante resultaten op zou kunnen leveren is de mogelijkheid om een eerste indruk over mogelijke psychopathologische symptomen te krijgen. De welzijnsmeter meet verschillende aspecten om uiteindelijk een uitspraak te kunnen doen met betrekking tot de kwaliteit van leven van de cliënt. De samenstelling van verschillende van deze aspecten zou in combinatie een eerste indruk kunnen geven of bij de cliënt bijvoorbeeld sprake is van een depressie. Vanzelf sprekend kan de welzijnsmeter niet op diagnostisch niveau voor depressie gebruikt kunnen worden, maar zou het wel informatie op kunnen leveren. Door verschillende sjablonen op de door de welzijnsmeter te leggen kan

de hoeveelheid afgenomen informatie op verschillende manieren inzicht opleveren met betrekking tot niet alleen maar kwaliteit van leven maar ook voor andere onderwerpen. Op welke manier precies, welke informatie hoeveel informatie op zou kunnen leveren zou verder onderzoek duidelijk moeten maken. In verband met de welzijnsmeter zou dit direct in gebruikersomgeving geïntegreerd kunnen worden om zo aan het eind niet alleen maar advies met betrekking tot de kwaliteit van leven van de cliënt aan te bieden maar ook additionele informatie met betrekking tot mogelijke andere opvallende patronen in de data.

In dit onderzoek kon verder inzicht worden gegeven of de welzijnsmeter valide genoeg is om zijn inzet in de praktijk te rechtvaardigen. De meerderheid van de van tevoren verwachte correlaties werden gevonden. Verder onderzoek zal na moeten gaan of de informatie die door de welzijnsmeter wordt gewonnen ook voor andere uitspraken, bijvoorbeeld met betrekking tot depressie of psychopathologische symptomen gebruikt zou kunnen worden om de welzijnsmeter in een nog breder context in te kunnen zetten. Kwaliteit van leven wordt in deze context beschouwt als een adaptieve taak baserend op Dröes' werk (Dröes, 1991), wat in de toekomst nog door andere aspecten aangevuld zou kunnen worden als verder onderzoek met betrekking tot dit onderzoek nog informatie oplevert welke aspecten nog een rol zouden kunnen spelen bij kwaliteit van leven bij mensen met dementie in de ouderenzorg. Dit onderzoek ondersteunt de validiteit van de welzijnsmeter om een uitspraak te kunnen maken met betrekking tot het welzijn van een cliënt met dementie in de ouderenzorg en is bovendien makkelijk te gebruiken en levert snel concreet advies op om de situatie van de cliënt als het mogelijk/nodig is te verbeteren.

Bibliografie

- Aalten, P., de Vugt, M., Jaspers, N., Jolles, J., & Verhey, F. (2005a). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 523-530.
- Actiz, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, . . . ZN. (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*. Utrecht: Actiz.
- Aggerwal, N., Vass, A., Minardi, H., Ward, R., & Garfield, C. C. (2003). People with dementia and their relatives: personal experiences of Alzheimer's and of the provision of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 187-197.
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1997). Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science & Medicine*, 44(1), 85-92.
- Bahro, M., Silber, E., & Sunderland, T. (1995). How do patients with Alzheimer's disease cope with their illness? A clinical experience report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2, 55-82.
- Baikie, K., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), 338-346.
- Ballard, C., Boyle, A., Bowler, C., & Lindesay, J. (1996). Anxiety disorders in dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(11), 987-990.
- Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie, B. (2014, January 21). *Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie*. Retrieved from Zorgleefplan, model van ActiZ: <http://www.btsg.nl/infobulletin/zorgleefplan.html>
- CBS. (2007). Ouderenzorg groeit sterk. In *Gezondheid en zorg in cijfers* (pp. 81-89). Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Clare, L. (2003). Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social Science and Medicine*, 57, 1017-1029.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Connolly Baker, K., & Mazza, N. (2004). The healing power of writing: Applying the expressive/creative component of poetry therapy. *Journal of Poetry Therapy*, 17(3), 141-154.
- de Jonghe, J., & Kat, M. (1996). Factor Structure and Validity of the Dutch Version on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *Journal of the American Geriatrics Society*, 7, 888-9.
- de Jonghe, J., Kat, G., Kalisvaart, K., & Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): A validity study of the Dutch form. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 34(2), 74-77.
- de Klerk, M. (2011). *Zorg in de laatste jaren; Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 200-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21, 205-240.

- Dijkstra, A., Brown, L., Havens, B., Romeren, T., Zanotti, R., Dassen, T., & van den Heuvel, W. (2000). An international psychometric testing of the Care Dependency Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 944-952.
- Dröes, R. (1991). *In Beweging: over Psychosociale Hulpverlening aan Demente Ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dröes, R. (1996). *Amsterdamse Ontmoetingscentra: een Nieuwe Vorm van Ondersteuning voor Dementerende Mensen en Hun Verzorgers*. Amsterdam: Thesis.
- Dröes, R., & van Tilburg, W. (1998). Kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven bij dementie. In P. Huijbers, & W. van Santvoort, *Conference proceedings* (p. 28.102). The Netherlands: Nederlands Instituut voor Gerontologie.
- Eisses, A., & Kluiters, H. (2002). De Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP-28) in het verzorgingshuis: een psychometrische evaluatie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric*, 33, 112-118.
- Esterling, B., L'Abate, L., Murray, E. J., & Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical psychology review*, 19(1), 79-96.
- Ettema, T., de Lange, J., Dröes, R., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). *Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*. Utrecht: Trimboos-instituut.
- Ettema, T., Dröes, R., de Lange, J., Mellenbergh, G., & Ribbe, M. W. (2007). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument - validation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 424-430.
- Ettema, T., Lange, J. d., Dröes, R.-M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). *Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*. Utrecht: Trimboos-instituut.
- Finnema, E. (1998). The design of a large-scale experimental study into the effect of emotion-oriented care of demented elderly and professional carers in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26, 193-200.
- Gezondheidsraad. (2002). *Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Groene, O. (2011). Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals; rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality of Health Care*, 23(5), 531-537.
- Gwyther, L. (1997). The Perspective of the person with Alzheimer disease: which outcomes matter in early to middle stages of dementia? *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 43-49.
- Kacwicz, E., Slatcher, R., & Pannebaker, J. (2007). Expressive Writing: An Alternative to Traditional Methods. *Los-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health*, 271.
- Kitwood, J. (1997). *Dementia Reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University press.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.

- Kline, P. (2013). *Handbook of psychological testing*. Cornwall: Routledge.
- Korner, A., Lauritzen, L., Abelskov, K., Gulmann, N., Brodersen, A., Wedervang-Jensen, T., & Kjeldgaard, K. (2006). The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 360-364.
- LaBarge, E., & Trtanj, F. (1995). A support group for people in the early stages of dementia of the Alzheimer type. *Journal of Applied Gerontology*, 14, 289-301.
- Laforce, R., & McLean, S. (2005). Knowledge and fear of developing Alzheimer's disease in a sample of healthy adults. *Psychological Reports*, 96, 204-206.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Moos, R., & Tsu, V. (1977). The crisis of physical illness: an overview. In R. Moos, *Coping with Physical Illness* (pp. 3-21). New York: Plenum Medical Book Company.
- Oates, J., Westen, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49, 796-804.
- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166.
- Raad voor de Volksgezondheid (RVZ). (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg (Towards increased demand-orientedness)*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2003). *Van patient tot klant (From patient to client)*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid.
- Reynolds, A. (2009). Patient-centered care. *Radiologic technology*, 81(2), 133-147.
- Richards, T. (1999). Patients' priorities: Needs to be assessed properly and taken into account. *BMJ: British Medical Journal*, 318(7179), 277.
- Richters, D. (2012). *Omgaan met gedragsproblemen van mensen met dementie*. Enschede: Stichting Zorgcentrum de Posten.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Schoot, T. (2005). Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(2), 169-176.
- Selai, C., & Trimble, M. (1999). Assessing quality of life in dementia. *Aging & Mental Health*, 3(2), 101-111.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychological Association.
- Terwee, C., Bot, S., de Boer, M., van der Windt, D., Knol, D., Dekker, J., . . . de Vet, H. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, (60) 34-42.
- Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.

World Health Organization. (1960). *Constitution*. World Health Organization.

World Health Organization. (2014, November 7). *World Health Organization*. Retrieved from World Health Organization: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Bijlage 1 – Vragen welzijnsmeter

MENTAAL WELBEVINDEN					
S T E M M I N G					
Geniet van dagelijkse dingen	1	2	3	4	
Is opgewekt					
Huilt					
Zegt zich goed te voelen					
(glim)lacht					
Is vriendelijk					
Is geduldig					
A G R E S S I E					
Is rustig en begripvol (niet snel boos)					
Is verbaal agressief	1	2	3	4	
Is fysiek agressief					
Gooit met voorwerpen					
Maakt met opzet dingen kapot					
Reageert opstandig					
Reageert geïrriteerd					
A N G S T					
Is in paniek					
Is overstuurd					
Zegt angstig of bang te zijn					

Gedraagt zich rustig en ontspannen					
Is bang voor onbekenden					
AGITATIE					
Is opgewonden en gespannen					
Loopt, friemelt, wrijft, schommelt of draait					
Praat snel en veel					
Is ongedurig en onrustig					

LICHAMELIJK WELBEVINDEN EN GEZONDHEID					
L I C H A M E L I J K W E L Z I J N					
Zegt of lijkt zich gezond te voelen	Q				
Accepteert eten en/of drinken	Q				
Zegt voldoende hulp te krijgen					
Heeft pijn	Q				
Heeft normaal dag- en nachtritme					
Is continent					
Ziet er gewassen en verzorgd uit					
Gebruikt normale seksuele omgangsvormen					
Hanteert gebruikelijke tafelmanieren					

Gedraagt zich netjes in gezelschap					
Trekt kleding uit op ongewenste plaatsen					
Is beleefd (scheldt nooit iemand uit)					
Maakt kwetsende of tactloze opmerkingen					
Mompelt, herhaalt zinnen/woorden					
Gebruikt onbegrijpelijke taal					
Dwaalt doelloos rond					
Denkt na over gevolgen van eigen handelen					
Beweert dat anderen hem/haar niet mogen					
Maakt op juiste wijze gebruik van toilet					
Roept					
Beschuldigt anderen onterecht					
Heeft een helder bewustzijn					
Ziet/hoort dingen die anderen <u>niet</u> zien/horen					
Is overtuigd van bepaalde, onrealistische gedachten					

PARTICIPATIE					
B E Z I G H E D E N					
Geniet van bezigheden	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Neemt initiatieven voor bezigheden	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

Wil eigen hobby's blijven uitvoeren	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Luistert naar radio/cd speler	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Kijkt naar televisie	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Maakt gebruik van aangeboden mogelijkheden voor activiteiten	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Maakt gebruik van beschikbare voorzieningen (bv tuin/keuken)	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Is geïnteresseerd in boeken/tijdschriften	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Lijkt zich te amuseren	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

SOCIALE CONTACTEN

Heeft graag contact met medecliënten	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Heeft graag contact met medewerkers	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Heeft graag contact met familieleden	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Geniet van contacten met anderen	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Is zorgzaam voor medecliënten	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Gaat vriendschappelijk om met anderen	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Voelt zich prettig in gezelschap van anderen	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

Is geliefd bij medecliënten	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

Woon- en leefomstandigheden

WOONOMSTANDIGHEDEN

Vindt wonen op de afdeling prettig	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Geniet van eigen appartement/eigen huis	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Werkt mee aan een prettig verblijf	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Voelt zich veilig in eigen woning / appartement	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Voelt zich veilig op eigen afdeling	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

RELATIE MET MEDEWERKERS

Accepteert hulp tijden de ADL	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Accepteert medicatie	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Vertrouwt medewerkers	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Werkt mee als dat gevraagd wordt	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Heeft een prettig contact met medewerkers	Altijd	Regel- Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Stelt zich te afhankelijk op	Altijd	Regel-	Zelden	Nooit	Niet kunnen

		Matig			observeren

Bijlage 2 – Advies welzijnsmeter

Advies welzijnsmeter participatie

- Sluit aan bij de vroegere voorkeuren en hobby's.
- Overvraag niet.
- Bied zoveel mogelijk gelegenheid om positieve ervaringen op te doen.
- Geef iemand de kans om zoveel mogelijk zelfstandig te doen.
- Zorg voor een goede balans tussen activiteiten en ontspanning.
- Bied regelmatig de gelegenheid aan de cliënt om even, kortdurend contact te hebben.
- Bied reminiscentie- en muziekactiviteiten aan.
- Vermijd zoveel mogelijk veranderingen in het vaste programma.
- Bied iemand in de eindfase van dementie geschikte snoezelactiviteiten en PDL aan.

Advies mbt stemming/ depressie

- Bied veiligheid en bevestiging.
- Zorg voor een rustige en vertrouwde omgeving.
- Leg stap voor stap uit wat je doet. Houd oogcontact en ga na of de cliënt je begrijpt.
- Bied activiteiten aan waarbij geen fouten gemaakt kunnen worden.
- Blijf geduldig en blijf vragen vriendelijk beantwoorden.
- Maak duidelijke afspraken. Geef aan wanneer je komt en wanneer niet.
- Biedt gedoseerd contact aan.
- Wees consequent in je benadering.
- Bekrachtig positief gedrag; geef complimenten.
- Negeer ongewenst gedrag zoveel mogelijk.
- Accepteer ongewenst gedrag als je inschat dat de cliënt zijn gedrag niet kan veranderen.
- Pas het werktempo zo nodig aan.
- Overvraag en 'corrigeer' niet.
- Stimuleer deelname aan activiteiten die de cliënt nog goed kan en leuk vindt.
- Stimuleer sociale contacten.
- Probeer iemand die voor een bepaalde situatie bang is, langzaam aan deze situatie te laten wennen, of pas de situatie aan.
- Bied je hulp aan waar dat nodig is, maar laat iemand altijd zelf doen wat diegene nog zelf kan, ook al gaat er wel eens iets mis.
- Bied zo nodig lichamelijk contact aan.

Advies mbt bezigheden

- Zorg voor een geregelde, overzichtelijke en vaste daginvulling.
- Zoek een goede balans tussen inspanning en ontspanning.
- Ga regelmatig na hoe het activiteitenprogramma van een bewoner eruit ziet. Pas het activiteitenprogramma zo nodig aan.

Angst

- Bied veiligheid en bevestiging.
- Zorg voor een rustige en vertrouwde omgeving.
- Leg stap voor stap uit wat je doet. Houd oogcontact en ga na of de cliënt je begrijpt.
- Bied activiteiten aan waarbij geen fouten gemaakt kunnen worden.
- Blijf geduldig en blijf vragen vriendelijk beantwoorden.
- Maak duidelijke afspraken. Geef aan wanneer je komt en wanneer niet.
- Biedt gedoseerd contact aan.
- Wees consequent in je benadering.
- Bekrachtig positief gedrag; geef complimenten.
- Negeer ongewenst gedrag zoveel mogelijk.
- Accepteer ongewenst gedrag als je inschat dat de cliënt zijn gedrag niet kan veranderen.
- Pas het werktempo zo nodig aan.
- Overvraag en 'corrigeer' niet.
- Stimuleer deelname aan activiteiten die de cliënt nog goed kan en leuk vindt.
- Stimuleer sociale contacten.
- Probeer iemand die voor een bepaalde situatie bang is, langzaam aan deze situatie te laten wennen, of pas de situatie aan.
- Bied je hulp aan waar dat nodig is, maar laat iemand altijd zelf doen wat diegene nog zelf kan, ook al gaat er wel eens iets mis.
- Bied zo nodig lichamelijk contact aan.

prikkelbaarheid

- Ga niet in discussie.
- Word niet boos.
- Geef iemand de tijd om zich voor te bereiden op een verzoek.
- Bied gelegenheid om het na een tijdje 'opnieuw te doen'.

Agressie voorkomen

- Bied structuur, duidelijkheid, veiligheid en een rustige omgeving aan.
- Zorg voor een rustige dagelijkse routine, waarin ruimte is voor lichaamsbeweging en activiteiten.
- Laat iemand zoveel mogelijk eigen keuzes maken en vraag toestemming.
- Eis niet te veel en bied hulp op een onopvallende manier en zonder aandringen.
- Neem voldoende tijd om duidelijk uit te leggen wat er precies gebeurt. Zelfs als de cliënt je niet begrijpt, kan de kalmerende toon waarop je spreekt iemand geruststellen.
- Probeer situaties waarin je haast hebt zoveel mogelijk te voorkomen. Haast of ongeduld slaan vaak over op de cliënt.
- Spreek je waardering uit als de cliënt iets zelfstandig doet en vraag iemand te helpen met eenvoudige karweitjes.
- Ga niet tegenover, maar naast iemand staan.
- Gebruik weinig gebaren.
- Maak en houd oogcontact.
- Glimlach.
- Voorkom onbegrip door te laten zien wat je wilt. Laat bijvoorbeeld een washandje zien als je wilt dat iemand zich wast.

Omgaan met agressie

- Blijf kalm.
- Houd oogcontact.
- Neem de cliënt serieus.
- Voel je niet persoonlijk aangevallen.
- Let op je lichaamstaal.
- Gebruik korte, eenvoudige zinnen en praat zacht.
- Voorkom dat je in de aanwezigheid van de cliënt over hem of haar praat.

- Probeer de cliënt niet van veraf tot de orde te roepen.
- Reageer niet op dreigementen door ook te gaan dreigen.
- Vraag de cliënt wat hem dwarszit.
- Luister naar klachten.
- Respecteer de persoonlijke ruimte.
- Stel geen eisen die voor de cliënt op dat moment te hoog gegrepen zijn.
- Wees alert op gevaren. Let ook op veiligheid van de cliënt.
- Schaam je niet om hulp in te roepen.
- Laat je niet meeslepen door je eigen emoties.

agitatie

- Zorg voor een geregelde, overzichtelijke en vaste daginvulling.
- Zoek een goede balans tussen inspanning en ontspanning.
- Ga regelmatig na hoe het activiteitenprogramma van een bewoner eruit ziet. Pas het activiteitenprogramma zo nodig aan.
- Maak een lijst met mogelijke oorzaken van iemands agitatie, onderzoek welke oorzaak het meest waarschijnlijk is en doe daar vervolgens wat aan.

Verstoord dag- en nachtritme

- Bied vaste tijden van opstaan en slapen gaan.
- Laat iemand overdag wel dutten, maar niet slapen.
- Let op hongermomenten in de nacht en de vroege ochtend.
- Bied voldoende gelegenheid voor lichaamsbeweging.
- Zorg voor voldoende (dag)licht en frisse lucht.

Verstoorde toiletgang

- Bied vaste toilettijden.
- Let goed op eventuele signalen.

Afweergedrag bij eten of drinken

- Onderzoek de mogelijkheid van lichamelijke oorzaken.
- Laat iemand zo nodig eten waar hij of zij dat wil.

- Bied eten aan wat iemand lekker vindt.
- Bied op tijd wat anders aan.
- Concentreer je op degene die je helpt en laat je niet afleiden.
- Laat zo nodig een collega in jouw plaats helpen.
- Help iemand even 'op weg' als dat nodig is.
- Zorg voor een rustige en overzichtelijke omgeving.
- Bied meerdere momenten aan waarop iemand kan kiezen uit verschillende dingen om te eten.
- Maak kleine groepen om samen te eten.

Ontremming

- Ga niet in op vloek- of scheldgedrag; blijf rustig en professioneel.
- Vat het gedrag niet op als persoonlijk tegen jou gericht maar als een uiting van de dementie.
- Blijf respectvol in je benadering.
- Spreek duidelijk en in korte zinnen.
- Bied duidelijkheid, wees consequent en geef grenzen aan.
- Bekrachtig positief gedrag; geef complimenten.
- Negeer het ongewenst gedrag zoveel mogelijk.
- Bied zinvolle bezigheden die aansluiten bij vroegere interesses.
- Als je inschat dat de cliënt zijn gedrag niet kan veranderen, accepteer dit dan.
- Bied iemand afgepaste porties aan.
- Zet etenswaren uit het zicht en de reikwijdte van de cliënt.

Seksuele ontremming

- Geef rustig en duidelijk aan dat je niet ingaat op de wensen van de cliënt en blijf rustig en professioneel.
- Vat het gedrag niet op als persoonlijk tegen jou gericht maar als een uiting van de dementie.
- Blijf respectvol in je benadering.
- Spreek duidelijk en in korte zinnen.
- Bied duidelijkheid, wees consequent en geef grenzen aan.
- Bekrachtig positief gedrag; geef complimenten.
- Negeer het ongewenst gedrag zoveel mogelijk.

- Als je inschat dat de cliënt zijn gedrag niet kan veranderen, accepteer dit dan.
- Begeleid een cliënt zo nodig naar het eigen appartement.

Rusteloosheid en dwalen

- Zorg voor manieren waarop iemand zich in huis kan oriënteren.
- Maak eventueel gebruik van domotica.
- Voorkom verveling.
- Pas de leefomgeving aan en zorg daarbij voor een stimulerende en afleidende omgeving.

Decorumverlies

- Wees je ervan bewust dat het gedrag niet met opzet wordt uitgevoerd.
- Maak het gedrag bespreekbaar en leg rustig uit dat jij en de mensen in de omgeving het gedrag niet kunnen accepteren.
- Probeer de acceptatie bij de mensen in de omgeving te vergroten.
- Word niet boos. Leid als dat nodig is de dementerende rustig naar een andere ruimte.
- Probeer iemand die boos is, af te leiden.
- Geef zelf een goed voorbeeld.
- Stel je erop in dat iemand zich niet meer kan gedragen zoals het hoort. Verwacht dat ook niet.
- Gebruik humor.

Wanen en hallucinaties

- Schakel zo nodig een arts in.
- Ga niet in discussie over de inhoud van de hallucinaties of wanen. Ga er niet tegen in, maar bevestig het ook niet.
- Vraag wat de bewoner ervaart en toon begrip.
- Richt je op de onderliggende gevoelens ('Ik zie dat u er bang van wordt').
- Probeer iemand af te leiden.
- Zorg voor niet te veel veranderingen in de omgeving en in de dagelijkse routine.
- Vat beschuldigingen niet persoonlijk op.
- Bevestig iemand in ideeën die wél kloppen met de werkelijkheid.

- Zorg voor een veilige omgeving met niet teveel omgevingsprikkels.

Apathie

- Sluit aan bij de vroegere voorkeuren en hobby's.
- Overvraag niet.
- Bied zoveel mogelijk gelegenheid om positieve ervaringen op te doen.
- Geef iemand de kans om zoveel mogelijk zelfstandig te doen.
- Zorg voor een goede balans tussen activiteiten en ontspanning.
- Bied regelmatig de gelegenheid aan de cliënt om even, kortdurend contact te hebben.
- Bied reminiscentie- en muziekactiviteiten aan.
- Vermijd zoveel mogelijk veranderingen in het vaste programma.
- Bied iemand in de eindfase van dementie geschikte snoezelactiviteiten en PDL aan.

Bijlage 3 – Instructies welzijnsmeter

Vul de welzijnsmeter uiterlijk 1 week voor het BZO in voor de bewoners met een 5VV en 7VV.

1. Lees zo nodig de informatie en instructie op het beginscherm.

2. Klik op **'start'**.

3a. Meet je een cliënt voor de 1^e keer?

Klik op 'Start meting' en vul de gegevens van de cliënt in.

3b. Is de cliënt al eerder gemeten?

Klik op 'Start meting' en vul de eerste letters van de achternaam in. Je ziet nu een of meerdere suggesties van namen die beginnen met de letters die je hebt ingevuld.

Klik op de naam van de cliënt die je zoekt. Alle overige informatie van die cliënt wordt nu automatisch ingevuld.

4. Klik op **‘Gegevens invullen’**.

Vul nu het volgende in:

- Je eigen gegevens.
- De leefgebieden die je wilt meten.

5. Klik op **‘Start nieuwe meting’**.

Klik bij elke uitspraak wat - op basis van jouw observatie(s) - het meest bij de cliënt

past. Als je over de uitspraak geen observatie beschikbaar hebt, klik je op ‘Niet kunnen observeren’ (Let op: bij vragen als ' Luistert naar radio/cd speler' of 'kijkt naar televisie' vul in 'niet kunnen observeren' als de bewoner dit nooit heeft gedaan en er geen veranderingen zijn.)

Met de score geef je het volgende aan:

Altijd =	bijna dagelijks in de observatieperiode.
Regelmatig =	twee tot drie keer per week in de observatieperiode.
Zelden =	één keer in de observatieperiode.
Nooit =	geen enkele keer in de observatieperiode.

Klik op ‘Vorige’ als je een antwoord wilt herstellen.

6. Klik op **‘Bekijk resultaat’** (niet op ‘start nieuwe meting’, want het is nog niet opgeslagen!) als je het resultaat van de meting wilt zien. Je ziet dan een taartfiguur. Hoe groener, des te beter; hoe roder, hoe meer het welzijn onder druk staat.

- **Beweeg met de muis over de taart.** Dan lees je de onderverdeling van de vier leefgebieden.

- Wil je tips die je kunt gebruiken om zo goed mogelijk met deze cliënt om te gaan? **Klik op een deel waarvoor je tips wilt.** Je leest dan de tips voor dat bepaalde onderdeel. Je kunt ze toevoegen aan het document.
- **Klik op 'Opslaan'** als je het document wilt opslaan. Klik dan op het pijltje naast 'opslaan' dat onderin het scherm verschijnt en sla het bestand op in jullie bestanden.
- **Voeg de welzijnsmeter toe aan de documenten in het ECD.** Dit doe je door naar de juiste bewoner te gaan in het ECD en bovenin de klikken op 'documenten'. Klik vervolgens op 'document toevoegen' en zoek het juiste bestand op door te klikken op 'bladeren'. Sla het op met als omschrijving 'welzijnsmeter en de datum'.

HANDLEIDING

Versie: Gebruiker



1. Lees zo nodig de informatie en instructie op het beginscherm.



2. Klik op start.

3a. Meet je een cliënt voor de 1^e keer?

Klik op 'Start meting' en vul de gegevens van de cliënt in.

Start meting

Na het invullen van onderstaande gegevens kunt u beginnen met de meting.

Vul de gegevens van de cliënt in

Dhr. / Mevr.: ☐ Dhr. ☐ Mevr.

Achternaam

Tussenvoegsel

Voorletters

Geboortedatum - -

Afdeling

Gegevens invullen >

3b. Is de cliënt al eerder gemeten?

Klik op 'Start meting' en vul de eerste letters van de achternaam in. Je ziet nu een of meerdere suggesties van namen die beginnen met de letters die je hebt ingevuld.

Klik op de naam van de cliënt die je zoekt. Alle overige informatie van die cliënt wordt nu automatisch ingevuld.

4. Klik op 'Gegevens invullen'.

Vul nu het volgende in:

- Je eigen gegevens.
- De leefgebieden die je wilt meten.

Start meting

Na het invullen van onderstaande gegevens kunt u beginnen met de meting.

Vul jouw gegevens in (de invuller)

Voornaam	
Achternaam	
Functie	v

Meet leefgebieden

☒ Alle leefgebieden

☒ Mentaal welbevinden ☒ Lichamelijk welbevinden en gezondheid ☒ Participatie ☒ Woon- en leefomstandigheden

[< Gegevens cliënt](#)[Start nieuwe meting >](#)

5. Klik op 'Start nieuwe meting'.

Klik bij elke uitspraak wat - op basis van jouw observatie(s) - het meest bij de cliënt past. Als je over de uitspraak geen observatie beschikbaar hebt, klik je op 'Niet kunnen observeren'

Klik op 'Vorige' als je een antwoord wilt herstellen.

Mentaal welbevinden

Stemming

Lijkt zich goed te voelen

altijd	regelmatig	zelden	nooit	Niet kunnen observeren
--------	------------	--------	-------	------------------------

< Vorige

6. Klaar met meten?

Einde van de meting

U heeft de meting afgerond.

U kunt nu de resultaten bekijken of een nieuwe meting starten.

Start nieuwe meting

Bekijk resultaat >

- **Klik op 'Bekijk resultaat'** als je het resultaat van de meting wilt zien. Je ziet dan een taartfiguur. Hoe groener, des te beter; hoe roder, hoe meer het welzijn onder druk staat.

Resultaat

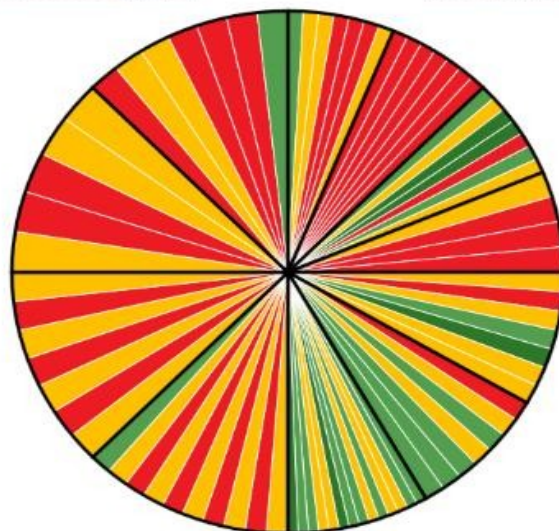
Resultaat meting 03 juni 2013:

Client I.A. De Jong
Geboortedatum 13 december 1930
Afdeling C

Gemeten door: Piet Puk

Woon- en leefomstandigheden

Mentaal welbevinden



Participatie

Lichamelijk welbevinden en gezondheid

< Terug naar begin

Opslaan

Afdrukken

- **Beweeg met de muis over de taart.** Dan lees je de onderverdeling van de vier leefgebieden.

- Wil je tips die je kunt gebruiken om zo goed mogelijk met deze cliënt om te gaan?

Klik op een deel waarvoor je tips wilt. Je leest dan de tips voor dat bepaalde onderdeel. Je kunt ze toevoegen aan het document.

Agressie

- Blijf kalm.
- Ga niet in discussie.
- Houd oogcontact.
- Neem de cliënt serieus.
- Voel je niet persoonlijk aangevallen.
- Laat je niet meeslepen door je eigen emoties.
- Let op je lichaamstaal.
- Stel geen eisen die voor de cliënt op dat moment te hoog gegrepen zijn.
- Geef iemand zo nodig de tijd om te voldoen aan een verzoek.
- Gebruik korte, eenvoudige zinnen en praat zacht.
- Praat niet over de cliënt in zijn of haar aanwezigheid.
- Probeer de cliënt niet van veraf tot de orde te roepen.
- Reageer niet op dreigementen door ook te gaan dreigen.
- Vraag de cliënt wat hem dwarszit.
- Luister naar klachten.
- Respecteer de persoonlijke ruimte.
- Wees alert op gevaren. Let ook op veiligheid van de cliënt.
- Schaam je niet om hulp in te roepen.

Toevoegen aan afdrukdocument

Participatie Lichamelijk welbevinden en gezondheid

- **Klik op 'Afdrukken'** als je het document wilt afdrukken.
- **Klik op 'Opslaan'** als je het document wilt opslaan.