

**Theoretische onderbouwing van de
Welzijnsmeter gericht op ouderen met
dementie**

augustus 2015

Moniek Olthof

S1257617

Master Psychology

University of Twente

Course: Master Thesis

Supervisors: Dr. Peter ten Klooster

Prof. Dr. Gerben Westerhof

Extern begeleider: Kristel Koenders

Abstract

Probleemstelling: Kwaliteit van leven bij dementerende ouderen is een belangrijke uitkomstmaat in de ouderenzorg. De Welzijnsmeter is een meetinstrument dat specifiek ontwikkeld is om welzijn bij dementerende ouderen te meten. Er zijn naast de Welzijnsmeter geen meetinstrumenten beschikbaar die welzijn vanuit recente stromingen binnen de psychologie en zorgverlening meten, zoals de positieve psychologie en de cliëntgerichte benadering. De Welzijnsmeter is ontworpen door items uit verschillende bestaande observatielijsten bij elkaar te voegen tot een volledig meetinstrument. Dit meetinstrument is onlangs ontwikkeld en uit voorgaande onderzoeken is gebleken dat het meetinstrument psychometrisch valide en betrouwbaar is. De vraag was of dit instrument volgens de literatuur inhoudelijk ook daadwerkelijk kwaliteit van leven of welzijn meet. Om deze reden is onderzoek gedaan naar de inhoudsvaliditeit van de Welzijnsmeter.

Methode: De inhoudsvaliditeit is onderzocht door middel van een literatuurstudie. Er zijn vier veel gebruikte modellen omtrent kwaliteit van leven uit het handboek Ouderenpsychologie nader onderzocht. Vervolgens is er gekeken welk specifiek model het beste aansloot bij de uitgangspunten van de Welzijnsmeter. Daarnaast is de inhoudsvaliditeit onderzocht vanuit de positieve psychologie door drie modellen omtrent welzijn te onderzoeken. Vervolgens is er één model gekozen vanuit het handboek Ouderenpsychologie en één model vanuit de positieve psychologie om de Welzijnsmeter theoretisch te onderbouwen.

Resultaten: Het adaptatie-copingsmodel van Droes (1991), met aanvulling van het onderzoek van de Lange (2004) bleek het best passende model met betrekking tot kwaliteit van leven bij ouderen met dementie. Alle items van de Welzijnsmeter kunnen onderbouwd worden door een adaptieve taak of component uit het adaptatie-copingsmodel. Dit betekent dat de Welzijnsmeter volledig theoretisch onderbouwd kan worden door het adaptatie-copingsmodel. Daarentegen komen niet alle adaptieve taken uit het adaptatie-copingsmodel voor in de Welzijnsmeter. De theorie waarin drie componenten van welzijn (sociaal-, emotioneel- en psychologisch welbevinden) vanuit de positieve psychologie worden beschreven lijkt het beste aan te sluiten bij de Welzijnsmeter. Desondanks kan deze theorie de items van de Welzijnsmeter niet volledig onderbouwen. Wel zijn de uitgangspunten vanuit de positieve psychologie meegenomen in de positieve formulering van de items.

Conclusie en discussie: De Welzijnsmeter lijkt in eerste instantie een instrument dat voldoende inhoudsvalide is. De items uit het meetinstrument kunnen vanuit het adaptatie-copingsmodel onderbouwd worden. Wanneer men kijkt naar de theoretische onderbouwing vanuit de positieve psychologie blijkt dat het moeilijk is om de Welzijnsmeter vanuit een model theoretisch te onderbouwen. Er zijn veel items gerelateerd aan de ziekte dementie, waar het model vanuit de positieve psychologie onvoldoende rekening mee houdt. Wel zijn de items van de Welzijnsmeter waar mogelijk positief geformuleerd.

Background: This study examines the content validity of the Welzijnsmeter, a questionnaire designed to measure the quality of life of elderly people diagnosed with dementia. Recent movements in psychology and health care, such as positive psychology, have led to the development of the Welzijnsmeter. The Welzijnsmeter is based on items of a variety of questionnaires that were brought together in a single instrument. Previous studies showed that it is psychometrically valid and reliable (Klein, 2015; Mueller, 2015). However, it is unknown whether this instrument actually measures concepts of quality of life and well being. Therefore this study examined the content validity of the Welzijnsmeter.

Methods: The validity of the content is examined by means of a literature review. The book 'handboek Ouderenpsychologie' deals with four accepted models concerning the quality of life. The most suited model is selected for the basis of this research. Furthermore the validity of the content is examined by using the most applicable model of three models focused on positive psychology. The main reason of using this model is that the Welzijnsmeter is based on this point of view.

Results: The Welzijnsmeter is substantiated by the adaptation-coping model (Droes, 1991) and by de Lange (2004). All items of the Welzijnsmeter address an adaptive task or component of the adaptation-coping model and thus are applicable. On the other hand not all the adaptive tasks from the model are used within the Welzijnsmeter. The theory in which the three components of well-being, are described from positive psychology is the most applicable for the Welzijnsmeter. With regard to positive psychology, not all the results substantiate the Welzijnsmeter because the description of the concepts were too abstract and the impact of dementia is barely taken into account. However, some principles of the positive psychology were included in formulating the items.

Conclusion and discussion: The Welzijnsmeter seems to be a valid instrument as it examines not only the adaptation-coping model. However not all important adaptive tasks are covered within this instrument. During this review it was difficult applying the theoretical substantiation from the positive psychology of the Welzijnsmeter.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Probleemstelling	7
1.1 Kwaliteit van leven	8
1.2 Meten van kwaliteit van leven bij ouderen met dementie.....	9
1.3 Kwaliteit van leven vanuit de positieve psychologie	11
1.4 Welzijnsmeter	13
2. Methode.....	18
2.1 Modellen vanuit de positieve psychologie omtrent welzijn.....	18
2.2 Modellen uit het handboek Ouderenpsychologie omtrent kwaliteit van leven.....	25
3. Resultaten.....	38
3.1 Keuze model vanuit de positieve psychologie	39
3.2 Keuze model vanuit het handboek Ouderenpsychologie	41
3.3 Theoretische onderbouwing van de Welzijnsmeter	44
3.3.1 Aanpassingen aan de hand van de positieve psychologie	44
3.3.2 Aanpassingen aan de hand van het adaptatie-copingsmodel	49
4. Conclusie en discussie	55
5. Herziende Welzijnsmeter	60
6. Referenties	64
Bijlage 1: de Welzijnsmeter.....	73
Bijlage 2: Onderbouwing van de Welzijnsmeter vanuit verschillende opzichten.....	77

Inleiding

Het aantal dementerende mensen neemt toe. Per jaar wordt in Nederland bij minstens 20.000 personen de diagnose dementie gesteld (Koopmans, van der Steen, Zuidema & Hobbelen, 2009). Het aantal mensen met dementie in Nederland wordt geschat op 230.000 (Trimbos, 2010). De kans dat iemand in zijn leven dementie krijgt is 20% (Trimbos, 2010), deze kans neemt toe naarmate de leeftijd vordert. De algemene bevolking bereikt een steeds hogere leeftijd, terwijl een genezing voor dementie niet in zicht is (Kerkstra, van Bilsen, Otten, de Gruijter & Weide, 1999). Een kwart van deze patiënten wordt vijf jaar na het manifesteren van de ziekte opgenomen in een verpleeghuis. Van hen woont 83 % hier tot aan het eind van zijn leven (Gerritsen, 2004).

Dementie is een klinisch syndroom dat gekenmerkt wordt door een geleidelijke vermindering van cognitieve capaciteiten. Daardoor hebben mensen met dementie meer moeite zich informatie te herinneren of nieuwe informatie te leren. Ook is er sprake van verminderd taalbegrip of verminderd vermogen om plannen te maken, organiseren, logische conclusies te trekken en te abstraheren. Deze cognitieve stoornissen hebben allen een negatieve invloed op het dagelijks en sociaal functioneren (Wind, Gussekloo, Vernooij-Dassen, Bouma, Boomsma & Boukes, 2009; Raad voor de Volksgezondheid (RVZ), 1998).

Tijdens de laatste decennia zijn er veel veranderingen geweest in de ouderenzorg. De visie is veranderd van een medisch perspectief, waarbij de nadruk ligt op de behandeling van symptomen (Schoot, 2005), naar een meer cliëntgericht perspectief waarbij het welzijn en de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt een meer prominente rol speelt (Reynolds, 2009). Daarbij is er veel aandacht voor het actief betrekken van zorggebruikers bij het ontwikkelen van beleid dat gericht is op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging (Aharony et al.; 1993, Van Nispen et al, 2005). De richtlijnen van dementie zijn gericht op een optimaal welbevinden, een aanvaardbare kwaliteit van leven en op het voorkomen of verlichten van symptomen (Koopmans, van der Steen, Zuidema & Hobbelen, 2009). Vanwege de toename van het aantal dementerenden in ons land en de hogere levensverwachting is het belangrijk dat het leefklimaat in verpleeghuizen zo gunstig en prettig

mogelijk is voor de bewoners (Gerritsen, 2004). De vraag is wat voor impact dementie heeft op de kwaliteit van leven. In de richtlijnen voor dementie zorg (Koopmans, van der Steen, Zuidema & Hobbelen, 2009) wordt onderkend dat (lijden aan) dementie een grote impact heeft op de kwaliteit van leven. Ondanks de verlieservaringen door dementie, hebben mensen met dementie zo hun eigen manieren ontwikkeld om met de dementie om te gaan en een plaats te geven in hun leven (Koopmans, van der Steen, Zuidema & Hobbelen, 2009). Dit kan in verband staan met de kwaliteit van leven bij dementerende ouderen.

Er is in de afgelopen jaren steeds meer kritiek gekomen op de algemene hulpverlening aan ouderen met psychische problemen zoals depressie en angst, onder andere omdat het lijden en het verlies aan kwaliteit van leven die door de psychische problemen worden veroorzaakt, onnodig zijn omdat deze problemen doorgaans goed te behandelen zijn (Beekman et al. 1998; De Beurs et al. 1999; Hendriks et al. 1999; Penninx et al. 1999; Geerlings et al. 2000). Dementie is een ziekte die niet te behandelen is. De bijkomende problemen, zoals angst, depressie, agressie of agitatie, zijn wel behandelbaar, wat weer invloed heeft op de kwaliteit van leven (Koopmans, van der Steen, Zuidema & Hobbelen, 2009). Om de zorg aan dementerende ouderen meer te richten op kwaliteit van leven zouden er betrouwbare en valide psychometrische instrumenten beschikbaar moeten zijn die de kwaliteit van leven bij dementerende ouderen kunnen meten om problemen te kunnen signaleren en vervolgens kunnen verhelpen.

Onlangs is er een innovatieve Welzijnsmeter ontwikkeld die gericht is op het meten van welzijn bij de doelgroep dementerende ouderen. Het uiteindelijke doel van de Welzijnsmeter is het in kaart brengen van het welzijn van dementerenden zodat de omgeving de patiënten zo goed mogelijk kan ondersteunen en zij een zo hoog mogelijk gevoel van welzijn kunnen ervaren. Dit instrument wordt op dit moment gebruikt in een verzorging- en verpleeghuis bij dementerende ouderen. De Welzijnsmeter is innovatief aangezien alle bestaande vragen- en/of observatielijsten gericht op kwaliteit van leven een klachtgerichte formulering hebben. De Welzijnsmeter is waar mogelijk positief geformuleerd en gericht op de mogelijkheden die mensen met dementie nog hebben.

De betrouwbaarheid en psychometrische validiteit van de Welzijnsmeter is reeds door Klein (2015) en Mueller (2015) onderzocht. Uit dit onderzoek is gebleken dat de totale Welzijnsmeter een hoge interne consistentie heeft met een Cronbach's α van 0.957. Wel werd er uit voorgaande onderzoeken omtrent de validiteit van de Welzijnsmeter geconcludeerd dat de Welzijnsmeter mogelijk theoretische onderbouwing mist wat ten koste kan gaan van de inhoudsvaliditeit (Mueller, 2015; Klein, 2015). Wanneer de inhoudsvaliditeit van een meetinstrument wordt onderzocht, wordt er gekeken of alle aspecten van een concept goed zijn gemeten. Op basis van een nauwkeurige analyse van de betekenis en de inhoud van het begrip volgens de theorie, wordt er gekeken hoe de inhoudsvaliditeit is (Korzilius, 2000). In dit onderzoek wordt de Welzijnsmeter onderzocht. De Welzijnsmeter beoogt welzijn te meten, rekening houdend met de doelgroep dementerende ouderen. De vraag is in hoeverre dit instrument volgens de literatuur ook daadwerkelijk welzijn meet. Welzijn is een begrip vanuit de positieve psychologie dat veel overeenkomsten lijkt te hebben met kwaliteit van leven. Toch zijn deze twee begrippen niet hetzelfde waardoor dit onderzoek te maken heeft met twee verschillende begrippen ter onderbouwing.

In dit onderzoek wordt de inhoudsvaliditeit van de Welzijnsmeter onderzocht door middel van een literatuurstudie. Het eerste deel bestaat uit het inventariseren en beschrijven van de theoretische modellen ten aanzien van kwaliteit van leven en theoretische concepten van welzijn uit de positieve psychologie die mogelijk relevant zijn in de context dementerende ouderen. Vanuit deze theoretische modellen wordt vervolgens bekeken welk model het beste aansluit bij de Welzijnsmeter. Aan de hand van het gekozen model wordt de Welzijnsmeter theoretisch onderbouwd. De Welzijnsmeter wordt onderbouwt door items uit de Welzijnsmeter te linken aan concepten uit een theoretisch model en te kijken of alle belangrijke concepten wel gemeten worden en of alle items bij de theorie passen. Hiermee wordt de relevantie en volledigheid van de Welzijnsmeter aan de hand van de theoretische onderbouwing onderzocht, ook wel inhoudsvaliditeit genoemd. Tijdens het onderzoek wordt er rekening gehouden met de visie op de Welzijnsmeter, namelijk dat deze zoveel mogelijk gericht is op welzijn en passend binnen de uitgangspunten van de positieve psychologie.

Bij dit onderzoek horen de volgende onderzoeksvragen;

Welk theoretisch model omtrent kwaliteit van leven bij dementie sluit het beste aan bij de Welzijnsmeter?

Welk theoretisch model vanuit de positieve psychologie sluit het beste aan bij de Welzijnsmeter?

In hoeverre onderbouwen de theoretische modellen de Welzijnsmeter?

In het volgende hoofdstuk wordt er meer informatie gegeven over het begrip kwaliteit van leven. Om te weten welke impact dementie kan hebben op kwaliteit van leven, zou eerst duidelijk moeten zijn wat precies kwaliteit van leven inhoudt. Verder wordt beschreven wat de literatuur beschrijft over het meten van kwaliteit van leven bij ouderen. Ook wordt er gekeken wat er volgens de positieve psychologie wordt verstaan onder het begrip kwaliteit van leven bij ouderen. Daarnaast wordt er meer informatie gegeven over de inhoud van de Welzijnsmeter. In hoofdstuk drie worden verschillende modellen over welzijn vanuit de positieve psychologie en vier theoretische modellen over kwaliteit van leven bij dementerende ouderen beschreven. In de resultaten wordt vanuit één model de Welzijnsmeter theoretisch onderbouwd en worden er in de conclusie en discussie voorstellen tot verbetering gegeven.

1. Probleemstelling

Kwaliteit van leven is een breed begrip. In de literatuur omtrent welzijn worden er veel soorten benamingen gebruikt die bijna dezelfde definitie hebben als kwaliteit van leven. Voorbeelden van andere benamingen zijn; subjectief welbevinden, psychisch welbevinden, levenstevredenheid en geluk. Dit bemoeilijkt het operationaliseren van welzijn of kwaliteit van leven. In paragraaf 1.1 wordt de definitie van kwaliteit van leven beschreven door van Nispen et al (2005). Vervolgens wordt er beschreven wat de literatuur aangeeft omtrent het meten van kwaliteit van leven bij ouderen met dementie. Daarop aansluitend wordt de Welzijnsmeter inhoudelijk beschreven.

1.1 KWALITEIT VAN LEVEN

In de literatuur wordt kwaliteit van leven veelal gedefinieerd als een concept waarbinnen tenminste een somatische, psychische en een sociale dimensie te onderscheiden zijn (Van Nispen et al., 2005). In 2004 heeft Arcares aan de hand van literatuuronderzoek en een groot aantal interviews met patiënten belangrijke aspecten van kwaliteit van leven van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen vanuit het patiëntperspectief in kaart gebracht (Van Nispen et al., 2005). Daarbij zijn vier domeinen van kwaliteit van leven gedefinieerd: lichamelijk welbevinden/gezondheid, woon- /leefsituatie, participatie en mentaal welbevinden. Deze domeinen sluiten aan bij de Welzijnsmeter aangezien de items van de Welzijnsmeter verdeeld zijn in deze vier domeinen. Hieronder worden deze domeinen kort beschreven:

- Lichamelijk welbevinden en gezondheid zijn belangrijke aspecten van kwaliteit van leven. Lichamelijk welbevinden heeft niet alleen te maken met de ervaren gezondheid en de lichamelijke beperkingen die men ervaart, maar ook met de lichamelijke verzorging en het kunnen genieten van eten en drinken.
- Het domein 'woon-/leefsituatie' gaat in op de woonomgeving van patiënten. De mate waarin patiënten zich thuis voelen en een eigen plek hebben zijn belangrijke aspecten van dit domein. Daarnaast gaat het domein in op de ervaren veiligheid, het zelf bepalen van de dagindeling, een zinvolle tijdbesteding en de financiële situatie van patiënten.
- Het domein participatie omvat contacten van patiënten met anderen. In de ouderenzorg zijn dat vaak familieleden, vrienden en kennissen, andere patiënten en verzorgenden. Niet alleen het contact op zich, maar ook hoe de patiënt die contacten ervaart is belangrijk. In het domein participatie wordt ingegaan op de sociale contacten van patiënten met familie, andere patiënten en verzorgenden, de sociale rollen van patiënten, de ervaren intimiteit, en het ervaren van humor/plezier in het leven.

- Het domein mentaal welbevinden is een belangrijk onderdeel van kwaliteit van leven, wat staat voor de manier waarop men in het leven staat. Het domein mentaal welbevinden gaat in op gevoelens van onafhankelijkheid, het hebben van privacy, de beleving van de eigen identiteit, de interesse om nieuwe dingen te leren en spiritualiteit.

1.2 METEN VAN KWALITEIT VAN LEVEN BIJ OUDEREN MET DEMENTIE

Het vaststellen van kwaliteit van leven bij ouderen met cognitieve beperkingen is lange tijd onderbelicht gebleven in onderzoeken (Burgener et al., 2005). Over het meten van kwaliteit van leven bestaan nog veel onduidelijkheden (Pot, Kuin & Vink, 2006). Meetinstrumenten voor kwaliteit van leven die zich specifiek richten op personen met cognitieve beperkingen, zoals mensen met dementie, zijn derhalve relatief nieuw en zijn vaak niet getest voor de verschillende stadia van dementie (Ready et al., 2003). Het merendeel van deze meetinstrumenten zijn gebaseerd op het model van Lawton (Ready et al, 2003). Lawton (1997) omschrijft kwaliteit van leven als een verzameling van vier dimensies: gedragscompetentie, kwaliteit van de omgeving, ervaren kwaliteit van leven en psychisch welbevinden (Burgener et al, 2005). De bestaande meetinstrumenten gericht op kwaliteit van leven zijn bovendien voornamelijk klachtgericht.

Een belangrijk discussiepunt rond het meten van kwaliteit van leven bij ouderen is de vraag wie de kwaliteit van leven beoordeelt (Pot, Kuin & Vink, 2006). Momenteel volgen de meeste onderzoekers de psychologische-indicatoren benadering en gaan ervan uit dat het bij kwaliteit van leven gaat om een persoonlijke, individuele waardering van de levenssituatie. Idealiter is het dan ook de persoon in kwestie die informatie geeft over zijn/haar kwaliteit van leven (Novella e.a., 2001). Dit is echter niet altijd mogelijk, aangezien de cognitieve beperkingen achteruit gaan naarmate zij in een verder stadium van dementie terechtkomen. De cognitieve vaardigheden gaan naarmate het stadium verder achteruit, dit heeft gevolgen op het begrijpen van vragen, reflecteren of te praten over hun ervaringen (Logsdon e.a., 2002). Bij ouderen met dementie kan het gebruik van meetinstrumenten bovendien worden bemoeilijkt door symptomen als rusteloosheid en wanen. Echter uit onderzoek is gebleken dat mensen met een matige dementie wel in staat zijn hun eigen kwaliteit van leven te beoordelen, zelfs wanneer zij weinig ziekte-inzicht hebben (Brod e.a., 1999; Logsdon e.a. 2002). Men

kan wanneer de persoon in kwestie niet zelf kan oordelen, een desbetreffende professionele zorgverlener vragen. Het nadeel hiervan is dat de validiteit ter discussie staat. Wanneer gegevens worden vergeleken met de antwoorden van de individu zelf, is de overeenstemming tussen de metingen vaak laag, vooral in de psychologische en sociale dimensie (Novella e.a., 2001). Bovendien blijkt de overeenstemming tussen zelfrapportage en proxyrapportage slechter te worden naarmate cognitieve stoornissen toenemen (Novella e.a. 2001). Er zijn verschillende bestaande observatie en zelfrapportage vragenlijsten voor het meten van kwaliteit van leven. Er zijn echter geen zelfrapportage vragenlijsten specifiek gericht op dementerende ouderen. In het handboek voor Ouderenpsychologie staan twee soorten observatieschalen beschreven om de algemene kwaliteit van leven of welbevinden bij dementerenden te meten. Allereerst de Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (Lawton e.a. 1996), deze schaal meet positief affect en negatief effect door gezichtsuitdrukkingen en lichaamsbewegingen te observeren. De discomfort scale voor dementia of the alzheimer type (DS-DAT) (Hurley e.a. 1992) meet onwelbevinden door negatief stemgebruik, gelaatsuitdrukking, gefronst gelaat, gespannen of ontspannen lichaamstaal en bewegingsonrust te observeren. Deze schaal wordt ook veel in Nederland gebruikt.

Daarnaast beschrijft het handboek voor Ouderenpsychologie (Pot, Kuin & Vink, 2006) twee observatie meetinstrumenten, speciaal ontwikkeld voor mensen met dementie, die meerdere domeinen omvatten, namelijk de Dementia Care Mapping Method (Kitwood & Bredin, 1992) en de Qualidem (Ettena et al, 2005). De Dementia Care Mapping Method is een langdurige observatie, die recentelijk in Nederland wordt gebruikt. Een belangrijk concept binnen deze benadering is personhood: het verlenen van respect en status aan mensen, ongeacht hun beperkingen. Kitwood en Bredin (1992) gaan uit van vier domeinen die welbevinden en personhood in stand houden: gevoel van eigenwaarde; gevoel van kracht, voelen dat je dingen voor elkaar kunt krijgen; sociaal vertrouwen, bijvoorbeeld steun zoeken en weten dat er een positieve reactie op zal volgen; en hoop, een basisvertrouwen dat je, wat er ook gebeurt, veilig en wel kunt zijn.

De Qualidem is een multidimensionaal meetinstrument voor Kwaliteit van Leven bij dementie die gevalideerd is in Nederland. De Qualidem is een observatielijst die gebaseerd is op het adaptatie-

copingsmodel (Droës 1991). Het adaptatie-copingsmodel gaat ervan uit dat gedragsproblemen ontstaan doordat een persoon met dementie op een (in)adequate manier omgaat met de stress die de adaptieve taken met zich meebrengen. De observatielijst meet negen verschillende subschalen; de zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties en verpleeghuisomgeving. Deze aspecten worden verdeeld onder de cognitieve-, emotionele- en sociale-adaptieve taken. De negen subschalen zijn onder te verdelen onder de zeven adaptieve taken van Droes (1991). De formulering van de stellingen van de Qualidem zijn klachtgericht als; ‘Wijst hulp van verzorgende af’; ‘is boos’ of ‘wil niet eten’(Ettema, de Lange, Droës, 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).

1.3 KWALITEIT VAN LEVEN VANUIT DE POSITIEVE PSYCHOLOGIE

In de positieve psychologie binnen de GGZ staat de kwaliteit van leven centraal. In de positieve psychologie is er meer dan alleen geestelijke gezondheid. Waar de geestelijke gezondheidszorg zich traditioneel bezighoudt met de preventie en curatie van psychische stoornissen, gaat het in de positieve psychologie juist om het bevorderen van de geestelijke gezondheid. De bevordering van geestelijke gezondheid is een relatief nieuw doel binnen de volksgezondheidszorg (WHO, 2005). De positieve psychologie heeft in het afgelopen decennium een hoge vlucht genomen. Er zijn in tien jaar tijd meer dan tweeduizend wetenschappelijke publicaties verschenen die expliciet positieve psychologie gebruiken (Westerhof & Bohlmeijer, 2011).

Westerhof & Bohlmeijer (2011) benadrukken dat er iets vreemds aan de hand is met het begrip geestelijke gezondheid. Volgens de dominante opvatting is geestelijke gezondheid de afwezigheid van psychische stoornissen. Een verruiming van deze opvatting heeft geleid tot de invoering van het begrip ‘positieve geestelijke gezondheid.’ De associatie van geestelijke gezondheid met ziekte is zo sterk, dat men het begrip positief heeft toegevoegd. Het medisch model is duidelijk

terug te zien in hedendaagse psychologische opvattingen over geestelijke gezondheid. Ten eerste richt de psychologie zich als het gaat om geestelijke gezondheid bij uitstek op klachten en stoornissen. Er is sprake van reductie: een versmalling van de aandacht tot datgene wat er misgaat. We zien de gerichtheid op klachten niet alleen terug in de manier waarop diagnoses gesteld worden, maar ook in de behandeling en het wetenschappelijk onderzoek. De DSM-IV omvat voor het grootste deel een beschrijving van stoornissen (American Psychiatric Association, 2000). Woorden als welbevinden, geluk of tevredenheid ontbreken, terwijl woorden als plezier, interesse of zin alleen voorkomen in combinatie met het woord vermindering. Maddux (2009) beargumenteert dat door het navolgen van het medisch model sterk de nadruk is komen te liggen op een ziekte-ideologie. Er worden in de psychologie veelvuldig begrippen gebruikt uit het medisch jargon, zoals pathologie, stoornis, symptomen, diagnose en klinisch. Hieruit kan geconcludeerd worden dat wanneer men praat over geestelijke gezondheid niet zo zeer de gezondheid, maar de ziekte centraal lijkt te staan. Hoewel de positieve psychologie een nieuwe richting aangeeft voor geestelijke gezondheidszorg, hebben zij ook een uitgangspunt met de traditionele klinische psychologie gemeen: de mogelijkheid van het optimaliseren van het menselijk functioneren. Westerhof & Bohlmeijer (2011) beschrijven dat er een twee- continua model is omtrent geestelijke gezondheid. Dit houdt in dat een hoge mate van psychopathologie vaker samen gaat met een lage mate van positieve geestelijke gezondheid. Tevens geldt hier dat een lage mate van psychopathologie vaker samen gaat met een hoge mate van positieve geestelijke gezondheid. De relatie is echter niet perfect (Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Dit houdt in dat iemand met een hoge positieve geestelijke gezondheid niet automatisch vrij is van psychopathologie. Tevens geldt dat iemand met een lage positieve geestelijke gezondheid niet automatisch een hoge mate psychopathologie heeft. Een individu kan zich op beide continua vrij bewegen. Dit maakt elke combinatie van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid mogelijk. Dit duidt er op dat de geestelijke gezondheid niet uit één, maar uit twee continua bestaat en zich volgens het twee- continua model gedraagt.

In de positieve psychologie is de doelgroep dementerende ouderen nog sterk onderbelicht, deze doelgroep wordt niet expliciet in de literatuur beschreven. Mogelijk heeft dit te maken met de

vraag of de positieve psychologie toepasbaar is op dementerende ouderen aangezien ouderen met dementie een progressief beloop hebben, steeds afhankelijker worden van anderen en het cognitieve vermogen verminderd. Wel schrijven Westerhof en Bohlmeijer (2011) over de doelgroep ouderen. Ouder worden gaat vaak gepaard met achteruitgang van de lichamelijke gezondheid en het cognitief functioneren en met een verlies van sociale relaties en maatschappelijke rollen. De sociaal-emotionele vaardigheden en het gebruik van kennis over de eigen persoon, het leven en de wereld blijven juist vaak tot op hoge leeftijd intact (Baltes, 1997; Carstensen, Fung & Charles, 2003). Zelfs ondanks een meer negatieve balans van winst en verlies ervaren de meeste ouderen net zoveel welbevinden en zingeving in hun leven als jongere groepen (Diener & Suh, 1998; Westerhof, Dittmann-Kohli & Bode, 2003; Westerhof & Keyes, 2010). Verklaringen die gegeven worden voor deze paradox brengt men op verschillende aspecten die van belang zijn voor een psychologie van de levenskunst. Voor psychologie van de levenskunst is het niet alleen belangrijk om de aandacht op het positief functioneren te richten. Voor een meer persoonsgerichte benadering is het gebruik van kennis uit de persoonlijkheidsleer, sociale psychologie, klinische psychologie en levensloopspsychologie van belang. Voor een zo goed mogelijk functioneren is een balans tussen plezier, betrokkenheid en zinvolheid van belang.

1.4 WELZIJNSMETER

De Welzijnsmeter is ontwikkeld omdat bestaande vragenlijsten gericht op welzijn of kwaliteit van leven vooral een klachtgerichte formulering hebben. Het uiteindelijke doel van de Welzijnsmeter is het in kaart brengen van het welzijn van dementerenden, zodat de omgeving de patiënten zo goed mogelijk kan ondersteunen en zij een zo hoog mogelijk gevoel van welzijn kunnen ervaren. Dementerende ouderen hebben progressieve klachten. Wanneer de focus minder klachtgericht is, kan men zich meer richten op de mogelijkheden van dementerenden. Dit is passend binnen de positieve psychologie, aangezien deze stroming zich richt op de (groe) mogelijkheden en niet zo zeer de beperkingen. Het welzijn van ouderen wordt door allerlei oorzaken aangetast. Een patiënt moet zich daarom voortdurend aanpassen aan veranderende leefomstandigheden. Als aanpassen lukt, leidt dit vaak tot herstel van welzijn. Vaak gaat het aanpassen echter niet goed. Dat is dan een belangrijke oorzaak van gedragsproblemen zoals agitatie of agressie. Om welzijn en het gedrag in beeld te

brengen is de Welzijnsmeter als observatie-instrument ontwikkeld. De Welzijnsmeter is een instrument waarmee men zichtbaar maakt hoe het met een patiënt gaat en hoe hij of zij het wonen binnen een zorginstelling ervaart. De Welzijnsmeter wordt ingevuld door verzorgenden die werkzaam zijn binnen een zorginstelling. De Welzijnsmeter bevat ruim 75 uitspraken (zie bijlage 1) over gedrag in een bepaalde periode. De stellingen uit de Welzijnsmeter zijn verdeeld over de vier leefgebieden uit het Zorgleefplan van ActiZ (Actiz, et al., 2007), passend binnen een verpleeghuis voor dementerende ouderen. Elk leefgebied is op zijn beurt weer onderverdeeld in gedragsgroepen (figuur 1). Elke uitspraak die men moet scoren, hoort bij een leefgebied en een bepaalde gedragsgroep.

Mentaal welbevinden	Lichamelijk welbevinden en gezondheid	Participatie	Woon- en leefomstandigheden
- Stemming - Agressie - Angst - Agitatie	- Lichamelijk welzijn - Decorum - Verward gedrag	- Bezigheden - Sociale contacten	- Woonomstandigheden - Relatie met medewerkers

Figuur 1. De vier leefgebieden met bijbehorende gedragsgroepen.

De Welzijnsmeter wordt door verzorgenden ingevuld aan de hand van observatie gedurende de afgelopen twee weken bij de patiënt. De Welzijnsmeter wordt in tweetallen ingevuld om zo de betrouwbaarheid te vergroten (Richters, 2012).

De Welzijnsmeter is ontwikkeld aan de hand van bestaande meetinstrumenten. Deze meetinstrumenten zijn allen gericht op dementerende mensen en worden gescoord aan de hand van observaties door derden. Hieronder worden de zes meetinstrumenten beschreven waaruit de Welzijnsmeter is voortgekomen.

- Met de Neuropsychiatrische Inventarisatie (NPI) wordt een beeld verkregen van eventueel aanwezige psychopathologische verschijnselen bij patiënten met hersenletsel. De NPI werd ontwikkeld voor toepassing bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en andere dementiesyndromen, maar kan ook gebruikt worden voor onderzoek naar gedragsveranderingen bij andere ziektebeelden (Jonghe, Kat, Kalisvaart & Boelaarts, 2003). De NPI omvat twaalf gedragsaspecten, te weten: Wanen; Hallucinaties; Agitatie/agressie; Depressie/dysforie; Angst; Euforie/opgetogenheid; Apathie/onverschilligheid; Ontremd gedrag; Prikkelbaarheid/labiliteit; Doelloos repetitief gedrag; Nachtelijke onrust/slaapstoornis; Eetlust/eetgedrag verandering.
- De GIP (Gedragsobservatieschaal Intramurale Psychogeriatric) is ontwikkeld door Verstraten & Eekelen (1971) en is efficiënt voor het in kaart brengen van gedragsproblemen ten gevolge van cognitieve stoornissen en stemmingsproblemen. De GIP richt zich op specifieke gedragsproblemen van psychogeriatrische verpleeghuisbewoners, gerontopsychiatrische patiënten en dagbehandeling-bezoekers. De GIP bestaat uit de volgende 14 schalen; niet-sociaal gedrag (ontbreken van gedrag gericht op anderen, vermijden van contacten, zelfisolering); apathisch gedrag (sociale terugtrekking, gebrek interesse, onverschilligheid aanwezigheid anderen); bewustzijnsstoornissen: (verminderde reactie op omgeving, bewustzijnsvernauwing, bewustzijnsverlaging, bewustzijnsschommelingen); decorumverlies (schaamteloosheid, verlies sociale gevoeligheid in spraakgebruik, ongepaste gebaren en geluiden); incoherent gedrag (psychische verwardheid, gedachtenstoornissen); geheugenstoornissen (vergeten van namen en afspraken, niet herkennen woonomgeving of context); gedesoriënteerd gedrag (desoriëntatie in tijd, plaats of persoon); zinloos repetitief gedrag (plukken aan kleding, handen wrijven, zinloze verbale uitingen); rusteloos gedrag: (onrust, dwang tot bewegen); achterdochtig gedrag (wantrouwen, angst om in de gaten te worden gehouden); zwaarmoedig/ verdrietig gedrag (zwaarmoedigheid, nutteloosheid, machteloosheid, slaapproblemen); afhankelijk gedrag (onvermogen zichzelf te helpen of bepaalde activiteiten te verrichten); angstig gedrag (paniekgevoelens, angst voor anderen,

rusteloosheid, concentratieproblemen); opstandig gedrag (verzet tegen gang van zaken of personen).

- De Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) beoordeelt de tekenen en symptomen van depressie bij patiënten met dementie (Alexopoulos, Abrams, Young & Shamoian, 1988). Deze observatie-instrument bestaat uit de volgende subschalen: Stemmingsgerelateerde kenmerken; Gedragsstoornissen; Lichamelijke kenmerken; Cyclische functies (in slapen, stemmingsschommelingen); Stoornissen in de gedachteninhoud (suïcide gedachten, pessimisme).
- De Care Dependency Scale meet de zorgafhankelijkheid van ouderen (Dijkstra, Buist, Dassen, van den Heuvel, 2012). Items van deze observatie-instrument zijn eten en drinken; incontinentie; lichaamshouding; mobiliteit; dag- en nachtritme; aan- en uitkleden; lichaamstemperatuur; hygiëne; vermijden van gevaar; communicatie; contact met anderen; waarde- en normbesef; dagelijkse activiteiten; recreatieve activiteiten; leervermogen.
- De C-MAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) is het meest gebruikte instrument voor het vaststellen van de ernst van agitatie (De Jonghe & Kat 1996).
- Tenslotte heeft de ontwerper van de Welzijnsmeter stellingen uit de Qualidem gehaald. De Qualidem is het enige volledige multidimensionale meetinstrument voor Kwaliteit van Leven bij dementie die valide is. De observatie-instrument meet de zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties en verpleeghuis-omgeving.

De bovenstaande meetinstrumenten zijn allen klachtgericht. De Welzijnsmeter is vanuit de positieve psychologie ontwikkeld door verschillende items uit bovenstaande meetinstrumenten te halen en deze waar mogelijk om te schalen van een klachtgerichte naar een positieve formulering van de vraag.

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

Tabel 1

Basis voor subschalen van de welzijnsmeter (Mueller, 2015)

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 betrouwbaarheid en validiteit van de Welzijnsmeter is reeds door Klein (2015) en Mueller (2015) onderzocht. Uit dit onderzoek is gebleken dat de totale Welzijnsmeter een hoge interne consistentie heeft met een Cronbach's α van 0.957. Daarnaast is de concurrente validiteit onderzocht. Uit het onderzoek van Mueller (2015) komt naar voren dat de construct validiteit van de Welzijnsmeter voldoende is. De scores op de Welzijnsmeter werden in dit onderzoek met scores op de hierboven genoemde zes gevalideerde observatievragenlijsten vergeleken die inhoudelijk vergelijkbare aspecten meten die ook de Welzijnsmeter inhoudt. Bij de totaalscore van de Welzijnsmeter kwamen 5 van de 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 hier over te kunnen doen. De enige correlatie die niet bevestigd kon worden was tussen de Welzijnsmeter en de Gedragsobservatieschaal Intramurale Psychogeriatric (GIP). Waarschijnlijk omdat de GIP zijn focus meer op gedrag richt dan de Welzijnsmeter. Voor de subschalen kwamen 16/18 (88,8%) van de correlaties met de verwachting overeen. Elke subschaal heeft de meerderheid van de verwachtingen vervuld. Elke subschaal correleerde matig tot sterk met tenminste één al gevalideerde observatievragenlijst. Dit bevestigt de uitspraak die al via de totaalscore getrokken was en laat zien dat de Welzijnsmeter psychometrisch gezien het beoogde construct lijkt te meten (Mueller, 2015).

Klein (2015) heeft de factorstructuur van de Welzijnsmeter onderzocht. Tijdens de factoranalyse van de Welzijnsmeter zijn er vier factoren geconstateerd. Hierbij werd een matige tot sterke correlatie gevonden tussen de factoren. Drie hiervan komen overeen met de theoretische domeinen van welzijn, namelijk emotioneel, psychologisch en sociaal welzijn. Daarnaast kwam er een vierde factor naar voren die voornamelijk bestaat uit items gerelateerd aan het cognitieve vermogen. Ondanks dat de vierde factor niet vanuit de theorie bij de Welzijnsmeter hoort, adviseert Klein (2015) wel deze factor

in de vragenlijst te behouden, vanwege de relevantie voor deze doelgroep. Daarnaast adviseert Klein (2015) om de items die angst meten te vervangen door items die meer passen bij de benadering van positieve psychologie. Klein (2015) geeft, aangezien de zeer hoge interne consistentie van de totale lijst, aan dat de Welzijnsmeter ook gebruikt kan worden voor het monitoren van welzijn bij individuen.

2. Methode

In de methode worden drie modellen omtrent welzijn vanuit de positieve psychologie en vier modellen omtrent kwaliteit van leven vanuit het handboek Ouderenpsychologie beschreven. Er is gekozen voor deze vier modellen omtrent kwaliteit van leven, omdat dit veel gebruikte modellen zijn die in het handboek Ouderenpsychologie worden beschreven.

De drie modellen omtrent welzijn vanuit de positieve psychologie zijn gekozen aangezien deze modellen het best het begrip welzijn lijken te beschrijven. Kwaliteit van leven lijkt veel op het begrip welzijn, maar hebben net een andere invulling. Het verschil wordt in dit hoofdstuk duidelijk. Er zal een model uitgekozen worden die het beste aansluit bij de Welzijnsmeter en aan de hand van dit model wordt de Welzijnsmeter theoretisch onderbouwt. Er is bewust voor één model gekozen zodat voor andere gebruikers van de Welzijnsmeter duidelijk is vanuit welke gedachte en theorie de Welzijnsmeter is ontwikkeld.

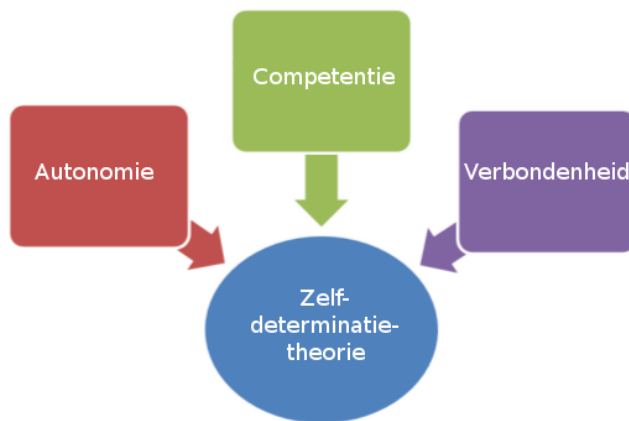
2.1 MODELLEN VANUIT DE POSITIEVE PSYCHOLOGIE OMTRENT WELZIJN

In de literatuur zijn er verschillende modellen die passend zijn in het positief-psychologisch kader en ook mogelijk passend zijn bij de Welzijnsmeter.

Zelfdeterminatietheorie:

Het eerste model is de zelfdeterminatietheorie. De zelfdeterminatietheorie is ontwikkeld door Deci en Ryan. Deze theorie gaat er van uit dat er drie natuurlijke basisbehoeften zijn, die bevredigd moeten worden voor een optimaal functioneren en groei, oftewel “welzijn” (Deci & Ryan, 2006). Ook intrinsieke motivatie van een persoon om doelen te bereiken hangt mede van de bevrediging van deze

behoeften af. Volgens de zelfdeterminatietheorie kan extrinsieke motivatie de intrinsieke motivatie 'verdringen'. Een persoon die extern gemotiveerd wordt, zal zich niet autonoom voelen en daarom minder intrinsiek gemotiveerd raken. Volgens Deci en Ryan delen alle mensen drie aangeboren psychologische basisbehoeften, te onderscheiden van de fysiologische behoeften.



Figuur 2. Schematische weergave van de zelfdeterminatietheorie.

Het is van belang dat een mens competentie en autonomie ervaart, dit is net zo belangrijk als de sociale verbondenheid die een mens moet voelen en ervaren om een positief welzijn te hebben. Naast deze basisbehoeften zijn omgevingsfactoren ook belangrijk en samen zorgt dit ervoor dat de psychologische groei van een persoon blijft voortduren (Deci & Ryan, 2006). Bij competentie gaat het er niet zo zeer om of men het daadwerkelijk kan, maar hoe men het ervaart. De behoefte aan competentie is de wens om doeltreffend met de omgeving om te gaan (Deci & Ryan, 2000). Mensen willen hun omgeving exploreren, begrijpen en beheersen. Het gevoel van competentie helpt mensen om zich flexibel aan te passen aan veranderingen in de omgeving. Competentie alleen is niet voldoende om tot interne motivatie te komen. De persoon heeft een autonoom gevoel wanneer hij zelf invloed heeft op de gevolgen van zijn gedrag en voelt zich competent als hij zijn eigen doelen kan nastreven en doeltreffend met de omgeving om kan gaan (Deci & Ryan, 2000). Koopman (2012) haalt het onderzoek van Van den Broeck (2009) naar voren waarin staat dat mensen graag hun omgeving willen exploreren, begrijpen en beheersen. Het gevoel van competentie helpt mensen om zichzelf te

ontwikkelen en flexibel te kunnen omgaan met veranderingen in omgeving. Dit punt is belangrijk voor mensen in verzorgingshuizen en verpleeghuizen, aangezien voor hen het vervullen van de psychologische basisbehoefte competentie moeilijk te bereiken is. Ouderen worden vaak geconfronteerd met fysieke klachten, waardoor zij afhankelijk zijn van anderen. Deze afhankelijkheid, het verlies van mogelijkheid tot eigen verzorging, lichamelijk ongemak en de stap terug in hun leven, kan het gevoel van competentie juist negatief beïnvloeden (Custers, Westerhof, Kuin & Riksen-Walraven, 2010).

De tweede basisbehoefte is autonomie. Autonomie beschrijven Ryan en Deci als zelfbeschikking of zelfsturend handelen (Deci & Ryan, 2000). Autonomie betekent letterlijk: 'het opleggen van eigen wetten', wat betekent dat een mens zijn eigen keuzes kan maken. Een belangrijke factor in het vervullen van een psychologische basisbehoefte voor optimaal welzijn is de overtuiging van de betrokkene dat andermans wensen de intentie hebben om het welzijn van de persoon te verhogen. Dit is een belangrijke bevinding voor de doelgroep ouderen, waarbij het gaat om bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen die deels afhankelijk zijn van de zorgrelatie met de verzorgende.

In de zelfdeterminatietheorie wordt verbondenheid omschreven als de psychologische behoefte van mensen om betrokkenheid met andere mensen te ervaren en om relaties aan te gaan en te onderhouden (Deci & Ryan, 2006). Sociale verbondenheid komt tot uiting in het gevoel van een persoon dat hij/zij om iemand geeft, dat anderen om hen geven en dat hij/zij deel uitmaakt van een gemeenschap. Hierbij is het belangrijk dat men zich verbonden voelt en het gevoel heeft ergens 'bij te horen'. Uit het onderzoek van Besselink (2009) blijkt dat de behoefte aan verbondenheid meer is vervuld naarmate mensen meer als betrouwbaar, ondersteunend, vriendelijk en ongevaarlijk worden ervaren. In het leven van dementerende ouderen is er vaak sprake van een kanteling van relaties. Ze gaan weg uit hun vertrouwde 'thuis' en wonen op een andere plek. Vaak zijn deze ouderen belangrijke familieleden verloren en zij wonen door ziekte of sterfte niet meer samen met hun partner. Hierdoor wordt het vervullen van de psychologische behoeften verbondenheid moeilijker aangezien deze behoeftevervulling niet meer ingevuld kan worden door een gedeelte van de familie. Bij de doelgroep ouderen in verpleeghuizen is voor de verzorgende op het gebied van inhoudelijk sociaal contact,

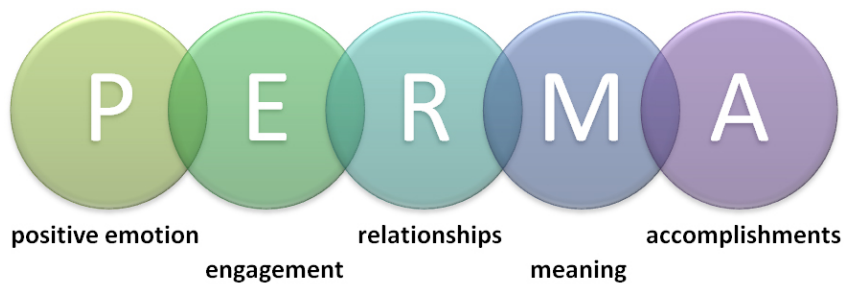
ondersteuning en de vervulling van de basisbehoefte verbondenheid een belangrijke rol weggelegd. Reis et al (2000) hebben met een meta-analyse onderzoek gedaan naar de belangrijke aspecten van sociale verbondenheid die beschreven zijn in de literatuur over de afgelopen 50 jaar. Hieruit blijkt dat er zeven gemeenschappelijke factoren bijdragen aan het gevoel van verbondenheid en de vervulling van de behoefte voor het bijdragen aan het welzijn van de persoon. Deze zeven aspecten zijn hieronder vanuit het perspectief van de verzorgende beschreven.

- Communicatie over relevante persoonlijke zaken;
- participatie in gedeelde activiteiten;
- sociaal netwerk waar de oudere informeel mee om kan gaan;
- een contact waarbij de oudere zich begrepen en gewaardeerd voelt;
- participatie in plezierige en vermakende activiteiten;
- vermijding van ruzies en conflicten zodat er geen afstand in sociale relaties en belangrijke mensen in de naaste omgeving ontstaat;
- vermijding van zelfbewuste en onzekere gevoelens bij de bewoner die de aandacht op hemzelf kan leggen, waardoor belangrijke anderen worden vergeten (Reis, 2000).

De zelfdeterminatie-theorie beschrijft dus drie aspecten van welzijn. Om van welzijn te kunnen spreken moet men autonomie, competentie en verbondenheid ervaren. Daarnaast is beschreven dat bij de doelgroep ouderen, het ervaren van deze drie componenten worden beperkt om verschillende redenen.

Het PERMA-model:

Een tweede belangrijk model in de positieve psychologie is het PERMA-model van Seligman. Het PERMA-model wordt ook wel de well-being theorie genoemd. Dit model is door Seligman vanuit de positieve psychologie ontwikkeld. Geluk is een begrip wat voor de meeste mensen onbereikbaar lijkt te zijn (Seligman, 2012). De positieve psychologie gaat er van uit dat geluk te verkrijgen is door het ervaren van welzijn en tevredenheid in het leven. Het PERMA-model bestaat uit vijf elementen die essentieel zijn voor welzijn en tevredenheid met het leven (Seligman, 2012).



Figuur 3. *PERMA-model van Seligman (2012).*

Het eerste element is *Positive Emotion*. Men ervaart positieve emoties wanneer men kan terugkijken op het verleden met blijdschap, kan kijken naar de toekomst met hoop, kan genieten en het heden kan koesteren. Voorbeelden van positieve emoties zijn verbondenheid, geluk, hoop, liefde en rust. Iedereen heeft hoogte- en dieptepunten in het leven meegemaakt waarbij positieve en negatieve emoties een rol hebben gespeeld, maar men moet niet alleen stilstaan bij de dieptepunten waarbij negatieve emoties een rol hebben gespeeld. De theorie gaat er van uit dat men dit gevoel krijgt wanneer er tijd vrij wordt gemaakt voor dagelijkse dingen die een goed gevoel teweeg brengen.

Het tweede element is *Engagement*. Hierbij is het belangrijk dat men dingen doet waardoor men zich betrokken gaat voelen. Deze betrokkenheid heeft niet zo zeer met sociale relaties te maken, maar juist met activiteiten en hobby's waarin iemand zich volledig kan storten. Een voorbeeld kan zijn een boek lezen, dansen etc. Wanneer mensen iets doen zonder hierbij liefde te ervaren, zullen zij vastlopen en het gevoel van eigenwaarde verliezen. Daarbij kijkt men vanuit de positieve psychologie vooral naar de persoonlijke sterktes, deugden en talenten die zij kunnen ontwikkelen of inzetten tijdens activiteiten en hobby's om zo de *engagement* te ervaren.

Het derde element is *Relation*. Men heeft behoefte aan verbinding, liefde, fysiek en emotioneel contact met anderen. Sociale relaties hebben is erg belangrijk voor het welbevinden.

Meaning is het vierde element. Dit betekent het streven naar doelen. Uit onderzoek blijkt dat mensen die streven naar doelen gelukkiger zijn dan mensen die dit niet doen.

Tenslotte heeft Seligman het vijfde element beschreven, namelijk *Accomplishment/Achievement*. Men moet streven naar succes waarbij genieten belangrijk is. Successen uit het verleden maken dat wij meer vertrouwen hebben en optimistischer zijn over de toekomstige pogingen. Het is niet egoïstisch

om trots te zijn op eigen prestaties. Als men trots is op zichzelf, heeft men meer kans om vaardigheden met anderen te durven delen. Daarbij zal men elkaar motiveren om zich verder te ontwikkelen. Tevens kan men dan andere mensen uit de omgeving als inspiratiebron gebruiken (Seligman, 2012).

De drie componenten van welzijn:

Tenslotte worden de drie belangrijke begrippen uit de geestelijke gezondheid beschreven. Positieve geestelijke gezondheid is een weergave van positieve elementen in het leven van een individu. Bij deze weergave gaat het om de eigen beleving en ervaring van geluk, zelfrealisatie en maatschappelijke integratie. Positieve geestelijke gezondheidszorg is dan ook gericht op het bevorderen van welzijn en geluk (Keyes, 2002). Er is tot op heden niet gedefinieerd hoe het leven van iemand met een hoge of lage geestelijke gezondheid eruit zou moeten zien. De definitie van de World Health Organization (WHO) richt zich op het multidimensionale karakter van positieve geestelijke gezondheid. Volgens de WHO is geestelijke gezondheid: "...not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community" (World Health Organization, 2009). Het concept van positieve geestelijke gezondheid omvat, in het (onderzoeks-)veld van de positieve psychologie, drie brede concepten die overeenkomen met de definitie van het WHO. Dit zijn het emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden.

Ten eerste het emotioneel welbevinden. Emotioneel welbevinden omvat een reflectie en evaluatie van een individu over het eigen leven en betreft de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, negatieve gevoelens afwezig zijn en algemene tevredenheid met het eigen leven ervaren wordt (Westerhof & Keyes, 2010). Deze drie componenten van emotioneel welbevinden beschreef ook Diener in 1984 (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). De literatuur rondom emotioneel welbevinden houdt zich dus bezig met hoe en waarom mensen hun leven op positieve manieren ervaren, zowel cognitief als affectief. Levenstevredenheid betekent dat wanneer iemand een goede evaluatie over verschillende levensdomeinen heeft. Deze evaluatie zal leiden tot een positieve kijk op het leven en tot

hogere niveaus van emotioneel welbevinden (Kafka & Kozma, 2001). Positieve gevoelens zijn gekoppeld aan plezierige emotionele ervaringen (Diener, 1984).

Het psychologisch welbevinden is de mate waarin iemand zijn of haar eigen potenties realiseert en omvat het positief functioneren in het leven. Voor een hoog psychologisch welbevinden is het belangrijk dat iemand een positieve houding en attitude heeft over zichzelf en dat iemand doelen en overtuiging heeft die een gevoel van richting en betekenis geven. Tevens is een gevoel van autonomie belangrijk. Autonomie is het gevoel dat iemand zelf richting kan geven aan zijn leven. Daarnaast zijn positieve en bevredigende relaties met anderen belangrijk en de capaciteit om de eigen behoeften te vervullen. Tenslotte is het inzicht in de eigen potentie van een individu belangrijk voor zelfontplooiing. Het psychologisch welbevinden is onder andere gebaseerd op het cognitieve model, ontworpen door Carol Ryff (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Fava & Ruini, 2003; De Vin & Pieters, 2005). Ryff ontwierp dit model aangezien zij de theoretische onderbouwing bij de meetinstrumenten omtrent (emotioneel) welbevinden miste. Ryff beschrijft in haar model zes factoren van psychologisch welbevinden; zelfacceptatie, persoonlijke ontwikkeling, levensdoel, autonomie, controle over de omgeving en positieve relaties met anderen. Mensen met een hoge zelfacceptatie hebben een positieve houding ten opzichte van zichzelf. Ze accepteren zowel de goede als slechte kwaliteiten van zichzelf. Mensen met een lage zelfacceptatie laten het tegenovergestelde zien, zij zijn ontevreden over zichzelf en hebben een gebrek aan zelfaanvaarding. Mensen met een grote persoonlijke ontwikkeling zien groeimogelijkheden en staan open voor nieuwe ervaringen. Mensen met een lage persoonlijke ontwikkeling hebben een gevoel van persoonlijke stagnatie. Ze voelen zich niet in staat nieuw gedrag te ontwikkelen. Daarnaast zien zij vooral hoe ver zij nog van het doel verwijderd zijn. Mensen met een levensdoel hebben doelen en richting in het leven. Mensen met veel autonomie zijn onafhankelijk en zelfbepalend. Mensen met weinig autonomie laten beslissingen afhangen van oordelen van anderen. Door controle op de omgeving voelen mensen zich in staat de omgeving te veranderen of te verbeteren. Tenslotte houdt het hebben van een positieve relatie in dat mensen met een psychologisch welbevinden warme, bevredigende en vertrouwde relaties hebben met anderen. Mensen die dit hebben zijn bezorgd over het welzijn van anderen waarbij zij empathie, intimiteit en affectie tonen.

Het derde component is sociaal welbevinden. De modellen van het emotionele en het psychologische welbevinden, benadrukken individuele kenmerken van positieve geestelijke gezondheid. Keyes (1998) beschreef dat individuen in sociale structuren en gemeenschappen leven. Om optimaal functioneren en geestelijke gezondheid te kunnen begrijpen, is het sociaal welbevinden cruciaal. Sociaal welbevinden vormt het laatste element van positieve geestelijke gezondheid (Westerhof & Keyes, 2010). Sociaal welbevinden omvat de mate waarin een individu een positieve visie heeft op andere mensen en de maatschappij en zich in de maatschappij thuis voelt. Voor een hoog sociaal welbevinden is het belangrijk dat iemand kan begrijpen wat er in de maatschappij gebeurt, een positieve houding heeft tegenover anderen, terwijl iemand de moeilijkheden hiervan ook onderkent. Verder is het belangrijk te geloven in de potentie van de samenleving om positief te ontwikkelen en is het van belang dat iemand het gevoel heeft dat de activiteiten die diegene doet gewaardeerd worden door de samenleving. Als laatste is het van belang dat iemand het gevoel heeft bij een samenleving te horen.

2.2 MODELLEN UIT HET HANDBOEK OUDERENPSYCHOLOGIE OMTRENT KWALITEIT VAN LEVEN

In het handboek Ouderenpsychologie worden verschillende theoretische modellen over dementerenden beschreven (Pot, Kuin & Vink, 2006). Gedrag is een begrip dat zich volgens de wetenschapsleer hiërarchisch op een ander niveau bevindt dan begrippen zoals emotie en stemming, cognitie en persoonlijkheid. Gedrag maakt op een directe, eenvoudige wijze deel uit van de observeerbare werkelijkheid. Er bestaan verschillende modellen om het ontstaan en de instandhouding van gedrag te beschrijven. Hieronder worden theoretische modellen beschreven die mogelijk relevant zijn voor het meten van Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie. Deze modellen zijn allen persoonsgericht, toegespitst op ouderen en breder kijkend dan alleen ziekte. Deze modellen staan beschreven in het handboek Ouderenpsychologie en zijn allen veel gebruikte modellen.

Het adaptatie-copingsmodel:

Het adaptatiemodel is ontwikkeld door Droës (1991) die het copingsmodel van Lazarus en Folkman (1984) combineerde met het crisismodel van Moos en Tsu (1977). Centraal in het model van Droës

staat het begrip adaptatie: chronisch zieke mensen, waaronder dementerende ouderen, moeten leren zich aan te passen aan de gevolgen van de ziekte. Het adaptatie-copingsmodel beoogt gedrag van mensen te begrijpen vanuit de wijze waarop zij zich aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte en eventuele institutionalisering (adaptatie) en omgaan met de stress die deze gevolgen kunnen veroorzaken (coping). Dementerende ouderen in verpleeghuizen krijgen immers ook te maken met tal van veranderingen waarmee zij mee moeten leren omgaan. Daarbij kan gedacht worden aan het handhaven van een emotioneel evenwicht, behoud van een positief zelfbeeld, opbouwen van een adequate relatie met het personeel, onderhouden van contacten met medebewoners en omgaan met de verpleeghuisomgeving. Droës veronderstelt dan ook dat mensen met dementie adaptieve taken hebben te vervullen (de Lange, 2004). Door het vervullen van deze adaptieve taken krijgt niet alleen de omgeving, maar ook de dementerende zelf een actieve rol toegewezen in het omgaan met de ziekte (de Lange, 2004). Succesvolle coping leidt tot beter adaptatie en daarom ook tot een betere kwaliteit van leven (Bahro, Silber, & Sunderland, 1995)

Droës onderscheidt de volgende zeven adaptieve taken in dit aanpassingsproces:

- omgaan met de eigen invaliditeit;
- handhaven van een emotioneel evenwicht;
- behoud van een positief zelfbeeld;
- zich voorbereiden op een onzekere toekomst;
- ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden;
- ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties;
- omgaan met de verpleeghuisomgeving.

De eerste vier taken hebben vooral te maken met het omgaan met de ziekte en de laatste drie met het omgaan met het verblijf in een zorginstelling. Het copingsgedrag en de emotionele respons die door de adaptieve taken teweeg wordt gebracht, zoals angst, verdriet of woede, zouden volgens Moos & Tsu (1977) worden bepaald door de cognitieve inschatting oftewel waargenomen betekenis van de ziekte. Deze kan ervaren worden als straf, dreiging of verlies, maar ook als uitdaging, winst of opluchting.

Deze cognitieve inschatting wordt beïnvloed door:

- persoonlijke factoren: die bestaan uit fysieke middelen (gezondheid en energie);
- psychologische middelen (emotionele ontwikkeling, copingservaring, filosofische, religieuze overtuiging en sociale vaardigheden);
- ziektegerelateerde factoren: levensloop waarop de ziekte plaats vindt en specifieke symptomen en betekenis daarvan voor ieder persoon;
- materiele en sociale omgevingsfactoren: beschikbare ruimte, woonomgeving, sociale relaties en sociale steun.

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 diens kwaliteit van leven te richten in plaats van op de symptomen, zouden er verschillende voordelen ontstaan zoals een snellere adaptatie of een betere relatie met de zorggever (Richards, 1999). Bij dementie is herstel echter nauwelijks mogelijk. Juist bij chronische ziektes waar een succesvolle medische interventie echter 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.

Volgens Dröes (1991) is een adequate adaptatie en coping belangrijk. Wat betreft de doelgroep dementerende ouderen is het van belang dat zij op een bepaalde wijze zich aanpassen en omgaan met de gevolgen van dementie, ook wel adaptatie en coping genoemd. Wanneer dit zo is, zou het weinig negatieve reacties oproepen bij de dementerende zelf en zijn omgeving. Wanneer een dementerende oudere zich niet kan aanpassen en om kan gaan met de gevolgen van dementie, worden deze negatieve reacties wel opgeroepen in de vorm van agressief gedrag, rusteloosheid of gedrag dat als claimend wordt ervaren. De Lange (2004) heeft onderzoek gedaan naar adaptie en coping bij mensen met dementie. Hierin bleken veel individuele verschillen te zitten. De wijze waarop begeleiding en steun werden geboden bleken effect te hebben op het emotioneel evenwicht, de

zelfwaardering en op de zorgrelatie met de verzorgenden. Uitgaande van deze variatie in adaptatie- en copingsgedrag onderscheidt Droës in het resultaat van het totale aanpassingsproces globaal drie categorieën (de Lange , 2004):

- evenwicht, als gevolg van adequate en effectieve aanpassing en coping met de gevolgen van dementie;
- wankel evenwicht, als gevolg van inadequate maar wel effectieve coping met de gevolgen van dementie;
- evenwichtsverstoring of crisis, als gevolg van inadequate en ineffectieve coping met de gevolgen van dementie.

Droes geeft daarin aan dat men in plaats van het gedrag van dementerende ouderen te negeren of af te doen als verward, zich zal moeten interesseren in de achtergronden ervan en in de beleving van mensen met dementie. Dit is passend binnen de nieuwe vorm van zorg, belevingsgerichte zorg (de Lange, 2004). Belevingsgerichte zorg bij mensen met dementie wordt gedefinieerd als dementerenden begeleiden in het omgaan met de cognitieve, emotionele en sociale gevolgen van de ziekte door aan te sluiten bij hun individuele mogelijkheden en subjectieve beleving. Het uiteindelijke doel is verbetering van het emotionele en sociale functioneren, en van de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Het model van Droes is bovendien geschikt gebleken als theoretisch kader voor wetenschappelijk onderzoek (Droes, 1991; 1996; Finnema et al, 2000).

De Lange (2004) heeft in de jaren 90 de effecten van belevingsgerichte zorg bij dementerende ouderen in verpleeghuizen onderzocht. Het theoretisch kader van dit onderzoek vormde het adaptatie-copingsmodel voor mensen met dementie van Droes (1991). Daarbij veronderstelden zij dat geïntegreerde belevingsgerichte zorg de adaptatie en in het bijzonder het welbevinden van degenen die moeite hebben met de gevolgen van hun dementie bevordert. Daarbij benoemen zij dat het ontbreken van gestandaardiseerde meetinstrumenten voor positief welbevinden, veranderde communicatie of kwaliteit van leven bij mensen met dementie mogelijk ook samen hangt met het achterhaalde idee dat een toename van kwaliteit van leven bij mensen met dementie onmogelijk is. In dit onderzoek observeerden zij hoe mensen met dementie omgaan met vier van de zeven adaptieve taken, te weten:

handhaven van een emotioneel evenwicht; ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met het personeel; ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties; en omgaan met de verpleeghuisomgeving. Deze vier zijn onderzocht vanwege praktische omstandigheden, maar daarnaast zijn deze vier taken bij uitstek geschikt om de wisselwerking tussen dementerende en omgeving te bestuderen, wat belangrijk is bij adaptatie en coping. Zoals eerder hierboven genoemd, beschrijft Droes drie categorieën van aanpassingsprocessen. Droes (1991) beschreef voornamelijk de inadequate coping en de ineffectieve coping. De Lange (2004) onderzocht in haar onderzoek ook de adequate en effectieve manieren waarop mensen met dementie omgaan met gevolgen van hun ziekte. De adequate en effectieve manieren waarop mensen omgaan met dementie en de gevolgen van hun ziekte is belangrijke literatuur die gebruikt kan worden bij een meetinstrument vanuit de recente stromingen van de psychologie. Een meetinstrument vanuit de recente stromingen van de psychologie richt zich niet meer zo zeer op de klachten, wat voorheen wel werd gedaan en destijds aansloot bij het werk van Droes (1991).

De Lange (2004) heeft vier soorten mensen weten te categoriseren die men kan onderverdelen aan de hand van de drie categorieën van het aanpassingsproces omtrent coping. De mensen met adequaat copinggedrag, ook wel mensen die in evenwicht zijn, benoemt de Lange gangmakers, genieters, gewenst autonomen, verzorgers, gezelschapsmensen, mensen die hun eigen gang gaan. Mensen die in wankel evenwicht zaten, riepen ook wel negatieve reacties op. De Lange noemde hen onder meer: aandachtvragers, onzekeren, sociaal onhandigen, mensen die verzanden of tegengewerkt worden, eigengereiden en onaantastbaren. Een derde groep vormden de mensen wier adaptatie en copinggedrag noch effectief noch adequaat was. Zij waren doorgaans uit hun evenwicht. Dat waren de claimers en de critici, de ongewenst autonomen, de roddelaars en overlastbezorgers, degenen die zich verzetten, en de onaangepasten. Tenslotte heeft de Lange een vierde groep onderscheiden die ‘onpeilbaar’ was, weinig opviel en doorgaans niet spraken (de Lange, 2004).

De Lange heeft onderzocht wat voor effect belevingsgerichte zorg heeft op het gedrag van dementerenden aan de hand van het model van Droes (de Lange 2004). Daarbij heeft zij het observeerbare gedrag van ouderen per adaptieve taak beschreven. Hieronder worden de vier

onderzochte adaptieve taken door de Lange beschreven, er wordt voornamelijk ingegaan op hoe de Lange evenwichtige dementerende ouderen kon observeren aangezien dit passend en van belang is voor de items het meetinstrument de Welzijnsmeter. De eerste adaptieve taak is het handhaven van een emotioneel evenwicht. Wanneer een oudere zijn/haar emotioneel evenwicht kan handhaven is deze persoon tevreden, vrolijk en kan genieten. De observeerbare eigenschappen die passend zijn bij mensen die in emotioneel evenwicht zijn; afhankelijkheid accepteren, genieten van hulp van anderen, genieten van kleine dingen om zich heen, meedoen met nieuwe activiteiten als zingen, dansen en bewegen, met plezier over vroeger praten, oude rollen op zich nemen, met waardering praten over ouders en kinderen, nieuwe contacten opdoen en nieuwe, zachte kanten van zichzelf tonen en liefde geven en ontvangen. Wanneer het evenwicht wankel is, zou de oudere verdrietig, angstig, onrustig, achterdochtig en agressief zijn. Bij geen evenwicht laat de oudere wanhoop, wantrouwen en isolement zien. Bij onpeilbare mensen is het emotioneel evenwicht niet te beoordelen.

De tweede onderzochte adaptieve taak is het ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met het personeel. Dementerende ouderen in verpleeg- of verzorgingstehuizen die deze adaptieve taak in evenwicht hebben, laten gewenste autonomie zien. Dit betekent dat zij graag dingen zelf doen, hulp van verzorgende accepteren en bereidwillig zijn ten opzichte van verzorgenden. Daarnaast willen zij graag geholpen worden door verzorgenden en stellen zij zich niet te afhankelijk of autonoom op. De derde adaptieve taak is het ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties. Dit is in evenwicht wanneer zij warmte en affectie tonen, open staan, vriendschap sluiten, onderlinge steun bieden en accepteren andermans gedrag (verbaal en non-verbaal). Wanneer dementerenden in wankel of niet in evenwicht zijn verzetten zij zich tegen anderen, laten niet-sociaal gedrag zien en trekken zich terug. Onpeilbaar zijn de mensen die geen of heel weinig contacten hebben met andere bewoners. De vierde adaptieve taak is het omgaan met de verpleeghuisomgeving. Hierbij formuleerde de Lange (2004) twee thema's, namelijk iets om handen hebben en tot zijn recht komen. Het eerste thema is iets om handen hebben, deze is in evenwicht wanneer initiatief of reactie op initiatief van een ander aansluit. Wanneer er wankel evenwicht is, volgt de dementerende het initiatief van de verzorgende niet. Thema twee is tot zijn recht komen. Levensloop speelt hierbij een rol, de oudere kent personen

uit de omgeving een rol toe. Dementerende leeft als individu verbonden met collectief en/of maakt gebruik van het collectief. Bij een wankel evenwicht speelt de vroegere levensloop geen duidelijke rol in het verpleeghuis.

Het multifactoriële model:

Het multifactoriële model van de Engelse psycholoog Kitwood (1997) van gedrag van mensen met dementie kan worden samengevat in een formule, namelijk: $Gedrag = P + B + L + N + S$. Waarbij:

P = Persoonlijkheidsfactoren en copingsstijl

B = Biografie

L = Lichamelijke gezondheid

N = Neurologische schade

S = Sociale en omgevingsfactoren

P staat voor de copingsstrategie die ieder mens gedurende zijn leven heeft geleerd. Geeft men zichzelf of juist anderen snel de schuld bij fouten? De dementerende die altijd de schuld bij zichzelf legt, zou eerder angstig en bezorgd reageren, terwijl anderen die de schuld buiten zichzelf leggen juist achterdochtig en beschuldigend reageren.

B staat voor biografie van de persoon, wat iemand in zijn leven heeft meegemaakt. Traumatische gebeurtenissen kunnen leiden tot overmatige angst of verzet bij bepaalde situaties in een zorginstelling. Ook positieve gebeurtenissen kunnen het huidige gedrag beïnvloeden.

De L, lichamelijke invloed, heeft ook een belangrijke invloed op gedrag. Pijn kan leiden tot veel onrust, prikkelbaar gedrag of aanhoudend roepen. Gehoorproblemen kunnen achterdochtig gedrag versterken, gezichtsproblemen kunnen leiden tot meer onzekerheden en desoriëntatie.

N staat voor Neurologische schade en behelst de neuropathologische veranderingen die het gedrag en gedragsmogelijkheden beïnvloeden. Dementie is een neurologische aandoening waarbij hersencellen afsterven (Driesen e.a., 2008). Een goed begrip van de werking van de hersenen en hun impact op vrijwel alle levensaspecten is daarom van groot belang. De neuropsychologie leert ons dat de beschadiging van cerebrale structuren en de stoornissen in de executieve functies van ingrijpend belang zijn bij gedragsproblemen. Zorgverleners moeten dus beseffen dat het gedrag van een

dementerende oudere niet alleen bepaald wordt vanuit de aard of het karakter van de persoon maar tevens een neurologische achtergrond heeft (Driesen et al, 2008).

Tenslotte staat de S voor sociale en omgevingsfactoren. Kitwood benadrukt dat de persoon pas tot zijn recht komt in relatie tot een ander. Belangrijk in het werk van Kitwood is erkenning. Iemand met dementie moet niet alleen gezien worden als een persoon met onmogelijkheden en gedragsstoornissen ten gevolge van een hersenaandoening, maar als een persoon met restmogelijkheden die zich zijn manier probeert om te gaan met dingen die hem zijn overkomen. Deze uitspraken van Kitwood zijn passend binnen de positieve psychologie en is een belangrijk aanvulling op het biomedische perspectief. Sommige van deze factoren kunnen worden beschouwd als gegevens die niet of moeilijk te veranderen zijn. Denk aan persoonlijkheid, levensgeschiedenis en neurologische schade. Wat men wel kan, is er rekening mee houden. Lichamelijke gezondheid en sociale- en omgevingsfactoren zijn wel belangrijke factoren die te veranderen zijn.

Kitwood spreekt van schadelijke omgangstrategieën wanneer men op een bepaalde manier omgaat met mensen met dementie wat in relatie staat met innerlijke stabiliteit. Bijvoorbeeld wanneer verzorgenden ouderen met dementie overvragen, dingen uit handen nemen die nog wel lukken, of geen aandacht schenken aan de gevoelens van de dementerende ouderen. Centraal staat het begrip personhood, wat zich vertaalt als 'iemand zijn in relatie tot anderen'. Dit aspect lijkt gekoppeld te zijn aan de twee domeinen woon/leefsituatie en participatie van de definitie kwaliteit van leven. Met hulp van anderen kan de dementerende ouderen zijn emoties beleven en zichzelf een persoon voelen. De persoonsgerichte benadering gaat uit van de belevingswereld van de dementerende, zoekend naar individuele mogelijkheden en veiligheid, warmte en affectie.

Kitwood legt sterk de nadruk op de interactie en daarmee ook op de emoties en beleving van de verzorgende. Dat betekent dat er ook expliciet aandacht moet zijn voor de gevoelens die een dementerende oproept bij verzorgenden en voor de manier waarop zij met hun gevoelens omgaan. De formule van Kitwood is onder te verdelen in de biologische, psychologische en sociale factoren. Kritiek op Kitwood gaat voornamelijk over het niet gedetailleerd uitwerken van de elementen. Andere auteurs hebben deze formule later verfijnd en uitgebreid (Driesen et al, 2008).

Vanuit zijn behoefte raam formuleert Kitwood een aantal principes die moeten bijdragen tot het vergroten van het welzijn voor dementerende ouderen: dit vormt de kern van zijn denken die het meest inspirerend werkt. Het mag duidelijk zijn dat die principes de zorg niet vereenvoudigen: er wordt immers radicaal gekozen voor het perspectief van de dementerende oudere.

Een bezwaar tegen het model van Kitwood is dat hij de verantwoordelijkheid te veel bij de verzorgende legt (de Lange, 2004). Daarnaast is het gegeven kritiek dat iemand met dementie in zijn opvatting erg afhankelijk van zijn omgeving is en ondanks de nadruk op het individuele, beschouwd wordt als iemand die zelf geen invloed op zijn situatie kan hebben, zich niet kan verweren. Deze theorie is als onderbouwing gebruikt bij Dementia Care Mapping (DMC), een veelgebruikt hulpmiddel in Engeland. DMC is een manier om het positieve en negatieve gedrag van mensen met dementie en verzorgenden in kaart te brengen (Brooker et al., 1998, Brooker, 1999; Innes et al., 2000). Uit onderzoek van Lintern et al. (2000) komt naar voren dat het moeilijk is om de invloed van verzorgenden op het welbevinden van dementerende ouderen aan te tonen. Het doel hiervan was in eerste instantie om de kwaliteit van zorg te kunnen vaststellen. Toch hebben zij na twee jaar verbeteringen ondervonden omtrent het welbevinden van dementerende ouderen nadat de verzorgenden deze benadering gebruikten. Dit hebben zij bewerkstelligt door de verzorgenden drie keer een training te geven.

Het Unmet-needsmodel:

Het Unmet-needsmodel is ontwikkeld door Cohen-Mansfield (2001) als verklaring voor onrustig of ander probleemgedrag bij dementie. Zij spreekt in dit verband van inadequaat gedrag. Het gaat hierbij om observeerbaar gedrag, dat wordt ingedeeld in vier subtypen:

- fysiek agressief gedrag (slaan of bijten);
- fysiek niet-agressief gedrag (ijsberen, ongericht spullen verplaatsen);
- verbale niet-agressieve onrust (constant een zin herhalen of dezelfde vraag stellen);
- verbaal agressief gedrag (vloeken en schreeuwen).

Dit gedrag wordt vaak beïnvloed door middel van psychofarmaca of met fysieke fixatie of negeren.

Cohen-Mansfield geeft aan dat men hierdoor aan de behoefte van het individu voorbij gaat. Er is een onderliggende onvervulde behoefte die wordt veroorzaakt door het ongepaste gedrag. Mensen met dementie kunnen hun behoefte vaak niet goed aangeven aan hun omgeving en de omgeving merkt ze vaak niet op, begrijpt ze niet of voelen zich niet in staat ze te vervullen. Naast niet-vervulde fysieke behoeften zoals verlichting van pijn, honger of dorst, lijden mensen met dementie vaak aan zintuiglijke deprivatie, verveling, eenzaamheid of overprikkeling.

Het is daarom belangrijk om de onvervulde behoefte van de bewoner te kunnen identificeren (Cohen-Mansfield et al., 1989). Om de behoeftes te vervullen is het volgens Cohen-Mansfield belangrijk om zintuiglijke prikkeling, activiteiten en sociale contacten aan te bieden. De zintuiglijke prikkeling kan vormgegeven worden door voldoende niveaus van licht in het verpleeghuis, gehoorapparaten, etc. Maar ook een goede behandeling van pijn. Mensen met dementie zijn kwetsbaarder voor de omgeving en bij een gebeurtenis is de kans groter dat het gedrag wordt beïnvloed. Mensen met dementie verliezen geleidelijk hun coping waardoor zij eerder stress zullen ervaren, dit resulteert weer in angst en ongepast gedrag. Ontspanning zal de stress verminderen en daarmee tevens het ongewenst gedrag (Cohen-Mansfield et al., 1989). Het is belangrijk om ongewenst gedrag snel te kunnen observeren om aan de behoefte van de dementerende oudere te kunnen voldoen. Hierbij is het volgens Cohen-Mansfield belangrijk om het probleemgedrag goed in kaart te brengen. Elk gedrag heeft zijn eigen betekenis. Omdat de oorzaak ook na zorgvuldige analyse vaak niet duidelijk is, stelt Cohen-Mansfield voor om hypothetisch te werk te gaan. De verzorgers moeten uitgaan van de meest waarschijnlijke oorzaak, daar een interventie aan te verbinden, en vervolgens het effect te evalueren. Waar nodig de hypothese aan te passen en dan begint het proces opnieuw (Cohen-Mansfield et al., 1989).

Om het probleemgedrag goed in kaart te brengen is de CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) ontwikkeld. De CMAI is speciaal ontwikkeld voor gebruik in het verpleeghuis en bestaat uit negenentwintig zeven-puntsitems waarin een beoordeling wordt gevraagd van verbaal en handelend agressief gedrag en rusteloosheid. Het invullen, door een clinicus, vergt 10-15 minuten (Cohen-Mansfield et al., 1989). De Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen-Mansfield

et al., 1989) is een betrouwbare en valide schaal voor het beschrijven van geagiteerd gedrag. Ook het onderzoeken van de situaties waarin het gedrag voorkomt, wordt in de literatuur als belangrijk genoemd. Bijvoorbeeld: waar en wanneer het gedrag voorkomt, wie er in de buurt is en wat er in de directe omgeving gebeurt.

Theorie van socialeproductiefunctie:

De socialeproductiefunctie is niet geheel vanuit de positieve psychologie beschreven. Wel is dit model meegenomen in dit onderzoek aangezien het subjectief, sociaal en fysiek welbevinden hierin wordt meegenomen. Hierdoor is het mogelijk dat de socialeproductiefunctie aansluit bij dit onderwerp.

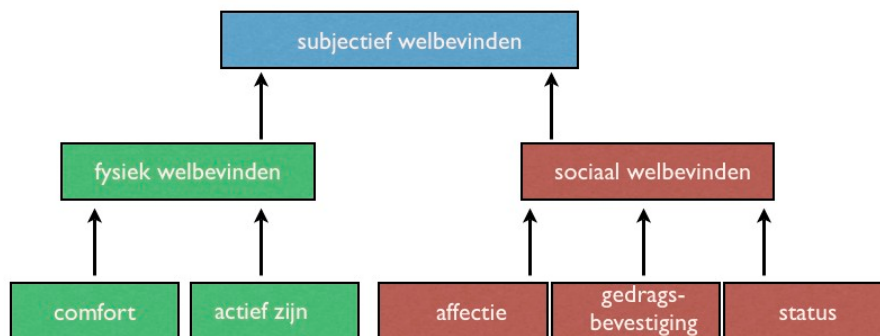
Een van de conceptuele benaderingen voor kwaliteit van leven is gebaseerd op de theorie van socialeproductiefunctie (Lindenberg, 1996; Steverink e.a., 1998). De theorie van Lindenberg gaat ervan uit dat mensen hun eigen welbevinden produceren (Kempen & Ormel, 1996). Deze theorie beschrijft hoe kwaliteit van leven samenhangt met verschillende dimensies (Lindenberg, 1996). De theorie van socialeproductiefunctie (SPF-theorie) bestaat uit een gedrags- en een doeltheorie. De gedragstheorie stelt dat mensen van nature geneigd zijn hun situatie en hun hulpbronnen - de dingen die mensen hebben en gebruiken om hun situatie te optimaliseren – te bestendigen en te verbeteren. De doeltheorie gaat uit van menselijke doelen, die – juist omdat ze voor alle mensen gelden – als basale menselijke behoeften (needs) worden beschouwd. Mensen hebben hulpbronnen nodig om deze behoeften te vervullen, zodat via de hulpbronnen de universele behoeften kunnen worden bevredigd. Comfort, actief zijn, status, gedragsbevestiging en affectie zijn doelen om uiteindelijk fysiek en sociaal welbevinden te ervaren. Hiervoor heeft men verschillende hulpbronnen nodig, zoals vaardigheden, geld, tijd, technologie en het sociale netwerk (Kempen & Ormel, 1996). De SPF-theorie beschrijft twee soorten hulpbronnen:

- actieve hulpbronnen zijn de hulpbronnen die je nu gebruikt. Bijvoorbeeld je kennis en vaardigheden om je werk te doen. Of geld om het lidmaatschap van je sportvereniging te betalen, zodat je voldoende beweging krijgt.
- Latente hulpbronnen zijn vergelijkbaar met krediet of spaargeld. Je hebt iets achter de hand.

Verandert er iets in je situatie dan kun je hier een beroep op doen. Bijvoorbeeld wanneer je partner overlijdt, zul je je meer gaan richten op andere relaties in je sociale netwerk, die tot dan toe minder actief onderhouden werden. Door meer contact te zoeken met familie en vrienden kun je een deel van het verlies aan affectie terugkrijgen. Veel hulpbronnen kunnen worden gebruikt om meerdere doelen te bereiken. Geld betekent in onze maatschappij direct meer status, maar het maakt het ook mogelijk dat je bepaalde activiteiten kunt ondernemen. En fysiek fit zijn is nodig om allerlei activiteiten uit te voeren, maar leidt ook direct tot meer comfort (Kempen & Ormel, 1996). In de SPF-theorie wordt psychologisch welbevinden als gelijk beschouwd aan de ervaren algemene kwaliteit van leven. Psychologisch welbevinden wordt bereikt door het vervullen of bevredigen van twee anderen universele behoeften, namelijk fysiek- en sociaal welbevinden. Deze twee aspecten staan op de tweede laag van de theorie. De derde laag bestaat uit twee basale fysieke (comfort en stimulatie) en drie basale sociale behoeften (affectie, gedragsbevestiging en status). Onder comfort valt eten, drinken en beschutting, afwezigheid van pijn, ziekte en hulpbehoefte. Stimulatie betekent bevrediging van de behoefte aan een plezierige hoeveelheid fysieke of mentale activering en afwezigheid van verveling. Onder affectie valt liefde, genegenheid en intimiteit. Gedragsbevestiging is de bevrediging van de behoefte door anderen (en zichzelf) bevestigd te worden, te voelen dat anderen vinden dat je er bij hoort en goedkeuring geven. Onder status valt behoefte om bijzonder te zijn, waardering krijgen. Dit kan te maken hebben met talenten, bezittingen maar ook wat men nog kan. Kortom de drie sociale behoeften hebben te maken met wie je bent (affectie), wat je doet (gedragsbevestiging) en wat je hebt of kunt (status).

De SPF-theorie neemt aan dat ieder mens deze algemeen-menselijke behoeften moet vervullen en hierbij hulpbronnen nodig heeft. Deze hulpbronnen zijn context-specifiek en individueel. Naarmate mensen ouder worden, hebben zij een toenemende kans hulpbronnen te verliezen. Met het ouder worden zal iemand mogelijk ook zodanige verliezen moeten incasseren dat niet alle vijf centrale dimensies van welbevinden en kwaliteit van leven gehandhaafd kunnen worden. De behoefte affectie en comfort zullen ouderen relatief goed kunnen behouden maar status, gedragsbevestiging en stimulatie zijn moeilijker te bereiken naarmate de leeftijd toeneemt. Uit onderzoek blijkt dat wanneer

ouderen deze behoeften toch kunnen blijven vervullen, zij een hoger algemeen welbevinden hebben (Steeverink & Lindenberg, 2006).



Figuur 4. *Socialeproductiefunctie (Lindenberg, 1996).*

Er is een zelfrapportagemeeetinstrument ontwikkeld op basis van de socialeproductiefunctie, de SPF-IL (Nieboer e.a., 2005). Deze wordt toegepast bij ouderen met en zonder cognitieve stoornissen. “The SPF-IL is a multidimensional instrument to measure the first-order goals that enable people to realize well-being” (Nieboer et al. 2005). Met de ‘first-order goals’ worden de vijf dimensies (comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status). De SPF-IL bestaat uit vijftien vragen, waarbij voor het meten van ieder aspect uit de socialeproductiefunctie, drie vragen worden gesteld. Op de 15 vragen kunnen de ouderen per vraag van 0 tot en met 3 scoren: nooit (0), soms (1), vaak (2) en altijd (3). De vragen uit de SPF-IL zijn gericht op de ervaringen van de oudere. Een voorbeeld van een vraag uit de SPF-IL is ‘Wil men u helpen als u een probleem heeft?’ en ‘Voelde u zich de afgelopen paar maanden kerngezond?’.

3. Resultaten

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen: *Welk theoretisch model omtrent welzijn vanuit de positieve psychologie sluit het beste aan bij de Welzijnsmeter?* en *Welk theoretisch model omtrent kwaliteit van leven sluit het beste aan bij de Welzijnsmeter?*, is het van belang te kijken welke uitgangspunten van elk model wel of niet passend zijn bij de Welzijnsmeter. Hieronder wordt elk model apart vergeleken met de uitgangspunten van de Welzijnsmeter en de criteria waaraan elk model moet voldoen. Vervolgens wordt er een conclusie gegeven welk theoretisch model het beste aansluit. Samenvattend worden de belangrijke uitgangspunten van de Welzijnsmeter en de criteria waaraan elk model aan moet voldoen in het kort beschreven:

- In kaart brengen van welzijn zodat de omgeving van de patiënt hier op kan reageren.
- De Welzijnsmeter is een observatie instrument die gedrag meet.
- De Welzijnsmeter meet gedrag op de volgende vier leefgebieden; mentaal welbevinden, lichamelijk welbevinden en gezondheid, participatie en woon- en leefomstandigheden.
- De Welzijnsmeter is vanuit de positieve psychologie ontwikkeld, er wordt gekeken naar wat goed gaat.
- De Welzijnsmeter heeft als doelgroep dementerende ouderen die verblijven binnen een zorginstelling.
- De Welzijnsmeter heeft als uitgangspunt dat een dementerende oudere binnen een zorginstelling zich voortdurend moet aanpassen aan veranderde leefomstandigheden. Als aanpassen lukt, leidt dit vaak tot herstel van welzijn.
- Het niet kunnen aanpassen, dus niet welzijn ervaren uit zich in gedragsproblemen.

Criteria waaraan de theoretische modellen aan moeten voldoen:

- Het theoretische model moet passend zijn binnen de uitgangspunten van de Welzijnsmeter.
- Het theoretische model moet een erkend model zijn.
- Het theoretische model moet empirisch onderzocht zijn.
- Het theoretisch model moet toepasbaar bij dementerende ouderen in een zorginstelling.

3.1 KEUZE MODEL VANUIT DE POSITIEVE PSYCHOLOGIE

In hoofdstuk twee zijn er vanuit de positieve psychologie drie modellen omtrent welzijn beschreven, die mogelijk aansluiten bij de Welzijnsmeter. Al deze modellen zijn veel gebruikte modellen maar zijn niet empirisch onderzocht bij dementerende ouderen. Daarom zijn bij de drie modellen vanuit de positieve psychologie met name de volgende criteria van belang: het theoretisch model moet passend zijn binnen de uitgangspunten van de Welzijnsmeter en het theoretisch model moet toepasbaar zijn bij dementerende ouderen in een zorginstelling. De drie modellen meten het begrip welzijn.

De zelfdeterminatietheorie beschrijft drie componenten, namelijk; autonomie, verbondenheid en competentie. Deze theorie is vaker gebruikt bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen, maar niet bij dementerende ouderen. Dit verschil is essentieel aangezien er bij dementerende ouderen per definitie sprake is van een cognitieve beperking. Wanneer dit model zou toegepast worden op de Welzijnsmeter zou er veel aanpassingen nodig zijn om aan te sluiten bij de doelgroep dementerende ouderen, aangezien er geen rekening is gehouden met cognitieve beperkingen van dementerende ouderen. De zelfdeterminatietheorie is wel passend bij dit onderzoek gezien het feit dat deze theorie ook de mogelijkheid biedt om zich te richten op de vervulling van psychologische basisbehoeftes in minder-macht posities (Sheldon & Bettencourt, 2002). Dit sluit nauw aan bij de onderzoeksgroep waarin ouderen afhankelijk zijn van hulp en zorg van verzorgenden.

Het gevoel van competentie sluit bovendien aan bij het uitgangspunt van de Welzijnsmeter, namelijk; de Welzijnsmeter heeft als uitgangspunt dat een dementerende oudere binnen een zorginstelling zich voortdurend moet aanpassen aan veranderde leefomstandigheden. Als aanpassen lukt, leidt dit vaak tot herstel van welzijn. Het component autonomie sluit echter minder goed aan bij dementerende ouderen, aangezien dementerende ouderen vaak geconfronteerd worden met fysieke klachten en consequente afhankelijkheid van anderen door hun cognitieve beperkingen. Deze afhankelijkheid, het verlies van mogelijkheid tot eigen verzorging, lichamelijk ongemak, het maken van eigen keuzes en de stap terug in hun leven, kan hun gevoel van autonomie en competentie juist negatief beïnvloeden (Custers, 2010). Verbondenheid lijkt vooral te passen bij de leefgebieden participatie van de Welzijnsmeter. Het realiseren van verbondenheid bij ouderen is bemoeilijkt doordat er vaak kantelingen zijn van relaties

(Besselink, 2009). Competentie lijkt te passen bij de woon- en leefomstandigheden maar ook bij het mentaal welbevinden. Autonomie sluit aan bij het leefgebied lichamelijk welbevinden en gezondheid. Overkoepelend kan gezegd worden dat de componenten uit het zelfdeterminatie theorie aansluiten bij de vier leefgebieden van de Welzijnsmeter maar te weinig rekening houden met de doelgroep dementerende oudere waardoor het model minder geschikt is ter onderbouwing van de Welzijnsmeter.

Het PERMA model van Seligman wordt veelal gebruikt in het bedrijfsleven of bij mensen die studeren of werken. Bij dit model is het van belang om te kunnen reflecteren over het verleden, heden en toekomst waarbij cognitieve vermogens essentieel zijn. Het PERMA model is een uitgebreid beschreven model en pakt veel aspecten die belangrijk zijn bij kwaliteit van leven maar die de aansluiting bij dementerende ouderen met cognitieve beperkingen mist. Daarnaast lijken de aspecten *meaning* en *accomplishments* van het PERMA model minder goed aan te sluiten bij de vier leefgebieden van de Welzijnsmeter gezien hier te weinig rekening wordt gehouden met de doelgroep dementerende ouderen.

Tenslotte zijn de drie belangrijke componenten van welzijn; emotioneel-, psychologisch- en sociaal welbevinden vanuit de geestelijke gezondheid beschreven (Keyes, 2002). Deze componenten zijn niet toegespitst op de doelgroep dementerende ouderen. Wel blijkt uit de factoranalyse van Klein (2015) dat de drie belangrijke componenten vanuit de positieve psychologie terug lijken te komen in de Welzijnsmeter. Ondanks dat deze componenten relatief abstract zijn, lijken ze goed aan te sluiten bij de vier leefgebieden van de Welzijnsmeter. Het emotioneel welbevinden lijkt overeen te komen met het leefgebied mentaal welbevinden. Het sociaal welbevinden met de leefgebieden participatie en woon- en leefomstandigheden. Tenslotte het psychologisch welbevinden met de leefgebieden mentaal welbevinden en lichamelijk welbevinden en gezondheid. Aangezien de zelfdeterminatietheorie eerder toegespitst is op ouderen lijkt het voor de hand liggend om de zelfdeterminatietheorie te gebruiken om vanuit de positieve psychologie de Welzijnsmeter theoretisch te onderbouwen. Toch is er voor gekozen om de drie componenten van welzijn uit de positieve psychologie, het sociaal-, emotioneel- en psychologisch welbevinden toe te passen aangezien deze beter lijken aan te sluiten bij de

Welzijnsmeter. Deze keus is gebaseerd op de bevindingen van Klein (2015) en omdat deze componenten het beste aansluiten bij de definitie van kwaliteit van leven.

3.2 KEUZE MODEL VANUIT HET HANDBOEK OUDERENPSYCHOLOGIE

In hoofdstuk twee zijn de volgende modellen beschreven omtrent kwaliteit van leven: adaptatie-copingsmodel, multifactoriële model, unmet-needs model en de SPF-theorie. Deze vier modellen zijn allen veel gebruikte modellen en beschreven in het handboek van de Ouderenpsychologie. Het adaptatie-copingsmodel is een model die empirisch onderzocht is door de Lange (2004) door vier adaptatietaken te toetsen en aan de hand daarvan zijn er verbeteringen gedaan. Daarnaast zijn de volgende criteria van belang: het theoretisch model moet passend zijn binnen de uitgangspunten van de Welzijnsmeter en het theoretisch model moet toepasbaar zijn bij dementerende ouderen in een zorginstelling.

Het eerste model is het adaptatie-copingsmodel. Dit model is voornamelijk bekeken vanuit de literatuur van Droes (1991), maar ook vanuit het vervolgonderzoek van De Lange (2004). Dit model kijkt voornamelijk naar hoe mensen zich aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte en stress, ook wel adaptatie en coping genoemd. Dit is passend binnen een uitgangspunt van de Welzijnsmeter. Volgens dit model is het belangrijk dat dementerende ouderen een actieve rol blijven behouden in het dagelijks leven door adaptieve taken te vervullen. De adaptieve taken zijn gericht op het omgaan met de ziekte en het verblijven in een zorginstelling. Ook dit uitgangspunt past goed bij de Welzijnsmeter. De adaptieve taken gericht op het verblijf in een zorginstelling zijn voornamelijk gericht op sociale aspecten van welzijn zoals ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden; ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties. De Lange (2004) heeft onderzoek gedaan waarbij zij het adaptatie-copingsmodel als theoretisch kader heeft gebruikt. Zij heeft beschreven welk gedrag dementerende ouderen laat zien wanneer vier adaptieve taken vervuld worden. Het adaptatie-copingsmodel sluit vooral aan bij het leefgebied participatie en woon- en leefomstandigheden en mentaal welbevinden van de Welzijnsmeter. Het lichamelijk welbevinden wordt kort genoemd als cognitieve inschatting oftewel betekenis van de ziekte maar dit blijft abstract beschreven. Dit geldt tevens wanneer het model wordt vergeleken met de definitie van kwaliteit van leven. Dit model lijkt het sociaal en emotioneel

welbevinden te beschrijven. Het model is toegespitst op dementerende ouderen wat een belangrijk uitgangspunt is voor de Welzijnsmeter. Het adaptatie-copingsmodel richt zich voornamelijk op de sociale dimensie van welzijn (Van Nispen et al., 2005), zoals relatie tussen dementerende oudere en verzorgende en andere sociale relaties. De emotionele en psychologische dimensies van welbevinden worden tevens meegenomen.

Het tweede model is het multifactoriële model. In dit model beschrijft men een formule waaruit gedrag voortkomt. Het model richt zich op de mogelijkheden die een persoon nog heeft ondanks zijn ziekte, dit is passend bij de uitgangspunten van de Welzijnsmeter. Ook dit model richt zich voornamelijk op de relatie van de dementerende oudere met de hulpverlener en minder op het welzijn van de mensen zelf. Op dit punt sluit het model minder goed aan bij de uitgangspunten van de Welzijnsmeter. Daarnaast geeft dit model voornamelijk inzicht in de persoon zelf, in de zin van biografie, persoonlijkheid, maar minder op het welzijn van de persoon. Als kritiekpunt wordt gegeven dat het model te veel verantwoordelijkheid legt bij de verzorgende (de Lange, 2004). Daarnaast is het gegeven kritiek dat iemand met dementie in zijn opvatting erg afhankelijk van zijn omgeving is en ondanks de nadruk op het individuele, beschouwd wordt als iemand die zelf geen invloed op zijn situatie kan hebben, zich niet kan verweren.

Het derde model is het unmet-needs model. Dit model geeft een verklaring voor probleemgedrag bij dementie. Het model beschrijft observeerbaar gedrag, wat passend is bij de Welzijnsmeter. In de literatuur is echter weinig informatie over dit model te verkrijgen. Het gaat voornamelijk over de basisbehoeften van de ouderen, zoals honger en dorst. Dit is passend bij het aspect lichamelijk welbevinden bij de Welzijnsmeter en tevens bij de definitie van kwaliteit van leven. Dit is een belangrijk element om mee te nemen, aangezien de basisbehoeften nodig zijn om welzijn te kunnen vergroten. Daarentegen wordt dit element in meerdere modellen meegenomen. Het model kijkt verder naar eenzaamheid, wat passend is bij het sociaal welbevinden. Het mentaal welbevinden is onderbelicht. Tenslotte kijkt dit model wat er nog wel te halen valt omtrent kwaliteit van leven bij dementerende ouderen. Dit is wel passend binnen de concepten van de positieve psychologie, dus passend binnen het uitgangspunt van de Welzijnsmeter.

Het laatste model is SPF-theorie. De SPF-theorie beschrijft het psychologisch, sociale en fysieke welbevinden, wat aansluit bij de belangrijkste dimensies van de Welzijnsmeter. De theorie geeft aan dat het psychologisch welbevinden tot stand komt wanneer het sociale en fysieke welbevinden aanwezig is. Omdat het psychologisch welbevinden moeilijk te meten is aan de hand van observatie in vergelijking met het fysieke en sociale welbevinden, is dit een model dat passend is bij de Welzijnsmeter. Daarnaast beschrijft het model heel concreet wat onder elk onderdeel valt, zodat het toepasbaar is op de Welzijnsmeter. Uiteindelijk gaat deze theorie er van uit dat welbevinden/welzijn ontstaat wanneer de volgende vijf dimensies aanwezig zijn; comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status. Comfort kan onder de volgende leefgebieden van de Welzijnsmeter vallen; het lichamelijk welbevinden en woon- en leefomstandigheden. Stimulatie, ook wel actief zijn valt onder het leefgebied participatie. Affectie, gedragsbevestiging en status onder participatie en woon- en leefomstandigheden. Hieruit komt naar voren dat deze dimensies onder de drie leefgebieden van de Welzijnsmeter vallen maar geen dimensie onder mentaal welbevinden, ook wel psychologisch welbevinden te noemen. De theorie zegt dat psychologisch welbevinden ontstaat wanneer de andere vier aanwezig zijn. Dit is niet passend bij de Welzijnsmeter aangezien zij mentaal welbevinden zien als een onderdeel van welzijn. Daarnaast is het kritiekpunt dat de SPF-theorie niet toegespitst is op dementerende ouderen. Hierdoor is de beschreven theorie niet passend bij de Welzijnsmeter. Het is praktisch opzicht niet haalbaar is om de theorie toepasbaar te maken voor de doelgroep dementerende ouderen, hier is veel werk voor nodig. Deze theorie gaat er van uit dat de cognitieve aspecten bij ouderen nog intact zijn, dit is bij dementerende ouderen vaak niet het geval.

Vanuit de bovenstaande theoretische modellen is vanwege meerdere redenen besloten om het adaptatie-copingsmodel te gebruiken om de Welzijnsmeter te onderbouwen. De eerste reden waarom voor dit model is gekozen, heeft te maken met de doelgroep dementerende ouderen. Dit model is toegespitst op dementerende ouderen waarbij de acceptatie en omgang met de ziekte centraal staat. Daarnaast lijken de belangrijke aspecten van de theorie, zoals de zeven adaptieve taken, aan te sluiten bij de items van de Welzijnsmeter. Ook is het adaptatie-copingsmodel in tegenstelling tot het multifactoriële model, unmet-needsmodel en SPF-theorie empirisch onderzocht door de Lange (2004)

waarin zij de vier adaptieve taken heeft onderzocht bij dementerende mensen in een verpleeghuis. Zij heeft in de praktijk gekeken of dit model daadwerkelijk toepasbaar is bij dementerende ouderen. Dit komt overeen met de doelgroep van de Welzijnsmeter. In dit onderzoek stond de relatie met verzorgenden in een verpleeghuis maar ook zich aanpassen in een nieuwe omgeving centraal. Dit is tevens passend bij de doelgroep van de Welzijnsmeter. Het adaptatie-copingsmodel sluit vooral aan bij het leefgebied participatie, woon- en leefomstandigheden en mentaal welbevinden van de Welzijnsmeter. Het lichamelijk welbevinden wordt kort genoemd als cognitieve inschatting oftewel betekenis van de ziekte maar dit blijft abstract beschreven.

3.3 THEORETISCHE ONDERBOUWING VAN DE WELZIJNSMETER

In deze paragraaf wordt de Welzijnsmeter theoretisch onderbouwt vanuit de drie componenten van welzijn vanuit de geestelijke gezondheid. Daarnaast wordt de Welzijnsmeter onderbouwt aan de hand van het adaptatie-copingsmodel. Daarna kan er een antwoord worden gegeven op de volgende onderzoeksvraag: *In hoeverre onderbouwen de theoretische modellen de Welzijnsmeter?*

3.3.1 AANPASSINGEN AAN DE HAND VAN DE POSITIEVE PSYCHOLOGIE

De drie componenten van welzijn zijn naast de Welzijnsmeter gelegd en elk item verdeeld onder de drie componenten.

Het concept van positieve geestelijke gezondheid omvat, in het (onderzoeks-)veld van de positieve psychologie, drie brede concepten, namelijk het emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Emotioneel welbevinden omvat een reflectie en evaluatie van een individu over het eigen leven en betreft de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, negatieve gevoelens afwezig zijn en algemene tevredenheid met het eigen leven ervaren wordt (Westerhof & Keyes, 2010).

Het psychologisch welbevinden is de mate waarin iemand zijn of haar eigen potenties realiseert en omvat het positief functioneren in het leven. Daarbij is een gevoel van autonomie belangrijk. Daarnaast zijn positieve en bevredigende relaties met anderen belangrijk en de capaciteit om de eigen behoeften te vervullen. Ryff beschrijft in haar model zes factoren van psychologisch welbevinden: zelfacceptatie; persoonlijke ontwikkeling; levensdoel; autonomie; controle over de omgeving en

positieve relaties met anderen. Het derde component is sociaal welbevinden. Sociaal welbevinden omvat de mate waarin een individu een positieve visie heeft op andere mensen en de maatschappij en zich in de maatschappij thuis voelt.

Hieronder is voor de 75 items van de Welzijnsmeter weergegeven welke componenten volgens de positieve psychologie inhoudelijk worden gemeten. Hieronder is een overzicht weergegeven (tabel 2).

Tabel 2. *Theoretische onderbouwing aan de hand van de drie belangrijke componenten vanuit de positieve psychologie.*

Item uit de Welzijnsmeter	3 belangrijke componenten vanuit de positieve psychologie
Mentaal welbevinden:	
Geniet van dagelijkse dingen	Emotioneel welbevinden
Is opgewekt	Emotioneel welbevinden
Huilt	Emotioneel welbevinden
Zegt zich goed te voelen	Emotioneel welbevinden
(glim)lacht	Emotioneel welbevinden
Is vriendelijk	Emotioneel welbevinden
Is geduldig	Emotioneel welbevinden
Is rustig en begripvol (niet snel boos)	Emotioneel welbevinden
Is verbaal agressief	Emotioneel welbevinden
Is fysiek agressief	Emotioneel welbevinden
Gooit met voorwerpen	Emotioneel welbevinden
Maakt met opzet dingen kapot	Emotioneel welbevinden
Reageert opstandig	Emotioneel welbevinden
Reageert geïrriteerd	Emotioneel welbevinden
Is in paniek	Emotioneel welbevinden
Is overstuurd	Emotioneel welbevinden
Zegt angstig of bang te zijn	Emotioneel welbevinden
Gedraagt zich rustig en ontspannen	Emotioneel welbevinden
Is bang voor onbekenden	Emotioneel welbevinden
Is opgewonden en gespannen	Emotioneel welbevinden
Loopt, friemelt, wrijft, schommelt of draait	-
Praat snel en veel	-
Is ongeduldig en onrustig	Emotioneel welbevinden
Lichamelijk welbevinden:	
Zegt of lijkt zich gezond te voelen	Psychologisch welbevinden
Accepteert eten en/of drinken	-
Zegt voldoende hulp te krijgen	Psychologisch welbevinden
Heeft pijn	Emotioneel welbevinden
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)	Psychologisch welbevinden
Maakt kwetsende of tactloze opmerkingen	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Mompelt, herhaalt zinnen/woorden	-
Gebruikt onbegrijpelijke taal	-
Dwaalt doelloos rond	-
Denkt na over gevolgen van eigen handelen	Psychologisch welbevinden
Beweert dat anderen hem/haar niet mogen	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Maakt op juiste wijze gebruik van toilet	-
Roept	-
Beschuldigt anderen onterecht	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Heeft een helder bewustzijn	Psychologisch welbevinden
Ziet/hoort dingen die anderen niet zien/horen	-
Is overtuigd van bepaalde, onrealistische gedachten	-
Participatie:	
Geniet van bezigheden	Emotioneel welbevinden
Neemt initiatieven voor bezigheden	Psychologisch welbevinden
Wil eigen hobby's blijven uitvoeren	Psychologisch welbevinden
Luistert naar radio/cd speler	Psychologisch welbevinden
Kijkt naar televisie	Psychologisch welbevinden
Maakt gebruik van aangeboden mogelijkheden voor activiteiten	Psychologisch welbevinden
Maakt gebruik van beschikbare voorzieningen (bv: tuin/keuken)	Psychologisch welbevinden
Is geïnteresseerd in boeken/tijdschriften	Psychologisch welbevinden
Lijkt zich te amuseren	Emotioneel welbevinden
Heeft graag contact met medecliënten	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Heeft graag contact met medewerkers	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Heeft graag contact met familieleden	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Heeft graag contact met anderen	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Is zorgzaam voor medecliënten	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Gaat vriendschappelijk om met anderen	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Voelt zich prettig in gezelschap van anderen	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Is geliefd bij medecliënten	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Woon- en leefomstandigheden:	
Vindt wonen op de afdeling prettig	Psychologisch welbevinden
Geniet van eigen appartement/eigen huis	Psychologisch welbevinden
Werkt mee aan prettig verblijf	Psychologisch welbevinden
Voelt zich veilig in eigen woning/appartement	Psychologisch welbevinden
Voelt zich veilig op eigen afdeling	Psychologisch welbevinden
Accepteert hulp tijdens de ADL	Psychologisch welbevinden
Accepteert medicatie	Psychologisch welbevinden
Vertrouwt medewerkers	Psychologisch welbevinden

Werkt mee als dat gevraagd wordt	Psychologisch welbevinden
Heeft een prettig contact met medewerkers	Psychologisch welbevinden/Sociaal welbevinden
Stelt zich te afhankelijk op	Psychologisch welbevinden

In de rechterkolom staan de verdeling van de drie componenten. Een deel van de items behoren niet overduidelijk tot een van de drie componenten, deze zijn wit gebleven. Opvallend is dat de verdeling van de items niet gelijk zijn verdeeld. Er zijn 24 items die onder het emotionele welbevinden vallen, 22 items onder het psychologisch welbevinden en 12 items vallen volgens de theorie onder het psychologisch- en sociaal welbevinden. 17 items zijn niet passend bij de drie componenten en hebben allen te maken met symptomen van dementie en niet zo zeer met persoonlijke welzijn.

Tabel 3. *Verhouding theoretische onderbouwing vanuit de positieve psychologie met de items van de Welzijnsmeter.*

3 componenten van welzijn	Aantal
Emotioneel welbevinden	24
Psychologisch welbevinden	22
Psychologisch/ Sociaal welbevinden	12
Niet onderbouwde items	17
Totaal aantal items	75

Men zou in eerste instantie denken dat veel items behoren onder het component sociaal welbevinden maar volgens de literatuur is dit de mate waarin een individu een positieve visie heeft op andere mensen en de maatschappij en zich in de maatschappij thuis voelt. Hierdoor vallen veel items volgens de theorie niet zo zeer onder het sociaal welbevinden. Het component psychologisch welbevinden is een zeer ruime definitie die veel aspecten, waaronder sociale relaties, bevatten waardoor ook veel items daaronder vallen. Deze verdeling is lastig te maken aangezien er veel overlap is tussen de items maar ook tussen de definities van de componenten. Hierdoor zijn de blauw gemarkeerde items moeilijk te plaatsen onder een van de componenten. De overlap tussen de itemverdeling van de drie componenten is tevens te zien op psychometrisch vlak. Uit de factoranalyse blijken veel items uit de Welzijnsmeter matig tot hoog te correleren met de andere componenten (Klein, 2015).

Daarnaast zijn enkele items uit de Welzijnsmeter (linker kolom) rood gemarkeerd. Deze items zijn negatief geformuleerd of meer geformuleerd richting beperkingen dan welzijn of rest mogelijkheden. De items zijn herformuleerd zodat zij meer passend zijn binnen de uitgangspunten van de positieve psychologie. De symptomen, passend bij dementie, worden niet omgeschaald omdat deze aspecten passend zijn bij de diagnose dementie. Dit is ook vanwege het twee- continua model. Dit houdt in dat iemand met een hoge positieve geestelijke gezondheid niet automatisch vrij is van psychopathologie. Tevens geldt dat iemand met een lage positieve geestelijke gezondheid niet automatisch een hoge mate psychopathologie heeft. Een individu kan zich op beide continua vrij bewegen. Dit zijn dus twee losstaande aspecten.

Item 3, 'huilt' lijkt een tegenpool te zijn van de items 'vriendelijk', 'lachen' of 'opgewekt'. Aangezien dit item negatief geformuleerd en mogelijk hetzelfde lijkt te meten als de positief geformuleerde items, lijkt het voor de hand liggend om dit item te verwijderen. De andere items die rood gemarkeerd zijn, worden in hoofdstuk 5 positief geformuleerd.

Wanneer men de definitie van kwaliteit van leven naast de definitie van welzijn vanuit de positieve psychologie legt, lijken er veel overeenkomsten te zijn. Kwaliteit van leven meet als vierde aspect ook het lichamelijk welbevinden en gezondheid, dit ontbreekt bij de definitie van welzijn. Dit verklaart waarom er veel items uit de Welzijnsmeter niet onder de componenten van welzijn vallen. De theorie over de drie componenten van welzijn vanuit de positieve psychologie beschrijven een andere definitie dan van Nispen et al. (2005). Dit geeft verwarring bij de theoretische onderbouwing en het begrijpen wat de Welzijnsmeter nou precies meet. De Welzijnsmeter is niet goed theoretisch te onderbouwen aan de hand van een model vanuit de positieve psychologie. Wel zijn de uitgangspunten vanuit de positieve psychologie meegenomen in de formulering van de items. Hieruit blijkt de positieve psychologie de aansluiting te missen bij de doelgroep dementerende ouderen omdat de ziekte een grote rol speelt bij kwaliteit van leven.

3.3.2 AANPASSINGEN AAN DE HAND VAN HET ADAPTATIE-COPINGSMODEL

De Welzijnsmeter wordt vanuit het adaptatie-copingsmodel van Droes, met aanvulling van de Lange (2004) theoretisch onderbouwt. Om deze theoretische onderbouwing te kunnen bewerkstelligen wordt de Welzijnsmeter kritisch bekeken aan de hand van deze theorie. Wanneer blijkt dat er alsnog aspecten onderbelicht worden vanuit de theorie, wordt gekeken of een ander model hierbij kan aansluiten.

Kort samengevat zegt het adaptatie-copingsmodel dat een succesvolle coping leidt tot een betere adaptatie en daarom ook tot een betere kwaliteit van leven. Er zijn zeven adaptieve taken in dit aanpassingsproces:

- omgaan met de eigen invaliditeit;
- behoud van een positief zelfbeeld;
- zich voorbereiden op een onzekere toekomst;
- handhaven van een emotioneel evenwicht;
- ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden;
- ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties;
- omgaan met de verpleeghuisomgeving.

De eerste vier adaptieve taken hebben te maken met het omgaan met de ziekte. De laatste drie adaptieve taken hebben voornamelijk te maken met het verblijf in een zorginstelling. Het copingsgedrag en emotionele respons die door de adaptieve taken teweeg wordt gebracht, worden bepaald door de cognitieve inschatting, oftewel waargenomen betekenis van de ziekte. Deze cognitieve inschatting wordt beïnvloed door:

- Persoonlijke factoren: die bestaan uit fysieke middelen (gezondheid en energie) en
- Psychologische middelen (emotionele ontwikkeling, copingservaring, filosofische, religieuze overtuiging en sociale vaardigheden).
- Ziektegerelateerde factoren: levensloop waarop de ziekte plaats vindt en specifieke symptomen en betekenis daarvan voor ieder persoon.
- Materiele en sociale omgevingsfactoren: beschikbare ruimte, woonomgeving, sociale relaties en sociale steun.

In tabel 4 zijn de 75 items van de Welzijnsmeter onderbouwt door de adaptieve taken. De belangrijke componenten uit de model zijn onder te brengen onder elke item van de Welzijnsmeter. Deze verdeling is in samenspraak met de ontwikkelaar van de Welzijnsmeter gemaakt door de items onder te verdelen in de adaptieve taken of belangrijke componenten uit het adaptatie-copingsmodel.

Tabel 4. *Theoretische onderbouwing aan de hand van het model van Droes en de Lange.*

Item uit de Welzijnsmeter	Model van Droes en de Lange
Mentaal welbevinden:	
Geniet van dagelijkse dingen	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is opgewekt	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Huilt	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Zegt zich goed te voelen	Handhaven van een emotioneel evenwicht
(glim)lacht	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is vriendelijk	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is geduldig	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is rustig en begripvol (niet snel boos)	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is verbaal agressief	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is fysiek agressief	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Gooit met voorwerpen	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Maakt met opzet dingen kapot	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Reageert opstandig	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Reageert geïrriteerd	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is in paniek	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is overstuur	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Zegt angstig of bang te zijn	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Gedraagt zich rustig en ontspannen	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is bang voor onbekenden	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is opgewonden en gespannen	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Loopt, friemelt, wrijft, schommelt of draait	Ziektegerelateerde factoren
Praat snel en veel	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Is ongeduldig en onrustig	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Lichamelijk welbevinden:	
Zegt of lijkt zich gezond te voelen	Persoonlijke factoren
Accepteert eten en/of drinken	Persoonlijke factoren
Zegt voldoende hulp te krijgen	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Heeft pijn	Ziektegerelateerde factoren
Heeft normaal dag- en nachtritme	Ziektegerelateerde factoren
Is continent	Ziektegerelateerde factoren
Ziet er gewassen en verzorgd uit	Persoonlijke factoren
Gebruikt normale seksuele omgangsvormen	Ziektegerelateerde factoren
Hanteert gebruikelijke tafelmannieren	Ziektegerelateerde factoren
Gedraagt zich netjes in gezelschap	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Trekt kleding uit op ongewenste plaatsen	Ziektegerelateerde factoren
Is beleefd (scheldt nooit iemand uit)	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Maakt kwetsende of tactloze opmerkingen	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Mompelt, herhaalt zinnen/woorden	Ziektegerelateerde factoren

Gebruikt onbegrijpelijke taal	Ziektegerelateerde factoren
Dwaalt doelloos rond	Ziektegerelateerde factoren
Denkt na over gevolgen van eigen handelen	Ziektegerelateerde factoren
Beweert dat anderen hem/haar niet mogen	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Maakt op juiste wijze gebruik van toilet	Ziektegerelateerde factoren
Roept	Ziektegerelateerde factoren
Beschuldigt anderen onterecht	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Heeft een helder bewustzijn	Ziektegerelateerde factoren
Ziet/hoort dingen die anderen niet zien/horen	Ziektegerelateerde factoren
Is overtuigd van bepaalde, onrealistische gedachten	Ziektegerelateerde factoren
Participatie:	
Geniet van bezigheden	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Neemt initiatieven voor bezigheden	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Wil eigen hobby's blijven uitvoeren	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Luistert naar radio/cd speler	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Kijkt naar televisie	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Maakt gebruik van aangeboden mogelijkheden voor activiteiten	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Maakt gebruik van beschikbare voorzieningen (bv: tuin/keuken)	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Is geïnteresseerd in boeken/tijdschriften	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Lijkt zich te amuseren	Handhaven van een emotioneel evenwicht
Heeft graag contact met medecliënten	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Heeft graag contact met medewerkers	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Heeft graag contact met familieleden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Heeft graag contact met anderen	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Is zorgzaam voor medecliënten	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Gaat vriendschappelijk om met anderen	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Voelt zich prettig in gezelschap van anderen	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Is geliefd bij medecliënten	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
Woon- en leefomstandigheden:	
Vindt wonen op de afdeling prettig	Omgaan met de verpleeghuisomgeving
Geniet van eigen appartement/eigen huis	Omgaan met de verpleeghuisomgeving
Werkt mee aan prettig verblijf	Omgaan met de verpleeghuisomgeving
Voelt zich veilig in eigen woning/appartement	Omgaan met de verpleeghuisomgeving
Voelt zich veilig op eigen afdeling	Omgaan met de verpleeghuisomgeving
Accepteert hulp tijdens de ADL	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Accepteert medicatie	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden

Vertrouwt medewerkers	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Werkt mee als dat gevraagd wordt	Omgaan met de verpleeghuisomgeving
Heeft een prettig contact met medewerkers	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden
Stelt zich te afhankelijk op	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden

Elk item van de Welzijnsmeter kan vanuit het model van Droes en de Lange verklaard worden, wat betekent dat er geen ander model ter aanvulling gebruikt hoeft te worden. Er zijn enkele opvallendheden wanneer men kijkt hoe de Welzijnsmeter is onderbouwt. In tabel 5 wordt weergegeven hoe de verhouding van de items eruit ziet.

Tabel 5. *Verhouding theoretische onderbouwing met de items van de Welzijnsmeter.*

Componenten uit de adaptatie-copingsmodel	Aantal
Handhaven van een emotioneel evenwicht	33
Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	5
Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	12
Omgaan met de verpleeghuisomgeving	6
Ziektegerelateerde factoren	16
Persoonlijke factoren	3
Totaal aantal items	75

De items van de Welzijnsmeter vallen onder vier adaptieve taken, en niet onder de zeven adaptieve taken van Droes. De items vallen onder de vier adaptieve taken die de Lange (2004) heeft onderzocht. Dit is mogelijk te verklaren doordat de Lange (2004) deze vier adaptieve taken in de praktijk heeft onderzocht en vervolgens uitgebreid heeft definieert. Het kan ook betekenen dat deze vier adaptieve taken het meest relevant zijn voor deze doelgroep. Maar dit kan ook omdat de andere drie adaptieve taken heel abstract staan weergegeven in het model van Droes (1991). De drie adaptieve taken die hier niet in voor komen zijn: omgaan met de eigen invaliditeit; behoud van een positief zelfbeeld; zich voorbereiden op een onzekere toekomst. Omdat de Welzijnsmeter een observatievragenlijst is, zijn deze drie adaptieve taken moeilijk te observeren en dus te meten. Daarnaast bemoeilijkt de cognitieve beperkingen van de dementerende ouderen het meten van deze drie adaptieve taken. Doordat

dementerende ouderen vanwege hun cognitieve achteruitgang niet in staat zijn om een zelfbeoordelvragenlijst in te vullen, lijkt het voor de hand liggend dat zij ook moeilijk kunnen reflecteren op hun eigen invaliditeit en zelfbeeld. De adaptieve taak omgaan met eigen invaliditeit zou men kunnen observeren aan de hand van probleemgedrag zoals geagiteerd of agressief gedrag maar de dit betekent niet dat het achterliggende probleem daadwerkelijk met het niet vervullen van deze adaptieve taak te maken heeft.

Ook zijn er bepaalde items die niet zo zeer onder de zeven adaptieve taken vallen maar onder de aspecten die bepalend zijn voor de cognitieve inschatting en indirect op kwaliteit van leven. Dit zijn de ziektegerelateerde aspecten en persoonlijke factoren. Deze belangrijke bevinding kan men koppelen aan de bevinding van Klein (2015). Tijdens zijn onderzoek (factoranalyse) bleek dat de Welzijnsmeter vier factoren meet, namelijk emotioneel, psychologisch, sociaal welzijn en als vierde factor cognitieve vermogens. Daarin adviseerde hij deze items te behouden vanuit praktische overwegingen. Maar daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat deze items ook passend zijn binnen het theoretisch kader van de Welzijnsmeter. De cognitieve inschatting heeft namelijk een indirect effect op het kwaliteit van leven maar staat los van de zeven adaptieve taken.

Daarnaast zijn de items onder de adaptieve taken sterk ongelijk verdeeld waardoor bijvoorbeeld de adaptieve taak ‘handhaven van een emotioneel evenwicht’ twee keer zo veel items bevat dan de adaptieve taak ‘Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties’.

De schaal mentaal welbevinden van de Welzijnsmeter lijkt vooral overeen te komen met de adaptieve taak ‘handhaven van een emotioneel evenwicht’. Het aspect lichamelijk welbevinden en gezondheid lijkt te passen bij de cognitieve inschatting van het adaptatie-copingsmodel. Alleen het item ‘zegt voldoende hulp te hebben’ zou eerder passen bij de ‘woon- en leefomstandigheden’ van de Welzijnsmeter. Het gebied ‘woon- en leefomstandigheden’ bestaat uit twee adaptieve taken van het adaptatie-copingsmodel, namelijk omgaan met verpleeghuisomgeving en ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden. De items die bij participatie horen, vallen niet onder een bepaalde adaptieve taak. Wanneer men naar de items kijkt, heeft dit vooral met autonomie en sociale relaties te maken. Vanuit dat opzicht is lijkt vanuit de literatuur dat men niet zo zeer participatie meet, maar het

ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties. Wanneer men kijkt naar de verdeling van de items aan de hand van het adaptatie-copingsmodel onderverdeeld worden in de vier leefgebieden van de Welzijnsmeter zijn de items alsnog ongelijk verdeeld onder de vier leefgebieden (zie tabel 6). Deze verdeling is gebaseerd op de theoretische onderbouwing van het adaptatie-copingsmodel. De oorspronkelijke verdeling van de items onder de vierleefgebieden van de Welzijnsmeter staan daarnaast ook aangegeven, ook hier zijn de items ongelijk verdeeld. De ongelijke verdeling zegt niet gelijk iets over de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument. Er hoeft niet altijd een hoeveelheid aantal items aanwezig te zijn om een betrouwbaar en valide schaal te ontwikkelen.

Tabel 6. *De verdeling van de items gebaseerd op de theoretische onderbouwing en de verdeling van de items van de Welzijnsmeter.*

Vier leefgebieden van de Welzijnsmeter	Verdeling items gebaseerd op de theoretische onderbouwing	Oorspronkelijke verdeling items van de Welzijnsmeter
Mentaal welbevinden (handhaven van een emotioneel evenwicht)	33	23
Woon- en leefomstandigheden (ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden & omgaan met verpleeghuisomgeving)	11	11
Participatie (Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties)	12	17
Lichamelijk welbevinden en gezondheid (ziektegerelateerde factoren & persoonlijke factoren)	19	24
Totaal aantal items	75	75

Tenslotte is het van belang te onderzoeken of de Welzijnsmeter daadwerkelijk volgens de literatuur welzijn, dan wel, kwaliteit van leven meet. Uit onderzoek van Klein (2015) blijkt uit de factoranalyse dat de Welzijnsmeter het mentaal, lichamelijk en sociaal welbevinden meet. De aspecten van kwaliteit van leven volgens de literatuur, van Nispen et al. (2005), lijken goed overeen te komen met de aspecten van de Welzijnsmeter. Vanuit hierboven genoemde bevindingen kan gezegd worden

dat alle items van de Welzijnsmeter theoretisch voldoende onderbouwd zijn door het adaptatie-copingsmodel en de definitie van van Nispen et al. (2005) betreffende kwaliteit van leven. Maar wanneer men het andersom bekijkt, meet de Welzijnsmeter volgens het adaptatie-copingsmodel niet alle aspecten van kwaliteit van leven. Drie adaptieve taken worden niet gemeten door de Welzijnsmeter. Hierboven worden meerdere mogelijke verklaringen genoemd waarom deze drie adaptieve taken niet gemeten worden door de Welzijnsmeter. Om te kunnen zeggen of deze drie adaptieve taken niet gemeten kunnen worden doordat deze adaptieve taken moeilijk te observeren zijn, zal er nader onderzoek moeten komen. Dit betekent dat er niet gezegd kan worden dat de Welzijnsmeter enkele belangrijke componenten uit dit theoretisch model mist, dus niet geheel inhoudsvalide is. Wanneer er nader onderzoek is geweest naar het meten van de drie adaptieve taken kan hier opnieuw een uitspraak over worden gedaan.

4. Conclusie en discussie

Tijdens dit onderzoek is de inhoudsvaliditeit onderzocht door te kijken of alle aspecten van een concept goed gemeten zijn, in dit geval beoogt de Welzijnsmeter het concept welzijn te meten bij dementerende ouderen. In dit (literatuur)onderzoek is de Welzijnsmeter aan de hand van theoretische modellen onderbouwd. Er zijn vier verschillende theoretische modellen onderzocht die volgens de literatuur het kwaliteit van leven bij ouderen verklaren. Omdat kwaliteit van leven een andere definitie heeft dan welzijn zijn er daarnaast drie verschillende modellen vanuit de positieve psychologie onderzocht die welzijn beschrijven.

De Welzijnsmeter lijkt in eerste instantie een instrument die inhoudsvalide is ten aanzien van het meten van kwaliteit van leven. De items uit het meetinstrument kunnen vanuit het adaptatie-copingsmodel van Droes (1991), met aanvulling van de Lange (2004) goed onderbouwd worden. De Welzijnsmeter is niet voldoende onderbouwd aan de hand van een model vanuit de positieve psychologie. De items van de Welzijnsmeter zijn waar mogelijk positief geformuleerd, dit is passend bij een uitgangspunt vanuit de stroming positieve psychologie. Wanneer men kijkt vanuit het adaptatie-copingsmodel blijken niet alle adaptieve taken meegenomen te zijn in het meetinstrument.

Hier zijn mogelijk verschillende verklaringen voor. De omschrijving van deze drie adaptieve taken zijn summier vergeleken met de andere vier adaptieve taken die verder uitgewerkt zijn door de Lange (2004). De Lange (2004) koos onder andere voor deze vier taken, omdat deze vier taken bij uitstek geschikt leken om de wisselwerking tussen dementerende en omgeving te bestuderen, wat belangrijk is bij adaptatie en coping. De drie adaptieve taken lijken moeilijk te observeren. Om te kunnen zeggen of deze drie adaptieve taken niet gemeten kunnen worden, moet hier nader onderzoek naar gedaan worden. Er zal een vergelijkbaar onderzoek als de Lange (2004) naar deze drie adaptieve taken moeten komen om hier een betrouwbare uitspraak over te kunnen doen. De Lange (2004) heeft door middel van een RCT onderzoek de vier adaptieve taken onderzocht. Dit gedeelte van haar onderzoek bestond uit het identificeren van gedragsindicatoren op die onderdelen waar geen geschikte gestandaardiseerde meetinstrumenten voorhanden waren. Dit waren bij haar de vier adaptieve taken. In het vergelijkbare vervolg onderzoek zouden de andere drie adaptieve taken geïdentificeerd moeten worden. De huidige standaard meetinstrumenten richten zich vooral op probleemgedrag (negatieve indicatoren), zoals onrust, agressie, afhankelijkheid, apathie en depressief gedrag. Tijdens het vervolg onderzoek zal juist de positieve indicatoren voor de drie adaptieve taken opgespoord moeten worden.

Een tweede belangrijke bevinding is de verdeling van de items. Er zijn meer items onder het kopje handhaven van emotioneel welbevinden in vergelijking met andere adaptieve taken. Voor een mogelijk vervolg onderzoek zou gekeken kunnen worden of deze verdeling verbeterd zou kunnen worden zonder dat de betrouwbaarheid of validiteit verminderd. De items die uit het onderzoek van Klein (2015) hoog correleren met andere items zouden verwijderd kunnen worden. Vervolgens kan opnieuw de validiteit en betrouwbaarheid op psychometrisch vlak onderzocht worden door bijvoorbeeld een factoranalyse.

Wanneer men kijkt naar de theoretische onderbouwing vanuit de positieve psychologie blijkt dat het moeilijk is om de Welzijnsmeter vanuit een model theoretisch te onderbouwen. Hierbij moet aangegeven worden dat in dit onderzoek drie verschillende modellen zijn onderzocht. Het is mogelijk dat een ander model vanuit de positieve psychologie beter aansluit. De drie componenten van welzijn (sociaal- emotioneel- en psychologisch welbevinden) vanuit de positieve psychologie leek het beste

model te zijn voor de theoretische onderbouwing vanuit de positieve psychologie. Achteraf blijken er veel items uit de Welzijnsmeter niet onderbouwt te zijn vanuit de drie componenten van welzijn. De belangrijkste verklaring, waardoor niet alle items van de Welzijnsmeter vanuit de positieve psychologie onderbouwd kan worden, is dat deze modellen te weinig rekening houden met de gevolgen van de ziekte dementie. Wel zijn de items van de Welzijnsmeter waar mogelijk positief geformuleerd, wat passend is vanuit de positieve psychologie. De SPF theorie zou mogelijk een betere onderbouwing kunnen zijn, want die neemt het aspect fysiek welbevinden mee. Daarentegen is deze theorie niet gekozen aangezien deze theorie niet toegespitst is op dementerende ouderen. Er zou onderzoek moeten komen of deze theorie ook toepasbaar is op de doelgroep dementerende ouderen. De positieve psychologie in de GGZ heeft als uitgangspunt het bevorderen van geestelijke gezondheid waarbij er gekeken moet worden naar de mogelijkheden in plaats van de beperkingen. Daarnaast is persoonsgerichte benadering een belangrijke benadering naar dementerende ouderen. Om de Welzijnsmeter beter passend te maken binnen de uitgangspunten van de positieve psychologie zijn er een aantal items anders geformuleerd en is er een item verwijderd uit de Welzijnsmeter. Gezien er in hoofdstuk 5, naar aanleiding van de theoretische onderbouwing, suggesties zijn gedaan voor aanpassingen in de formuleringen van de items wordt er aanbevolen om een nieuwe factoranalyse uit te voeren om te kijken of dit gevolgen heeft op de empirische onderbouwing.

De rol van de ziekte bij dementerende ouderen komt meerdere keren aan bod. Het meten van welzijn of kwaliteit van leven wordt bemoeilijkt door de ziekte dementie. Dit betekent dat de ziekte het meten van kwaliteit van leven of welzijn bemoeilijkt.

Tenslotte is de opbouw van de items vanuit de theoretische onderbouwing naast de opbouw van de items vanuit de factoranalyse van Klein (2015) gelegd (bijlage 2). Hieruit blijkt dat er verschillende items niet onder dezelfde componenten horen van kwaliteit van leven of welzijn. Wanneer men de verdeling van het aantal items bekijkt met de psychometrische bevindingen van Klein (2015) blijkt dat de verdeling vooral verschillend is bij de componenten psychologisch en sociaal welbevinden. De verklaring voor deze verschillen lijkt te maken te hebben met een bepaalde overlap tussen het sociaal en psychologisch welbevinden. Uit het onderzoek van Klein (2015) blijken de desbetreffende items

een hoge correlatie te hebben met beide componenten. Ook tijdens de literatuurstudie blijkt er overlap te zijn in de definitie van de drie componenten wat verwarring geeft waar welk item onder valt. De theorie beschrijft dat het psychologisch component te maken heeft met sociale relaties, dit wordt tevens bij het sociaal welbevinden benoemd (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Dit bemoeilijkt de theoretische onderbouwing van de Welzijnsmeter. Er zou nader onderzoek moeten komen om te kunnen zeggen wat elk item van de Welzijnsmeter exact meet.

De benaming van de Welzijnsmeter beoogt het meten van welzijn, wat passend is binnen de positieve psychologie. In dit onderzoek is de theoretische onderbouwing van dit instrument onderzocht. Hierboven is geconcludeerd dat het moeilijk is om de Welzijnsmeter theoretisch te onderbouwen vanuit de positieve psychologie. De Welzijnsmeter heeft waar mogelijk rekening gehouden met de formulering van de items vanuit de positieve psychologie. Omdat de Welzijnsmeter vooral de aspecten van kwaliteit van leven meet, en niet zo zeer welzijn, kan er een discussie ontstaan over de benaming van dit meetinstrument. De verklaring waardoor de Welzijnsmeter eerder het begrip kwaliteit van leven lijkt te meten dan welzijn is te verklaren door het ontstaan van de Welzijnsmeter. De Welzijnsmeter is ontstaan door verschillende bestaande vragenlijsten samen te voegen tot de Welzijnsmeter. Een voorbeeld van zo'n bestaande vragenlijst is de Qualidem. De Qualidem meet kwaliteit van leven en niet zo zeer welzijn. Ook zijn de andere instrumenten voornamelijk gericht op gedrag van dementerende ouderen en kwaliteit van leven.

Tijdens dit onderzoek zijn er haken en ogen ondervonden tijdens het theoretisch onderbouwen van de Welzijnsmeter. Het eerste gedeelte van dit onderzoek bestond uit het inventariseren van verschillende modellen die kwaliteit van leven beschrijven en verschillende modellen over welzijn vanuit de positieve psychologie. Tijdens het inventariseren van literatuur is opgevallen dat er weinig literatuur of onderzoek te vinden is omtrent welzijn van dementerende ouderen vanuit de positieve psychologie. Dit bemoeilijkt het vinden van een juiste theoretische onderbouwing aangezien de ziekte bij dementerende ouderen een grote rol speelt in hun leven. Ook is er veel verwarring over de definities van kwaliteit van leven en welzijn. Wanneer men de definitie van kwaliteit van leven naast de definitie van welzijn vanuit de positieve psychologie legt, lijken er veel overeenkomsten te zijn.

Kwaliteit van leven meet als vierde aspect echter ook het lichamelijk welbevinden en gezondheid, dit ontbreekt bij de definitie van welzijn. Tijdens het inventariseren van de drie modellen vanuit de positieve psychologie is er gekozen voor drie modellen die het begrip welzijn zo breed mogelijk beschrijven. Het is mogelijk dat er andere modellen vanuit de positieve psychologie aanwezig zijn die beter aansluiten bij de Welzijnsmeter. De vier modellen die beschreven stonden in het handboek Ouderenpsychologie zijn erkende modellen. Er is gekozen voor het adaptatie-coping model gezien deze onderzocht en verbeterd is door de Lange (2004). Dit maakt dat de Welzijnsmeter door een goed onderzocht model onderbouwt is.

Het tweede gedeelte van dit onderzoek bestond uit het onderbouwen van de Welzijnsmeter vanuit het adaptatie-copingsmodel en de drie componenten van welzijn vanuit de positieve psychologie.

Het adaptatie-copingsmodel sluit goed aan bij de Welzijnsmeter, dit is mogelijk weer te verklaren aangezien de Welzijnsmeter ontstaan is onder andere vanuit de Qualidem. De Qualidem is tevens onderbouwt door het adaptatie-copingsmodel van Droes (1991). De theorie over de drie componenten van welzijn vanuit de positieve psychologie beschrijven een andere definitie dan van Nispen et al (2005). Dit geeft verwarring bij de theoretische onderbouwing en het begrijpen wat de Welzijnsmeter nou precies meet.

En sterk punt tijdens dit onderzoek is dat het onderzoek is voortgeborduurd naar aanleiding van de psychometrische onderzoeken van Klein (2015) en Mueller (2015). Hierdoor is de Welzijnsmeter op psychometrisch en theoretisch vlak onderzocht en valide. Doordat er tijdens dit onderzoek de begrippen kwaliteit van leven en welzijn apart van elkaar onderzocht zijn is het duidelijker geworden wat de Welzijnsmeter nou exact meet. De Welzijnsmeter blijkt uit dit onderzoek eerder het concept kwaliteit van leven te meten dan welzijn vanuit de positieve psychologie. Het is innovatief dat de Welzijnsmeter rekening houdt met de uitgangspunten van deze stroming en minder klachtgericht is. De Welzijnsmeter richt zich wel op de mogelijkheden en niet alleen op de klachten. Ook is er bij de formulering van de items rekening gehouden met deze stroming. De ziekte dementie speelt een grote rol bij het meten van kwaliteit van leven of welzijn aangezien de cognitieve vermogens sterk zijn verminderd. Dit bemoeilijkt het nastreven van de belangrijke aspecten uit welzijn.

5. Herziende Welzijnsmeter

Mentaal welbevinden					
STEMMING					
Geniet van dagelijkse dingen					
Is opgewekt					
Zegt zich goed te voelen					
(glim)lacht					
Is vriendelijk					
Is geduldig					
AGRESSIE					
Is rustig en begripvol (niet snel boos)					
Is verbaal agressief					
Is fysiek agressief					
Gooit met voorwerpen					
Maakt met opzet dingen kapot					
Reageert opstandig					
Reageert geïrriteerd					
ANGST					
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 geduldig en rustig					

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					
Accepteert eten en/of drinken					
Zegt voldoende hulp te krijgen					
Heeft pijn					
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 opmerkingen die passend zijn binnen de sociale normen					
Mompelt, herhaalt zinnen/woorden					
Gebruikt onbegrijpelijke taal					
Leeft met een bepaald doel					
Denkt na over gevolgen van eigen handelen					
Voelt zich geaccepteerd bij anderen					
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-	Zelden	Nooit	Niet kunnen

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

SOCIALE CONTACTEN

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

Woon- en leefomstandigheden

WOON OMST ANDIGHEDEN

Vindt wonen op de afdeling prettig	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Geniet van eigen appartement/eigen huis	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Werkt mee aan een prettig verblijf	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Voelt zich veilig in eigen woning / appartement	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Voelt zich veilig op eigen afdeling	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
RELATIE MET MEDEWERKERS					
Accepteert hulp tijden de ADL	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Accepteert medicatie	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Vertrouwt medewerkers	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Werkt mee als dat gevraagd wordt	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Heeft een prettig contact met medewerkers	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren
Probeert waar mogelijk zijn/haar autonomie te behouden	Altijd	Regelmatig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

Toelichting herziende Welzijnsmeter:

Item 3 ‘huilt’ is verwijderd aangezien de tegenpolen als ‘is opgewekt’ en ‘(glim) lacht’ ook gevraagd worden.

Ten tweede is item 23 omgeschaald van ‘is ongeduldig en onrustig’ in ‘is geduldig en rustig’. Dit item kan vallen onder het component sociaal welbevinden, hoe de desbetreffende persoon in relatie is met omgeving.

Item 36 ‘maakt kwetsende of tactloze opmerkingen’ is omgeschaald en als volgt geformuleerd: ‘maakt opmerkingen die passend zijn binnen de sociale normen’. Dit item valt onder sociaal welbevinden, hoe het individu met de omgeving omgaat.

Item 39 ‘dwaalt doelloos rond’ is veranderd in ‘leeft met een bepaald doel’, dit aspect valt onder het psychologisch welbevinden.

Daarnaast is item 41 ‘beweert dat anderen hem/haar niet mogen’ omgeschaald in ‘voelt zich geaccepteerd bij anderen’. Dit valt onder sociaal welbevinden bij het aspect sociale acceptatie en/of sociale coherentie.

Tenslotte is item 75 veranderd van ‘stelt zich te afhankelijk op’ in ‘probeer waar mogelijk zijn/haar autonomie te behouden’. Op deze manier is item 75 positief geformuleerd en passend binnen het component ‘psychologisch welbevinden’. Hieronder valt onder andere het onderdeel autonomie.

6. Referenties

Actiz, V, VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*. Utrecht: Actiz.

Aharony, L. & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: what we know and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 1993, 50, 49-70.

Alexopoulos, G.A., Abrams, R.C., Young, R.C. & Shamoian, C.A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th). Washington, DC.

- 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.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of development theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Beekman, A.T.F., Bremmer, M.A. & Deeg, D.J.H. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International journal of geriatric psychiatry*, 13, 717-726.
- Besselink, E. (2009). *Effect van Sociale Verbondenheid op de Motivatie en de Prestatie door Gebruik van een Weblog* (doctoraalscriptie). Onderwijswetenschappen, Open universiteit Nederland, Amsterdam.
- Beurs de, E., Beekman, A.T.F., Balkom van, A.J.L.M. (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological medicine*, 29, 583-593.
- Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQOL). *The Gerontologist*, 39, 25-35.
- Brooker, D. (1999). DCM and Engagement combined to audit care quality. *Dementia Care*, 7, 33-7.
- Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M., Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health*, 2, 60-70.
- Burgener, S., Twigg, P. & Popovich, A. (2005). Measuring psychological well-being in cognitively impaired persons. *Dementia*, 4, 463-485.
- Carstensen, L.L., Fung, H.H., & Charles, S.T. (2003). Socio-emotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 361-381.

- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44[3], 77-84.
- Cuijpers, P. (1999). Het actief aanbieden van behandeling aan depressieve ouderen. *Psychopraxis*, 1, 76-78.
- Custers, A.F., Westerhof, G.J., Kuin, Y., Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: It's relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging & Mental Health*, 14, 731-739.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 319-338.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2006) Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will? University of Rochester
- De Vin, C., & Pieters, G. (2005). Voorkomen van recidief bij depressie: Fava's cognitieve psychotherapie gericht op welzijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 319-323.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., en Suh, E.M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Dijkstra, A., Buist, G.A.H., Dassen, T.W.N. & Heuvel, W.J.A. van den. (2012). *ZorgAfhankelijkheidschaal: Care Dependency Scale (CDS)*. Een handleiding. UMCG/Rijksuniversiteit Groningen.
- Droes, R.M. (1991). *In beweging; over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Nijkerk: Intro.
- Droes, R.M. (1996). *Amsterdamse Ontmoetingscentra; een nieuwe vorm van ondersteuning van dementerende mensen en hun verzorgers* (eindrapport). Amsterdam: Thesis Publishers.
- Draper, M.B.B.S. (1999). The diagnosis and treatment of depression in dementia. *Psychiatric services*, 50, 1151-1153.

- Driesen, K., Duchamps, L., Floes, S., Gabriels, L., Neyens, K., Neyens, N., Winters, M., Zoons, E., & Zurings, S. (2008). *De omgeving als medium bij de benadering van de oudere persoon met dementie* (bachelorthese). Ergotherapie, Departement Gezondheidszorg, Provinciale Hogeschool Limburg, Hasselt.
- Droës, R.M. (1991). *In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ettema T, de Lange J, Droes R, Mellenbergh D, Ribbe M. (2005). *Handleiding Qualidem. Een meetinstrument Kwaliteit van leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Versie 1.VU/Trimbos.
- Fava, G.A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63.
- Finnema, E.J., Droes, R.M., Ribbe, M.W. & Tilburg van, W. (2000). A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 14(2), 68-80.
- Finnema, E.J., Droes, R.M., Kooij van der, C.H. & Lange de, J. (1998). The design of a large-scale experimental study into the effect of emotion-oriented care on demented elderly and professional carers in nursing homes. *Archives Gerontology and Geriatrics*, 6, 193-200.
- Geerlings, S.W., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. & van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological medicine*, 30, 369-380.
- Gerritsen D. (2004). *Quality of life and its measurement in nursing homes*. Amsterdam: VU.
- Hendriks, G.J., Keijsers G.P.J. & Hoogduin, C.A.L. (1999). Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angststoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 41, 11, 677-681.
- Hurley, A.C., Volicer, B.J., Hanrahan, P.A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in Nursing and Health*, 15, 369-377.
- Innes, A., Capstick, A. & Surr, C. (2000). Mapping out the framework. *Dementia Care*, 8, 20-21.

- Jonghe, J.F. de, & Kat, M.G., (1996). Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (cmai-d). *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 888-889.
- Jonghe, J.F.M., Kat, M.G., Kalisvaart, C.J. & Boelaarts, L. (2003). Neuropsychiatric inventory Questionnaire (NPI-Q): A validity study of the Dutch form. *Gerontol Geriatrie*, 34, 74-7.
- Kacewicz, E., Slatcher, R., & Pannebaker, J. (2007). Expressive Writing: An Alternative to Traditional Methods. *Los-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health*, 271-284.
- Kafka, G.J., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57, 171-190.
- Kane, R.L. (2001). Scaling the heights of quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 1079-1080.
- Kempen, G.I.J.M. & Ormel, J. (1996). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Van Gorcum.
- Kerkstra, A., Bilsen van, P.M.A., Otten, D.D., Gruijter de, I.M., Weide, M.G. *Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis*. Utrecht; NIVEL.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C.L.M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Klein, F. (2015). *Measuring Quality of Life. A psychometric Evaluation of a new Well-being scale for Patients with dementia* (masterthese). Psychologie, Faculteit Gedragwetenschappen, Universiteit Twente, Enschede.
- Koopman, M. (2012). *Behoeftevervulling in de ouderenzorg. In hoeverre wordt in de communicatie tussen verzorgende en bewoner toegekomen aan de behoeftevervulling van autonomie en*

- verbondenheid?* (Masterthesis). Psychologie, Universiteit Twente, Enschede.
- Koopmans, R.T.C.M., van der Steen, J.T., Zuidema, S.U. & Hobbelen, J.S.M. (2009) *Richtlijn Dementie*. Online verkregen op 20 april 2015 via <<<http://www.pallialine.nl>>>
- Korzilius, H. (2000). *De kern van Survey-onderzoek*. Assen: Van Gorcum & Comp B.V.
- Lange, J. de (2004). *Omgaan met dementie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lawton, M.P., Haitsma, K. Van, & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology*, 51, 3-14.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the theory of social production functions. In Ganzeboom, H. & Lindenberg, S. (Eds.) *Verklarende sociologie, opstellen voor Reinhard Wippler*, 169-184. Amsterdam, Thesis Publisher.
- Lintern, T., Woods, B. & Phair, L. (2000). Before and after training: a case study of intervention. *Dementia Care*, 8 (1), 15-7.
- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510-519.
- Maddux, J. (2009). Stopping the 'madness': Positive psychology and deconstructing the illness ideology and the DSM. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology*, 2, 61-69. New York, NY: Oxford University Press.
- Moos, R.H., & Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness: an overview. In R.H. Moos (Ed.), *Coping with psychical illness*, 1-21. New York: Plenum Medical Book Company.
- Mueller, B.H. (2015). *Validiteit van de Welzijnsmeter: Een dementie- specifiek instrument voor kwaliteit van leven* (masterthese). Psychologie, Faculteit Gedragwetenschappen, Universiteit Twente, Enschede.
- Nieboer, A.P., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Bruggen, A.C. van (2005). Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL Scale. *Social Indicators Research*, 73, 313-353.
- Nisenson, L.G., Pepper, C.M., Schwenk, T.L. & Coyne, J.C. (1998). The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *General hospital psychiatrics*, 20, 21-28.

- Novella, J.L., Jochum, C., Jolly, D., Morrone, I., Ankri, J., Bureau, F., & Blanchard, F. (2001). Agreement between patients' and proxies' reports of quality of life in alzheimer's patients. *Quality of Life Research*, 10, 443-452.
- Oates, J., Westen, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The journal of Family Practice*, 49, 796-804.
- Penninx, B.W.J.H., Leveille, S. & Ferruci, L. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established population for epidemiologic studies for the elderly. *American journal of public health*, 89(9), 1346-1352.
- Pot, A.M., Kuin, Y., Vink, M. (2006). *Handboek Ouderenpsychologie*. Eerste druk, Uitgeverij de Tijdstroom.
- Raad voor de Volksgezondheid (RVZ). (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg (Towards increased demand-orientedness)*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid.
- Ready, RE & Ott, B. (2003). Quality of Life measures for dementia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 11.
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J., & Ryan, R.M. (2000). Daily wellbeing: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.
- 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. *British Medical Journal*, 318(7179), 277.
- Richters, K. (2012). *Omgaan met gedragsproblemen van mensen met dementie*. Stichting Zorgcentrum de Posten; de Schrijverij.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 69(4), 719-727.

- 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
- Seligman, M.E.P. (2012). *Flourish. A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. Atria Books.
- Sheldon, M.K. & Bettencourt, B.A. (2002). Psychological need-satisfaction and subjective wellbeing within social groups. *British Journal of Social Psychology*, 41, 25-38
- Steverink, N. Lindenberg, S., & Ormel, J. (1998). Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. *Ageing and Society*, 18, 441-467.
- Steverink, N., & Lindenberg, S. (in druk). Which social needs are important for subjective well-being? What happens to them with aging? *Psychology and Aging*.
- 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.
- Timmermans, J.M., van den Bergh, A., Jansen, B.M. & Pennekamp, P.H.B. (1997). *Mythen en feiten over ouderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Trimbos. (2010). Feiten en cijfers dementie. Online verkregen op 20 april 2015 via <<www.trimbos.nl>>
- Van Nispen, R.M.A., van Beek, A.P.A. & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen. Deelrapport 1*. Utrecht: NIVEL.
- Vermeulen, A.W.A., Beekman, A.T.F. Stek, M.L & van Dyck, R. (1994). De prevalentie van angststoornissen bij ouderen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 36, 657-668.
- Verstraten, P.F.J. & van Eekelen, C.J.W.M. (1971). *Handleiding voor de GIP: gedragsobservatieschaal voor intramurale psychogeriatric*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (2011). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.
- Westerhof, G.J., Dittmann-Kohli, F., & Bode, C. (2003). The aging paradox: Towards personal meaning in gerontological theory. In S. Biggs, Al. owenstein & J. Hendricks (Eds.), *The Need for Theory: Social Gerontology for the 21e Century*, 127-143. Amityville, NY: Baywood.

- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- Wind, A.W., Gussekloo, J., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Bouma, M., Boomsma, L.J. & Boukes, F.S. (2009). *NHG-Standaard Dementie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wmo-beleidsplan. (2014). *Samen mee(r) doen, vanuit vijf dimensies naar één transformatie*. Het beleidskader 2014- 2020 voor de Wet Publieke Gezondheid, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet Passend Onderwijs. Online verkregen op 1 mei 2015 via <<www.vng.nl>>
- World Health Organisation. (2009). *Promoting mental health: Concepts, emerging, evidence, practice*. Geneva: WHO.

Bijlage 1: de Welzijnsmeter

MENTAAL WELBEVINDEN					
S T E M M I N G					
Geniet van dagelijkse dingen					
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					
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					
A G I T A T I E					
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					
Accepteert eten en/of drinken					
Zegt voldoende hulp te krijgen					
Heeft pijn					
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					
BEZIGHEDEN					
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 CONTACTE					
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-	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

		Matig			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-Matig	Zelden	Nooit	Niet kunnen observeren

Bijlage 2: Onderbouwing van de Welzijnsmeter vanuit verschillende opzichten

Item uit de Welzijnsmeter	Factoranalyse van Klein (2015)	Theoretische onderbouwing vanuit het adaptatie-copingsmodel	3 belangrijke componenten van welzijn vanuit de positieve psychologie
Mentaal welbevinden:			
Geniet van dagelijkse dingen	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is opgewekt	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Huilt	Psychologisch welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Zegt zich goed te voelen	Psychologisch welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
(glim)lacht	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is vriendelijk	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is geduldig	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is rustig en begripvol (niet snel boos)	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is verbaal agressief	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is fysiek agressief	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Gooit met voorwerpen	Weggelaten uit factoranalyse	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Maakt met opzet dingen kapot	Cognitie	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Reageert opstandig	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Reageert geïrriteerd	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is in paniek	Psychologisch welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is overstuurt	Psychologisch welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Zegt angstig of bang te zijn	Psychologisch welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Gedraagt zich rustig en ontspannen	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is bang voor onbekenden	Psychologisch welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Is opgewonden en gespannen	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Loopt, friemelt, wrijft, schommelt of draait	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief

Praat snel en veel	Cognitie	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Cognitief
Is ongeduldig en onrustig	Emotioneel welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Lichamelijk welbevinden:			
Zegt of lijkt zich gezond te voelen	Sociaal welbevinden	Persoonlijke factoren	Psychologisch welbevinden
Accepteert eten en/of drinken	Sociaal welbevinden	Persoonlijke factoren	Cognitief
Zegt voldoende hulp te krijgen	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden
Heeft pijn	Emotioneel welbevinden	Ziektegerelateerde factoren	Emotioneel welbevinden
Heeft normaal dag- en nachtritme	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Is continent	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Ziet er gewassen en verzorgd uit	Weggelaten uit factoranalyse	Persoonlijke factoren	Cognitief
Gebruikt normale seksuele omgangsvormen	Weggelaten uit factoranalyse	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Hanteert gebruikelijke tafelmannieren	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Gedraagt zich netjes in gezelschap	Emotioneel welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Cognitief
Trekt kleding uit op ongewenste plaatsen	(weggelaten bij factoranalyse)	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Is beleefd (scheldt nooit iemand uit)	Emotioneel welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch welbevinden
Maakt kwetsende of tactloze opmerkingen	Emotioneel welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch welbevinden
Mompelt, herhaalt zinnen/woorden	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Gebruikt onbegrijpelijke taal	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Dwaalt doelloos rond	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Denkt na over gevolgen van eigen handelen	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Psychologisch welbevinden
Beweert dat anderen hem/haar niet mogen	Psychologisch welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch welbevinden
Maakt op juiste wijze gebruik van toilet	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Roept	Psychologisch welbevinden	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Beschuldigt anderen onterecht	Emotioneel welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch welbevinden

Heeft een helder bewustzijn	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Psychologisch welbevinden
Ziet/hoort dingen die anderen niet zien/horen	Cognitie	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Is overtuigd van bepaalde, onrealistische gedachten	Emotioneel welbevinden	Ziektegerelateerde factoren	Cognitief
Participatie:			
Geniet van bezigheden	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Neemt initiatieven voor bezigheden	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Psychologisch welbevinden
Wil eigen hobby's blijven uitvoeren	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden
Luistert naar radio/cd speler	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Psychologisch welbevinden
Kijkt naar televisie	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Psychologisch welbevinden
Maakt gebruik van aangeboden mogelijkheden voor activiteiten	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden
Maakt gebruik van beschikbare voorzieningen (bv: tuin/keuken)	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden
Is geïnteresseerd in boeken/tijdschriften	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Psychologisch welbevinden
Lijkt zich te amuseren	Sociaal welbevinden	Handhaven van een emotioneel evenwicht	Emotioneel welbevinden
Heeft graag contact met medecliënten	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Heeft graag contact met medewerkers	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Heeft graag contact met familieleden	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Heeft graag contact met anderen	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Is zorgzaam voor medecliënten	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Gaat vriendschappelijk om met anderen	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Voelt zich prettig in gezelschap van anderen	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Is geliefd bij medecliënten	Sociaal welbevinden	Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Woon- en			

leefomstandigheden:			
Vindt wonen op de afdeling prettig	Emotioneel welbevinden	Omgaan met de verpleeghuisomgeving	Psychologisch welbevinden
Geniet van eigen appartement/eigen huis	Sociaal welbevinden	Omgaan met de verpleeghuisomgeving	Psychologisch welbevinden
Werkt mee aan prettig verblijf	Sociaal welbevinden	Omgaan met de verpleeghuisomgeving	Psychologisch welbevinden
Voelt zich veilig in eigen woning/appartement	Emotioneel welbevinden	Omgaan met de verpleeghuisomgeving	Psychologisch welbevinden
Voelt zich veilig op eigen afdeling	Emotioneel welbevinden	Omgaan met de verpleeghuisomgeving	Psychologisch welbevinden
Accepteert hulp tijdens de ADL	Emotioneel welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden
Accepteert medicatie	(weggelaten bij factoranalyse)	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden
Vertrouwt medewerkers	Emotioneel welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden
Werkt mee als dat gevraagd wordt	Emotioneel welbevinden	Omgaan met de verpleeghuisomgeving	Psychologisch welbevinden
Heeft een prettig contact met medewerkers	Emotioneel welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch/Sociaal welbevinden
Stelt zich te afhankelijk op	Psychologisch welbevinden	Ontwikkelen van een adequate relatie met verzorgenden	Psychologisch welbevinden

Figuur 5. Inhoudelijke vergelijking tussen de theoretische en psychometrische onderbouwing.