

Het belang van laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandeling plus mantelzorgondersteuning



VU medisch centrum

Gemaakt door: Nicola Toorenaar
Studentnummer: 09074341
Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening voltijd
Klas: 4B
Opdrachtgever: VUmc
Contactpersoon: F. Meiland
Begeleidster: A. Waage
Beoordelaar: T. van der Meer
Datum: 16 mei 2013

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het VU medisch centrum (VUmc). Bij dit onderzoek worden twee vormen van dagbehandeling voor mensen met dementie met elkaar vergeleken in de regio's Delft en Rotterdam. Het gaat hierbij om reguliere dagbehandelingen en laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandelingen met mantelzorgondersteuning (LPD plus MO). Bij dit onderzoek wordt gekeken naar de behoeften en de kwaliteit van leven van de mensen met dementie, maar ook naar de kwaliteit van leven en de belasting van de mantelzorger. De onderzoeksvraag luidt dan ook:

Wat zijn de verschillen tussen bezoekers en hun mantelzorgers van LPD plus MO's in vergelijking met bezoekers en hun mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen in de regio's Delft en Rotterdam wat betreft behoeften en kwaliteit van leven van mensen met dementie en de belasting en kwaliteit van leven van mantelzorgers zodat vastgesteld kan worden of er een meerwaarde is van LPD plus MO's voor bezoekers en hun mantelzorgers?

Deelnemers aan het onderzoek worden geïnterviewd bij aanmelding van de dagbehandeling, na 3 maanden en na 6 maanden. Op deze manier kan gekeken worden of er veranderingen zijn wat betreft de behoeften en kwaliteit van leven van de personen met dementie en de kwaliteit van leven en de belasting van de mantelzorger. Door het VUmc zijn gestandaardiseerde vragenlijsten opgesteld om de kwaliteit van leven, zorg- en ondersteuningsbehoefte, en de zelfredzaamheid van mensen met dementie te meten, evenals de kwaliteit van leven en ervaren belasting van hun mantelzorgers.

Ervan uitgaande dat niet iedereen kennis heeft over dit onderwerp wordt in de eerste hoofdstukken aandacht besteed aan dementie in het algemeen, mantelzorg en de belasting van de mantelzorger en de voorzieningen voor mensen met dementie.

De resultaten zijn gebaseerd op 11 bezoekers en hun mantelzorger van de reguliere dagbehandeling en 4 bezoekers en hun mantelzorger van LPD plus MO.

Uit de resultaten blijkt dat LPD plus MO's een beter beloop hebben dan reguliere dagbehandelingen wat kwaliteit van leven van de persoon met dementie betreft.

Bij de mantelzorgers van LPD plus MO is sprake van een afname van de emotionele belasting, terwijl bij reguliere dagbehandelingen juist sprake is van een stijging. Ook de mate van de totale belasting laat bij LPD plus MO's een dalende lijn zien, terwijl bij reguliere dagbehandelingen sprake is van een stijging. Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat LPD plus MO's wel degelijk een meerwaarde hebben in vergelijking met reguliere dagbehandelingen.

Wel zijn deze resultaten discutabel, omdat de onderzoeksgroep te klein is om betrouwbare conclusies te kunnen trekken. Om die reden is het aan te bevelen dit onderzoek nogmaals uit te voeren met een grotere groep deelnemers.

Voorwoord

Slechts weinig jongeren lijken zich te interesseren in de ouderenzorg. Wat hier de reden voor is, is mij onbekend. Zeker in een tijd van vergrijzing, waarbij de banen niet voor het oprapen liggen en waarbij de meeste vacatures in de ouderenzorg te vinden zijn lijkt de tijd rijp om het negatieve beeld dat studenten van ouderen hebben te veranderen. Na ruim 6 jaar ervaring opgedaan te hebben in de thuiszorg en verscheidene verzorgingstehuizen kan ik vooral positieve punten noemen over de ouderenzorg. Wat is er nou leuker dan onder het genot van een kop koffie te horen dat vroeger alles beter was? Natuurlijk moeten familiefoto's waarbij alle kleinkinderen worden laten zien ook niet vergeten worden. Om die reden heb ik er dan ook voor gekozen om mijn afstudeeronderzoek te richten op deze doelgroep, waar naar mijn idee veel te weinig aandacht aan besteed wordt. Op deze manier hoop ik jongeren ervan te kunnen overtuigen dat werken met ouderen wel degelijk leuke kanten heeft.

Bij deze wil ik met name het VUmc bedanken voor de steun die ik ontvangen heb bij het maken van dit onderzoek. Zeker toen ik ervan overtuigd was dat ik dit onderzoek nooit op tijd zou kunnen afronden hebben zij mij gesteund en me ervan overtuigd dat het op tijd inleveren van dit onderzoek zeker haalbaar was.

Ik wens U veel leesplezier toe,

Met vriendelijke groet,

Nicola Toorenaar

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding	6
1 Opzet van het onderzoek	8
1.1 Omschrijving opdrachtgever	8
1.2 Verwachte eindresultaat opdrachtgever	8
1.3 Procedure	9
1.4 Setting	9
1.5 Relevantie, bruikbaarheid en vernieuwendheid	9
1.6 Doelstelling	10
1.7 Vorm	10
1.8 Dataverzameling	10
1.9 Meetinstrumenten	10
1.10 Literatuur en dataverzameling	12
1.11 Data-analyse	12
1.12 Validiteit en betrouwbaarheid	13
1.13 Rapportage	13
1.14 Wijzigingen in de loop van het onderzoek	13
2 Wat is dementie	14
2.1 Verschillende vormen van dementie	14
2.2 De ziekte van Alzheimer	14
2.3 Diagnose	15
2.4 Geneesmiddelen	15
3 De mantelzorger	17
3.1 Wat is mantelzorg	17
3.2 Belasting van de mantelzorger	19
3.3 Verminderen belasting van de mantelzorger	21
4 Zorg en ondersteuning voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorger	22
4.1 Ontwikkelingen in de dementiezorg	22
4.2 Validation	23
4.3 Huidige ontwikkelingen in de dementiezorg	24
4.4 Voorzieningen voor mensen met dementie	25
4.5 Reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen	26
4.6 Doelstelling van reguliere dagbehandelingen	26
4.7 Mening van cliënten, mantelzorgers en professionals	26
4.8 Lege plaatsen bij reguliere dagbehandelingen	28
4.9 Ontstaansgeschiedenis van ontmoetingscentra	29

4.10	Aanbod ontmoetingscentra	29
4.11	Werkwijze ontmoetingscentra	29
4.12	Verschillen ontmoetingscentra en reguliere dagbehandelingen	30
4.13	LPD-plus MO	31
4.14	Deelnemende instellingen	31
5	Onderzoeksresultaten van mensen met dementie	33
5.1	Achtergrondgegevens	33
5.2	Resultaten behoeften	34
5.3	Resultaten kwaliteit van leven	35
5.4	Conclusie	37
6	Onderzoeksresultaten van de mantelzorgers	38
6.1	Achtergrondgegevens	38
6.1	Resultaten kwaliteit van leven	38
6.2	Resultaten belasting mantelzorger	39
6.3	Conclusie	43
7	Analyse	44
8	Conclusie en discussie	46
8.1	Conclusie	46
8.2	Discussie	47
9	Aanbevelingen	49
9.1	Aanbevelingen voor dagbehandelingen	49
9.2	Aanbevelingen voor het VUmc	50
	Literatuurlijst	51
	Bijlagen	

Inleiding

De levensverwachting van de Nederlandse bevolking neemt steeds meer toe (Indexmundi, 2011). Aangezien de levensverwachting van de mens elk jaar met 2 maanden wordt verlengd en er dus steeds meer ouderen komen, neemt het aantal mensen met dementie toe, omdat de kans op deze ziekte stijgt met de leeftijd. Het aantal mensen met dementie in Nederland wordt geschat op 230.000. Naar verwachting zullen in 2050 ca 500.000 mensen lijden aan deze ziekte (Alzheimer Nederland, 2010). Doordat het aantal verpleeghuisplaatsen niet mee zal stijgen in de komende decennia, zullen steeds meer mensen met dementie langer thuis blijven wonen (Gezondheidsraad, 2002). In een vergrijzende samenleving zal de zorg nog meer op de schouders van familie en vrienden terechtkomen gezien het afnemende aantal verpleeghuisplaatsen. Het is al lang bekend dat mantelzorgers van mensen met dementie zwaar worden belast en meer gezondheidsklachten hebben dan hun leeftijdgenoten (Pot et al., 1997; Schoenmakers et al., 2002; Butler, 2008).

Om deze mantelzorgers te ondersteunen zijn de zogenaamde Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers ontstaan. Dit is een vorm van gecombineerde ondersteuning waarbij mensen met dementie ondersteund worden in een dagvoorziening in de wijk. Hier leren zij om te gaan met beperkingen en gevolgen van hun dementie en kunnen zij lotgenoten ontmoeten. Hun mantelzorgers ontvangen hier informatie, praktische, emotionele en sociale steun. (VUmc, z.d.).

Doordat de mensen met dementie een aantal dagen naar het ontmoetingscentrum gaan, krijgen mantelzorgers tijd voor zichzelf zonder voortdurend voor iemand te hoeven zorgen (respijtzorg). Uit eerder onderzoek is geconcludeerd dat ontmoetingscentra een meerwaarde hebben vergeleken met reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen (Dröes et al, 2000; 2004; 2006). Ook waren deelnemers heel tevreden over het geboden ondersteuningsprogramma in ontmoetingscentra. Toch hebben de dagbehandelingen het concept nauwelijks overgenomen. Slechts enkele dagbehandelingen in verpleeghuizen hebben het concept Ontmoetingscentra overgenomen en zijn laagdrempelige ondersteuning gaan bieden (Dröes, 2010). In een onderzoeksproject aan VUmc worden nu enkele dagbehandelingen in een verpleeghuis omgevormd tot laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandelingen met mantelzorgondersteuning in de wijk (LPD plus MO). Het is niet bekend of deze LPD plus MO's een meerwaarde hebben in vergelijking met de reguliere dagbehandelingen in verpleeghuizen. De doelgroep van LPD plus MO wijkt namelijk enigszins af van die van de eerder onderzochte ontmoetingscentra. In beide voorzieningen komen mensen met dementie en mantelzorgers die ondersteuning wensen. In de LPD plus MO komen eveneens mensen met dementie zonder mantelzorger of mensen met dementie met een mantelzorger die geen ondersteuning wenst (Emgo, z.d.). Indien blijkt dat de LPD plus MO's een meerwaarde hebben in vergelijking met reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis, zullen mogelijk meerdere reguliere dagbehandelingen de transitie maken naar een LPD plus MO.

In dit onderzoek zal een vergelijking gemaakt worden tussen reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen en LPD plus MO's voor mensen met dementie en hun naasten in de regio Delft en Rotterdam, omdat hier momenteel al onderzoek naar gedaan wordt door het VUmc. Daarnaast is het niet mogelijk om in korte tijd te meten hoe de situatie in heel Nederland is wat deze dagbehandelingen betreft. Er wordt onderzocht of LPD plus MO een meerwaarde heeft ten opzichte van de reguliere dagbehandeling met betrekking tot de kwaliteit van leven van mensen met dementie en de gevoelens van belasting van naasten. Om dit te onderzoeken worden nieuwe cliënten (en hun mantelzorger) in hetzij reguliere dagbehandelingen of LPD plus MO's gevolgd bij aanmelding, na 3 en na 6 maanden. Het beloop in functioneren zal worden vergeleken tussen deelnemers in de beide settings.

Om dit te kunnen onderzoeken is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Wat zijn de verschillen tussen bezoekers en hun mantelzorgers van LPD plus MO's in vergelijking met bezoekers en hun mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen in de regio's Delft en Rotterdam wat betreft behoeften en kwaliteit van leven van mensen met dementie en de belasting en kwaliteit van leven van mantelzorgers zodat vastgesteld kan worden of er een meerwaarde is van LPD plus MO voor bezoekers en hun mantelzorgers?

Hierbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1. Is er een verschil in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten van LPD plus MO's in vergelijking met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?
- 2. Is er een verschil in de kwaliteit van leven van cliënten van LPD plus MO's in vergelijking met de kwaliteit van leven van cliënten van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?
- 3. Is er een verschil in de kwaliteit van leven van mantelzorgers van LPD plus MO's in vergelijking met de kwaliteit van leven van de mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?
- 4. Is er een verschil in de ervaren/zelfgerapporteerde belasting van de mantelzorgers van LPD plus MO's in vergelijking met de ervaren/zelfgerapporteerde belasting van de mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?

Voordat antwoord op deze vragen gegeven kan worden is het van belang om kennis te hebben van dementie en voorzieningen, omdat ervan uitgegaan moet worden dat niet iedereen kennis heeft van dementie en de bijbehorende voorzieningen voor mensen met dementie. Om die reden zal bij dit onderzoek allereerst achtergrondinformatie verschaft worden over de kenmerken van dementie, de ontwikkelingen in de dementiezorg, wat mantelzorgers zijn, de belasting die de zorg voor een ander met zich meebrengt en welke zorgvoorzieningen mogelijk zijn voor mensen met dementie. Hierbij zal met name aandacht worden besteed aan reguliere dagbehandelingen en ontmoetingscentra. Vervolgens zal antwoord gegeven worden op bovenstaande hoofd en deelvragen aan de hand van interviewgegevens.

1 Opzet van het onderzoek

Een goed onderzoek is relevant, bruikbaar en vernieuwend. Daarnaast is het van belang dat een onderzoek betrouwbaar is. Dit houdt in dat een willekeurig persoon met hetzelfde onderzoek tot eenzelfde conclusie kan komen. In dit hoofdstuk wordt beschreven waar de oorsprong ligt van dit onderzoek en wat dit onderzoek relevant, bruikbaar, vernieuwend en betrouwbaar maakt.

1.1 Omschrijving opdrachtgever

Via Frans Hoogeveen van het lectoraat Psychogeriatric ben ik in contact gekomen met Franka Meiland, werkzaam als senior onderzoeker aan het VU medisch centrum Amsterdam.

Het VU medisch centrum (VUmc) is één van de twee academisch ziekenhuizen in Amsterdam. Dit ziekenhuis is verbonden aan de Vrije universiteit Amsterdam. Naast patiëntenzorg en onderwijs heeft het VUmc wetenschappelijk onderzoek als kerntaak. Deze onderzoeken zijn nauw verbonden aan vraagstukken die voor het VUmc en voor de maatschappij van belang zijn. Het wetenschappelijk onderzoek aan het VUmc is breed, van fundamenteel onderzoek tot strategisch en toegepast onderzoek dat relevantie heeft voor de praktijk van onder meer de gezondheidszorg. Bij de CWTS-analyse (Centrum voor Wetenschaps- en Technologie-Studies) behoort het VUmc tot de top 3 van de universitair medische centra in Nederland gekeken naar de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast blijkt dat het effect van de onderzoeken van het VUmc zich positief heeft ontwikkeld. Het effect ligt nu 50% boven het wereldgemiddelde. Ook is gebleken dat de resultaten van alle onderzoeksinstituten van het VUmc kwalitatief ruim boven het wereldgemiddelde uitkomen (VUmc, z.d.).

Bij de afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde van het VUmc wordt momenteel onderzoek verricht naar de meerwaarde en procesanalyse van de overgang van reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen in verpleeghuizen naar laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandelingen met mantelzorgondersteuning in de wijk (LPD plus MO). Dit onderzoek vindt plaats in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Het onderzoek vindt in de regio's Amsterdam en Heemskerk/Limmen plaats. Om voldoende deelnemers in het onderzoek te krijgen en inzicht in de meerwaarde en procesanalyse bij al langer bestaande LPD plus MO's en reguliere dagbehandelingen, wordt het onderzoek nu uitgebreid in de regio's Delft en Rotterdam (VUmc, z.d.).

1.2 Verwachte eindresultaat opdrachtgever

Dit onderzoek zal zich met name richten op het onderzoeken van de meerwaarde van LPD plus MO's in vergelijking met reguliere dagbehandelingen op microniveau, dat wil zeggen op het niveau van de cliënten, mantelzorgers en hulpverleners. In het onderzoek worden de kwaliteit van leven en de behoeften van mensen met dementie die gebruik maken van een reguliere psychogeriatrische dagbehandeling vergeleken worden met die van mensen met dementie die gebruik maken van LPD plus MO. Bij de mantelzorgers zal worden gekeken naar verschil in kwaliteit van leven en de belasting.

Met behoeften worden onvervulde wensen bedoeld die een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven. Bij dit onderzoek gaat het om de behoeften in het dagelijks leven. Hierbij worden onderwerpen als huishoudelijk werk, medicatie-inname, zelfzorg, lichamelijke gezondheid, mobiliteit, sociale activiteiten en financiën behandeld. Zo wordt er gevraagd of de persoon met dementie de juiste hulp ontvangt van familie en/of voorzieningen wat deze onderwerpen betreft.

Met kwaliteit van leven wordt het functioneren op fysiek, psychisch en sociaal gebied bedoeld. Daarnaast wordt ook gekeken naar hoe de betreffende persoon zijn eigen leven ervaart. Bij dit onderzoek wordt met name gevraagd naar de tevredenheid van het leven, het plezier dat iemand aan zijn leven heeft en of iemand voldoening haalt uit het leven (Nationaal Kompas volksgezondheid, z.d.).

1.3 Procedure

Bij aanmelding bij een reguliere psychogeriatrische dagbehandeling of een laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandeling plus mantelzorgondersteuning zal doormedewerkers van de deelnemende dagbehandelingen worden gevraagd of de cliënt en diens mantelzorger mee wil doen aan een onderzoek van het VUmc. Voorwaarde is dat dementie gediagnosticeerd is.

Bij een schriftelijke toestemming wordt binnen 4 weken de eerste meting afgenomen bij zowel de persoon met dementie als de mantelzorger. De persoon met dementie wordt over het algemeen op de dagbehandeling geïnterviewd. De mantelzorger wordt thuis geïnterviewd. Van belang is dat de mantelzorger niet bij het interview van de persoon met dementie aanwezig is om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Deelnemers zullen bij aanmelding, na 3 maanden en na 6 maanden geïnterviewd worden. De interviews worden afgenomen door getrainde interviewers. Het beloop in functioneren zal worden vergeleken tussen deelnemers in de diverse settings.

1.4 Setting

Bij dit onderzoek zullen twee groepen met elkaar vergeleken worden. Een groep bestaat uit 11 bezoekers en hun mantelzorger van reguliere dagbehandelingen. De andere groep bestaat uit 4 bezoekers en hun mantelzorger van (langer bestaande) LPD plus MO's. Reguliere dagbehandelingen zijn verbonden aan verpleeghuizen, terwijl LPD plus MO's gevestigd zijn in de wijk. Daarnaast wordt bij LPD plus MO's gewerkt volgens het model ontmoetingscentra en wordt er ook ondersteuning geboden aan mantelzorgers.

1.5 Relevantie, bruikbaarheid en vernieuwendheid

Uit eerder onderzoek naar ontmoetingscentra werd duidelijk dat zij een meerwaarde hebben ten opzichte van de reguliere dagbehandeling in verpleeghuizen: mensen met dementie hadden minder gedrags- en stemmingsproblemen, meer zelfwaardering en er was een tendens tot uitstel van verpleeghuisopname, mantelzorgers voelden zich beter in staat de zorg op zich te nemen en voelden zich minder belast (Droës et al, 2000). De ontmoetingscentra hebben zich de afgelopen jaren enorm verspreid; er zijn inmiddels meer dan honderd ontmoetingscentra in Nederland en nog eens 25 in oprichting (Innovatiekring, z.d.). Tot op heden, bijna 20 jaar na de bewezen effectiviteit van de eerste ontmoetingscentra in Amsterdam - maakten slechts enkele verpleeghuizen in het land van deze kennis gebruik door (een deel) van hun dagbehandeling om te vormen tot laagdrempelige dagbehandeling conform het model ontmoetingscentra. Blijkbaar wordt de omvorming van een volledig in een verpleeghuisorganisatie ingebedde intramurale dagbehandeling naar een laagdrempelige extramurale dagbehandeling in de wijk, waarin intensief wordt samengewerkt met zorg- en welzijnsinstellingen, niet zo gemakkelijk gemaakt (Droës, 2010).

Vooralsnog is er te weinig bekend over de effecten van LPD plus MO's in vergelijking met reguliere dagbehandelingen. Het feit dat er overeenkomsten zijn tussen LPD plus MO's en ontmoetingscentra hoeft dit niet te betekenen dat ook LPD plus MO's een meerwaarde hebben ten opzichte van reguliere dagbehandelingen. Dit onderzoek draagt ertoe bij om te bepalen of LPD plus MO's een meerwaarde hebben ten opzichte van reguliere dagbehandelingen.

1.6 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om een beschrijving te geven van kenmerken van bezoekers en hun naasten van reguliere dagbehandelingen en LPD plus MO's. Voor een aantal uitkomstmaten zal het beloop geïnventariseerd en geanalyseerd worden om vast te kunnen stellen of LPD plus MO's meerwaarde hebben voor de cliënt en zijn mantelzorger ten opzichte van de reguliere dagbehandelingen.

1.7 Vorm

Dit onderzoek is een vergelijkend onderzoek waarbij twee vormen van dagbehandelingen met elkaar vergeleken worden. Het onderzoek heeft een pretest posttest controlegroep design. Deze vorm van onderzoek houdt in dat 2 groepen gemeten worden. De ene groep krijgt een bepaalde behandeling, de andere (controle)groep ontvangt deze behandeling niet en krijgt gebruikelijke zorg. De experimentele groep zijn de bezoekers van LPD plus MO's. De controlegroep zijn de bezoekers van reguliere dagbehandelingen. Op verscheidene momenten wordt gemeten of de groepen van elkaar verschillen op bepaalde vlakken ([Shuttleworth 2009](#)). Bij dit onderzoek zal het gaan om kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van de mensen met dementie en de belasting en kwaliteit van leven van hun mantelzorgers. Uit eerdere onderzoeken is al gebleken dat ontmoetingscentra een meerwaarde hebben boven reguliere dagbehandelingen (Droës et al, 2000). De meerwaarde van LPD plus MO's ten opzichte van reguliere dagbehandelingen is echter nog niet onderzocht.

1.8 Dataverzameling

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen is het van belang om interviews af te nemen bij cliënten en hun mantelzorger van LPD plus MO's en reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen. Door het VUmc zijn gestandaardiseerde vragenlijsten opgesteld om de kwaliteit van leven, zorg- en ondersteuningsbehoefte en de zelfredzaamheid van mensen met dementie te meten, evenals de kwaliteit van leven en ervaren belasting van hun mantelzorgers. Omdat het een neuropsychologisch onderzoek betreft zijn ook vragen uit Minimale Data set opgenomen (Nationaal programma ouderenzorg, z.d). Deze vragenlijsten zullen ook worden gebruikt voor dit onderzoek.

1.9 Meetinstrumenten

Bij mensen met dementie zal een Mini-Mental State Examination (MMSE) afgenomen worden (Folstein et al, 1975). Deze test wordt gebruikt om de ernst van cognitieve stoornissen vast te stellen. De MMSE bestaat uit 20 vragen gericht op oriëntatie in plaats en tijd, concentratie, taal, rekenen, eenvoudige geheugentest, het uitvoeren van een handeling en het nadoen van iets wat je gezien hebt. Het voordeel van deze vragenlijst is dat het afnemen ervan weinig tijd in beslag neemt en makkelijk af te nemen is. Ook is deze vragenlijst internationaal erkend. Een nadeel is echter dat de cognitieve functies slechts globaal onderzocht worden (Ouderenpsychiatrie, 2012).

Ook zal een standaardvragenlijst uit Minimale Dataset Nationaal Programma Ouderenzorg afgenomen worden. In deze vragenlijst wordt ingegaan op achtergrondgegevens en vragen over hoe het met de persoon gaat (Nationaal programma ouderenzorg, z.d.).

Vervolgens zal een Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) afgenomen worden (Reynolds et al, 2000). Dit is een semigestructureerd interview dat de problemen, de hulpbehoeften, de hoeveelheid ontvangen hulp en de tevredenheid over de geboden hulp meet. Bij deze vragenlijst worden onderwerpen als wonen, huishouden, voeding, zelfzorg, dagbesteding, gezichtsvermogen, gehoor en communicatie, mobiliteit, continentie, lichamelijke gezondheid, medicatie en dergelijke

behandeld. Semigestructureerde interviews bevatten vooraf bepaalde vragen, maar er is meer speling binnen de vragen. Interviewers kunnen bijvoorbeeld zelf vragen toevoegen bij semigestructureerde interviews (Easability, z.d.). Ook wordt besproken of de persoon last heeft van wanen, of hij/zij een opzettelijk of onopzettelijk gevaar voor zichzelf is, of hij/zij gevoelig is voor misbruik van anderen, of hij/zij voldoende sociale contacten heeft en of hij/zij de eigen financiën kan regelen. Met dit interview wordt de subjectieve beleving van de persoon met dementie gemeten.

Daarnaast zal de kwaliteit van leven gemeten worden aan de hand van de QOL-AD (Quality of life in Alzheimer's disease) vragenlijst. Hiermee wordt de kwaliteit van leven van de persoon met dementie in kaart gebracht. Er wordt gekeken naar de huidige situatie van lichamelijke gezondheid, vitaliteit, stemming, woonomstandigheden, geheugen, contact met familie, het huwelijk, contact met vrienden, wat de betreffende persoon van zichzelf vindt, het vermogen om karwijpjes te verrichten, het vermogen om leuke dingen te doen, de financiën en de mening van de persoon over zijn leven als geheel. Op deze vragen kan geantwoord worden met: slecht, redelijk, goed of uitstekend.

Tot slot zal bij de laatste meting een tevredenheidsenquête afgenomen worden. Hierin worden vragen gesteld over de aangeboden activiteiten, de sfeer, de ruimtes en de begeleiding van de betreffende dagbehandeling. Ook wordt gevraagd of iemands wensen in behandeling worden genomen, indien mogelijk.

Voor de interviews met mantelzorgers worden andere vragenlijsten gebruikt. Ook bij de mantelzorgers zal een standaardvragenlijst uit de Minimale Dataset Nationaal Programma Ouderenzorg afgenomen worden (Nationaal programma ouderenzorg, z.d.). Aan de mantelzorger worden vragen gesteld over hoe het met de persoon met dementie gaat, hoe het met de mantelzorger zelf gaat en hoe deze de zorg voor de persoon met dementie ervaart. Ook wordt de geboden zorg in kaart gebracht.

Bij de Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) zal aan de mantelzorger gevraagd worden wat diens oordeel is over de situatie van de zorgvrager (Reynolds et al, 2000).

Ook zal een verkorte vragenlijst van 'Gevoel van Competentie' afgenomen worden (Vernooij e.a., 1999). Met deze vragenlijst wordt vastgelegd in welke mate de mantelzorger zich in staat voelt om de zorg voor de dementerende op zich te nemen.

Tot slot zal de Neuropsychiatric Inventory (NPI) afgenomen worden (Cummings et al, 1994). Deze lijst beoordeelt het gedrag van de persoon met dementie van de afgelopen 4 weken aan de hand van twaalf domeinen. Deze domeinen zijn: wanen, hallucinaties, agressie, depressie, angst, euforie, apathie, ontremd gedrag, prikkelbaarheid, doelloos repetitief gedrag, gedrag 's nachts en eetlust. Aangezien bij dit onderzoek de nadruk ligt op de behoeften en de kwaliteit van leven van mensen met dementie zullen met name de gegevens van de standaardvragenlijst uit Minimale Dataset Nationaal Programma Ouderenzorg, de QOL-AD (Quality of life in Alzheimer's disease) en van de Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) meegenomen worden.

Bij de gegevens van de mantelzorgers zal bij de analyse de nadruk liggen op de belasting en de kwaliteit van leven. Hiervoor zullen de gegevens van de vragen van de standaardvragenlijst uit Minimale Dataset Nationaal Programma Ouderenzorg gebruikt worden die gericht zijn op de gezondheid van de mantelzorger, de tijd die de mantelzorg inneemt, de belasting van het bieden van zorg en de kwaliteit van leven van de mantelzorger.

Vanuit de Neuropsychiatric Inventory (NPI) zal gekeken worden naar de emotionele belasting van de mantelzorger op de domeinen die van toepassing zijn bij de persoon met dementie.

1.10 Literatuur en dataverzameling

Om antwoord te kunnen geven over wat LPD plus MO's, Ontmoetingscentra en reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen zijn en hoe de ouderenzorg zich in de loop van de jaren heeft ontwikkeld is gebruik gemaakt van literatuur, betrouwbare websites en vaktijdschriften. Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van ondervraging door middel van interviews. Bij deze interviews zijn, face to face, gesloten en open vragen gesteld. De vragen zijn sterk gestructureerd en zullen bij elk af te nemen interview hetzelfde zijn (Migchelbrink, 2005).

Onderstaande cliënten met bijbehorende mantelzorger doen momenteel mee aan het onderzoek. Bij alle deelnamenummers worden dus zowel , tenzij anders aangegeven. De cliëntnummers beginnend met het cijfer 1 zijn bezoekers van reguliere dagbehandelingen. De overige cliënten nemen deel aan LPD-plus MO. De analyse van dit onderzoek is gebaseerd op de uitkomsten van de interviews van onderstaande deelnemers en hun mantelzorger.

	Eerste meting	Tweede meting	Derde meting	Opmerkingen
1601	X			
1602	X	X		
1603	X	X		
1605		X	X	
1606		X	X	3 ^{de} alleen mantelz.
1607		X	X	
1608	X	X		
3701		X	X	
3702	X	X		
3602	X			
1609	X			
1610	X			
1611	X			
3604	X			

1.11 Data-analyse

Bij de data-analyse wordt gebruik gemaakt van het programma SPSS. Bij de analyse van deze data kan gebruik worden gemaakt van diverse programma's. Een van deze middelen is de Fisher's exact toets. Hiermee kunnen kleine metingen gedaan worden zoals het aantal mannelijke en vrouwelijke deelnemers (AMC, z.d.). De t-toets vergelijkt gemiddelden. Ook wordt deze gebruikt om hypothesen te toetsen (SPSS handboek, z.d.). Verschillen tussen voor- en nameting bij de deelnemers van de reguliere dagbehandeling en tussen voor- en nameting bij de deelnemers van LPD-plus MO kunnen worden getoetst met covariantieanalyses, waarbij rekening wordt gehouden met aanvangsverschillen tussen de groepen (Howitt & Cramer, 2007). Tot slot kan gebruik worden gemaakt van ANCOVA (F-test) waarmee onderzocht kan worden of 2 variabele x en y beïnvloed worden door variabele Z. Zo kan bij dit onderzoek gekeken worden of er verband is tussen een betere kwaliteit van leven en zelfredzaamheid bij bezoekers van LPD-plus MO in vergelijking met reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen (SPSS handboek, z.d.).

1.12 Validiteit en betrouwbaarheid

Door gebruik te maken van gesloten interviews met veelal meerkeuzevragen wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. De kans dat de interviews precies dezelfde antwoorden opleveren is groot, omdat de antwoorden niet interpreteerbaar zijn. Daarom kunnen verschillende interviewers ingezet worden. Tot slot zijn de interviews face to face afgenomen (Baarda et al, 2005). Door de interviews persoonlijk af te nemen en geen gebruik te maken van digitale interviews, is de kans op een verkeerde interpretatie van een antwoord kleiner. Er kan dan namelijk om verduidelijking van het antwoord gevraagd worden. Daarnaast zijn lichaamstaal en emoties zichtbaar bij deze manier van interviewen.

1.13 Rapportage

Dit onderzoek is een bachelorproef (scriptie) voor de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH). Een positieve beoordeling van dit onderzoek is een voorwaarde om af te kunnen studeren.

1.14 Wijzigingen in de loop van het onderzoek

De grootste wijziging in de loop van dit onderzoek was de grootte van de onderzoeksgroep waarop de resultaten gebaseerd zijn. Van tevoren werd verwacht dat veel meer deelnemers zich zouden aanmelden voor dit onderzoek. In de loop van het onderzoek werd pas duidelijk dat de onderzoeksgroep relatief klein zou blijven. Daar kwam nog bij dat een aantal deelnemers, die in eerste instantie meegenomen zouden worden in de resultaten, uitvielen. Verder zijn de hoofd en deelvragen niet meer aangepast. Ook de geplande literatuurhoofdstukken zijn niet veranderd in de loop van het onderzoek.

2 Wat is dementie

Dit onderzoek zal zich richten op mensen met dementie en hun mantelzorger. Maar wat is dementie eigenlijk? Hierover kunt u meer lezen in dit hoofdstuk.

2.1 Verschillende vormen van dementie

Dementie is de verzamelnaam voor stoornissen, waarbij sprake is van een aandoening aan de hersenen, met als gevolg dat bepaalde verstandelijke en cognitieve vermogens achteruit gaan. Alzheimer is hierbij de meest voorkomende vorm (Hersenstichting, z.d.). Andere vormen zijn vasculaire dementie, frontotemporale dementie en Lewy-body dementie.

Bij vasculaire dementie wordt de bloedvoorziening in de hersenen aangetast. Doordat bepaalde delen van de hersenen te weinig zuurstof krijgen kunnen deze afsterven. Kenmerkend aan deze vorm van dementie is het schokkende verloop. Door de vaatproblemen kunnen nieuwe hersenbeschadigingen ontstaan, waardoor de patiënt plotseling achteruit kan gaan in functioneren (Hoogeveen, 2008).

Kenmerkend aan frontotemporale dementie is dat deze ziekte zich op redelijk jonge leeftijd uit. De eerste symptomen komen gemiddeld tussen het veertigste en zestigste levensjaar voor. De eerste symptomen uiten zich niet in vergeetachtigheid zoals bij Alzheimer, maar in subtiele veranderingen in gedrag en persoonlijkheid. Ontremming in gedrag is een duidelijk kenmerk van deze vorm van dementie. Dit kan ontremming in eetgedrag en bij shopgedrag zijn, maar ook in bijvoorbeeld agressief gedrag. De patiënt kan om de kleinste gebeurtenissen al boos worden (Hoogeveen, 2008). Een belangrijk kenmerk van Lewy-body dementie is dat concentratie- en aandachtstoornissen van dag tot dag kunnen verschillen. De ene dag kan een persoon met Lewy-body dementie overkomen alsof er niets aan de hand is, terwijl de volgende dag overduidelijk denkstoornissen aanwezig zijn. Daarnaast kunnen spierstijfheid en loopstoornissen optreden (Hoogeveen, 2008).

2.2 De ziekte van Alzheimer

Voor dit onderzoek zal met name aandacht besteed worden aan Alzheimer, omdat deze vorm van dementie de meest voorkomende is. Cognitieve stoornissen spelen een grote rol binnen deze vorm van dementie. Deze cognitieve stoornissen zijn te verklaren doordat zenuwcellen en/of verbindingen tussen de zenuwcellen in toenemende mate kapot gaan. Het verloop van de ziekte is per persoon verschillend. Waar bij de ene persoon de achteruitgang langzaam verloopt, kan deze bij een andere persoon veel sneller verlopen. (Hersenstichting, z.d.). Na verloop van tijd wordt de weerstand van de dementerende steeds meer verzwakt en wordt de kans op infecties steeds groter, wat in veel gevallen tot de dood leidt (Alzheimer Nederland, z.d.).

De eerste symptomen zijn over het algemeen geheugenstoornissen. Iemand is alweer zijn sleutel kwijt, of heeft deze per ongeluk in de koelkast gelegd. Recente gebeurtenissen worden snel vergeten en de persoon vertelt voor de zoveelste keer hetzelfde verhaal. In een latere fase wordt het denkvermogen steeds minder en zullen ook de taalvaardigheid, rekenvaardigheid, leesvaardigheid, schrijfvaardigheid, spraakvaardigheid, het oriëntatievermogen, begrip en het leer- en oordeelvermogen steeds meer afnemen (Hersenstichting, z.d.).

Nieuwe informatie kan niet meer goed worden opgenomen in de hersenen. Dit komt door een verminderde werking van de hippocampus. De hippocampus is een schakel tussen het korte- en het langetermijngeheugen. Nieuw opgedane informatie komt eerst terecht in het kortetermijngeheugen. Daarin wordt bepaald of informatie nuttig is om te onthouden of niet. De nuttige informatie wordt vervolgens opgeslagen in het langetermijngeheugen. Aangezien de hippocampus een schakeling is

tussen het korte- en het langetermijngeheugen zorgt een verminderde werking hiervan, zoals bij dementie het geval is, ervoor dat nieuwe informatie niet of nauwelijks onthouden wordt (Bureau voor toegepaste sociale gerontologie, z.d.). Het nemen van initiatieven en het zelfstandig handelen wordt steeds moeilijker. Ook kan een persoon met dementie te maken krijgen met veranderingen in het gedrag en het karakter. (Alzheimer Nederland, z.d.). Doordat bepaalde gedragingen niet meer geremd worden kan een dementerende bijvoorbeeld agressief of juist heel lief worden. Bepaalde karaktereigenschappen kunnen dus versterkt worden bij gebrek aan de remmingen van deze gedragingen. Opvallend hierbij is dat het bewustzijn van een persoon met dementie niet aangetast wordt. Dit betekent dus dat dementerenden zich bewust zijn van wat om hen heen gebeurt en hoe ze benaderd worden door de zorgverleners. De benadering van de zorgverleners naar de cliënt toe kan geoptimaliseerd worden door het gebruik van de levensgeschiedenis van de cliënt. Na verloop van tijd zal de behoefte aan professionele hulp steeds groter worden (Hersenstichting, z.d.).

Opvallend is dat bij de ziekte van Alzheimer oude herinneringen veel langer bewaard blijven. De hersenen rollen zich als het ware op en gaan telkens verder terug in het verleden. Herinneringen uit de tienerjaren worden het beste onthouden. Deze piek aan herinneringen wordt de *reminiscentiehobbel* genoemd. Een mogelijkheid is dat deze periode in het leven erg belangrijk was en om deze reden ook beter onthouden wordt. Een andere verklaring kan zijn dat de hersenen op deze leeftijd beter werken dan op latere leeftijd (Draaisma, 2007).

Overigens gaat niet het gehele geheugen achteruit. Bepaalde informatie blijft opgeslagen in het geheugen. Eerder opgeslagen informatie kan door de hersenen herkend worden. Ook routines zoals autorijden en fietsen worden niet vergeten. Hier wordt echter alsnog van afgezien omdat een persoon met dementie op den duur het overzicht verliest in het verkeer, waardoor deze een gevaar voor zichzelf en zijn omgeving kan vormen. De routinehandelingen, zoals schakelen, worden echter niet vergeten. Zo kan bijvoorbeeld een religieuze persoon met dementie nog prima een gebed opzeggen, omdat deze door routine in het geheugen geslepen is. Tot slot worden herinneringen die gepaard gaan met een sterke emotie vrijwel niet vergeten (Dirkse, Kessels, Hoogeveen en Dixhoorn, 2011).

2.3 Diagnose

De diagnose van dementie wordt overigens niet zomaar gesteld. Een ernstige geheugenstoornis moet namelijk minimaal met een ander probleem gepaard gaan zoals het niet meer kunnen herkennen van voorwerpen terwijl de zintuigen nog werken, een verstoord taalbegrip, het niet meer kunnen uitvoeren van meervoudige handelingen en problemen met plannen, regelen en abstract denken. De diagnose van dementie wordt ook pas gesteld als de klachten het dagelijks functioneren in enige mate verstoren (Hersenstichting, z.d.).

Aan de hand van hersenscans kan dementie ook aangetoond worden. Bij dementie zullen de hersenen namelijk langzamerhand verschrompelen. Ook door hersenvochtonderzoek kan dementie vastgesteld worden. Bij de ziekte van Alzheimer bevinden zich bijvoorbeeld bepaalde eiwitten in het hersenvocht die niet aanwezig zijn bij een gezond persoon (Hersenstichting, z.d.).

2.4 Geneesmiddelen

Helaas zijn er nog geen geneesmiddelen om deze ziekte tegen te gaan. Wel zijn er medicijnen die het proces *kunnen* vertragen. Mensen met dementie reageren zeer verschillend op dit medicijn. Daarom moet regelmatig gecontroleerd worden wat de effecten zijn bij het gebruik van deze medicatie. Overige medicijnen die voorgeschreven worden zijn niet direct gericht op de dementie, maar op andere klachten veroorzaakt door de ziekte zoals angst, rusteloosheid, slaapproblemen, hallucinaties en wanen. Momenteel wordt er veel geld geïnvesteerd om meer onderzoek te doen naar deze

ziekte, de oorzaak ervan en wat de ziekte eventueel zou kunnen voorkomen of genezen (Hersenstichting, z.d.).

Het feit dat er momenteel nog geen geneesmiddel is tegen dementie maakt het belang van voorzieningen voor mensen met dementie des te groter. Zolang dementie niet genezen kan worden is het van belang om het leven van mensen met dementie zo dragelijk mogelijk te maken. Door middel van het bieden van een goede dagbesteding waarbij ook ondersteuning wordt geboden aan de mantelzorger kan het leven van mensen met dementie dragelijker gemaakt worden.

3 De mantelzorger

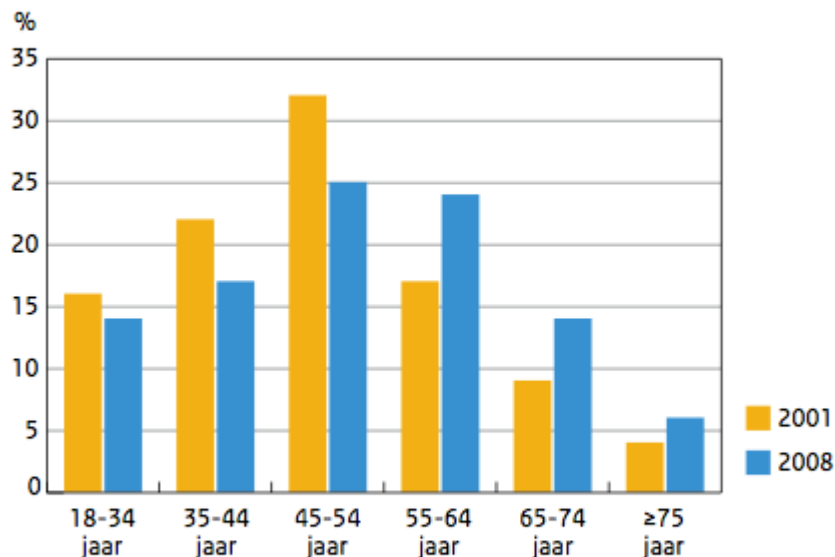
De mantelzorger speelt een belangrijke rol in het leven van een persoon met dementie. Zonder mantelzorg is het lastig om een persoon met dementie zo lang mogelijk thuis te laten wonen. In een periode waarin door de overheid gestimuleerd wordt om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen zal de mantelzorger een steeds plaats innemen. In dit hoofdstuk zal worden uitgelegd wat mantelzorg inhoudt en hoeveel mantelzorgers Nederland telt. Ook zal ingegaan worden op de belasting die de zorg voor een ander met zich meebrengt.

3.1 Wat is mantelzorg

Mantelzorg is de langdurige en onbetaalde zorg die iemand verleent aan een chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend persoon. Een belangrijk kenmerk van mantelzorgers is dat zij niet beroepsmatig werken, maar zorg verlenen omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen zoals een familielid of een vriend. De hulp kan bestaan uit bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of begeleiding. Het verschil tussen mantelzorg en vrijwilligerswerk is dat mantelzorgers er niet voor kiezen om voor iemand te zorgen. Het overkomt deze mensen door de emotionele band met de hulpbehoevende. Ook kunnen mantelzorgers niet zomaar de zorg die zij leveren beëindigen, wat bij vrijwilligerswerk wel mogelijk is (Mezzo, z.d.).

In Nederland zijn momenteel ongeveer 3,5 miljoen mantelzorgers van 18 jaar en ouder. Dit komt erop neer dat een op de vier volwassenen in Nederland mantelzorg biedt. 60% hiervan is vrouwelijk. In 2008 was bijna de helft van de mantelzorgers tussen de 45 en 65 jaar oud. Het aantal oudere mantelzorgers neemt echter wel toe. Onderstaande grafiek toont de gemiddelde leeftijd van de mantelzorger van 2001 en 2008.

Figuur 2 Leeftijdsverdeling van mantelzorgers die langdurig en/of intensief hulp geven in 2001 en 2008 (in procenten)



Bron: SCP (Mantelzorg 2001); CBS (IH'08) SCP-bewerking

Van de 3,5 miljoen mantelzorgers in Nederland bieden 2,6 miljoen mantelzorgers meer dan acht uur per week hulp en/of bieden deze hulp langer dan drie maanden. Dit blijkt ook uit onderstaande tabel.

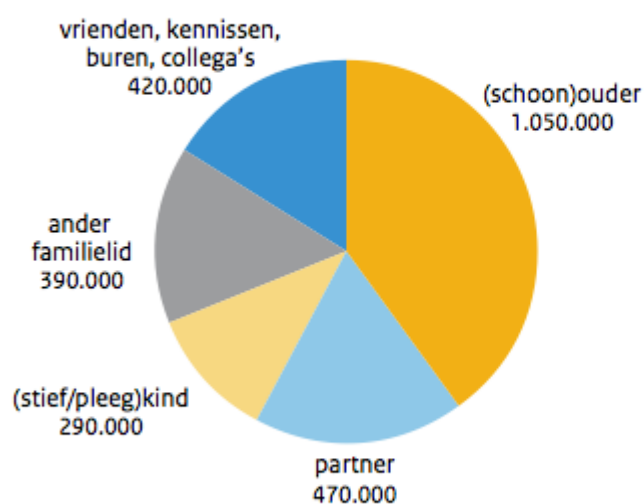
Tabel 1 Aantal mantelzorgers van 18 jaar of ouder in Nederland naar duur en intensiteit in 2001 en 2008 (in absolute aantallen x 1000)

	2001	2008
totaal	3.700	3.500
meer dan 8 uur per week	1.050	1.400
meer dan 3 maanden	2.050	2.300
meer dan 8 uur per week en/of meer dan 3 maanden	2.400	2.600
meer dan 8 uur per week en meer dan 3 maanden	750	1.100

Bron: SCP (Mantelzorg 2001); CBS (IH'08) SCP-bewerking

Van de mantelzorgers tussen de 18 en 65 jaar heeft 71% naast deze zorgtaken ook betaald werk. 40% biedt hulp aan hun ouder of schoonouder. Dit komt neer op ruim 1 miljoen mensen. Onderstaand cirkeldiagram toont relatie tussen mantelzorger en zorgvrager in Nederland.

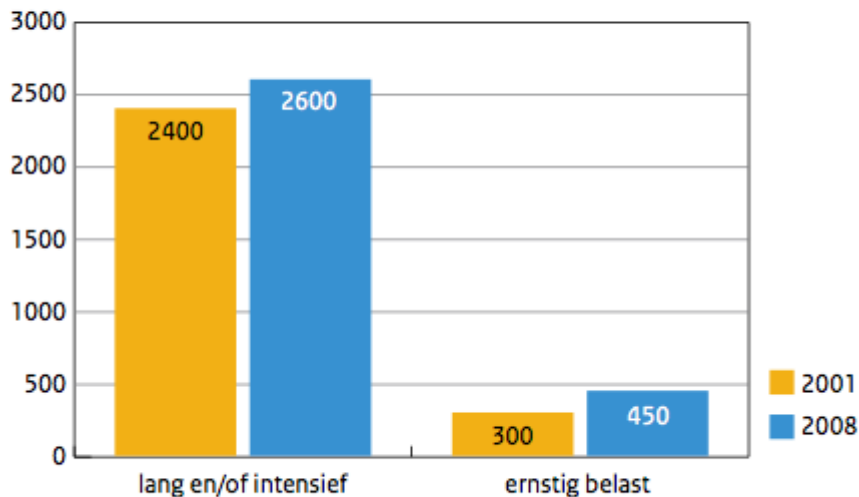
Figuur 3 Sociale relatie tussen hulpbehoevenden en mantelzorgers die langdurig en/of intensief hulp geven, 2008 (in absolute aantallen)



Bron: CBS (IH'08) SCP-bewerking

Tot slot voelen 450.000 mantelzorgers zich zwaarbelast of zelfs overbelast (SCP, 2010)

Figuur 1 Aantal mensen dat lang en/of intensief helpt en aantal ernstig belaste mantelzorgers in 2001 en 2008 (in absolute aantallen x 1000)

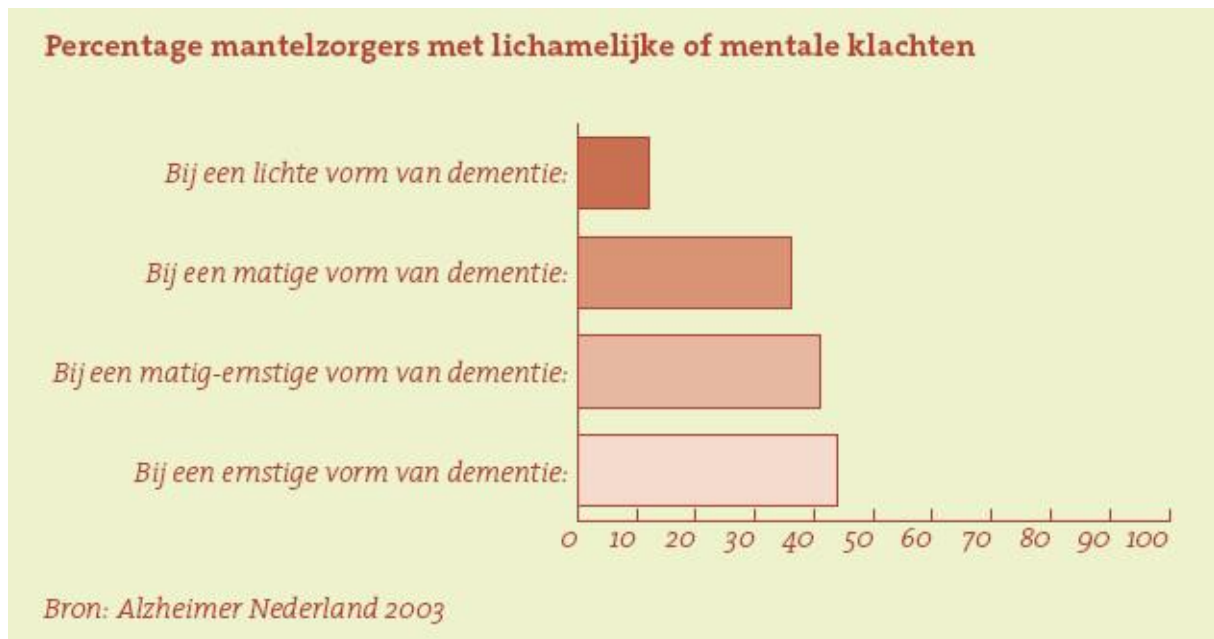


Bron: SCP (Mantelzorg 2001); CBS (Ih'08) SCP-bewerking

Helaas is er weinig bekend over de mantelzorg voor mensen met dementie. Zo is niet bekend hoeveel mantelzorgers zorgen voor mensen met dementie. Wel staat vast dat 60% van de hulp aan dementerenden wordt verleend door met name gezinsleden of andere familieleden (Duijnste, 1996). Alleenstaande dementerende ouderen zoeken vooral hulp bij (schoon)dochters. Van de mantelzorgers die zorgen voor mensen met dementie is 40% tussen 45-65 jaar en 40% is ouder dan 65 (Schoenmakers e.a., 2002).

3.2 Belasting van de mantelzorger

Het zorgen voor een ander kan belastend zijn. Dit blijkt ook uit de 450.000 Nederlandse mantelzorgers die aangeven zich zwaarbelast of zelfs overbelast te voelen. Door het leveren van zorg raken mantelzorgers vaak een deel van hun bewegingsvrijheid kwijt. Hierdoor komen zij minder toe aan het onderhouden van sociale contacten, vrijetijdsbesteding of vakantie. Bij mantelzorg kan de onderlinge rolverdeling ingrijpend veranderen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat de man opeens voor zijn vrouw moet koken of een kind voor zijn moeder moet zorgen, terwijl de rolverdeling voorheen omgekeerd was. Ook dit kan een belastend effect hebben op de mantelzorger. Daarnaast kan de zorg op lichamelijk en psychisch gebied invloed hebben. Mantelzorgers doen vaak meer dan ze aankunnen. Door de extra zorg naast werk en andere verplichtingen maken ze lange dagen met slaaptekort en vermoeidheid tot gevolg. Daarnaast komt de eigen gezondheid vaak op een tweede plaats te staan. Dit blijkt ook uit onderstaande grafiek.



(Expertisecentrum mantelzorg, z.d.)

Indien de mantelzorger een eigen gezin met kinderen heeft kan dit tot spanningen binnen het gezin leiden doordat er minder tijd voor het gezin beschikbaar is. Deze spanningen kunnen psychische problemen bij de mantelzorger veroorzaken. Doordat er weinig tijd over blijft om sociale contacten te onderhouden kan de mantelzorger in een sociaal isolement raken wat tot emotionele spanning kan leiden. Mantelzorgers vragen vaak geen hulp voor hun psychische problemen. Hierdoor kunnen deze problemen zich uiten in lichamelijke klachten of spanningsklachten. Met spanningsklachten wordt mentale spanning zoals stress bedoeld (Duijnste, Guldemond & Hendriks, 2001).

De zorg voor een persoon met dementie kan de belasting van de mantelzorger vergroten. Door het sluipende begin van de ziekte is niet gelijk duidelijk dat het om dementie gaat. Deze onzekere periode voor de diagnose is vaak zeer belastend voor de mantelzorger. Ook is dementie een progressieve ziekte, waardoor de mantelzorg steeds meer toe zal nemen. Daarnaast kan weinig ziekte-inzicht leiden tot onbegrip. Zo is niet altijd bekend bij familie en vrienden dat vooral recente gebeurtenissen vergeten worden door de persoon met dementie.

Dementie heeft ook gedragsverandering tot gevolg. Agressie, achterdocht, angstige reacties, claimend gedrag en beschuldigingen van bijvoorbeeld diefstal vallen onder deze gedragsverandering. Bij te weinig ziekte-inzicht kan dit tot gevolg hebben dat familie en vrienden de persoon met dementie beschuldigen van opzet, manipulatief gedrag of aanstellerij. Deze gedragingen worden veelal gericht op degenen die zich het meeste om de persoon met dementie bekommeren. Daarnaast zijn deze gedragingen onvoorspelbaar, wat een emotioneel en onveilig gevoel bij de mantelzorger kan veroorzaken. Ook kunnen mantelzorgers het gedrag van de persoon met dementie persoonlijk opvatten, waardoor de belasting van de mantelzorger nog groter wordt. Het inzicht dat de gedragingen bij de ziekte horen en niet persoonlijk bedoeld zijn, kan het gevoel van onveiligheid voor een deel wegnemen (Duijnste, Guldemond & Hendriks, 2001).

De zorg voor een persoon met dementie heeft ook een financieel aspect. Soms zijn aanpassingen in het huis noodzakelijk zoals extra sloten, leuningen in de badkamer en het installeren van een brandmelder. Ook aangepaste kleding, speciale voeding, taxi vervoer, medicatie en incontinentiemateriaal kunnen voor extra kosten zorgen. Dementie heeft ook arbeidsongeschiktheid tot gevolg. En door de intensiviteit van de zorg kan het zijn dat de mantelzorger minder kan werken. Door de inkomstenverlaging en de extra kosten die de zorg voor een persoon met dementie met zich

meebrengen kunnen financiële problemen ontstaan. Door deze mogelijke financiële problemen kan de belasting van de mantelzorger nog meer worden vergroot (Duijnstee, Guldemond & Hendriks, 2001). Ondanks deze negatieve gevolgen die mantelzorg met zich mee brengt geeft 85% van de mantelzorgers aan ook positieve ervaringen op te doen zoals voldoening, bevestiging en zelfvertrouwen (Narayan, e.a., 2001).

3.3 Verminderen belasting van de mantelzorger

Toch zijn er manieren om de belasting van de mantelzorger te verminderen. Zeker familie van de mantelzorger kan hierbij ondersteuning bieden door begrip en waardering te tonen. Ook het overnemen van huishoudelijke taken door overige familieleden kan de last van de mantelzorger verlichten (Blom & Duijnstee, 1996).

Daarnaast kan de overheid bijdragen aan de vermindering van de belasting van de mantelzorger. Gemiddeld 70% van de mantelzorgers in Nederland combineert deze zorgtaken met betaald werk. De combinatie van werk en zorg kan zwaar zijn. Daarom is het project 'Werk & mantelzorg' opgezet. Zo worden ambassadeurs voor mantelzorg in bedrijven ingezet om een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid te promoten. Ook zijn er verschillende verlofregelingen, zoals zorgverlof en calamiteitenverlof waar de mantelzorger gebruik van kan maken (Rijksoverheid, z.d.).

Tot slot kan de mantelzorger respijtzorg aanvragen. Hierbij worden de zorgtaken (tijdelijk) overgenomen door beroepskrachten of vrijwilligers. Deze zorg kan thuis, maar ook buitenshuis gegeven worden. Bij zorg buitenshuis wordt de zorgbehoevende tijdelijk overgeplaatst naar een logeervoorziening of dagopvang. De respijtzorg kan incidenteel worden overgedragen op momenten dat de mantelzorger behoefte heeft aan een adempauze. Ook kan deze zorg structureel ingezet worden, bijvoorbeeld door de zorgtaken een vaste dag in de week over te laten nemen (Rijksoverheid, z.d.).

4 Zorg en ondersteuning voor thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorger

In de loop van de jaren is dementie steeds meer in de aandacht gekomen. Ook wordt er meer aandacht besteed aan voorzieningen voor mensen met dementie. In dit hoofdstuk zullen verscheidene voorzieningen beschreven worden. Reguliere dagbehandelingen, ontmoetingscentra en LPD plus MO's zullen uitgebreid behandeld worden, omdat dit onderzoek betrekking heeft op deze voorzieningen.

4.1 Ontwikkelingen in de dementiezorg

De dementiezorg heeft zich met name vanaf de tweede helft van de 20^{ste} eeuw verder ontwikkeld. Vanaf eind jaren zestig werden mensen met dementie beschouwd als een aparte doelgroep. Daarvoor werd er geen onderscheid gemaakt tussen somatiek (lichamelijk) en psychogeriatric (geestelijk). Er was geen specifieke voorziening voor mensen met dementie, waardoor ze op verscheidene locaties verbleven zoals ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Er werd pessimistisch gedacht over dementie. Zo werd gedacht dat mensen met dementie alleen maar verzorgd en bezig gehouden konden worden. Vanaf het begin van de jaren zeventig werden mensen met dementie veelal geplaatst in psychogeriatric afdelingen in verpleeghuizen. Daar werden ze bij wijze van spreken afgesloten van de buitenwereld. In deze tijd werd met name vanuit een medisch-biologisch oogpunt gekeken naar dementie. Er werd vooral aandacht besteed aan het verkrijgen van inzicht in de symptomen en de oorzaak van dementie. Ook werd gezocht naar methoden om de ziekte te genezen of zelfs te voorkomen. In de jaren zeventig en tachtig werd ook interesse getoond voor de blijvende beperkende gevolgen van dementie en eventuele mogelijkheden voor revalidatie en compensatie (Dröes, 2010).

Dit blijkt ook uit ontwikkelingen die zich vanaf deze tijd voordeden. Zo kwam vanaf de jaren tachtig de omgang met mensen met dementie in opspraak. In 1980 publiceerde Ilse Warners een betoog genaamd 'Conserving of Therapie' in het tijdschrift Metamedica. Zij veronderstelde dat mensen met dementie geen schilderijen in een museum zijn die opgesloten en bewaakt moeten worden. Mensen met dementie staan juist open voor invloeden uit hun omgeving. Na dit betoog schreef Ilse Warners nog een aantal artikelen waarin ze verder uitdiepte hoe mensen met dementie het beste bejegend kunnen worden (Warners, 1980). Ook in 1983 werd door Leo Cahn, een psychiater verbonden aan een verpleeghuis, beaamd dat mensen met dementie beïnvloed worden door mensen uit hun omgeving. Volgens Leo Cahn kunnen mensen met dementie wel degelijk geholpen worden met therapieën. Hiermee bedoelde hij niet de therapie van professionals die slechts een paar uur per dag in beslag neemt, maar 24 uurstherapie aan de hand van de bejegening van de verzorgenden naar mensen met dementie toe. Volgens Leo Cahn leren verzorgenden alleen maar hoe ze iemand met dementie moeten verzorgen, maar niet hoe ze hen moeten bejegenen. Om iemand goed te kunnen benaderen moet je kennis hebben van iemands lichamelijke en geestelijke toestand, de voorgeschiedenis, de sociale omstandigheden en dergelijke (Cahn, 1983).

In Amerika en Engeland spanden psychiaters en psychologen zich vervolgens in om een therapie voor mensen met dementie te vinden. Het doel van deze therapie zou zijn om mensen met dementie bij de tijd en bij de werkelijkheid te houden. Hiervoor is een stimulerende, zinvolle en gestructureerde omgeving van belang. Deze therapie werd 'Reality Orientation Training' (ROT) genoemd. Het uitgangspunt van deze therapie is dat functies die niet worden gebruikt, achteruitgaan en verdwijnen. Geheugentraining zou deze functies langer in stand moeten kunnen houden.

In 1984 en 1985 werd ook in Nederland op initiatief van het Instituut van Verplegingswetenschap gekeken naar mogelijkheden om de ROT-therapie in te voeren in een verpleeghuis (van der Kooij,

1986). Aan verzorgenden werd groeps-Reality Orientation Training aangeleerd. Bij evaluatiegesprekken kwam echter steeds weer naar voren dat mensen met dementie niet reageerden op geheugentrainingen. Ze konden hun eigen naam, de datum en afdeling waarop ze zich bevonden niet onthouden. Wel bleken ze in staat om nieuwe liedjes te leren.

Eind jaren tachtig, begin jaren negentig begon men meer aandacht te besteden aan de beleving van de cliënt. Zo werd nagedacht over hoe mensen met dementie hun beperkingen ervaren en hoe ze daarmee omgaan. Deze verandering van denkwijze is op gang gekomen door onder andere de stress-coping theorie (Lazarus & Folkman, 1984). Met coping wordt de manier bedoeld waarop iemand omgaat met bepaalde problemen en gebeurtenissen. Volgens Lazarus en Folkman is de wijze waarop iemand zijn of haar omgeving ervaart, bepalend voor het ervaren van stress. Ook stellen zij dat coping in grote mate bepaald wordt door de wijze waarop de betrokkene zijn eigen mogelijkheden inschat (Verberk & Kuiper, 2006). Bij mensen met dementie begon men zich af te vragen of depressief en angstig gedrag beschouwd moest worden als een ziektekenmerk, of dat deze symptomen te verklaren zijn doordat de persoon met dementie, bewust of onbewust, moeite heeft met de acceptatie van de gevolgen van de geestelijke achteruitgang en de verliezen die daarmee samenhangen (Feil, 1982; Miesen, 1990; Dröes, 1991; Kitwood, 1997). Ook door nieuwe behandelingsmogelijkheden voor ziekten die voorheen dodelijk waren is men meer cliëntgericht gaan werken. Doordat deze voorheen onbehandelbare ziektes zoals hart- en vaatziekten, kanker en AIDS chronisch werden ontstond meer aandacht voor hoe mensen omgaan en leven met chronische ziekten (Samson et al., 2007). Naast de interesse voor de beleving van de mensen met dementie werd er ook naar gekeken om de zorg en ondersteuning beter aan te laten sluiten bij de beleving van de cliënten. Zo heeft de psychosociale hulpverlening zich ontwikkeld. Binnen de dementie is de doelstelling van deze vorm van hulpverlening het bieden van ondersteuning in het omgaan met de directe en indirecte gevolgen van deze ziekte (Dröes, 2010).

Nederlandse zorgverleners kwamen tot inzicht dat mensen met dementie behoefte hebben aan bejegening gericht op hun eigen persoonlijkheid. Gevoelsmatige communicatie kwam steeds meer in de aandacht. Hierbij kwam ook de vraag naar voren waarom mensen met dementie georiënteerd moeten worden op 'de werkelijkheid'. Deskundigen kwamen namelijk tot de conclusie dat mensen met dementie in een eigen wereld leven. Mensen met dementie zouden graag willen dat anderen zich inleven in de wereld van de persoon met dementie (Dröes, 2010).

4.2 Validation

Ook Naomi Feil is tot dezelfde conclusies gekomen wat de bejegening met mensen met dementie betreft. Nadat ROT niet de gewenste effecten had, was de tijd rijp om een nieuwe benadering te ontwikkelen. Naomi Feil heeft vervolgens een validerende benadering (Validation) ontwikkeld. Onder validatie wordt de gevoelens van een ander herkennen en bevestigen verstaan. Het woord dementie werd door haar verworpen, omdat het woord 'dement' letterlijk 'zonder geest' betekent. Daarom spreekt Naomi Feil in haar Validation over 'gedesoriënteerde ouderen'. Haar benadering is zo populair geworden, omdat theorie gecombineerd wordt met tips over de omgang met mensen met dementie. Deze tips zijn gedetailleerd, en toch gemakkelijk toe te passen na enige oefening. Veel zorgverleners hadden intuïtief een goede bejegening naar mensen met dementie toe, maar door de Validation van Naomi Feil is de juiste bejegening ook theoretisch onderbouwd. Deze benadering kan zowel in verzorgingstehuizen als in thuissituaties worden toegepast. Het belangrijkste van Validation is om beroep te doen op gevoelsmatige ervaringen en gevoelens. Volgens de Validation wordt de basis voor omgang met gedesoriënteerde ouderen gevormd door gevoelens die alle mensen met elkaar, en dus ook met de gedesoriënteerde ouderen delen. Naomi Feil spreekt over Validation als therapie. Volgens haar kan Validation het dementeringsproces stabiliseren of zelfs terugdringen. In Nederland wordt momenteel gewerkt met Validation als benaderingsmethode en niet als therapie. Mogelijk wordt in de toekomst gekeken naar de inzet van Validation als therapie met als doel om

innerlijke rust bij gedesoriënteerde ouderen te creëren. Dit is namelijk ook het doel waar Naomi Feil naar streeft. De bedoeling is dat de pijn van gedesoriënteerde ouderen verdwijnt doordat anderen de pijn meevoelen en laten verdwijnen. Hierdoor kan opluchting ontstaan wat nieuwe levensvreugde met zich mee kan brengen (Van der Kooij, 1991).

4.3 Huidige ontwikkelingen in de dementiezorg

Ook in de 21^{ste} eeuw staan de ontwikkelingen wat belevingsgerichte zorg niet stil. Er zijn nog geen wetenschappelijk onderbouwde bewijzen om aan te tonen dat belevingsgerichte zorg een positief effect heeft op mensen met dementie. Toch zijn er veel aanwijzingen die aantonen dat de belevingsgerichte zorg een positieve invloed heeft op zowel de mensen met dementie als hun verzorgers. De zorg wordt afgestemd op de individuele behoefte, sociale contacten worden verbeterd en probleemgedrag neemt af. Nog beter zou zijn als de belevingsgerichte zorg rekening zou houden met de fase van dementie waarin iemand zich bevindt (Hamer, 2003).

Volgens Verdult en Van der Kooij is bij de ziekte van Alzheimer sprake van 4 fasen.

In de eerste fase wordt gesproken over een 'bedreigde ik'. De persoon met Alzheimer is zich in deze fase nog bewust van zijn geheugen- en oriëntatieproblemen. Ook merkt de betreffende persoon dat het vermogen om zelfstandig te functioneren afneemt. Door deze gewaarwordingen voelt de persoon zich bedreigd.

In de tweede fase is er sprake van een 'verdwaalde ik'. De persoon met dementie is niet meer in staat om het verschil te zien tussen vroeger en nu. Ook worden bekenden niet meer herkend.

In de derde fase is er sprake van een 'verborgen ik'. De persoon met dementie wordt passiever. Ook neemt het vermogen om initiatief te nemen en contact te leggen af. Emoties verdwijnen en maken plaats voor gevoelens van lust of onlust. In de laatste fase wordt gesproken over een 'verzonken ik'. Mensen met dementie zijn in deze fase vrijwel niet meer in staat om zich te uiten. Ook is er geen wisselwerking meer bij onderling contact. Van lichaamsbeweging is ook vrijwel geen sprake meer. De wereld wordt waargenomen door middel van zintuigen (Verdult en Van der Kooij, 1997).

De effectiviteit van belevingsgerichte zorg is ook in de praktijk onderzocht. In zorgcentrum St. Jongeleen in Geleen werd een afdeling geschoold in het toepassen van belevingsgerichte zorg. Op een andere afdeling werd gekeken naar effecten van het zogenaamde snoezelen. Bij snoezelen worden zintuigen zoals tast, zicht en reuk, gehoor en smaak gestimuleerd. Zo werden binnen St. Jansgeleen een snoezelruimte en een snoezelbadkamer ingericht. Medewerkers zetten middelen in als massage, visuele en auditieve stimulering en aromatherapie. Bij beide afdelingen konden de kernelementen van belevingsgerichte zorg worden toegepast. Dit leidde tot afname van de hoeveelheid voorgeschreven medicatie en vermindering van onrust. Helaas zijn deze veranderingen niet onderbouwd met metingen. Toch is door deze twee afdelingen een werkstijl ontwikkeld die effectief blijkt te zijn in de omgang met cliënten. Naar aanleiding van deze positieve resultaten werd besloten om een methode te ontwikkelen waar het hele psychogeriatrische zorgcentrum gebruik van kon maken (Hamer, 2003).

In St. Jongeleen wordt gewerkt met acht zorggebieden. Namelijk: Rol en relatie, verzorging, bewegen, uitscheiding, voeding en stofwisseling, dagbesteding/ activiteiten en hobby's, slaap/rust en wondverzorging. Aan de hand van deze zorggebieden is per fase van de ziekte van Alzheimer aangegeven op welke manier zorg geleverd dient te worden. Onderstaand schema laat bijvoorbeeld zien waarop gelet moet worden bij de omgang met een cliënt die zich in de 'verdwaalde ik'-beleving bevindt.

Box 1 Zorggebieden verzorging en dagbesteding voor de fase verdwaalde ik-beleving

Verzorging

- Zeg wat je doet of gaat doen
- Werk altijd op dezelfde manier
- Vermijd ingewikkelde handelingen
- Geef een-op-eenverzorging en werk rustig
- Houd verbaal en non-verbaal contact
- Praat niet terwijl de cliënt bezig is
- Maak de cliënt opmerkzaam op zijn uiterlijk (spiegel, complimentje)
- Bied keuzemogelijkheden, maar beperk tot kiezen uit twee

Dagbesteding, activiteiten en hobby's

- Stel het dagbestedingsprogramma samen in overleg met de cliënt, maar geef sturing op basis van vroegere en huidige voorkeuren
 - Stimuleer deelname met zachte overreding, praten en aanraken
 - Houd het activiteitenaanbod op een eenvoudig niveau
 - Houd activiteiten kort of met pauzes
 - Gebruik gesloten vragen
- (Hamer, 2003)

Naast eerder genoemde ontwikkelingen staan de ontwikkelingen in de dementiezorg zeker niet stil. Gezien de toename van mensen met dementie door de vergrijzing in Nederland is het van belang om goede zorg te ontwikkelen voor mensen met dementie. In de toekomst zal worden gekeken hoe aan on vervulde behoeften van mensen met dementie op een effectieve en efficiënte manier kan worden voldaan (Dröes, 2010).

4.4 Voorzieningen voor mensen met dementie

In de dementiezorg worden verschillende voorzieningen genoemd voor mensen met dementie. Deze voorzieningen zijn de dagbehandeling, dagopvang, dagverzorging en dagbesteding. Vaak worden deze termen door elkaar gebruikt. Toch is er wel degelijk sprake van onderlinge verschillen.

Dagbehandeling is bedoeld voor mensen die wel de behandeling van het verpleeghuis nodig hebben, maar voor wie een opname nog niet nodig of zelfs niet mogelijk is. De bezoekers van dagbehandelingen wonen over het algemeen nog zelfstandig thuis met eventuele mantelzorg ondersteuning. Ook wordt dagbehandeling ingezet om juist een opname te voorkomen of uit te stellen. Voor mantelzorgers kan de dagbehandeling van belang zijn om de zorg voor hun naaste beter vol te kunnen houden. Op deze manier hebben zij meer tijd voor zichzelf wanneer de persoon met dementie zich op de dagbehandeling bevindt. Dagbehandeling vindt overdag in een verpleeghuis plaats.

Dagopvang of dagverzorging is bedoeld voor ouderen die zelfstandig wonen en minder goed in staat zijn om hun sociale contacten te onderhouden door lichamelijke of psychische beperkingen. Ook hier wordt gestreefd naar het ontlasten van de mantelzorger. Deze opvang vindt plaats in een verzorgingshuis of in een dienstencentrum.

Dagbesteding is gericht op de mogelijkheid om sociale contacten op te doen en om sociale vaardigheden aan te leren. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van de cliënt (Mak, z.d.).

Dit onderzoek richt zich met name op reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen en laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandelingen met mantelzorg ondersteuning (LPD plus MO's). Om die reden zullen deze twee voorzieningen voor mensen met dementie verder worden toegelicht. Aangezien de werkwijze van LPD plus MO's is gebaseerd op de werkwijze van ontmoetingscentra zal ook hier veel aandacht aan besteed worden.

4.5 Reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen

Mensen met dementie willen het liefst thuis wonen, maar dan wel met deskundige en praktische begeleiding en activiteiten dicht bij huis. Reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen sluiten aan bij deze wens van thuiswonende mensen met dementie. Deze begeleiding kan geboden worden door reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen. Het programma van een dergelijke dagbehandeling bestaat uit een afwisselend aanbod van activiteiten, ontspanning, eten onder begeleiding en individuele of groepsgewijze therapiesessies. Ook het bieden van sociale contacten en structuur, ondersteuning bij lichamelijke problemen, het bevorderen van zelfstandigheid, het adviseren van de mantelzorger en het tegemoet komen aan de behoeften, mogelijkheden en interesses van de cliënt spelen een belangrijke rol. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan jongdementerenden. Dit zijn mensen waarbij dementie voor het 65^{ste} levensjaar is vastgesteld. Zij hebben een andere zorgbehoefte dan ouderen. Bij hen wordt naast aandacht voor lichamelijke functies ook aandacht besteed aan het maatschappelijk functioneren en de verwerking van het ziekteproces (Het punt, z.d.).

4.6 Doelstelling van reguliere dagbehandelingen

De doelstelling van reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen is om mensen met dementie zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren en hen te leren omgaan met de beperkingen die dementie met zich meebrengt. Om dit doel te bereiken wordt door middel van observatie kennis opgedaan over het functioneren van de cliënt. Vervolgens wordt samen met de cliënt een persoonlijk behandelplan opgesteld. Bij dit behandelplan wordt begeleiding geboden door middel van individuele en groepsgesprekken (Argos zorggroep, z.d.). Deze vorm van dagbehandeling is geschikt voor zowel licht als ernstiger dementerenden.

Daarnaast wordt ondersteuning geboden bij de overgang van zelfstandig wonen naar opname in een zorgcentrum (Dementieketen, z.d.; Zorggroep Elde z.d.). De begeleiding bestaat uit een vast team, waardoor een vertrouwensband tussen cliënt en begeleiding opgebouwd kan worden.

Zoals uit het vorige hoofdstuk naar voren kwam zijn veel mantelzorgers overbelast. Reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen lijken een uitkomst te bieden bij het ontlasten van de mantelzorger. Helaas wordt deze voorziening vaak pas ingeschakeld op het moment dat de mantelzorger al overbelast is. Een reguliere psychogeriatrische dagbehandeling wordt veelal gezien als een voorziening voor als het thuis echt niet meer gaat. Dagbehandeling zou echter ingezet moeten worden om overbelasting van de mantelzorger te voorkomen en niet om deze te verminderen. Daarnaast is er nog steeds sprake van een taboe als het om dementie gaat. Hierdoor wordt vaak relatief laat de huisarts ingeschakeld met als gevolg dat de persoon met dementie pas in een laat stadium in een dagbehandeling instroomt (Mak, z.d.).

4.7 Mening van cliënten, mantelzorgers en professionals

In Nederland is het imago van reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen niet erg positief. Het algemene beeld is dat ouderen van 10:00 tot 16:00 in een huiskamer samen de krant lezen, kruiswoordpuzzels maken, spelletjes spelen en koffie drinken (Mak, z.d.).

Het beeld dat mantelzorgers van psychogeriatrische dagbehandelingen hebben is een stuk positiever. Eind 2009 bleek uit de meningen van een panel, bestaande uit 8 mantelzorgers, dat deze dagbehandelingen wel degelijk de belasting van de mantelzorger verminderen (Mak, z.d.). Zo hebben de mantelzorgers meer tijd voor zichzelf wat rust met zich mee brengt. Lichamelijke klachten kunnen afnemen. Ook hoeven zij zich geen zorgen te maken over hun partner, omdat deze in goede handen is bij de dagbehandeling.

Bewegingsactiviteiten blijken een positief effect te hebben op mensen met dementie. Bovendien geven cliënten en mantelzorgers aan dit een belangrijk onderdeel te vinden bij de dagbehandeling. Zij zouden graag willen dat hier meer aan wordt gedaan met meer variatie.

Uit de mening van cliënten en mantelzorgers zijn de volgende 10 wensen en verbeterpunten naar voren gekomen:

1. De activiteiten moeten meer aansluiten bij de individuele wensen van de cliënten.
 2. Er moeten meer bewegingsactiviteiten zijn en de variatie aan activiteiten op 1 dag moet groter worden.
 3. Direct mailcontact met de contactverzorgende is gewenst.
 4. De dagbehandeling moet zich op loopafstand van de woning van de cliënt bevinden.
 5. De cliënt moet vanuit de dagbehandeling gestimuleerd worden om naar de dagbehandeling te gaan.
 6. Er moet meer gedaan worden met het levensverhaal van de cliënt.
 7. Er moet een mogelijkheid voor uitwisseling tussen mantelzorgers en familieleden komen.
 8. Het aanbod moet voor verschillende groepen cliënten geschikt zijn.
 9. Het contact tussen de cliënten moet gestimuleerd worden.
 10. Ook in het weekend moet dagbehandeling aangeboden worden.
- (Mak, z.d.).

Ook uit een ander onderzoek uit 2011 blijkt dat mantelzorgers veel baat hebben bij reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen. Aan 121 mantelzorgers van bezoekers van deze dagbehandeling werd gevraagd om te registreren welke belastende gebeurtenissen (zoals weerstand, onrust, sombere stemming en het verstoren van de nachtrust) zij in de zorg voor hun naaste meemaakten. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 60 jaar. Daarnaast was 82% van de mantelzorgers vrouwelijk. Meestal betrof het dochters (62%) of echtgenotes (35%). Deze gebeurtenissen werden gedurende tien dagen geregistreerd in een voorgestructureerd dagboek waarin de duur, het moment van de dag en de mate waarin het incident emotioneel belastend was genoteerd werden.

Twee van deze registratiedagen vonden plaats voordat met de dagbehandeling begonnen werd. Een maand later werden vier dagen geregistreerd: op twee van deze dagen nam de cliënt geen deel aan de dagbehandelingen en op de andere twee dagen was dit wel het geval. Twee maanden na aanvang van de dagbehandeling werd deze procedure herhaald.

Aan de hand van de gegevens werd uitgerekend hoeveel minuten per dag de mantelzorgers gemiddeld geconfronteerd werden met belastende gebeurtenissen. In de 2 dagen voor deelname aan de dagbehandeling was de gemiddelde belasting 121 minuten per dag. Na een maand was de gemiddelde belasting afgenomen naar 75 minuten per dag op de dagen waarop de naaste de dagbehandeling bezocht. Na twee maanden nam deze belasting op de dagbehandelingsdagen verder af naar 52 minuten per dag. Deze reductie kwam met name tot stand doordat de cliënt tussen negen uur 's ochtends en vier uur 's middags op de dagbehandeling aanwezig was. Maar op de dagbehandelingsdagen werd ook een duidelijke reductie in de ochtenduren, de namiddag, de avond en 's nachts geconstateerd. Door de afname van belastende situaties verbeterde de nachtrust en was er sprake van minder onrust en een betere stemming bij de cliënt. Op dagen dat de cliënt thuis was

werd geen afname van stressvolle incidenten geconstateerd. Mantelzorgers voelden zich op deze dagen wel minder emotioneel belast dan voor de start van de dagbehandeling (Zarit e.a.).

Ook werd gevraagd naar de mening van professionals wat dagbehandelingen betreft.

Om een beter beeld van het dagbehandelingsaanbod in Nederland te krijgen zijn in totaal 6 professionals geïnterviewd door kenniscentra Ideon en Vilans. Uit interviews werd duidelijk dat de ideale dagbehandeling niet bestaat. Juist het aanbod van verschillende vormen van dagbehandeling is gewenst. Ook kwam naar voren dat rekening moet worden gehouden met verschillende niveaus van functioneren. Een hoger opgeleide cliënt heeft bijvoorbeeld meer uitdaging nodig. Daarnaast zijn er ook cliënten die snel overprikkeld raken, terwijl een andere cliënt juist meer prikkels nodig heeft. Dagbehandelingen zouden meer rekening moeten houden met deze individuele verschillen. Wegens bezuinigingen worden bewegingsactiviteiten uit de programma's van de dagbehandelingen gehaald, terwijl juist aangetoond is dat beweging goed is voor mensen met dementie. Er zou juist meer bewogen moeten worden volgens de professionals. Daarnaast zou meer aandacht en ondersteuning gegeven moeten worden aan de mantelzorgers. Ook de openingstijden zouden flexibeler moeten worden, zodat ook avond- en weekendzorg mogelijk gemaakt kan worden. Tot slot kwam uit de interviews met de professionals naar voren dat men behoefte heeft aan criteria om de kwaliteit van een dagbehandeling te meten. Momenteel bestaan deze criteria namelijk nog niet. Om te kunnen bepalen of een dagbehandeling voldoet aan de gestelde eisen zijn deze criteria noodzakelijk (Mak, z.d.).

Uit de mening van de professionals zijn de volgende 10 wensen en verbeterpunten naar voren gekomen:

1. Er moet meer differentiatie op de dagbehandeling komen.
 2. Het aanbod van dagbehandeling moet uitgebreid worden naar de wijk.
 3. Er moeten verschillende omgevingen/ruimtes aangeboden worden waar cliënten zich prettig voelen.
 4. De begeleiding moet goed met groepen kunnen werken.
 5. De begeleiding moet disciplines als psychologen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, creatieve therapeuten en specialisten ouderengeneeskunde kunnen raadplegen
 6. Er moet meer aanbod van beweging komen op de dagbehandeling.
 7. Er moet flexibeler omgegaan worden met openingstijden.
 8. Mantelzorgers moeten ondersteund worden op de dagbehandeling.
 9. Er moet een mogelijkheid tot (zinvolle) activiteiten zijn voor jongdementerenden.
 10. Op korte termijn moet een kwaliteitssysteem voor dagbehandelingen komen.
- (Mak, z.d.).

4.8 Lege plaatsen bij reguliere dagbehandelingen

Toch wordt relatief weinig gebruik gemaakt van de beperkte dagbehandelingplaatsen. Voor circa 150000 thuiswonende mensen met dementie zijn slechts 3688 plaatsen op een dagbehandeling beschikbaar. Deze plaatsen worden echter niet volledig opgevuld. Een verklaring hiervan kan zijn dat de mantelzorger vaak pas in een later stadium van dementie hulp zoekt. Een andere verklaring van de lege plaatsen binnen de dagbehandelingen kan zijn dat de zorgvrager aangeeft geen behoefte te hebben aan een dagbehandeling.

4.9 Ontstaansgeschiedenis van ontmoetingscentra

De afgelopen twintig jaar zijn verschillende vormen van ondersteuning ontwikkeld om de belasting van de mantelzorger te verminderen. Voorbeelden van deze vormen van ondersteuning zijn respijtzorg, gespreksgroepen, informatiebijeenkomsten, bezoek- en oppasservices, allerlei educatief materiaal zoals boeken en informatiefolders enzheimercafés. Ondanks de goede initiatieven kwam het de zorg niet ten goede. Mantelzorgers en zelfs hulpverleners zagen door de bomen het bos niet meer. Het aanbod van de ondersteuningsactiviteiten dreigde versnipperd te raken. Om die reden is besloten om een centrum te openen waarin al deze ondersteuningsactiviteiten samen vallen. Zo zijn ontmoetingscentra in het leven geroepen. In 1993 werden de eerste ontmoetingscentra opgericht in Amsterdam op initiatief van Stichting Valerius en het VU medisch centrum. (VUmc, z.d.). In de loop van de jaren zijn er steeds meer centra bij gekomen. Momenteel zijn ruim 100 ontmoetingscentra in Nederland. Daarnaast zijn nog eens 25 centra in ontwikkeling (Innovatiekring, z.d.).

4.10 Aanbod ontmoetingscentra

De ontmoetingscentra zijn bedoeld voor mensen met licht tot matig ernstige dementie en hun mantelzorgers. Drie dagen per week kunnen cliënten gebruik maken van deze centra. Nieuwe mensen ontmoeten en sociale contacten opdoen is een van de doelstellingen van ontmoetingscentra. Daarnaast wordt een programma aangeboden met onder andere de dagsociëteit, informatieve bijeenkomsten, gespreksgroepen, spreekuren, centrumoverleg en diverse sociale activiteiten en uitstapjes. Mensen met dementie kunnen deelnemen aan activiteiten als tekenen, schilderen, muziek luisteren, spelletjes doen, de krant lezen, boodschappen doen, de lunch voorbereiden, zingen en bewegen. Ook zijn er gezamenlijke activiteiten voor dementerenden en hun mantelzorgers zoals het tweemaandelijks centrumoverleg, feestjes en uitjes. Deelname aan deze activiteiten is echter vrijblijvend door het vrije karakter van ontmoetingscentra (VUmc, z.d.).

Ook aan mantelzorgers wordt ondersteuning geboden. Twee keer per week hebben zij de gelegenheid om deel te nemen aan een gespreksgroep. Daarnaast kunnen mantelzorgers en mensen met dementie gebruik maken van het wekelijkse spreekuur voor deskundig advies en individuele begeleiding. Verder worden diverse informatieve bijeenkomsten georganiseerd. Tot slot wordt zo nodig praktische hulp geboden bij het regelen van zorg thuis en bij verpleeghuisopname (VUmc, z.d.).

4.11 Werkwijze ontmoetingscentra

Ontmoetingscentra gaan methodisch te werk. De methode waar ontmoetingscentra gebruik van maken is gebaseerd op het adaptatie-copingmodel. Bij dit model wordt ervan uitgegaan dat mensen met dementie veelal in een wankel evenwicht verkeren. Door de vele veranderingen en onzekerheden die de ziekte met zich meebrengt dreigt het evenwicht verstoord te raken. Steeds weer zijn aanpassingen nodig. Dat de persoon met dementie niet voortdurend in een crisis raakt door de opeenvolgende veranderingen heeft volgens dit model te maken met hoe de persoon met dementie weet om te gaan met deze veranderingen. Het omgaan met moeilijke omstandigheden wordt in de psychologie copinggedrag genoemd. Voorbeelden van copinggedrag zijn vermijden van moeilijke situaties, compenseren en afleiding zoeken. Steun vanuit de omgeving speelt een belangrijke rol bij het herstellen van het evenwicht. Ontmoetingscentra bieden mensen met dementie en hun mantelzorgers hulp bij de omgang met de gevolgen die dit wankel evenwicht met zich meebrengt (VUmc, z.d.).

De begeleiding die in ontmoetingscentra geboden wordt is gebaseerd op het adaptatie-copingmodel. Met adaptatie wordt het omgaan met de gevolgen van dementie bedoeld. Onder coping verstaan we de omgang met de eventuele stress die veroorzaakt kan worden door de gevolgen van dementie.

Bij de begeleiding van mensen met dementie wordt met name gelet op de volgende eigenschappen van de cliënt:

- het omgaan met eigen beperkingen;
- het ontwikkelen van sociale relaties;
- het behoud van een positief zelfbeeld;
- het accepteren van de begeleiding en behandeling;
- het handhaven van een emotioneel evenwicht;
- het omgaan met een onzekere toekomst.

Per cliënt wordt bepaald hoe zij omgaan met bovenstaande punten.

De uitkomsten van de verkregen informatie en de observaties worden samengevat in een psychosociale diagnose. Aan de hand van deze informatie worden individuele doelen opgesteld met betrekking tot (re)activering, (re)socialisering en tot bevordering van het emotioneel functioneren.

Ook voor mantelzorgers wordt een psychosociale diagnose gesteld. Hierbij wordt naar dezelfde factoren gekeken als bij de persoon met dementie, maar dan vanuit het perspectief van de mantelzorger:

- Heeft de mantelzorger moeite met het omgaan van de beperkingen van de persoon met dementie?
- Heeft de mantelzorger moeite met het accepteren van hulp?
- Heeft de mantelzorger moeite met het onderhouden van sociale contacten?
- Heeft de mantelzorger moeite met het behoud van een positief zelfbeeld?
- Heeft de mantelzorger moeite met het handhaven van een emotioneel evenwicht?

Mantelzorgers worden begeleid door middel van informatieve bijeenkomsten, gespreksgroepen en een individueel spreekuur. Daarnaast wordt elke zes weken een centrumoverleg georganiseerd en heeft de mantelzorger gelegenheid om deel te nemen aan feestelijke bijeenkomsten en sociale uitjes. Tot slot wordt de mantelzorger gestimuleerd om zelf weer sociale activiteiten te ondernemen. Emotionele steun wordt geboden door lotgenotencontact in gespreksgroepen en bij individuele gesprekken tijdens het spreekuur (VUmc, z.d.).

4.12 Verschillen ontmoetingscentra en reguliere dagbehandelingen

Reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen en ontmoetingscentra verschillen van elkaar. Onderstaande kenmerken laten het verschil zien tussen reguliere dagbehandelingen en ontmoetingscentra. De volgende kenmerken gelden voor ontmoetingscentra:

- Er wordt ondersteuning geboden aan zowel de persoon met dementie als aan diens mantelzorger.
- Er is sprake van een laagdrempelige locatie zoals een buurtcentrum of een ouderencentrum.
- Deze locaties maken integratie met buurtbewoners mogelijk.
- De begeleiding bestaat uit een klein vast professioneel team bestaande uit een programmacoördinator, een activiteitenbegeleider en een verzorgende.
- Er wordt casemanagement (Encyclo, z.d.) aangeboden voor bijvoorbeeld de aanvraag van thuiszorg of andere hulpmiddelen. Zo nodig wordt er multidisciplinaire zorg georganiseerd. Deze multidisciplinaire zorg betreft een samenwerking tussen huisartsen, thuiszorg, de wijkpost voor ouderen, de ambulante GGZ, het steunpunt Mantelzorg en verzorgings- en verpleeghuizen.

- Door de laagdrempelige, kleinschalige, geïntegreerde en niet-stigmatiserende opzet van het centrum dicht bij huis wordt het voor de persoon met dementie makkelijker gemaakt om de hulp te accepteren.

Uit onderzoek van het VU medisch centrum (Dröes et al, 2000) blijkt dat ontmoetingscentra een positief effect hebben op de draagkracht van mantelzorgers en op het functioneren van de personen met dementie. Mantelzorgers ervaren minder belasting en kunnen de zorg langer en beter volhouden. Ook het sociaal netwerk wordt uitgebreid. Personen met dementie hebben minder gedragsproblemen en de opname in een verpleeghuis wordt uitgesteld (VUmc, z.d.).

4.13 LPD plus MO

LPD plus MO's zijn ontstaan doordat reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen zich om hebben laten vormen naar laagdrempelige psychogeriatrische dagbehandelingen. Deze zijn over het algemeen gevestigd in een wijk of een andere laagdrempelige locatie. De werkwijze van LPD plus MO's is gebaseerd op de werkwijze van ontmoetingscentra. Ook hier is de begeleiding gebaseerd op het adaptatie-copingmodel. Daarnaast wordt bij LPD plus MO's begeleiding geboden aan de mantelzorgers van de mensen met dementie. Het verschil is echter dat ook cliënten zonder mantelzorger welkom zijn. Hierdoor is de doelgroep van LPD plus MO's groter dan de doelgroep van ontmoetingscentra (Emgo, z.d.).

4.14 Deelnemende instellingen

Voor dit onderzoek zijn cliënten van verscheidene dagbehandelingen geïnterviewd. Deze dagbehandelingen bevinden zich in de regio's Rotterdam, Delft en omstreken. De deelnemende dagbehandelingen Parkhof, François HaverSmidt en DrieMaasHave vallen onder de organisatie Argos Zorggroep.

Argos Zorggroep levert zorg op maat. Activiteiten, begeleiding en behandeling worden afgestemd op individuele wensen en behoeften van de cliënt. Goed contact tussen de cliënt en diens familieleden wordt bevorderd (Argos Zorggroep, z.d.). De doelstelling van de Argos Zorggroep is om kleur in het leven van ouderen en hun naasten te behouden of terug te vinden. Het motto van deze zorggroep is dan ook 'een leven met kleur'. Preventie en herstel spelen een grote rol. Door vroegtijdig hulp te bieden kan functieverlies voorkomen worden of achteruitgang in functie uitgesteld worden. Bij dementie wordt met name ingespeeld op het voorkomen of behandelen van psychiatrische problemen. Ook wordt aandacht besteed aan de mantelzorger. Zo wordt deze ontlast van diens zorgtaken (Argos Zorggroep, z.d.).

LPD Parkhof bevindt zich op de eerste verdieping van een woonzorgcomplex in Maassluis. De cliënten zijn over verschillende ruimtes onderverdeeld, zodat in kleine groepen meer individuele aandacht gegeven kan worden. Deze dagbehandeling is huiselijk ingericht, zodat cliënten zich sneller thuis voelen (Argos Zorggroep, z.d.).

Ook DrieMaasHave bevindt zich in Maassluis. Deze dagbehandeling heeft beschikking over twee binnentuinen en een theetuin. Het behouden van zelfstandigheid van de cliënt is een van de doelstellingen van DrieMaasHave. Hiervoor is een nauwe samenwerking met familieleden van de cliënten noodzakelijk (Argos Zorggroep, z.d.). Het unieke van DrieMaasHave is het Molenkwartier. Dit is een vorm van groepswonen die zich specialiseert in onder andere jongdementerenden. Bij deze kleinschalige woonvoorziening wordt ernaar gestreefd om de bewoners zo veel mogelijk zelf te laten doen (Argos Zorggroep, z.d.).

Zorgcentrum François HaverSmidt bevindt zich in Schiedam. Hier wordt ook dagbehandeling geboden aan mensen met dementie die nog zelfstandig wonen. Door middel van individuele en groeps gesprekken en een goede begeleiding wordt getracht om individuele klachten te stabiliseren en te verbeteren (Argos Zorggroep, z.d.).

Ook ontmoetingscentrum Dock van Delft behoort tot de dagbehandelingen die meedoen aan dit onderzoek. Dock van Delft is een onderdeel van de organisatie Pieter van Foreest.

Pieter van Foreest biedt ondersteuning aan mensen die door een ziekte of beperking hulp nodig hebben bij hun dagelijkse activiteiten. Gekeken wordt naar wat haalbaar is voor individuele cliënten. Belangrijke punten binnen Pieter van Foreest zijn gastvrijheid, betrokkenheid, professionaliteit en activiteit. Gastvrijheid uit zich in vriendelijkheid, behulpzaamheid en tolerantie van de medewerkers. Regelmatig wordt nagegaan of de cliënt tevreden is. Volgens Pieter van Foreest zal niet te snel een oordeel over cliënten geveld worden. Betrokkenheid uit zich in het contact met cliënten, familie en samenwerkingspartners. Professionaliteit uit zich in een goede houding, de nodige kennis en vaardigheden die nodig zijn om met mensen met dementie te kunnen werken. De cliënt en diens zorg-leefplan staan centraal. Fouten worden toegegeven, omdat volgens Pieter van Foreest zelfs opgeleide medewerkers nooit uitgeleerd zijn. Zo staan medewerkers van deze organisatie ook open voor de mening van anderen om daarvan te kunnen leren. Tot slot wordt actief gekeken naar de mogelijkheden om nieuwe vragen of wensen te op te lossen. Pieter van Foreest geeft aan flexibel te zijn en bereid te zijn veranderingen door te voeren om aan de wens van de cliënt te kunnen voldoen. Ook worden cliënten gemotiveerd en ondersteund om zo zelfstandig mogelijk te blijven. Begeleiding wordt individueel afgestemd om de cliënt te helpen om zijn/haar kwaliteit van leven te behouden. Cliënten worden ondersteund zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig hun eigen leven kunnen leiden zoals zij dat wensen. De wensen en behoeften van de cliënt staan centraal (Pieter van Foreest, z.d.).

Deze kenmerken zijn ook terug te zien bij Dock van Delft. Naast de zorg voor personen met dementie wordt ook aandacht besteed aan de mantelzorger door middel van een ondersteuningsprogramma. Daarnaast wordt binnen het programma van Dock van Delft rekening gehouden met jonge mensen met dementie. Hiervoor is een speciaal ondersteuningsprogramma ontwikkeld. Onderdelen van het ondersteuningsprogramma voor jonge mensen met dementie zijn verwerkingsgroepen, geheugentraining, beweging en lotgenotengroepen. De gespreksgroepen en informatiebijeenkomsten zijn bedoeld voor zowel de cliënt als diens mantelzorger. Bij deze gespreksgroepen worden ervaringen uitgewisseld en wordt steun geboden. Ook worden tips en adviezen gegeven met de betrekking op de omgang met mensen met dementie.

Cliënten worden onderverdeeld over verschillende huiskamers. Hierbij wordt rekening gehouden met het niveau van functioneren, maar belangrijker is dat de cliënt zich in zijn omgeving thuis voelt. Daarnaast is een nostalgische ruimte aanwezig waarin etenswaren, etiketten en dergelijke aanwezig zijn uit de jeugdtijd van de cliënt (Pieter van Foreest, z.d.).

5 Onderzoeksresultaten van mensen met dementie

Om te bepalen of LPD plus MO een meerwaarde heeft ten opzichte van reguliere dagbehandelingen is bij dit onderzoek gekeken naar de behoeften en kwaliteit van leven van mensen met dementie van beide dagbehandelingen. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze onderdelen besproken.

5.1 Achtergrondgegevens

In eerste instantie is gekeken naar de achtergrondgegevens van de pas ingestroomde deelnemers. Onderstaande achtergrondgegevens zijn gebaseerd op 10 deelnemers van de reguliere dagbehandeling en 4 deelnemers van LPD plus MO bij aanvang van de dagbehandeling.

	Reguliere psychogeriatrische dagbehandeling	LPD-plus MO
Zorgvrager man	40 %	50 %
Zorgvrager vrouw	60 %	50 %
Gemiddelde leeftijd zorgvrager	84 jaar	87 jaar
Gemiddelde MMSE-score zorgvrager (max 30)	20	17
Burgerlijke staat zorgvrager • gehuwd • weduwe	60 % 40 %	50 % 50 %
Woonsituatie zorgvrager • zelfstandig alleen • zelfstandig met partner	40 % 60 %	50 % 50 %

Zoals aan de resultaten te zien is zijn er slechts kleine verschillen tussen de deelnemers van beide dagbehandelingen. Het percentage vrouwen bij de reguliere dagbehandeling is iets hoger dan bij LPD plus MO. Ook zijn de deelnemers van de reguliere dagbehandeling iets jonger en is de gemiddelde MMSE-score (mini-mental state examination) hoger. Ook bij de burgerlijke staat en de woonsituatie zijn slechts minimale verschillen gemeten tussen beide dagbehandelingen.

5.2 Resultaten behoeften

Bij dit onderzoek is ook gekeken naar de bestaande behoeften van personen met dementie. Hoe minder bestaande behoeften deelnemers hebben op gebieden als wonen, medicatie, financiën, eten, mobiliteit, sociale contacten, dagbesteding en dergelijke, hoe hoger de kwaliteit van leven.

Onderstaande tabel laat het beloop van de bestaande behoeften van de personen met dementie zien van reguliere dagbehandelingen:

Zorgvrager	Meting 1	Meting 2	Meting 3
1	0	-	-
2	3	0	-
3	1	0	-
4	-	1	2
5	-	9	-
6	-	1	1
7	0	1	-
8	1	-	-
9	6	-	-
10	1	-	-

Bij deelnemers 2 en 3 is een daling te zien in de bestaande behoeften. Bij deelnemers 4 en 7 is juist een stijging te zien in de bestaande behoeften. Bij deelnemer 6 zijn de bestaande behoeften gelijk gebleven.

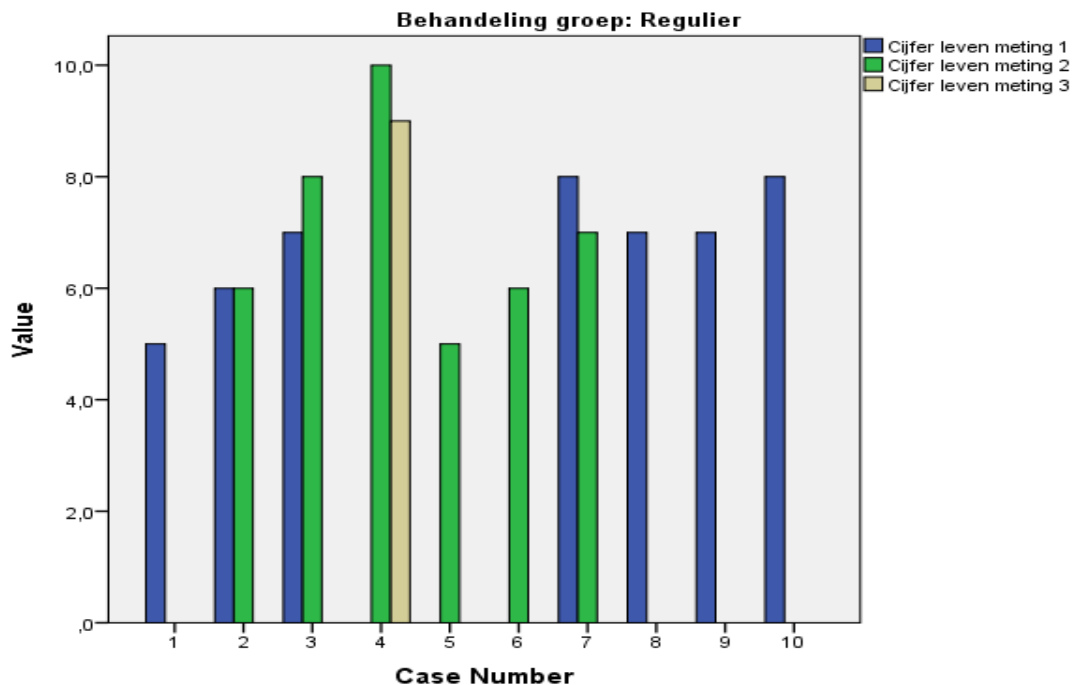
Aantal keer bestaande behoeften zorgvrager LPD plus MO

Zorgvrager	Meting 1	Meting 2	Meting 3
11	3	-	-
12	2	-	-
13	-	6	3
14	5	-	-

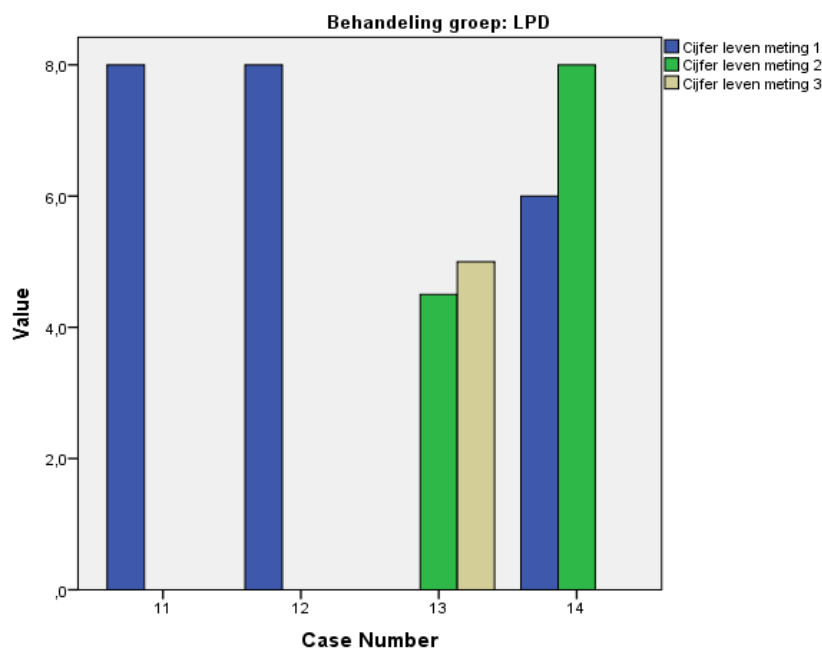
Bij de deelnemers van LPD plus MO is bij deelnemer 13 een duidelijke daling in bestaande behoeften te zien. Van de overige deelnemers is slechts een meting afgenomen, waardoor bij deze deelnemers geen conclusies getrokken kunnen worden wat betreft het beloop van de bestaande behoeften.

5.3 Resultaten kwaliteit van leven

Ook is aan de mensen met dementie gevraagd om hun leven een rapportcijfer te geven tussen 0 en 10. Aan de hand van deze gegevens kan geconcludeerd worden hoe tevreden de deelnemers zijn met hun eigen leven.



Bij bezoekers van de reguliere dagbehandeling is te zien dat deelnemer 3 een positievere beoordeling geeft aan zijn leven bij meting 2 in vergelijking met meting 1. Bij deelnemer 4 en 7 is een daling te zien in de beoordeling van het eigen leven. Bij deelnemer 2 is geen verandering te zien in het beloop.



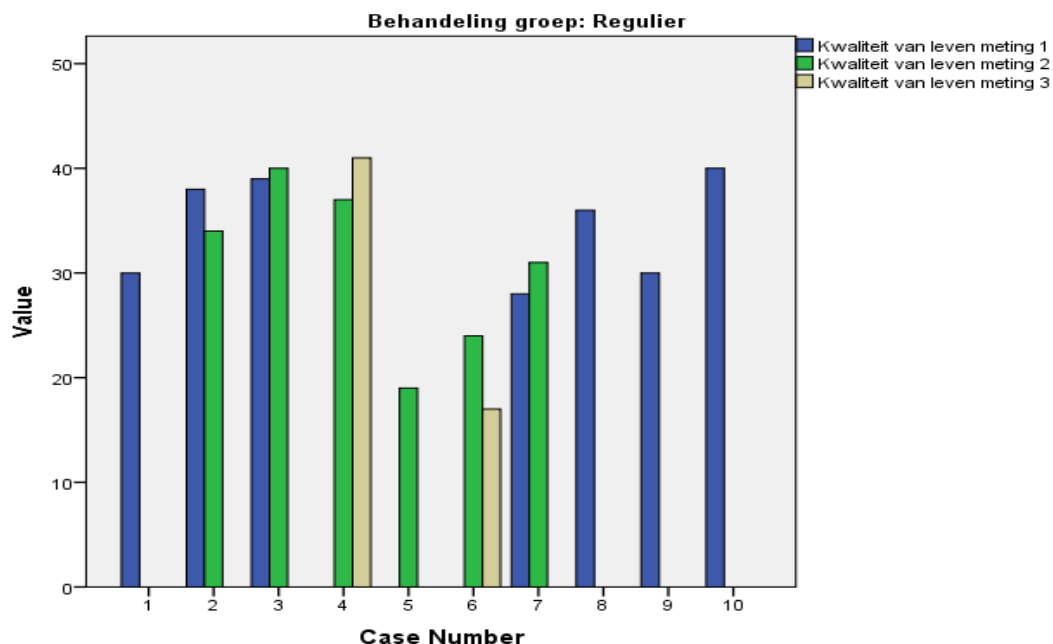
Bij LPD plus MO is te zien dat deelnemers 13 en 14 hun eigen leven bij een vervolgmeting positiever beoordelen. Van deelnemers 11 en 12 is maar een meting bekend, waardoor geen conclusie getrokken kan worden uit het beloop van de kwaliteit van leven. Wel is te zien dat deze deelnemers een hoog cijfer geven aan hun eigen leven. Zij beoordelen hun leven namelijk met een 8.

Kwaliteit van leven kan ook bepaald worden aan de hand van het functioneren. Onderstaande tabel laat zien hoeveel procent van de deelnemers symptomen heeft van bepaalde gedragingen. Deze cijfers zijn gebaseerd op 7 deelnemers van de reguliere dagbehandeling en 3 personen van LPD plus MO aan de hand van meting 1.

	Reguliere psychogeriatrische dagbehandeling (totaal 7)	LPD plus MO (totaal 3)
Wanen	2 (28,6 %)	1 (33,3 %)
Hallucinaties	1 (14,3 %)	1 (33,3 %)
Agitatie-agressie	2 (28,6 %)	2 (66,7 %)
Depressie/dysforie	4 (57,1 %)	1 (33,3 %)
Angst	4 (57,1 %)	1 (33,3 %)
Euforie/ opgetogenheid	1 (14,3 %)	1 (33,3 %)
Apathie/onverschilligheid	4 (57,1 %)	3 (100 %)
Ongepast ontremd gedrag	3 (42,9 %)	1 (33,3 %)
Prikkelbaarheid/ labiliteit	4 (57,1 %)	2 (66,7 %)
Doelloos herhalend gedrag	3 (42,9 %)	1 (33,3 %)
Nachtelijke onrust	4 (57,1 %)	2 (66,7 %)
Verandering eetlust/eetgedrag	3 (42,9 %)	3 (100 %)

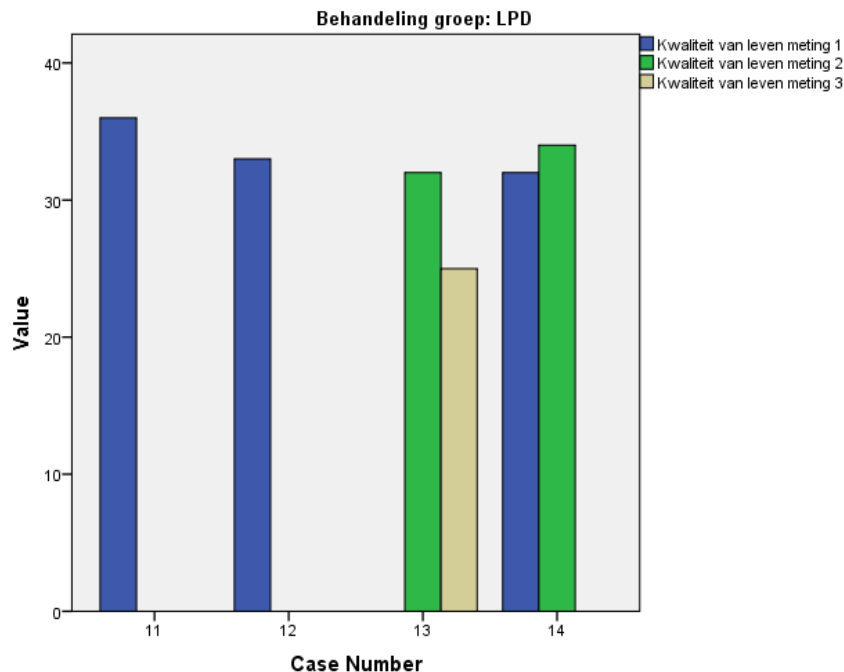
Bij depressie en angst heeft de reguliere dagbehandeling een duidelijk groter percentage vergeleken met LPD plus MO. Op de gebieden agressie, apathie en verandering in het eetgedrag scoort LPD plus MO juist hoger. Bij de overige gebieden zijn slechts kleine verschillen te zien.

Tot slot is aan de deelnemers van het onderzoek gevraagd te oordelen over hun vitaliteit, stemming, woonomstandigheden, contact met familie, vrienden en eventuele partner, hun vermogen om leuke dingen te doen en karweitjes te verrichten en hun persoon en leven als geheel. De maximale score is 63 punten, wat aan zou geven dat het leven uitstekend is. Onderstaande gegevens laten zien hoe de deelnemers van de dagbehandeling over hun eigen leven oordelen op eerder genoemde onderdelen.



Bij deelnemers 2 en 6 is een daling te zien in het beloop, terwijl bij deelnemers 3, 4 en 7 juist een stijging te zien is. Van de andere deelnemers missen de overige metingen, waardoor meerdere

metingen van de totaalscore van bovenstaande onderdelen niet met elkaar vergeleken kunnen worden.



Bij LPD-puls MO's is bij deelnemer 13 een daling te zien van de kwaliteit van leven. Bij deelnemer 14 is juist een lichte stijging te zien.

5.4 Conclusie

Gezien de relatief kleine groep deelnemers is het vrijwel onmogelijk om goede conclusies te trekken uit de onderzoeksresultaten. Zo is het verschil van de achtergrondgegevens van de deelnemers relatief gezien zo klein dat voorzichtig aangenomen kan worden dat er geen grote verschillen zijn gekeken naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, MMSE-score en woonsituatie. Ook bij de bestaande behoeften zijn geen duidelijke verschillen in het beloop te zien. Wel lijkt het gemiddelde aantal bestaande behoeften bij LPD plus MO hoger te liggen dan bij de reguliere dagbehandeling. Bij het cijfer dat deelnemers aan hun eigen leven hebben gegeven is bij LPD plus MO een voorspoediger beloop te zien. Bij de helft van de deelnemers is het cijfer namelijk gestegen bij de daaropvolgende meting, terwijl bij de reguliere dagbehandeling sprake was van twee dalingen en slechts 1 stijging. Gekeken naar bepaalde gedragingen lijken angst en depressiviteit meer voor te komen bij reguliere dagbehandelingen, terwijl onverschilligheid, agressie en verandering in eetgedrag juist meer voorkomt bij LPD plus MO. Bij de totaalscore waarbij de kwaliteit van leven gemeten wordt aan de hand van bepaalde onderdelen zoals vitaliteit, sociale contacten, het eigen leven en dergelijke zijn ook geen eenduidige verschillen te zien. Bij beide groepen is er sprake van stijgingen en dalingen in het beloop. In het geheel zijn geen eenduidige verschillen tussen de mensen met dementie van beide dagbehandelingen te zien uit de onderzoeksresultaten.

6 Onderzoeksresultaten van de mantelzorgers

Om te bepalen of LPD plus MO's een meerwaarde hebben ten opzichte van reguliere dagbehandelingen is bij dit onderzoek gekeken naar de kwaliteit van leven en de belasting van mantelzorgers van beide dagbehandelingen. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze onderdelen besproken.

6.1 Achtergrondgegevens

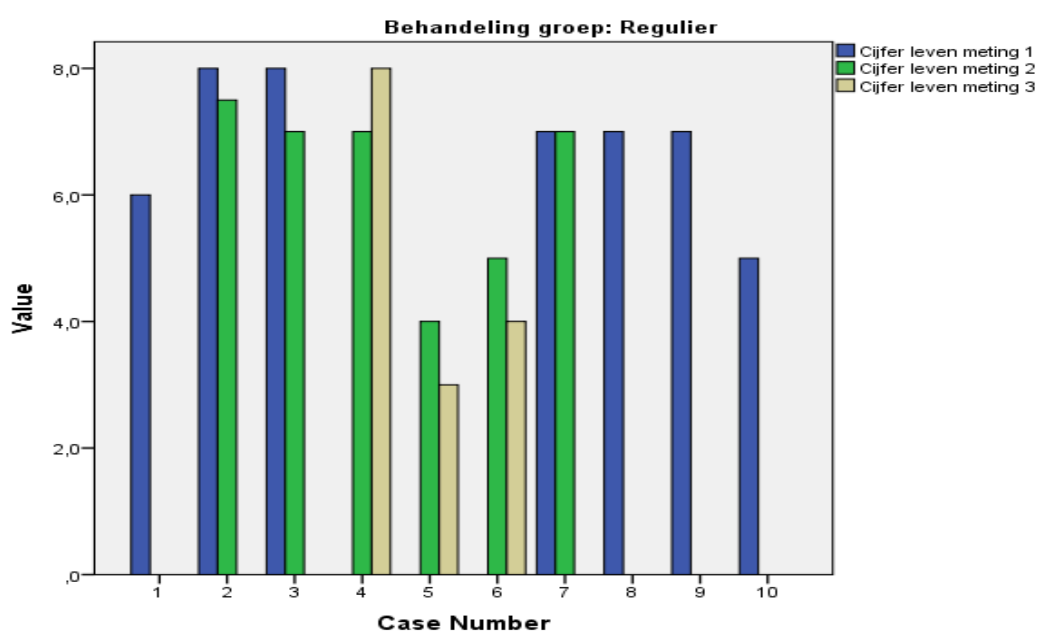
Onderstaande gegevens zijn gebaseerd op 10 mantelzorgers van de reguliere dagbehandeling en 4 mantelzorgers van LPD plus MO.

	Reguliere psychogeriatrische dagbehandeling (totaal 7)	LPD plus MO (totaal 3)
Mantelzorger man	30 %	25 %
Mantelzorger vrouw	70 %	75 %
Gemiddelde leeftijd mantelzorger	64 jaar	71 jaar
Relatie mantelzorger en zorgvrager: • Echtgenoot • (schoon)dochter/ (schoon)zoon • Casemanager	50 % 50 %	50 % 25 % 25 %

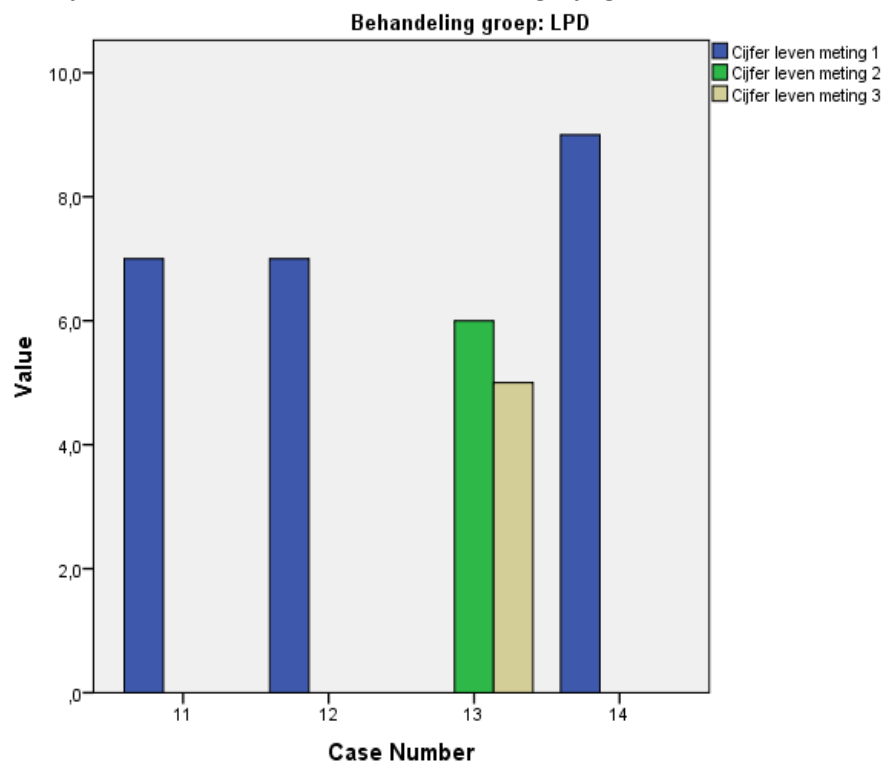
Bij beide dagbehandelingen is te zien dat het grootste gedeelte van de mantelzorgers vrouwelijk is. Ook is de gemiddelde leeftijd van mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen lager in vergelijking met LPD plus MO. Bij beide dagbehandelingen is de helft van de mantelzorgers echtgenoot van de persoon met dementie. De andere helft bestaat uit (schoon)dochters of casemanagers.

6.2 Resultaten kwaliteit van leven

Ook aan de mantelzorgers is gevraagd een cijfer aan hun eigen leven te geven. Onderstaande grafieken geven de resultaten weer van beide dagbehandelingen.



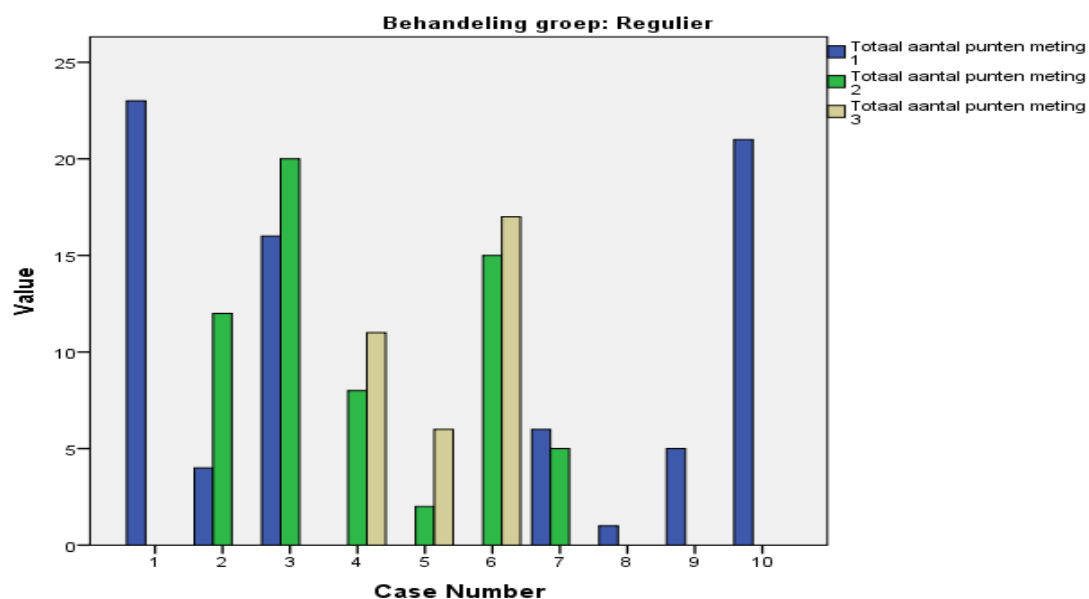
Bij de reguliere dagbehandeling is bij deelnemers 2, 3, 5 en 6 een daling in de kwaliteit van leven te zien. Bij deelnemer 7 is de kwaliteit van leven gelijk gebleven.



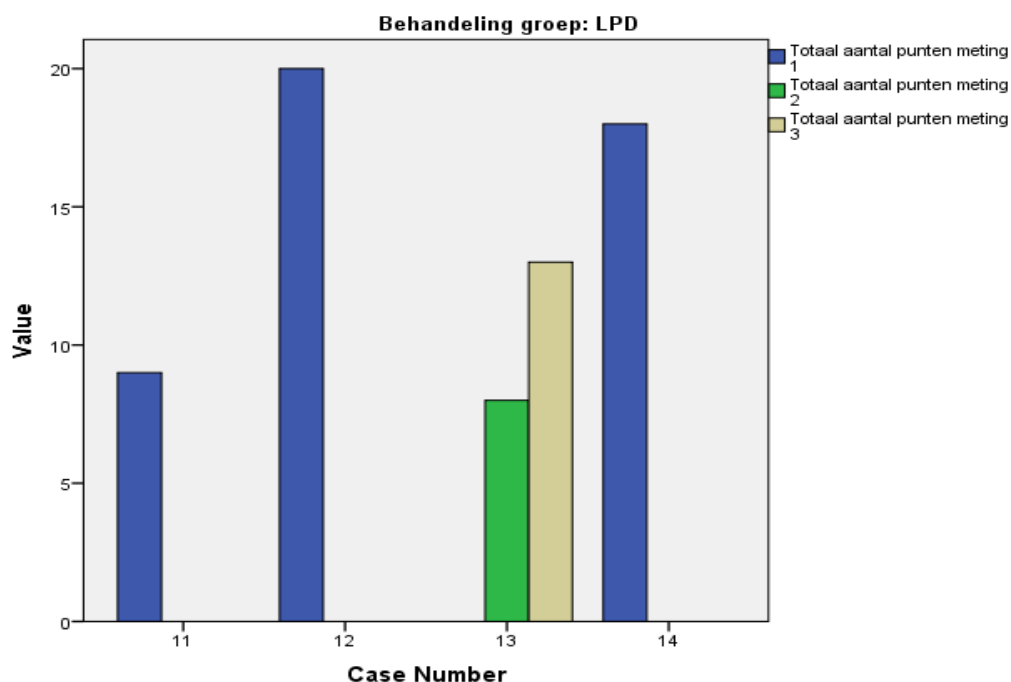
Ook bij LPD plus MO is een daling te zien bij deelnemer 13.

6.3 Resultaten belasting mantelzorger

Bij de personen met dementie is onderzocht welke gedragingen van toepassing zijn zoals wanen, hallucinaties en dergelijke. Een overzicht van deze gedragingen is te vinden in vorig hoofdstuk. Aan de mantelzorgers is vervolgens gevraagd wat dit voor invloed heeft op het eigen functioneren. Aan hen is gevraagd wat de ernst van de situatie is. Onderstaande gegevens laten de ernst van in totaal 12 gedragingen weer. De maximale score is 36 punten.



Bij deelnemers 2, 3, 4, 5 en 6 van de reguliere dagbehandeling is een duidelijke stijging van de ernst van de gedragingen te zien. Bij deelnemer 7 is een lichte daling te zien.



Ook bij deelnemer 13 van LPD plus MO is een duidelijke stijging van de ernst van de gedragingen te zien.

Bij de gedragingen die van toepassing waren is ook gevraagd wat de emotionele belasting voor de mantelzorger is. De maximaal te behalen score is 60 punten. Onderstaande tabellen laten de resultaten van de beide dagbehandelingen zien.

Reguliere psychogeriatrische dagbehandeling

Mantelzorger	Meting 1	Meting 2	Meting 3
1	38	-	-
2	2	4	-
3	6	17	-
4	-	0	3
5	-	8	10
6	-	19	20
7	8	6	-
8	0	-	-
9	6	-	-
10	28	-	-

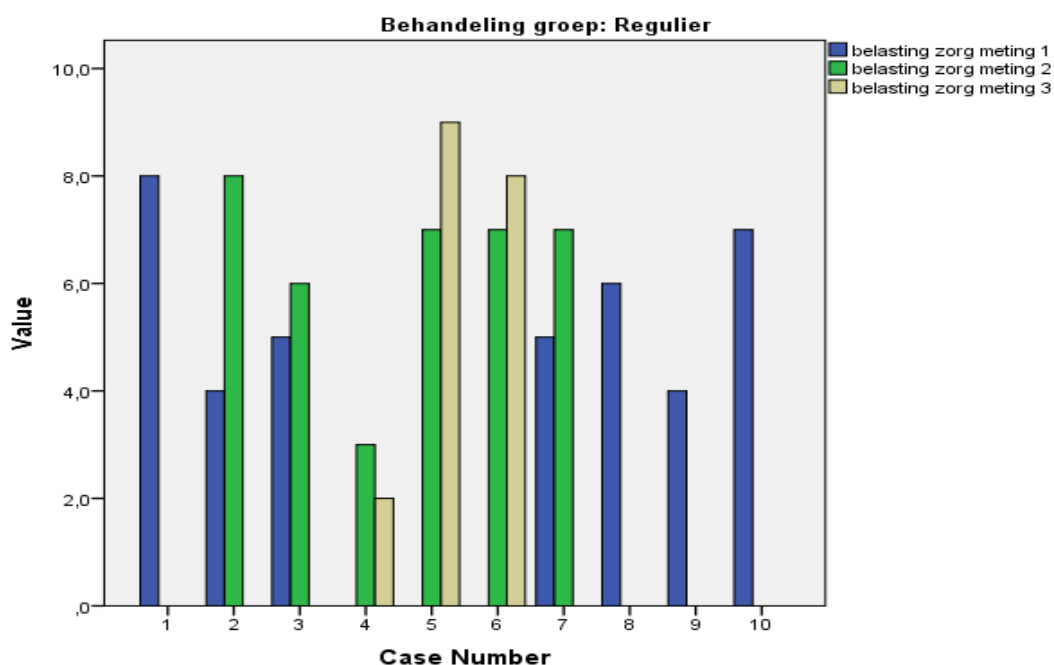
Bij mantelzorger 2, 4, 5 en 6 is een lichte stijging van de emotionele belasting te zien. Bij mantelzorger 3 is zelfs sprake van een forse stijging. Ook is bij mantelzorger 1 te zien dat er sprake is van een sterke emotionele belasting. Bij mantelzorger 7 is sprake van een daling van de emotionele belasting.

LPD-plus MO

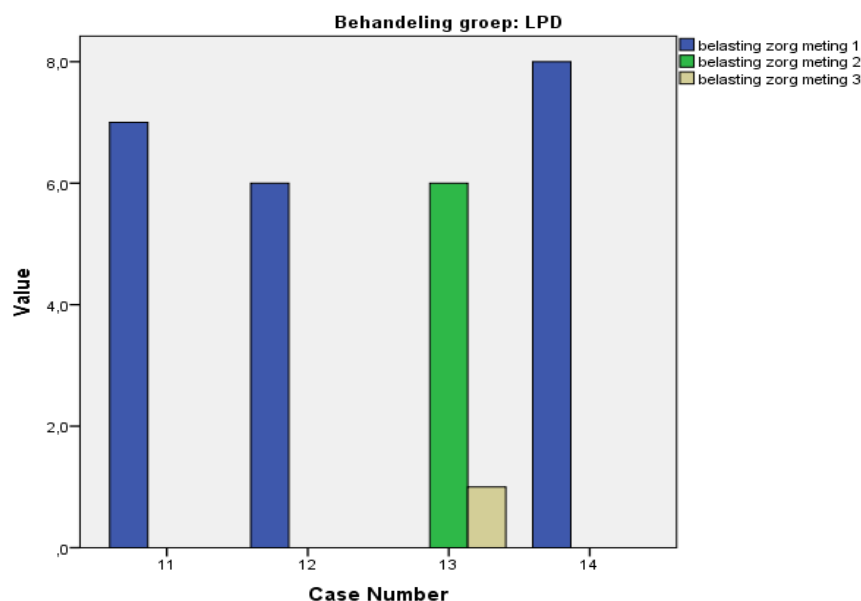
Mantelzorger	Meting 1	Meting 2	Meting 3
11	9	-	-
12	23	-	-
13	-	4	0
14	29	-	-

Bij de mantelzorgers van LPD plus MO is alleen van mantelzorger 13 het beloop van de emotionele belasting te zien. Hierbij gaat het om een daling van de emotionele belasting.

Aan de mantelzorgers is gevraagd om aan te geven hoe zwaar ze het vinden om voor iemand te zorgen. Een 0 geeft aan dat de zorg helemaal niet zwaar is en een 10 zou aangeven dat de zorg voor een ander veel te zwaar is.

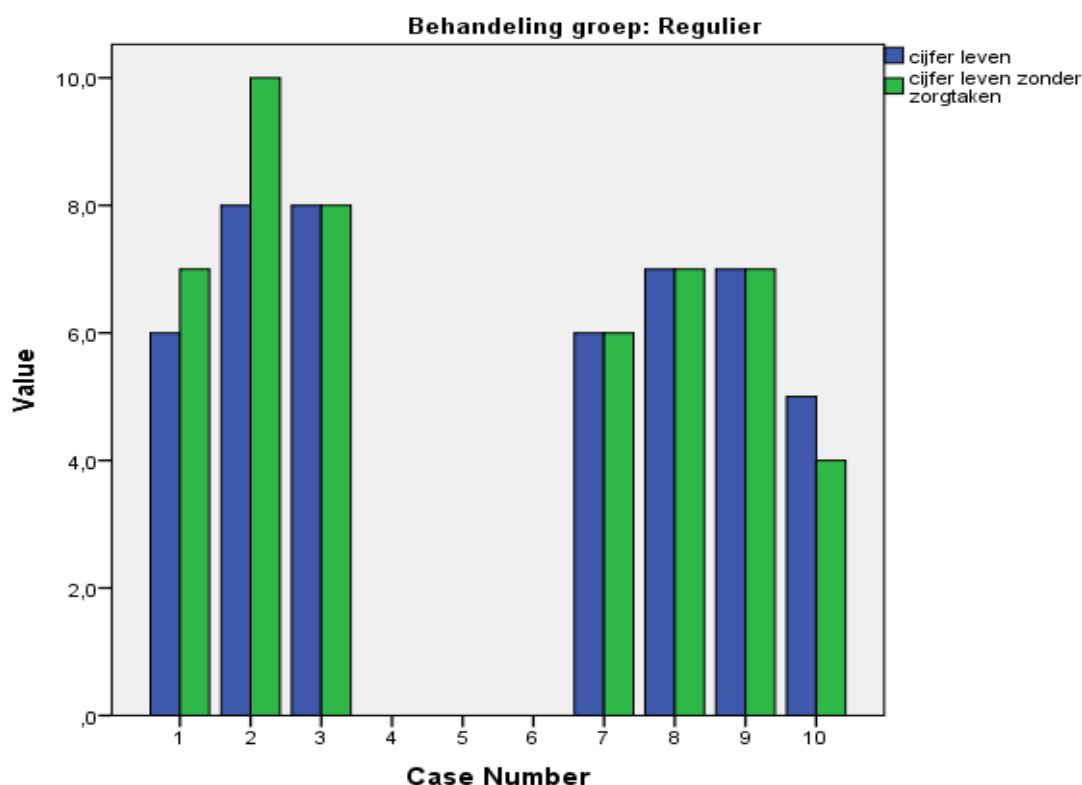


Bij de reguliere dagbehandeling is te zien dat bij mantelzorgers 2, 3, 5, 6 en 7 de belasting van de zorg toeneemt. Bij deelnemer 4 neemt deze juist af.

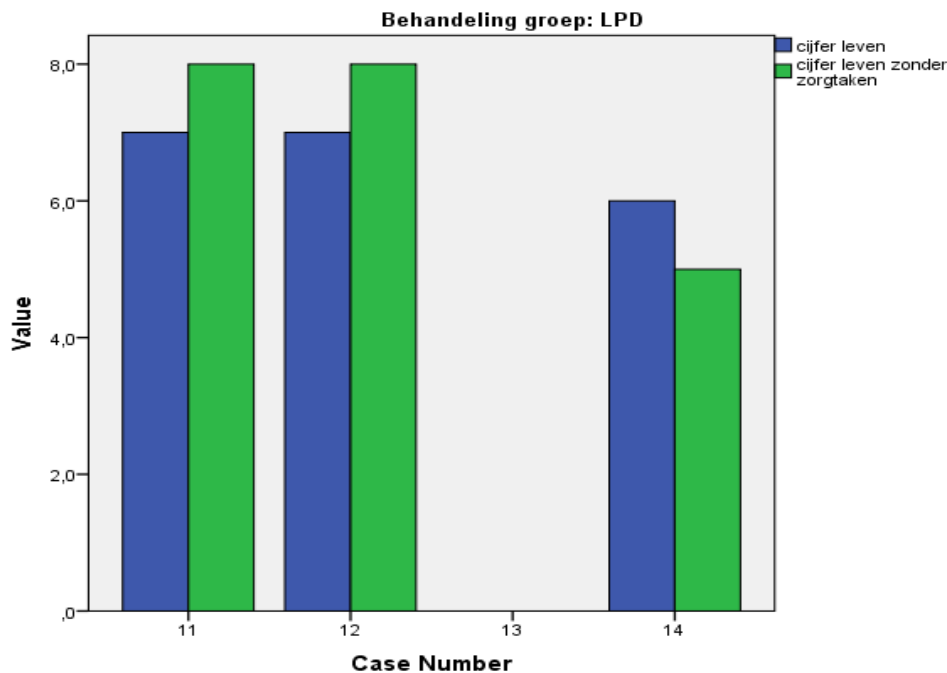


Bij LPD plus MO is van maar 1 mantelzorger het beloop van de belasting van de zorg bekend. Hierbij gaat het wel om een sterke daling.

Ook is aan de mantelzorgers gevraagd hoe gelukkig ze zich op dit moment voelen en hoe gelukkig ze zich zouden voelen als de zorg die ze als mantelzorger geven door iemand anders overgenomen zou worden zonder dat iets aan de woonsituatie zou veranderen en zonder extra kosten. Onderstaande schema's laten de resultaten zien van meting 1.



Bij mantelzorgers 1 en 2 is te zien dat zij zich gelukkiger zouden voelen als ze niet voor aan ander zouden hoeven zorgen. Mantelzorgers 3, 7, 8 en 9 zouden zich even gelukkig voelen en mantelzorger 7 zou zich juist ongelukkiger voelen als de zorgtaken door iemand anders overgenomen zouden worden.



Mantelzorgers 11 en 12 van LPD plus MO zouden zich gelukkiger voelen zonder de zorg voor een ander. Mantelzorger 14 zo zich ongelukkiger voelen als de zorgtaken weg zouden vallen.

6.4 Conclusie

Bij de achtergrondgegevens is zichtbaar dat de gemiddelde leeftijd van mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen gemiddeld iets lager is. Toch zijn over het algemeen geen grote verschillen zichtbaar tussen de mantelzorgers van beide dagbehandelingen. Bij de resultaten van de kwaliteit van leven is bij beide dagbehandelingen een daling te zien waarbij de gemiddelde daling 1 punt bedraagt. Bij de ernst van bepaalde gedragingen is bij beide instellingen een duidelijke stijging te zien in het beloop, waardoor voorzichtig aangenomen kan worden dat de dagbehandelingen geen invloed hebben op het beloop van bepaalde gedragingen. Bij de reguliere dagbehandeling is over het algemeen een stijging te zien in het beloop van de emotionele belasting van de mantelzorger. Bij LPD plus MO is van slechts 1 mantelzorger het beloop van de emotionele belasting bekend. Hierbij gaat het om een daling van de emotionele belasting. De mogelijkheid bestaat dat LPD plus MO een positief effect heeft op de emotionele belasting van de mantelzorger, maar aan de hand van slechts 1 resultaat is dit niet zeker vast te stellen. Bij de reguliere dagbehandeling is een duidelijke stijging te zien in het beloop van de belasting van de zorg, terwijl bij LPD plus MO juist een daling te zien is. Maar ook hier geldt dat aan de hand van 1 resultaat geen goede conclusies getrokken kunnen worden.

7 Analyse

De achtergrondliteratuur en de onderzoeksresultaten van dit onderzoek zijn nu bekend. Nu is de vraag of de onderzoeksresultaten overeenkomen met de literatuur en of deze resultaten voldoen aan de verwachte uitkomst. Het verband tussen de literatuur en de onderzoeksresultaten zal in dit hoofdstuk beschreven worden.

Volgens de literatuur kenmerkt de ziekte van Alzheimer zich door cognitieve stoornissen. Iemand is weer zijn sleutel kwijt of vergeet een situatie die kortgeleden heeft plaatsgevonden (Hersenstichting, z.d.). Deze cognitieve stoornissen zijn in de resultaten ook terug te zien aan de gemiddelde MMSE-score (Folstein et al, 1975). De MMSE bestaat uit 20 vragen gericht op oriëntatie in plaats en tijd, concentratie, taal, rekenen en dergelijke. De maximaal te behalen score is 30 punten. Uit de resultaten blijkt dat de gemiddelde score voor reguliere dagbehandelingen 20 punten is en voor LPD plus MO 17 punten. Dit is een stuk lager dan de maximale score, waaruit geconcludeerd kan worden dat er wel degelijk sprake is van cognitieve stoornissen bij de mensen met dementie.

Daarnaast wordt bij Alzheimer gesproken van een progressieve ziekte waarbij de mate van de achteruitgang per persoon verschillend is (Hersenstichting, z.d.). Dit is in de resultaten terug te zien bij de toenemende ernst van bepaalde gedragingen zoals wanen en hallucinaties. Per individu is de toename van de ernst van de gedragingen verschillend wat aantoont dat het beloop van de progressieve ziekte per persoon verschilt.

Uit de literatuur blijkt dat dementie over het algemeen pas op latere leeftijd ontstaat (Alzheimer Nederland, 2010). Dit blijkt ook uit de resultaten van de gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan de dagbehandelingen. Bij de reguliere dagbehandeling is de gemiddelde leeftijd 84 jaar en bij LPD plus MO 87 jaar.

Ook bij de onderzoeksresultaten van de mantelzorgers is veel overlapping met de literatuur. Dit blijkt onder andere uit de gemiddelde leeftijd van de mantelzorger. Volgens de literatuur is 40% van de mantelzorgers die zorgen voor een persoon met dementie 45-65 jaar oud en 40% ouder dan 65 (Schoenmakers e.a., 2002). Uit de resultaten blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen 64 jaar is en bij LPD plus MO 71 jaar.

Uit de literatuur blijkt dat 60% van de hulp aan dementerenden wordt verleend door met name gezinsleden of andere familieleden zoals schoondochters (Duijnste, 1996). Dit blijkt ook uit de resultaten van het onderzoek. Hieruit blijkt zelfs dat meer dan 60% van de mantelzorgers bestaat uit gezinsleden of schoondochters.

Daarnaast is 60% van de mantelzorgers in Nederland vrouwelijk (SCP, 2010). Uit de onderzoeksresultaten blijkt ook meer dan de helft van de mantelzorgers vrouwelijk te zijn. Bij reguliere dagbehandelingen is sprake van 70% vrouwelijke mantelzorgers en bij LPD plus MO's 75%.

Volgens de literatuur is de belasting van de mantelzorger hoog bij de zorgtaken (SCP, 2010). Dit is ook terug te zien in de resultaten. Zo blijkt uit het cijfer wat de mantelzorgers geven aan hun eigen leven dat hun kwaliteit van leven achteruitgaat na verloop van tijd. Hierbij is ook geen duidelijk verschil tussen reguliere dagbehandelingen en LPD plus MO.

Bij de emotionele belasting van bepaalde gedragingen is bij de reguliere dagbehandeling over het algemeen een stijging te zien van de belasting van de mantelzorger, terwijl bij LPD plus MO juist een daling te zien is. Ook bij de algemene belasting waarbij mantelzorgers een cijfer geven aan de ernst van de belasting was bij de reguliere dagbehandeling sprake van een stijging van de belasting van de

mantelzorger, terwijl bij LPD plus MO juist sprake is van een daling. Ook deze resultaten komen overeen met de literatuur. De werkwijze van LPD plus MO komt sterk overeen met de werkwijze van ontmoetingscentra. Uit eerder onderzoek is geconcludeerd dat ontmoetingscentra een meerwaarde hebben vergeleken met reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen (Dröes et al, 2000; 2004; 2006), waardoor de verwachting van dit onderzoek was dat LPD plus MO's waarschijnlijk ook een meerwaarde hebben vergeleken met reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen. Door de ondersteuning die aan mantelzorgers wordt geboden bij LPD plus MO en ontmoetingscentra kan de belasting van de mantelzorger afnemen.

8 Conclusie en discussie

8.1 Conclusie

Nu de resultaten van het onderzoek bekend zijn kan antwoord gegeven worden op de oorspronkelijke hoofdvraag:

Wat zijn de verschillen tussen bezoekers en hun mantelzorgers van LPD plus MO's in vergelijking met bezoekers en hun mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen in de regio's Delft en Rotterdam wat betreft behoeften en kwaliteit van leven van mensen met dementie en de belasting en kwaliteit van leven van mantelzorgers zodat vastgesteld kan worden of er een meerwaarde is van LPD plus MO's voor bezoekers en hun mantelzorgers?

Met de volgende deelvragen:

- 1. Is er een verschil in de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten van LPD plus MO's in vergelijking met de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?
- 2. Is er een verschil in de kwaliteit van leven van cliënten van LPD plus MO's in vergelijking met de kwaliteit van leven van cliënten van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?
- 3. Is er een verschil in de kwaliteit van leven van mantelzorgers van LPD plus MO's in vergelijking met de kwaliteit van leven van de mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?
- 4. Is er een verschil in de ervaren/zelfgerapporteerde belasting van de mantelzorgers van LPD plus MO's in vergelijking met de ervaren/zelfgerapporteerde belasting van de mantelzorgers van reguliere dagbehandelingen, bij aanvang van deelname en in het beloop?

Op veel vlakken komen de reguliere dagbehandeling en LPD plus MO's met elkaar overeen. Zo zijn er maar weinig verschillen tussen beide dagbehandelingen gekeken naar het beloop van de bestaande behoeften van de personen met dementie. Wel zijn de bestaande behoeften van LPD plus MO's gemiddeld hoger dan die van reguliere dagbehandelingen.

Bij de totaalscore van bepaalde aspecten uit het leven zoals vitaliteit, sociale contacten, het eigen leven en dergelijke zijn ook geen eenduidige verschillen te zien tussen reguliere dagbehandelingen en LPD plus MO's. Bij de ernst van bepaalde gedragingen is bij beide instellingen een duidelijke stijging te zien in het beloop, waardoor voorzichtig aangenomen kan worden dat de dagbehandelingen geen invloed hebben op het beloop van bepaalde gedragingen. Het cijfer van de kwaliteit van leven dat deelnemers aan hun eigen leven geven laat bij deelnemers van LPD plus MO's een voorspoediger beloop zien bij een vervolgmeting dan bij deelnemers van reguliere dagbehandelingen. Dit zou erop kunnen wijzen dat LPD plus MO's een positieve werking hebben op de kwaliteit van leven van diens deelnemers.

Ook bij de resultaten van de mantelzorgers zijn veel overeenkomsten te zien tussen reguliere dagbehandelingen en LPD plus MO's. Zo is bij de resultaten van de kwaliteit van leven bij beide dagbehandelingen een daling te zien waarbij de gemiddelde daling 1 punt bedraagt.

Wat ook uit de analyse naar voren komt is dat de emotionele belasting van bepaalde gedragingen bij de reguliere dagbehandelingen een stijging van de belasting van de mantelzorger laten zien, terwijl bij LPD plus MO's juist een daling te zien is. Ook bij de algemene belasting waarbij mantelzorgers een cijfer geven aan de ernst van de belasting is bij de reguliere dagbehandeling sprake van een stijging van de belasting van de mantelzorger, terwijl bij LPD plus MO's juist sprake is van een daling.

Aan de hand van de resultaten van het onderzoek kan voorzichtig geconcludeerd worden dat LPD plus MO's een positieve werking hebben op de kwaliteit van leven van de personen met dementie. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat LPD plus MO's een positief effect hebben op de belasting van de mantelzorger.

8.2 Discussie

Hoewel blijkt uit de conclusie dat LPD-plus MO's een meerwaarde hebben in vergelijking met reguliere psychogeriatrische dagbehandelingen zijn nog een aantal belemmeringen in het onderzoek die de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek niet ten goede komen:

Het grootste knelpunt van dit onderzoek is dat het een redelijk kleine onderzoeksgroep betreft. De verwachting van het VUmc was dat meer pas ingestroomde cliënten en hun mantelzorger bereid zouden zijn om deel te nemen aan het onderzoek. Een mogelijke verklaring is dat mantelzorgers overbelast zijn op het moment dat de persoon met dementie aangemeld wordt bij een dagbehandeling, waardoor zij deelname aan een onderzoek er niet bij kunnen hebben. Daarnaast zijn een aantal deelnemers tijdens het onderzoek uitgevallen wegens overbelasting of overlijden.

Op basis van 11 deelnemers van reguliere dagbehandelingen en 4 deelnemers van LPD plus MO is het vrijwel onmogelijk om betrouwbare conclusies te trekken. Aan de hand van de gegevens van slechts een deelnemer van LPD plus MO is vastgesteld dat LPD plus MO's een positiever effect hebben op de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en de belasting van de mantelzorger in vergelijking met reguliere dagbehandelingen. Daarnaast zijn de resultaten alleen van toepassing op de regio's Delft en Rotterdam en zegt de conclusie niets over de situatie in de rest van Nederland. Hierdoor wordt de validiteit van het onderzoek verkleind.

De interviewtraining die gegeven wordt aan nieuwe interviewers is teveel gericht op het onderzoek zelf en te weinig op het daadwerkelijke oefenen van het af te nemen interview. Hierdoor kan het voorkomen dat een vraag verkeerd geïnterpreteerd wordt door de interviewer, waardoor de vraag ook verkeerd gesteld wordt aan de deelnemers van het onderzoek.

Ook zijn een aantal interviewvragen interpretabel. Zo moeten de deelnemers bij een vraag aangeven hoe gelukkig ze zich voelen. Iedereen kan een eigen betekenis geven aan wat geluk is, waardoor de antwoorden op deze vragen discutabel zijn. De term geluk wordt in het onderzoek ook niet verder toegelicht.

Bij andere interviewvragen is sprake van te weinig antwoordmogelijkheden. Zo zijn er vragen over dagelijkse verzorging, reizen en dergelijke waarmee alleen met ja en nee geantwoord kan worden. In sommige gevallen was de persoon met dementie wel in staat om zichzelf aan te kleden, maar zaten de kleren niet netjes. Bij een ander geval kon de persoon met dementie wel nog prima binnen de eigen woonplaats reizen met openbaar vervoer, maar niet daarbuiten. Opmerkingen konden wel geplaatst worden, maar bij het analyseren van de data met het programma SPSS was het lastiger om deze opmerkingen in het onderzoek mee te nemen.

Een aantal deelnemers van dit onderzoek bevinden zich in een redelijk vergevorderd stadium van dementie. Hierdoor kan het zijn dat de antwoorden niet overeen komen met de werkelijke situatie

van de persoon met dementie. Het VUmc hecht echter waarde aan de beleving van de persoon met dementie. Geldt ook wanneer deze beleving van de persoon met dementie niet overeenkomt met de werkelijkheid.

Tot slot zijn er vormen van dementie waarbij de cognitieve stoornissen per dag verschillen. Lewy-Body dementie is hier een voorbeeld van (Hoogeveen, 2008). Bij deelnemers die deze vorm van dementie hebben zouden de resultaten discutabel zijn, omdat de resultaten slechts een momentopname zijn en geen beeld geven van de gemiddelde situatie. Bij de interviews wordt namelijk niet gevraagd welke vorm van dementie gediagnosticeerd is.

Al met al zijn de onderzoeksresultaten niet bruikbaar voor het VUmc, omdat de resultaten en bijbehorende conclusie niet valide en betrouwbaar zijn door de kleine onderzoeksgroep. Wel kunnen de resultaten van de deelnemers van deze onderzoeksgroep meegenomen worden in een vervolgonderzoek waarbij sprake is van een grotere onderzoeksgroep.

9 Aanbevelingen

Hieronder volgen de aanbevelingen die aan de hand van de resultaten en de conclusie van dit onderzoek geformuleerd zijn. Hierbij worden aanbevelingen gegeven aan de dagbehandelingen, maar ook aan het VUmc, waar momenteel een groter onderzoek naar dit onderwerp wordt gedaan.

9.1 Aanbevelingen voor dagbehandelingen

- Aangezien uit de resultaten blijkt dat LPD plus MO een positief effect hebben op de belasting van de mantelzorger lijkt het verstandig dat ook reguliere dagbehandelingen in de toekomst meer ondersteuning bieden aan de mantelzorgers. Via ontmoetingscentra wordt bijvoorbeeld casemanagement aangeboden. Uit de resultaten van de mantelzorgers blijkt dat een aantal mantelzorgers gelukkiger zou zijn als de zorg voor de persoon met dementie uit handen genomen zou worden. Door middel van het inschakelen van een casemanager (Encyclo, z.d.) kan dit mogelijk gemaakt worden. Daarnaast bieden ontmoetingscentra en LPD plus MO's ook op andere ondersteuning aan mantelzorgers door middel van wekelijkse gespreksgroepen, spreekuren, individuele begeleiding, informatieve bijeenkomsten en de psychosociale diagnose van de mantelzorger (VUmc, z.d.). De mogelijkheid bestaat dat deze aangeboden ondersteuning bijdragen aan de afname van de belasting van mantelzorgers van LPD plus MO.
- Uit de resultaten van de kwaliteit van leven van de personen met dementie blijkt dat LPD plus MO een positief effect hebben op diens deelnemers. Deze conclusie is echter wel gebaseerd op de resultaten van een kleine onderzoeksgroep. Als ook uit een vervolgonderzoek met een grotere onderzoeksgroep blijkt dat LPD-plus MO's een positief effect hebben op de kwaliteit van leven van de personen met dementie, is het aan te raden om reguliere dagbehandelingen om te vormen naar LPD plus MO.
- LPD plus MO's bestaan nog niet lang. Hierdoor is er weinig bekendheid over deze vorm van dagbehandeling. Zodra uit uitgebreidere onderzoeken blijkt dat LPD plus MO's wel degelijk een meerwaarde hebben ten opzichte van reguliere dagbehandelingen en meerdere dagbehandelingen ook omgevormd zijn naar LPD plus MO is het aan te raden om deze vorm van dagbehandeling meer aan te prijzen aan de personen met dementie en diens mantelzorger door middel van flyers, websites, boeken en dergelijke.
- Zowel bij de reguliere dagbehandeling als bij LPD plus MO is de gemiddelde MMSE-score redelijk laag. Dit duidt erop dat er geen sprake is van beginnende dementie bij de deelnemers. De deelnemers bevinden zich al in een verder gevorderd stadium. Om de belasting van de mantelzorger te verlichten of zelfs te voorkomen is het van belang om de persoon met dementie in een vroeg stadium aan te melden bij een dagbehandeling. Huisartsen kunnen bij het stellen van de diagnose het belang van de dagbehandelingen aan de patiënt en diens mantelzorger duidelijk maken om de belasting van de mantelzorger zo veel mogelijk te beperken of zelfs te voorkomen.
- Bij LPD plus MO vinden regelmatig gesprekken plaats tussen medewerkers van de dagbehandeling en de mantelzorger (Emgo, z.d.). Aan de medewerkers van deze dagbehandelingen is aan te raden op bij deze gesprekken te inventariseren in welke mate de mantelzorger belast wordt. Door vroegtijdig een gevaar van overbelasting van de mantelzorger te constateren kan op tijd ingegrepen worden om de overbelasting zo veel mogelijk te beperken of zelfs te voorkomen.

9.2 Aanbevelingen voor het VUmc

Dit onderzoek is slechts een klein deel van een groter lopend onderzoek bij het VUmc. Het aantal deelnemers van dit onderzoek is te klein om goede en betrouwbare conclusies te kunnen trekken.

- Om die reden is het aan te raden om dit onderzoek nogmaals uit te voeren wanneer er sprake is van een grotere groep deelnemers om de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Zo is dit onderzoek ook enkel op de regio's Delft en Rotterdam gericht. Om een algemeen beeld te krijgen van LPD plus MO in heel Nederland is een groter onderzoek aan te bevelen.
- De doelstelling van het onderzoek van het VUmc is om reguliere dagbehandelingen om te laten vormen naar LPD plus MO. Daaruit kan geconcludeerd worden dat de verwachting van het VUmc is dat LPD plus MO waarschijnlijk beter zijn voor deelnemers en hun mantelzorger. Als deelnemers weten dat ze 'beter' of 'slechter' af zijn in vergelijking met een andere dagbehandeling kan dit invloed hebben op de resultaten. In dit geval kan er sprake zijn van een zogenaamde selffulfilling prophecy (Encyclo, z.d.). Doordat van tevoren verwacht wordt dat de resultaten bij LPD plus MO beter zijn dan reguliere dagbehandelingen kan dit ook in de resultaten naar voren komen, doordat de deelnemers erin gaan geloven dat ze beter af zijn. Daarom is het aan te raden om gebruik te maken van een blinde test waarbij voor de deelnemers niet bekend is aan welke vorm van dagbehandeling ze deelnemen.
- Nieuwe interviewers krijgen een interviewtraining waarop ze voorbereid worden op de af te nemen interviews met de deelnemers van het onderzoek. Momenteel is het zo dat de interviewers pas het af te nemen interview zien bij de training, waardoor veel tijd verloren gaat in het doornemen van de gehele vragenlijsten. Als de interviewers zich voor de training kunnen inlezen in de af te nemen interviews hebben deze vooraf de mogelijkheid om vragen over het interview te formuleren en zich goed voor te bereiden op de interviews die ze moeten afnemen, waardoor de training meer gericht zal zijn op de interviewvaardigheden en minder op het bespreken van de vragenlijsten.
- Tot slot is het aan te raden om deelnemers die zich in een vergevorderd stadium van dementie bevinden uit te sluiten van het onderzoek. Het geheugen is bij deze mensen ver achteruit gegaan, waardoor de resultaten niet helemaal betrouwbaar zijn. Daarnaast is de kans op uitval in de loop van het onderzoek groot, aangezien het afnemen van een interview te vermoeiend kan zijn. Dit blijkt uit een aantal deelnemers die uitgevallen zijn in de loop van het onderzoek en uit het overlijden van een van de deelnemers waarvan de MMSE-score relatief gezien erg laag was. Aan de hand daarvan kan geconcludeerd worden dat deze deelnemers zich in een redelijk vergevorderd stadium van dementie bevonden.

Literatuurlijst

Alzheimer Nederland (z.d.), *Wat is dementie*, verkregen op 04-10-2012, via <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/wat-is-dementie.aspx>

Alzheimer Nederland (2010), *Feiten en cijfers dementie*, verkregen op 6-12-2012, via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/dementie/feiten-en-cijfers>

AMC Clinical Research unit (z.d.), *Fisher's exact toets*, verkregen op 12-04-2013, via http://os1.amc.nl/mediawiki/index.php?title=Fisher%27s_exact_toets

Argos Zorggroep (z.d.), *Argos Zorggroep jaarbericht 2011*, verkregen op 22-04-2013, via <http://www.argoszorggroep.nl/uploads/user/Jaarbericht%202011.pdf>

Argos Zorggroep (z.d.), *Dagcentrum Parkhof*, verkregen op 22-04-2013, via <http://www.argoszorggroep.nl/80/parkhof>

Argos Zorggroep (z.d.), *een leven met kleur*, verkregen op 22-04-2013, via <http://www.argoszorggroep.nl/>

Argos Zorggroep (z.d.), *Geriatrisch centrum DrieMaasHave*, verkregen op 22-04-2013, via <http://www.argoszorggroep.nl/25/driemaashave>

Argos zorggroep (z.d.), *Psychogeriatrische dagbehandeling*, verkregen op 12-04-2013, via <http://www.argoszorggroep.nl/54/psychogeriatrische-dagbehandeling>

Argos Zorggroep (z.d.), *Verpleeg- en reactiveringscentrum DrieMaasHave*, verkregen op 22-04-2013, via <http://www.argoszorggroep.nl/uploads/user/Locatieflyers/Flyer%20DMH%202012%20def.pdf>

Blom, M. & Duijnste, M. (1996), *Handleiding Zorgcompas*, Meppel. Giethoorn/NND, verkregen op 19-02-2013

Bureau voor toegepaste sociale gerontologie (z.d.), *Anatomie van de hersenen*, verkregen op 18-10-2012 via, <http://www.btsg.nl/infobulletin/dementie/anatomie-hersenen.html>

Butler, R. (2008), *The carers of people with dementia want high quality services and have compelling reasons to get them*, verkregen op 7-12-2012, via ZonMw subsidieaanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Cahn, L.A (1983), *Dementie bij bejaarden*, verkregen op 19-03-2013, via 'Validation, een nieuwe benadering in de omgang met gedesoriënteerde mensen'

Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. and Gornbein, J (1994), *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. *Neurology*, verkregen op 14-03-2013, via ZonMw subsidieaanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Dementieketen (z.d.), *Dagbehandeling psychogeriatric*, verkregen op 12-04-2013, via <http://www.dementieketen.nl/?e=51>

Dirkse, R, Kessels, R, Hoogeveen, F. en Dixhoorn, I. van. (2011). *(Op)nieuw geleerd, oud gedaan (2^{de} druk)*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos uitgevers, verkregen op 23-10-2012

Draaisma, D (2007), *Jonge jaren gaan nooit weg*, verkregen op 18-10-2012 via http://vorige.nrc.nl/wetenschap/article1873539.ece/Jonge_jaren_gaan_nooit_weg

Dröes, R.M. (1991), *In Beweging; over psychosociale hulpverlening aan demente Ouderen*, verkregen op 05-04-2013, via oratie "omgaan met de gevolgen van dementie" van R. Dröes

Dröes, R.M. et al (2000), *Effect of Integrated Family Support Versus Day Care Only on Behavior and Mood of Patients With Dementia. International Psychogeriatrics, Vol. 12, No. 1*, verkregen op 8-01-2013, via ZonMw subsidie aanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Dröes, R.M. (2010), *Omgaan met de gevolgen van dementie, het psychosociale perspectief*, verkregen op 05-04-2013, via het VUmc

Dröes (2010), *Projectgegevens*, verkregen op 13-05-2013, via ZonMw subsidieaanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Duijnste, M. (1996), *Het verhaal achter de feiten*, verkregen op 02-04-2013, via http://www.vilans.nl/docs/producten/Mantelzrg_en_dementie2005.pdf

Duijnste, M, Guldmond. H & Hendriks, L. (2001), *Hoe gaat het met de mantelzorger?*, Heerhugowaard. PlantijnCasparie, verkregen op 19-02-2013

Easability (z.d.), *Interviews*. Verkregen op 14-05-2013, via <http://www.easability.nl/interviews.html>

Emgo (z.d.), *Transitie van reguliere dagbehandeling in het verpleeghuis naar Laagdrempelige Psychogeriatrische Dagbehandeling-plus mantelzorgondersteuning in de wijk*, verkregen op 08-05-2013, via <http://www.emgo.nl/research/quality-of-care/research-projects/1311/transitie-van-reguliere-dagbehandeling-in-het-verpleeghuis-naar-laagdrempelige-psychogeriatrische-dagbehandeling-plus-mantelzorgondersteuning-in-de-wijk/staff-and-partners/>

Encyclo (z.d.), *Opzoeken: casemanager*, verkregen op 14-05-2013, via <http://www.encyclo.nl/begrip/casemanager>

Encyclo (z.d.), *Opzoeken: self fulfilling prophecy*, verkregen op 10-05-2013, via <http://www.encyclo.nl/begrip/Self%20fulfilling%20prophecy>

Expertisecentrum mantelzorg (z.d.), *Verkenning dementie en technologie*, verkregen op 04-04-2013, via http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/verkenningdementieentechnologie.pdf

Feil, N. (1982), *V/F Validation: the Feil method*, verkregen op 05-04-2013, via oratie "omgaan met de gevolgen van dementie" van R. Dröes

Folstein, M. F., Folstein, S. E. and McHugh, P. R. (1975), *"Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, verkregen op 13-03-2013, via ZonMw subsidieaanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Gezondheidsraad (2002), *De ondercapaciteit van zorgvoorzieningen*, verkregen op 13-05-2013, via http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/samenvatting_0204NR.pdf

Hamer, T (2003), *Belevingsgerichte zorg in de praktijk: gewoon doen!*, verkregen op 08-04-2013, via <http://www.dementie.be/images/beleving.pdf>

Hersenstichting (z.d.), *Dementie*, verkregen op 04-10-2012 via <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/dementie>

Het punt (z.d.), *Dagbehandeling*, verkregen op 26-02-2013, via http://www.hetpunt.nl/ik-wil-informatie-over/3.-lijf-en-leden/dementie/dementie-en-zorg/dagbehandeling/?_xsl=/custom-files/contentmodule/1.0/page-templates/thickbox-pagelayout.xsl

Hoogeveen, F. (2008), *Leven met dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, verkregen op 22-04-2013

Horn, A. (2006), *Opkomst bij dagvoorzieningen in de regio Amsterdam. Alzheimer Nederland afdeling Amsterdam*, verkregen op 6-12-2012, via ZonMw subsidie aanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Howitt, D, Cramer, D, *statistiek in de sociale wetenschappen*, verkregen op 18-01-2013, via http://books.google.nl/books?id=tXkkKqJ4DgMC&pg=PA314&lpg=PA314&dq=covariantieanalyse&source=bl&ots=KUHWVLcW4t&sig=OEQatJj-TWOBKFoE-26fgZH-cA&hl=nl&sa=X&ei=Fk_5UPGIOM7M0AWdg4HoAg&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=covariantieanalyse&f=false

Index mundi (2011), *Levensverwachting*, verkregen op 7-12-2012, via <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=nl&v=30&l=nl>

Innovatiekring dementie (z.d.), *Ontmoetingscentra in de wijk en dagbehandelingen nieuwe stijl*, verkregen op 13-05-2013, via <http://www.innovatiekringdementie.nl/Nieuws/Ontmoetingscentra-in-de-wijk-en-dagbehandeling-nieuwe-stijl.aspx>

Kitwood, T. (1997), *The concept of personhood and its relevance for a new culture of dementia care*, verkregen op 05-04-2013, via oratie “omgaan met de gevolgen van dementie” van R. Dröes

Kooij, C.H. van der (1986), *ziekenverzorgenden en demente bejaarden*, verkregen op 19-03-2013, via ‘Validation, een nieuwe benadering in de omgang met gedesoriënteerde mensen’

Kooij, C.H. van der (1991), *Inleiding*, verkregen op 19-03-2013, via ‘Validation, een nieuwe benadering in de omgang met gedesoriënteerde mensen’

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal, and coping*, verkregen op 05-04-2013, via oratie “omgaan met de gevolgen van dementie” van R. Dröes

Mak, S (z.d.), *Naar een betere dagbehandeling*, verkregen op 26-02-2013, via <http://www.moderne-dementiezorg.nl/upl/activiteiten/Dagbehandeling.pdf>

Mezzo (z.d.), *Mantelzorg*, verkregen op 16-02-2013 via, <http://www.mezzo.nl/mantelzorg>

Miesen, B. (1990), *Gehechtheid en dementie*, verkregen op 05-04-2013, via oratie “omgaan met de gevolgen van dementie” van R. Dröes

Migchelbrink, F, 2005, *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* Amsterdam, verkregen op 8 januari 2013, via reader praktijkonderzoek 2010-2011

Narayan, S., Lewis, M, e.a. (2001), *Subjectieve reacties op de zorg voor een dementerende partner*, verkregen op 04-04-2013 via http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/verkenningdementieentechnologie.pdf

Nationaal kompas volksgezondheid (z.d.), *Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten*, verkregen op 11-03-2013, via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/>

Nationaal programma ouderenzorg (z.d), *Minimale data set*, verkregen op 18-01-2013, via <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/het-programma/minimale-data-set/>

Oattes, M., Goffin, J.J.M, Dröes, R.M. (2007), *Verslag helpdesk Ontmoetingscentra september 2006 t/m december 2007. Afdeling Psychiatrie/Alzheimercentrum, Amsterdam*, verkregen op 6-12-2012, via ZonMw subsidieaanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Ouderenpsychiatrie (2012), *MMSE*, verkregen op 13-03-2013, via <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=525>

Pieter van Foreest (z.d.), *Visie, missie en kernwaarden*, verkregen op 22-04-2013, via <http://pietervanforeest.nl/over-ons/onze-ambitie/>

Pieter van Foreest (z.d.), *Over ons*, verkregen op 22-04-2013, via <http://pietervanforeest.nl/over-ons/>

Pieter van Foreest (z.d.), *Ontmoetingscentrum Dock van Delft*, verkregen op 22-04-2013, via <http://pietervanforeest.nl/dagvoorzieningen/ontmoetingscentra/dock-van-delft/>

Pot, A.M., Deeg, D.J.H., Van Dyck, R. (1997), *Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia. Aging & Mental Health*, verkregen op 7-12-2012, via ZonMw subsidieaanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Reynolds, T., et al (2000), *Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability*. Verkregen op 14-03-2013, via British Journal of Psychiatry

Rijksoverheid (z.d.), *Hulp voor de mantelzorger*, verkregen op 20-02-2013, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/hulp-voor-de-mantelzorger>

Rijksoverheid (z.d.), *Mantelzorg en werk*, verkregen op 20-02-2013, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg/mantelzorg-en-werk>

Roest, H.G. et al (2007), *Subjective Needs in People with Dementia. A Review of the Literature. International Psychogeriatrics*, verkregen op 6-12-2012, via ZonMw subsidie aanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Roest, H.G et al (2009), *What do community dwelling people with dementia need? A survey of those who are known to care and welfare services. International Psychogeriatrics*, verkregen op 7-12-2012, via ZonMw subsidie aanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Roest, L., Dijk, A.M. van, Meiland, F.J, Dröes, R.M. (2011), *Opinieonderzoek onder dagbehandelingen in Nederland*. Uitgevoerd door de afdeling Psychiatrie, VU medisch centrum, Amsterdam, verkregen op 18-01-2013, via het VUmc

Samson, A, Siam, H., Lavigne, R. (2007), *Psychosocial adaptation to chronic illness: description and illustration on an integrated task-based model*, verkregen op 05-04-2013, via oratie "omgaan met de gevolgen van dementie" van R. Dröes

Schoenmakers, B., Buntinx, F. et al (2002), *Impact op het algemeen welzijn van de mantelzorger. Huisarts NU*, verkregen op 7-12-2012, via ZonMw subsidie aanvraag voor onderzoek naar LPD-plus MO

Schoenmakers, B., F. Buntinx e.a.(2002), *Mantelzorgers van dementerende bejaarden*, verkregen op 16-02-2013 via, <http://www.mezzo.nl/mantelzorg>

SCP (2010), *Mantelzorg uit de doeken*, verkregen op 16-02-2013, via http://www.mezzo.nl/enkele_cijfers

Shuttleworth, M. (2009), *Pretest-Posttest designs*, verkregen op 18-1-2013, via <http://explorable.com/pretest-posttest-designs.html>

SPSS handboek (z.d.), *T-test*, verkregen op 18-01-2013, via <http://www.spsshandboek.nl/t-test.html>

SPSS handboek (z.d.), *ANOVA (F-test)*, verkregen op 12-04-2013, via http://www.spsshandboek.nl/anova_analysis_of_variance.html

Verberk, F., Kuiper, M. de (2006), *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*, verkregen op 04-04-2013, via http://books.google.nl/books?id=UNwTxczctA4C&printsec=frontcover&hl=nl&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Verdult, R & Kooi, C. van der (1997), *Bedreigde-ik*, verkregen op 08-04-2013, via <http://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/bedreigde-ik/>

Verdult, R & Kooi, C. van der (1997), *Verdwaalde-ik*, verkregen op 08-04-2013, via <http://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/verdwaalde-ik/>

Verdult, R & Kooi, C. van der (1997), *Verborgten-ik*, verkregen op 08-04-2013, via <http://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/verborgen-ik/>

Verdult, R & Kooi, C. van der (1997), *Verzonken-ik*, verkregen op 08-04-2013, via <http://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/verzonken-ik/>

Vernooij-Dassen MJ, Felling, A.J, Brummelkamp, E, Dautzenberg, M.G, Van den Bosch, G.A, Grol, R.A. (1999), *Short sense of competence questionnaire (SSCQ): measuring the caregiver's sense of competence*, verkregen op 14-03-2013, via . J Am Geriatr Soc 1999; 47: 256-7

VUmc (z.d.), *Wat zijn OC*, verkregen op 27-02-2013, via <http://www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie/ontmoetingscentra/wat-zijn-oc/>

VUmc (z.d.), *Informatie voor professionals*, verkregen op 27-02-2013, via <http://www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie/ontmoetingscentra/info-professionals/>

VUmc (z.d.), *Ondersteuning* , verkregen op 27-02-2013, via <http://www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie/ontmoetingscentra/ondersteuning/>

VUmc (z.d.), *Filosofie*, verkregen op 27-02-2013, via <http://www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie/ontmoetingscentra/filosofie/>

VUmc (z.d.), *Begeleiding*, verkregen op 27-02-2013, via <http://www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie/ontmoetingscentra/begeleiding/>

VUmc (z.d.), *Verschil met dagbehandeling*, verkregen op 27-02-2013, via <http://www.vumc.nl/afdelingen/ontmoetingcentradementie/ontmoetingscentra/verschil-met-dagbehandeling/>

VUmc (z.d.), *Over wetenschappelijk onderzoek bij VUmc*, verkregen op 06-12-2012, via <http://www.vumc.nl/onderzoek/2319443/>

Warners, I (1980), *Conservering of therapie*, verkregen op 19-03-2013, via 'Validation, een nieuwe benadering in de omgang met gedesoriënteerde mensen'

Zarit, S.H., Kim, K., Femia, E.E., Almeida,D.M., Savla, J.& Molenaar, P.C.M. (2011), *Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach. Journal of Gerontology*, verkregen op 12-04-2013, via <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12439-012-0014-0>

Zorggroep Elde (z.d.), *Dagbehandeling*, verkregen op 12-04-2013, via http://www.zge.nl/ZGE_C01/default.asp?modid=676&itemid=0&time=-1