

Fontys Paramedische Hogeschool
Opleiding tot Fysiotherapeut

“Dementie en bewegen in de praktijk, een survey onderzoek”

Mindy Greven

Studentennummer: 2140151

Begeleider: René van Saan

Januari 2013



Personalia student

Naam Mindy Greven
Functie Student Fysiotherapie
Studentnummer 2140151

Contactgegevens

e-Mailadres m.greven@student.fontys.nl
e-Mailadres privé mndy_grvn@msn.com
Telefoonnummer 06-40566020
Adres Hertog Jan I laan 24
5616 CB Eindhoven

Naam Dhr. René van Saan
Functie Docent Fysiotherapie
Bedrijf Fontys Paramedische Hogeschool
e-Mailadres r.vansaan@fontys.nl
Telefoonnummer 088- 508 36 17
Adres Ds. Th. Fliednerstraat 2
5631 BN Eindhoven
Postadres Postbus 347
5600 AH Eindhoven

Naam Mevr. Eveline Wouters
Functie Lectoraat en opdrachtgever
Bedrijf Fontys Paramedische Hogeschool
e-Mailadres e.wouters@fontys.nl
Telefoonnummer 088- 507 89 92
Adres Ds. Th. Fliednerstraat 2
5631 BN Eindhoven
Postadres Postbus 347
5600 AH Eindhoven

Voorwoord

Voor u ligt het verslag van de survey in het kader van het afstuderen aan de Fontys Paramedische Hogeschool in Eindhoven, opleiding tot fysiotherapeut. Samen met drie anderen studenten zijn wij begin september 2012 begonnen aan het onderwerp 'Dementie en Bewegen'. Deze survey gaat over een actueel probleem. Tijdens het oriënteren, merkte ik op dat er geen evidentie te vinden is over de behandelmethodes die gebruikt worden in de praktijk bij gediagnosticeerde dementie patiënten in Nederland. Het is van belang om hier meer inzicht in te krijgen, want het aantal dementerenden zal in de toekomst alleen maar stijgen. Dit zal dan ook voor de geriatriefysiotherapeut in kaart worden gebracht.

Om dit verslag binnen de beschikbare tijd en op een succesvolle manier af te ronden heb ik steun, tips, begeleiding en verstrooiing gehad van een aantal personen, die ik via deze weg graag wil bedanken:

- René van Saan namens de opleiding fysiotherapie,
- Eveline Wouters opdrachtgeefster,
- mijn groepsgenoten Ellen Heijnen, Evelien Spoorenberg en Anouscha van Opbergen,
- mijn vriend, familie en vrienden.

Januari 2013,
Mindy Greven

Samenvatting

Achtergrond: Uit onderzoekscijfers is gebleken dat het aantal mensen met dementie aanzienlijk toeneemt. Dit heeft tot gevolg dat fysiotherapeuten in verschillende settings te maken krijgen met dementerenden. Er is geen inventarisatie over de behandelmethodes die door de geriatriefysiotherapeuten in de praktijk gebruikt worden bij patiënten met gediagnosticeerde dementie. De doelstelling van deze survey is om meer inzicht te krijgen in het gebruik van bewegingsinterventies. Door middel van deze informatie wordt een aanbeveling gedaan aan de algemene fysiotherapeut en de geriatriefysiotherapeut. De vraagstelling luidt: “Welke bewegingsinterventies gebruiken geriatriefysiotherapeuten in Nederland bij gediagnosticeerde dementie patiënten die zich in fase 1 t/m 5 (volgens Reisberg) bevinden?”

Methode: Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een survey. De populatie bestaat uit 346 geriatriefysiotherapeuten in de leeftijd 20-65 jaar, die via het NVFG benaderd worden. De resultaten van deze survey worden met beschrijvende statistiek in kaart gebracht.

Resultaten: Patiënten met dementie worden in alle fasen gemiddeld twee keer per week behandeld door de geriatriefysiotherapeut. Er wordt gebruik gemaakt van interventies gericht op kracht, mobiliteit, conditie en functionele oefeningen. Tot slot ziet de geriatriefysiotherapeut bij bewegingsinterventies in fase 1, 2 en 3 voornamelijk vooruitgang bij patiënten met dementie. In fase 4 en 5 ziet men voornamelijk stabiliteit.

Conclusie: Geriatriefysiotherapeuten maken regelmatig tot vaak gebruik van bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen, kracht, conditie en mobiliteit. Ook wordt er gebruik gemaakt van valpreventie en balustraining. De frequentie van de behandeling is twee keer per week. Buiten de behandelingen wordt beweging in fase 1 en 2 voornamelijk gestimuleerd door huiswerkoefeningen. In de 3^{de} t/m 5^{de} fasen wordt er meer gebruik gemaakt van mantelzorg en instructies aan de verpleging en/of verzorging. In fase 1 t/m 3 wordt voornamelijk vooruitgang waargenomen en in fase 4 en 5 voornamelijk een stabiliserend effect op de progressie van dementie.

Abstract

Background: Research has shown that the number of people with dementia has increased. Because of this growth more physiotherapists come in contact with people with dementia. Until now there has not been any review of the treatment methods which are applied on diagnosed dementia. The purpose of this survey is to gain more insight into the use of movement interventions. Based on the outcome of this research, a recommendation to the general physiotherapist and the geriatric physiotherapist will be formulated. The research question is: "Which movement interventions are used by geriatric physiotherapists at patients with diagnosed dementia who are in phase 1 to 5 (according to Reisberg) in the Netherlands?"

Method: This study used a survey. The population exists of 346 geriatric physiotherapists between the ages of 20 to 65 years old, who are contacted through the NVFG. The results of this survey are formulated with descriptive statistics.

Results: Patients with dementia in all phases are treated twice a week on average by a geriatric physiotherapist. The interventions which are used, are aimed at strength, mobility, condition and functional exercises. Geriatric physiotherapists observe progress by using movement interventions at phase 1, 2, and 3. This percentage decreases in the third phase. In phase 4 and 5 mainly stability is observed.

Conclusion: Geriatric physiotherapists are using movement intervention aimed at strength, condition, mobility and functional exercises. Besides these movement interventions, they also use fall prevention and balance training. The frequency is twice a week. Besides the treatments, movement is stimulated by homework exercises in phase 1 and 2. In the phases 3 to 5 caregiving and instructions to nursing is used. In phases 1 to 3 progress is mainly observed by geriatric physiotherapists. In phase 4 and 5 mainly stability to the progress of dementia is observed.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting.....	7
Abstract	9
1. Inleiding	13
1.1 Achtergrond.....	13
1.2 Dementie en bewegen	14
1.3 Probleemstelling.....	15
1.4 Doelstelling.....	16
1.5 Vraagstelling	16
2. Methode	17
2.1 De gestructureerde vragenlijst.....	17
2.2 Verwerken en analyseren van gegevens	19
3. Resultaten.....	21
3.1 Selectieprocedure	21
3.2 Enquêtevragen	22
4. Discussie	31
5. Conclusie en aanbevelingen	37
6. Literatuur.....	39
Bijlage I: Global deterioration scale volgens Reisberg	i
Bijlage II Informatiebrief deelnemers.....	iii
Bijlage III De enquête	v
Bijlage IV Resultaten.....	xvii
Bijlage V Goedkeuring projectplan.....	xxv
Bijlage VI Geheimhoudingsverklaring	xxvii
Bijlage VII Overeenkomst overdracht rechten	xxix
Bijlage VIII Projectvoorstel	xxxiii

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Uit onderzoekscijfers is gebleken dat het aantal mensen met dementie aanzienlijk toeneemt¹. In 2005 telt Nederland 250.000 mensen met dementie, waarvan naar schatting 180.000 zijn gediagnosticeerd¹. Dit aantal zal de komende jaren, mede door de vergrijzing in Nederland, schrikbarend oplopen². Het totale aantal zal in 2020 zijn opgelopen tot 350.000 mensen en in 2050 tot ruim 580.000 mensen met dementie¹. Geheugenstoornissen en cognitieve stoornissen zijn de gevolgen van dementie en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van het leven van mensen met dementie³⁻⁴. De ziekte dementie kan uiteindelijk tot sterfte leiden⁴. Bij vrouwen behoort dementie tot de top vijf van doodsoorzaken⁵. Door de toename van deze ziekte, wordt het een van de duurste ziekten in Nederland⁵. In 2005 ging er 4,7% van de totale kosten voor de gezondheidszorg naar de kosten voor dementerenden, een totaal van 3,2 miljard euro⁵. In 2015 zal Nederland 300.000 mensen met dementie tellen, terwijl er naar schatting 29.000 plaatsen in verpleeghuizen beschikbaar zullen zijn¹. Twee derde van de dementerenden woont thuis en wordt verzorgd door mantelzorgers¹. Mantelzorgers lopen een verhoogd risico om overbelast te raken en zelf (psychische) gezondheidsproblemen te krijgen^{1,5}. Desondanks zijn mantelzorgers hard nodig¹. Het grootste gedeelte van de mensen met dementie, 70% van het totaal, heeft de ziekte van Alzheimer⁵. Hierna volgt de groep mensen met vasculaire dementie, met 15% van het totaal⁵. De grenzen tussen de verschillende soorten dementie vervagen steeds meer³. Met name in een latere fase neemt het verschil in de symptomen af⁴. Hierdoor wordt het steeds moeilijker om onderscheid te maken⁴. Er zijn enkele risicofactoren voor het ontstaan van dementie, te weten: leeftijd, genetische factoren en risicofactoren voor hart- en vaatziekten^{2-3,5}. Onder de risicofactoren voor hart- en vaatziekten wordt verstaan; hoge bloeddruk, atherosclerose, verhoogd cholesterolgehalte, diabetes mellitus en roken³. Boven de 65 jaar heeft naar schatting 7% van de mensen dementie¹. Onder de 80-plussers is dit zelfs meer dan 20%¹. Dit toont aan dat leeftijd een grote rol speelt in het ontstaan van dementie². De genoemde risicofactoren hebben invloed op alle vormen van dementie⁵.

Dementie is een progressief klinisch syndroom dat wordt vastgesteld wanneer een aantal symptomen tegelijkertijd optreden⁴. Deze symptomen mogen niet voortkomen uit psychiatrische stoornissen en deze stoornissen moeten dan ook worden uitgesloten⁴. Voornamelijk de cognitieve functies gaan achteruit bij dementie^{4,6}. Denk hierbij aan stoornissen van het geheugen (agnosie), stoornissen in de uitvoerende functies (apraxie), verstoorde oriëntatie en afasie^{2,4}. Het verloop van dementie vindt plaats in fasen⁴. Dit gaat geleidelijk en progressief⁴. Reisberg heeft deze fasen beschreven in de Global Deterioration Scale, zie bijlage I⁴. Vaak ontstaan er in de beginfase, als er nog ziektebesef is, ook gedragsstoornissen⁴. Dit kan leiden tot angstgevoelens, onzekerheidsgevoel, en zelfs tot

depressiviteit^{2,4}. Depressiviteit komt vaak voor bij mensen met dementie⁷. In de vergevorderde fasen van dementie krijgt de dementerende te maken met desoriëntatie in tijd, plaats en persoon en er treedt verwardheid op⁴. Hierdoor ontstaan ernstige gedragsproblemen, stemmingswisselingen en nachtelijke onrust⁴. In deze tijd willen ouderen het liefst zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen, terwijl dit niet altijd mogelijk is⁴. Door deze gedragsstoornissen, geheugenstoornissen en cognitieve stoornissen gaan het algemeen dagelijks leven (ADL) en de participatie achteruit^{3,8}. De zorg voor dementerenden wordt bemoeilijkt en mantelzorgers zijn niet langer in staat om voor de dementerenden te zorgen⁹. Als dit proces verder vordert, is een opname geïndiceerd^{2,4}. Dit heeft tot gevolg dat fysiotherapeuten, in zowel de eerste lijn als in de revalidatiecentra, te maken krijgen met dementerenden⁴. De zorg voor mensen met dementie bestaat vooral uit symptoombestrijding en interventies die het welbevinden op een bepaald niveau houden¹. Bij interventies door fysiotherapeuten is er niet alleen voor de persoon met dementie een grote winst te behalen, maar ook voor de mantelzorgers en het zorgsysteem¹⁰. Hier ligt de maatschappelijke relevantie. Hoe langzamer de ziekte progressief stijgt, des te meer besparing dit oplevert voor de ziektekosten. Daarnaast worden de mantelzorgers minder snel overbelast¹⁰.

1.2 Dementie en bewegen

Beweging heeft een beschermende werking op de hersenen¹¹⁻¹². Zo kan het preventief werken voor de risicofactoren diabetes en een hoge bloeddruk¹¹⁻¹². Ook werkt beweging preventief voor dementie. Het is mogelijk om het risico op dementie te reduceren door een actieve levensstijl^{4,8,11-12-13-14}. Omgekeerd geldt hetzelfde; mensen die inactief zijn hebben meer kans op dementie⁴. Bewegen kan preventief werken, maar fysieke activiteit heeft ook een direct positief effect bij dementerenden^{4,6}. Uit verschillende studies blijkt dat beweging een positief effect heeft op de cognitie van dementerenden^{4,9}. De cognitie en fysieke functies worden positief beïnvloedt door bewegingsprogramma's^{6,10,15}. Hierdoor worden dementerenden minder afhankelijk in hun ADL^{6,10,15}. Ook heeft bewegen een positief effect op de gedragsproblemen als depressiviteit, angst en het rust- activiteit ritme^{9,15}. Na het volgen van een bewegingsprogramma met een duur van 6 tot 12 maanden, blijkt dat het cognitieve niveau van de patiënten met de bewegingsinterventie beter is, dan het cognitieve niveau van de inactieve patiënten¹³. Door middel van bewegingsprogramma's is een grote winst te behalen op functioneel niveau en de kwaliteit van leven^{10,15}. Omdat dementie een gefaseerd verloop heeft, is bij elke fase een andere benaderingsstrategie nodig⁴. De fysiotherapeut kan door middel van bewegingsinterventies in alle fasen van meerwaarde zijn^{4,6}. Met name in fase 1 t/m 4 is de grootste winst te behalen op functioneel niveau⁴. Dementie is niet te genezen, maar door middel van beweging kan wel de kwaliteit van leven worden verbeterd⁶. Op het gebied van de functies mobiliteit, kracht en conditie valt veel winst te behalen door middel van bewegingsinterventies⁶. Bewegen wordt vaak vergeten als therapeutische behandeling voor dementerenden¹³. Dit is een taak voor de fysiotherapeut¹³. Door fysiotherapeutische interventies kunnen dementerenden langer hun ADL en participatie op niveau houden, met als gevolg dat ze langer voor zichzelf kunnen zorgen en het mogelijk is om langer thuis te blijven wonen^{4,10}. Door middel van fysieke activiteit verloopt het ziekteverloop bij mensen met

dementie trager. Regelmatige fysieke activiteit is de sleutel om succesvol ouder te worden¹². Het paramedische doel en de relevantie van de fysiotherapie is om dementerenden te stimuleren om een actieve levensstijl aan te nemen⁴.

Het is de taak van de fysiotherapeut om ontwikkeling en uitvoering van bewegingsinterventies voor mensen met dementie op te zetten⁴. Ook moet de fysiotherapeut slechte leefgewoontes bij patiënten proberen af te leren en ze stimuleren om een actieve levensstijl aan te nemen⁴. De fysiotherapeutische behandeling voor mensen met dementie wordt steeds belangrijker. Echter is het niet duidelijk welke bewegingsinterventies aangeboden worden in de praktijk en of de geriatriefysiotherapeut vooruitgang ziet. Ook is niet duidelijk of de bewegingsinterventies vaak worden aangeboden en of er gebruik wordt gemaakt van stimulering buiten de behandelingen. Om deze informatie te verkrijgen zullen geriatriefysiotherapeuten benaderd worden, zij komen immers dagelijks in contact met ouderen. Ook de algemene fysiotherapeut zal steeds meer in contact komen met patiënten met dementie. Voor de algemene fysiotherapeut is het belangrijk om te weten welke interventies worden aangeboden, aangezien dit op de opleiding tot fysiotherapeut niet aan bod komt. Uiteindelijk zal er een aanbeveling worden gedaan aan de algemeen fysiotherapeut en aan de geriatriefysiotherapeut. Uit de literatuur komt naar voren dat er bewegingsinterventies aangeboden worden op het gebied van:

- Kracht^{6,9,13,16-17-18}
- Functionele oefeningen¹⁶⁻¹⁷; voor iedere behandeling is het belangrijk om functioneel te handelen¹⁹.
- Mobiliteit^{6,9,13,16-17-18}
- Conditie^{6,8-9-10,13-14,16-17-18}

In de enquête zal op deze bewegingsinterventies worden ingegaan.

1.3 Probleemstelling

Er is geen inventarisatie over de bewegingsinterventies die door de geriatriefysiotherapeuten in de praktijk gebruikt worden bij patiënten met gediagnosticeerde dementie. Er is geen standaardprotocol voor patiënten met dementie en bewegingsinterventies, voor de geriatriefysiotherapeuten is deze survey daarom van belang. Dit is ook van belang voor de algemene fysiotherapeut die over weinig kennis beschikt inzake dementie en de behandeling hiervan.

1.4 Doelstelling

De doelstelling van deze survey is om meer inzicht te krijgen in het gebruik van bewegingsinterventies, door geriatriefysiotherapeuten bij gediagnosticeerde dementie patiënten. Door middel van deze survey zal een aanbeveling worden gedaan aan de algemene fysiotherapeut en de geriatriefysiotherapeut.

1.5 Vraagstelling

Welke bewegingsinterventies gebruiken geriatriefysiotherapeuten in Nederland bij gediagnosticeerde dementie patiënten die zich in fase 1 t/m 5 (volgens Reisberg) bevinden?

Deelvragen:

- Hoe vaak en in welke fase worden deze bewegingsinterventies gebruikt?
- Hoe vaak worden de patiënten met dementie behandeld?
- Hoe worden de bewegingsinterventies gestimuleerd buiten de behandelingen?
- Ziet de geriatriefysiotherapeut vooruitgang, achteruitgang of stabiliteit bij de patiënt met dementie, als er gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie(s)?

2. Methode

De deelnemers aan het onderzoek, geriatriefysiotherapeuten, zullen allemaal dezelfde vragenlijst toegestuurd krijgen. Bij het maken van deze vragenlijst wordt de methode van Ferdie Migchelbrink gebruikt, uit het boek "Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn"²⁰. Ook wordt er gebruik gemaakt van het boek "Enquêteren en gestructureerd interviewen"²¹.

2.1 De gestructureerde vragenlijst

Populatie

De populatie die zal worden benaderd zijn geriatriefysiotherapeuten die werkzaam zijn in Nederland. De leeftijd zal liggen tussen de 20 en de 65 jaar en het gaat om zowel mannen als vrouwen. Via het internet zal er gecommuniceerd worden, omdat er vanuit wordt gegaan dat deze populatie internet ter beschikking heeft en beschikt over een e-mail adres. Het is een snelle manier en bovendien zijn hier weinig kosten aan verbonden. Er zal gebruik worden gemaakt van een gelegenheidssample; iedereen die beschikbaar is wordt geselecteerd.

Door middel van de enquête zal dit kwantitatieve onderzoek plaats vinden. Allereerst zal er een lijst worden gemaakt van de variabelen waarover de enquête zal gaan, hetgeen waar naar gevraagd zal worden. Aan de hand van de vraagstelling zullen begrippen worden geoperationaliseerd. Ze worden zo concreet en specifiek mogelijk gemaakt, zodat het onderzoekbare en meetbare variabelen zijn.

De volgende variabelen zullen in de enquête aan bod komen:

- Dementie
- Fasen van dementie
- Bewegingsinterventies
 - o Gericht op kracht
 - o Gericht op mobiliteit
 - o Gericht op conditie
 - o Functionele oefeningen
- Ervaring van de fysiotherapeut
- Werkend in welke setting
- Behandeling
- Frequentie contact dementie patiënten
- Frequentie behandeling patiënt
- Stimuleren beweging
- Vooruitgang

Vervolgens worden de vragen ruw geformuleerd. Het gaat hierbij vooral om de concrete vraagstelling. Deze is nodig om een betrouwbaar antwoord te krijgen. Het uitgangspunt is om alleen gesloten vragen te stellen. Doordat er gesloten vragen worden gesteld, moeten er rubrieken ingebouwd worden als 'geen antwoord' of 'niet van toepassing'. Gesloten vragen zijn statistisch beter te verwerken dan open vragen. Bij het indelen van de volgorde dient er rekening te worden gehouden met het referentiekader van de respondent. Ook zullen de vragen gegroepeerd worden op onderwerp en het gebruik van het trechtermodel. In het begin van de enquête zullen een aantal eenvoudige vragen worden gesteld, waarna er dieper ingegaan wordt op het onderwerp. De vragenlijst zal beginnen met een begeleidende tekst waarin het onderwerp wordt geïntroduceerd. In de begeleidende tekst wordt het doel van de survey uitgelegd, zal de opdrachtgever van het onderzoek worden vermeld en aan bod komen hoe er met de gegevens wordt omgegaan. Tot slot zullen de contactgegevens van de onderzoeker worden gegeven, waarbij de respondent terecht kan voor eventuele vragen. De begeleidende tekst is bijgevoegd als bijlage II. Er zal bij afsluiting gevraagd worden of er opmerkingen zijn. De vragenlijst moet voldoen aan de volgende criteria: professioneel en concreet taalgebruik, gesloten, niet suggestieve vragen en moet niet te lang zijn. Dit om de interesse vast te houden, aangezien deze criteria van invloed zouden kunnen zijn op de resultaten. Tevens moet de vragenlijst de vraagstelling beantwoorden. De enquête zal ongeveer 20 vragen bevatten. In de vragenlijst zullen twee synoniemvragen worden gesteld. Hiermee wordt getest of de vragenlijst daadwerkelijk met aandacht gelezen en ingevuld is. De enquêtes waarbij de antwoorden van de synoniemvragen niet overeen komen, zullen niet worden meegenomen in de resultaten. Hierdoor zal de betrouwbaarheid van de enquête vergroot worden.

Pilotgroep

Als deze punten doorlopen zijn, wordt de vragenlijst getest met proefpersonen. De pilotgroep zal bestaan uit 2 geriatriefysiotherapeuten, 3 groepsleden waarmee samen gewerkt wordt aan het project "dementie en bewegen", de begeleider en de opdrachtgeefster. De geriatriefysiotherapeuten zijn representatief voor de gekozen doelgroep. De groepsleden hebben zich de laatste tijd goed verdiept in het onderwerp en kunnen inhoudelijke feedback geven. De begeleider, de opdrachtgeefster en de groepsleden zullen feedback geven aan de hand van de criteria waaraan de vragenlijst moet voldoen. Er zal gevraagd worden om op een aantal specifieke punten te letten:

- Zijn bepaalde vragen onduidelijk?
- Zijn bepaalde vragen niet van toepassing?
- Zijn de vragen volledig, ontbreken er antwoord alternatieven?
- Zijn de instructies duidelijk?
- Zijn er genoeg instructies?
- Ontbreken er nog vragen?
- Daarnaast wordt er gevraagd naar de tijdsduur voor het invullen van de enquête.

De tijd, die nodig is om de vragenlijst in te vullen, zal in de informatiemail verwerkt worden. Na deze feedback zal de vragenlijst aangepast worden en na goedkeuring van de begeleider worden verspreid. De enquête is bijgevoegd als bijlage III.

Vorbereitung van de afname

De deelnemers die worden benaderd zijn geriatriefysiotherapeuten in Nederland. De enquête zal door de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG) via e-mail worden verspreid. Deze e-mail zal naar alle leden van de NVFG verzonden worden. Het NVFG telt 346 geriatriefysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het geriatriefysiotherapie CKR deelregister. In totaal zijn er 528 geregistreerde geriatriefysiotherapeuten in Nederland, maar deze staan niet allemaal geregistreerd in het CKR deelregister. Door middel van surveymonkey.nl zal de enquête gemaakt worden, zodat deze online verspreid kan worden naar de 346 geriatriefysiotherapeuten. Surveymonkey.nl werd aangeraden door Tinne Boons in haar workshop over 'de survey'. Surveymonkey.nl is betrouwbaar, veilig, snel en gemakkelijk in gebruik. Na een periode van één week zal worden nagegaan of het relevant is om een herinneringsmail te sturen en of hier nog tijd voor is. Indien er minder dan 70 respondenten hebben gereageerd, zal er een herinneringsmail gestuurd worden.

Ethische paragraaf

Er zal gegarandeerd vertrouwelijk worden omgegaan met de gegevens van de deelnemers; de anonimiteit zal gewaarborgd zijn. Na het invullen van de enquête wordt er akkoord gegaan en toestemming gegeven voor de deelname. De resultaten van de individuele enquêtes zullen na afloop vernietigd worden. De deelnemers zullen per e-mail op de hoogte worden gebracht van de resultaten van het onderzoek. Voor de informatiebrief, zie bijlage II.

2.2 Verwerken en analyseren van gegevens

Bij het verwerken zullen de enquêtes, die niet contentieus zijn ingevuld, niet verwerkt worden in de resultaten. Dit zullen de enquêtes zijn waarvan de antwoorden op de synoniemvragen niet overeenkomen of die niet volledig zijn ingevuld. Via surveymonkey.nl zullen de gegevens geautomatiseerd verwerkt worden. Door middel van 'digitale data entry' worden de data van de digitale vragenlijst opgehaald. De individuele vragenlijsten zullen worden samengebracht tot een totaaloverzicht. Door de enquêtes te ordenen en door beschrijvende statistiek, worden de gegevens uit de enquêtes geanalyseerd. Bij het analyseren van de gegevens zal altijd de vraagstelling worden betrokken. Ook wordt er antwoord verkregen op de deelvragen. In Microsoft Excel zal er een overzicht worden gemaakt van de resultaten. De enquête is bijgevoegd als bijlage III.

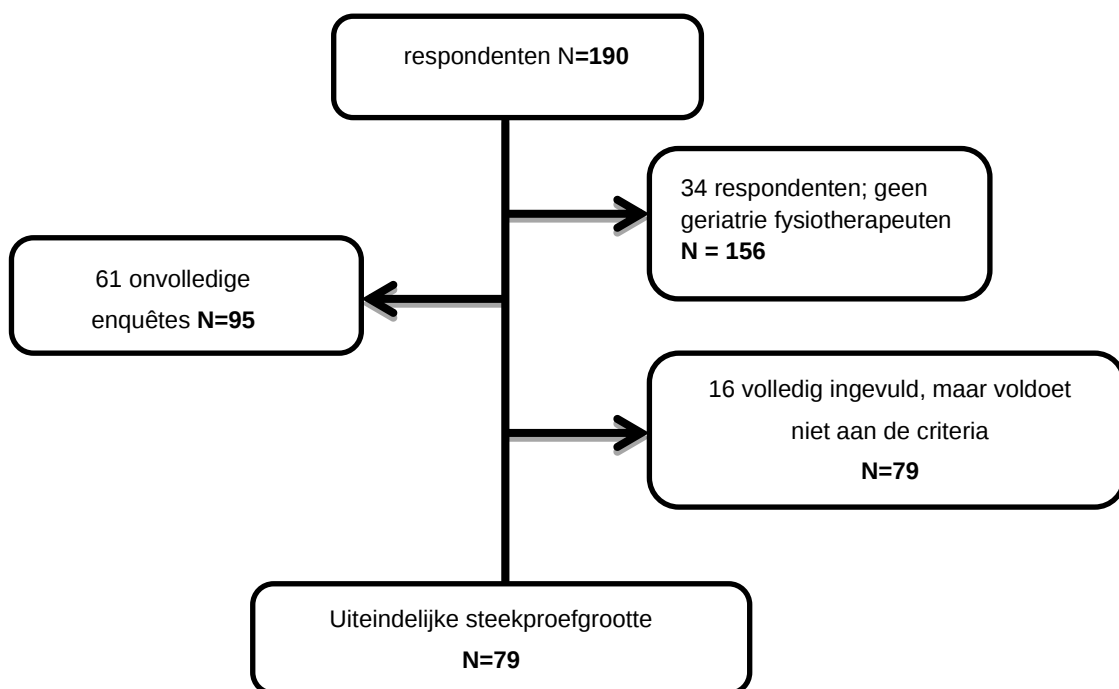
3. Resultaten

3.1 Selectieprocedure

Uiteindelijk hebben 190 respondenten gereageerd, waarvan 34 respondenten geen geriatriefysiotherapeuten in Nederland zijn. Deze 34 enquêtes zijn niet meegenomen in de resultaten, evenals de 61 niet volledig ingevulde enquêtes. Na deze selectie bleven er 95 enquêtes over, deze enquêtes zijn beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- Komt het antwoord op de synoniemvragen overeen? Dit houdt in; komt het antwoord op vraag 4 overeen met het antwoord op vraag 22.
- Komt het antwoord op vraag 5 overeen met het antwoord op de vragen 6, 10, 14 en 18.

Aan de hand van deze criteria zijn er 16 enquêtes niet meegenomen in de resultaten. Naar schatting was de gewenste steekproefgrootte 70 respondenten. Uiteindelijk zijn er 79 volledige en betrouwbare ingevulde enquêtes meegenomen in het verwerken van de resultaten. Het selectieproces is weergegeven in de onderstaande flow-chart (figuur 1).



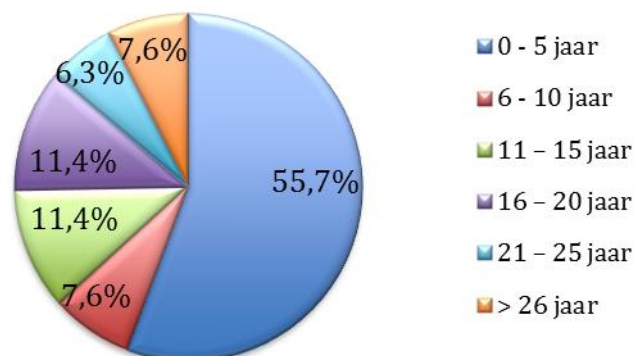
Figuur 1: Flowchart populatie

3.2 Enquêtevragen

Achtergrond respondenten

Onderstaand is een overzicht weergegeven (zie figuur 2) van de gegevens, welke bekend zijn over het aantal jaar ervaring van de deelnemende respondenten als geriatriefysiotherapeut. Het grootste gedeelte van de respondenten, namelijk 55,7% heeft 0-5 jaar ervaring als geriatriefysiotherapeut. In welke setting de respondenten werken is door middel van vraag 3 in kaart gebracht; 73,4% van de respondenten is werkzaam in een verpleegtehuis of zorgcentrum. Daarnaast is 48,1% werkzaam in een particuliere praktijk. In kleinere percentages zijn er respondenten werkzaam in ziekenhuizen 5,1% of in een revalidatiecentrum 2,5%. Let op bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk.

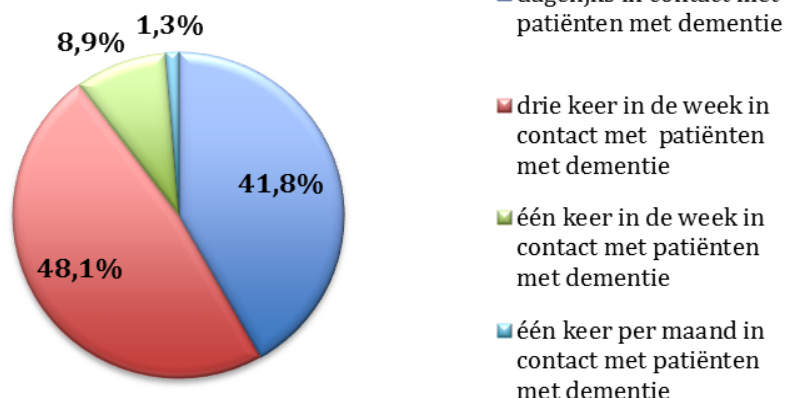
Hoeveel ervaring heeft u als geriatriefysiotherapeut?



Figuur 2: Hoeveelheid ervaring respondenten

Door middel van vraag 4 is informatie verzameld over; de frequentie waarin geriatriefysiotherapeuten patiënten met dementie in de praktijk tegenkomen. Zoals in figuur 3 te zien is, komt 41,8% van de respondenten dagelijks in contact met patiënten met dementie. Bijna 90% van de respondenten komt minimaal drie keer per week in contact met patiënten met dementie. Niemand van de respondenten geeft aan minder dan één keer per maand met dementerenden in contact te komen.

Als geriatriefysiotherapeut kom ik:

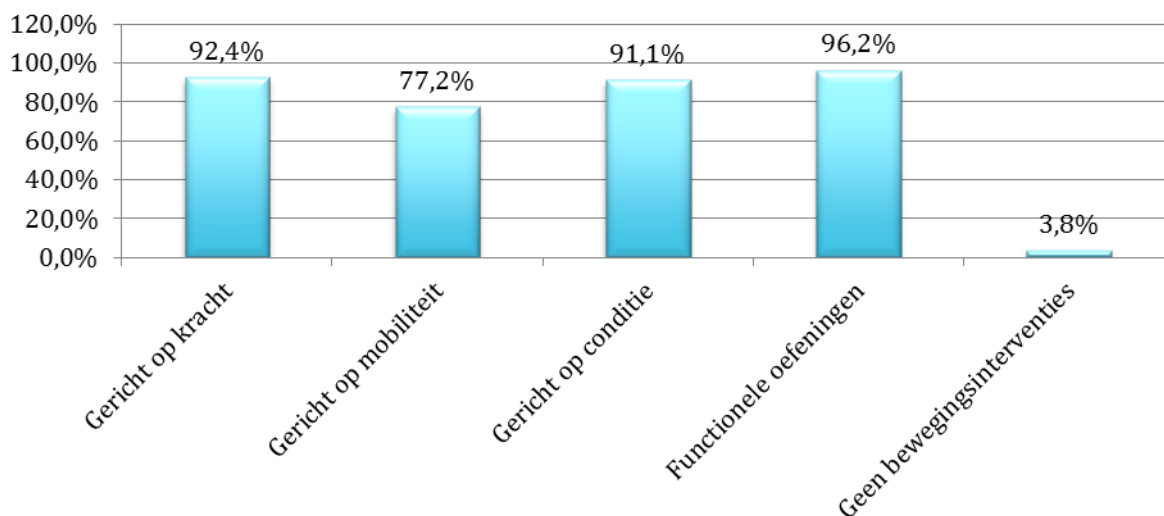


Figuur 3: Hoeveelheid contact geriatriefysiotherapeut met patiënten met dementie

Bewegingsinterventies.

Met behulp van vraag 5 is in kaart gebracht welke bewegingsinterventies in het algemeen gebruikt worden bij gediagnosticeerde dementie patiënten, die zich in fase 1 t/m 5 bevinden. Bij deze vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk. De bewegingsinterventies die de geriatriefysiotherapeut toepast bij de gediagnosticeerde dementie patiënt zijn gericht op functionele oefeningen (n=76), op kracht (n=73), op conditie (n=72) en op mobiliteit (n=61). Bij overige wordt aangegeven balans oefeningen (n=3) te gebruiken en valpreventie (n=3).

Welke bewegingsinterventies gebruikt u bij gediagnosticeerde dementie patiënten, die zich in fase 1 t/m 5 volgens Reisberg bevinden? let op: er zijn meerdere antwoorden mogelijk



Figuur 4: Bewegingsinterventies die worden toegepast

Bewegingsinterventies per fase

Door middel van vraag 6, 10, 14 en 18 is de frequentie van het gebruik van de bewegingsinterventies per fase en per bewegingsinterventie uiteengezet. In tabel 1 is een overzicht weergegeven, deze bevindt zich op pagina 25.

Kracht vraag 6

In figuur 5 (zie bijlage IV Resultaten) is te zien dat in fase 1 49,4% van de respondenten 'vaak' bewegingsinterventies gericht op kracht toepassen. 'Vaak' wordt twee keer zoveel aangegeven dan 'regelmatig' met 24,1%. Dit verschil wordt kleiner in fase 2 (48,1% 'vaak' t.o.v. 29,1% 'regelmatig'), fase 3 (41,8% 'vaak' t.o.v. 34,2% 'regelmatig') en in fase 4 (30,4% 'vaak' t.o.v. 34,2% 'regelmatig'). In fase 5 zijn de verhoudingen volledig omgekeerd en is het aandeel 'regelmatig' met 27,8% twee keer zo groot als het aandeel 'vaak' met 13,9%. Ook is te zien in fase 5 dat 'soms' samen met 'regelmatig' het hoogste scoort, met 27,8%. In fase 1 (1,3%) en fase 2 (1,3%) komen 'zelden' en 'nooit' haast niet voor, in fase 3 (3,8%), fase 4 (8,9%) en in fase 5 (19%) nemen deze juist toe. Door de percentages van regelmatig en vaak bij elkaar op te tellen, komen er de volgende percentages uit: fase 1 73,5%, fase 2 77,2%, fase 3 76,0%, fase 4 64,6% en in fase 5 41,7%.

Mobiliteit vraag 10

De frequentie van het gebruik van bewegingsinterventies op het gebied van mobiliteit zijn net als de interventies op het gebied van kracht per fase uiteengezet. Uit figuur 6 (zie bijlage IV Resultaten) kan worden afgeleid dat de verschillende frequenties in fasen weinig verschuiven. Ook liggen de frequenties per fase weinig uit elkaar. In alle fasen wordt het meest aangegeven 'regelmatig' en/of 'vaak' bewegingsinterventies gericht op mobiliteit toe te passen. Door de percentages van regelmatig en vaak bij elkaar op te tellen, komen er de volgende percentages uit: fase 1 46,9%, fase 2 49,4%, fase 3 56,9%, fase 4 57,0% en in fase 5 48,1%.

Conditie vraag 14

In figuur 7 (bijlage IV Resultaten) is te zien dat in fase 1 met 43,0%, fase 2 met 46,8% en fase 3 met 43,0% 'vaak' bewegingsinterventies worden toegepast gericht op conditie. In fase 4 en fase 5 daalt de frequentie 'vaak' en neemt 'regelmatig' de overhand met in fase 4 39,2% en in fase 5 31,6%. Het merendeel van de populatie heeft 'vaak' of 'regelmatig' geantwoord met in fase 1 een totaal van 67,1%, fase 2 73,4%, in fase 3 79,7%, in fase 4 70,8% en in fase 5 54,4%. In fase 1 t/m 3 geeft 0,0% 'nooit' en/of 'zelden' aan.

Functionele oefeningen vraag 18

De frequentie van de bewegingsinterventies gericht op functionele oefeningen is in de verschillende fasen ongeveer gelijkwaardig verdeeld. Zo is te zien in figuur 8 (zie bijlage IV Resultaten) dat 'vaak' in fase 1 t/m 5 het meeste voorkomt. In fase 3 is dit zelfs een maximum van 59,5% en een minimum in fase 5 van 49,9%. Daarnaast heeft 'regelmatig' ook een groot aandeel in de bewegingsinterventies gericht op functionele oefeningen. 'Nooit' wordt 0 keer beantwoord, 'zelden' komt aan bod met een hoogste percentage van 6,3% en soms komt aan bod met een hoogste percentage van 11,4%. Door de percentages van regelmatig en vaak bij elkaar op te tellen, komen er de volgende percentages uit: fase 1 72,1%, fase 2 77,2%, fase 3 84,8%, fase 4 84,8% en in fase 5 73,5%.

Tabel 1: Frequentie gebruik bewegingsinterventie

vraag	Fase	Meest geantwoord	percentage	absolute waarde (n=79)
6. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op kracht bij patiënten met dementie?	1	vaak	49,4%	39
	2	vaak	48,1%	38
	3	vaak	41,8%	33
	4	regelmatig	32,4%	27
	5	regelmatig	27,8%	22
10. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op mobiliteit bij patiënten met dementie?	1	vaak	24,1%	19
	2	vaak	26,6%	21
	3	regelmatig	31,6%	25
	4	regelmatig	32,9%	26
	5	regelmatig	29,1%	23
14. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op conditie bij patiënten met dementie?	1	vaak	43,0%	34
	2	vaak	46,9%	37
	3	vaak	43,0%	34
	4	regelmatig	39,2%	31
	5	regelmatig	31,6%	25
18. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen bij patiënten met dementie?	1	vaak	54,4%	43
	2	vaak	55,7%	44
	3	vaak	59,5%	47
	4	vaak	55,7%	44
	5	vaak	49,4%	39

Frequentie behandeling per bewegingsinterventie per fase

In de vragen 7, 11, 15 en 19 worden de frequentie van de behandeling door geriatriefysiotherapeuten in kaart gebracht op het gebied van kracht, mobiliteit, conditie en functionele oefening. Hiervoor is per bewegingsinterventie en per fase de frequentie van de behandeling uiteengezet. In tabel 2 is een overzicht weergegeven, deze bevindt zich op pagina 27.

Kracht vraag 7

Bewegingsinterventies die door geriatriefysiotherapeuten worden toegepast gericht op kracht, vinden grotendeels twee keer per week plaats, met een gemiddelde van 48,1%, in fase 1 t/m 5. Dit is te zien in figuur 9 (zie bijlage IV Resultaten). In fase 3 is het aantal behandelingen gericht op kracht het grootst, hierbij geven 45 geriatriefysiotherapeuten (57%) aan twee behandelingen in de week toe te passen. Daarna volgt één keer per week met percentages; fase 1 19,0%, fase 2 21,5%, fase 3 17,7%, fase 4 21,5% en fase 5 15,2%. Daarnaast geven weinig geriatriefysiotherapeuten aan een lagere frequentie

dan één keer per week toe te passen bij behandelingen gericht op kracht (totaal van n=26, in fase 1 t/m 5).

Mobiliteit vraag 11

In figuur 10 (zie bijlage IV Resultaten) is te zien dat het aantal behandelingen gericht mobiliteit grotendeels twee keer per week plaats vindt. Dit geldt voor alle fasen; fase 1 32,9%, fase 2 35,4%, fase 3 48,1%, fase 4 48,1% en fase 5 38,0%. Daarna volgt één keer per week met een gemiddelde van 19,5%, in fase 1 t/m 5. Vaker dan twee keer per week komt bijna niet voor; dagelijks met een maximum van 7,6% en drie keer per week maximaal 10,1%. Daarnaast geven weinig geriatriefysiotherapeuten aan een lagere frequentie dan één keer per week toe te passen bij behandelingen gericht op mobiliteit (totaal van n=27, in fase 1 t/m 5).

Conditie vraag 15

In figuur 11 (zie bijlage IV Resultaten) is te zien dat het grootste gedeelte aangeeft twee keer per week te behandelen. Met een gemiddelde van 46,8%, in fase 1 t/m 5. Daarna volgt één keer per week met een gemiddelde van 20,3%, in fase 1 t/m 5. Vaker dan twee keer per week komt bijna niet voor; dagelijks maximaal 5,1% en drie keer per week maximaal 11,4%. Daarnaast geven weinig geriatriefysiotherapeuten aan een lagere frequentie dan één keer per week toe te passen bij behandelingen gericht op conditie (totaal van n=17, in fase 1 t/m 5).

Functionele oefeningen vraag 19

In figuur 12 (zie bijlage IV Resultaten) is te zien dat het grootste gedeelte aangeeft twee keer per week te behandelen. Met een gemiddelde van 47,6%, in fase 1 t/m 5. Daarna volgt één keer per week met een gemiddelde van 19,5%, in fase 1 t/m 5. Vaker dan twee keer per week komt bijna niet voor; dagelijks met een maximum van 6,3% en drie keer per week maximaal 11,4%. Daarnaast geven weinig geriatriefysiotherapeuten aan een lagere frequentie dan één keer per week toe te passen bij behandelingen gericht op functionele oefeningen (totaal van n=24, in fase 1 t/m 5).

Tabel 2: Frequentie contact geriatriefysiotherapeut met patiënt met dementie

vraag	Fase	Meest geantwoord	percentage	absolute waarde (n=79)
7. hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op kracht?	1	2 keer p. week	44,3%	35
	2	2 keer p. week	43,0%	34
	3	2 keer p. week	57,0%	45
	4	2 keer p. week	53,2%	42
	5	2 keer p. week	43,0%	34
11. hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op mobiliteit?	1	2 keer p. week	32,9%	26
	2	2 keer p. week	35,4%	28
	3	2 keer p. week	48,1%	38
	4	2 keer p. week	48,1%	38
	5	2 keer p. week	38,0%	30
15. hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op conditie?	1	2 keer p. week	40,5%	32
	2	2 keer p. week	45,6%	36
	3	2 keer p. week	53,2%	42
	4	2 keer p. week	51,9%	41
	5	2 keer p. week	43,0%	34
19. hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen?	1	2 keer p. week	43,0%	34
	2	2 keer p. week	46,8%	37
	3	2 keer p. week	51,9%	41
	4	2 keer p. week	50,6%	40
	5	2 keer p. week	45,6%	36

Stimulering bewegen buiten de behandeling

De vragen 8, 12, 16 en 20 hebben betrekking op hoe bewegingsinterventies gestimuleerd worden buiten de behandeling. Hierbij wordt stimulering (huiswerk oefeningen, inschakelen mantelzorg en/of instructies aan de verpleging/verzorging) per bewegingsinterventie gericht op kracht, mobiliteit, conditie en functionele oefening in de verschillende fasen in kaart gebracht. In tabel 3 is een overzicht weergegeven, deze bevindt zich op pagina 28.

Kracht vraag 8

De behandeling gericht op kracht wordt door de geriatriefysiotherapeut in fase 1 buiten de behandeling voornamelijk gestimuleerd door middel van huiswerk oefeningen met 58,2%. In fase 2 neemt het aandeel dat mantelzorg inschakelt toe van 31,6% in fase 1, naar 43,0% in fase 2. Hierbij neemt het aandeel van huiswerk oefeningen iets af tot 53,2% in fase 2. In fase 3 wordt voornamelijk mantelzorg ingeschakeld met 57,0% of worden er instructies aan verpleging en/of verzorging gegeven met 51,9%. In fase 4 (70,9%) en in fase 5 (67,1%) geven de meeste geriatriefysiotherapeuten instructies aan verpleging en/of verzorging. Deze verhoudingen worden weergegeven in figuur 13 (zie bijlage IV Resultaten).

Mobiliteit vraag 12

In fase 1 met 58,2% en fase 2 met 55,7% worden bewegingsinterventies gericht op mobiliteit voornamelijk gestimuleerd door huiswerk oefeningen. In fase 3 wordt mantelzorg voor het merendeel ingeschakeld met 49,4%, in fase 4 met 45,6% en fase 5 met 31,6%. In fase 4 (65,8%) en in fase 5 (69,6%) worden voornamelijk instructies aan de verpleging en/of verzorging gegeven. Hierbij daalt het aantal respondenten, die huiswerk oefeningen gebruiken, in fase 3 naar 38,0%, fase 4 naar 13,9% en in fase 5 naar 8,9%. Deze verhoudingen worden weergegeven in figuur 14 (zie bijlage IV Resultaten).

Conditie vraag 16

In fase 1 met 55,7% en fase 2 met 48,1% worden bewegingsinterventies gericht op conditie voornamelijk gestimuleerd door huiswerkoefeningen. In fase 3 wordt mantelzorg voor het merendeel ingeschakeld met 36,7%, in fase 4 met 32,9% en fase 5 met 20,3%. In fase 4 (48,1%) en in fase 5 (57,0%) worden voornamelijk instructies aan de verpleging en/of verzorging gegeven. Hierbij daalt het aantal respondenten, die huiswerkoefeningen gebruiken, in fase 3 naar 20,3%, fase 4 naar 3,8% en in fase 5 naar 2,5%. Deze verhoudingen worden weergegeven in figuur 15 (zie bijlage IV Resultaten).

Functionele oefeningen vraag 20

In fase 1 met 53,2% en fase 2 met 45,6% worden bewegingsinterventies gericht op conditie voornamelijk gestimuleerd door huiswerkoefeningen. In fase 3 wordt mantelzorg voor het merendeel ingeschakeld met 31,6%, in fase 4 met 30,4% en fase 5 met 16,5%. In fase 4 (57,0%) en in fase 5 (64,6%) worden voornamelijk instructies aan de verpleging en/of verzorging gegeven. Hierbij daalt het aantal respondenten, die huiswerkoefeningen gebruiken, in fase 3 naar 20,3%, fase 4 naar 3,8% en in fase 5 naar 2,5%. Deze verhoudingen worden weergegeven in figuur 16 (zie bijlage IV Resultaten).

Tabel 3: Stimulering beweging buiten de behandeling

vraag	Fase	Meest geantwoord	percentage	absolute waarde (n=79)
8. Hoe worden bewegingsinterventies gericht op kracht gestimuleerd buiten de behandelingen?	1	huiswerkoefeningen	58,2%	46
	2	huiswerkoefeningen	53,2%	42
	3	inschakelen mantelzorg	57,0%	45
	4	instructies aan verpleging	70,9%	56
	5	instructies aan verpleging	67,1%	53
12. Hoe worden bewegingsinterventies gericht op mobiliteit gestimuleerd buiten de behandelingen?	1	huiswerkoefeningen	58,2%	46
	2	huiswerkoefeningen	55,7%	44
	3	inschakelen mantelzorg	49,4%	39
	4	instructies aan verpleging	65,8%	52
	5	instructies aan verpleging	69,6%	55
16. Hoe worden bewegingsinterventies gericht op conditie gestimuleerd buiten de behandelingen?	1	huiswerkoefeningen	55,7%	44
	2	huiswerkoefeningen	48,1%	38
	3	inschakelen mantelzorg	36,7%	29
	4	instructies aan verpleging	48,1%	38
	5	instructies aan verpleging	57,0%	45
20. Hoe worden bewegingsinterventies gericht op functionele oefeningen gestimuleerd buiten de behandeling?	1	huiswerkoefeningen	53,2%	42
	2	huiswerkoefeningen	45,6%	36
	3	instructies aan verpleging	38,0%	30
	4	instructies aan verpleging	57,0%	45
	5	instructies aan verpleging	64,6%	51

Het beloop van dementie bij het gebruik van bewegingsinterventies

De vragen 9,13,17 en 21 hebben betrekking op het beloop van dementie bij het gebruik maken van de bewegingsinterventies. Hierbij wordt per bewegingsinterventie gericht op kracht, mobiliteit, conditie en functionele oefening de verschillende fasen en het beloop in kaart gebracht. In tabel 4 is een overzicht weergegeven, deze bevindt zich op pagina 30.

Kracht vraag 9

Voornamelijk in fase 1 met 68,4% en fase 2 met 69,6% ziet de geriatriefysiotherapeut 'vooruitgang'. In fase 3 is 'vooruitgang' nog steeds het merendeel met 49,4%, maar neemt het aandeel van 'stabiel' toe tot 39,2%. In fase 4 neemt het aandeel 'vooruitgang' verder af tot 35,4% en stijgt het aandeel 'stabiel' tot 48,1%. Daarnaast zien meer geriatriefysiotherapeuten in fase 4 'achteruitgang' bij hun patiënten met 11,4%. In fase 5 is 'stabiel' het meest voorkomende met 40,5%. Maar de respondenten zien meer 'achteruitgang' 24,1%, dan 'vooruitgang' 20,3%. Dit is weergegeven in figuur 17 (zie bijlage IV Resultaten).

Mobiliteit vraag 13

Voornamelijk in fase 1 met 57,0% en fase 2 met 54,4% ziet de geriatriefysiotherapeut 'vooruitgang'. In fase 3 is 'vooruitgang' niet meer het merendeel met 36,7%, maar heeft 'stabiel' het grootste aandeel met 44,3%. In fase 4 neemt het aandeel 'vooruitgang' verder af tot 22,8% en stijgt het aandeel 'stabiel' tot 49,4%. Daarnaast zien meer geriatriefysiotherapeuten in fase 4 'achteruitgang' bij hun patiënten met 15,2%. In fase 5 is 'stabiel' het meest voorkomende met 40,5%. Maar de respondenten zien meer 'achteruitgang' 30,4%, dan 'vooruitgang' 16,5%. Dit is weergegeven in figuur 18 (zie bijlage IV Resultaten).

Conditie vraag 17

Voornamelijk in fase 1 met 63,3% en fase 2 met 65,8% ziet de geriatriefysiotherapeut 'vooruitgang'. In fase 3 is 'vooruitgang' nog steeds het merendeel met 50,6%, maar neemt het aandeel van 'stabiel' toe tot 34,2%. In fase 4 neemt het aandeel 'vooruitgang' verder af tot 31,6% en stijgt het aandeel 'stabiel' tot 48,1%. Daarnaast zien meer geriatriefysiotherapeuten in fase 4 'achteruitgang' bij hun patiënten met 12,7%. In fase 5 is 'stabiel' het meest voorkomende met 36,7%. Maar de respondenten zien meer 'achteruitgang' 26,6%, dan 'vooruitgang' 21,5%. Dit is weergegeven in figuur 19 (zie bijlage IV Resultaten).

Functionele oefeningen vraag 21

Voornamelijk in fase 1 met 65,8% en fase 2 met 65,8% ziet de geriatriefysiotherapeut 'vooruitgang'. In fase 3 is 'vooruitgang' nog steeds het merendeel met 48,1%, maar neemt het aandeel van 'stabiel' toe tot 41,8%. In fase 4 neemt het aandeel 'vooruitgang' verder af tot 26,6% en stijgt het aandeel 'stabiel' tot 59,5%. Daarnaast zien meer geriatriefysiotherapeuten in fase 4 'achteruitgang' bij hun patiënten met 10,1%. In fase 5 is 'stabiel' het meest voorkomende met 41,8%. Maar de respondenten zien meer 'achteruitgang' 29,1%, dan 'vooruitgang' 19,0%. Dit is weergegeven in figuur 20 (zie bijlage IV Resultaten).

Tabel 4: Ontwikkeling patiënt met dementie

vraag	Fase	Meest geantwoord	percentage	absolute waarde (n=79)
9. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op kracht?	1	vooruitgang	68,4%	54
	2	vooruitgang	69,6%	55
	3	vooruitgang	49,4%	39
	4	stabiël	48,1%	38
	5	stabiël	40,5%	32
13. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op mobiliteit?	1	vooruitgang	57,0%	45
	2	vooruitgang	54,4%	43
	3	stabiël	44,3%	35
	4	stabiël	49,4%	39
	5	stabiël	34,2%	27
17. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op conditie?	1	vooruitgang	63,3%	50
	2	vooruitgang	65,8%	52
	3	vooruitgang	50,6%	40
	4	stabiël	48,1%	38
	5	stabiël	36,7%	29
21. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen?	1	vooruitgang	65,8%	52
	2	vooruitgang	65,8%	52
	3	vooruitgang	48,1%	38
	4	stabiël	59,5%	47
	5	stabiël	41,8%	33

Resultaatgebonden conclusies

De geriatriefysiotherapeut komt minimaal 3 keer in de week in contact met patiënten met dementie (89,9%). Voor bewegingsinterventies gericht op kracht en conditie, geldt dat deze bewegingsinterventies in de eerste 3 fasen gemiddeld 'vaak' worden gebruikt. Voor fase 4 en 5 geldt bij deze bewegingsinterventies dat deze 'regelmatig' worden toegepast. Bewegingsinterventies gericht op mobiliteit worden in fase 1 en 2 'vaak' toegepast en in fase 3 t/m 5 'regelmatig'. Functionele oefeningen worden in alle fasen 'vaak' toegepast. Daarnaast geldt voor fase 1 t/m 5 dat patiënten met dementie gemiddeld 2 keer per week behandeld worden. Over het algemeen worden in fase 1 en fase 2 huiswerk oefeningen gebruikt om patiënten te stimuleren tot beweging. In de derde fase wordt enerzijds mantelzorg ingeschakeld, maar ook worden er instructies gegeven aan de verpleging. In fase 4 en 5 worden er voornamelijk instructies gegeven aan de verpleging en/of verzorging. Tot slot ziet de geriatriefysiotherapeut bij bewegingsinterventies in fase 1 t/m 3 veelal 'vooruitgang' (gemiddeld 60,8%). Echter neemt dit aantal in de derde fase af. In fase 4 en 5 ziet men voornamelijk stabiliteit (gemiddeld 44,8%).

4. Discussie

Door middel van deze survey wordt er een antwoord gezocht op de vraag “Welke bewegingsinterventies gebruiken geriatriefysiotherapeuten in Nederland bij gediagnosticeerde dementie patiënten die zich in fase 1 t/m 5 (volgens Reisberg) bevinden?”. Aan de hand van de deelvragen worden de resultaten in verband gebracht met de beschikbare literatuur en gerelateerd aan de praktijk. Ten slotte zullen de sterktes en beperkingen van het onderzoek kritisch worden bekeken.

De enquête begon met vraag 1 t/m 4, deze vragen hadden meer betrekking op het uitsluiten van niet-geriatriefysiotherapeuten en het beschrijven van de populatie. Door middel van vraag 4 kan worden geïnterpreteerd dat dit survey onderzoek relevant is voor geriatriefysiotherapeuten. Omdat 89,9% van de geriatriefysiotherapeuten minimaal drie keer per week in contact komt met patiënten met dementie. Door middel van vraag 5 werd een algemene indruk verkregen over het gebruik van bewegingsinterventies in de praktijk. Uit de resultaten blijken geriatriefysiotherapeuten gebruik te maken van bewegingsinterventies gericht op functionele oefeningen (96,2%), kracht (92,4%), conditie (91,1%) en mobiliteit (77,2%). Er kan geïnterpreteerd worden dat geriatriefysiotherapeuten het belangrijk vinden om gebruik te maken van bewegingsinterventies gericht op kracht, conditie, mobiliteit en functionele oefeningen. Deze bewegingsinterventies worden dan ook daadwerkelijk in de praktijk toegepast. Wel wordt er door twee geriatriefysiotherapeuten aangegeven dat dementie veelal niet de verwijdsdiagnose is. Er is geconstateerd dat er naast deze interventies, ook interventies gericht op valpreventie en balans worden toegepast. Deze bewegingsinterventies (gericht op functionele oefeningen, kracht, conditie, mobiliteit en balans) komen veelal overeen met de literatuur^{6-7,22-23}. In de review van Potter et al. wordt gebruik gemaakt van bewegingsinterventies gericht op; conditie (uithoudingsvermogen), kracht, flexibiliteit en balans⁷. Ook in de review van Blankevoort et al. zien we dat er veelal gebruik wordt gemaakt van bewegingsinterventies gericht op; kracht, conditie(uithoudingsvermogen), flexibiliteit, range of motion (ROM) en functionele oefeningen⁶. De bewegingsinterventies gericht op kracht en conditie worden in de eerste 3 fasen van dementie ‘vaak’ gebruikt. Voor fase 4 en 5 geldt bij bewegingsinterventies gericht op kracht en conditie dat deze ‘regelmatig’ worden toegepast. De bewegingsinterventies gericht op mobiliteit worden veelal in fase 1 en 2 ‘vaak’ toegepast. Voor fase 3 en fase 4 geldt het aantal ‘regelmatig’. Functionele oefeningen worden in alle fasen ‘vaak’ toegepast. Gezien de gegevens kan er geïnterpreteerd worden dat al deze bewegingsinterventies ‘regelmatig’ tot ‘vaak’ worden toegepast bij gediagnosticeerde dementie patiënten in fase 1 t/m 5. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de geriatriefysiotherapeut uit ervaring weet dat dementerenden baat hebben bij deze interventies. Hierdoor worden de bewegingsinterventies ‘regelmatig’ tot ‘vaak’ gebruikt in de behandelingen. Echter wordt in deze survey niet onderzocht of er ook gebruik gemaakt wordt van combinaties van de verschillende

interventies. In de review van Blankevoort et al. wordt aangegeven dat de grootste vooruitgang met betrekking tot loopsnelheid, mobiliteit, uithoudingsvermogen en balans bereikt wordt na gecombineerde interventies⁶. In de randomized controlled trial (RCT) van Hauer et al. wordt gebruik gemaakt van interventies gericht op krachttraining gecombineerd met functionele training²². In de RCT van Rolland et al. worden gecombineerde bewegingsinterventie gericht op wandelen, kracht, balans en flexibiliteit gebruikt²³. Op basis van de literatuur zal dit meegenomen worden in de aanbevelingen^{6-7,22-23}.

Uit de resultaten van deze survey blijkt het merendeel (45,8%) een frequentie te gebruiken van twee keer per week. In de review van Potter et al. worden verschillende frequenties van interventies gebruikt⁷. In deze verschillende onderzoeken uit de review van Potter et al., wordt een minimale frequentie gebruikt van twee keer per week⁷. Echter wordt in bovenstaand onderzoek geen duidelijke aanbeveling gedaan over de optimale frequentie⁷. Naar aanleiding van de resultaten kan overduidelijk geïnterpreteerd worden dat patiënten met dementie gemiddeld twee keer per week behandeld worden, dit geldt voor fase 1 t/m 5. In de review van Blankevoort et al. wordt aangegeven dat de grootste vooruitgang in het fysiek functioneren gevonden zijn na interventies met een frequentie van drie keer per week⁶. Dit komt niet overeen met de bevindingen van deze survey waarin een frequentie van twee keer per week wordt geconstateerd. Wellicht wordt de bewegingsinterventie wel drie keer per week uitgevoerd door de patiënt zelf, zonder begeleiding van de fysiotherapeut. Een andere verklaring hiervoor kan zijn dat de patiënt onvoldoende tijd of financiële middelen heeft om deze frequentie in zijn ADL in te plannen. Hauer et al. maakt in de RCT gebruik van een frequentie van twee uur twee keer per week, waarom hiervoor gekozen is wordt niet duidelijk beschreven²². In de RCT van Rolland et al. wordt gebruik gemaakt van een frequentie één uur twee maal per week²³. De data van de survey, een frequentie van twee keer per week, komt overeen met de literatuur^{7,22-23}. In deze onderzoeken is veelal een frequentie van twee keer per week gebruikt^{7,22-23}. Echter wordt een frequentie van drie keer per week er aanbevolen door Blankevoort et al.⁶. In deze review zijn 10 RCT's en 6 'case series' met elkaar vergeleken, aan de hand hiervan is deze aanbeveling gedaan⁶. In de rest van de onderzoeken^{7,22-23} wordt er niet diep ingegaan op de frequentie van de behandeling, hierover blijven ze vrij oppervlakkig. Er is wellicht willekeurig de frequentie van twee keer per week gekozen^{7,22-23}. De review van Blankevoort et al. is hierdoor betrouwbaarder⁶. Geïnterpreteerd kan worden dat de frequentie van twee keer per week de minimale frequentie is en de optimale frequentie is drie keer per week⁶.

Er kan worden opgemaakt uit de resultaten dat in fase 1 en 2 gebruik wordt gemaakt van huiswerk oefeningen om patiënten te stimuleren tot beweging. In de derde fase wordt mantelzorg ingeschakeld, daarnaast worden er instructies gegeven aan de verpleging en/of verzorging om de patiënten te stimuleren tot beweging. In fase 4 en 5 worden er voornamelijk instructies gegeven aan de verpleging en/of verzorging. Door één respondent werd bij opmerkingen nadrukkelijk aangegeven

dat de aanwezigheid van mantelzorg erg belangrijk is in het behouden en het stimuleren tot bewegen in het ADL, met betrekking tot alle fasen van dementie. Door middel van stimuleren tot beweging naast de behandeling, is het mogelijk om tot de frequentie van 3 keer per week te komen. In de onderzoeken^{6-7,22-23} komt dit niet aan bod, toch is dit een belangrijk aspect bij de fysiotherapeutische behandeling van dementerenden. Er is aangetoond dat beweging een positieve invloed heeft op het ADL van dementerenden^{6,10,15, 22-23}. Daardoor is het belangrijk om beweging te stimuleren, ook buiten de behandelingen. Dit is een taak van de fysiotherapeut⁴. Door 77,6% van de respondenten wordt aangegeven gebruik te maken van stimuleren tot beweging buiten de behandelingen. Geïnterpreteerd kan worden dat het merendeel van de geriatriefysiotherapeuten patiënten met dementie stimuleert om te bewegen buiten de behandelingen.

In de review van Blankevoort et al⁶ is gevonden dat er in alle fasen van dementie verbetering is waar te nemen bij het gebruik van bewegingsinterventies, de onderzoeksresultaten van de survey bevestigen dit voor fase 1 t/m 5. De geriatriefysiotherapeut neemt bij bewegingsinterventies in fase 1 t/m 3 voornamelijk vooruitgang waar (gemiddeld 60,8%). Echter neemt dit percentage in de derde fase af. Opvallend is dat in fase 4 en 5 voornamelijk stabiliteit wordt waargenomen (gemiddeld 44,8%). Geïnterpreteerd kan worden dat er bewegingsinterventies veelal in de beginfase (fase 1 t/m 3) zorgen voor vooruitgang en in fase 4 en 5 voornamelijk voor stabiliteit. Een mogelijk verklaring hiervoor is de overgang van fase 3 naar fase 4; de dementerende gaat van een lichte cognitieve achteruitgang over naar een matige cognitieve achteruitgang⁴. In de RCT van Hauer et al. bevonden de dementerenden zich in de lichte tot matige cognitieve fase²². Door middel van de bewegingsinterventie was er een significant verschil in kracht, fysiek functioneren en fysieke activiteit gevonden²². In de RCT van Rolland et al. bevonden de dementerenden zich in de matige tot ernstige fase²³. Een oefenprogramma zorgt voor een langzamer negatief verloop van het ADL bij dementerenden²³. Dit ondersteunt de uitkomsten van de survey^{6,22-23}, waarbij veelal vooruitgang of een stabiliserend effect wordt waargenomen.

Beperkingen van het onderzoek

Een minder sterk punt van dit onderzoek is het begrip 'mobiliteit'. Tijdens het analyseren van de resultaten kwam naar voren dat het begrip 'mobiliteit' niet concreet genoeg is uitgelegd. Respondenten kunnen dit hebben opgevat als 'mobiel zijn' (verplaatsbaarheid, lopen, transfers) of als range of motion (ROM). Hierdoor kan de uitkomst zijn beïnvloed, dit kan het geval zijn bij vraag 5, 10, 11, 12 en 13. Bij de resultaten van vraag 10 geeft gemiddeld 23,9% aan 'vaak' deze bewegingsinterventie toe te passen. Terwijl bij vraag 5 door 77,2% wordt aangegeven bewegingsinterventies gericht op mobiliteit toe te passen. Het was de insteek om het begrip mobiliteit te concretiseren als ROM, dit komt ook in de literatuur naar voren⁶⁻⁷. Naast mobiliteit geldt ook voor conditie dat dit concreter uitgelegd dient te worden, conditie is een ruim omvattend begrip. Waardoor dit op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. Met het begrip conditie werd bedoeld

‘uithoudingsvermogen’, bijvoorbeeld looptraining. Door deze onduidelijkheden zijn de antwoorden op basis van verschillende interpretaties, minder betrouwbaar. Vervolgens worden een aantal vragen van de survey ter discussie gesteld. Vraag 4 mist de uitkomstmaat ‘twee keer in de week in contact met patiënten met dementie’. Vraag 5 mist de uitkomstmaten; ‘valpreventie’ en/of ‘bevorderen veiligheid’ en/of ‘evenwicht/balans’ en/of ‘gericht op de aandoening waarvoor de patiënt verwezen is’. Het zou interessant zijn geweest om erachter te komen of patiënten met dementie verwezen worden naar aanleiding van de ziekte dementie of voor een andere oorzaak. Daarnaast was er een respondent die aangaf meer mogelijkheden te wensen om zijn antwoorden toe te lichten. Hierdoor zou deze survey wel betrouwbaarder worden, maar dit is niet praktisch. De gesloten vraagstelling heeft ook te maken met het tijdsbestek, het tijdsbestek was dan ook een beperkende factor. Wegens het korte tijdsbestek was er geen tijd meer om een herinnering te sturen naar de respondenten. De vragen 6, 10, 14 en 18 hebben betrekking op de frequentie van het gebruik van bewegingsinterventies in de praktijk. Bij deze vragen zijn de antwoordmogelijkheden ‘nooit’, ‘zelden’, ‘soms’, ‘regelmatig’, ‘vaak’, ‘n.v.t.’ niet uitgelegd. Hieraan zijn geen kwantitatieve waarden gekoppeld, waardoor deze antwoorden verschillend opgevat kunnen worden door respondenten. De vragen 7, 11, 15 en 19 zijn in principe concreet genoeg, echter is in de vraagstelling ‘ziet u’ opgenomen. Dit had beter geformuleerd kunnen worden door ‘behandelt u’ te gebruiken. ‘Ziet u’ is spreektaal, de pilotgroep is dit dan ook niet opgevallen en wellicht is ‘ziet u’ voor ‘behandelt u’ opgevat. Bij de vragen 8, 12, 16 en 20 zouden meerdere antwoorden mogelijk moeten zijn. Echter bleek dat na het verzenden van de survey naar de respondenten dat er iets is misgegaan waardoor er enkel bij 8 en 12 de mogelijkheid was om meerdere antwoorden aan te klikken. Bij vraag 16 en 20 konden respondenten enkel één antwoord kiezen. Hierdoor kunnen deze resultaten enigszins afwijken. De vragen met betrekking tot vooruitgang (9, 13, 17 en 21) bevatten ook enkele discutabele factoren. Vooruitgang is een begrip dat verschillend opgevat kan worden door de respondent. Zo kan deze vraag beantwoord worden op basis van de vooruitgang in het algemeen of juist op basis van de vooruitgang in kracht, mobiliteit, conditie of functioneel oefenen. Onduidelijk is hoe groot het verschil moet zijn, om als vooruitgang gedefinieerd te worden. Echter kan wel worden verwacht dat met de ervaring van de geriatriefysiotherapeut dit antwoord als vertrouwd kan worden opgevat. Een beperkende factor voor dit survey-onderzoek is de beperkte kennis op het gebied van een survey- onderzoek. De auteur heeft geen ervaring met het opstellen van een vragenlijst en het analyseren en interpreteren van de gegevens.

Sterke punten van het onderzoek

Er zijn een aantal factoren die de resultaten van het onderzoek onderbouwen. Deze worden gezien als sterke punten van het onderzoek. Ten eerste is de NVGF benaderd, om via deze weg in contact te komen met geriatriefysiotherapeuten. Alle erkende geriatriefysiotherapeuten die geregistreerd staan in het KNGF register zijn via het NVGF benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Door middel van vraag 1 zijn de geriatriefysiotherapeuten gescheiden van de niet- geriatriefysiotherapeuten. Als men namelijk als antwoord ‘nee’ aanklikt, werd men doorverwezen naar het einde van de survey. Door

deze doorverwijzing zijn alle resultaten enkel afkomstig van geriatriefysiotherapeuten uit de praktijk. Er is er per fase (1 t/m 5) in kaart gebracht welke bewegingsinterventies toegepast worden in de praktijk. Daarnaast zijn de juiste bewegingsinterventies gebruikt en van elkaar gesplitst om duidelijke resultaten te kunnen verwerven. Naast de vragen die niet 'concreet' genoeg gesteld zijn, waren er ook voldoende vragen die wel concreet genoeg gesteld zijn en waarvan uit mag worden gegaan dat er geen andere opvattingen mogelijk zijn. Zo zijn er geen klachten gekomen over deze vragen door de respondenten en er zijn geen afwijkende waarden gevonden aan de hand van de resultaten. Door middel van de pilotgroep is de enquête gescreend op de punten waaraan de vragenlijst moet voldoen (zie methode). De pilotgroep was representatief voor de doelgroep, de 2 geriatriefysiotherapeuten. Tevens bestond de pilotgroep nog uit de begeleider, de opdrachtgeefster en 3 groepsleden. Daarnaast zijn de resultaten van de respondenten individueel gescreend, zoals aangegeven in de bevindingen. Waardoor het grootste gedeelte van de 'onbetrouwbare' enquêtes eruit zijn gehaald. Doordat de vragenlijst anoniem wordt ingevuld stijgt de betrouwbaarheid van deze survey. Door middel van deze specifieke vragenlijst met betrekking tot de onderzoeksvraag is er recente en relevante data ontstaan. Bij de laatste vraag, op- en aanmerkingen, werden een aantal positieve reacties gegeven. Meerdere geriatriefysiotherapeuten gaven aan dat het zinvol was om dit survey-onderzoek uit te voeren.

5. Conclusie en aanbevelingen

Conclusie

Geriatricfysiotherapeuten maken bij behandeling van dementerenden regelmatig tot vaak gebruik van bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen, kracht, conditie en mobiliteit. Ook wordt er gebruik gemaakt van valpreventie en balanstreining. De frequentie van de behandeling is twee keer per week. Buiten de behandelingen wordt beweging in fase 1 en 2 voornamelijk gestimuleerd door huiswerkoefeningen, in de 3^{de} t/m 5^{de} fase wordt er meer gebruik gemaakt van mantelzorg en instructies aan de verpleging en/of verzorging. In fase 1 t/m 3 wordt voornamelijk vooruitgang waargenomen bij de patiënten met dementie, waarbij gebruik wordt gemaakt van bewegingsinterventies. In fase 4 en 5 wordt voornamelijk een stabiliserend effect op de progressie van dementie waargenomen.

Aanbevelingen aan de algemene fysiotherapeut

Er wordt aanbevolen om bewegingsinterventies gericht op kracht, conditie, mobiliteit en functionele oefeningen toe te passen bij patiënten met dementie. Eventuele balanstreining en valpreventie worden ook aanbevolen indien de fysiotherapeut valgevaar voorziet en dit nodig acht. Hieronder volgen de aanbevelingen voor de geriatricfysiotherapeut, deze aanbevelingen hebben ook betrekking op de algemene fysiotherapeut.

Aanbevelingen aan de geriatricfysiotherapeut

Geriatricfysiotherapeuten maken al gebruik van bewegingsinterventies gericht op kracht, conditie, mobiliteit, functionele oefeningen, balans en valpreventie. Er wordt aanbevolen om deze trend door te zetten. Uit de literatuur blijkt dat een behandeling met meerdere interventies gecombineerd een optimaal effect heeft^{6,22-23}, dit wordt dan ook aanbevolen. Vanzelfsprekend is dat de bewegingsinterventies persoonlijk afgestemd worden op de patiënt met dementie. Indien dementie niet de verwijfsdiagnose is, wordt er wel aanbevolen gebruik te maken van de bewegingsinterventies. Aangezien dit een positief effect heeft op het ziekteverloop bij dementerenden^{4,6,9-10,13,15,22-23}. Mede hierdoor gaan dementerenden vooruit of blijven stabiel. De geriatricfysiotherapeut zal meer moeite moeten doen om aan de frequentie van drie keer per week te voldoen. Dit zou tewerkgesteld kunnen worden door vaker interventies aan te bieden of stimulatie buiten de behandeling. Er zou door middel van huiswerkoefeningen in fase 1 en 2 (en fase 3), mantelzorgers in fase 3 en 4 en door middel van overleg met verpleging/verzorging in fase 4 en 5 aan de frequentie van drie keer per week voldaan kunnen worden.

Aanbeveling voor verder onderzoek

Er is meer onderzoek nodig naar de effecten van de verschillende bewegingsinterventies per fase van dementie. Als het over de bewegingsinterventies gaat, wordt hiermee bedoeld: kracht, conditie, mobiliteit, functionele oefeningen, en balans oefeningen. Welke bewegingsinterventie is het effectiefst in welke fase? Dit zou in de vorm van een randomized controlled trial (RCT) onderzocht moeten worden. Aan de hand van de resultaten zullen er aanbevelingen worden gedaan over een standaardprotocol voor de behandeling van gediagnosticeerde patiënten met dementie.

Aanbeveling aan de Fontys Paramedische Hogeschool

Op dit moment is er geen studiehandleiding en/of zijn er geen specifieke richtlijnen voor studenten die een survey onderzoek als afstudeeropdracht hebben. Hierdoor is meerdere malen hinder ondervonden. Hierbij een aanbeveling voor de Fontys Paramedische Hogeschool om een studiehandleiding en richtlijnen voor een survey onderzoek te ontwikkelen.

6. Literatuur

1. Mercken C. Mantelzorg en dementie: een zorg op zich. NIZW. 2005. Beschikbaar via http://www.nationaalkompas.nl/object_binary/o3057_Factsheet%20Mantelzorg%20en%20dementie%20NIZW%202005.pdf. Geraadpleegd op 25-09-2012.
2. Jonker C, Slaets JPJ, Verhey FRJ. Handboek dementie. Eerste druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
3. Wind AW, Gussekloo J, Vernooij-Dassen MJFJ, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie tweede herziening; 2003.
4. Brugge F van der. Neurorevalidatie bij centraal neurologische aandoeningen. Eerste druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
5. Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM Nederland. 2012. Beschikbaar via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/>. Geraadpleegd op 25-09-2012.
6. Blankevoort CG, Heuvelen MJG van, Boersma F, Luning H, Jong J de, Scherder EJA. Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2010, 30: 392-402.
7. Potter R, Ellard D, Rees K, Thorogood M. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011, 26: 1000-1011.
8. Cyarto EV, Cox KL, Almeida OP, Flicker L, Ames D, Byrne G, Hill KD, Beer CD, LoGiudice D, Appadurai K, Irish M, Renahan E, Lautenschlager NT. The fitness for the ageing brain study II (FABS II): protocol for a randomized controlled clinical trial evaluating the effect of physical activity on cognitive function in patients with Alzheimer's disease. *Trials* 2010, 11:120.
9. Cerga-Pshoja A, Lowery D, Bhattacharya R, Griffin M, Liffé S, Lee J, Leonard C, Ricketts S, Strother L, Waters F, Ritchie CW, Warner J. Evaluation of exercise on individuals with dementia and their carers: a randomised controlled trial. *Trials* 2010, 11:53.
10. Vreugdenhil A, Cannell J, Davies A, Razay G. A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012, 26: 12-19.
11. Graff –Radford NR. Can aerobic exercise protect against dementia?. *Alzheimer's Research & Therapy* 2011, 3:6.Ltd.
12. Rolland Y, Kan GA van, Vellas B. Physical activity and Alzheimer's disease: from prevention to therapeutic perspectives. *JAMDA* 2008, 9: 390-405.
13. Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC. Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clin Proc.* 2011, 86(9): 876-884.

14. Eggermont L, Scherder E. Lichamelijke activiteit, cognitie en dementie. *Neuropraxis* 2008: 37-42.
15. Volkers KM, Scherder EJA. The effect of regular walks on various health aspects in older people with dementia: protocol of a randomized-controlled trial. *BMC Geriatrics* 2011, 11:38.
16. Roach KE, Tappen RM, Kirk-Sanchez N, Williams CL, Loewenstein D. A randomized controlled trial of an activity specific exercise program for individuals with alzheimer disease in long-term care settings. *J Geriatr Phys Ther.* 2011, 34(2): 50-56.
17. Stella F, Canonici AP, Gobbi S, Santos-Gald uroz RF, Castilho Cacao J de, Gobbi LTB. Attenuation of neuropsychiatric symptoms an caregiver burden in Alzheimer's disease by motor intervention: a controlled trial. *CLINICS* 2011, 66(8): 1353-1360.
18. Yu F. Guiding research and practice: a conceptual model for aerobic exercise training in alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2011, 26(3): 184-194.
19. Vries C de, Wimmers R. Het functioneel behandelen van de problematische handeling. *Nederlands tijdschrift voor fysiotherapie* 1995, 6: 183-191.
20. Migchelbrink F. Projectmatig werken en onderzoek, een handleiding voor professionals in onderwijs, zorg, welzijn en wonen. Eerste uitgave. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2012.
21. Baarda DB, Goede MPM de, Kalmijn M. Basisboek enquêteren en gestructureerd interviewen. Eerste druk. Groningen: Wolters-Noordhoff ;2000.
22. Hauer K, Schwenk M, Ziechang T, Essig M, Becker C, Oster P. Physical training improves motor performance in people with dementia: A Randomized Controlled Trial. *JAGS.* 2012; 60: 8-15.
23. Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Rivière D, Vellas B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *JAGS.* 2007; 55: 158-165.
24. Wouters E. Schrijfwijzer. Fontys Paramedische Hogeschool. Lectoraat Health Innovations and Technology(HIT);2012.

Bijlage I: Global deterioration scale volgens Reisberg

stadium	verlies van vaardigheden	benaderingsstrategie
Fase 1 Geen cognitieve achteruitgang en normaal functioneren	Niet van toepassing	Stimuleren van een actieve leefstijl
Fase 2 Zeer lichte cognitieve achteruitgang. De patiënt zelf ervaart achteruitgang, omgeving niet	Vergeetachtigheid m.b.t namen, afspraken, of waar bezittingen zijn weggelegd Subjectief ervaren woordvindingsproblemen Geen objectief bewijs voor problemen in complexe activiteiten, zoals werk	Stimuleren van een actieve leefstijl Trainen van spierkracht en UHV (=uithoudingsvermogen)
Fase 3 Lichte cognitieve achteruitgang ofwel het begin van dementie 'De bedreigde ik'	Waarneembare problemen in werkzaamheden Oriëntatieproblemen in onbekende omgeving Routinematig handelen intact (bijvoorbeeld koken)	Stimuleren van een actieve leefstijl. Trainen van spierkracht en UHV ROB (realiteitsoriënterende benaderingswijze)
Fase 4 Matige cognitieve achteruitgang en een beginnende alzheimerdementie	Waarneembare problemen in ADL zoals boodschappen doen, koken en iets organiseren Zelfverzorging intact	Trainen van spierkracht en UHV ROB Validation Warme zorg
Fase 5 Matige tot ernstige cognitieve achteruitgang en een verder gevorderde alzheimerdementie 'De verdwaalde ik'	Moeite met eenvoudige onderdelen van de zelfverzorging Met stimulans en incidentele hulp is zelfverzorging toereikend	Bewegingsactiveringsprogramma (BAP) Validation Warme zorg
Fase 6 Ernstige cognitieve achteruitgang en een vergevorderde alzheimer dementie 'De verzonken ik'	Zelfverzorging gaat in fasen achteruit (zie hieronder) Problemen met aankleden (praxis) Hulp nodig bij in en uit bad. Onvermogen tot zelfstandig toiletbezoek Incontinentie voor urine en ontlasting	Validation Warme zorg PDL

Fase 7 Zeer ernstige cognitieve achteruitgang en eindstadium van dementie	Spreken en eenvoudig motorische vaardigheden nemen af Doorgaans in onderstaande volgorde: -woordenschat <6 maanden -begrijpelijke woordenschat hooguit 1 woord -verlies van de loopfunctie -kan niet meer rechtop staan -verdwijnen van het vermogen tot (spontane) expressie -hoofd niet meer rechtop kunnen houden	Warme zorg PDL Van de Rakt-methode
---	---	--

Frans van der Brugge. Neurorevalidatie bij centraal neurologische aandoeningen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008. Pagina 68

Bijlage II Informatiebrief deelnemers

Beste deelnemer,

Via deze weg wil ik u vragen om uw medewerking en informatie verschaffen over dit project. Ik ben nu bezig aan mijn afstudeerscriptie over 'Dementie en Bewegen' in opdracht van Eveline Wouters. Ons doel is om meer inzicht te krijgen in het gebruik van bewegingsinterventies, door geriatriefysiotherapeuten, bij gediagnosticeerde dementie patiënten. Hier is namelijk nog weinig over bekend, wel is bekend dat beweging een positieve invloed heeft op patiënten met dementie. Ik zou het op prijs stellen als u de enquête zou willen invullen, dit zal ongeveer een 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Er zal vertrouwelijk met uw gegevens om worden gegaan, de anonimiteit is gewaarborgd. Na het invullen van deze enquête wordt er akkoord gegaan en toestemming gegeven voor de deelname. U zult na afloop van het onderzoek per e-mail op de hoogte worden gebracht van de resultaten.

Bij deze wil ik u vragen om de enquête waarheidsgetrouw in te vullen, elk antwoord is acceptabel.

Heeft u nog vragen dan kunt u ten aller tijden met ondergetekende contact opnemen.

Uw medewerking is cruciaal voor dit onderzoek!

Bij voorbaat dank voor uw medewerking,

Mindy Greven

Tel: 0640566020

E-mail: m.greven@student.fontys.nl

Bijlage III De enquête

Dementie en bewegen

Dementie en bewegen

Het doel van deze enquête is om meer inzicht te krijgen in het gebruik van bewegingsinterventies, door geriatriefysiotherapeuten, bij gediagnosticeerde dementie patiënten. Hier is namelijk nog weinig over bekend, wel is bekend dat beweging een positieve invloed heeft op patiënten met dementie. Wij zouden het op prijs stellen als u de enquête zou willen invullen, dit zal ongeveer een 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

De enquête zal gaan over de gemiddelde dementie patiënt die u in de praktijk tegenkomt, vanuit dit oogpunt zal de enquête ingevuld worden. Eerst zullen een aantal vragen aan bod komen over uzelf. Kies het antwoord dat het dichtste in de buurt komt van de werkelijkheid.

1. Werkt u als geriatriefysiotherapeut in Nederland?

☐ Ja

☐ Nee

2. Hoeveel ervaring heeft u als geriatriefysiotherapeut?

- ☐ 0 - 5 jaar
- ☐ 6 - 10 jaar
- ☐ 11 – 15 jaar
- ☐ 16 – 20 jaar
- ☐ 21 – 25 jaar
- ☐ > 26 jaar

3. In welke setting(s) werkt u als geriatriefysiotherapeut?

let op: er zijn meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Verpleegtehuis/zorgcentrum
- ☐ Ziekenhuis
- ☐ Particuliere praktijk
- ☐ Revalidatiecentrum
- ☐ Anders, namelijk: (geef nadere toelichting)

4. Als geriatriefysiotherapeut kom ik

- ☐ dagelijks in contact met patiënten met dementie
- ☐ drie keer in de week in contact met patiënten met dementie
- ☐ één keer in de week in contact met patiënten met dementie
- ☐ één keer in de twee weken in contact met patiënten met dementie
- ☐ één keer per maand in contact met patiënten met dementie
- ☐ minder dan een keer per maand in contact met patiënten met dementie
- ☐ niet van toepassing

Voor het beantwoorden van de volgende vragen worden nu de fasen volgens Reisberg toegelicht.

- Fase 1: Geen cognitieve achteruitgang en normaal functioneren.
- Fase 2: Zeer lichte cognitieve achteruitgang. De patiënt zelf ervaart achteruitgang, maar de omgeving niet.
- Fase 3: Lichte cognitieve achteruitgang ofwel het begin van dementie; 'De bedreigde Ik'.
- Fase 4: Matige cognitieve achteruitgang en een beginnende dementie.
- Fase 5: Matige tot ernstige cognitieve achteruitgang en een verder gevorderde dementie; 'De verdwaalde Ik'.
- Fase 6: Ernstige cognitieve achteruitgang en een vergevorderde dementie; 'De verzonken Ik'.
- Fase 7: Zeer ernstige cognitieve achteruitgang en eindstadium van dementie.

5. Welke bewegingsinterventies gebruikt u bij gediagnosticeerde dementie patiënten, die zich in fase 1 t/m 5 volgens Reisberg bevinden?

let op: er zijn meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Gericht op kracht
- ☐ Gericht op mobiliteit
- ☐ Gericht op conditie
- ☐ Functionele oefeningen
- ☐ Geen bewegingsinterventies

Overige (geef nadere toelichting)

Nu zal er dieper op uw antwoord in worden gegaan. De vragen gaan over de gemiddelde patiënt met dementie, die zich bevindt in fase 1 t/m 5 volgens Reisberg. Per keuzemogelijkheid zullen 4 vragen worden gesteld. Allereerst zal er worden ingegaan op de bewegingsinterventie gericht op kracht. Zijn de vragen niet van toepassing op uw keuze, dan vinkt u niet van toepassing aan bij vraag 6 t/m 9.

- Fase 1: Geen cognitieve achteruitgang en normaal functioneren.
- Fase 2: Zeer lichte cognitieve achteruitgang. De patiënt zelf ervaart achteruitgang, maar de omgeving niet.
- Fase 3: Lichte cognitieve achteruitgang ofwel het begin van dementie; 'De bedriegde ik'.
- Fase 4: Matige cognitieve achteruitgang en een beginnende dementie.
- Fase 5: Matige tot ernstige cognitieve achteruitgang en een verder gevorderde dementie; 'De verdwaalde ik'.
- Fase 6: Ernstige cognitieve achteruitgang en een vergevorderde dementie; 'De verzonken ik'.
- Fase 7: Zeer ernstige cognitieve achteruitgang en eindstadium van dementie.

6. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op kracht bij patiënten met dementie?

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op kracht?

	dagelijks	drie keer per week	twee keer per week	één keer per week	één keer per twee weken	één keer per maand	minder dan een keer per maand	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Hoe worden bewegingsinterventies gericht op kracht gestimuleerd buiten de behandelingen?

let op: er zijn meerdere antwoorden mogelijk

	Huiswerk oefeningen	Inschakelen mantelzorg	Instructies aan verpleging en/of verzorging	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Overige (geef nadere toelichting)

9. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op kracht?

	Vooruitgang	Stabiel	Achteruitgang	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Ten tweede zal worden ingegaan op de bewegingsinterventie gericht op mobiliteit. Zijn de vragen niet van toepassing op uw keuze, dan vink niet van toepassing aan bij vraag 10 t/m 13

- Fase 1: Geen cognitieve achteruitgang en normaal functioneren.
- Fase 2: Zeer lichte cognitieve achteruitgang. De patiënt zelf ervaart achteruitgang, maar de omgeving niet.
- Fase 3: Lichte cognitieve achteruitgang ofwel het begin van dementie; 'De bedreigde Ik'.
- Fase 4: Matige cognitieve achteruitgang en een beginnende dementie.
- Fase 5: Matige tot ernstige cognitieve achteruitgang en een verder gevorderde dementie; 'De verdwaalde Ik'.
- Fase 6: Ernstige cognitieve achteruitgang en een vergevorderde dementie; 'De verzonken Ik'.
- Fase 7: Zeer ernstige cognitieve achteruitgang en eindstadium van dementie.

10. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op mobiliteit bij patiënten met dementie?

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op mobiliteit?

	dagelijks	drie keer per week	twee keer per week	één keer per week	één keer per twee weken	één keer per maand	minder dan een keer per maand	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12. Hoe worden bewegingsinterventies gericht op mobiliteit gestimuleerd buiten de behandelingen?

let op: er zijn meerdere antwoorden mogelijk

	Huiswerk oefeningen	Inschakelen mantelzorg	Instructies aan verpleging en/of verzorging	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Overige (geef nadere toelichting)

Dementie en bewegen

13. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op mobiliteit?

	Vooruitgang	Stabiel	Achteruitgang	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Dementie en bewegen

Bewegingsinterventie gericht op conditie

Ten derde zal worden ingegaan op de bewegingsinterventie gericht op conditie. Zijn de vragen niet van toepassing op uw keuze, dan vink niet van toepassing aan bij vraag 14 t/m 17.

- Fase 1: Geen cognitieve achteruitgang en normaal functioneren.
- Fase 2: Zeer lichte cognitieve achteruitgang. De patiënt zelf ervaart achteruitgang, maar de omgeving niet.
- Fase 3: Lichte cognitieve achteruitgang ofwel het begin van dementie; 'De bedreigde ik'.
- Fase 4: Matige cognitieve achteruitgang en een beginnende dementie.
- Fase 5: Matige tot ernstige cognitieve achteruitgang en een verder gevorderde dementie; 'De verdwaalde ik'.
- Fase 6: Ernstige cognitieve achteruitgang en een vergevorderde dementie; 'De verzonken ik'.
- Fase 7: Zeer ernstige cognitieve achteruitgang en eindstadium van dementie.

14. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op conditie bij patiënten met dementie?

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op conditie?

	dagelijks	drie keer per week	twee keer per week	één keer per week	één keer per twee weken	één keer per maand	minder dan een keer per maand	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Hoe worden bewegingsinterventies gericht op conditie gestimuleerd buiten de behandelingen?

	Huiswerk oefeningen	Inschakelen mantelzorg	Instructies aan verpleging en/of verzorging	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Overige (geef nadere toelichting)

Dementie en bewegen

17. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op conditie?

	Vooruitgang	Stabiel	Achteruitgang	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Dementie en bewegen

Bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen

Tot slot zal worden ingegaan op de bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen. Zijn de vragen niet van toepassing op uw keuze, dan vink niet van toepassing aan bij vraag 18 t/m 21.

- Fase 1: Geen cognitieve achteruitgang en normaal functioneren.
- Fase 2: Zeer lichte cognitieve achteruitgang. De patiënt zelf ervaart achteruitgang, maar de omgeving niet.
- Fase 3: Lichte cognitieve achteruitgang ofwel het begin van dementie; 'De bedreigde ik'.
- Fase 4: Matige cognitieve achteruitgang en een beginnende dementie.
- Fase 5: Matige tot ernstige cognitieve achteruitgang en een verder gevorderde dementie; 'De verdwaalde ik'.
- Fase 6: Ernstige cognitieve achteruitgang en een vergevorderde dementie; 'De verzonken ik'.
- Fase 7: Zeer ernstige cognitieve achteruitgang en eindstadium van dementie.

18. Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen bij patiënten met dementie?

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruik maakt van een bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen?

	dagelijks	drie keer per week	twee keer per week	één keer per week	één keer per twee weken	één keer per maand	minder dan een keer per maand	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. Hoe worden functionele oefeningen gestimuleerd buiten de behandelingen?

	Huiswerk oefeningen	Inschakelen mantelzorg	Instructies aan verpleging en/of verzorging	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Overige (geef nadere toelichting)

Dementie en bewegen

21. Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen?

	Vooruitgang	Stabiel	Achteruitgang	N.v.t.
Fase 1	☐	☐	☐	☐
Fase 2	☐	☐	☐	☐
Fase 3	☐	☐	☐	☐
Fase 4	☐	☐	☐	☐
Fase 5	☐	☐	☐	☐

Dementie en bewegen

Afsluiting

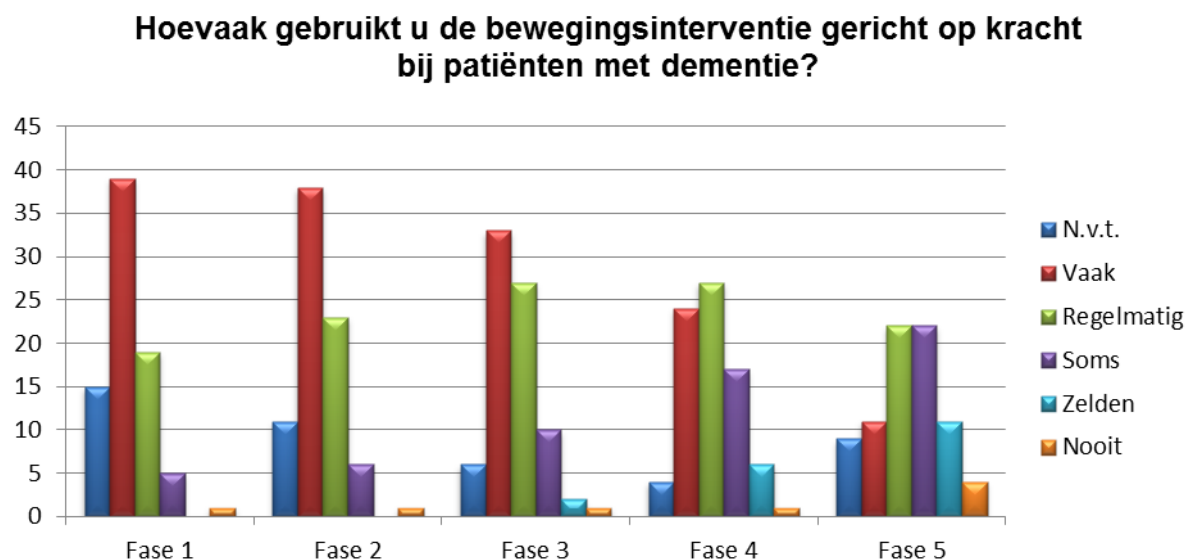
22. Ziet u regelmatig patiënten met dementie die zich in fase 1 t/m 5 volgens Reisberg bevinden?

- ☐ Ja
☐ Nee

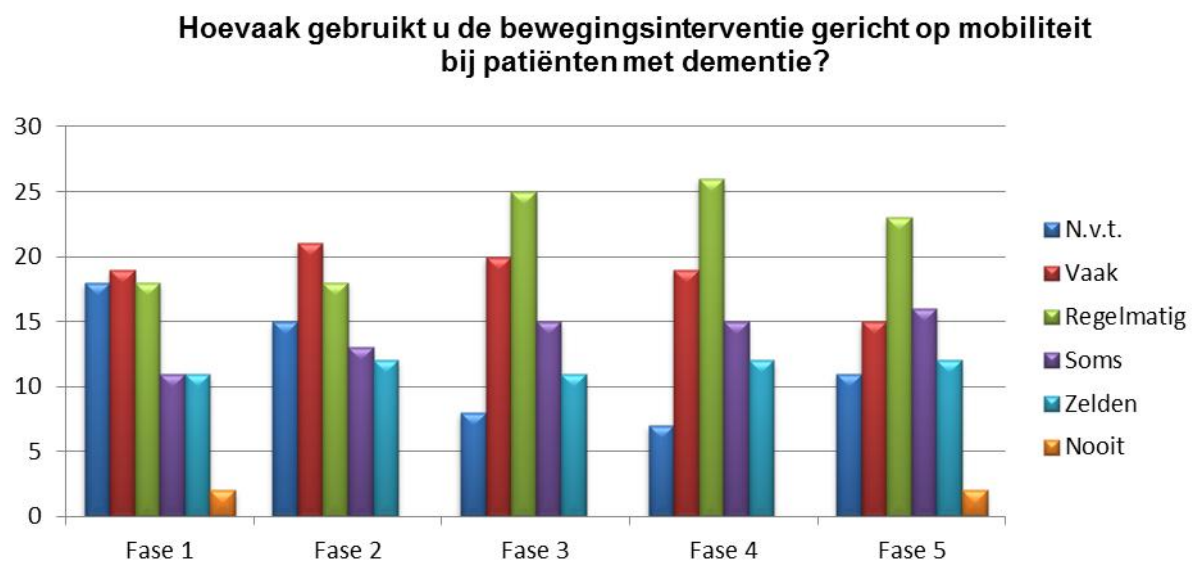
23. Dit is het einde van de enquête, hartelijk bedankt voor uw medewerking! Via de NVFG zal u op de hoogte worden gebracht van het resultaat van het onderzoek. Hieronder is plaats voor eventuele op- of aanmerkingen:

Bijlage IV Resultaten

De waarden in de figuren zijn absolute waarden, dit geldt voor alle figuren in bijlage IV.

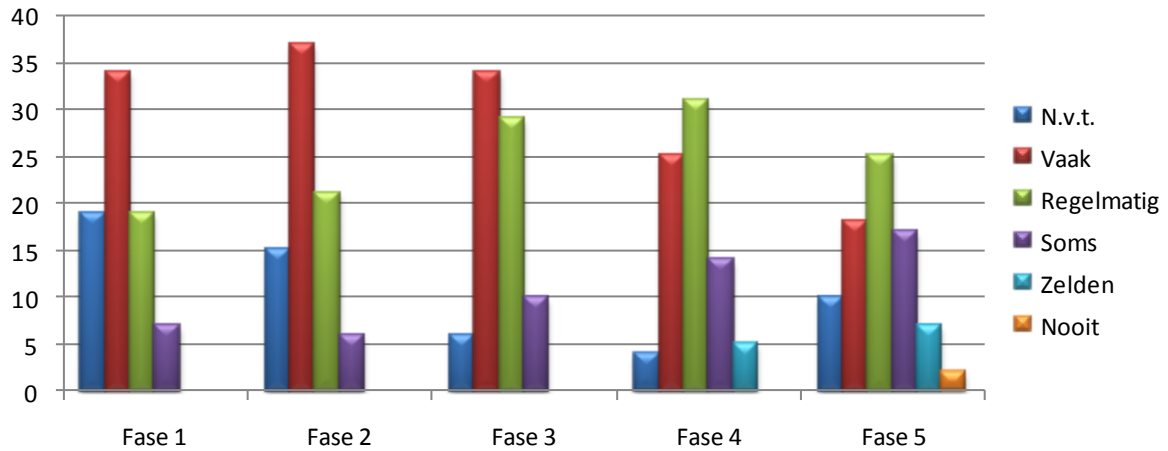


Figuur 5: Frequentie gebruik bewegingsinterventie gericht op kracht



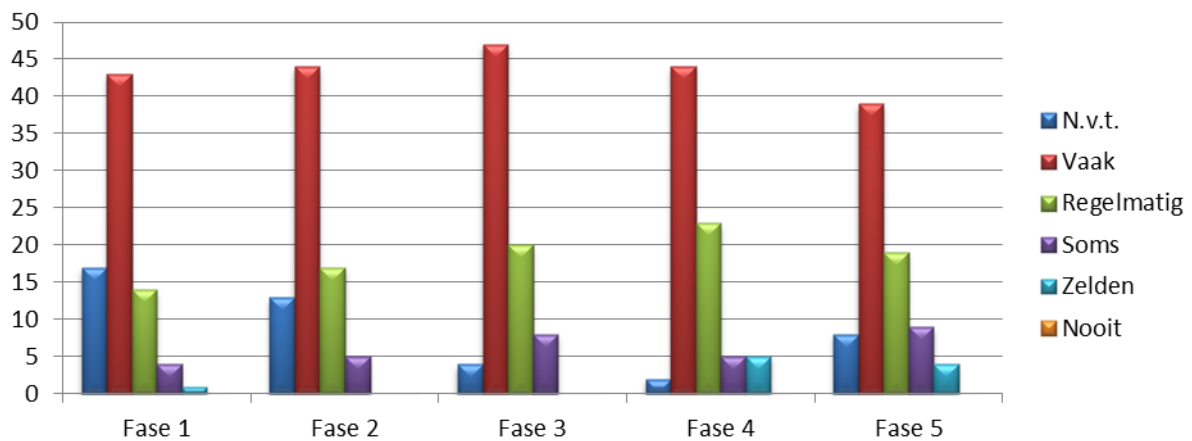
Figuur 6: Frequentie gebruik bewegingsinterventie gericht op mobiliteit

Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op conditie bij patiënten met dementie?



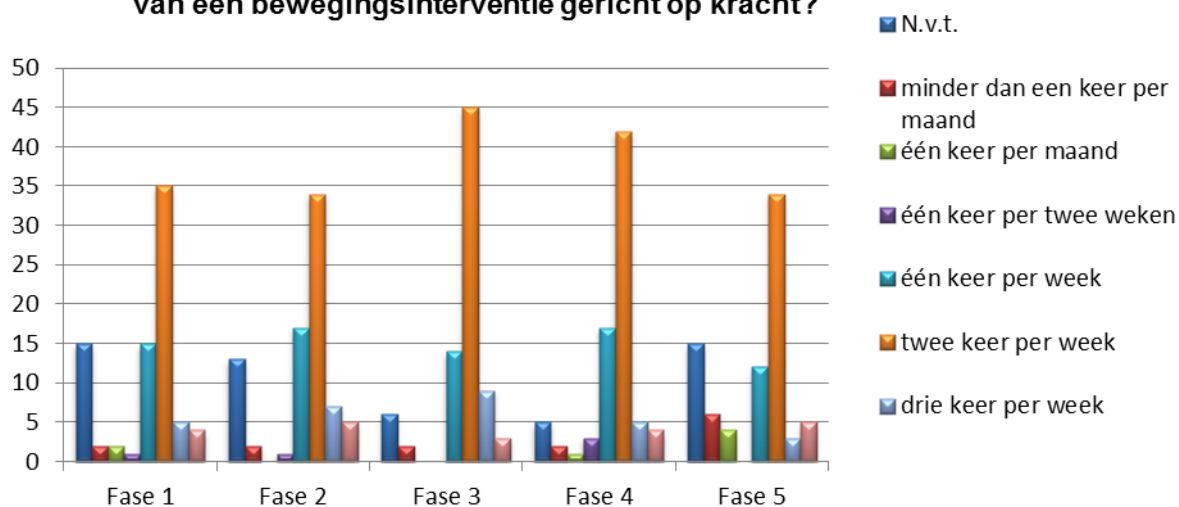
Figuur 7: Frequentie gebruik bewegingsinterventie gericht op conditie

Hoe vaak gebruikt u de bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen bij patiënten met dementie?



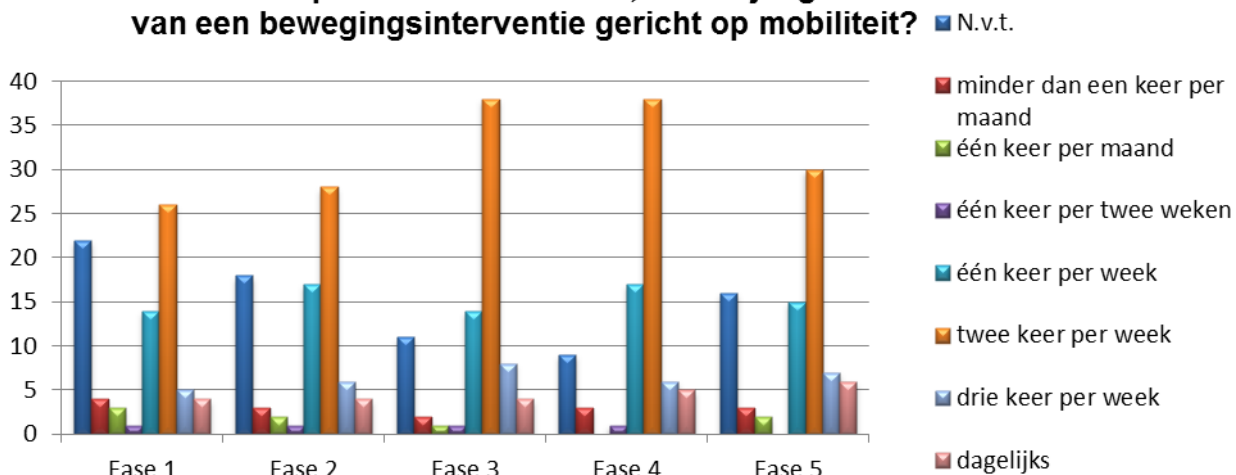
Figuur 8: Frequentie gebruik bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen

Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruikt maakt van een bewegingsinterventie gericht op kracht?



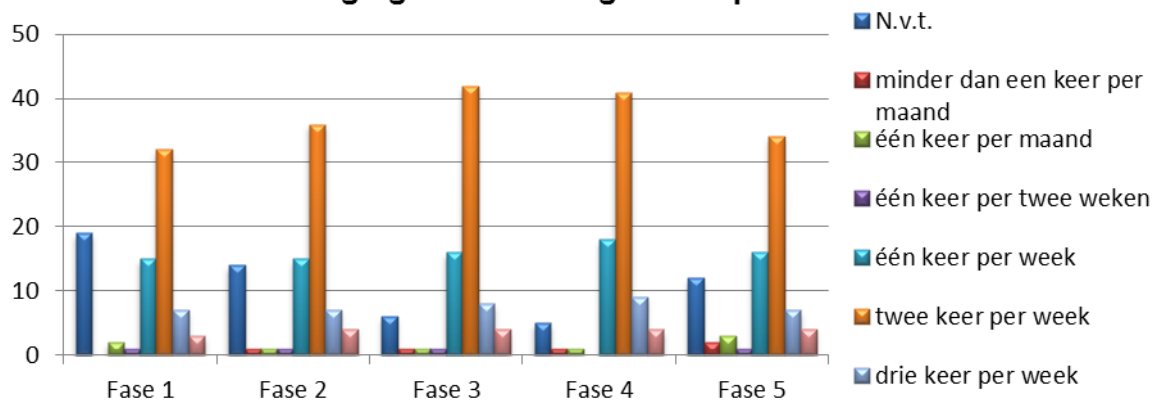
Figuur 9: Frequentie behandelingen gericht op kracht

Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruikt maakt van een bewegingsinterventie gericht op mobiliteit?



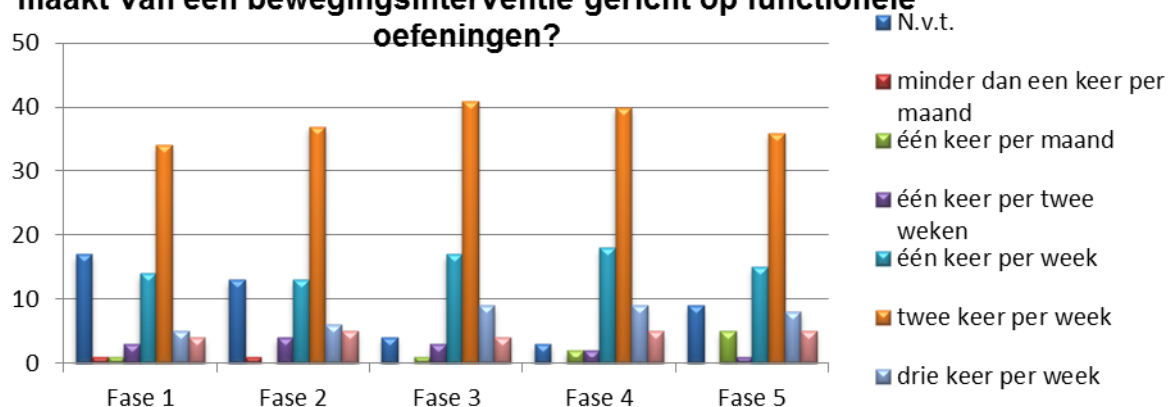
Figuur 10: Frequentie behandelingen gericht op mobiliteit

Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruikt maakt van een bewegingsinterventie gericht op conditie?



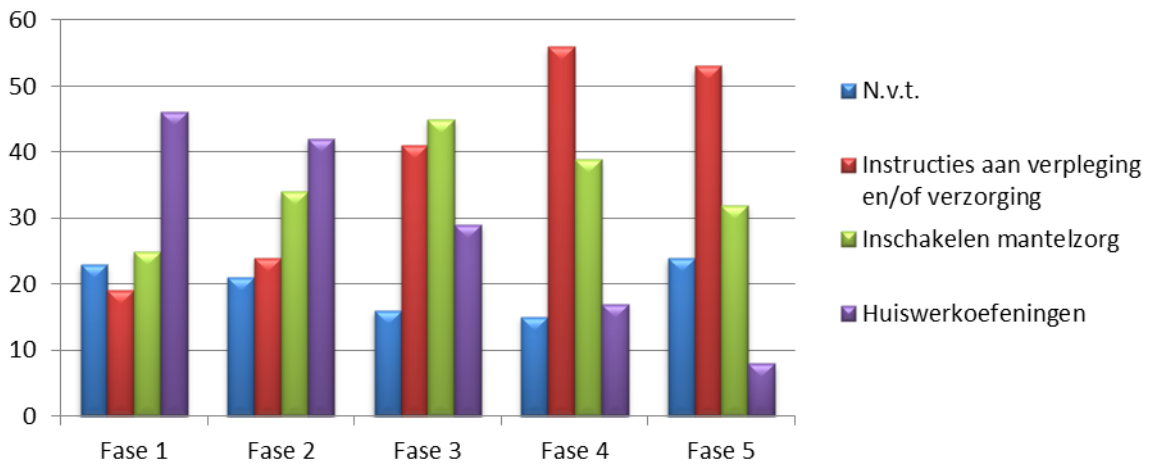
Figuur 11: Frequentie behandelingen gericht op conditie

Hoe vaak ziet u de patiënt met dementie, waarbij u gebruikt maakt van een bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen?



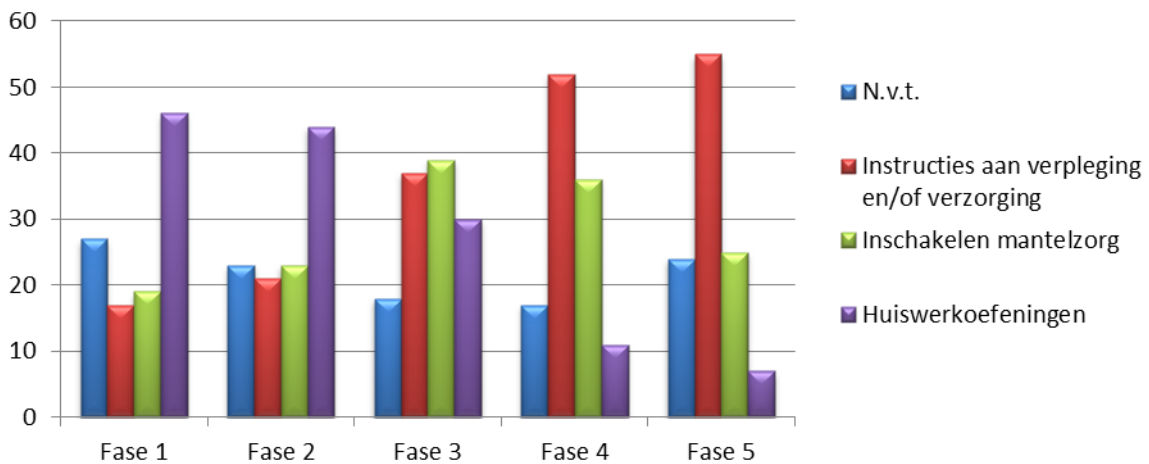
Figuur 12: Frequentie behandelingen gericht op functionele oefeningen

Hoe worden bewegingsinterventies gericht op kracht gestimuleerd buiten de behandelingen? let op: er zijn meerdere antwoorden mogelijk



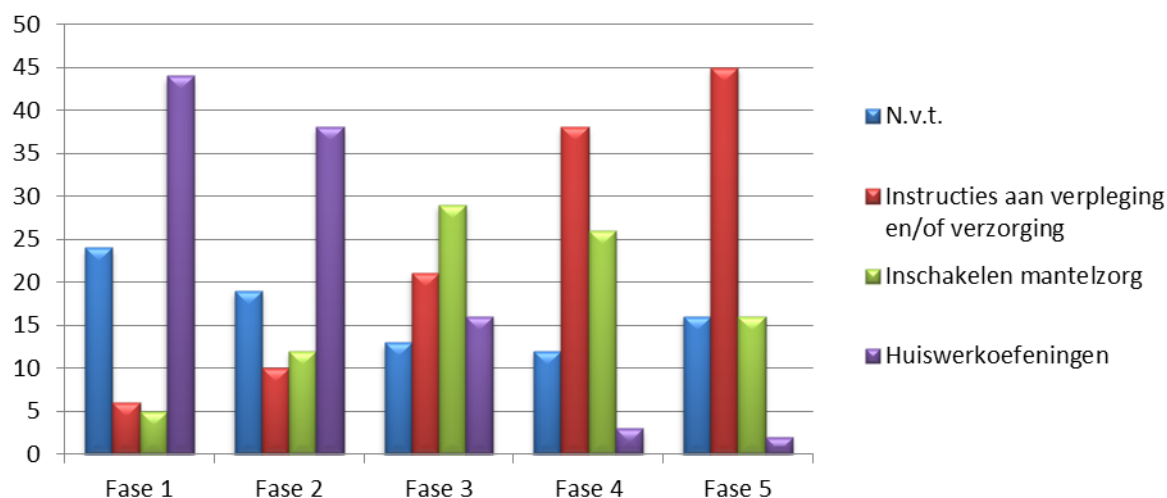
Figuur 13: Stimuleren bewegingsinterventies gericht op kracht

Hoe worden bewegingsinterventies gericht op mobiliteit gestimuleerd buiten de behandelingen? let op: er zijn meerdere antwoorden mogelijk



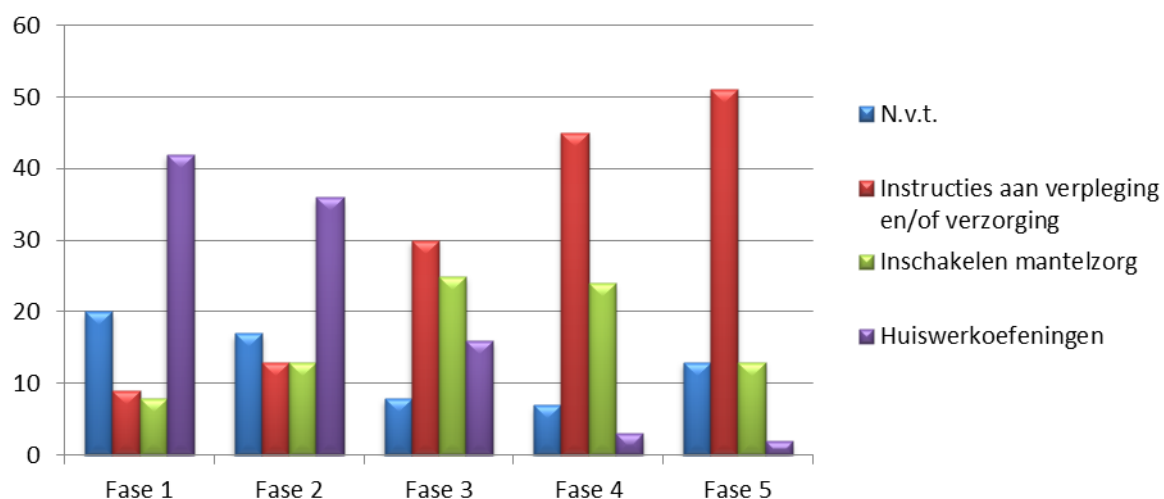
Figuur 14: Stimuleren bewegingsinterventies gericht op mobiliteit

Hoe worden bewegingsinterventies gericht op conditie gestimuleerd buiten de behandelingen?



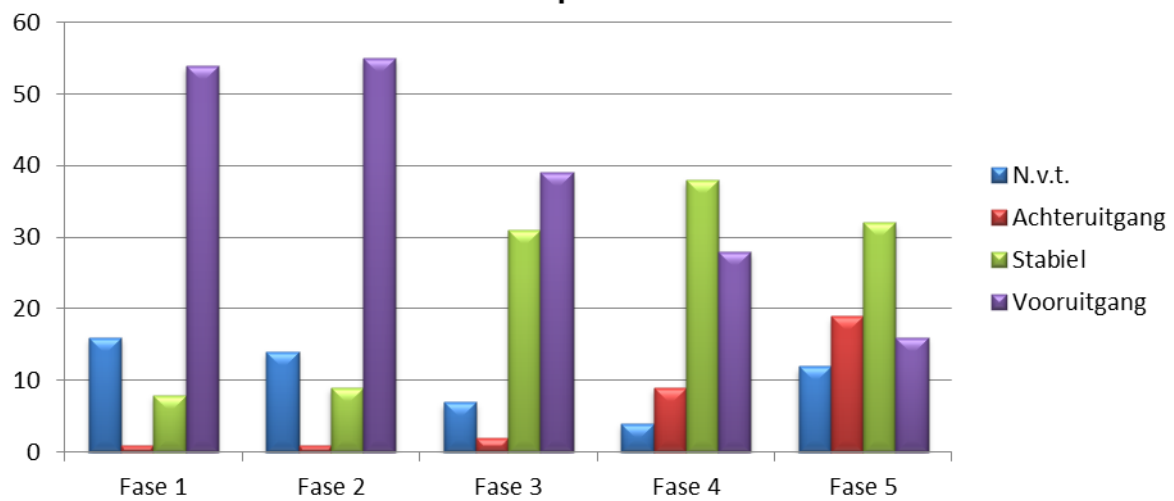
Figuur 15: Stimuleren bewegingsinterventies gericht op conditie

Hoe worden functionele oefeningen gestimuleerd buiten de behandelingen?



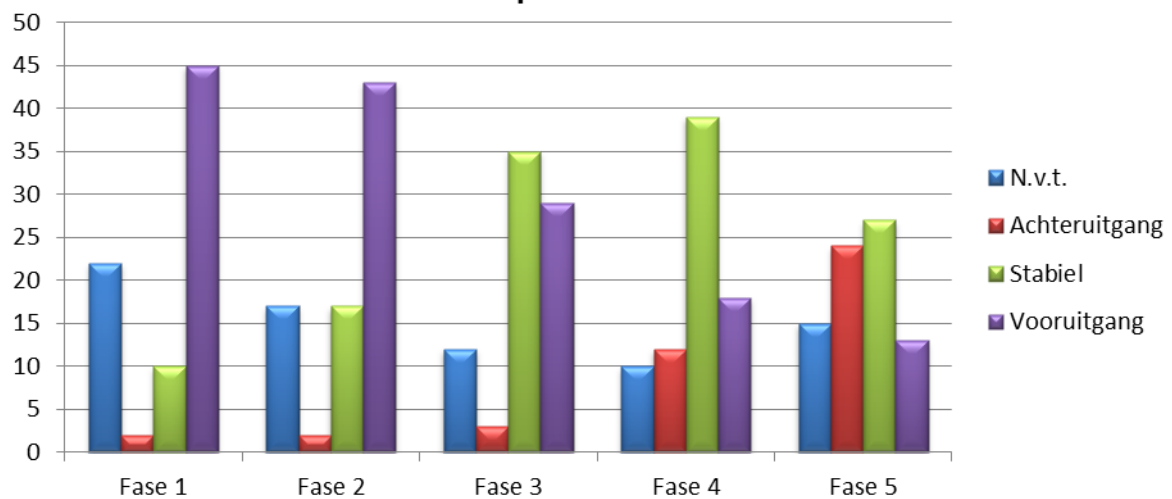
Figuur 16: Stimuleren bewegingsinterventies gericht op functionele oefeningen

Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op kracht?



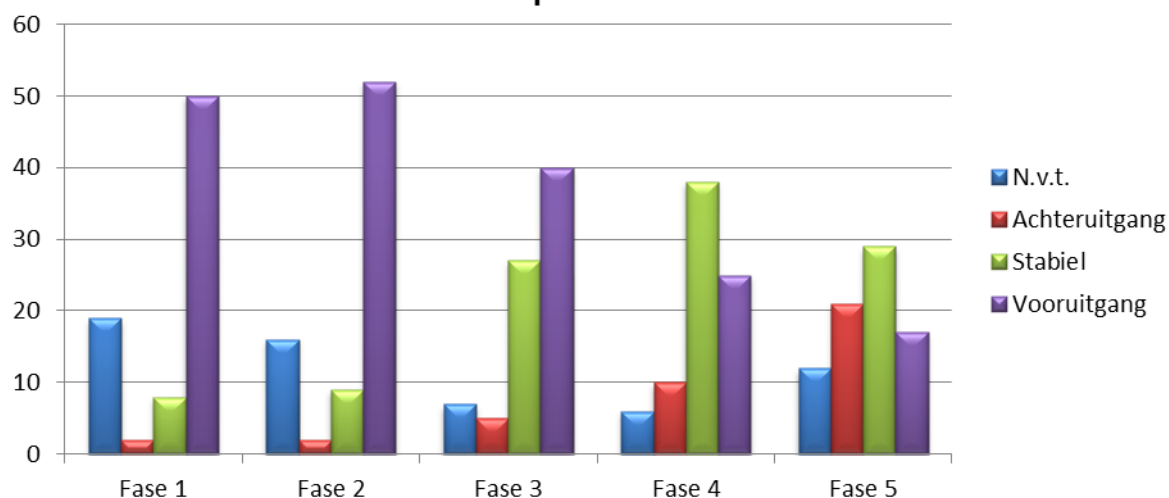
Figuur 17: Verloop bij patiënten met dementie, bewegingsinterventies gericht op kracht

Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op mobiliteit?



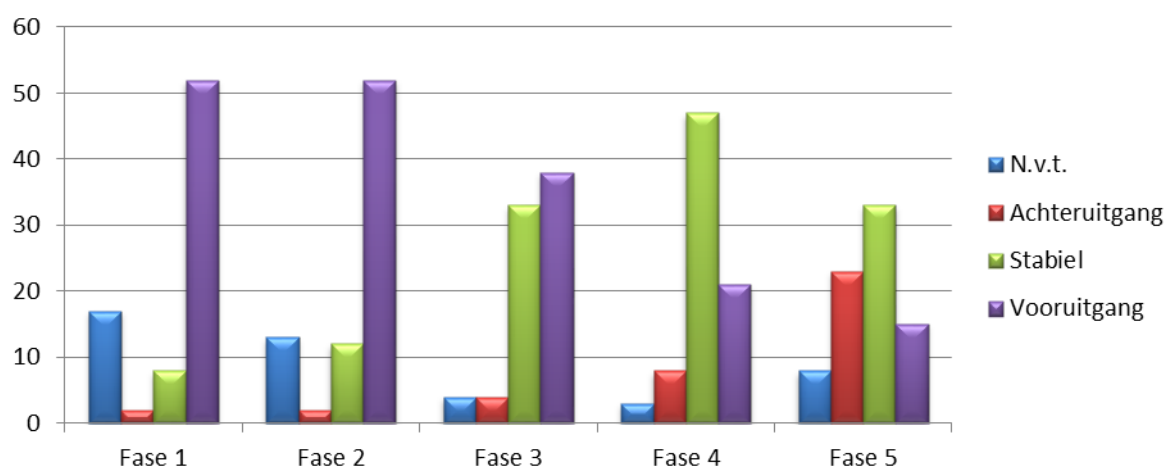
Figuur 18: Verloop bij patiënten met dementie, bewegingsinterventies gericht op mobiliteit

Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op conditie?



Figuur 19: Verloop bij patiënten met dementie, bewegingsinterventies gericht op conditie

Ziet u vooruitgang bij de patiënt met dementie, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bewegingsinterventie gericht op functionele oefeningen?



Figuur 20: Verloop bij patiënten met dementie, bewegingsinterventies gericht op functionele oefeningen

Bijlage V Goedkeuring projectplan



B4 Beoordelingsformulier projectplan

Naam: Mindy Greven

Studentnr: 2140151

Datum: 15-11-12

Titel:

Diversen

- Het projectplan is opgesteld volgens het format ja
- Spelling en taalgebruik zijn correct ja

Probleemomschrijving en probleemstelling (inleiding)

- De probleemomschrijving is voldoende helder geformuleerd ja
- Uit de probleemomschrijving, blijkt de maatschappelijke en paramedische relevantie ja
- Op basis van de probleemstelling wordt een concrete en relevante vraagstelling (of meerdere) geformuleerd met eventueel sub vragen ja

Doelstelling (Vraagstelling)

De doelstelling is:

- Voldoende helder en concreet geformuleerd ja
- Relevant voor een gekozen doelgroep binnen de (paramedische) beroepspraktijk ja
- Praktisch uitvoerbaar ja
- Haalbaar binnen de tijd ja

Projectproduct

Het projectproduct:

- Sluit aan bij de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling ja
- Is bruikbaar voor de gekozen doelgroep ja
- Sluit aan bij de wens van de opdrachtgever ja
- De producteisen zijn nauwkeurig omschreven ja

Activiteiten/methode (werk het uit met in- exclusie, kwaliteitsbeoordeling,...)

Er wordt voldoende inzicht gegeven in soorten activiteiten en soorten bronnen voor het uitvoeren van het onderzoek en het tot stand komen van het product ja

Tijdpad

- Het tijdpad geeft voor het project als geheel een globale fasering en tijdbesteding en voor de eerstkomende weken een steeds gedetailleerdere invulling ja
- In de tabel zijn belangrijke momenten (typografisch opvallend) vastgelegd, (bv. contactmomenten, inlevermomenten e.d.) ja
- In het tijdpad wordt al een globale invulling gegeven van de taakverdeling bij de geplande activiteiten ja

Begrote kosten

Er wordt een helder inzicht gegeven in:

- De te verwachten soorten kosten qua geld en uren ja
- De verdeling van deze kosten (projectleider, student, opleiding) ja

Literatuur

- Gebruikte en geplande literatuur is specifiek en in voldoende omvang genoemd ja
- Er wordt verwezen naar relevante en recente literatuur ja
- Literatuurverwijzingen, in lopende tekst en in literatuurlijst, worden gegeven volgens de Schrijfwijzer (Wouters 2012) ja

Toelichting:

3.2. De reden voor het gebruik van een kwintabel is onduidelijk, is eerder beschreven.

Alle punten onder B3.1 tot en met B3.8 moeten met 'ja' beantwoord zijn om een GO voor het project te krijgen. De begeleider bespreekt met de student op welke punten wijzigingen nodig zijn.

ALGEMEEN:

GO

Naam beoordelaar:

Datum + Handtekening

Anne van Saan.

26-11-12

Steven Oublinx

26-11-12

Bijlage VI Geheimhoudingsverklaring



B8 Geheimhoudingsverklaring

Naam: Mindy Greven

Studentnr: 2140151

Titel: Dementie en bewegen in de praktijk, een survey-onderzoek

Inhoud (omschrijving):

1. Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven verbindt zich door ondertekening van deze verklaring, informatie met betrekking tot de verstrekte gegevens en uit onderzoek verkregen resultaten waarvan in het kader van bovengenoemd project praktijkgericht onderzoek kennis wordt genomen en waarvan bekend is of redelijkerwijs begrepen kan worden dat dit als geheim of vertrouwelijk wordt beschouwd, strikt geheim te houden.
2. Tevens geldt deze geheimhoudingsverplichting voor de werknemers van Fontys Paramedische Hogeschool, evenals voor anderen die op enigerlei wijze uit hoofde van hun functie toegang hebben of kennis nemen van bedoelde informatie.
3. Bovenstaande laat onverlet dat de student het project praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren volgens geldende voorschriften en regels.

Student:

Naam: Mindy Greven
M. Greven
(handtekening) Datum: 20/12/2012

Begeleider:

Naam: René van Soan
[Handtekening]
(handtekening) Datum: 20/12/2012

Coördinator: voor ontvangst

Naam: _____

(handtekening) Datum: / /

Bijlage VII Overeenkomst overdracht rechten



B9 Overeenkomst overdracht rechten

OVEREENKOMST

houdende overdracht van rechten en de plicht tot
overdracht/retournering van data, software en andere middelen

Ondergetekenden:

1. de heer/mevrouw Mindy Groen [volledige
namen als vermeld in paspoort], woonachtig te 5016CB Eindhoven [postcode,
woonplaats] aan de Hortweg Jan I laan 24 [adres en huisnummer], hierna aan te
duiden als "Student"

en

2. Stichting Fontys h.o.d.n. Fontys Hogescholen, Rachelsmolen 1, 5612 MA Eindhoven, hierna
"Fontys"

CONSIDERANS

- A. Student studeert aan de Fontys Paramedische Hogeschool te Eindhoven en heeft in het kader van zijn/haar studie, al dan niet tezamen met derden en/of in opdracht van derden, (diverse) activiteiten verricht, of zal deze nog verrichten, in het kader van onderzoeken die onder supervisie staan van het lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool. Voornoemde activiteiten zullen hierna worden aangeduid als "Lectoraat Studieactiviteiten". Ten tijde van ondertekening van deze verklaring superviseert het lectoraat van Fontys Paramedische Hogeschool in ieder geval de onderzoeken die zijn opgesomd in bijlage 1, maar deze opsomming is niet uitputtend en kan in de toekomst veranderen.
- B. Het is voor Fontys Paramedische Hogeschool van essentieel belang dat (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten ongehinderd en zonder enige beperking verder kunnen worden ontwikkeld en toegepast door Fontys Paramedische Hogeschool en/of voor onderwijs van andere studenten kunnen worden gebruikt. Fontys wil in ieder geval – maar niet uitsluitend – (uitwerkingen van) de Lectoraat Studieactiviteiten (i) kunnen delen met en/of over te dragen aan derden, (ii) op eigen naam kunnen publiceren, waarbij Student mogelijk als co-auteur kan worden vernoemd mits dit gezien de omstandigheden redelijk is, (iii) kunnen gebruiken als basis voor nieuwe onderzoeksprojecten.

- C. Als op (uitwerkingen van) Lectoraat Studietoelatingen intellectuele eigendomsrechten (komen te) rusten en/of daaraan verwante aanspraken van Student, wensen partijen – het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – dat Fontys Paramedische Hogeschool de enige rechthebbende ten aanzien van deze rechten en aanspraken is. Student wenst dan ook al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten alsook daaraan verwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelatingen aan Fontys over te dragen, onder de hierna te noemen voorwaarden;
- D. Student wenst voorts de verplichting op zich te nemen – wederom het onder (B) genoemde in aanmerking nemend – om alle door hem/haar in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelatingen door hem/haar verzamelde data aan Fontys over te dragen en geen kopieën daarvan te bewaren, en eveneens alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelatingen aan hem/haar door Fontys verstrekte eerder verzamelde data, software en/of andere middelen, zoals meet- en testapparatuur, aan Fontys te retourneren zonder kopieën daarvan te bewaren, dit alles onder de hierna te noemen voorwaarden.

KOMEN OVEREEN ALS VOLGT

1. Overdracht intellectuele eigendomsrechten

- 1.1 Student draagt hierbij over aan Fontys Paramedische Hogeschool al zijn/haar huidige en toekomstige intellectuele eigendomsrechten en aanverwante aanspraken met betrekking tot (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelatingen, voor de volledige duur van die rechten.
- 1.2 Onder intellectuele eigendomsrechten en/of daaraan verwante aanspraken wordt tenminste – maar niet uitsluitend – verstaan het auteursrecht, het databankenrecht, het octrooirecht, het merkenrecht, het handelsnamenrecht, het tekeningen- en modellenrecht, het kwekersrecht, bescherming van knowhow en bescherming tegen oneerlijke mededinging.

- 1.3 De in 1.1 omschreven overdracht is onbeperkt. Zodoende omvat de overdracht alle aan de overgedragen rechten en aanspraken verbonden bevoegdheden, en geldt de overdracht voor alle landen ter wereld.
- 1.4 Voor zover enige nationale wetgeving enige nadere medewerking van Student vereist voor de overdracht genoemd onder 1.1, zal Student deze medewerking op eerste verzoek van Fontys Paramedische Hogeschool onmiddellijk en zonder enig voorbehoud verlenen.
- 1.5 Fontys aanvaardt de in 1.1 omschreven overdracht.

2. Afstand van persoonlijkheidsrechten

- 2.1 Voor zover toegestaan onder artikel 25 Auteurswet, en andere eventueel toepasselijke nationale wetgeving, doet Student afstand van zijn/haar persoonlijkheidsrechten, waaronder begrepen – maar niet uitsluitend – het recht op vermelding van de naam van Student en het recht zich te verzetten tegen wijzigingen van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelatingen. Indien en voor zover aan Student onder enige nationale wetgeving een beroep toekomt op persoonlijkheidsrechten ondanks het bovenstaande, zal Student zich niet op onredelijke gronden op deze persoonlijkheidsrechten beroepen.
- 2.2 In afwijking van hetgeen in 2.1 is bepaald kan Fontys Paramedische Hogeschool besluiten de naam van Student wel te vermelden als dit gezien de omvang van zijn/haar bijdrage en werkzaamheden redelijk is.

3. Vergoeding

Student gaat ermee akkoord dat hij/zij geen vergoeding voor de in deze verklaring omschreven rechtenoverdracht en -afstand van Fontys zal ontvangen.

4. Garantie ten aanzien van intellectuele eigendomsrechten

Student verklaart bevoegd te zijn tot de overdracht en afstand, en verklaart geen licentie(s) tot enigerlei wijze van gebruik van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen aan enige derde(n) te hebben verleend of in de toekomst te zullen verlenen. Student vrijwaart Fontys voor iedere aanspraak van derden in dit kader.

5. *Plicht tot overdracht/retournering van data, software en andere middelen*

5.1 Op het moment dat Student niet langer Lectoraat Studietoelichtingen verricht en/of niet langer student van Fontys is, verplicht Student zich tot overdracht aan Fontys van alle in het kader van (uitwerkingen van) de Lectoraat Studietoelichtingen door hem/haar verzamelde data, in de ruimste zin van het woord, daaronder begrepen – maar niet uitsluitend – onderzoeken en onderzoeksresultaten, tussentijdse notities, documenten, afbeeldingen, tekeningen, modellen, prototypes, specificaties, productiemethoden, procesbeschrijvingen en techniekbeschrijvingen.

5.2 Student garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de in 5.1 bedoelde data bewaard te hebben.

5.3 Student verplicht zich om aan Fontys te retourneren alle in het kader van de Lectoraat Studietoelichtingen aan hem/haar door Fontys verstrekte data, software en/of andere middelen, en garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de verstrekte software en/of andere middelen bewaard te hebben.

5.4 Student gaat ermee akkoord dat indien hij in strijd met de verplichtingen en garanties genoemd onder 5.1 tot en met 5.3 handelt en/of gehandeld blijkt te hebben, (a) hij/zij aansprakelijk is voor alle schade die Fontys hierdoor heeft geleden en/of nog zal lijden, en (b) dat dit als fraude kwalificeert en Fontys daaraan passende sancties mag verbinden. De door Fontys op te leggen sancties kunnen onder meer bestaan uit het niet toekennen van studiepunten, het tijdelijk uitsluiten van Ondergetekende van deelname aan examens, maar ook uit het definitief uitschrijven van Ondergetekende als student van Fontys.

6. *Afstand*

Student doet afstand van het recht op ontbinding van deze overeenkomst.

5.3 Student verplicht zich om aan Fontys te retourneren alle in het kader van de Lectoraat Studieactiviteiten aan hem/haar door Fontys verstrekte data, software en/of andere middelen, en garandeert op geen enkele wijze, in welke vorm dan ook, kopieën van de verstrekte software en/of andere middelen bewaard te hebben.

5.4 Student gaat ermee akkoord dat indien hij in strijd met de verplichtingen en garanties genoemd onder 5.1 tot en met 5.3 handelt en/of gehandeld blijkt te hebben, (a) hij/zij aansprakelijk is voor alle schade die Fontys hierdoor heeft geleden en/of nog zal lijden, en (b) dat dit als fraude kwalificeert en Fontys daaraan passende sancties mag verbinden. De door Fontys op te leggen sancties kunnen onder meer bestaan uit het niet toekennen van studiepunten, het tijdelijk uitsluiten van Ondergetekende van deelname aan examens, maar ook uit het definitief uitschrijven van Ondergetekende als student van Fontys.

6. Afstand

Student doet afstand van het recht op ontbinding van deze overeenkomst.

7. Overig

7.1 Voor zover deze overeenkomst afwijkt van het studentenstatuut geldt dat deze overeenkomst voor gaat.

7.2 Deze overeenkomst wordt beheerst door Nederlands recht. Alle uit deze verklaring voortvloeiende geschillen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Amsterdam.

Student:

Naam: Mindy Greven
M. Greven
(handtekening)

Datum: 30/12/2012

Plaats: Eindhoven

Stichting Fontys

h.o.d.n. Fontys Hogescholen

begeleider:

Naam: Rene van Saan
[Handtekening]
(handtekening)

Datum: 30/12/2012

Plaats: Eindhoven

Bijlage VIII Projectvoorstel

VI. Neurorevalidatie

Thema verantwoordelijke: Roderick Wondergem (?)

Project 6.1

Onderwerp	dementie en bewegen
Aan	4 ^e jaars studenten fysiotherapie
Van	Eveline Wouters
Datum	9-5-2012

Titel: De invloed van fysieke activiteit op het ontstaan van dementie

Startdatum:

01-09-2012

Prioriteit (1 hoge prioriteit; 2 lage prioriteit - project kan eventueel ook in 2de semester van studiejaar 2012-2013 uitgevoerd worden) : **1-2**

Opdrachtgever: Fontys Paramedische Hogeschool Eindhoven, Expertisecentrum BISC

Vraagstellingen:

Welke bewegingsprogramma's worden er gebruikt door fysiotherapeuten op PG afdelingen en hoe worden deze geëvalueerd? [veldstudie onder fysiotherapeuten of survey]; doel: best practices verzamelen; speciaal doel: hoe meer bewegen in ADL te verwerken in verpleeghuizen?

Inleiding:

Het is bekend dat inactiviteit in het dagelijks leven, geassocieerd is met het (later) voorkomen van dementie. De prevalentie van dementie, ook op jongere leeftijd, lijkt de laatste decennia toe te nemen. Tegelijkertijd neemt ook het probleem van overgewicht en obesitas toe, met daaraan gekoppeld een gestage afname in de dagelijkse lichamelijke activiteit. De literatuur geeft tevens aan dat er bij gediagnosticeerde dementie een relatie is tussen het fysiek inactief zijn en het verloop en de symptomatologie van dementie, met consequenties voor ADL en gedrag. De vertaalslag naar de praktijk is lastig echter.

Probleemomschrijving:

Het is niet duidelijk wat de best practices zijn op het gebied van bewegingsinterventies- en programma's, georganiseerd door de afdeling fysiotherapie, op PG afdelingen.

Eindproduct:

Verslag, publicatie in vakblad fysiotherapie of vakblad PG/ verpleegkunde

Voorgenomen activiteiten

Survey onder fysiotherapeuten die op dit terrein werkzaam zijn of: kwalitatief interview onderzoek onder fysiotherapeuten die werkzaam zijn op PG afdelingen.

Globale schatting kosten: in principe geen

Studenten: 2

Begeleiding: Nader in te vullen; deels onder supervisie van opdrachtgever, Eveline Wouters