

VEILIG THUIS?! DE ROL VAN DE MANTELZORGER?

Analyse complexe zorgsituatie van mevrouw Janssen



Naam: Fedor de Klerck

Datum: 14 juni 2017

Studentennr.: 0879196

Opleiding tot verpleegkundige

Hogeschool Rotterdam

Toets code: OVKBAD02P4

Opdrachtgever:

Begeleidend docent: Susan Hupkens MSc.

1^e beoordelaar: Drs. Carolien Nijhuis

Algemene gegevens

Onderwijsinstelling	Hogeschool Rotterdam Instituut voor Gezondheidszorg Opleiding tot bachelor verpleegkunde
Adres	Rochussenstraat 198 3015 EK Rotterdam
Begeleidend docent	Susan Hupkens MSc s.h.a.hupkens@hr.nl
Telefoon	010-7946548

Opdrachtgever

Organisatie
Adres
Telefoon
Contactpersonen

Student

Fedor de Klerck	Studentnummer 0879196 0879196@hr.nl
------------------------	--

1. Voorwoord

Eenmaal begonnen met mijn afstudeerstage bij Buurtzorg Nederland (BZN) team, ging ik op zoek naar een onderwerp voor mijn afstudeerscriptie. Tijdens een overleg met mijn werkbegeleidster raakte ik geïntrigeerd over de casus van oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer.

In jaar twee van de opleiding heb ik stage gelopen op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis. Ik keek in het begin van deze stageperiode elke dag op tegen het stage lopen op deze afdeling, aangezien de doelgroep mij niet zo trok. Ik kwam er later achter dat er veel meer achter deze doelgroep zit. Ik leerde het gedrag kennen en leerde met deze doelgroep om te gaan, door bepaalde benaderingswijze te hanteren. In de analyse complexe zorgsituatie (ACZ), die centraal staat in deze afstudeerscriptie, gaat het om de casus van mevrouw Janssen. Deze casus intrigeerde mij, omdat de casus er niet complex uit ziet, maar toch blijkt dat hier meer speelt dan in eerste instantie lijkt.

Dit jaar is ook de ACZ geïntroduceerd als afstudeervariant. Het leek mij een uitdaging om volgens deze nieuwe vorm af te studeren. Bovendien heb ik in het derde jaar deels kunnen oefenen met de cursus reflectieve casestudy. Ik miste destijds de diepgang in de casuïstiek, die ik bij dit onderzoek wel hoop te bereiken.

Graag wil ik mijn begeleidend docent Susan Hupkens bedanken voor de goede begeleiding. Ik zou ook graag mijn collega's op stage bedanken voor het participeren met het onderzoek en de ruimte die ze mij hebben geboden om dit onderzoek uit te voeren.

Fedor de Klerck

Rotterdam, juni 2017

2. Samenvatting

Inleiding

Deze ACZ gaat over mevrouw Janssen (90). In 2016 is zij gediagnosticeerd met beginnende alzheimer. Ze woont alleen thuis, heeft dementiële symptomen die leiden tot gevaarlijke situaties en heeft een mantelzorger die onlangs heeft aangegeven overbelast te zijn.

Vraagstelling

Op welke wijze kan BZN team overbelaste mantelzorgers ondersteunen en eveneens de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, zo lang mogelijk veilig thuis laten wonen?

Methoden

Het onderzoeksdesign is een casestudie. Door middel van praktijk- en literatuuronderzoek is uiteindelijk een aanbeveling geformuleerd.

Resultaten

Uit praktijkonderzoek blijkt dat de mantelzorger vooral mentaal overbelast is. Een casemanager dementie blijkt dé aangewezen professional te zijn, die de dementerende en zijn mantelzorger kan begeleiden. Uit onderzoek blijkt dat de casemanager dementie en de evv'er verschillende meningen hebben over eventuele opname.

Mevrouw Janssen woont onveilig thuis, doordat de overbelaste mantelzorger signalen mist of verzuimt deze op te pakken. Uit literatuur blijkt dat er inderdaad een relatie is tussen de overbelaste mantelzorger en het onveilig thuis wonen van een dementerende oudere.

Een ergotherapeut wordt ingezet om woningaanpassingen door te voeren, daarnaast bieden ze ondersteuning aan mantelzorgers en dementerende oudere. In het praktijkonderzoek wordt hier niets over vermeld.

Uit de literatuur kwam tevens naar voren dat er ontmoetingscentra bestaan voor dementerende ouderen met hun mantelzorgers, echter blijkt geen enkele respondent dit te benoemen.

Conclusie

Uit praktijkonderzoek blijkt dat overbelasting van de mantelzorger zich vooral mentaal uit. Daarnaast komt naar voren dat door overbelasting, de mantelzorger signalen van onveilig thuis wonen mist. De dementiële symptomen die leiden tot gevaarlijke situaties in combinatie met valgevaar zijn de belangrijkste factoren die ertoe bijdragen dat de alleenwonende oudere zorgvrager, met alzheimer, onveilig thuis woont.

In de literatuur is gezocht naar wetenschappelijk bewezen interventies voor de ondersteuning van overbelaste mantelzorger en voor het veilig thuis laten wonen van de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer. De conclusie luidt dat belangrijk is om het gesprek aan te gaan met de mantelzorger en de cliënt, zodat het BZN team tijdig in kan spelen op de behoeftes. Daarnaast kan het team ook

voorlichting geven over onder andere betere invulling van de mantelzorgtaken, kan de mantelzorger erop gewezen worden dat er ontmoetingscentra bestaan voor mantelzorgers van dementerende ouderen en kan de mantelzorger gewezen worden op het bestaan van de VraagWijzer gemeente Rotterdam. Tot slot kan het team andere disciplines inschakelen, zoals een casemanager dementie en een ergotherapeut, zij ondersteunen en ontlasten de mantelzorger, daarnaast kan de ergotherapeut technologische oplossingen aandragen om het veilig thuis wonen te bevorderen.

Aanbeveling

Om de overbelaste mantelzorger te ondersteunen en eveneens de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, zo lang mogelijk veilig thuis te laten wonen wordt de aanbeveling gedaan om een casemanager dementie in te zetten, die de aanbevelingen vanuit dit onderzoek voor de praktijk kan verwezenlijken.

Inhoudsopgave

Algemene gegevens.....	1
1. Voorwoord.....	2
2. Samenvatting	3
3. Inleiding.....	7
3.1 Aanleiding	7
3.2 Methodische beschrijving van de casus	7
3.3 Probleemanalyse.....	10
3.4 Relevantie van de vraag	12
3.5 Organisatorische context	13
3.6 Doelstelling van het onderzoek	13
3.7 Vraagstelling	14
3.7.1 Hoofdvraag.....	14
3.7.2 Deelvragen.....	14
3.8 Opbouw onderzoeksverslag	14
4. Methode.....	15
4.1 Onderzoeksdesign	15
4.2 Werving/selectie/beschrijving onderzoekspopulatie	15
4.3 Methode dataverzameling	16
4.4 Methode/instrumenten data-analyse	17
4.5 Onderzoekskwaliteit	18
4.6 Ethische aspecten	18
5. Resultaten	19
5.1 Belasting van de mantelzorger vanuit verschillende perspectieven en de behoeftes	19
5.2 Factoren die bijdragen tot onveilige situatie en de relatie met de overbelaste mantelzorger	22
5.3 De soorten steun van verschillende zorgverleners	24
5.4 Samenvatting resultaten	27
5.5 Implicaties voor literatuuronderzoek.....	29
6. Literatuurstudie	30
6.1 Deelvragen.....	30

6.2 Databases.....	30
6.3 Zoekstrategie/zoekresultaten	30
6.4 Beantwoording deelvragen.....	36
6.4.1 Interventies die overbelaste mantelzorgers ontlasten en begeleiden	36
6.4.2 Interventies om dementerende ouderen veilig thuis te laten wonen.....	38
6.4.3 Technologische oplossingen om dementerende ouderen veilig thuis te laten wonen	39
6.5 Samenvatting literatuur	41
 7. Discussie.....	 43
7.1 Belangrijkste bevindingen	43
7.2 Discussie van onderzoeksmethode: sterke en zwakke punten.....	44
7.3 Aanbevelingen voor de praktijk	45
7.4 Aanbeveling voor nader onderzoek.....	46
 8. Conclusie	 47
 9. Nawoord	 48
 Literatuurlijst.....	 49
 Bijlage 1 Zorgplan.....	 54
Bijlage 2 Toestemmingsformulier	60
Bijlage 3 Interviewvragen	61
Bijlage 4 Codeboom.....	63
Bijlage 5 Beoordelingsformulieren literatuur.....	72
Bijlage 6 zoekstrategieformulier	93
Bijlage 7 Mantelscan.....	103

3. Inleiding

In dit inleidende hoofdstuk zal de aanleiding voor dit onderzoek worden beschreven. De casus wordt vervolgens door een methodische beschrijving geanalyseerd. De probleemanalyse wordt als volgt belicht, waarna de relevantie van dit zal worden beschreven. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de doelstelling en de bijbehorende (deel)vragen.

3.1 Aanleiding

Dit product komt voort uit het afstudeertraject voor de bachelor opleiding verpleegkunde. In deze ACZ wordt een casus uit de praktijk geanalyseerd. Mevrouw Janssen (fictieve naam) is in het begin van 2016 gediagnosticeerd met Alzheimer. De alzheimer bevond zich destijds in een beginnend stadium. Er ontwikkelen zich sindsdien dementiële symptomen die leiden tot gevaarlijke situaties. Naast deze symptomen spelen er andere factoren die de casus complex maken. De dochter van mevrouw Janssen (Annie) is de mantelzorger en zij geeft aan dat ze overbelast is. De eerst verantwoordelijke verpleegkundige (evv'er) vindt dat ze op het randje begeeft van opname in een verpleeghuis of toch nog thuis wonen. De casemanager dementie vindt dat ze opgenomen moet worden, omdat het thuis niet meer gaat. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat deze casuïstiek uitgekozen is voor deze ACZ.

3.2 Methodische beschrijving van de casus

De casus is hieronder volgens de gezondheidspatronen van Gordon geanalyseerd. De student onderzoeker besloot te kiezen voor deze methodiek omdat de toepassing hiervan heel divers is. In vergelijking met de methode ABCDE, zijn de gezondheidspatronen van Gordon hier beter toepasbaar. ABCDE methodiek heeft de voorkeur in spoedeisende situaties (de Graaf-Waar & Speksnijder, 2014). Hier is dat niet van toepassing. Zie bijlage één voor het zorgplan van mevrouw Janssen.

1. Bij het patroon van gezondheidsbeleving en- instandhouding hoort het volgende: Mevrouw Janssen (90 jaar) is februari 2016 gediagnosticeerd met beginnende alzheimer. Enkele emoties die zij toont zijn: sneller overstuurt, boos, agressief of achterdochtig. Mevrouw vergeet bepaalde handelingen uit te voeren wat kan leiden tot gevaarlijke situaties. Ze is bewust over het feit dat zij wel eens dingen vergeet, echter neemt zij nooit het woord "alzheimer" in de mond. Volgens mevrouw gaat het allemaal wel prima thuis. De diagnose is gesteld door de geriater, zij heeft hier ook regelmatig controleafspraken. Mevrouw heeft naast alzheimer diabetes mellitus type 1, ze gebruikt hiervoor metformine en insuline. Naast deze medicatie maakt zij gebruik van bloeddrukverlager en een bloedverdunner.

2. Bij het patroon van voedings- en stofwisseling hoort het volgende: Mevrouw heeft diabetes mellitus type 1. Zij is hierdoor insulineafhankelijk en slikt daarnaast metformine. Dit leidt ertoe dat mevrouw weinig eetlust heeft. De verpleging wijst haar er 's ochtends op dat zij goed moet eten. Ze heeft (ernstig) overgewicht en haar eetpatroon is relatief constant. Mevrouw is flink beperkt in de

zelfredzaamheid ten aanzien van diabetes. Ze weet dat zij niet al te vaak zoete dingen moet eten, maar het op peil houden van haar bloedsuikers doet zij niet.

Mevrouw drinkt na enige stimulans genoeg op een dag. Mevrouw gebruikt vitamine D supplement.

Mevrouw heeft ook overgewicht, maar volgens mevrouw is ze altijd *“wat aan de grote kant geweest”*.

3. Bij het patroon uitscheiding hoort het volgende: Mevrouw heeft bij haar ziekenhuisopname last van obstipatie gehad. Er is preventief gestart met twee keer per week laxantia. Sporadisch is mevrouw incontinent van urine en feces. Ze heeft tevens een po stoel naast haar bed staan, voor het nachtelijk urineren.

4. Bij het activiteitenpatroon hoort het volgende: Mevrouw gaat twee keer per week naar de dagopvang. Dit lijkt haar de ene keer wel te bevallen, en de andere keer weer niet. De reden die zij dan aangeeft is dat zij vindt dat ze daar vaak hetzelfde doen. Verder leidt mevrouw een inactieve levensstijl, zij komt sporadisch buiten. Mevrouw geeft aan regelmatig televisie te kijken. Mevrouw zou wel graag zelfstandig naar buiten willen, alleen is zij geïnstrueerd dat zij niet mag. .

5. Bij het slaap- en rustpatroon hoort het volgende: Mevrouw geeft aan genoeg te slapen. Ze geeft uitgerust te zijn als zij wakker wordt. Er zijn geen tekenen dat mevrouw haar dag nacht ritme omdraait. Mevrouw kleed zelf om voor de nacht, maar dit doet zij niet altijd.

6. Bij het cognitie- en waarnemingspatroon hoort het volgende: Mevrouw heeft bij dit gezondheidspatronen meerdere problematieken. Mevrouw is gediagnosticeerd met beginnende alzheimer. In het zorgplan staan een aantal interventies beschreven (zie bijlage één).

Naast de cognitieve problemen heeft mevrouw een beperking in haar waarnemingspatroon. Haar zicht en gehoor zijn beperkt. Mevrouw maakt gebruik van gehoorapparaten. Zij draagt ook een bril. Maar ondanks deze hulpmiddelen blijft mevrouw beperkt in haar waarneming. Zo kan zij bijvoorbeeld niet goed zien op de insulinepen hoeveel eenheden er gespoten moet worden. Mevrouw heeft af en toe ook hallucinaties waardoor zij bijvoorbeeld vogels door haar kamer ziet vliegen.

7. Bij het zelfbelevingspatroon hoort het volgende: Mevrouw weet dat zij Alzheimer heeft. Zij weet ook dat zij niet naar buiten mag omdat ze dan de weg kwijt kan raken. Ze overschat zichzelf in haar eigen kunnen. Mevrouw heeft ook regelmatig woordenwisselingen met haar dochter. Haar dochter gaat in discussie wanneer ze iets ziet, wat er niet is. Of als zij iets vertelt, wat niet waar kan zijn. Mevrouw Janssen raakt dan geïrriteerd. Mevrouw heeft persoonsalarmering. Ze geeft aan dat ze weet dat ze soms dingen doet, die niet kunnen. Zij kan echter het gevaar van haar acties moeilijk inschatten. Zij begrijpt niet dat het erg is, dat wanneer zij haar sleutels vergeet, zij niet binnen kan komen terwijl het buiten tien graden vriest.

8. Bij het rollen- en relatiepatroon hoort het volgende: Mevrouw heeft zich altijd geschikt in het feit dat zij huisvrouw is. Ze heeft één dochter, die alles voor haar betekend. Haar man is twintig jaar geleden overleden. Zij denkt elke dag nog aan hem. Dit uit zij zich door hier vaak over te beginnen tegenover de verpleging.

Annie is mantelzorger, samen met haar man Piet (fictief). Annie komt meerdere malen per week langs bij mevrouw. Zij brengen dan boodschappen en blijven een dagdeel bij mevrouw. Daarnaast is Annie verantwoordelijk voor de financiële situatie van haar moeder. Zij geven de verpleging de indruk dat zij dit moet doen, en niet omdat ze het wil. Annie ziet haar moeder meer als een last. Zo komt dit over op het team van BZN. Ook ziet Annie veel dingen negatief in, en uit dit ook naar de verpleging. Annie en Piet gaan vaak in discussie met mevrouw, dit zorgt voor frustraties bij de mantelzorgers, en irritatie en verdriet bij mevrouw Janssen. Het thema overbelaste mantelzorger komt hier dan ook naar voren. Tegenwoordig geeft dochter haar moeder het gevoel dat zij een last is voor haar. Mevrouw waardeert het dat haar dochter zo vaak langs komt, want *“je hoort ook wel eens anders”*. Mevrouw beseft dat sommige ouderen helemaal geen contact meer met hun kind hebben. Daarnaast toont ze claimend gedrag tegenover haar dochter en schoonzoon.

9. Bij seksualiteits- en voortplantingspatroon hoort het volgende: Mevrouw ervaart hier geen activiteiten in. Mevrouw is gelukkig getrouwd geweest, maar heeft altijd al tijdens haar huwelijk verteld dat zij geen andere man wil, mocht haar echtgenoot overlijden.

10. Bij het stressverwerkingspatroon hoort het volgende: Mevrouw praat vooral over de dagopvang. Dit doet zij bij zowel haar dochter en schoonzoon als bij de verpleging van BZN. Ze vertelt ook tegen de thuiszorg dat zij ruzie heeft gehad met haar dochter. Mevrouw brengt daarnaast eigenlijk veel tijd alleen door, hierdoor mist zij soms iemand om tegen te praten. Dit wordt opgemerkt doordat zij veel tegen de verpleging praat.

11. Bij het patroon over waarden- en levensovertuiging hoort het volgende: Mevrouw is christelijk opgevoed. Mevrouw gaat niet naar de kerk, en is ook een sterke aanhanger van het geloof. Mevrouw heeft in de afgelopen maand meerdere keren aangegeven dat haar leven wel klaar is. Deze uitingen maakt mevrouw naar zowel de verpleging als naar haar dochter Annie. Haar dochter zegt dan direct: *“Als je dit soort dingen gaat zeggen, kom ik niet meer langs.”* Mevrouw maakt deze uitspraken vervolgens niet meer naar haar dochter toe.

Uit de casusanalyse treden meerdere problemen naar voren. De thema's die hieruit naar voren komen zijn: overbelaste mantelzorger, veilig thuis wonen van een alleenwonende dementerende oudere, dementiële symptomen die kunnen leiden tot gevaarlijke situaties, voltooid leven en eenzaamheid.

3.3 Probleemanalyse

Hieronder volgt als eerst de omschrijving van de veel gebruikte begrippen:

Het begrip mantelzorger volgens de Klerk, de Boer, Plaisier, Schyns, & Kooiker (2015):

Mantelzorg is ‘hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving’. De hulp is in principe onbetaald. Voorbeelden zijn begeleiding bij het regelen van afspraken of aanvragen van ondersteuning, administratieve hulp, vervoer, hulp bij het huishouden of persoonlijke verzorging.

Overbelaste mantelzorger: Volgens Casado-Mejia en Ruiz-Arias (2016):

It is defined as the state of caregivers characterized by fatigue, stress, and the perceived limitation of social contact and adjustment to their role, which comes from a negative assessment of the care situation, which can jeopardize caregivers’ emotional, physical, psychological, and functional health.

Dementiële klachten die kunnen leiden tot gevaarlijke situaties: Volgens Tierney, Charles, Naglie, Jaglal, Kiss, & Fisher (2007, geciteerd uit Soto et al., 2015) valt de volgende uitleg onder dit begrip: *“People with dementia who live alone are exposed to risks such as physical injury, property loss, and damage resulting from self-neglect.”*

De probleemanalyse van het onderzoeksprobleem wordt aan de hand van het model van Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Peters, Velden, & Goede (2013) geanalyseerd.

Hoe groot?

Op 1 januari 2016 leden er in Nederland 270.000 mensen aan de ziekte van alzheimer. Als er naar de toekomst wordt gekeken zal dit aantal stijgen naar een half miljoen mensen in 2040 (Alzheimer Nederland, 2016). Er worden elk jaar twintig duizend mensen gediagnosticeerd met een vorm van dementie (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2014). Een voorbeeld van het onveilig thuis blijven wonen is dwaalgedrag. Volgens White & Montgomery (2015) is aangetoond dat tussen de 10 en 35 % van de mensen die aan alzheimer leiden, op een punt in het ziekteproces, dwaalgedrag vertonen.

Volgens de Klerk et al. (2015) bleken er in 2014 ongeveer vier miljoen Nederlanders mantelzorger te verlenen. Dit is bijna één derde van de volwassen bevolking. Hiervan besteden 610.000 mantelzorgers meer dan acht uur per week aan mantelzorg gedurende meer dan drie maanden. Uit het rapport bleek tevens dat zes procent van de mantelzorgers ziekte of overspanning ervaart ten gevolge van het mantelzorgen.

Aanleiding?

De aanleiding voor dit onderzoek staat uitgebreid beschreven aan het begin van dit hoofdstuk.

Wie?

Zoals in elk onderzoek zijn er meerdere partijen betrokken. In dit onderzoek zijn: Mevrouw Janssen, het thuiszorgteam en de mantelzorgers.

Gevolgen?

In onderzoek van White en Montgomery (2015) staat ook beschreven dat een enkele studies hebben uitgewezen dat het risico op gewond raken of overlijden door het rond dwalen buiten, zonder de weg terug naar huis te vinden, groot is. Dit kan verscheidene oorzaken hebben. De gevolgen kunnen dus verstrekkend zijn.

Uit het onderzoek de Klerck et al. (2015) bleek dat zes procent van de mantelzorgers die meer dan 8 uur per week, gedurende drie maanden lang, zich ziek meldt door de ervaren overbelasting. Uit onderzoek blijkt ook dat, mantelzorgers van mensen met alzheimer, een verhoogd risico hebben op slaapstoornissen, depressieve symptomen en psychische last. Zij ondervinden ook cognitieve achteruitgang in vergelijking met andere leeftijdsgenoten die geen mantelzorg verlenen (Innes, Selfe, Brown, Rose, & Thompson-Heisterman, 2012). Men kan ook geïsoleerd raken doordat mantelzorgers niet meer toekomen aan hun eigen leven (Vandepitte, Van Den Noortgate, Putman, Verhaeghe, & Annemans, 2016).

Uit een groot onderzoek van Soto et al. (2015) blijkt dat mensen met alzheimer die alleen leven, twee keer zo groot risico hebben om opgenomen te worden in een gezondheidszorginstelling dan mensen met alzheimer die samenwonen met een partner. Tevens blijkt uit de studie dat als de mantelzorger niet bij de persoon met alzheimer thuis woont, maar wel actief betrokken is, sneller kiest om de persoon met alzheimer in een instelling te plaatsen. Dan wanneer de mantelzorger bij de persoon met alzheimer inwoont.

Welk deel onderzocht?

Aan het einde van de casusanalyse komen verschillende thema's naar voren. Er wordt enkel het verband tussen het veilig thuis blijven wonen van een dementerende oudere en de rol van de overbelaste mantelzorger hierin onderzocht. In Baarda et al. (2013) staat hierover het volgende: *“Je kunt beter een goed onderzoek over een relatief beperkt onderwerp doen dan een slecht onderzoek over een breed onderwerp of zelf over verschillende onderwerpen.”* (p.19)

Wat moet het onderzoek opleveren?

Het onderzoek levert uiteindelijk op dat op basis van praktijk- en literatuuronderzoek een aanbeveling wordt geformuleerd voor de casuïstiek mevrouw Janssen. Deze aanbeveling is ook toe te passen op soortgelijke casussen binnen het thuiszorgteam waarin de student stage loopt.

3.4 Relevantie van de vraag

Relevantie voor de cliënt

Het is relevant voor de cliënt als de mantelzorger niet overbelast is. Het claimende gedrag van mevrouw Janssen kan ervoor zorgen dat de mantelzorger geen rust krijgt. De situatie niet los kunnen laten valt onder de groep licht belaste zorg. Als dit echter gecombineerd wordt met complexe zorgsituatie waarin zij met haar moeder in discussie gaat kan deze lichte belasting veranderen in zware belasting. Op dit punt geeft de mantelzorger aan dat zij overbelast is omdat zij zelf geen activiteiten meer kan ondernemen omdat zij te moe is. Uit de casusanalyse blijkt dat Annie haar moeder als last ziet. Annie heeft een hechte relatie met haar moeder, dat zorgt ervoor dat er een hogere belasting geldt voor de mantelzorger. Het is voor, zowel mevrouw Janssen als Annie, belangrijk dat zij zich goed voelen. Wanneer de relatie tussen de Annie en mevrouw Janssen verbroken wordt heeft dit gevolgen voor de thuissituatie voor mevrouw. Mevrouw Janssen wordt dan onder andere een stuk afhankelijker van de thuiszorg.

Relevantie voor verpleegkundige en werkveld

In het expertisegeraad voor wijkverpleegkundige (de Bont, van Haaren, Rosendal, & Wigboldus, 2012) staat dat mantelzorgers een grote rol spelen in de thuissituatie. Er staat expliciet dat de wijkverpleegkundige oog moet hebben voor diens mogelijke overbelasting. Ondersteunen en begeleiden van mantelzorgers door wijkverpleegkundigen staan in drie van de zeven Canmeds rollen vermeld. Bij sociaal-culturele ontwikkelingen staat tevens vermeld dat er afname is van het aantal mantelzorgers. Het is van belang de mantelzorgers te behouden die er op dit moment bestaan. Bij de rol van organisator staat ook meerdere malen dat een wijkverpleegkundige verantwoordelijk is voor de veiligheid van de patiënt. Ter illustratie is de volgende quote aangehaald: “[De wijkverpleegkundige] Is in staat zorg te dragen voor de veiligheid van de zorgvrager en zijn sociale systeem in relatie tot de specifieke zorgaspecten, draagt zorg voor continuïteit bij afwezigheid en calamiteitszorg” (p. 25). Deze quote is te vertalen naar deze casuïstiek. De wijkverpleegkundige moet de vaardigheid hebben om de veiligheid van mevrouw Janssen en het sociale systeem in relatie tot specifieke zorgaspecten te ondersteunen. In dit geval geeft de mantelzorger aan overbelast te zijn, wat zou betekenen dat een wijkverpleegkundige hierin moet ondersteunen.

Een van de ontwikkelingen die verpleegkundigen ook zien is het sterk toenemen van chronisch zieken. Deze ontwikkeling in combinatie met het wegvallen van mantelzorgers door overbelasting en de

verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige om de veiligheid van de patiënt te waarborgen maakt dit een zeer relevant onderwerp.

De relevantie voor de maatschappij

Er lijden op het moment 270.000 mensen aan een vorm van dementie. In de verdere toekomst zal dit aantal stijgen naar een half miljoen mensen in 2040 (Alzheimer Nederland, 2016). Er blijkt uit onderzoek dat, tussen de 10 en 35 % van de mensen die aan alzheimer leiden, op een punt in het ziekteproces, naar buiten gaan en de weg kwijtraken terug naar huis (White & Montgomery, 2015). Dit zou betekenen dat er in 2040, minimaal 50.000 mensen met dementie buiten de weg terug naar huis raken.

Op 30 januari jongstleden was er een reclame van de Stichting Samen Dementie Vriendelijk. Hier was te zien hoe Nederlanders reageren op mensen met dementie die hun huis niet meer terug weten te vinden. Veel mensen geven aan dat ze iemand met dementie wel willen helpen, maar dat zij niet weten hoe (NOS, 2017). Hiermee wordt de relevantie voor de maatschappij weergegeven.

De volgende quote beschrijft het maatschappelijk belang voor de medische professionals:

“Maatschappelijk is het van groot belang dat de medische professionals, die de snel in omvang toenemende zorg voor patiënten met dementie voor hun rekening nemen, zich goed kunnen verantwoorden voor de inhoud van de zorg die zij bieden.” (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2014, p. 16).

3.5 Organisatorische context

De organisatie waarin deze ACZ plaatsvindt, is BZN team. *“Buurtzorg staat voor kleinschalig werken, in zelfsturende teams met zo min mogelijk overhead en met zo goed mogelijke kwaliteit van zorg.”* (Pool & Mast, 2011, p. 150)

Binnen in het BZN team werken zes vaste teamleden. Er werken vier wijkziekenverzorgenden, één verpleegkundige in de wijk en één wijkverpleegkundige. Naast deze vaste teamleden beschikt het team over een vaste groep oproepkrachten die bestaan uit wijkziekenverzorgenden en verpleegkundigen.

3.6 Doelstelling van het onderzoek

Aan het einde van het afstudeeronderzoek wordt er op basis van praktijk- en literatuuronderzoek een aanbeveling gedaan aan Buurtzorg Nederland team, om overbelaste mantelzorgers te kunnen ondersteunen en eveneens de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, zo lang mogelijk veilig thuis te kunnen laten wonen.

3.7 Vraagstelling

3.7.1 Hoofdvraag

De vraagstelling voor dit onderzoek luidt als volgt:

1. Op welke wijze kan Buurtzorg Nederland team overbelaste mantelzorgers ondersteunen en eveneens de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, zo lang mogelijk veilig thuis laten wonen?

3.7.2 Deelvragen

Deelvragen voor de praktijk:

1. Wat is de belasting van de mantelzorger vanuit verschillende perspectieven en wat zijn haar behoeftes hierin?
2. Welke factoren dragen bij aan onveiligheid van een alleenwonende oudere zorgvrager met alzheimer en wat is de relatie tussen deze factoren en overbelasting van de mantelzorger?
3. Welke steun kunnen zorgverleners, zoals (wijk)verpleegkundigen en medewerkers van het WMO loket van de gemeente, bieden om de oudere zorgvrager die lijdt aan alzheimer veilig thuis te kunnen laten wonen?

Deelvragen voor de literatuur:

1. Welke wetenschappelijk bewezen interventies bestaan er om overbelaste mantelzorgers, van oudere zorgvragers die lijden aan alzheimer, te ontlasten en te begeleiden?
2. Welke wetenschappelijk bewezen interventies bestaan er om een oudere zorgvragers, die lijden aan alzheimer, veilig thuis te laten wonen?
3. Welke best practice technologische oplossingen bestaan er voor oudere zorgvragers, die lijden aan alzheimer, om langer veilig thuis te laten wonen?

3.8 Opbouw onderzoeksverslag

De hoofdstukken van deze scriptie die nog zullen volgen zijn methode praktijkonderzoek. Hierna zullen de resultaten van het praktijkonderzoek gepresenteerd worden. Aanvullend hierop zal de resultaten van het literatuuronderzoek weergegeven worden. De discussie en conclusie volgen als laatste.

4. Methode

4.1 Onderzoeksdesign

Er bestaan twee soorten wetenschappelijke onderzoeken. Dit kan zowel kwantitatief als kwalitatief zijn. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Volgens Boeije (2014) is kwalitatief onderzoek:

Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn strategieën voor de systematische verzameling, organisatie, en interpretatie van tekstueel materiaal dat is verkregen door gesprekken of observaties met het doel concepten te ontwikkelen die ons helpen om sociale verschijnselen in hun natuurlijke context te begrijpen met de nadruk op betekenissen, ervaringen, en gezichtspunten van alle betrokkenen.

Tijdens dit product heeft er een intensieve bestudering van een bepaald verschijnsel plaatsgevonden (Nieswiadomy, Ter Maten-Speksnijder, & Hoogerduijn, 2013). Door de casus uitgebreid te analyseren aan de hand van de gezondheidspatronen van Gordon werd er een totaalbeeld van het fenomeen geschetst (Baarda et al., 2013). In dit geval was dat mevrouw Janssen, de mantelzorger en het veilig thuis blijven wonen. Deze vorm van onderzoek wordt ook wel casestudie genoemd.

4.2 Werving/selectie/beschrijving onderzoekspopulatie

Bij dit onderzoek zijn er drie verschillende typen respondenten geïnterviewd. Deze drie typen respondenten zijn; mantelzorger(s), (wijk)verpleegkundigen en medewerker(s) van de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam.

Mevrouw Janssen werd niet geïnterviewd voor dit onderzoek, omdat zij beperkt (ziekte) inzicht heeft door de Alzheimer. Bij deze casus waren twee mantelzorgers betrokken. De dochter (Annie) van mevrouw Janssen en haar echtgenote (Piet). Beiden zijn benaderd voor een interview voor dit onderzoek. Annie wilde graag participeren. Piet wilde dit niet. Na hem een week bedenktijd te hebben gegeven, besloot hij niet te willen participeren in dit onderzoek.

De mantelzorger werd als eerste geïnterviewd. Dit interview werd als eerste gecodeerd. Eventuele nieuwe bevindingen zouden dan nagevraagd kunnen worden bij de verpleegkundigen. De mantelzorger tekende een informed consent (zie bijlage twee). Hiermee stemde zij in met het onderzoek.

Door de beperkte tijd waarin dit onderzoek uitgevoerd moest worden zijn er twee teamleden gekozen. Als er meer tijd was dan zou er getracht zijn om meer teamleden te interviewen om een bepaalde saturatie (verzadigdheid) te bereiken, waardoor er een representatief beeld zou ontstaan van het team (Baarda et al., 2013). Hieronder staat vermeld welke teamleden zijn geïnterviewd en de reden erachter.

1. De eerst verantwoordelijke verpleegkundige in de wijk van mevrouw Janssen. De reden waarom zij geselecteerd is heeft te maken met het feit dat zij het meest bekend is met de casuïstiek. Daarnaast heeft haar handelen mogelijk veel impact gehad in deze casus.
2. Daarnaast is de wijkverpleegkundige, die tevens de opleiding casemanager dementie volgt, geselecteerd voor dit onderzoek. Zij belicht het perspectief van een casemanager waarbij een deel van haar opleiding is besteed aan de soort problematieken die terugkomen in deze casuïstiek.

Naast de zes vaste teamleden zijn er ook zes vaste oproepkrachten die bij BZN team werkzaam zijn. De uiteindelijke aanbeveling zal voor het vaste team gelden, hierom zijn de oproepkrachten niet meegenomen in de inclusiecriteria als mogelijke respondenten.

Als laatste is een medewerker van de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam geïnterviewd. Deze medewerker van de VraagWijzer heeft een andere deskundigheid in vergelijking met de andere respondenten.

4.3 Methode dataverzameling

Er wordt gebruik gemaakt van één dataverzamelmethode; interviews. De definitie van een interview volgens Maso (1987, geciteerd uit H. Boeijs, 2014) luidt als volgt:

Een gespreksvorm waarin een persoon - de interviewer - zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan één of meer anderen - de participanten of geïnterviewden - die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen.

Er bestaan vier verschillende aspecten als het aankomt aan de opbouw van een interview. Vervolgens heeft elk aspect een subonderdeel. Hieronder kiest de student welke aspecten er in het interview terug gaat komen (Baarda et al., 2013).

1. De mate van gestructureerdheid

Er werd gekozen voor een half gestructureerd interview. Door middel van deze methode werden er vaste vragen aan gehouden, maar er was ook ruimte om door te vragen. De vragen waren van tevoren vastgelegd (zie bijlage drie voor de interviewvragen). De student gebruikte als hulpmiddel bij het interview met de mantelzorger de mantelscan (Kruijswijk, 2012). Deze scan is opgezet door het expertisecentrum mantelzorg. Het is een instrument voor professionals die werken in de zorg. Samen met mantelzorgers proberen zij het zorgnetwerk in kaart te brengen. Hierbij wordt vooral gelet op de krachten en risico's van dat netwerk. De begeleidend docent heeft de student deze mantelscan met de bijhorende literatuur aangeleverd. Verder zijn de interviewvragen opgesteld na feedback van de begeleidend docent.

2. Individueel of groep

Er werd gekozen voor individuele interviews, in plaats van groepsinterviews. Individuele interviews zijn meer geschikt als het over een onderwerp gaat waarbij sociale wenselijkheid een rol speelt. Zo kwam in de casusanalyse naar voren dat de verpleging ervaart dat Annie haar moeder als last ziet. Wanneer er in groepsverband een interview zou worden gehouden met twee andere verpleegkundigen van BZN team zou de kans bestaan dat de dochter van mevrouw Janssen sociaal wenselijke antwoorden gaat geven. Wat er voortkwam uit de casusanalyse was dat Annie het fijn vindt om gehoord te worden. Dit merkte de student ook toen hij toestemming vroeg aan mevrouw om te participeren in dit onderzoek. Als het interview in groepsverband plaatsvindt, bijvoorbeeld als haar echtgenote meedoet, dan zou de kans aanwezig zijn dat hij het gesprek overneemt.

3. Direct of indirect

De student heeft veel naar voorbeeldsituaties gevraagd. Als de student vroeg naar meningen zou de kans aanwezig zijn dat het interview niet de gewenste diepte zou aannemen. Door naar voorbeelden te vragen kreeg de student inzicht in de situatie, vanuit het perspectief van de geïnterviewde.

4. Medium: mondeling, schriftelijk, online of telefonisch

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de mondelinge interviews. De grote mate van flexibiliteit, door een mondeling interview af te nemen, bleek belangrijk te zijn bij dit gevoelige onderwerp. Daarnaast kwam, zoals eerder beschreven, naar voren dat de mantelzorger graag gehoord wil worden. Doordat Annie face-to-face werd geïnterviewd, beviel dit haar beter dan online of schriftelijk. De overige respondenten zijn ook face-to-face geïnterviewd.

4.4 Methode/instrumenten data-analyse

Er bestaan volgens (Baarda et al., 2013) drie fases om data te analyseren.

De eerste fase heet de exploratiefase. Dit werd gedaan door middel van open coderen. De kern van open coderen is dat je niet op zoek gaat naar bevestiging van wat je weet, maar juist naar wat je nog niet weet. Er werd op zoek gegaan naar thema's, aspecten en elementen die vooraf nog niet in beeld waren. Het transcriberen werd ook toegepast. Dit betekent dat het interview letterlijk wordt uitgetypt in een tekstbestand. De student heeft hiervoor Microsoft Word 2016 gebruikt als tekstverwerker. Daarna heeft de student de uitgetypte interviews geprint. Nadat hij deze meerdere malen heeft doorgelezen begreep hij de kern van de interviews. Door vervolgens de onderzoeksvragen ernaast te houden heeft de student gecodeerd.

De tweede fase heet specificatiefase. In deze fase heeft de student de codes geordend per categorie. Tevens zijn de eventuele dubbele codes samengevoegd. Daarnaast heeft de student de ogenschijnlijke niet relevante codes verwijderd, zodat er een selectie is gemaakt in de codes.

In de derde fase ging de student selectief coderen. Dit heet ook wel tweede ordening. Hierbij gaat de student hoofd- en subcategorieën creëren. Deze codeboom is terug te vinden in bijlage vier.

Zoals eerder beschreven in het vorige paragraaf heeft de student eerst het interview afgenomen met de mantelzorger. Het interview met de mantelzorger werd als eerste geanalyseerd. Er werd een aparte codeboom per respondent en per deelvraag opgesteld. De overige interviewvragen zijn vervolgens op de gegevens van de vorige interviews aangepast zodat de diepte zo veel mogelijk gezocht kon worden.

4.5 Onderzoekskwaliteit

De betrouwbaarheid en validiteit is lastig vast te stellen bij een kwalitatief onderzoek. Bij een kwantitatief onderzoek geldt “meten wat je beoogt te meten”, daarbij wordt betrouwbaarheid bereikt wanneer herhaalde metingen hetzelfde resultaat oplevert. Het verschil tussen kwalitatief en kwantitatief is dat het van belang is om transparant te werken. Op deze manier wordt de lezer overtuigt van de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda et al., 2013). De student werkte zo transparant mogelijk door bij het uittypen van de interviews letterlijk alle woorden op te schrijven (denk hierbij aan uh.. ah.). De codebomen met daarin de bijbehorende codes zijn opgenomen in bijlage vier. Dit verhoogt de transparantie in dit onderzoek. Daarnaast heeft de student getracht de betrouwbaarheid van het codeboek te garanderen door deze te laten checken door iemand met een gefundeerde achtergrond in kwalitatief onderzoek (Master of Arts, Taal & Communicatie in Organisaties).

4.6 Ethische aspecten

De Medische Ethische Toetsings Commissie (METC) van het Erasmus MC heeft bepaald dat voor dit soort onderzoek geen toestemming nodig is van een METC, omdat het niet valt onder de Wet Medisch Onderzoek (WMO) op personen.

Een ethisch aspect van dit onderzoek is ook dat de student onderzoeker tegelijk stage liep in de organisatie waar dit onderzoek werd gehouden. Hierdoor heeft de student, als het ware, twee petten op gehad tijdens zijn afstudeerstage. De mantelzorger zag de onderzoeker wellicht als een stagiaire die zijn afstudeerstage doet, en niet als een onderzoeker die objectief naar de casus kijkt.

De student had voorafgaand aan het onderzoek informele toestemming gevraagd aan zowel mevrouw Janssen als Annie. Beiden gaven hier toestemming voor om deze casus anoniem te verwerken. De voorwaarden voor dit onderzoek staan ook opgesteld in bijlage twee:

- Deelname is vrijwillig.
- Op elk gewenst moment kan ik mijn toestemming intrekken.
- Het interview wordt opgenomen op voicerecorder.
- De resultaten zullen alleen gebruikt worden voor het onderzoek en anoniem verwerkt worden in publicaties en/of presentaties.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het praktijkonderzoek vermeld. Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd; per deelvraag staan de resultaten vanuit de verschillende perspectieven beschreven. De respondenten staan bij elke deelvraag op dezelfde volgende beschreven. Als eerste wordt het perspectief van de mantelzorger belicht, als tweede het perspectief van de evv'er, als derde wordt het perspectief van de casemanager dementie belicht en als laatste wordt het perspectief van de medewerker van de VraagWijzer van gemeente Rotterdam belicht. De codeboom die aan de hand van labels is opgesteld is terug te vinden in bijlage vier.

Deze resultaten zijn allen afkomstig uit de afgenomen interviews. Bij het interview met de mantelzorger is er gebruik gemaakt van een gevalideerde meetinstrument; de mantelscan. De resultaten van de mantelscan zijn apart belicht in het kopje hieronder (bijlage zeven).

5.1 Belasting van de mantelzorger vanuit verschillende perspectieven en de behoeftes

Mantelscan

Hieronder is een deel van de mantelscan opgenomen (Kruijswijk, 2012). Bij de "self-rated burden scale" noemt de mantelzorger dat zij de belasting als 50/50 ervaart. Bij de "ervaren druk door informele zorg" scoort zij zeven van de negen punten. Annie benoemt in het interview bij dit onderdeel van de mantelscan het volgende: *"Het is niet zo heel zwaar, het is meer in je hoofd he."* Zij benoemt dus dat de mentale belasting vooral groot is.

Afbeelding 1: De mantelzorger, onderdeel van de mantelscan

2. De mantelzorger

A. Self-rated burden scale:

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

helemaal niet zwaar veel te zwaar

B. Ervaren druk door informele zorg (EDIZ - dr. A.M. Pot (1995))

1. Door de situatie van mijn <i>Maria</i> kom ik weinig aan mijn eigen leven toe	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
2. Het combineren van de verantwoordelijkheid van mijn <i>Maria</i> de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
3. Door de betrokkenheid bij mijn <i>Maria</i> doe ik anderen tekort	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
4. Ik moet altijd klaarstaan voor mijn	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
5. Mijn zelfstandigheid komt in de knel.	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
6. De situatie van mijn eist voortdurend de aandacht	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
7. Door mijn betrokkenheid bij mijn krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
8. De situatie van mijn laat mij nooit los.	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!
9. Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn	Neel	Nee	min-of-meer	ja	ja!

Score: **7/9**

In de codeboom is bij deze deelvraag terug te vinden welke categorieën er bij deze deelvraag beschreven staan. De verschillende behoeftes van de overbelaste mantelzorger zijn onderverdeeld in mentale- en fysieke belasting en de daarbij behorende mentale- en fysieke behoeftes.

Het perspectief van de mantelzorger

De mentale belasting is onder te verdelen in; communicatie, relatie en omgang situatie.

De mantelzorger ondervindt zware belasting door beperkte communicatie met haar moeder. Ze spreekt twee keer haar teleurstelling hierover uit. Haar moeder belt haar wel eens boos op als zij terug is van de dagopvang en thuiskomt in een leeg huis. De volgende quote illustreert hoe de mantelzorger met haar boze moeder om gaat: *“Ja dat kon ik eigenlijk niet. Daarom gooide ik de telefoon erop. Dan zei ik: nou ben ik het zat, bel maar terug als je weer normaal ken doen.”* De mantelzorger heeft op dat moment veel moeite om met haar boze moeder om te gaan.

De relaties van de mantelzorger staan ook onder druk door de gehele situatie. Zo leidt het tot conflicten met haar echtgenoot, er wordt in totaal drie keer in het interview benoemt dat hij geïrriteerd raakt zodra ze weer over haar moeder begint. Naast deze relatie benoemt de mantelzorger ook dat ze er soms zo tegenop kijkt om langs te gaan bij haar moeder.

Bij omgang met de situatie benoemt de mantelzorger meerdere malen dat zij moeite heeft met het omgaan met alzheimer. Daarnaast geeft zij aan dat ze het gevoel heeft dat ze altijd klaar moet staan voor haar moeder, dit is ook terug te vinden in de mantelscan (zie afbeelding 1). Zij ziet het ook als haar taak om zelf uit te zoeken hoe zij met de progressieve ziekte alzheimer moet omgaan.

De volgende twee thema's die met elkaar te maken hebben zijn het belgedrag en het continue bezig zijn met de situatie. De mantelzorger heeft het in totaal elf keer over het belgedrag met haar moeder. Zij zegt hierover het volgende:

Elke dag bellen. Dat is wel een belasting eigenlijk. Helemaal los kom je er niet van. Ik weet nog wel dat we in het vliegtuig stapte. Dat ik denk ohhhh lekker. Maar ik kom aan en ik bel gelijk. Heb ik altijd al gedaan hoor, mijn moeder is niet zo op het vliegen. En dan gelijk bellen en dan heb ik ja mijn plicht gedaan.

Zij ziet het bellen als een plicht, zij is daardoor continue met de situatie van haar moeder bezig. Eén van de effecten hiervan is ook dat zij hierdoor slecht slaapt:

Ja.. ik ben eigenlijk sinds een jaar of drie een slechte slaper geworden. Als ik wakker word 's nachts. Dan ga ik even naar het toilet. Dat gebeurt zeker 3 of 4 keer per week, dan ga ik er maar uit. Even een boekje lezen. En dan blijf ik een uurtje of twee op. Totdat ik het heel koud krijg en dan ga ik weer terug. Dan slaap ik wel.

Bij fysieke belasting benoemt ze dat ze de zwaarte van de mantelzorg mee vindt vallen. Een paar keer per week langsgaan, regelen van post en (dokter) afspraken vallen onder de fysieke belasting.

Naast de belasting beschrijft mevrouw Janssen verschillende behoeftes in het interview. Onder mentale behoeftes valt voorlichting. Zij benoemt dat ze advies over omgaan met dementie heeft gehad

van een vriendin, die ook in de verpleging werkt. Een andere behoefte is het vragen van hulp van buitenaf. Het inschakelen van burens wordt benoemt, maar ook hulp van BZN.

De onderzoeker stelde tijdens het interview ook direct de vraag over welke behoeftes de mantelzorger heeft. Zij geeft aan dat ze geen behoeftes heeft betreffende de gehele situatie.

Het perspectief van de evv'er

De evv'er benoemt vooral punten bij mentale belasting. Zo noemt zij als eerste het claimgedrag van mevrouw Janssen jegens haar dochter. Ook beschrijft de evv'er dat er discussies tussen moeder en dochter zijn. Zij benoemt dat de echtgenoot een andere mening over mevrouw Janssen had, wat bij draagt aan de mentale belasting aldus de evv'er. Bij fysieke belasting weet de evv'er enkel boodschappen doen te benoemen. Dit noemt zij echter wel twee keer in het interview.

De evv'er van mevrouw Janssen noemt weinig behoeftes die de mantelzorger zou kunnen hebben. Zo noemt zij dat zij getracht heeft handelingen over te nemen van haar, zoals boodschappen, maar dat wees de mantelzorger van de hand. Ook vroeg de mantelzorger niet naar de mogelijkheden. Deze punten hebben de evv'er ertoe gebracht te concluderen dat de mantelzorger geen behoeftes heeft.

Een quote uit het interview dat dit goed illustreert is het volgende: *“Ik heb wel aangegeven dat er ook andere mogelijkheden zijn. Om dingen voor haar over te nemen. Maar volgens mij had zij daar geen behoefte aan.”* De evv'er gaf in het interview wel aan dat zij een keer feedback heeft gegeven aan de mantelzorger over de benaderingswijze die zij hanteerde. Hierin wordt afgeleid dat de mantelzorger behoefte heeft aan voorlichting.

Het perspectief van de casemanager dementie

Bij mentale belasting benoemt de casemanager dementie moeizame communicatie moeder-dochter. Ook is het controlemoment bellen een belangrijke mentale belasting. Zij zegt hierover het volgende: *“Ik kan me voorstellen om drie keer per dag te bellen dat je dat niet heel prettig vindt. Hè, want je bent altijd tijdsgebonden. Of je nou thuis bent, of op vakantie, je bent altijd maar bezig met bellen.”*

Volgens de casemanager dementie ben je constant tijdsgebonden. Dit brengt een grote mentale belasting met zich mee. Ze is ook in de veronderstelling dat de mantelzorger overbelast is geraakt door te weinig kennis van het ziektebeeld alzheimer. Er worden geen enkele punten benoemt die onder fysieke belasting horen.

De mentale- en fysieke behoeftes vallen te categoriseren onder subcategorieën. Deze subcategorieën zijn; communiceren over de situatie, voorlichting geven en betere invulling voor taken bieden.

Bij communiceren over de situatie doelt de casemanager op dat de mantelzorger behoefte heeft om te praten over de situatie. De casemanager zou willen weten hoe zij tegen de situatie aankijkt.

Bij voorlichting geven benoemt de casemanager de behoefte aan tips en tricks. Hierdoor wordt wellicht een betere invulling van het takenpakket als mantelzorger aangeboden. Het is niet nodig om overbelast te raken. De volgende quote illustreert wat de visie van de casemanager is met betrekking tot een betere invulling van mantelzorgtaken van Annie;

Maar dat die dochter gewoon vaste afspraken maakt in de kalender van haar moeder. Maandag om 13:00 kom ik, dan gaan we samen boodschappen doen. En ik kom donderdagmiddag, dan gaan we samen koken. Dan heb je al twee momenten in de week gevuld. Wat in mijn optiek niet heel belastend is.

Het perspectief van de medewerker van de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam

De medewerker van de VraagWijzer van gemeente Rotterdam geeft aan dat overbelaste mantelzorger vaak kampen met psychische en lichamelijke klachten.

Hij benoemt verschillende soorten behoeftes; praktische taken overnemen en voorlichting geven.

Bij de subcategorie praktische taken overnemen benoemt de medewerker verschillende interventies. Zo noemt hij: zorg in natura, respijt zorg, huishoudelijk hulp, boodschappendienst en financiële administratie.

Ook noemt de medewerker voorlichting als behoefte. Soms geeft het al een verlichting door te praten met onder andere een ouderenadviseur.

5.2 Factoren die bijdragen tot onveilige situatie en de relatie met de overbelaste mantelzorger

Het perspectief van de mantelzorger

Bij de oorzaken van onveilig thuis wonen vallen de labels onder te verdelen in subcategorieën namelijk; externe factoren en interne factoren die ertoe bijdragen dat mevrouw Janssen wel of niet veilig thuis woont.

Bij externe factoren noemt zij dat mevrouw Janssen bijna geen sociaal netwerk heeft. Ook loopt zij regelmatig naar buiten zonder huissleutel en laat zij vreemde mensen binnen. Ook heeft zij valgevaar door telefoneren en door rollatorgebruik. Valgevaar wordt in totaal tien keer benoemd in het interview.

Bij interne factoren noemt de mantelzorger allerlei punten die gerelateerd zijn aan Alzheimer. Zo is de ziekte progressief, onzeker en zorgt de Alzheimer ervoor dat zij instructies vergeet. Daarnaast ziet mevrouw slecht en wordt zij steeds afhankelijker. Dit alles draagt bij aan het onveilig thuis wonen van mevrouw Janssen aldus de mantelzorger.

De beleving van de mantelzorger betreffende het veilig thuis wonen van mevrouw Janssen wisselt gedurende het interview. Zo noemt zij dat de situatie akelig, zorgelijk en onveilig is. Echter resumeert zij op het einde van het interview, op de vraag wat het beste zou zijn voor haar moeder:

Maar op het moment zou ik gewoon zeggen zoals het was. He met jullie hulp en met mijn hulp. Beetje naar die dagbesteding. Niet al teveel wegloperijen. Mijn moeder woont daar harstikke naar haar zin. En ze woont daar natuurlijk al 38 jaar.

De mantelzorger kon de relatie tussen het onveilig thuis wonen en de overbelasting niet benoemen.

Het perspectief van de evv'er

Bij de oorzaken van onveilig thuis wonen noemt de verpleegkundige meerdere malen het naar buiten lopen zonder sleutels, mensen binnen laten en het gas en koffiezetapparaat aan laten staan. Mevrouw Janssen is volgens de evv'er soms eigenwijs, waardoor zij haar rollator niet optimaal gebruikt.

Bij de beleving van veilig thuis wonen noemt zij dat mevrouw Janssen geen gevaar voor zichzelf is. *“ik vond haar nog niet echt een gevaar voor zichzelf.”* Ze vindt dat mevrouw Janssen op de grens van wel of niet thuis wonen zit. *“Ik vond dat zij net op die grens zat van Wel thuis blijven wonen of of naar een verpleeghuis”.*

Als laatste benoemt ze dat het dwaalgedrag het gevaarlijkste gedrag is.

Aan de evv'er werd ook gevraagd welke relatie er is tussen het veilig thuis wonen en de overbelaste mantelzorger. Zij gaf hierop antwoord door te vertellen welke relatie de moeder en dochter hebben.

Zij benoemt niet welke relatie er zou zijn tussen het veilig thuis wonen en de overbelaste mantelzorger.

Het perspectief van de casemanager dementie

De beleving van de casemanager over de situatie is zorgelijk. Volgens haar heeft BZN te lang gewacht met het aanvragen voor een Wet Langdurige Zorg (WLZ) indicatie voor verpleeghuiszorg. Zij benoemt dat opname de enige manier is om de veiligheid van mevrouw Janssen te waarborgen. Haar visie op veilig wonen houdt in dat een cliënt geen gevaar voor zichzelf of anderen is. De casemanager vindt het volgende van de situatie van mevrouw Janssen: *“Omdat ik van mening ben dat zij echt een gevaar voor zichzelf en haar omgeving zal zijn. Zolang zij thuis zou blijven wonen.”*

De oorzaken van onveilig thuis wonen zijn onder andere; Mevrouw Janssen is zich niet bewust is van het gevaar van het gas aan laten, of het koffiezetapparaat de gehele nacht aan laten staan. Ook loopt zij naar buiten in haar nachtopon terwijl het buiten vriest. Daarnaast barricadeert zij deuren en heeft zij risico op vallen.

De casemanager beschrijft in de volgende quote dat de mantelzorger signalen mist door overbelasting: *“Overbelasting.. Gevoelsmatig, dat moeder altijd maar een beroep doet op die dochter en dat die dochter dat allemaal maar wegwuift en daardoor misschien niet de signalen oppikt. Van wat is nu noodzakelijk om aan te pakken en wat niet.”* De casemanager beschrijft hier het causale verband tussen overbelaste mantelzorger, die sommige signalen mist, waardoor mevrouw onveilig thuis woont.

Het perspectief van de medewerker van de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam

De medewerker van de VraagWijzer is niet direct betrokken bij de casuïstiek, waardoor hij geen uitspraak heeft gedaan over deze relatie.

5.3 De soorten steun van verschillende zorgverleners

Het perspectief van de mantelzorger

De mantelzorger noemt de volgende voorbeelden van interventies die BZN heeft geboden: Hulp bieden bij ondersteuning veilig thuis wonen, meerdere controlemomenten op een dag. Het avondcontrolemoment wordt twee keer genoemd in het interview. Naast de steun die de thuiszorg biedt, noemt de mantelzorger de huisarts als mogelijke steun vanuit de professionele hulpverlening. De huisarts heeft aangeboden om mevrouw Janssen uit huis te laten plaatsen.

Vanuit het informele netwerk heeft zij steun ontvangen van een vriendin die in de verpleging werkt. Zij gaf bijvoorbeeld advies over omgaan met alzheimer. De mantelzorger heeft zelf ook de burens benaderd om een oogje in het zeil te houden als zij naar de camping is.

De mantelzorger benoemt verder geen andere vormen van hulp. De mantelzorger beantwoordt de vraag van de onderzoeker over behoefte aan voorlichting als volgt: *“Nee, nee ik ben niet zo. Nee ik zoek het liever allemaal zelf uit.”* Deze uitspraak komt meerdere malen terug gedurende het interview.

Het perspectief van de evv'er

De thuiszorg doet vooral praktische aanbevelingen richting de familie. Daarnaast regelt de thuiszorg een afspraak voor het inzetten van een vrijwilliger. BZN team belt ook naar mevrouw Janssen om haar eraan te herinneren dat de thuiszorg eraan komt en dus dat zij nog niet in bed gaat liggen. Bij deelvraag één wordt ook door de evv'er vermeld dat BZN praktische taken kan over laten nemen door vrijwilligers. Hiermee wordt bedoeld op bijvoorbeeld een boodschappenhulp.

Bij de subcategorie gemeente doelt de evv'er dat de gemeente eventuele woningaanpassingen vergoed worden via het WMO.

De steun die het informele netwerk kan bieden zijn bijvoorbeeld het implementeren van oplossingen voor praktische zaken. Familie is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het regelen van een nieuwe apparatuur, zoals een koffiezetapparaat dat na een bepaalde tijd vanzelf uitschakelt.

Het perspectief van de casemanager dementie

De steun die BZN biedt is onder andere toezicht. Doordat er meerdere malen per dag een medewerker van Buurtzorg langskomt om zorg te bieden, heeft zij drie controlemomenten op een dag. Tevens heeft BZN geattendeerd op het inzetten van de persoonsalarmering Wuzzy. Mantelzorgtaken praktischer inrichten valt onder deze subcategorie. Ze noemt ook dat het belangrijk is om, in een vroeg stadium, casemanager dementie in te zetten. Zie de volgende quote:

Nouja ik denk dat het van belang is dat bij elke cliënt, waarbij we het vermoeden hebben van dementie, al dan niet gediagnosticeerd. Of “een niet pluis gevoel”. Dan is het echt van belang dat daar een casemanager dementie in komt. Om die mensen en mantelzorgers vanaf dag één te kunnen begeleiden en ook hun de mogelijkheden aan te kunnen bieden.

Op de mentale behoeftes die bij deelvraag één zijn weergegeven kan op worden ingespeeld aldus de casemanager. Bij communiceren over de situatie benoemt de casemanager meerdere malen dat het gesprek aan moet worden gegaan met zowel mantelzorger als mevrouw Janssen. Op deze manier hoopt de casemanager wat meer inzicht te krijgen in de ervaring van de dochter.

Bij voorlichting geven benoemt de casemanager dat er allerlei tips en tricks kan worden gegeven over omgang met dementie. Daarnaast wilt zij door voorlichting te geven, de communicatie tussen mantelzorger en mevrouw Janssen verbeteren.

Bij betere invulling voor taken bieden doelt de casemanager op het belgedrag van de mantelzorger. Volgens de casemanager is dit erg belastend. Ook is zij van mening dat dit niet nodig is. Door de mantelzorger te begeleiden kan een betere invulling van haar takenpakket worden gegeven, zodat zij hopelijk minder snel overbelast raakt. BZN zou ook praktische taken kunnen overnemen. De casemanager noemt hier het voorbeeld het overnemen van de medicatie weekdoos vullen.

Het perspectief van de medewerker van de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam

De medewerker van de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam noemt enkele interventies die de gemeente inzet. De medewerker noemt het begrip “domotica”. Hij zei hier het volgende over:

Ja, de gemeente Rotterdam zet dan WMO-adviseurs in. Zij weten de wegen in de wijk te vinden. Zo weten zij bijvoorbeeld domotica oplossingen aan te bieden. Denk hierbij aan camera's bij de deur. Maar ook een matje dat merkt wanneer iemand uit bed stapt.

De medewerker noemt bij een informeel netwerk het inschakelen van burens. Daarnaast vertelt hij dat de WMO adviseurs kijken hoe zij zo effectief mogelijk gebruik kunnen maken van de buurt. Ook vindt hij dat het de taak van het informele netwerk is om bijvoorbeeld een nieuw koffiezetapparaat aan te schaffen, die zichzelf automatisch uitschakelt na een bepaalde tijd.

Ook vertelt hij dat ouderenadviseurs, die worden ingezet bij tekenen van overbelasting van een mantelzorger, tips kunnen geven met betrekking tot het invullen van mantelzorgtaken. Zie hiervoor de volgende quote hieronder:

Ja, soms kan een gesprek met een ouderenadviseur in een wijk al veel verlichting geven. Die zegt dan; als u het nou eens zo doet, of iets anders. Die ouderenadviseur heeft natuurlijk heel veel ervaring met ouderen en mantelzorgers. En die kan misschien wel helpen om het dragelijker te maken.

Zoals in de quote te lezen is benoemt een ouderenadviseur tips om mantelzorgtaken anders in te richten. Hierdoor kan al verlichting worden geboden bij overbelasting.

Als laatste noemt de medewerker van de VraagWijzer dat de gemeente Rotterdam mantelzorgers oog heeft voor de mantelzorgers. De mantelzorgers kunnen in een register komen te staan waarbij zij jaarlijks worden uitgenodigd voor de dag van de mantelzorg. Hij benoemt ook dat het in belang is van de gemeente, om mantelzorgen te stimuleren, zodat de kosten voor de WMO zo laag mogelijk worden gehouden.

5.4 Samenvatting resultaten

Deelvraag 1

Bij het invullen van de mantelscan heeft mevrouw bij de “self rated burden scale” een belasting van 50 aangegeven. De stellingen van “de ervaren druk door informele zorg” en het interview wijzen echter uit dat mevrouw toch meer overbelast is dan dat zij van mening is. De overbelasting heeft onder andere het nare gevolg dat zij een slechte slaper is geworden door de gehele situatie.

De mantelzorger noemt enkele voorbeelden van handelingen die fysieke belasting geven. Zij ervaart dit echter niet als overbelasting, zo noemt zij in de mantelscan ook dat het vooral mentaal zwaar is. Het is opvallend dat zowel de evv’er als de medewerker van de VraagWijzer praktische handelingen willen overnemen van de mantelzorger. Het voorbeeld over een boodschappen hulp wordt door beide respondenten benoemt. De mantelzorger geeft aan dat zij dit niet ervaart als een overbelasting en dat zorgt ervoor dat de evv’er concludeert dat de mantelzorger geen behoefte heeft aan bijvoorbeeld een boodschappenhulp.

De casemanager dementie en de mantelzorger praten beiden veel over het belgedrag. Zowel de casemanager, als de mantelzorger, benoemen dat het bellen erg belastend is. De evv’er benoemt niet dat het belgedrag belastend is, maar ze vertelt wel dat het claimedrag van mevrouw Janssen als een mentale belasting kan worden ervaren.

Iedere respondent is het eens met de behoefte aan voorlichting. De voorlichting die de evv’er benoemt is feedback geven op benaderingswijzen. De casemanager wilt vooral door voorlichting een betere invulling van mantelzorgertaken creëren. De medewerker van de VraagWijzer benoemt dat door een voorlichtingsgesprek met een ouderenadviseur verlichting kan worden geboden bij overbelasting.

De casemanager is de enige respondent die voorstelt om regelmatig in gesprek te gaan met zowel mevrouw Janssen als de mantelzorger. Volgens de casemanager heeft zij hier behoefte aan, zodat onder andere besproken kan worden hoe zij de situatie met haar moeder ervaart.

Deelvraag 2

De belangrijkste factor die de mantelzorger noemt als oorzaak voor het onveilig thuis wonen van mevrouw Janssen is de ziekte alzheimer. Mevrouw Janssen wandelt hierdoor naar buiten zonder haar sleutels, ondanks de duidelijke instructie dat zij dat niet mag. De evv’er benoemt dat zij mevrouw Janssen kent als een eigenwijze cliënt. Dit eigenwijze gedrag uit zich bijvoorbeeld door het niet gebruiken van de rollator.

Alle respondenten, behalve de medewerker van de VraagWijzer, spreken zich uit over dat mevrouw Janssen dementiële symptomen heeft die leiden tot gevaarlijke situaties. De casemanager en evv’er zijn het eens over welke dementieel symptoom het gevaarlijkste is, namelijk; het wandelen naar

buiten, zonder sleutels, en vaak verkeerd gekleed voor de buitentemperatuur. De mantelzorger vindt echter het vallen veruit het gevaarlijkste gedrag.

Zowel de mantelzorger als de evv'er vinden dat mevrouw Janssen geen gevaar voor zichzelf is ondanks de dementiële symptomen die leiden tot gevaarlijke situaties. De mantelzorger vindt ook dat ze nog thuis kan blijven wonen met hulp van BZN. De casemanager vindt mevrouw Janssen een gevaar voor zichzelf en anderen. Ook is zij ervan overtuigd dat mevrouw niet meer alleen thuis kan wonen. De evv'er vindt dat mevrouw zich op de grens bevindt van wel of thuis opgenomen worden in een verpleeghuis.

De casemanager dementie is de enige respondent die de relatie tussen de overbelaste mantelzorger en het veilig thuis wonen van mevrouw Janssen benoemt. Doordat mevrouw Janssen constant beroep doet op haar dochter, mist zij belangrijke signalen waardoor deze niet opgepakt worden door haar. Dit zorgt ervoor dat mevrouw Janssen onveilig thuis blijft wonen.

Deelvraag 3

De mantelzorger, evv'er en casemanager zijn van mening dat BZN enigszins toezicht kan houden in de situatie van mevrouw Janssen. De medewerker van de VraagWijzer is niet volledig ingelicht over de casuïstiek, dus hij heeft zich hier niet over uit gelaten.

Uit de gegevens blijkt dat respondenten vinden dat de professionele hulpverlening praktische taken kan overnemen van de mantelzorger. De mantelzorger is de enige respondent die hier niets over zegt, zij zegt dat ze het liefst zelf alles wilt uitzoeken.

De medewerker van de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam is de enige respondent die het over domotica oplossingen heeft. Daarnaast is de medewerker ook de enige die nadrukkelijk de buurt als onderdeel van het informele netwerk noemt. Van de gemeente Rotterdam wordt verwacht dat zij WMO- en ouderenadviseurs inzetten.

De casemanager dementie is de enige respondent die het heeft over eventuele begeleiding om de mantelzorgtaken beter in te kunnen vullen. Daarnaast is zij de enige die benoemt dat de casemanager dementie zo vroeg mogelijk ingezet moet worden.

5.5 Implicaties voor literatuuronderzoek

Wat is er nu wel bekend, en wat nog niet?

Bij deelvraag één van het praktijkonderzoek wordt de vraag beantwoord wat de belasting is op de mantelzorger vanuit verschillende perspectieven. Daarnaast worden haar behoeftes benoemd door de verschillende respondenten. Er is nu echter nog niet bekend op welke wijze deze overbelaste mantelzorger ontlast en begeleid kunnen worden. Bij deelvraag één van de literatuur ligt de focus op het vinden van wetenschappelijk bewezen interventies die ontworpen zijn om overbelaste mantelzorgers te ontlasten en begeleiden.

Bij de resultaten van praktijkdeelvraag twee worden factoren benoemd die bijdragen aan het onveilig alleen thuis wonen van de oudere zorgvrager met alzheimer. De relatie tussen deze factoren en de overbelasting van de mantelzorger wordt beschreven door de casemanager. Door overbelasting mist de mantelzorger signalen wat veilig thuis wonen van een dementerende oudere niet bevordert. In de literatuur kan er op zoek worden gegaan naar wetenschappelijk bewezen interventies die veilig thuis wonen van een oudere zorgvrager met alzheimer kunnen bevorderen.

Praktijkdeelvraag drie beantwoordt de vraag over welke steun zorgverleners kunnen bieden. Deze deelvraag kan eenmaal beantwoord worden vanuit de interviews en hoeft dus niet met literatuur ondersteund te worden.

Op welke manier beïnvloedt het praktijkonderzoek het literatuuronderzoek?

De resultaten van het praktijkonderzoek leiden ertoe dat er gericht gezocht kan worden naar interventies. Er wordt bijvoorbeeld door de casemanager dementie benoemd dat casemanagers zo vroeg mogelijk ingezet moeten worden, in de literatuur kan vervolgens opgezocht worden wat de meerwaarde van een casemanager dementie is.

Is de vraagstelling gewijzigd, waardoor er nu gezocht gaat worden op andere vragen dan oorspronkelijk gedacht?

De enige wijziging in vraagstelling is dat er een doelgroep is toegevoegd aan alle deelvragen. Deze analyse complexe zorgsituatie gaat over een oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer. Door de zoekvragen specifiek te maken zullen de resultaten beter aansluiten op deze casuïstiek.

6. Literatuurstudie

6.1 Deelvragen

De student onderzoeker heeft in de literatuur naar de volgende literatuurvragen gezocht;

1. Welke wetenschappelijk bewezen interventies bestaan er om overbelaste mantelzorgers, van oudere zorgvragers die lijden aan alzheimer, te ontlasten en te begeleiden?
2. Welke wetenschappelijk bewezen interventies bestaan er om een oudere zorgvragers, die lijden aan alzheimer, veilig thuis te laten wonen?
3. Welke best practice technologische oplossingen bestaan er voor oudere zorgvragers, die lijden aan alzheimer, om langer veilig thuis te laten wonen?

6.2 Databases

Bij het zoeken naar literatuur zijn de volgende databases gebruikt;

1. EBSCOhost: Hieronder vallen Nursing allied health collection, CINAHL Complete en Medline Complete. EBSCOhost onderscheidt zich door meerdere databases te combineren waardoor er efficiënter kan worden gezocht.
2. Cochrane Library: Bestaat uit een verzameling van databases en is de meest uitgebreide bron van hoogwaardige en onafhankelijke informatie over het effect van gezondheidszorg-interventies en de waarde van diagnostische tests.
3. PubMed: Bestaat uit vooral samenvattingen en full text van artikelen uit meer dan 5000 medische, paramedische en biomedische tijdschriften en daaraan verwante vakgebieden uit de database Medline. PubMed bevat vooral medisch gerichte artikelen, echter kunnen deze artikelen wel helpen goede “keywords” te vinden.
4. NIVEL: In deze database staan Nederlandstalige onderzoeken. Deze database is bruikbaar voor situaties die veel in Nederland plaatsvinden. Aangezien de situatie van mevrouw Janssen in Nederland plaatsvindt, zal er in deze database wellicht informatie te vinden zijn.
5. Loket gezond leven: Deze, door het RIVM, opgezette database bevat evidence based interventies. Twee van de drie literatuurvragen gaat over evidence based interventies vinden, daarom zal deze database goed bij dit onderzoek passen.

6.3 Zoekstrategie/zoekresultaten

Er is in het zoekstrategieformulier van de Hogeschool Rotterdam gebruik gemaakt van zoekwoorden (zie bijlage zes). Deze zoekwoorden zijn afkomstig van de letterlijke vertaling van de Nederlandse woorden vanuit de vraagstelling. Daarnaast komen de zoekwoorden voort uit literatuur die gebruikt is voor het onderzoeksplan. De belangrijkste zoekwoorden zijn; caregivers, alzheimer's disease en burden. Hieronder volgt het overzicht met daarin alle zoekwoorden vermeld:

Tabel 1: zoekwoorden

Zoekwoorden	Taal 1 (Nederlands) Vrije tekstwoorden (synoniemen)	Taal 2 (Engels) Vrije tekstwoorden (synoniemen)
Deelonderwerp 1:	Overbelast, mantelzorger, interventies, begeleiden, alleen wonende alzheimer cliënten, alzheimer, zwaar overbelast,	Family caregiver, caregiver, burden, overload, strain, nursing, Alzheimer, Alzheimer's disease, dementia, living alone, guide, interventions
Deelonderwerp 2:	Interventies, veilig thuis, thuis wonen, alzheimer, alleen wonende alzheimer cliënt, alleen	Interventions, Alzheimer, Alzheimer's disease, living alone, safely, safe, dementia, danger, dangerous,
Deelonderwerp 3:	Best practice, technologie, veilig thuis wonen, alzheimer	Best practice interventions, technology, Alzheimer, safe, home, assistive technology

De gehanteerde inclusie- en exclusiecriteria die de student onderzoeker heeft aangehouden zijn als volgt:

Tabel 2: inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Datum van publicatie; Niet ouder dan vijf jaar	Ziekenhuissetting en/of verzorgingshuis
Nederlandse of Engelse literatuur	Volledige tekst niet beschikbaar in de mediatheek database
Artikelen gebaseerd op de thuissituatie	

Er is gekozen om een andere setting dan thuissituatie, zoals ziekenhuis of verpleeghuis, te excluseren. Deze casuïstiek draait om het veilig thuis wonen van de cliënt met alzheimer. De wetenschappelijk bewezen interventies die bijvoorbeeld werken in een verpleeghuis zijn mogelijk niet te generaliseren naar de thuissituatie.

Daarnaast staat bij de inclusiecriteria vermeld dat er niet gezocht wordt naar een bron van vijf jaar of ouder. Dit is echter niet van toepassing op de artikelen die aangehaald worden in het literatuuronderzoek die gevonden zijn door de zogenoemde “sneeuwbalmethode”. De reden hierachter is dat de onderzoeker van dit artikel zijn gegevens baseert op minder recente artikelen, maar dit betekent niet dat zij niet van toegevoegde waarde kunnen zijn voor dit betreffende onderzoek.

De student heeft de parameters bekeken als er meer dan vijftig hits uit komen. Deze werden vervolgens dan aangepast. Onder de dertig hits bekijkt de student de abstract van elk artikel. Onder de twintig hits wordt elke hit bekeken en geëvalueerd of deze van toepassing is.

Hieronder volgt het overzichtstabel van de acht Engelstalige wetenschappelijke artikelen die zijn gecontroleerd op methodologische kwaliteit. Voor het beoordelen van de methodologische kwaliteit zijn drie verschillende beoordelingsformulieren gebruikt. Zo is er gebruik gemaakt van de McMaster beoordelingsformulieren (zie bijlage vijf), zowel de kwantitatieve (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch, & Westmorland, 2007) als kwalitatieve (Letts, Wilkens, Law, Stewart, Bosch, & Westmorland, 2007) vorm. Voor de systematic reviews is AMSTAR gebruikt om deze te beoordelen.

Tabel 3: Overzichtstabel

Auteur en jaartal	Design	Setting	(co-) Interventie	Resultaten	Kwaliteit/ toepasbaarheid
Kajiyama, B., Thompson, L.W., Eto-Iwase, T., Yamashita, M., Di Mario, J., Tzuang, Y.M., & Gallagher-Thompson, D. (2013)	RCT onderzoek	Internet based interventie wordt thuis uitgevoerd.	iCare Stress Management e-Training	Bij de controle groep werd na de EOC interventie geen afname in mantelzorg stress gezien. Bij de experimentele groep die het iCare programma gebruikt werd wel een significante afname gezien.	Tien van de achttien punten. Beoordeeld met kwantitatieve form McMaster
Horvath, K.J., Trudeau, S.A., Rudolph, J.L., Trudeau, P.A., Duffy, M.E., & Berlowitz, D. (2013)	RCT onderzoek	Thuisituatie waarbij enquêtes zijn afgenomen (n=127). Een experiment groep (n=70), controlegroep (n=57)	Home Safety Toolkit (HST)	De HST is een praktische interventie die mantelzorger' self efficiacy bevorderen. Ook ervaren zij minder stress. En wordt de veiligheid van de thuisituatie vergroot. Door de beperkte sample size zijn deze gegeven echter niet te generaliseren. Er zal meer en een groter onderzoek gedaan moeten worden om dit goed te bevestigen.	Dertien van de achttien. Beoordeeld met kwantitatieve form McMaster
Lindqvist, E., Nygard, L., & Borell, L. (2013)	Grounded theory	Een longitudinal design werd er aan het begin geobserveerd hoe de participanten waren (n=10). (n=5) kregen AT, de andere (n=5) niet. En na 6 maanden werden zij door semi- gestructureerde interviews getest.	Assistive technologies	De conclusie is dat er in dit onderzoek is gebleken welke belangrijke beslissingen hebben geleid tot of zij gebruikers van AT werden. Er wordt in de discussie duidelijk vertelt dat deze onderzoeksresultaten niet te generaliseren zijn. Omdat de groep van tien participanten daarvoor te klein is. Ze noemen wel dat dit bij heeft gedragen tot de beeldvorming van dit onderwerp.	Elf van de twintig. Beoordeeld met kwalitatieve form McMaster

Struckmeyer, L.R. & Pickens, N.D., (2016)	Systematic scoping review	17 peer-reviewd artikelen zijn geïncludeerd. Vanaf 1994 tot 2014.		Drie bevindingen vanuit de literatuur: De rol van de mantelzorger en mantelzorgtraining, cliënt moet centraal staan, fysieke woningaanpassingen en cognitieve/sociale aanpassingen.	Beoordeeld met AMSTAR (3x Ja, 8x Nee)
Gallagher-Thompson, et al. (2012)	Review	Artikelen van januari 1986 tot december 2011. Alleen Engelstalige artikelen.		De verschillende interventies zijn; Psychoeducational programma's, specialized skill training, telefonische behandeling, assistive technologies	Beoordeeld met AMSTAR (4x Ja, 5x Nee, 1x kan niet beantwoorden, 1x niet van toepassing)
Topo, P. (2009)	Literature review	46 studie geïncludeerd. Artikelen van januari 1992 tot februari 2007.		Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar technologie en dementie als het vergeleken wordt met bijvoorbeeld medicamenteuze behandelingen. De drie conclusies die kunnen worden getrokken uit deze review zijn; Er zijn nationale en internationale multidisciplinaire onderzoekprogramma's nodig om de wetenschap over de mogelijkheden en beperkingen van technologie te onderzoeken. Er zijn technologieën die al worden gebruikt, er moet echter gekeken worden naar of deze precies aansluiten op de behoeftes. En als derde kan er geen conclusie worden getrokken met betrekking tot kosteneffectiviteit.	Beoordeeld met AMSTAR (5x Ja, 6x Nee)
Riikonen, Paavilainen, & Salo (2013)	Etnografisch onderzoek	25 dementerende ouderen werden d.m.v. o.a. open interviews, onderzocht welke factoren technologische oplossingen bevorderen.	Technologische oplossingen die dementerende ouderen kunnen begeleiden tijdens het dagelijkse leven.	de belangrijkste factor tot het implementeren van deze technologieën in het dagelijkse leven van dementerende ouderen; een goed georganiseerd sociaal netwerk. Daarnaast is het stadium van de alzheimer erg belangrijk, verschillende stadia hebben verschillende invloeden op het implementeren van deze technologieën. De derde belangrijke factor is de persoonlijkheid. Zowel van de dementerende	Dertien van de twintig. Beoordeeld met kwalitatieve form McMaster

				oudere als het sociale netwerk eromheen. Als de attitude en motivatie er niet is, zal dit impact hierop hebben. Begeleiding is het vierde element dat veel invloed heeft op het implementeren.	
Mao, Chang, Yao, Chen, & Huang (2015)	Dwarsdoorsne de onderzoek	Setting nauwelijks beschreven. Vragenlijst is ingevuld door 76 mantelzorgers. En 21 experts hebben de vragenlijst ingevuld via de email.	Vragenlijst ingevuld door 76 mantelzorgers, zowel informeel als formelen. 21 experts hebben de vragenlijst ingevuld via de email. Daarnaast zijn nog 3 informele mantelzorgers, 3 formele mantelzorgers en 2 dementerenden ouderen geïnterviewd.	De mantelzorgers geven aan dat zij de AT apparaten bruikbaar vinden dat de professionele hulpverleners. (SD=1.21 versus SD=1.10)Op basis van de resultaten van de bruikbaarheid zijn er twee tabellen opgesteld; één tabel met hoge bruikbare beleving, en één tabel met laag bruikbare beleving.	Zeven van de achttien. Beoordeeld met kwantitatieve form McMaster.

6.4 Beantwoording deelvragen

6.4.1 Interventies die overbelaste mantelzorgers ontlasten en begeleiden

In de literatuur is er gezocht naar interventies die de mantelzorger zowel kan ontlasten als begeleiden. Het onderzoek van Gallagher-Thompson et al. (2012) benoemt enkele soorten interventies. Deze zijn gecategoriseerd. Per categorie heeft de student onderzoeker aanvullende literatuur bijgevoegd.

De eerste vorm van mantelzorgerondersteuning heet “psychoeducational programs” ook wel psychoeducatieve programma’s genoemd. Meerdere studies hebben aangetoond dat dit soort ondersteuningsprogramma’s ervoor kunnen zorgen dat mantelzorgers zich beter voelen. Zo hebben zij last van minder depressieve symptomen en vermelden zij dat ze minder last hebben van stress door het mantelzorgen (Gallagher-Thompson & Coon, 2007) (Olazaran et al., 2010) Een voorbeeld van mantelzorgerondersteuning programma is gevonden in het loket gezond leven database (Loket gezond leven, 2017). Het heet “ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers”. Het doel van de interventie luidt:

Het doel is om met een klein vast team van begeleiders (professionals en vrijwilligers) tijdig ondersteuning bieden aan mensen met dementie en hun mantelzorgers op een laagdrempelige, sociaal geïntegreerde plek in de wijk. Dit voorkomt dat de mantelzorger overbelast raakt én zorgt ervoor dat de persoon met dementie langer thuis kan blijven wonen.

Een voorbeeld van zo’n ontmoetingscentrum is te vinden in het VU Medisch Centrum (VUMC). Het ondersteuningsprogramma is gebaseerd op het adaptatie-coping model (Dröes, 1991; Droës & Breebaart, 1994) waarin de coping theorie van Lazarus en Folkman (1984) is gecombineerd (Finnema, Droës, Ribbe, & Tilburg, 2000; Samson, Siam, & Lavigne, 2007).

Nog een voorbeeld van een dergelijke interventie is het iCare Stress management e-Training programma. In dit internet gebaseerde trainingsprogramma krijgen mantelzorger verschillende vaardigheden aangeleerd, zoals relaxatie oefeningen en communicatietraining om te leren om hulp te vragen aan andere familieleden. In het onderzoek van wordt deze internet gebaseerde training onderzocht. In dit onderzoek werd er gekeken of dit programma de stress, depressie en slechte kwaliteit van leven van de mantelzorger beïnvloedt (Kajiyama, Thompson, Eto-Iwase, Yamashita, Di Mario, Tzuang, & Gallagher-Thompson, 2013). De resultaten zijn veelbelovend, bij de groep waarbij deze interventie was getest hadden de respondenten minder last van stress. Echter baart de hoge mate van uitval zorgen.

De volgende soort interventie heet “specialized skill training”. Meerdere gespecialiseerde skill training programma’s zijn bestudeerd in gerandomiseerde trials in Amerika. Er bestaat een gevalideerd programma waarbij de mantelzorger geleerd wordt hoe de thuisomgeving van de dementerende oudere moet worden aangepast. Ook wordt daarbij geleerd hoe de cliënt met dementie door

ergotherapeutische oefeningen een positief gevoel kan krijgen door deze activiteiten (Gitlin, Hauck, Dennis, & Winter, 2005) (Gitlin, Winter, Burke, Chernet, Dennis, & Hauck, 2008)(Gitlin, Winter, Corcoran, Dennis, Schinfeld, & Hauck, 2003)

Bij de interventie specialized skill training wordt aandacht besteed aan het inzetten van ergotherapeutische interventies. In het zoeken naar verdere literatuur kwam de onderzoeker op het artikel Wenborn et al. (2016) waarin verwezen wordt naar een randomised controlled trial. In dit onderzoek van Graff, Vernooij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels, & Olde Rikkert (2006), dat is uitgevoerd in Nederland, is de interventie als volgt: Een getrainde ergotherapeut doet 10 keer een eenurige sessie over vijf weken verspreid. De focus lag hierbij op zowel de patient als de mantelzorger. In de eerste vier sessies kozen de patient en de mantelzorger activiteiten uit die zij belangrijk vonden om te verbeteren. Vervolgens gebruikt de ergotherapeut drie narratieve interview methodieken; the occupational performance history interview, the ethnographic interview en the Canadian occupational performance measure. De eerste vorm van interviewen focust op de patient, de tweede op de mantelzorger en de derde geldt voor zowel de patient als mantelzorger. Aansluitend evalueert de ergotherapeut de mogelijkheden om woning- en omgevingsaanpassingen door te voeren. “Compenserende” strategie werd toegepast om activiteiten van het dagelijks leven aan te passen, en de “omgeving” strategie zorgt ervoor dat de omgeving wordt aangepast aan de cognitieve achteruitgang. In de resterende zes sessies werden de patienten getraind in het toepassen van deze twee strategieën. De mantelzorgers werden geobserveerd om te kijken hoe goed zij supervisie kunnen houden over hun naaste. De conclusie van dit onderzoek was dat de dementerende oudere beter het dagelijkse leven kon oppikken en de belasting op de mantelzorger minder werd, dit was bereikt ondanks de beperkte leercapaciteit de dementerende oudere. De effecten van het inzetten van de interventie was nog steeds aanwezig na twaalf weken.

Casemanagement bij dementie maakt tegenwoordig een belangrijk deel uit van de dementiezorg in Nederland. De volgende quote illustreert welke definitie voor casemanager dementie gehanteerd wordt (Zuizewind, Veer, Triemstra, Peeters, Hoek, & Plass, 2014):

Het systematisch aanbieden van gecoördineerde behandeling, zorg en ondersteuning door een vaste professional, die deel uitmaakt van een lokaal samenwerkingsverband gericht op thuiswonende mensen met dementie en hun naasten, gedurende het hele traject van ‘niet pluis’ of de diagnose tot aan opname (in een woonvorm voor mensen met dementie) of overlijden.
(p. 14)

De interventies die de casemanager dementie volgens (Peeters, Lange, Asch, Spreeuwenberg, Verbeek, Pot, & Francke, 2012) uitvoert zijn:

-zorgdiagnostiek, zorgplanning en monitoring (vinger aan de pols houden);

- informatie, advies en meedenken, voorlichting geven en deskundigheidsbevordering van mantelzorgers en professionals;
- begeleiden van mensen met dementie, mantelzorgers, overige familieleden en professionals bij transitie in ziekte en zorg;
- coördinatie van zorg en communicatie over zorg (als spin in het web van de ketenzorg).

6.4.2 Interventies om dementerende ouderen veilig thuis te laten wonen

Het onderzoek van Struckmeyer en Pickens (2016) had als doel om uit te zoeken wat er in de literatuur bekend is over woningaanpassingen thuis bij dementerende ouderen. De drie belangrijke onderdelen van het onderzoek komen hieronder naar voren;

Rol van de mantelzorger en mantelzorgtraining

De mantelzorger speelt een belangrijke rol als het gaat om woningaanpassingen doorvoeren. Dit valt toe te wijzen door het feit dat de dementerende oudere zelf cognitief achteruit gaat, waardoor de mantelzorger vaak zulke taken regelt (Chee et al., 2007) (Mann, Hurren, Charvat, & Tomita, 1996) (Olsen, Ehrenkrantz, & Hutchings, 1996) (Sheldon & Teaford, 2002) (Tchalla, Lachal, Cardinaud, Saulnier, Rialle, Preux, & Dantoine, 2013) (Hoof, Blom, Post, & Bastein, 2010).

Het blijkt tevens uit onderzoek dat een mantelzorger, die door onder andere stress, minder goed de bepaalde trainingen die geboden worden minder goed in zich opneemt. Een voorbeeld van zo'n training is "environmental skills training". De aanbevelingen die worden meegegeven aan de mantelzorgers worden vervolgens niet toegepast in de praktijk. (Chee et al., 2007).

Een ander belangrijke punt is dat, als de mantelzorger weinig van de ziekte afweet, de implementatie van woningaanpassingen bemoeilijkt (Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce, & Marcus, 1999).

Client-Centered approach

Het belang van het identificeren, van de individuele behoeftes van zowel de mantelzorger als de dementerende, bleek heel groot te zijn. Het blijkt dat woningaanpassingen sneller worden toegepast wanneer de mantelzorger en de dementerende oudere centraal staan. Door de dementerende oudere en de mantelzorger centraal te stellen tijdens een huisbezoek vergroot het de doeltreffendheid van het doorvoeren van de woningaanpassingen (Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce, & Hauck, 2001). Ook zal de mantelzorger meer achter de keus van de woningaanpassing staan.

Modifications for safety and function

In het onderzoek komen woningaanpassingen naar voren op twee gebieden. Dit zijn fysieke aanpassingen, maar ook cognitieve en sociale aanpassingen.

De fysieke aanpassingen werden vooral uitgevoerd om de veiligheid te vergroten. Dit hield in dat er kleedjes werden weggehaald. Dit ter preventie van vallen. Het blijkt uit het onderzoek van Lach en Chang (2007) dat bijna 95% van de mantelzorgers zich zorgen maakt over de veiligheid thuis bij de oudere zorgvrager met dementie.

Bij cognitief en sociaal worden aanpassingen genoemd door bijvoorbeeld taken te versimpelen voor oudere zorgvragers met alzheimer (Chee et al., 2007). Dit resulteert dat de mantelzorger zich competent voelt oor het uitvoeren van deze taak.

In het onderzoek van Horvath, Trudeau, Rudolph, Trudeau, Duffy, & Berlowitz (2013) wordt het zogenoemde “Home Safety Toolkit” (HST) benoemd. Deze toolkit bestaat uit twee delen. Het boek “Keep the home safe for a person with memory loss” werd meegeleverd. Het andere deel bestond uit een grote zak met allerlei goedkope woningaanpassingen die mantelzorger meteen kon toepassen. De controlegroep ontving een blad met daarop kort interventies beschreven hoe zij het huis veiliger konden maken. De conclusie van het onderzoek luidde dat HST is een praktische interventie die mantelzorger’ self efficiacy bevorderen. Ook ervaren zij minder stress. En wordt de veiligheid van de thuissituatie vergroot. Door de beperkte sample size zijn deze gegeven echter niet te generaliseren. Er zal meer en een groter onderzoek gedaan moeten worden om dit goed te bevestigen. Een kanttekening van dit onderzoek luidt ook dat de dementerende ouderen die alleen thuis woonden werden geexcludeerd. De reden hierachter was dat er geen constante toezicht was, en de problematieken van veilig thuis wonen zijn vaak complexer.

6.4.3 Technologische oplossingen om dementerende ouderen veilig thuis te laten wonen

Uit literatuur blijkt dat technologische oplossingen de veiligheid kunnen bevorderen en de mantelzorger kunnen helpen om rustiger te voelen over de situatie van hun familielid (Tchalla et al., 2013). Vaak wordt in de literatuur het begrip assistive technology (AT) gebruikt om deze soort technologieën aan te duiden. AT blijken het alleen wonen van dementerende ouderen te bevorderen. Daarnaast verbeterd het de kwaliteit van leven van de mantelzorger omdat zij meer gerustgesteld is (Magnusson, Hanson, & Borg., 2004) (Topo, 2009). Voorbeelden van deze interventies zijn; alarm sensoren waardoor de mantelzorger een melding krijgt als de dementerende oudere weg loopt. Sensors die het gas uitzetten als het te lang aan staat. In het onderzoek van Tchalla et al. (2013) wordt er onderzoek gedaan naar het effect van een pad dat verlicht wordt ’s nachts wanneer de dementerende oudere naar het toilet loopt.

Uit het onderzoek van Topo (2009) blijkt dat er vijftien studies gedaan zijn, waarbij de focus ligt op het verbeteren van de situatie thuis, door gebruik te maken van technologie. Verschillende toepassingen worden genoemd waar technologie een oplossingen in biedt. Zo wordt er informatie overgedragen naar de mantelzorger vanaf de professional. Maar ook gebruikt de professional de

technologische oplossingen om voorlichting te geven. Uit deze studies blijken ook dat mantelzorgers de computer- en telefoon accepteren. De volgende positieve bevindingen kwamen hieruit voort; *“Social support and new social contacts, information, and support received from professionals and peers were acknowledged, caregiver burden and stress were decreased, and coping skills were improved.”* Uit het onderzoek van Topo (2009) blijkt ook dat er in sommige studies, de zorgvragers met alzheimer, instemde om een apparaat te dragen waardoor zij gemonitord konden worden. Het doel was hier dan van dat de mantelzorger de dementerende oudere kon volgen.

In het onderzoek van Lindqvist, Nygard, & Borell (2013) wordt het gebruik van een apparaat genoemd die door middel van twee magneten een reminder geeft wanneer een dementerende oudere naar buiten stapt. Op deze manier krijgt de mantelzorger de melding dat hun vader of moeder naar buiten gaat. Uit het onderzoek van Mao, Chang, Yao, Chen, & Huang (2015) blijkt dat dit alarmsysteem een hoge bruikbaarheid heeft als er gekeken wordt naar het perspectief van zowel de mantelzorger als de experts.

In het onderzoek van Riikonen, Paavilainen, & Salo (2013) is er gekeken welke factoren invloed hebben tot het gebruik van technologische oplossingen in het dagelijkse leven van een dementerende oudere. De conclusie van dit onderzoek is dat de belangrijkste factor tot het implementeren van deze technologieën in het dagelijkse leven van dementerende ouderen; een goed georganiseerd sociaal netwerk. Daarnaast is het stadium van de alzheimer erg belangrijk, verschillende stadia hebben verschillende invloeden op het implementeren van deze technologieën. De derde belangrijke factor is de persoonlijkheid. Zowel van de dementerende oudere als het sociale netwerk eromheen. Als de attitude en motivatie er niet is, zal dit impact hierop hebben. Begeleiding is het vierde element dat veel invloed heeft op het implementeren.

6.5 Samenvatting literatuur

Deelvraag 1

Uit de literatuur blijkt dat er velen soorten interventies beschreven worden die, zowel de overbelaste mantelzorger van een oudere zorgvrager met alzheimer, kunnen ontlasten en begeleiden. In het onderzoek van Gallagher-Thompson et al. (2012) worden er twee interventievormen benoemd. Psycho educatieve programma's zijn ondersteuning programma's waarbij zowel de mantelzorger als de dementerende oudere ondersteuning krijgt. In het VUMC is zo'n ontmoetingscentrum te vinden (Loket gezond leven, 2017). Het I-Care stress management programma is een internet gebaseerde interventie om overbelaste mantelzorger te ondersteunen en te ontlasten (Kajiyama et al., 2013). De tweede vorm zijn gespecialiseerde skill training programma's. In het onderzoek van Graff et al. (2006) wordt een voorbeeld van zo'n skill training interventie benoemd. Het blijkt dat ergotherapeuten deze interventies kunnen uitvoeren. Zij kunnen de mantelzorgers en de dementerende ouderen begeleiden en ontlasten in de thuissituatie. Volgens Zuizewind et al. (2014) blijken casemanagers dementie waardevol te kunnen zijn om mantelzorgers te begeleiden in het ziekteproces van hun naasten, daarnaast kunnen zij het gehele proces eromheen coördineren.

Deelvraag 2

Het onderzoek van Struckmeyer en Pickens (2016) had als doel om uit te zoeken wat er in de literatuur bekend is over woningaanpassingen doorvoeren door ergotherapeuten bij dementerende ouderen thuis. De drie belangrijke onderdelen van het onderzoek komen hieronder naar voren; Rol van de mantelzorger en mantelzorgtraining, Client-Centered approach, Modifications for safety and function. In het onderzoek van Horvath et al. (2013) wordt de zogenoemde HST benoemd. Deze is ontwikkeld om mantelzorgers te ondersteunen om zelf woningaanpassingen te realiseren. De belangrijkste factoren die ertoe bijdragen dat de woningaanpassingen door worden gevoerd zijn; de mantelzorger heeft een centrale rol, samen met de cliënt en aanpassingen maken die passen bij de fase van alzheimer waarin de cliënt zich bevindt.

Deelvraag 3

In het onderzoek van Tchalla et al. (2013) blijkt dat technologische oplossingen ervoor kunnen zorgen dat dementerende ouderen veiliger thuis blijven wonen, en ze zorgen er tevens voor dat de mantelzorger zich minder zorgen om de situatie maakt. Deze technologische oplossingen worden ook wel AT genoemd. Voorbeelden hiervan zijn; is een pad dat verlicht wordt 's nachts wanneer de dementerende oudere naar het toilet loopt. In het onderzoek van Lindqvist, Nygard, & Borell (2013) wordt ook een apparaat genoemd die een reminder geeft wanneer een dementerende oudere naar buiten stapt. Op deze manier krijgt de mantelzorger de melding dat hun vader of moeder naar buiten gaat. In het onderzoek van Riikonen, Paavilainen, & Salo (2013) werden de volgende factoren benoemd die ertoe bijdragen of een interventie wordt geïmplementeerd: goed georganiseerd

sociaal netwerk, stadium van alzheimer, de persoonlijkheid van zowel de cliënt zelf als de omgeving en begeleiding.

7. Discussie

7.1 Belangrijkste bevindingen

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat de evv'er van mening is dat het overnemen van praktische taken, zoals het inzetten van een boodschappenhulp, de last op de mantelzorger kan verminderen. Het blijkt echter dat de mantelzorger de fysieke belasting niet als overbelasting ervaart, maar dat juist de mentale belasting de soort belasting is die ervoor zorgt dat zij overbelast raakt.

Uit de resultaten van het praktijkonderzoek blijkt dat de casemanager dementie zegt dat het van belang is om een casemanager zo vroeg mogelijk in te zetten, zodat zij de dementerende oudere en hun mantelzorger kan begeleiden in het ziekteproces. In de literatuur is terug te vinden dat de casemanager de aangewezen professional is die de dementerende en hun mantelzorger gedurende het hele traject kan begeleiden. Een van de speerpunten qua interventies van een casemanager is het begeleiden van mensen met dementie, mantelzorgers en overige familieleden.

Een belangrijke bevinding vanuit het praktijkonderzoek is dat de mening van de evv'er en de casemanager dementie verschilt over het wel of niet laten opnemen van mevrouw Janssen. De evv'er zei dat mevrouw op het randje zit van wel of niet opnemen. De casemanager dementie is er echter van overtuigd dat mevrouw Janssen beslist niet meer thuis kan blijven wonen en dus opgenomen moet worden.

Een andere belangrijke bevinding vanuit het praktijkonderzoek is dat de medewerker van de VraagWijzer van gemeente Rotterdam benoemt dat WMO-adviseurs domotica oplossingen aan kunnen bieden om dementerende ouderen veiliger thuis te laten wonen. Ook uit de literatuur komt naar voren dat domotica oplossingen, zoals magneten bij de deur die merken wanneer de cliënt naar buiten treedt een melding naar de mantelzorger stuurt, bijdragen aan het veiliger thuis blijven wonen van dementerende ouderen.

De relatie tussen de overbelaste mantelzorger en het veilig thuis wonen van mevrouw Janssen wordt benoemt door de casemanager dementie. Zij vermeldt dat de mantelzorger belangrijke signalen van onveilig thuis wonen mist en deze verzuimt op te pakken, omdat mevrouw Janssen constant beroep doet op de mantelzorger. Uit het onderzoek blijkt dat mantelzorgers, die onder stress staan, minder goed informatie van trainingen opslaan dan wanneer zij niet onder stress staan. Bovenstaande geeft weer dat er een relatie bestaat tussen overbelaste mantelzorgers en het onveilig thuis wonen van mevrouw Janssen.

Vanuit de literatuurstudie blijkt dat een ergotherapeut ingezet kan worden om woningaanpassingen door te voeren. Tevens blijken ergotherapeuten dementerende ouderen en mantelzorgers te kunnen begeleiden in de thuissituatie. Er wordt echter niets over het inzetten van ergotherapie besproken in het praktijkonderzoek. Geen enkele respondent benoemt het inzetten van een ergotherapeut.

Uit de literatuur kwam tevens naar voren dat er ontmoetingscentra bestaan voor dementerende ouderen met hun mantelzorgers. Het voorbeeld van zo'n dergelijk ontmoetingscentrum die de student onderzoeker heeft gevonden is te vinden in het VUMC. Uit de resultaten van het praktijkonderzoek blijkt dat geen enkele respondent hier iets over zegt.

7.2 Discussie van onderzoeksmethode: sterke en zwakke punten

De student onderzoeker heeft de casusanalyse gemaakt op zijn eigen bevindingen, gecombineerd met de beschrijvingen van de casus volgens de casemanager dementie. Gedurende het onderzoek is de student erachter gekomen dat de casemanager een bepaald oordeel had verwerkt in haar uitspraken over de casuïstiek. Zo is er in de casusanalyse genoemd dat de mantelzorger haar moeder als een last ervaart. Er blijkt echter uit de interviews met zowel de mantelzorger als de evv'er dat de mantelzorger haar moeder niet als een last ziet. Ze vindt het zorgen lastig, en op sommige momenten teveel, maar ze noemt haar moeder nooit een last.

Bij een casestudie worden er aan de hand van de casus- en probleemanalyse interviewvragen opgesteld. Deze interview vragen zijn opgesteld aan de hand van de begeleidende lessen tijdens dit afstudeerproject. De interviewer heeft invloed op welke kant het interview op gaat. De interviewer heeft een semigestructureerde manier van interviewen aangehouden, deze methode zorgt ervoor dat er in het ene interview meer informatie uit een bepaald punt kan worden behaald dan bij het andere interview. De punten die belangrijk zijn voor dit onderzoek waar de interviewer dan verder op ingaat zijn subjectief. Het is echter ook een sterk punt, want er kan meer informatie worden verzameld op een belangrijk punt die bij een gestructureerd interview niet uitgevraagd kunnen worden.

De werkwijze van casestudie luidt dat er eerst praktijkonderzoek gedaan wordt, voordat er naar literatuur gezocht wordt. Dit houdt in dat de onderzoeker enkel met de voorkennis vanuit literatuur van de probleemanalyse de interviews in gaat. Het nadeel hiervan is dat de onderzoeker beperkt diepte kan creëren in de interviews. Dit betekent dat de resultaten, die nu beschreven staan in het hoofdstuk resultaten vanuit de praktijk, wellicht anders zouden zijn als de student onderzoeker met meer voorkennis de interviews had kunnen afnemen. Sommige respondenten hebben meer kennis over het onderwerp dan dat nu is beschreven staat, enkel omdat de onderzoeker dit niet kon uitvragen omdat hij deze kennis mist. Het is tevens ook een sterk punt van dit onderzoek. De onderzoeker gaat met een onbevooroordeelde blik het interview in. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de onderzoeker minder suggestieve vragen gaat stellen.

Het coderen van interviews is een subjectieve benadering van data-analyse. Doordat de onderzoeker zelf labels hangt aan bepaalde stukken tekst/uitspraken kan er een verkleuring ontstaan in de resultaten. Deze verkleuring heeft de onderzoeker zo veel mogelijk proberen te beperken door zo dicht mogelijk bij de tekst te coderen. Daarnaast is er getracht de betrouwbaarheid van de codeboom veilig te stellen

door een afgestudeerd Master of Arts, Taal & Communicatie in Organisatie onderzoeker ernaar te laten kijken.

Een zwak punt van de onderzoeker is dat deze betrokken is bij de casuïstiek. Dit heeft mogelijke implicaties op de praktijkresultaten. De evv'er en de casemanager dementie zijn de werkbegeleiders van deze onderzoeker. Doordat er een bepaalde band is ontstaan is het mogelijk dat dit gevolgen heeft op de antwoorden in de interviews.

Bij deze casestudie zijn niet alle mogelijke respondenten geïnterviewd. De echtgenote van de mantelzorger heeft wegens persoonlijke redenen aangegeven niet te willen participeren in dit onderzoek. De echtgenoot van de mantelzorger kan wellicht punten benoemen die de mantelzorger niet durft te vertellen aan de onderzoeker omdat mevrouw Janssen haar moeder is.

7.3 Aanbevelingen voor de praktijk

De volgende aanbevelingen kunnen worden uitgevoerd door BZN team:

- Het is belangrijk om het gesprek aan te gaan met de mantelzorger en de cliënt. Door communicatie kunnen eventuele behoeftes worden besproken, waardoor hier tijdig kan op worden ingespeeld.
- Daarnaast kan er voorlichting worden gegeven aan de mantelzorger. Deze voorlichting kan gaan over benaderingswijzen, maar ook over hoe een mantelzorger betere invulling kan geven aan zijn of haar taken als mantelzorger.
- De mantelzorger en de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, kunnen erop gewezen worden dat er ontmoetingscentra bestaan waarbij zowel de mantelzorger als de cliënt heen kunnen voor ondersteuning en begeleiding.
- De mantelzorger kan worden gewezen op het feit dat de VraagWijzer van de gemeente Rotterdam ook ondersteuning kan bieden bij overbelaste mantelzorgers.
- Het inzetten van een ergotherapeut om het veilig thuis wonen, van een oudere zorgvrager met alzheimer, te bevorderen. Daarnaast kan een ergotherapeut begeleiding bieden, aan de mantelzorger en de cliënt, met betrekking tot het doorvoeren van woningaanpassingen.
- Het inzetten van een casemanager dementie. De casemanager dementie is de aangewezen professional om de juiste begeleiding te bieden voor zowel de mantelzorger als de oudere zorgvrager, die lijdt alzheimer. De casemanager kan de begeleiding bieden voor zowel de dementerende oudere en de mantelzorger.
- Het inzetten van technologische oplossingen, zoals AT en domotica, die ondersteuning kunnen bieden voor het veilig thuis wonen. Over deze technologische oplossingen kunnen de ergotherapeut of een WMO adviseur meer informatie geven.

7.4 Aanbeveling voor nader onderzoek

De aanbeveling voor nader onderzoek is om meer onderzoek te doen naar de relatie tussen factoren die bijdragen aan onveilig wonen van de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, en de overbelasting van de mantelzorger. Er is getracht in dit onderzoek hierop antwoord te geven. De casemanager dementie weet deze relatie wel te benoemen, en uit de literatuur blijkt dat er ook een relatie is. Echter is het lastig om exact deze vraag te kunnen beantwoorden. Door hier verder onderzoek naar te doen met onder andere meer onderbouwing vanuit de literatuur zal hier een concreter antwoord op gegeven kunnen worden.

Vanuit de literatuur blijkt dat ergotherapeuten goed in te zetten zijn om woningaanpassingen door te voeren en dementerende ouderen met hun mantelzorgers te kunnen begeleiden. Echter wordt er in het praktijkonderzoek hier niks over vermeldt door de respondenten. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om te kijken hoe zorgprofessionals aankijken tegen het inzetten van andere disciplines, zoals ergotherapeuten, voor het begeleiden van overbelaste mantelzorgers en het veilig thuis laten wonen van de dementerende oudere.

Een ander belangrijk punt die de student onderzoeker niet heeft kunnen belichten is waar de grens van opname ligt. De evv'er benoemt al in het praktijkonderzoek dat mevrouw Janssen zich op de grens bevindt van wel of niet opname in een verpleeghuis. De casemanager dementie is er echter van overtuigd dat mevrouw opgenomen moet worden. Een aanbeveling voor vervolg onderzoek kan dus zijn om uit te zoeken waar die grens ligt, en wat draagt ertoe bij dat de meningen hierover verschillen.

8. Conclusie

Uit praktijkonderzoek blijkt dat overbelasting van de mantelzorger zich vooral mentaal uit. Daarnaast komt naar voren dat door overbelasting, de mantelzorger signalen van onveilig thuis wonen mist. De dementiële symptomen die leiden tot gevaarlijke situaties in combinatie met valgevaar zijn de belangrijkste factoren die ertoe bijdragen dat de alleenwonende oudere zorgvrager, met alzheimer, onveilig thuis woont.

In de literatuur is gezocht naar wetenschappelijk bewezen interventies voor de ondersteuning van overbelaste mantelzorger en voor het veilig thuis laten wonen van de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer.

Uit de bevindingen kan de conclusie getrokken worden dat het belangrijk is om het gesprek aan te gaan met de mantelzorger en de cliënt, zodat het BZN team tijdig in kan spelen op de behoeftes. Daarnaast kan het team ook voorlichting geven over onder andere betere invulling van de mantelzorgtaken, kan de mantelzorger erop gewezen worden dat er ontmoetingscentra bestaan voor mantelzorgers van dementerende ouderen en kan de mantelzorger gewezen worden op het bestaan van de VraagWijzer gemeente Rotterdam. Tot slot kan het team andere disciplines inschakelen, zoals een casemanager dementie en een ergotherapeut, zij ondersteunen en ontlasten de mantelzorger, daarnaast kan de ergotherapeut technologische oplossingen aandragen om het veilig thuis wonen te bevorderen.

Om de overbelaste mantelzorger te ondersteunen en eveneens de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, zo lang mogelijk veilig thuis te laten wonen wordt de aanbeveling gedaan om een casemanager dementie in te zetten, die de aanbevelingen vanuit dit onderzoek voor de praktijk kan verwezenlijken.

9. Nawoord

Ik kijk met gemengde gevoelens terug op het schrijven van deze scriptie.

Het onderzoeken zelf vond ik erg leuk om te doen. Door middel van het afnemen van interviews krijg je de verschillende perspectieven van verschillende respondenten te zien. Het perspectief van de mantelzorger is nieuw voor mij. Normaliter focus je op de zorgvrager zelf. De mantelzorger zie je vaak niet en dat vind ik jammer. Het blijkt ook uit dit onderzoek dat het wel degelijk belang is om te luisteren naar de mantelzorger.

In eerste instantie vond ik het erg lastig om te coderen. Ik had nog nooit gecodeerd en in de les werd maar een deel van het codeerproces voorgedaan. Ik heb lang getobd met het coderen waardoor ik uiteindelijk in tijdsnood kwam. Ik heb hulp ontvangen van mijn zus, die zelf een universitaire studie heeft gedaan, zij heeft mij uitgelegd op welke wijze de codes onder te verdelen zijn. Ik vond dit toen zelfs leuk worden, omdat je in een oogopslag de resultaten van een interview ziet.

Tenslotte vond ik het leuk om de onderzoekende houding te hebben op mijn stageadres. Ik merkte ook aan collega's dat zij de interviews serieus namen. Ik zou zelf niet snel voor een vervolgstudie als verplegingswetenschapper kiezen, echter zou ik het nu niet meer erg vinden om een onderzoek uit te voeren op eventuele vervolgopleidingen. Ik heb nu wat meer bagage waardoor nu onder andere het coderen een stuk sneller zal gaan.

Literatuurlijst

- Alzheimer Nederland. (2016). *factsheet dementie algemeen*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <https://www.alzheimer nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementiealgemeen.pdf>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der, & Goede, M. de (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers BV.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Bont, M. de, Haaren, E. van, Rosendal, H., & Wigboldus, M. (2012). *Expertisegebied wijkverpleegkundige*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <http://mgz.venvn.nl/Portals/30/Eerstelijns/Publicaties/wijkverpleegkundigen/20121106%20Expertisegebied%20wijkverpl.pdf>
- Casado-Mejia, R., & Ruiz-Arias, E. (2016). Influence of Gender and Care Strategy in Family Strain: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 6(48),587-597.
- Chee, Y.K., Gitlin, L.N., Dennis, M.P., & Hauck, W.W. (2007). Predictors of adherence to a skill building intervention in dementia caregivers. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 673-678.
- Dröes, R.M. (1991). *In beweging: Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*.(proefschrift, Academisch Vrije Universiteit, Amsterdam).
- Droës, R.M., & Breebaart, E. (1994). *Amsterdamse Ontmoetingscentra: Een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende ouderen en hun verzorgers*. Amsterdam: Thesis Publisher.
- Finnema, E., Dröes, R.M., Ribbe, M., & Tilburg, W. van. (2000). A review of psychosocial models in psychogeriatrics; implications for care and research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14(2), 68-80.
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 37-51.
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y.M., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., Lee, S.E., . . .
- Shyu, Y. (2012). International Perspectives on Nonpharmacological Best Practices for Dementia Family Caregivers: A Review. *Clinical Gerontologist*, 35, 316-355.
- Graaf-Waar, H.I. de, & Speksnijder, H.T. (2014). *Methodiek en systematiek voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W.W. (2001). A randomized, controlled

trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist*, 41, 4-14.

Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., & Marcus, S. (1999). Predicting participation and adherence to a home environmental intervention among family caregivers of persons with dementia. *Family Relations*, 48, 363-372.

Gitlin, L., Hauck, W., Dennis, M., & Winter, L. (2005). Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. *Journals of Gerontology (Series A) Biological Science and Medical Science*, 60, 368-374.

Gitlin, L., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M., & Hauck, W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 229-239.

Gitlin, L., Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. (2003). Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes for the Philadelphia REACH Initiative. *The Gerontologist*, 43, 532-546.

Graff, M.J., Vernooij-Dassen, M.J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W.H., & Olde Rikkert, M.G. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*, 333, 1196.

Hoof, J. van, Blom, M.M., Post, H.N., & Bastein, W.L. (2013). Designing a “think-along dwelling” for people with dementia: A co-creation project between health care and the building services sector. *Journal of Housing for the Elderly*, 27, 299–332.

Horvath, K.J., Trudeau, S.A., Rudolph, J.L., Trudeau, P.A., Duffy, M.E., & Berlowitz, D. (2013). Clinical Trial of a Home Safety Toolkit for Alzheimer's Disease. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-11.

Innes, K.E., Selfe, T.K., Brown, C.J., Rose, K.M., & Thompson-Heisterman, A. (2012). The Effects of Meditation on Perceived Stress and Related Indices of Psychological Status and Sympathetic Activation in Persons with Alzheimer's Disease and Their Caregivers: A Pilot Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-9.

Klerck, M. de, Boer, A. de, Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp: wie doet er wat?* (publicatienr. 2015/35). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van

https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Informele_hulp_wie_doet_er_wat

- Kajiyama, B., Thompson, L.W., Eto-Iwase, T., Yamashita, M., Di Mario, J., Tzuang, Y.M., & Gallagher-Thompson, D. (2013). Exploring the effectiveness of an Internet-Based Program for reducing caregiver distress using the iCare Stress Management e-Training Program. *Aging & Mental Health*, 17(5), 544-554.
- Kruijswijk, W. (2012). *Handreiking Mantelscan*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg.
- Lach, H.W., & Chang, Y.P. (2007). Caregiver perspectives on safety in home dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 993–1014.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). Beoordelingsformulier Kwantitatief onderzoek (vert. S. Maassen). Rotterdam: Erasmus MC Zorgacademie. (Oorspr. *Critical Review Form - Quantitative Studies* . Hamilton: McMaster University).
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Medical Publishing.
- Letts, L., Wilkens, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). Beoordelingsformulier Kwalitatief onderzoek (vert. S. Maassen). Rotterdam Erasmus MC Zorgacademie. (Oorspr. *Critical Review Form - Qualitative Studies*. Hamilton: McMaster University).
- Lindqvist, E., Nygard, L., & Borell, L. (2013). Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 386-396.
- Loket gezond leven. (2017). *Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers*. Geraadpleegd op 14 mei 2017, van <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1600096>
- Magnusson, L., Hanson, E., & Borg, M. (2004). A literature review study of information and communication technology as a support for frail older people living at home and their family carers. *Technology Disability*, 16(4), 223-235.
- Mann, W.C., Hurren, M.D., Charvat, B.A., & Tomita, M.R. (1996). Changes over one year in assistive device use and home modifications by home-based older persons with Alzheimer's disease. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 12, 9–16.
- Mao, H.F., Chang, L.H., Yao, G., Chen, W.Y., & Huang, W. (2015). Indicators of perceived useful dementia care assistive technology: Caregivers' perspectives. *Geriatrics Gerontology International*,

15, 1049-1057.

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. (2014). *Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Dementie*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van www.nvvp.net/stream/richtlijn-diagnostiek-en-behandeling-van-dementie-2014

Nieswiadomy, R.M., Ter Maten-Speksnijder, A., & Hoogerduijn, J. (2013). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Benelux BV.

NOS. (2017). *Nederlander weet niet hoe te helpen bij dementie*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <http://nos.nl/artikel/2155747-nederlander-weet-niet-hoe-te-helpen-bij-dementie.html>

Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., del Ser, T., . . . Muniz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia Geriatrics Cognitive Disorders*, 30, 161-178.

Olsen, R.V., Ehrenkrantz, E., & Hutchings, B.L. (1996). Creating the movement-access continuum in home environments for dementia care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 12, 1–8.

Peeters J.M., Lange, J. de, Asch, I. van, Spreeuwenberg P., Veerbeek M., Pot A.M., & Francke A.L. (2012) *Landelijke evaluatie van casemanagement dementie*, Utrecht: NIVEL/Trimbos instituut

Pool, A., & Mast, J. (2011). *Eerst buurten, dan zorgen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Riikonen, M., Paavilainen, E., & Salo, H. (2013). Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia. *Technology and Disability*, 25, 233-243.

Samson, A, Siam, H., & Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: description and illustration on an integrated task-based model. *Intervention, la revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*, 127, 16-28.

Sheldon, M.M., & Teaford, M.H. (2002). Caregivers of people with Alzheimer's dementia: An analysis of their compliance with recommended home modifications. *Alzheimer's Care Quarterly*, 3, 78–81.

Soto, M., Andrieu, S., Gares, V., Cesari, M., Gilette-Guyonnet, S., Cantet, C., . . . Nourhashémi, F. (2015). Living Alone with Alzheimer's Disease and the Risk of Adverse Outcomes: Results from the Plan de Soins et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study. *J Am Geriatr Soc.*, 63, 651-658.

Struckmeyer, L.R., & Pickens, N.D. (2016). Home Modifications for People With Alzheimer's Disease: A Scoping Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 70, 7001270020.

Tchalla, A.E., Lachal, F., Cardinaud, N., Saulnier, I., Rialle, V., Preux, P. M., & Dantoine, T. (2013).

Preventing and managing indoor falls with home-based technologies in mild and moderate Alzheimer's disease patients: Pilot study in a community dwelling. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36, 251-261.

Tierney, M.C., Charles, J., Naglie, G., Jaglal, S., Kiss, A., & Fisher, R.H. (2004). Risk factors for harm in cognitively impaired seniors who live alone: A prospective study. *J Am Geriatr Soc.*, 52, 1435-1441.

Topo, P. (2009). Technology Studies to Meet the Needs of People With Dementia and Their Caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 28(1), 5-37.

Vandepitte, S., Noortgate, N. van den, Putman, K., Verhaeghe, S., & Annemans, L. (2016). Effectiveness and cos-effectiveness of an in-home respite care program in supporting informal caregivers of people with dementia: design of comparative study. *BMC Geriatrics*, 1(16), 207.

Wenborn, J., Hynes, S., Moniz-Cook, E., Mountain, G., Poland, F., King, M., . . . Orrell, M. (2016). Community occupational therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID] programme): Study protocol for a randomised controlled trial. *BioMed Central*, 17(65), 1-10.

White, E.B., & Montgomery, P. (2015). Dementia, walking outdoors and getting lost: incidence, risk factors and consequences from dementia-related police missing-person reports. *Aging & Mental Health*, 3(19), 224-230.

Zuizewind, C.A., Veer, A. de, Triemstra, M., Peeters, J.M., Hoek, L. van der, & Plass, A. (2014). *CQ index Casemanagement Dementie*. Utrecht: NIVEL.

Bijlage 1 Zorgplan

Zorgplan

Cliënt: Mevrouw [REDACTED]; Geboren: [REDACTED] 1926

Datum: 22-02-2017



Circulatie

Probleem classificatie

• Datum: 27-6-2014 • Typering: Actueel • Bereik: Individueel

Mw. heeft snel last van oedeem in beide benen. Mw. heeft steunpanty kousjes. Bij toename oedeem overleggen met huisarts om eventueel het compressief zwachtelen te herstarten.

Signalen en Symptomen

- oedeem

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	16-8-2017
	Nvt	Nvt	Geen bijzonderheden.	

Interventieschema

Circulatie	CM	Materialen (verbruiksartikelen)	Er zijn materialen aanwezig als er gestart moet worden met compressief zwachtelen. Deze materialen staan in een tas in de woonkamer in de zwarte kleine kast.
Circulatie	MB	Signalen/symptomen-fysiek	Iedere ochtend mw. haar benen observeren. Mw. heeft nu steunpanty kousjes aan. Als er een toename is van oedeem in de benen dan overleggen met mw. haar huisarts of het zwachtelen herstart moet worden. - Ieder zorgmoment mw. haar benen observeren. - Bijzonderheden rapporteren in het zorgdossier en op het web.
Circulatie	B	hartzorg	Breng steunpanty's aan. Dagelijks: - s morgens de steunpanty kousjes aantrekken bij mw. en s avonds uittrekken. - Afgesproken om elke maandag schone kousen aan te trekken. - Bijzonderheden rapporteren.

Persoonlijke zorg

Probleem classificatie

• Datum: 19-9-2014 • Typering: Actueel • Bereik: Individueel

Mw. heeft na een val in huis twee ribben gebroken en haar schouder. Is hierna opgenomen geweest in het ziekenhuis en heeft gerevalideerd in Pniël. Mw. heeft ondersteuning nodig bij de PV.

Signalen en Symptomen

- moeite met aankleden, onderlichaam
- moeite met douchen / baden
- moeite met aankleden, bovenlichaam
- moeite met wassen / kammen van het haar

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	16-8-2017
		Mw. werd s morgens regelmatig met een BH, hempt en/of steunpanty's nog aan aangetroffen in bed. Het vermogen om zichzelf om te kleden voor de nacht heeft mw. soms niet meer.	Het vermogen om zichzelf te verzorgen en aan/uit te kleden raakt mw langzaam kwijt. Mw. heeft dagelijks elke ochtend en avond ondersteuning nodig bij de PV.	

Interventieschema

Afstudeerscriptie Fedor de Klerck bachelor verpleegkunde

Persoonlijke zorg

B

Persoonlijke hygiëne

Mw. heeft ondersteuning nodig bij de PV. Dagelijks wordt mw. ondersteund bij douchen en aankleden. Op maandag haren wassen. Mw. regelmatig schone kleding laten aantrekken.

Dagelijks elke ochtend tussen 08:00-09:00:

- Nagaan of mw. haar haren wil wassen (iedere maandag).
- Douchestoel uitklappen en mw. ondersteunen om hierop te komen zitten.
- Mw. ondersteunen bij douchen en aankleden, met name onderlichaam en rug.
- Mw. haar haren laten kammen, gebit laten verzorgen en oren schoonmaken met wattenstokjes ivm de gehoorapparaten.
- Wanneer nodig mw. ondersteunen bij het ontharen van haar gezicht met een scheermesje.
- Bijzonderheden in het zorgdossier en op het web vermelden.

Dagelijks elke avond tussen 17:00-18:00 ondersteuning bieden bij het omkleden voor de nacht:

- nachtjapon aanreiken
- steunpanty's uittrekken
- badjas aanreiken en bedsokken aan

Darmfunctie

Probleem classificatie

• Datum: 29-10-2014

• Typering: Actueel

• Bereik: Individueel

Mw. heeft soms problemen met de frequentie van haar ontlasting.

Signalen en Symptomen

- afwijkende frequentie / consistentie van ontlasting

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	16-8-2017

Mw. slikt laxeremiddelen voor de ontlasting op woensdag en zaterdag. Verder GB.

Interventieschema

Darmfunctie

MB

Signalen/symptomen-fysiek

Mw. heeft een onregelmatig ontlastingspatroon. Mw. heeft af en toe last van diarree. Ieder zorgmoment nagaan of er problemen zijn met de ontlasting. Mw. heeft een po-stoel waar zij s' nachts gebruik van maakt.

- Nagaan hoe het met het ontlastingspatroon gaat.
- Bijzonderheden rondom ontlastingspatroon rapporteren.
- Iedere ochtend po- stoel legen en schoonmaken.

Medicatie

Probleem classificatie

• Datum: 29-10-2014

• Typering: Actueel

• Bereik: Individueel

Mw. is diabetes, insuline afhankelijk. Mw. is niet in staat zelf haar insuline toe te dienen en medicatie in te nemen, omdat mw. dit regelmatig vergeet te doen.

Signalen en Symptomen

- niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp
- houdt zich niet aan aanbevolen dosering / schema

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	16-8-2017

nvt

Mw. vergeet haar medicatie in te innemen/insuline te spuiten.

Mw. vergeet haar medicatie in te nemen. Dit wordt elke ochtend-middag-avond aangereikt.

Interventieschema

Medicatie

MB

Signalen/symptomen-fysiek

Omdat mw. schommelingen heeft in haar bloedsuikerwaarden, deze elke ochtend, middag en avond controleren. Er is een lijst waar de waarden op ingevuld kunnen worden, deze zit in het zorgdossier.

Afstudeerscriptie Fedor de Klerck bachelor verpleegkunde

Medicatie	AIB	Medicatie-toediening	- Mw. haar bloedsuikerspiegel controleren en noteren op de lijst. - Actie ondernemen bij lage/hoge bloedsuikerwaarden (DEXTRO AANWEZIG). - GLUCAGON INJECTIE AANWEZIG IN KOELKAST! - Bijzonderheden rapporteren in het zorgdossier en op het web. CONTACTGEGEVENS Diabetesverpleegkundige Havenziekenhuis mw. Braams: 010-4043738 3x daags medicatie aanreiken en toezicht op inname. 08:00: Medicatie uit de baxter aanreiken en insuline toedienen volgens medicatielijst. 12:00: Insuline toedienen volgens medicatielijst. 17:00: Medicatie uit de baxter en weekdoos aanreiken. Insuline toedienen volgens medicatielijst. - Elke dinsdag en donderdag een opgedraaide insulinepen voor in de middag meegeven naar de dagopvang - Elke maandag de acenocoumarol volgens de dosering op de gele kaart in de weekdoos uitzetten. - Bijzonderheden rapporteren.
Medicatie	CM	Medicatie coördinatie/bestelling	Medicatiebeheer overnemen
Medicatie	B	Medicatie-toediening	Toedienen van medicatie volgens voorschrift en medicatie toedienlijst

Voeding

Probleem classificatie

• **Datum:** 29-10-2014 • **Typering:** Actueel • **Bereik:** Individueel

Mw. is diabeet. Mw. vergeet te eten en te drinken.

Signalen en Symptomen

- hyperglycemie (te hoge bloedglucosespiegel)
- hypoglycemie (te lage bloedglucosespiegel)

- overig
- niet in staat voedsel te verkrijgen / bereiden

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	16-8-2017
Nvt		Mw. gaat geestelijk achteruit, vergeet haar maaltijden klaar te maken en tussendoortjes te nemen.	Ivm diabetes blijft mw. toezicht nodig houden op het nemen van voeding en vocht. Mw. moet hierin gestimuleerd worden, vergeet dit vaak.	

Interventieschema

Voeding	B	Voedingsprocedures	Gewichtscntrole: Om gewichtsverlies of gewichtstoename te monitoren mw. iedere maandag wegen. Mw. heeft een weegschaal in de slaapkamer staan. Gewicht noteren op het formulier achter tabblad 4. Bijzonderheden in het zorgdossier en op het web noteren.
Voeding	AIB	Gedragsverandering	Uitleg geven aan mw. dat eten en drinken erg belangrijk is voor haar bloedsuikerspiegel en energie. Mw. stimuleren tot het nemen van vocht en voeding.
Voeding	B	Voedingsprocedures	Aanreiken, klaarmaken en/of toedienen van eten en drinken. Elke ochtend, middag en avond voeding bereiden en aanreiken. Ook graag erop toezien dat Mw. voeding en vocht tot zich neemt. Graag drinken en tussendoortjes klaarzetten voor Mw. op de salontafel. Avondmaaltijd opwarmen in de magnetron.
Voeding	MB	voeding, beleid / balans	Monitoren: - Gezonde voeding - Voedingstoestand en gewicht - Voeding over de datum - Bewaking autonomie en zelfmanagement

Sociaal contact

Afstudeerscriptie Fedor de Klerck bachelor verpleegkunde

Probleem classificatie

• Datum: 20-1-2015 • Typering: Actueel • Bereik: Leefeenheid

Signalen en Symptomen

- gebruikt zorg- / hulpverlener als sociaal contact
- minimale stimulans buitenshuis / vrijetijdsactiviteiten
- overig

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017				16-8-2017
Mw. gaat op dinsdag en donderdag naar de dagopvang in Pniel. Mw. is de andere dagen vaak thuis en heeft nog steeds veel behoefte aan een luisterend oor.				

Interventieschema

Sociaal contact	CM	Supportgroep	Mw. gaat op dinsdag en donderdag naar de dagopvang in Pniel. Ze wordt dan rond 09:15 opgehaald door het busje.
Sociaal contact	MB	Signalen/symptomen-mentaal/emotioneel	Op dinsdag en donderdag moet mw. voor 09:15 klaar staan om naar de Pniel te gaan. Jas en schoenen aangeven. Sociaal contact.
			Mw. een luisterend oor bieden op de momenten waarop zij dit nodig heeft.

Huid

Probleem classificatie

• Datum: 30-4-2015 • Typering: Actueel • Bereik: Individu

Mw. heeft snel last van een huiddefect tussen haar bilnaad.

Mw. heeft een eksterioog op haar kleine teen aan haar linker voet, welke erg kwetsbaar is.

Signalen en Symptomen

- huidirritatie / huiduitslag
- wond / decubitus

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017				16-8-2017
nvt		nvt	Bilnaad ziet weer iets onrustig en wordt behandeld met zinkolie.	

Interventieschema

Huid	B	huidzorg	Iedere ochtend de bilnaad observeren en zo nodig inkloppen met zinkolie. Materialen zijn aanwezig in de badkamer. - Bilnaad drogen na douchen/wassen. - Zinkolie aanbrengen wanneer nodig. - Bijzonderheden noteren in het zorgdossier en op het web. Wanneer verergering van klachten (in overleg met huisarts) eventueel beleid aanpassen.
Huid	MB	Signalen/symptomen-fysiek	Iedere ochtend verergering van klachten/defecten van huid signaleren en actie ondernemen wanneer nodig. - Observeren van huiddefecten. - Bij verergering van defecten overleggen (eventueel met huisarts over verandering beleid).

Gehoor

Probleem classificatie

• Datum: 9-1-2016 • Typering: Actueel • Bereik: Individu

Signalen en Symptomen

Afstudeerscriptie Fedor de Klerck bachelor verpleegkunde

- moeite met horen normale spreektonen
- overig

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	16-8-2017
Mw. vergeet de batterijen van het gehoorapp. te vernieuwen, dit observeren wij.		Mw. haar gehoor gaat langzaam achteruit, ondanks de gehoorapparaten. Met duidelijk praten zijn we nog wel verstaanbaar.		

Interventieschema

Gehoor	AIB	Stimulering/opvoeding	Mw. heeft gehoorapparaten. Graag elke dag observeren of mw haar gehoorapparaten in heeft. Wanneer nodig de batterijen vervangen en apparaten schoonmaken met de reinigsmiddelen die mw daarvoor heeft.
--------	-----	-----------------------	---

Urineweg-functie

Probleem classificatie

- Datum: 9-1-2016
- Typering: Actueel
- Bereik: Individueel

Signalen en Symptomen

- urine incontinentie
- nachtelijk urineren

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	16-8-2017
		Mw. vergeet incomateriaal te gebruiken.	Mw. is incontinent van urine. Graag erop toezien dat mw. het incomateriaal op de juiste manier gebruikt.	

Interventieschema

Urineweg-functie	AIB	Hulpmiddelen	Mw. is incontinent van urine en heeft hiervoor incomateriaal. Graag erop toezien dat mw. gebruik maakt van haar incomateriaal. Wanneer nodig mw. hierop wijzen.
------------------	-----	--------------	--

Cognitie

Probleem classificatie

- Datum: 20-10-2016
- Typering: Actueel
- Bereik: Individueel

Mw. is gediagnosticeerd met beginnende dementie, gaat geestelijk langzaam achteruit.

Signalen en Symptomen

- desoriëntatie met betrekking tot tijd / plaats / persoon
- beperkt korte termijngeheugen

Cliëntuitkomsten

Datum	Kennis	Gedrag	Status	Evaluatie
16-2-2017	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	0 1 2 3 4 5 ■	16-8-2017
		Mw. gaat de laatste weken alleen de deur uit en gaat dwalen, omdat ze zich dan vergist in de dag en denkt dat ze opgehaald word door het busje van Pniel.	Mw. gaat cognitief langzaam achteruit. Korte termijn geheugen verminderd, maar mw heeft soms nog wel heldere momenten.	

Interventieschema

Cognitie	MB	Gedragsverandering	Monitoren: - Verergering van de dementie - Gedragsverandering
Cognitie	MB	Signalen/symptomen-fysiek	Signaleren van: - Bedorven voedsel in koelkast - Niet goed kunnen bedienen van apparaten (koffiezetapparaat, wasmachine en tv) - Er onverzorgd uitzien - Apraxie, agnosie - Gebruik eventueel signaleringslijst - Doe periodiek een screening om mate van achteruitgang te volgen
Cognitie	CM	Continuïteit van zorg	Samenwerking/informatie-uitwisseling met andere disciplines: onder andere huisarts, POH, specialist, casemanager Dementie, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, psycholoog, apotheker - Afspraken maken over wie regiehouder is Ev'w' onderhoudt contact met verschillende disciplines. Casemanager word ingeschakeld.

Mantelzorg/zorg voor kind, huisgenoot

Probleem classificatie

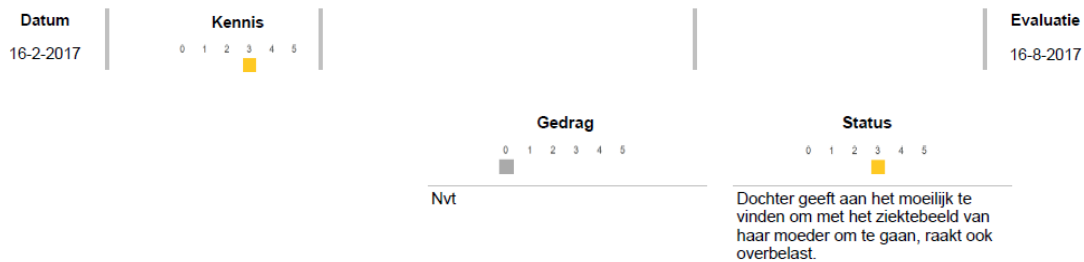
• **Datum:** 20-10-2016 • **Typering:** Actueel • **Bereik:** Leefeenheid

Mw. haar dochter is de mantelzorger van mw.

Signalen en Symptomen

- overig

Clientuitkomsten



Interventieschema

Mantelzorg/zorg voor kind, huisgenoot	MB	Signalen/symptomen-mentaal/emotioneel	Signaleren overbelasting Bijzonderheden rapporteren.
---------------------------------------	-----------	---------------------------------------	---

Akkoord met zorgplan	Ja / Nee
Naam Client / Wettelijk vertegenwoordiger	
Datum	
Plaats	
Handtekening	

Bijlage 2 Toestemmingsformulier



Toestemming interview

Complexe casus analyse mevrouw Janssen

Ja, ik werk graag mee aan het onderzoek '*Complexe casusanalyse mevrouw Janssen*' en geef toestemming voor een interview uit te voeren door een studentonderzoeker van, of namens, Hogeschool Rotterdam.

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over het onderzoek.

Ik ben op de hoogte van het feit dat:

- Deelname vrijwillig is.
- Ik op elk gewenst moment mijn toestemming kan intrekken.
- Het interview wordt opgenomen op voicerecorder.
- De resultaten alleen gebruikt zullen worden voor het onderzoek en anoniem verwerkt worden in publicaties en/of presentaties.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening:

Bijlage 3 Interviewvragen

Interviewvragen aan dochter:

Kunt u omschrijven hoe de thuissituatie van uw moeder is?

Hoe ervaart u deze situatie?

Zijn er situaties waarin u denkt: “Woont mijn moeder nog veilig thuis?”

In hoeverre beïnvloedt de situatie u?

Deel van de mantelscan invullen (alles invullen, behalve het advies).

Van welke punten bent u zich bewust geworden door de mantelscan?

Welke behoeftes heeft u betreffende de gehele situatie?

Welke mogelijkheden ziet u om aan die behoeftes te kunnen voldoen?

Wie of waar kan daar iets in betekenen?

Op welke wijze zouden zij/het daarin u ondersteunen?

Hoe zou het team van Kralingen-Crooswijk van Buurtzorg Nederland u kunnen ondersteunen bij gehele proces bij uw moeder?

Hoe ziet uw ideale situatie eruit voor uw moeder?

Interviewvragen voor de evv'er

Hoe zou u de situatie van mevrouw Janssen omschrijven op het moment dat zij nog thuis woonde?

Hoe ervaart u, als eerst verantwoordelijke van mevrouw Janssen, de situatie?

Zijn er situaties waarvan u denkt: “Woont mevrouw Janssen nog veilig thuis?”?

In hoeverre zou deze situatie de mantelzorger Annie beïnvloeden?

Wat is de rol van een mantelzorger bij een oudere zorgvrager met alzheimer die thuis woont?

Wat is uw visie op veilig thuis wonen voor een oudere zorgvrager met alzheimer?

Wat is de relatie tussen het veilig thuis blijven wonen van de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, en de overbelasting van de mantelzorger?

Welke behoeftes zou de mantelzorger van mevrouw Janssen hebben?

Wie of wat zou daarin iets in kunnen betekenen?

Hoe zou het team van Kralingen-Crooswijk van Buurtzorg Nederland de mantelzorger kunnen ondersteunen bij de situatie van mevrouw Janssen?

Interviewvragen voor casemanager dementie

Hoe zou u de situatie van mevrouw Janssen omschrijven op het moment dat zij nog thuis woonde?

Hoe zou u de situatie ervaren als casemanager dementie?

Zijn er situaties waarvan u denkt: “Woont mevrouw Janssen nog veilig thuis?”?

In hoeverre zou deze situatie de mantelzorger Annie beïnvloeden?

Wat is de rol van een mantelzorger bij een oudere zorgvrager met alzheimer die thuis woont?

Wat is uw visie op veilig thuis wonen voor een oudere zorgvrager met alzheimer?

Wat is de relatie tussen het veilig thuis blijven wonen van de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, en de overbelasting van de mantelzorger?

Welke behoeftes zou de mantelzorger van mevrouw Janssen hebben?

Wie of wat zou daarin iets in kunnen betekenen?

Hoe zou het team van Kralingen-Crooswijk van Buurtzorg Nederland de mantelzorger kunnen ondersteunen bij de situatie van mevrouw Janssen?

Interviewvragen voor WMO-loket medewerker

Situatiebeschrijving

Hoe komen mantelzorgers in contact met de gemeente Rotterdam?

Wat voor behoeftes hebben mantelzorgers, van oudere zorgvragers die leiden aan dementie, vaak?

Met welke vragen komen zij bij de gemeente?

Wie of wat zou daar iets in kunnen betekenen?

Hoe kan de gemeente Rotterdam op inspelen?

Wat voor ondersteuning zou de gemeente Rotterdam kunnen bieden bij zo’n casuïstiek met betrekking tot veilig thuis wonen?

Bijlage 4 Codeboom

Codeboom mantelzorger

Deelvraag 1:

Belasting:

Mentaal:

Communicatie

- Teleurstelling over beperkte communicatie (2)
- Onzinnige dingen vertellen
- Omgang met boosheid

Relatie

- Benauwdere relatie
- Situatie leidt tot conflicten
- Tegenop zien om langs te gaan
- Echtgenoot raakt geïrriteerd (3)

Omgang situatie

- Situatie loslaten
- Er niet voor iemand zijn
- Moeilijk omgaan met dementie (2)
- Mentaal zwaar
- Klaarstaan voor moeder
- Dealen met alzheimer (2)
- Zelf ondervinden
- Zelf uitzoeken
- Continue mee bezig (11)
- Controlemoment; bellen (9)
- Slechte slaper
- Herhaald gedrag
- Schuldgevoel (4)
- Boos aan telefoon (3)
- Huilend aan de telefoon
- Vervelend dat mevrouw de diagnose weet
- Emotioneler dan voorheen
- Vragen om langs te komen (2)
- Vermoeden alzheimer bevestigd (3)

Fysiek:

- Thuis alles geregeld
- Minder langdurig op vakantie
- Dokter afspraken
- 's middags langsgaan (3)
- Zwaarte mantelzorg valt mee
- Post en afspraken regelen
- Eten maken en insuline geven
- Eten halen
- Eigen kwaaltjes

Dagopvang (2)

Handeling overnemen (2)

Mentale behoeftes:

Hulp van buitenaf

Buren inschakelen

Hulp van buurtzorg

Voorlichting

Advies over omgaan met dementie

Zelf ondervinden

Fysieke behoeftes:

Thuis alles geregeld

Hulp van Buurtzorg

Geen behoeftes

Deelvraag 2

Veilig thuis wonen:

Oorzaken niet veilig thuis wonen:

Externe factoren

Geen sociaal netwerk (2)

Naar buiten gelopen (2)

Valgevaar door telefoneren (3)

Iemand aan de deur

Valgevaar door rollatorgebruik (2)

Mensen binnen laten (3)

Alleen thuis

Beperkt leven

Valgevaar (5)

Interne factoren

Valgevaar door evenwicht kwijt

Herkenning mensen (2)

Handeling niet meer kunnen

Onwetendheid over inhoud alzheimer

Progressieve ziekte

Onzeker ziekteverloop

Handicap; slecht zien

Niks bij blijven

Handelingen overlaten (4)

Nauwelijks gebruik noodbel

Beperkte communicatie (3)

Afhankelijk

Heldere momenten en warrige dagen (2)

Valgevaar (5)

Beleving:

Content over de hulp (3)

Zorgelijke situatie (2)

Akelige situatie
Onveilige situatie (3)
Thuis wonen kan nog wel
Mobiliteit reden voor onveilig thuis wonen

Deelvraag 3:

Professionele hulpverlening

Thuiszorg

Hulp van buurtzorg
Activiteiten van buurtzorg
Avondcontrolemoment buurtzorg (2)

Huisarts

Huisarts biedt aan om uit huis te plaatsen

Informeel netwerk

Advies over omgaan met dementie
Buren inschakelen

Codeboom evv'er

Deelvraag 1:

Belasting:

Mentaal:

- Claimgedrag
- Boosheid jegens dochter (2)
- Meer tijd spenderen; dochter
- Contactmoment dochter met moeder
- Discussie moeder-dochter
- Grote betrokkenheid dochter
- Echtgenoot had andere toekomstplannen
- Echtgenoot andere toekomstplannen dan dochter
- Dochter deed redelijk haar best
- Belgedrag dochter

Fysiek:

- Boodschappen doen (2)

Mentale behoeftes

- Goede moeder dochter band
- Moeder dochter rol
- Dochter vraagt niet naar mogelijkheden
- Inzet Wuzzy
- Feedback benaderingswijze dochter

Fysieke behoeftes

Praktische taken overnemen

- Aangeboden handelingen over te nemen mantelzorger
- Boodschappendienst
- Gebruik van boodschappendienst

Deelvraag 2:

Veilig thuis wonen

Oorzaken niet veilig thuis wonen

- Naar buiten lopen (2)
- In de war; naar buiten lopen
- Eenzaamheid
- Mensen binnen laten (3)
- Gas aan laten staan (2)
- Instabiel met lopen
- Valgevaar door rollatorgebruik
- Koffiezetapparaat aan laten staan (2)
- Rollatorgebruik
- Eigenwijs gedrag

Valgevaar door telefoneren
Geen gebruik gemaakt Wuzzy

Beleving

Ingewikkelde situatie
Geen gevaar voor zichzelf
Grens wel of niet thuis wonen
Geen zelfstandige toiletgang; verpleeghuis
Gevaarlijkste gedrag; naar buiten lopen
Niet heel ingewikkelde casus
Gevaarlijk

relatie tussen zorgvrager en overbelaste mantelzorger

Deelvraag 3:

Professionele zorgverlening

Thuiszorg

Inzet vrijwilliger (2)
Buurtzorg belt
Alle dagen gevuld
Professionele alarmopvolging

Gemeente

Aanpassingen door lichamelijke beperking

Informeel netwerk

Inzet Wuzzy
Oplossing voor koffieapparaat
Oplossing voor praktische dingen
Oplossing vallen door telefoneren
Gaskraan dichtdraaien

Codeboom casemanager dementie

Deelvraag 1:

Belasting

Mentaal

Moeizame communicatie moeder-dochter
Controlemoment; bellen
Moeite invullen rol mantelzorgers
Dochter voelt zich verantwoordelijk
Telefonisch contact erg belastend (2)
Overbelasting door te weinig kennis ziektebeeld
Moeite met omgang alzheimer
Dochter mist signalen door overbelasting
Belgedrag dochter

Fysiek

Geen labels

Mentale behoeftes

Communiceren over situatie

Vaker in gesprek dochter (3)
Vaker in gesprek mw. Janssen
Regelmatig gesprek betrokkenen
Meer inzicht ervaring van dochter

Voorlichting

Moeizame communicatie moeder-dochter
Moeite met omgang alzheimer
Dochter instrueren omgang met dementie
Tips en adviezen rol mantelzorger

Betere invulling voor taken bieden

Controlemoment; bellen niet nodig
Annie verlangt naar rust
Telefonisch contact erg belastend (2)
Mantelzorger begeleiden door casemanager dementie
Mantelzorgertaken praktischer inrichten
Vaste afspraak voor boodschap samen te doen
Moeite invullen rol mantelzorgers

Fysieke behoeftes

Praktische taken overnemen
BZ vult de weekdoos(2)

Deelvraag 2

Veilig thuis wonen

Oorzaken niet veilig thuis wonen

- Bewustzijn gevaren
- Niet volledig uitkleden
- Gas aan laten staan (2)
- Koffiezetapparaat aan laten staan (2)
- Dwaalgedrag (3)
- Gevaarlijke signalen en symptomen (3)
- Deuren barricaderen
- Gevaar voor zichzelf en anderen
- Risico op vallen (2)
- Veel alleen gezeten
- Sleutelbeleid

Beleving

- Zorgelijke situatie (3)
- Te lang hebben gewacht voor actie
- Visie veilig thuis; enigszins voor zichzelf zorgen
- Visie veilig wonen; huis herkennen
- Visie veilig wonen; geen gevaar voor zichzelf of anderen
- Enige veilige manier thuis wonen; opname
- Onverantwoord thuis wonen
- 24 uur per dag toezicht (2)
- Te lang aangemodderd
- Annie ziet problemen niet in (2)
- Dochter mist signalen door overbelasting

Dochter mist signalen door overbelasting

Deelvraag 3

Professionele hulpverlening

Thuiszorg

- Hulp van buurtzorg
- Enigszins toezicht
- Persoonsalarmering geregeld
- Dochter instrueren omgang met dementie
- Mantelzorgertaken praktischer inrichten
- Inzet casemanager dementie
- Tips adviezen rol mantelzorger
- Mantelzorgertaken praktischer inrichten

Gemeente

- Uitbreiding huishoudelijke hulp

Informeel netwerk

- Alzheimer café
- Gaskraan dichtdraaien

Codeboom medewerker VraagWijzer

Deelvraag 1

Belasting:

Mentaal:

- Psychische en lichamelijke klachten
- Noodkreet vanuit mantelzorger

Fysiek:

- Psychische en lichamelijke klachten
- Bescheiden hulpvraag vanuit mantelzorger

Mentale behoeftes

Voorlichting

- Persoonlijke begeleiding
- Hulpvraag vanuit mantelzorger
- Ouderenadviseur geeft tips

Fysieke behoeftes

- Geen mantelzorgtaken uit handen nemen

Praktische taken overnemen

- Bij erkenning gemeente → professionele hulp
- Respijt zorg
- Zorg in natura
- Huishoudelijke hulp
- Boodschappen
- Financiële administratie

Deelvraag 2

Veilig thuis wonen

Beleving

- Geen labels

Oorzaken niet veilig thuis wonen

- Geen labels

Deelvraag 3

Professionele hulpverlening

Thuiszorg

- Voorkoming mantelzorger overbelast

Gemeente

- WMO adviseur kijkt naar oplossingen
- Domotica
- Bewegingsdetectiecamera
- Matje alarm uit bed
- Apparaat dat melding uitzendt bij weglopen

Persoonsalarmering
Woningaanpassingen
Ouderenadviseur inzetten
Gemeente compenseert mantelzorgers

Informeel netwerk

Buren inschakelen
Buurt slim inzetten
Ander koffiezetapparaat regelen
Gaskraan uitdraaien

Bijlage 5 Beoordelingsformulieren literatuur

Referentie	<i>Geef de volledige referentie van het artikel (d.w.z.: auteurs (jaartal), titel, tijdschrift, jaargang, pagina's</i> Kajiyama, B., Thompson, L.W., Eto-Iwase, T., Yamashita, M., Di Mario, J., Tzuang, Y.M., & Gallagher-Thompson, D. (2013). Exploring the effectiveness of an Internet-Based Program for reducing caregiver distress using the iCare Stress Management e-Training Program. <i>Aging & Mental Health</i> , 17 (05), 544-554.
Doelstelling onderzoek Is de doelstelling helder beschreven? ☒ Ja x ☐ Nee	<i>Beschrijf de doelstelling van het onderzoek. Hoe is het onderzoek van toepassing op je eigen onderzoeksvraag?</i> De doelstelling van dit onderzoek is om te achterhalen of het iCare trainingsprogramma daadwerkelijk de resultaten behaalt als beschreven. Dus zorgt het voor verminderde stress, depressie en verhoogt het de kwaliteit van leven voor de mantelzorger.
Literatuur Is relevante achtergrond literatuur gebruikt? ☒ Ja x ☐ Nee	<i>Beschrijf de motivering voor de noodzaak van dit onderzoek:</i> Er zijn meerdere internet based programma's voor mantelzorger, echter is deze evidence based goed onderbouwd. Er wordt in dit onderzoek ook veel verwezen naar eerdere literatuur van de onderzoekers.
Design* Is het onderzoeksdesign genoemd? ☒ Ja ☐ Nee x Type design ☒ Dwarsdoorsnede ☐ Case control study ☐ Cohortonderzoek ☐ RCT onderzoek ☐ Quasi-experiment ☐ Voor- en nameting ☐ Panelstudie	<i>Omschrijf het onderzoeksdesign</i> Het onderzoeksdesign is niet beschreven. Door de gegevens te vergelijken met de verschillende onderzoeken die onderaan dit formulier staan beschreven blijkt dit om een RCT onderzoek te gaan.

Steekproef/populatie

N = 150

Is de steekproef gedetailleerd beschreven?

- ♦ Ja
- ♦ Nee x

Is de steekproef grootte onderbouwd?

- ♦ Ja x
- ♦ Nee

Wie vormden de steekproef/populatie (karakteristieken; hoe groot, welke setting?) Indien er meer dan een groep is, zijn de groepen vergelijkbaar? Waar liggen eventuele verschillen? Er is slechts een zin toegewezen aan de steekproef. Namelijk: "CGs were randomly assigned to the ICC condition (N=75) or the EOC condition (N=75)."

De grootte van het aantal participanten is wel beschreven. Ook is er in een schema overzicht gemaakt waarom sommige participanten toch niet mee mochten doen met het onderzoek.

*Is er toestemming van een ethische commissie om het onderzoek uit te voeren verkregen?
Dit staat niet beschreven in het artikel*

Uitkomstmaat

Zijn de gebruikte meetinstrumenten beschreven?

- ♦ Ja x
- ♦ Nee

Zijn de gebruikte instrumenten valide en betrouwbaar?

- ♦ Ja
- ♦ Nee
- ♦ Niet beschreven x

*Geef de vorm van data verzamelen aan (d.w.z. voorafgaand, na, tijdens de studie/interventie)
Er wordt gebruik gemaakt verschillende meetinstrumenten. Dit zijn; Perceived Stress Scale (PSS), Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC). Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) en als laatste Perceived Quality of Life (PQOL).*

*Resultaatgebieden/ uitkomstmaten (bijv. zelfzorg, pijn, enz.) Waarop wilde men een effect meten?
Op depressie, moeite door omgang met moeilijk gedrag, en kwaliteit van leven.*

Lijst van meetinstrumenten m.b.t. de uitkomstmaten - bestaande meetinstrumenten PSS, RMBPC, CESD, PQOL

- zelf ontworpen instrumenten

Interventie

Is de interventie gedetailleerd beschreven?

- ♦ Ja x
- ♦ Nee

*Geef een korte beschrijving van de interventie (focus, wie heeft het uitgevoerd, hoe vaak, in welke setting?). Kan de interventie exact worden herhaald in de eigen praktijk?
Interventie zelf: begint met informatie over dementie, een les over omgaan met stress met technieken erbij, stress management. Tussen deze verschillende lessen zitten 7 tot 10 dagen. Mensen voeren dit thuis uit. De informatie wordt via korte videobeelden geïllustreerd. Aan het einde van elke les werd er aan de mantelzorgers gevraagd om een eigen individueel actieplan op te stellen.*

Resultaten

Resultaten zijn beschreven in termen van statistische significantie?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Wat zijn de resultaten? Zijn deze statistisch significant (d.w.z een $p < 0.05$)? Indien niet significant, is het verschil gevonden dan groot genoeg om een belangrijk verschil te zijn? De groep die de lessen ontving die $p = .003$. Dit is een groot verschil.

Is de methode van gegevens analyse helder beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Klinische relevantie is beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Wat is het klinische belang van de resultaten? Is het verschil betekenisvol voor de beroepspraktijk? Dit betekent dat de hypothese die aan het begin van het onderzoek is gesteld klopt.

Uitval is beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Zijn er deelnemers vroegtijdig gestopt met de studie? Waarom? Zijn er redenen voor gegeven? Duidelijk aangegeven wat de redenen zijn, zoals het overlijden van de client.

Conclusie, discussie en implicaties

Conclusies zijn terecht geformuleerd op basis van de resultaten en onderzoeksmethode

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Wat zijn de conclusies van dit onderzoek? Wat zijn de implicaties van deze resultaten voor de praktijk? Wat zijn de belangrijkste beperkingen in deze studie? De hypothese is bevestigd. Er is echter geen apart hoofdstuk toegewijd aan de conclusie. Wel is er in het hoofdstuk van resultaten en discussie aandacht besteed aan de interpretatie daarvan.

Totaalscore 10

Elk antwoord met Ja geeft 1 punt. Hoe hoger de score hoe beter het onderzoek beschreven is.

Referentie	<i>Geef de volledige referentie van het artikel (d.w.z: auteurs (jaartal), titel, tijdschrift, jaargang, pagina's</i> Horvath, K.J., Trudeau, S.A., Rudolph, J.L., Trudeau, P.A., Duffy, M.E., & Berlowitz, D. (2013). Clinical Trial of a Home Safety Toolkit for Alzheimer's Disease. <i>International Journal of Alzheimer's Disease</i>, 11.
Doelstelling onderzoek Is de doelstelling helder beschreven? ☐ Ja x ☐ Nee	<i>Beschrijf de doelstelling van het onderzoek. Hoe is het onderzoek van toepassing op je eigen onderzoeksvraag?</i> Het doel van dit onderzoek was om te testen, hoe een home safety toolkit (HST), de competenties van de mantelzorger kon bevorderen om zelf woningaanpassingen door te voeren waardoor de dementerende oudere veiliger thuis woont.
Literatuur Is relevante achtergrond literatuur gebruikt? ☐ Ja x ☐ Nee	<i>Beschrijf de motivering voor de noodzaak van dit onderzoek:</i> De onderzoeker onderbouwt met literatuur wat de noodzaak is; namelijk steeds meer dementerende ouderen alleen thuis, door onveilig thuis wonen overlijden er jaarlijks een x aantal ouderen. Dit probleem blijft stijgen. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar dit soort interventie.
Design* Is het onderzoeksdesign genoemd? ☐ Ja x ☐ Nee Type design ☐ Dwarsdoorsnede ☐ Case control study ☐ Cohortonderzoek ☐ RCT onderzoek x ☐ Quasi-experiment ☐ Voor- en nameting ☐ Panelstudie	<i>Omschrijf het onderzoeksdesign</i> Het onderzoek is een gerandomiseerde gecontroleerde trial. Er is een controlegroep (n=48) en een groep die HST ontving bestond uit (n=60). Er werd een baseline gemeten door middel van een enquête, en daarna een follow up van 12 weken.

Steekproef/populatie

N = 150

Is de steekproef gedetailleerd beschreven?

- ♦ Ja x
- ♦ Nee

Is de steekproef grootte onderbouwd?

- ♦ Ja x
- ♦ Nee

Wie vormden de steekproef/populatie (karakteristieken; hoe groot, welke setting?) Indien er meer dan een groep is, zijn de groepen vergelijkbaar? Waar liggen eventuele verschillen?

De inclusiecriteria voor participanten waren: Diagnose alzheimer, score van 24 of minder MMSE, verwachting nog voorlopig 6 maanden thuis te blijven wonen, ze moesten in staat zijn om zelfstandig te kunnen bewegen in hun omgeving. Bij de exclusiecriteria staat beschreven dat de mensen die alleen wonen geexclueerd zijn omdat de deze problematieken te complex zijn, daarnaast is er niemand de gehele dag kan observeren. Er wordt gebruik gemaakt van een computer om de participanten uit te kiezen. Daarnaast worden de brieven afgesloten opgestuurd.

Is er toestemming van een ethische commissie om het onderzoek uit te voeren verkregen?

Ja, The Institutional Review Boards (IRB) van het Bedford VAMC, VA Boston Healthcare System heeft dit onderzoek goedgekeurd.

Uitkomstmaat

Zijn de gebruikte meetinstrumenten beschreven?

- ♦ Ja x
- ♦ Nee

Geef de vorm van data verzamelen aan (d.w.z. voorafgaand, na, tijdens de studie/interventie)

De enquête werd zowel in het begin, als bij de 12 weekse follow up thuis afgenomen.

Zijn de gebruikte instrumenten valide en betrouwbaar?

- ♦ Ja x
- ♦ Nee
- ♦ Niet beschreven

Resultaatgebieden/ uitkomstmaten (bijv. zelfzorg, pijn, enz.) Waarop wilde men een effect meten?

Mantelzorger self-efficacy, de stress op de mantelzorger, de veiligheid thuis en welke riskante gedragingen en ongevallen de dementerende oudere overkwam.

Lijst van meetinstrumenten m.b.t. de uitkomstmaten – MMSE, PSMS, FAQ, RSCS, MBRC, MOS-SSS, RBQ, HSC,

- zelf ontworpen instrumenten

Interventie

Is de interventie gedetailleerd beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Geef een korte beschrijving van de interventie (focus, wie heeft het uitgevoerd, hoe vaak, in welke setting?). Kan de interventie exact worden herhaald in de eigen praktijk?
De experiment groep ontving: de Home Safety Toolkit, waarin het boek "Keep the home safe for a person with memory loss" zat. Daarnaast kregen zij een grote zak met allerlei goedkope woningaanpassingen.
De controlegroep kreeg een blad met daarop kort interventies beschreven hoe zij het huis veiliger konden maken.

Resultaten

Resultaten zijn beschreven in termen van statistische significantie?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Is de methode van gegevens analyse helder beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Klinische relevantie is beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Wat zijn de resultaten? Zijn deze statistisch significant (d.w.z een $p < 0.05$)? De resultaten bij hypothese 1 zijn: Bevestigd, mantelzorgers in de experiment groep hebben de veiligheid thuis erg vergroot ($P < 0.000$). Ook is de self-efficiency vergroot ($P < 0.002$). Ook hebben de mantelzorgers minder last van stress ($P < 0.000$) dan de controle groep. Ook hypothese 2 is bevestigd; de dementerende ouderen die meededen in de experiment groep, hadden veel minder onveilig gedrag ($P < 0.000$) dan die in de controle groep.

Wat is het klinische belang van de resultaten? Is het verschil betekenisvol voor de beroepspraktijk? De resultaten zijn veelbelovend. Echter is de relatief kleine sample size een kanttekening om deze gegevens te generaliseren.

Uitval is beschreven? ♦ Ja x ♦ Nee	<i>Zijn er deelnemers vroegtijdig gestopt met de studie? Waarom? Zijn er redenen voor gegeven? Dit is vermeld in de tekst. Er zijn weinig uitvallers. 15% voldeed uiteindelijk niet meer aan de inclusiecriteria gedurende het onderzoek vorderde. Zij werden dan ook geexclueerd.</i>
Conclusie, discussie en implicaties Conclusies zijn terecht geformuleerd op basis van de resultaten en onderzoeksmethode ♦ Ja x ♦ Nee	<i>Wat zijn de conclusies van dit onderzoek? Wat zijn de implicaties van deze resultaten voor de praktijk? Wat zijn de belangrijkste beperkingen in deze studie?</i> De HST is een praktische interventie die mantelzorger' self effeciacy bevorderen. Ook ervaren zij minder stress. En wordt de veiligheid van de thuissituatie vergroot. Door de beperkte sample size zijn deze gegeven echter niet te generaliseren. Er zal meer en een groter onderzoek gedaan moeten worden om dit goed te bevestigen.
Totaalscore 13	Elk antwoord met Ja geeft 1 punt. Hoe hoger de score hoe beter het onderzoek beschreven is.

Referentie	Lindqvist, E., Nygard, L., & Borell, L. (2013). Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive technology in Alzheimer's disease. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 20, 386-396.
Doelstelling onderzoek Is de doelstelling helder beschreven? * Ja x * Nee	<i>Het doel van het onderzoek was om te beschrijven hoe personen met beginnend alzheimer gebruikers werden van assistive technology (AT). Daarnaast wilde ze erachter komen wat het gebruik van AT de dementerende oudere (en mantelzorger) heeft gebracht.</i> <i>Mijn deelvraag gaat over de best practice technologische oplossingen. In dit onderzoek zullen verschillende AT oplossingen worden benoemd.</i>
Literatuur Is relevante achtergrond literatuur gebruikt? * Ja x * Nee	<i>Alzheimer wordt een steeds groter probleem, omdat het aantal blijft stijgen. Steeds meer vroeg gediagnosticeerde mensen met alzheimer leven nog een actief leven. Door AT hopen zij dit actieve leven te blijven leven. De kennis die nog ontbreekt is hoe deze vroeg gediagnosticeerde mensen met alzheimer gebruik kunnen maken van AT.</i> <i>Hoe is deze studie van toepassing in jou praktijk en/of jouw onderzoeksvraag?</i> <i>Mijn studie gaat over mensen met alzheimer die thuis wonen. In dit onderzoek zal er gekeken worden hoe mensen met alzheimer met AT omgaan. Maar ook zullen verschillende voorbeelden worden genoemd van AT. Dit kan ik dan weer benoemen als antwoord op mijn deelvraag.</i>
Design* Is het onderzoeksdesign genoemd? * Ja x * Nee Type design * Phenomenology * Etnografie * Grounded Theory x * Participerende observatie/actie onderzoek	<i>Omschrijf het onderzoeksdesign in eigen woorden:</i> <i>Het longitudinal design wordt gebruikt. Dit betekent dat er de verschillende participanten een AT technologie kregen toegewezen. En door middel van semi gestructureerde interviews en een follow up van 6 maanden werd er geobserveerd hoe de participant hiermee omging.</i>
Is het theoretisch kader beschreven? * Ja * Nee x	<i>Beschrijf in eigen woorden het theoretische of filosofische perspectief voor deze studie, of wel het perspectief van de onderzoeker:</i> <i>Het perspectief van de onderzoeker vind ik niet duidelijk naar voren komen in het onderzoek.</i>

Gebruikte methode van dataverzameling

- * Participerende observatie
- * Interviews x
- * Dossieronderzoek *
- Focus groepen
- * Anders nl
- observaties, reflecties en conversaties tijdens de huisbezoeken

Beschrijf de gebruikte methode(n) van dataverzameling om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Er werden semi gestructureerde interviews gehouden. Ook werden zogenoemde "field notes" opgeschreven. Deze field notes bestonden uit observaties, reflecties en conversaties tijdens de huisbezoeken.

Steekproeftrekking

Is de methode van steekproeftrekking zorgvuldig beschreven?

- * Ja
- * Nee x

Beschrijf de gebruikte methode van steekproeftrekking (hoe is men aan de deelnemers gekomen?). Is deze methode passend en zorgvuldig?

Er is geen steekproeftrekking gedaan. De participanten werden gekozen op basis van inclusiecriteria. Omdat er zo weinig participanten aanwezig waren is ervoor gekozen om ze allemaal te gebruiken.

Wie vormden de steekproef/populatie? Zijn de deelnemers beschreven? Past deze groep deelnemers bij je eigen doelgroep?
De inclusiecriteria werden aangehouden. Er is een duidelijk tabel opgesteld waarin de deelnemers zijn beschreven. Dit werd gedaan op basis van; male/female, age, living condition, profession, MMSE score en SO working

Was de steekproef grootte van tevoren vastgesteld of ging men door tot data verzadiging was bereikt?

- * Ja
- * Nee
- * Niet beschreven x

Is informend constant verkregen?

Heeft men de deelnemers en/of een ethische commissie om toestemming gevraagd?

- * Ja x
- * Nee
- * Niet beschreven

De deelnemers zijn eerst zowel schriftelijk als face-to-face toegelicht over de studie. Zowel de partner als de dementerende zelf heeft toestemming gegeven. Zij mochten op elk moment hun toestemming intrekken.

Data verzameling	<i>Beschrijf de context van de studie. Is dit voldoende voor het begrijpen van het 'totaal' plaatje?</i>
Wordt helder beschreven de:	Alle interviews vonden thuis plaats. Met hun partners, als zij er niet fysiek bij konden zijn werden ze gebeld.
Locatie/achtergrond:	De rol van de onderzoeker werd niet benoemd.
* Ja x	
* Nee	
Deelnemers:	
* Ja x	
* Nee	
Rol van de onderzoeker en diens relatie met de deelnemers:	
* Ja	
* Nee x	
Identificatie van de interpretaties en mogelijke vooroordelen van de onderzoeker:	<i>Welke gegevens mis je en hoe beïnvloedt dat je begrip van het onderzoek?</i>
* Ja	De rol van de onderzoeker en diens relatie is niet beschreven en kan wel belangrijk zijn. Ook identificeert de onderzoeker zijn eigen vooroordelen niet. Hij benoemt ze ook niet in de discussie.
* Nee x	
Procedurele fouten:	<i>Geven de onderzoekers voldoende informatie over de manier van dataverzameling zoals o.a. het verkrijgen van toegang tot de setting, het maken van aantekeningen, het trainen van bijv. interviewers enz. Beschrijf of er zich onregelmatigheden hierin hebben voorgedaan.</i>
Zijn er fouten gemaakt in de manier waarop men de data heeft verzameld?	Ze hebben bij het kopje dataverzameling duidelijk uitgelegd hoe zij de interviews hebben gedaan. Ook beschrijven zij de randvoorwaarden die zij hebben gehanteerd. Daarnaast hebben ze de resultaten gepresenteerd in een tabel in de tekst.
* Ja	
* Nee x	
Data analyse	<i>Beschrijf de methode waarop de data worden geanalyseerd. Zijn deze methode geschikt? Wat zijn de belangrijkste bevindingen?</i>
De data analyse is op basis van een logische gevolgtrekking	Er staat beschreven dat er in de eerste stap een constante vergelijking benadering is gebruikt in het analyseren van de interviews. Er zijn kleine samenvattingen geschreven die dicht bij de tekst stonden. Dit zorgt voor betere kwaliteit, en minder vooroordelen. Om de kwaliteit nog meer te verhogen zijn de codes herzien.
* Ja * x Nee	
Zijn de bevindingen consistent met de data?	
* Ja x	
* Nee	
Controleerbaarheid	<i>Beschrijf de beslissingen van de onderzoeker. Heeft hij codes/thema's geïdentificeerd? Zijn deze codes/thema's logisch af te leiden en passend?</i>
Wordt het proces van data analyse zorgvuldig beschreven?	Zoals hierboven beschreven heeft de onderzoeker vertelt hoe hij de kwaliteit van het coderen zo hoog mogelijk heeft gehouden.
* Ja x	
* Nee	

Theoretische verbindingen

Ontstaat er uit het onderzoek een betekenisvol plaatje over het onderwerp van het onderzoek?

* Ja

* Nee x

Conclusies en implicaties

De conclusies passen bij de resultaten van de studie:

* Ja * x Nee

De resultaten dragen bij aan ontwikkeling van theorie of verder inzicht over een fenomeen.

* Ja x

* Nee

Hoe worden de concepten/thema's gevonden in de studie verhelderd en verfijnd? Worden onderlinge relaties duidelijk gemaakt? Beschrijf het plaatje wat er ontstaat:

Ik vind dat de onderzoeker zijn thema's niet verder heeft verhelderd en verfijnd. Hij kon dit nog met meer literatuur onderbouwen.

Wat is de conclusie van de studie? Wat zijn de implicaties van de bevindingen voor de praktijk en voor verder onderzoek? Wat waren de belangrijkste beperkingen van dit onderzoek?

De conclusie is dat er in dit onderzoek is gebleken welke belangrijke beslissingen hebben geleid tot of zij gebruikers van AT werden.

Er wordt in de discussie duidelijk verteld dat deze onderzoeksresultaten niet te generaliseren zijn. Omdat de groep van tien participanten daarvoor te klein is. Ze noemen wel dat dit bij heeft gedragen tot de beeldvorming van dit onderwerp.

Elk antwoord met een 'Yes' geeft een punt.

TOTAALSCORE= 11/20

Home Modifications for People With Alzheimer's Disease : A scoping Review.

A measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR)

Supplement to: Beverley Shea, Neil Andersson, David Henry. **Increasing the demand for childhood vaccination in developing countries: a systematic review.** *BMC International Health and Human Rights* 2009, 9(Suppl 1):S5 doi:10.1186/1472-698X-9-S1-S5

1. Was a priori design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? A priori methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomised, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
11. Was the conflict of interest included? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

International Perspectives on Non Pharmacological Best Practices for Dementia Family Caregivers: A Review

A measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR)

Supplement to: Beverley Shea, Neil Andersson, David Henry. **Increasing the demand for childhood vaccination in developing countries: a systematic review.** *BMC International Health and Human Rights* 2009, 9(Suppl 1):S5 doi:10.1186/1472-698X-9-S1-S5

1. Was a priori design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.	☐ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☒ Not applicable
3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? A priori methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomised, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).	☐ Yes ☐ No ☒ Can't answer ☐ Not applicable
11. Was the conflict of interest included? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

Technology Studies to meet the needs of people with Dementia and their caregivers: A literature Review.

A measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR)

Supplement to: Beverley Shea, Neil Andersson, David Henry. **Increasing the demand for childhood vaccination in developing countries: a systematic review.** *BMC International Health and Human Rights* 2009, 9(Suppl 1):S5 doi:10.1186/1472-698X-9-S1-S5

1. Was a <i>priori</i> design provided? The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
2. Was there duplicate study selection and data extraction? There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
3. Was a comprehensive literature search performed? At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g. Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
5. Was a list of studies (included and excluded) provided? A list of included and excluded studies should be provided.	☒ Yes ☐ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
6. Were the characteristics of the included studies provided? In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g. age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? A priori methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomised, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable; to assess their homogeneity (i.e. Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e. is it sensible to combine?).	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
10. Was the likelihood of publication bias assessed? An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test).	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable
11. Was the conflict of interest included? Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.	☐ Yes ☒ No ☐ Can't answer ☐ Not applicable

Referentie	<i>Geef de volledige referentie van het artikel (d.w.z: auteurs (jaartal), titel, tijdschrift, jaargang, pagina's</i> Riikonen, M., Paavilainen, E., & Salo, H. (2013). Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia. <i>Technology and Disability</i>, 233-243.
Doelstelling onderzoek Is de doelstelling helder beschreven? * Ja x * Nee	<i>Beschrijf de doelstelling van het onderzoek. Hoe is het onderzoek van toepassing op je eigen onderzoeksvraag?</i> De doelstelling van dit onderzoek was om te achterhalen welke factoren bijdragen tot het gebruik van technologische oplossingen in het dagelijkse leven van mensen met alzheimer
Literatuur Is relevante achtergrond literatuur gebruikt? * Ja x * Nee	<i>Beschrijf de motivering voor de noodzaak van dit onderzoek, wat is helder en welke kennis ontbreekt nog voor aanvang van deze studie?</i> Er is nog weinig inzicht welke factoren ertoe bijdragen dat een dementerende zorgvrager technologische oplossingen gebruiken in het dagelijkse leven.
	<i>Hoe is deze studie van toepassing in jou praktijk en/of jouw onderzoeksvraag?</i> Mijn onderzoeksvraag gaat over best practice technologische oplossingen voor dementerende ouderen die alleen thuis wonen. Door in de beantwoording op deze vraagstelling enkele voorbeelden te noemen, kan ik een kanttekening plaatsen door te kijken welke factoren ertoe bijdragen dat zij deze technologieën ook echt gebruiken.
Design* Is het onderzoeksdesign genoemd? * Ja x * Nee Type design * Phenomenology * Etnografie x * Grounded Theory * Participerende observatie/actie onderzoek	<i>Omschrijf het onderzoeksdesign in eigen woorden:</i> Er worden in deze studie 25 personen met dementie gevolgd. Door middel van open interviews, notities gebaseerd op de personen, geparticipeerde observaties en gestructureerde vragenlijst voor de familieleden.
Is het theoretisch kader beschreven? * Ja x * Nee	<i>Beschrijf in eigen woorden het theoretische of filosofische perspectief voor deze studie, of wel het perspectief van de onderzoeker:</i> De onderzoeker benoemt duidelijk zijn keus voor het type design. Licht hierbij ook het belang van etnografisch onderzoek met betrekking tot dit onderzoek uit.

Gebruikte methode van dataverzameling

- * Participerende observatie x
- * Interviews x
- * Dossieronderzoek *
- Focus groepen
- * Anders nl.....

Beschrijf de gebruikte methode(n) van dataverzameling om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Zoals hierboven genoemd; open interviews, notities gebaseerd op de personen, geparticipeerde observaties en gestructureerde vragenlijst voor de familieleden.

Steekproeftrekking

Beschrijf de gebruikte methode van steekproeftrekking (hoe is men aan de deelnemers gekomen?). Is deze methode passend en zorgvuldig?

Is de methode van steekproeftrekking zorgvuldig beschreven?

Er is geen steekproefmethode gebruikt.

- * Ja
- * Nee x

Wie vormden de steekproef/populatie? Zijn de deelnemers beschreven? Past deze groep deelnemers bij je eigen doelgroep?
25 deelnemers. Uit zes verschillende regio's in Finland. Inclusie; Alzheimer, alleen thuis wonen.

Was de steekproef grootte van tevoren vastgesteld of ging men door tot data verzadiging was bereikt?

- * Ja
- * Nee
- * Niet beschreven x

Is informend consent verkregen?

De deelnemers hebben een informed consent getekend. Daarnaast heeft het lokale ziekenhuis toestemming gegeven voor dit onderzoek.

Heeft men de deelnemers en/of een ethische commissie om toestemming gevraagd?

- * Ja x
- * Nee
- * Niet beschreven

Data verzameling	<i>Beschrijf de context van de studie. Is dit voldoende voor het begrijpen van het 'totaal' plaatje?</i>
Wordt helder beschreven de:	
Locatie/achtergrond:	De data-analyse staat vermeld in de methode. Er is niet gebruik gemaakt van aparte kopjes. Dit maakt het zoeken naar de context van de studie lastig. Er staat wel duidelijk beschreven hoe zij aan hun data komen, en hoe ze dat geïnterpreteerd hebben.
* Ja x	
* Nee	
Deelnemers:	
* Ja x	
* Nee	
Rol van de onderzoeker en diens relatie met de deelnemers:	
* Ja	
* Nee x	
Identificatie van de interpretaties en mogelijke vooroordelen van de onderzoeker:	<i>Welke gegevens mis je en hoe beïnvloedt dat je begrip van het onderzoek?</i> Ik mis geen deel van de data.
* Ja	
* Nee x	
Procedurele fouten:	<i>Geven de onderzoekers voldoende informatie over de manier van dataverzameling zoals o.a. het verkrijgen van toegang tot de setting, het maken van aantekeningen, het trainen van bijv. interviewers enz. Beschrijf of er zich onregelmatigheden hierin hebben voorgedaan.</i>
Zijn er fouten gemaakt in de manier waarop men de data heeft verzameld?	Ze hebben dit duidelijk kunnen verworden in hun methodiek. De enige procedurele fout die ik zou toekennen is het feit dat ze de data-analyse niet onder een apart kopje hebben gezet. Dit maakt het vinden van deze uitleg lastig in de brei van data.
* Ja	
* Nee x	
Data analyse	<i>Beschrijf de methode waarop de data worden geanalyseerd. Zijn deze methode geschikt? Wat zijn de belangrijkste bevindingen?</i>
De data analyse is op basis van een logische gevolgtrekking	Er is een inductieve kijk gebruikt. Er zijn codes gebruikt dicht bij de tekst. Deze zijn later gecategoriseerd. Er zijn twee transcripten door laten lezen door mantelzorgers, leden van het onderzoeksteam, en andere experts. Zij gaven constructieve feedback op de manier van coderen.
* Ja * x Nee	
Zijn de bevindingen consistent met de data?	
* Ja x	
* Nee	
Controleerbaarheid	<i>Beschrijf de beslissingen van de onderzoeker. Heeft hij codes/thema's geïdentificeerd? Zijn deze codes/thema's logisch af te leiden en passend?</i>
Wordt het proces van data analyse zorgvuldig beschreven?	Er staat duidelijk beschreven waar hij de grens trekt. Ook benoemt hij dat andere experts ernaar gekeken hebben waardoor de kwaliteit en controleerbaarheid van het onderzoek zijn vergroot.
* Ja x	
* Nee	

Theoretische verbindingen

Ontstaat er uit het onderzoek een betekenisvol plaatje over het onderwerp van het onderzoek?

* Ja x

* Nee

Conclusies en implicaties

De conclusies passen bij de resultaten van de studie:

* Ja * x Nee

De resultaten dragen bij aan ontwikkeling van theorie of verder inzicht over een fenomeen.

* Ja x

* Nee

Hoe worden de concepten/thema's gevonden in de studie verhelderd en verfijnd? Worden onderlinge relaties duidelijk gemaakt? Beschrijf het plaatje wat er ontstaat:

Uit de resultaten blijken vier onderwerp belangrijk te zijn. Deze zijn als eerste vermeld in de methode. En onder het kopje resultaten zijn ze per onderwerp beschreven. Ze refereren ook terug naar hun onderzoek tijdens het uitleggen van de resultaten.

Wat is de conclusie van de studie? Wat zijn de implicaties van de bevindingen voor de praktijk en voor verder onderzoek? Wat waren de belangrijkste beperkingen van dit onderzoek?

De conclusie van dit onderzoek is dat de belangrijkste factor tot het implementeren van deze technologieën in het dagelijkse leven van dementerende ouderen; een goed georganiseerd sociaal netwerk. Daarnaast is het stadium van de alzheimer erg belangrijk, verschillende stadia hebben verschillende invloeden op het implementeren van deze technologieën. De derde belangrijke factor is de persoonlijkheid. Zowel van de dementerende oudere als het sociale netwerk eromheen. Als de attitude en motivatie er niet is, zal dit impact hierop hebben. Begeleiding is het vierde element dat veel invloed heeft op het implementeren.

Elk antwoord met een 'Yes' geeft een punt.

TOTAALSCORE= 13/20

Referentie	<i>Geef de volledige referentie van het artikel (d.w.z: auteurs (jaartal), titel, tijdschrift, jaargang, pagina's</i> Mao, H. F., Chang, L. H., Yao, G., Chen, W. Y., & Huang, W. (2015). Indicators of perceived useful dementia care assistive technology: Caregivers' perspectives. <i>Geriatrics Gerontology International</i>, 15, 1049-1057.
Doelstelling onderzoek Is de doelstelling helder beschreven? ☒ Ja x ☐ Nee	<i>Beschrijf de doelstelling van het onderzoek. Hoe is het onderzoek van toepassing op je eigen onderzoeksvraag?</i> <i>De doelstelling is om uit te zoeken wat de content-specifieke beleving van de mantelzorger is op de bruikbaarheid van de AT devices. En het professionele perspectief van de bruikbaarheid voor dementerende ouderen die thuis wonen.</i>
Literatuur Is relevante achtergrond literatuur gebruikt? ☒ Ja x ☐ Nee	<i>Beschrijf de motivering voor de noodzaak van dit onderzoek:</i> De noodzaak van dit onderzoek ligt op het punt dat er uit de literatuur blijkt dat mantelzorgers een belangrijke rol spelen in het implementeren van AT. Door inzage te krijgen in hun beleving van bruikbaarheid van verschillende AT apparaten kun je hier beter op inspelen.
Design* Is het onderzoeksdesign genoemd? ☒ Ja ☐ Nee x Type design ☒ Dwarsdoorsnede x ☐ Case control study ☐ Cohortonderzoek ☐ RCT onderzoek x ☐ Quasi-experiment ☐ Voor- en nameting ☐ Panelstudie	<i>Omschrijf het onderzoeksdesign</i> Ook wordt het onderzoeksdesign niet omschreven lijkt het te gaan om een dwarsdoorsnede onderzoek. Er wordt eenmalig iets gevraagd aan twee groepen mensen. Eerste groep zijn de familie en professionele mantelzorgers (n=76). Zij moeten beoordelen hoe goed de interventies zouden werken. De tweede groep bestaat uit 21 experts die minimaal 5 jaar ervaring hebben in de dementie zorg.

Steekproef/populatie

N = 150

Is de steekproef gedetailleerd beschreven?

- ◆ Ja
- ◆ Nee x

Is de steekproef grootte onderbouwd?

- ◆ Ja
- ◆ Nee x

Wie vormden de steekproef/populatie (karakteristieken; hoe groot, welke setting?) Indien er meer dan een groep is, zijn de groepen vergelijkbaar? Waar liggen eventuele verschillen?

De participanten voor groep 1: n=76. Gekozen vanuit een dagopvang centrum in Tapei, Taiwan.

De tweede groep: 21 experts met meer dan 5 jaar ervaring in de dementie zorg.

Is er toestemming van een ethische commissie om het onderzoek uit te voeren verkregen?

The National Taiwan University Hospital Ethics Committee heeft toestemming gegeven voor dit onderzoek.

Uitkomstmaat

Zijn de gebruikte meetinstrumenten beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Zijn de gebruikte instrumenten valide en betrouwbaar?

- ◆ Ja
- ◆ Nee
- ◆ Niet beschreven x

Geef de vorm van data verzamelen aan (d.w.z. voorafgaand, na, tijdens de studie/interventie)

Eenmalige vragenlijst. Naast de vragenlijsten zijn er ook drie mantelzorgers, drie professionals en twee dementerende mensen geïnterviewd.

Resultaatgebieden/ uitkomstmaten (bijv. zelfzorg, pijn, enz.) Waarop wilde men een effect meten?

Beleving van bruikbaarheid van de AT apparaten. Indicatoren volgens de experts tot gebruik van AT apparaten.

Lijst van meetinstrumenten m.b.t. de uitkomstmaten – CDR (clinical dementia rating) Scale,

- zelf ontworpen instrumenten

Interventie

Is de interventie gedetailleerd beschreven?

- ◆ Ja
- ◆ Nee x

Geef een korte beschrijving van de interventie (focus, wie heeft het uitgevoerd, hoe vaak, in welke setting?). Kan de interventie exact worden herhaald in de eigen praktijk?

De interventie was; Vragenlijst ingevuld door 76 respondenten. De setting is niet beschreven. Dit was een eenmalige vragenlijst. Daarnaast is voor de tweede groep (van experts) een email uitgegaan met daarin de vragen. Er is ook nog gebruik gemaakt van een deel kwalitatief onderzoek door enkele respondenten te interviewen.

Resultaten

Resultaten zijn beschreven in termen van statistische significantie?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Is de methode van gegevens analyse helder beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Klinische relevantie is beschreven?

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Wat zijn de resultaten? Zijn deze statistisch significant (d.w.z een $p < 0.05$)? De mantelzorgers geven aan dat zij de AT apparaten bruikbaar vinden dat de professionele hulpverleners. ($SD=1.21$ versus $SD=1.10$) Op basis van de resultaten van de bruikbaarheid zijn er twee tabellen opgesteld; één tabel met hoge bruikbare beleving, en één tabel met laag bruikbare beleving.

Wat is het klinische belang van de resultaten? Is het verschil betekenisvol voor de beroepspraktijk? De klinische relevantie is kort beschreven in resultaten. Echter is dit uitgebreid toegelicht in de discussie.

Uitval is beschreven?

- ◆ Ja
- ◆ Nee x

Zijn er deelnemers vroegtijdig gestopt met de studie? Waarom? Zijn er redenen voor gegeven? Dit is niet beschreven in het onderzoek. Ook is niet beschreven wat ze zouden doen als er iemand uit zou vallen.

Conclusie, discussie en implicaties

Conclusies zijn terecht geformuleerd op basis van de resultaten en onderzoeksmethode

- ◆ Ja x
- ◆ Nee

Wat zijn de conclusies van dit onderzoek? Wat zijn de implicaties van deze resultaten voor de praktijk? Wat zijn de belangrijkste beperkingen in deze studie? Over het algemeen zijn de mantelzorgers tevreden over de bruikbaarheid van de AT apparaten bij dementerende ouderen. De experts vinden dit afhangen van de bekendheid waarmee de dementerende oudere omgaat met deze AT apparaten.

Totaalscore 7

Elk antwoord met Ja geeft 1 punt. Hoe hoger de score hoe beter het onderzoek beschreven is.

Bijlage 6 zoekstrategieformulier

Zoekstrategieformulier

Hoofdvraag

1. Op welke wijze kan Buurtzorg Nederland team overbelaste mantelzorgers ondersteunen en eveneens de oudere zorgvrager, die lijdt aan alzheimer, zo lang mogelijk veilig thuis laten wonen?

Deelvraag

1. Welke wetenschappelijk bewezen interventies bestaan er om overbelaste mantelzorgers, van oudere zorgvragers die lijden aan alzheimer, te ontlasten en te begeleiden?
2. Welke wetenschappelijk bewezen interventies bestaan er om een oudere zorgvragers, die lijden aan alzheimer, veilig thuis te laten wonen?
3. Welke best practice technologische oplossingen bestaan er voor oudere zorgvragers, die lijden aan alzheimer, om langer veilig thuis te laten wonen?

Stap 1: Wat zoek ik?

Zoekwoorden	Taal 1 (Nederlands) Vrije tekstwoorden (synoniemen)	Taal 2 (Engels) Vrije tekstwoorden (synoniemen)
Deelonderwerp 1:	Overbelast, mantelzorger, interventies, begeleiden, alleen wonende alzheimer cliënten, alzheimer, zwaar overbelast,	Family caregiver, caregiver, burden, overload, strain, nursing, Alzheimer, Alzheimer's disease, dementia, living alone, guide, interventions
Deelonderwerp 2:	Interventies, veilig thuis, thuis wonen, alzheimer, alleen wonende alzheimer cliënt, alleen	Interventions, Alzheimer, Alzheimer's disease, living alone, safely, safe, dementia, danger, dangerous,
Deelonderwerp 3:	Best practice, technologie, veilig thuis wonen, alzheimer	Best practice interventions, technology, Alzheimer, safe, home

Stap 2: Hoe zoek ik?: geavanceerd zoeken inclusief booleaanse termen hier: AND/OR/NOT

bovenstaande deelonderwerpen met combinaties van zoektermen (ook trunceren en “”)
1 (“evidence based interventions” OR “evidence bas*”) AND (caregiver OR “family caregiver”) AND (strain OR burden OR overload) AND (alzheimer* OR dementia)
2 alzheimer disease AND home saf*
3 Technology AND alzheimer* disease AND home

Stap 3: Waar zoek ik?

Deelvraag 1					
Zoekvragen/zoekstr ings	Databank	Paramete rs	Aant al hits	Resultaat	Datu m
(“evidence based interventions” OR “evidence based”) AND (caregiver OR “family caregiver”) AND (strain OR burden OR overload)	Ebsco host	Full text	113	Parameters toevoegen	09-05
(“evidence based interventions” OR “evidence based”) AND (caregiver OR “family caregiver”) AND (strain OR burden OR overload)	Ebsco host	Full text, 2012-2017	70	Extra Boolean; alzheimer	09-05
(“evidence based interventions” OR “evidence bas*”) AND (caregiver OR “family caregiver”) AND (strain OR	Ebsco host	Full text, 2012-2017	19	international perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers; A review Gallagher-Thompson et al. (2012)	09-05

burden OR overload) AND (alzheimer* OR dementia)					
Evidence bas* interventions AND family caregiver* AND burden AND alzheimer*	Ebsco host	Full text, 2012-2017	2	exploring the effectiveness of an internet-based program for reducing caregiver distress using the iCare Stress Management e-Training Program Kajiyama et al. (2013)	09-05
(evidence bas* interventions) AND (caregiver OR carers OR "family caregiver") AND (strain OR burden OR overburdened) AND (alzheimer* OR dementia)	Ebsco host	Full text, 2012-2017	39	Community occupational therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID] programme): study protocol for a randomised controlled trial. Wenborn et al. (2016)	09-05
Casemanager demencie	NIVEL	-	9	CQ-index casemanagement demencie: de kwaliteit van casemanagement demencie vanuit het perspectief van de mantelzorger. Zuizewind et al. (2014)	09-05
Dementie	Loket gezond leven	Titel, erkende interventies	1	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers	09-05
	Sneeuwbal-methode			international perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers; A review → A literature review study of information and communication technology as a support for frail older people living at home and their family carers. (Magnusson et al., 2004)	14-05
	Sneeuwbal-methode			international perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers; A review→ Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults Gallagher-Thompson & Coon (2007)	10-05

	Sneeuwbal-methode			international perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers; A review→ Nonpharmacological therapies in alzheimers disease: A systematic review of Efficacy Olazaran et al. (2010)	10-05
	Sneeuwbal-methode			international perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers; A review→ Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative Gitlin et al. (2003)	10-05
	Sneeuwbal-methode			international perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers; A review→ Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with alzheimer's disease and related disorders Gitlin, Hauck, Dennis & Winter (2005)	10-05
	Sneeuwbal-methode			international perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers; A review→ Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study Gitlin et al. (2008)	10-05
	Sneeuwbal-methode		1	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers → In beweging: Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Dröes 1991	09-05

	Sneeuwbal-methode		1	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers → Amsterdamse ontmoetingscentra: Een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende ouderen en hun verzorgers Dröes & Breebaart (1994)	09-05
	Sneeuwbal-methode		1	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers → Stress, appraisal and coping Lazarus (1984)	09-05
	Sneeuwbal-methode		1	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers → A review of psychosocial models in psychogeriatrics; implications for care and research Finnema et al. (2000)	09-05
	Sneeuwbal-methode		1	Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers → Caregivers of people with alzheimers dementia: an analysis of their compliance with recommended home modifications Samson, Siam & Lavigne (2007)	09-05
	Sneeuwbal-methode			CQ-index casemanagement dementie: de kwaliteit van casemanagement dementie vanuit het perspectief van de mantelzorger. Zuizewind et al. (2014) → Landelijke evaluatie van casemanagement dementie Peeters et al. (2012)	09-05
	Sneeuwbal-methode			Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers → Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial Graff et al. (2006)	

Deelvraag 2					
Zoekvragen/zoekstrings	Databank	Parameters	Aantal hits	Resultaat	Datum
("evidence based interventions" OR "evidence bas*") AND ("home saf*" OR "saf* home") AND ("alzheimer* disease" OR dementia)	Ebsco host	Full text, 2012-2017	1	Geen goed resultaat → zoekwoorden verminderen	09-05
Interventions AND home saf* AND alzheimer* disease	Ebsco host	Full text, 2012-2017	1	Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016)	09-05
Interventions AND home saf* AND alzheimer* disease	Ebsco host	Full text, 2012-2017	1	Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016) → Predictors of adherence to a skill-building intervention in dementia caregivers Chee et al. (2007)	09-05
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: A scoping Review → Caregiver perspectives on safety in home dementia care. Lach & Chang (2007)	14-05
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016) → A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia	

				Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce & Hauck (2001)	
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016)→ Caregiver perspectives on safety in home dementia care Lach & Chang (2007)	
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016)→ Changes over one year in assistive device use and home modifications by home-based older persons with alzheimer's disease Mann, Hurren, Charvat & Tomita (1996)	09-05
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016) → Creating the movement-access continuum in home environments for dementia care Olsen, Ehrenkrantz & Hutchings (1996)	09-05
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016) → Caregivers of people with alzheimers dementia: An analysis of their compliance with recommended home modifications	09-05

				Shelden & Teaford (2002)	
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016) → Predicting participation and adherence to a home environmental intervention among family caregivers of persons with dementia Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce & Marcus (1999)	09-05
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016) → Preventing and managing indoor falls with home-based technologies in mild and moderate alzheimer's disease patients: Pilot study in a community dwelling. Tchalla et al. (2013)	09-05
	Sneeuwbal-methode			Home modifications for people with alzheimer's disease: a scoping review Struckmeyer & Pickens (2016) → Designing a "think-along dwelling" for people with dementia: A co-creation project between health care and the building services sector Hoof, Blom, Post & Bastein (2013)	09-05
alzheimer disease AND home saf*	Ebsco host	Full text, 2012-2017	5	Clinical trial of home safety toolkit for alzheimer's disease Horvath et al. (2013)	09-05

Deelvraag 3					
Zoekvragen/zoekstrings	Databank	Parameters	Aantal hits	Resultaat	Datum
Technology AND alzheimer* disease AND home	Ebsco host	Full text, 2012-2017	19	Indicators of perceived useful dementia care assistive technology: caregivers' perspectives Mao, Chang, Yao, Chen & Huang (2015)	09-05
Technology AND alzheimer* disease AND home	Ebsco host	Full text, 2012-2017	19	Experienced usability of assistive technology for cognitive support with respect to user goals Lindqvist, Larsson & Borell (2015)	09-05
Technology AND dementia AND home	Ebsco host	Full text, 2012-2017	85	Teveel resultaten	09-05
Technology AND dementia AND home AND support*	Ebsco Host	Full tekst, 2012-2017	41	Factors supporting the use of technology in daily life of home-living people with dementia. Riikonen, Paavilainen & Salo (2013)	
	Sneeuwbal-methode			Experienced usability of assistive technology for cognitive support with respect to user goals Lindqvist, Larsson & Borell (2015) → Significant junctures on the way towards becoming a user of assistive	14-05

				technology in Alzheimer's disease. Lindqvist, Nygard & Borell (2013)	
--	--	--	--	--	--

Bijlage 7 Mantelscan

Mantelscan

Datum: 13 104 / 2017

Naam organisatie: Buurthuis Nederland

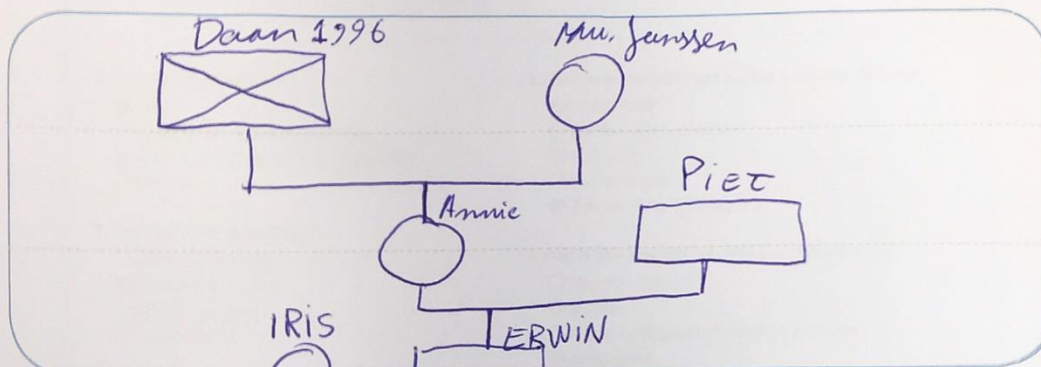
Naam medewerker: Fedor de Klerck

Naam cliënt: Mv. Janssen

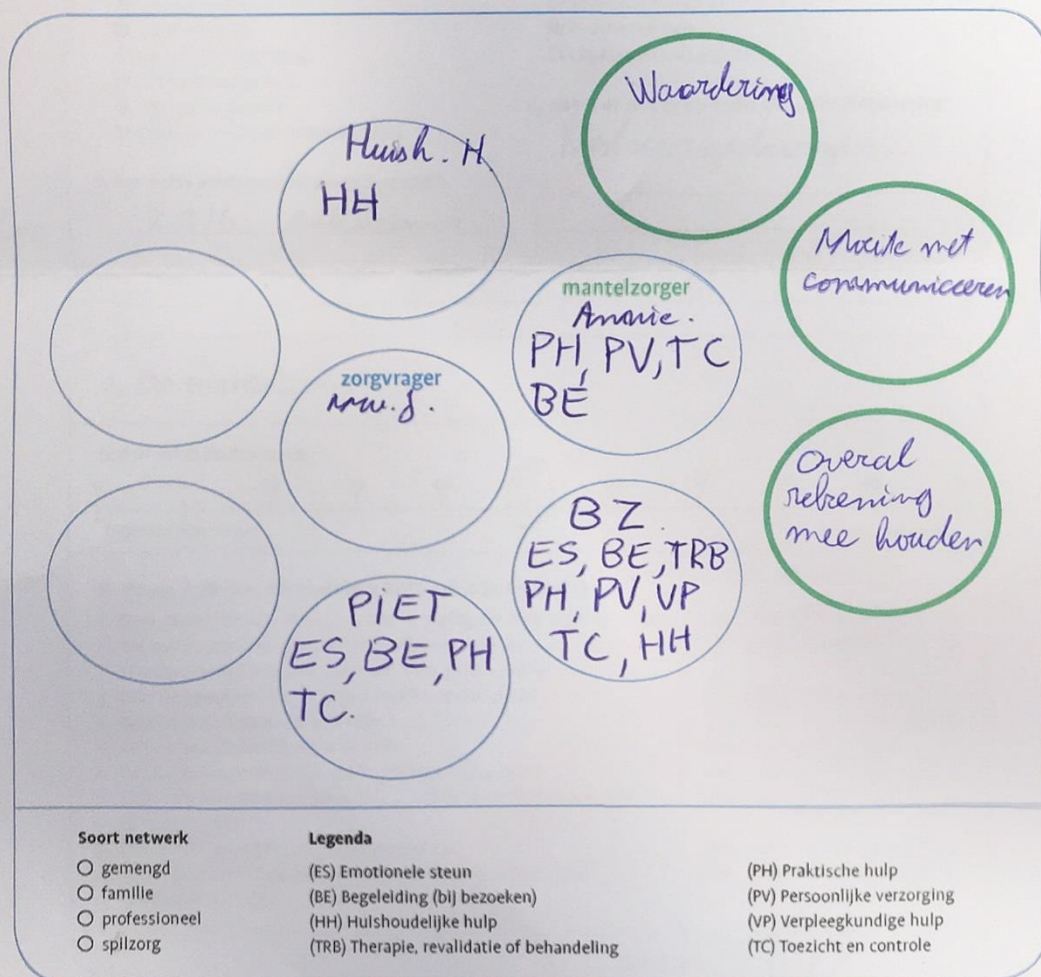
Naam/namen aanwezige mantelzorger(s):
A. Amis

www.expertisecentrummantelzorg.nl

Genogram



Ecomap - het zorgnetwerk



1. De aard van de zorgvraag

A. Waar is de zorgvrager?

- ☒ Thuis
☐ Langdurig in een zorginstelling
☐ Kortdurend in ziekenhuis/ revalidatie
☐ Anders, nl

B. Hoe vaak is er zorg nodig?

- ☐ Af en toe overdag
☒ Regelmatig overdag
☐ Continu overdag
☐ Dag en nacht

C. Welke zorg wordt verleend?

- ☒ Emotionele steun
☒ Begeleiding (bij bezoeken)
☒ Huishoudelijke hulp
☒ Praktische hulp
☒ Persoonlijke verzorging
☒ Verpleegkundige hulp
☒ Toezicht en controle
☒ Therapie, revalidatie of behandeling

D. Van welke aandoening of ziekte is sprake?

2016 Alzheimer

E. Is er een inschatting te maken over de duur van de zorgvraag?

- ☐ Enkele dagen of weken
☐ Maanden
☐ Jaar of langer
☒ Zonder zicht op eindpunt

F. Hoe is de verwachting over het ziekteproces?

- ☐ Herstel verwacht
☐ Stabiel
☐ Wisselende goede en slechte periodes
☒ Progressief
☐ Terminaal

G. Hoe voorspelbaar is het ziekteverloop?

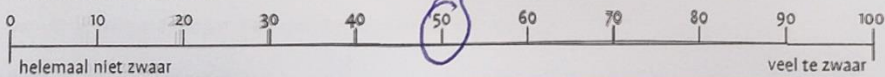
- ☐ Redelijk voorspelbaar
☒ Onzeker verloop
☐ Onplanbare crisissituaties

H. Hoe is de zorgvrager onder zijn ziekte/aandoening?

Niet door ziekte/aandoening

2. De mantelzorger

A. Self-rated burden scale:



B. Ervaren druk door informele zorg (EDIZ – dr. A.M. Pot (1995))

- Door de situatie van mijn kom ik weinig aan mijn eigen leven toe
- Het combineren van de verantwoordelijkheid van mijn en de verantwoordelijkheid voor mijn werk en/of gezin valt niet mee
- Door de betrokkenheid bij mijn doe ik anderen tekort
- Ik moet altijd klaarstaan voor mijn
- Mijn zelfstandigheid komt in de knel.
- De situatie van mijn eist voortdurend de aandacht
- Door mijn betrokkenheid bij mijn krijg ik conflicten thuis en/of op mijn werk
- De situatie van mijn laat mij nooit los.
- Ik voel me over het geheel genomen erg onder druk staan door de situatie van mijn

Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!
Nee!	Nee	min-of-meer	ja	ja!

Score:

719

C. Zijn er veranderingen in uw inkomsten en uitgaven, omdat u zorgt?

Nee

D. Wat kost u energie en waar haalt u energie uit?

Opmerking: Denk bij wat energie kost aan tijds-, ontwikkelings-, fysieke, sociale en emotionele belasting. Denk bij wat energie oplevert aan goede vrienden, ondersteuning van collega's, sport en hobby's.

Wat haal ik eruit: Waardering van mijn moeder

Wat kost energie: Moete in de communicatie
civiel rekening mee houden

Vul de drie belangrijkste uitkomsten in op de Ecomap in elk van de drie groene dikomlijnde cirkels rechtsboven.

3. Ecomap - het zorgnetwerk

Gebruik de antwoorden van A, B en C voor het invullen van de Ecomap.

Samenstelling van het netwerk

A. Hoeveel mensen zijn er bij betrokken?

- ☐ Flexibel naar behoefte
- ☐ 5 of meer vaste mensen
- ☐ ca. 3 vaste mensen
- ☐ 1 persoon

B. Hoe is de samenstelling van het netwerk?

- ☒ Naaste familie
- ☐ Vrienden, buren, kennissen, (oud) collega's
- ☐ Vrijwilligers
- ☒ Professionals

Wie doet wat? En hoe veel/vaak?

C. Ga na wie in het netwerk wat doet en vul in op de Ecomap

Samenhang en competenties

D. Hoe is de samenwerking in het netwerk?

- ☐ Het bespreken van moeilijke zaken is mogelijk
- ☐ Bespreken van moeilijke zaken wordt vermeden
- ☒ Er zijn irritaties en conflicten

E. Beschikt de familie over voldoende bureaucratische vaardigheden? Denk aan: kennis van regelingen, ondersteuning, taal beheersing (anderstaligen, ambtelijke taal, sociale vaardigheden (assertiviteit)

- ☐ Bij meerdere leden
- ☒ Bij één lid
- ☐ Te weinig