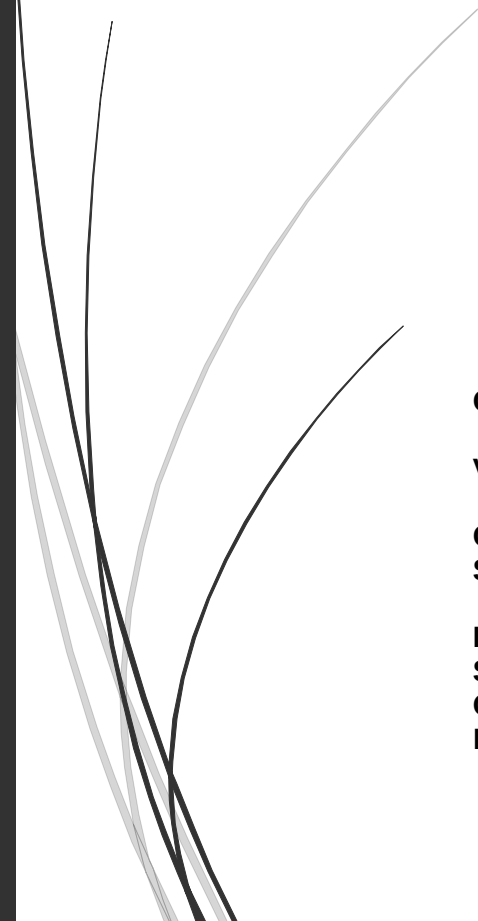


19-1-2018

De Qwiek.up als interventie bij de geagiteerde of agressieve dementerende patiënt

Afstudeeronderzoek – U3 – deeltijd

Onderzoeksverslag



Opleiding:	Hanzehogeschool Groningen – Academie voor Verpleegkunde
Vak:	Afstudeeronderzoek verpleegkunde U3 deeltijd
Osiriscode:	HVDB16AFOU3
Studenten:	Tjitske Riddersma – 298160 & Petra Reinders – 329044
Datum van inleveren:	19 januari 2018
Studiejaar:	2017 – 2018
Opdrachtgever:	Lydia Woldendorp – ZINN
Docentbegeleider:	Anneke Helder

Samenvatting

Aanleiding: Agressie en agitatie doen zich voor op de psychogeriatrische (PG) afdelingen van de opdrachtgever van dit onderzoek, Zorg In Noord Nederland (ZINN). De zorg wordt bemoeilijkt door agitatie en agressie tijdens de ADL. Dit is belastend voor cliënt en zorgverlener. De Qwiek.up is een mobiel apparaat dat afbeeldingen of filmpjes kan projecteren op de muur of op het plafond. De beelden worden ondersteund door geluiden of muziek. Een mogelijkheid is dat de Qwiek.up op iedere afdeling/woning, wordt ingezet als interventie tijdens de ADL bij cliënten met agitatie of agressie. De Qwiek.up wordt gezien als mogelijke interventie om de zorg tijdens de ADL makkelijker te laten verlopen.

Theoretisch kader: Gedragsproblemen bij dementie blijken in belangrijke mate het functioneren, de snelheid van cognitief verval en kwaliteit van leven te bepalen. Agitatie is een vorm van probleemgedrag. Agressie is de meest extreme vorm van agitatie. Bij probleemgedrag komt in 20% van de gevallen ook agressief gedrag voor. Uit onderzoek blijkt dat muziekinterventies effectief zijn in het geval van agitatie bij mensen met dementie. De Qwiek.up is eenvoudig in gebruik en kan bijvoorbeeld ingezet worden voor plafond- en muurprojecties tijdens de ADL.

Doelstelling: De doelstelling van het onderzoek is het geven van advies over het inzetten, en implementeren van de Qwiek.up tijdens de ADL van dementerenden, om zorgsituaties met agressie of agitatie te verminderen en de Qwiek.up te integreren in het zorgplan.

Vraagstelling: Wat is het effect van het inzetten van de Qwiek.up op de gemeten agitatie en agressie bij de dementerenden en wat kan helpen bij de integratie en implementatie van de Qwiek.up in het zorgplan op alle PG-afdelingen van de Dilgt?

Onderzoeksdesign: Middels de CMAI-schaal zijn in totaal zeven cliënten geobserveerd, waarvan vier op woning vijf en drie op woning zes. Bij alle cliënten zijn zes metingen uitgevoerd, twee nulmetingen zonder gebruik van de Qwiek.up en vier metingen met interventie, met gebruik van de Qwiek.up. De eerste nulmeting bij alle cliënten is gedaan door beide onderzoekers om ervoor te zorgen dat bepaalde gedragingen gelijk geïnterpreteerd zouden worden. Er is gekozen voor twee nulmetingen om te voorkomen dat een toevallig goed of slecht resultaat het onderzoeksresultaat bepaalt. Om het effect op het gedrag bij gebruik van de Qwiek.up toe te lichten, wordt de situatie per cliënt beschreven. Het dossieronderzoek moet gelden om meerdere resultaten te verzamelen over het gebruik van de Qwiek.up.

Resultaten: De metingen laten zien dat de twee nulmetingen ten opzichte van elkaar variëren per persoon en niet altijd dicht bij elkaar staan. In de meeste gevallen komen de nulmetingen echter vrijwel overeen. Een vergelijkbaar beeld zien we bij de metingen met interventie. Er zijn gemiddelden bepaald van de nulmetingen en metingen met interventie, dit om een beter beeld te krijgen van de resultaten aan de hand van de metingen. Nadat zowel de nulmetingen als de metingen met interventie zijn weergegeven in tabellen, grafiek en staafdiagram, is te zien dat er lagere uitkomsten ontstaan in de CMAI-scores. Alle nametingen gaven in scores een verbetering van gedragingen weer, zodat geen onderscheid is te maken tussen de diverse modules. In de rapportage van de zorgdossiers is weinig terug te vinden over het gebruik van de Qwiek.up.

Conclusie: Uit de resultaten van het observatieonderzoek is gebleken dat de Qwiek.up een positief effect heeft op de aanwezigheid van agitatie en agressie en daarmee onrust tijdens uitvoering van de ADL. Vanuit het onderzoek kan weinig gezegd worden over het toepassen van de belevingsmodules per cliënt. De zorgverleners moeten bewust gemaakt worden van het effect van de Qwiek.up. Als dit het geval is zal de Qwiek.up makkelijker geïntegreerd en geïmplementeerd worden in de zorg.

Aanbevelingen: Het gebruik van de Qwiek.up blijkt zinvol. Dit geeft dat de onderzoekers adviseren om het apparaat blijvend in te zetten bij de cliënten die daar voor in aanmerking komen. Een aanbeveling is om twee apparaten aan te schaffen voor vier woningen. Een volgende aanbeveling is om de Qwiek.up op een makkelijk en snel te bereiken plek te zetten in de buurt van de slaapkamers op de woningen. Gedurende het onderzoek is gebleken dat de zorgplannen niet adequaat worden opgevolgd. We zouden de opdrachtgever willen adviseren dit mee te nemen om te zorgen voor een blijvend gebruik en inzet van de Qwiek.up bij cliënten.

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is opgesteld in het kader van onze opleiding aan de Academie voor Verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen. Het is het onderzoeksverslag van ons afstudeeronderzoek, dat wij met plezier hebben mogen uitvoeren bij de woningen vijf en zes van de Dilgt in Haren.

Wij zijn blij met de hulp die wij hebben ontvangen van kwaliteitsverpleegkundige Lydia Woldendorp en teamleider Siep Stoffelsma. Zij hebben ons ondersteund bij het introduceren en uitvoeren van het onderzoek en bij het oplossen van problemen, zoals het defect zijn van de Qwiek.up. Daarnaast hebben wij steun en samenwerking ontvangen van de zorgverleners op beide woningen, doordat zij zorg hebben gedragen voor het integreren van de Qwiek.up in de zorgplannen. Zij stonden altijd positief tegenover onze aanwezigheid en hebben ons voorzien van feedback met betrekking tot mogelijke aanpassingen in het gebruik van het apparaat. Deze feedback hebben we meegenomen in ons verslag.

Vanuit de opleiding hebben wij steun gehad en ervaren van Anneke Helder die herhaaldelijk onze schrijfsels heeft voorzien van de nodige feedback.

Als tweede beoordelaar is Marjolein Hellemans voor ons belangrijk geweest in het geven van haar feedback op ons onderzoeksvoorstel en -verslag.

Als laatste willen we graag onze persoonlijke steun bedanken voor het geduld dat ze met ons hebben gehad tijdens de uitvoering van het onderzoek en het verwerken van de gegevens. Deze steun is gedurende de hele opleiding belangrijk voor ons geweest en is niet te onderschatten.

Hartelijk dank en veel leesplezier,

Petra Reinders en Tjitske Helder-Riddersma

Januari 2018

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Voorwoord	2
Inleiding	4
1. Doelstelling, vraagstelling en deelvragen.....	7
1.1. Doelstelling	7
1.2. Vraagstelling	7
1.3. Deelvragen	7
2. Onderzoeksdesign.....	8
2.1. Grondvorm van het onderzoek.....	8
2.2. Onderzoeksmethode.....	8
2.2.1. Observatieonderzoek	8
2.2.2. Dossieronderzoek.....	8
2.2.3. Introductie Qwiek.up.....	9
2.3. Meetinstrumenten	9
2.3.1. Observatieonderzoek	9
2.3.2. Dossieronderzoek.....	9
2.4. Populatie.....	10
2.5. Data-analyse.....	10
2.6. Betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit	11
2.7. Ethische aspecten.....	12
3. Resultaten	13
3.1. Observatieonderzoek.....	13
3.2. Resultaten per cliënt	17
3.3 Analyse dossieronderzoek	18
4. Discussie	19
5. Conclusie	21
6. Aanbevelingen.....	22
Literatuurlijst.....	23
Bijlage 1 – Gedragscode voor praktijkgericht onderzoek	24
Bijlage 2 – De aangepaste CMAI-schaal	25
Bijlage 3 – Toestemmingsformulier.....	26
Bijlage 4 – Protocol bij overprikkeling cliënten	27
Bijlage 5 – Meetinstrument dossieronderzoek	28
Bijlage 6 – Anti-plagiaat verklaring.....	29
Bijlage 7 – Safe-assignment	30

Inleiding

In Nederland lijden naar schatting zeker 200.000 mensen aan dementie. Het treft met name ouderen. 1% van de bevolking vanaf de leeftijd van 65 jaar wordt getroffen. Ruim 40% van de mensen van 90 jaar en ouder heeft dementie (Gelmers, 2017). De bekendste vorm is de ziekte van Alzheimer. Er zijn daarnaast nog meer dan zestig andere vormen van dementie bekend. De meest voorkomende zijn: vasculaire dementie, Lewy-body dementie, de fronto-temporale dementie, de normotensieve hydrocefalus en de ziekte van Parkinson (Gelmers, 2017).

De oorzaak van dementie is voortschrijdende en onomkeerbare degeneratie en atrofie van de hersenschors met als resultaat geleidelijke geestelijke aftakeling (Waugh & Grant, 2007). Dementie kan gedefinieerd worden als een geleidelijke achteruitgang van het geheugen. Ook andere cognitieve functies zoals taal, herkenning en planning- en organisatievermogen raken verstoord. Ten gevolge van deze symptomen kunnen mensen met dementie prikkelbaar en agressief gedrag vertonen (Gelmers, 2017). Om inhoud aan klachten te geven en van dementie te mogen spreken, moeten minimaal twee van de volgende vier verschijnselen aanwezig zijn:

- Stoornissen in het geheugen;
- Vertraging van handelen en denken;
- Afasie, apraxie of agnosie;
- Stoornissen in de uitvoerende functie (planning maken, doelgericht handelen) of een afwijkend sociaal gedrag (Gelmers, 2017).

Gedragsproblemen bij dementie blijken in belangrijke mate het functioneren, de snelheid van cognitief verval en kwaliteit van leven te bepalen. Gedragsproblemen vallen onder neuro-psychiatrische symptomen, ook wel aangeduid als *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia* (BPSD). Daarmee worden alle psychiatrische verschijnselen aangeduid, waaronder agitatie en agressie (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009). Onder bewoners van verpleeghuizen komt naar voren dat 85% van de onderzochte patiënten één of meer verschijnselen van agitatie vertoont. Het betrof vooral rusteloosheid (44%), maar ook verbale uitingen zoals vloeken, voortdurend aandacht vragen, klagen en roepen, kwamen vaak voor. Fysiek agressief gedrag zoals slaan, trappen en bijten, kwam bij 13% voor (Zuidema, 2008).

Agitatie is een vorm van probleemgedrag. Gedragingen zoals opgewonden of prikkelbaar zijn, fel reageren en agressie, worden veroorzaakt door een combinatie van de volgende factoren (Hazelhof, Garenfeld, & Verdonschot, 2011):

- Als gevolg van het mislukken van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en bemoeienis van anderen ontstaat bij dementerenden frustratie;
- Situaties waarbij anderen binnen het territorium van de cliënt komen, zonder dat deze begrijpt waarom. De dementerende cliënt begrijpt minder van wat er om hem heen gebeurt en heeft moeite met het verwerken van prikkels;
- Opgenomen dementerenden worden benaderd door verzorgers, zij willen hulp bieden bij het wassen of aankleden, zonder dat de dementerende begrijpt wat er gaat gebeuren en waarom. Dit leidt tot een teveel aan prikkels.

De verwerking van prikkels is bij dementerenden minder goed mogelijk. Verzet en verdediging met behulp van agitatie of agressie zijn een vorm van zelfbescherming bij de dementerende (Hazelhof, Garenfeld, & Verdonschot, 2011).

Agitatie wordt vaak in een adem genoemd met agressie, maar kan ook geïsoleerd voorkomen. Agitatie is te herkennen aan motorische, niet-agressieve gedragingen zoals ijsberen, rondzwerven, trappen en rammelen van de bedrails en aan verbaal/vocaal agressieve gedragingen zoals gillen, of het herhaaldelijk roepen van woorden of klanken (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009). Agitatie is een belangrijke factor van ongemak voor zorgverleners en brengt stress met zich mee (Cohen-Mansfield & Libin, 2004).

Agressie is de meest extreme vorm van agitatie. Bij probleemgedrag komt in 20% van de gevallen ook agressief gedrag voor. De werkdefinitie van agressie luidt als volgt: *'agressie is het al dan niet met opzet uitvoeren en/of nalaten van handelingen waardoor anderen en/of jezelf schade ondervinden'*. Agressie wordt in twee vormen onderscheiden:

- Verbale agressie (schelden, spotten, beledigen, dreigementen uitspreken, schreeuwen, ongewenste seksuele opmerkingen maken).
- Non-verbale of fysieke agressie (schoppen, slaan, bijten, kopstoten geven, knijpen, spugen, anderen ongewenst aanraken).

Er bestaan een aantal risicofactoren die agressie kunnen uitlokken. Hoe meer risicofactoren, des te groter is de kans dat agressie optreedt. Voorbeelden hiervan zijn: frustratie, inbreuk maken op privacy en impulscontroleverlies. Bij alle soorten van dementie komt agressie voor (Hazelhof, Garenfeld, & Verdonschot, 2011).

Uit onderzoek blijkt dat muziekinterventies effectief zijn in het geval van agitatie bij mensen met dementie (Pedersen, Andersen, Lugo, Andreassen, & Sütterlin, 2017). Ook heeft in 2016 een kleinschalig onderzoek plaatsgevonden waaruit blijkt dat positieve plaatjes en foto's een gunstig effect hebben bij weerstand tijdens de zorgverlening (Chou, Chiang, Waszynski, Kessler, & Clarkson, 2016).

Agressie en agitatie doen zich ook voor op de psychogeriatrische (PG) afdelingen van de opdrachtgever van dit onderzoek, Zorg In Noord Nederland (ZINN). De zorg op deze afdeling wordt geleverd aan ouderen met een psychische stoornis, zoals dementie. ZINN is een organisatie die begeleiding biedt bij dementie. Binnen ZINN wonen ouderen met dementie in een woongroep, waarbij elke bewoner beschikt over een eigen appartement (iWink, 2017). De zorg wordt bemoeilijkt door agitatie en agressie tijdens de ADL. Dit is belastend voor cliënt en zorgverlener. De Qwiek.up wordt gezien als mogelijke interventie om de zorg makkelijker te laten verlopen.

In 2014 is, in samenwerking met de Hanzehogeschool, een *Computer Aided Virtual Environment* (de CAVE) onderdeel geweest van een project binnen ZINN. De CAVE is een virtuele (snoezel) omgeving voor mensen met dementie, die tot doel heeft het welbevinden van dementerenden te bevorderen. De CAVE werkte goed, maar is niet gebruiksvriendelijk en wordt daarom niet meer gebruikt binnen ZINN (Dol, 2014).

Het huidige onderzoek, naar de Qwiek.up, is een vervolg op de CAVE. Deze nieuwe zorginnovatie, van fabrikant Qwiek, is een mobiele vorm van de CAVE. De Qwiek.up is een mobiel apparaat dat afbeeldingen of filmpjes kan projecteren op de muur of op het plafond. De beelden worden ondersteund door geluiden of muziek. De Qwiek.up bevat diverse belevingsmodules bijvoorbeeld aquarium, boswandeling, lente en zomer, geometrie en Andre Rieu. De modules staan op een USB-stick en kunnen ingeplugd worden in het apparaat (Qwiek, 2017). Ook persoonlijke ervaringen kunnen op een USB-stick gezet worden en afgespeeld worden via de Qwiek.up. Het doel is om voor de cliënt een goede balans te vinden in prikkels. Het is belangrijk dat per individu gekeken wordt waar deze behoefte aan heeft, zodat de modules aansluiten op de verschillende behoeften van cliënten. De Qwiek.up is eenvoudig in gebruik en kan bijvoorbeeld ingezet worden voor plafond- en muurprojecties tijdens de ADL zoals eten, zich wassen/kleden en naar het toilet gaan (Qwiek, 2017). De Qwiek.up valt onder de reguliere zorg van ZINN en is onderdeel van het toewerken naar excellente zorg, aldus Siep Stoffelsma, teamleider binnen ZINN, gedurende de voorbereiding van het onderzoek.

Dit onderzoek richt zich op het gebruik van de Qwiek.up als interventie binnen het zorgplan voor dementerende cliënten die agressief en geagiteerd reageren tijdens de ADL. De hierboven beschreven CAVE is succesvol gebleken. Er waren echter praktische hindernissen waar de Qwiek.up een oplossing voor zou kunnen bieden.

Momenteel is er één Qwiek.up aanwezig in de woningen (vijf t/m acht) van de Dilgt, waar het onderzoek uitgevoerd is in de woningen vijf en zes. Het apparaat wordt daar nu tijdelijk gebruikt. Op een andere afdeling binnen ZINN, de Cirkel, is ook een Qwiek.up aanwezig. Deze wordt gebruikt voor recreatieve doeleinden. Bij dit onderzoek is de Qwiek.up preventief ingezet als interventie tijdens de ADL. ZINN geeft aan dat deze situatie ideaal zou zijn, vooral omdat er naar excellente zorg wordt gestreefd.

Binnen het onderzoek is gekeken op welke manier de Qwiek.up het beste inzetbaar is binnen de huidige zorgverlening. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de Qwiek.up als roulatiesysteem en een Qwiek.up 'vast' op elke afdeling. Omdat de Qwiek.up meerdere belevingsmodules bevat, is per cliënt gekeken welke module het beste aansluit op bepaald gedrag van de cliënt.

De opbouw van dit onderzoeksverslag gaat verder met de doelstelling, vraagstelling en deelvragen. Vervolgens wordt het onderzoeksdesign uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2. Het onderzoeksdesign geeft de verschillende vormen van dit onderzoek weer, maar gaat ook in op de betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit. De resultaten van de deelvragen en het onderzoek worden weergegeven in hoofdstuk 3, resultaten. Echter worden ook een aantal van deze deelvragen meegenomen in de discussie, hoofdstuk 4. Dit hoofdstuk omvat ook alle sterke en zwakke punten van dit onderzoek en geeft de resultaten samenvattend weer. Hoofdstuk 5, conclusie, geeft antwoord op de onderzoeksvraag en geeft daarmee de conclusie van dit onderzoek. Daaropvolgend de aanbevelingen van de onderzoekers vanuit het onderzoek, die gericht zijn aan de opdrachtgever. Het onderzoeksverslag wordt afgesloten met een literatuurlijst en bijlagen.

1. Doelstelling, vraagstelling en deelvragen

Dit hoofdstuk bevat de doelstelling, vraagstelling en deelvragen van het onderzoek.

1.1. Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is het geven van advies over het inzetten, en implementeren van de Qwiek.up tijdens de ADL van dementerenden, om zorgsituaties met agressie of agitatie te verminderen en de Qwiek.up te integreren in het zorgplan.

1.2. Vraagstelling

Wat is het effect van het inzetten van de Qwiek.up op de gemeten agitatie en agressie bij de dementerenden en wat kan helpen bij de integratie en implementatie van de Qwiek.up in het zorgplan op alle PG-afdelingen van de Dilgt?

1.3. Deelvragen

- Wat is de meerwaarde van een roulatiesysteem bij het inzetten van de Qwiek.up?
- Op welke manier is het mogelijk om belevingsmodules specifiek te laten aansluiten op het gedrag van cliënten bij gebruik van de Qwiek.up?
- Bij welk type cliënt werkt de Qwiek.up het best?
- Wat hebben zorgverleners van de PG-afdeling nodig om de Qwiek.up op een juiste manier te kunnen implementeren en te blijven gebruiken?

2. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk zal de onderzoeksmethode worden beschreven. Gemaakte keuzes in het onderzoeksdesign worden toegelicht en verantwoord. De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden besproken. Ethische aspecten van het onderzoek komen aan bod.

2.1. Grondvorm van het onderzoek

Dit onderzoek is een mixed-method onderzoek, omdat het zowel kwalitatieve als kwantitatieve manieren van onderzoek bevat (Baarda, 2009). De kwalitatieve kant van dit observatieonderzoek richt zich op het beschrijven van resultaten vanuit het onderzoekslogboek. Bij kwantitatief onderzoek gaat het om verzamelen van cijfermatige gegevens en worden resultaten weergegeven in cijfers. Het gaat om het verzamelen van numerieke gegevens over, in dit geval, gedragingen van een bepaalde groep personen (Verhoeven, 2016). Dit onderzoek moet inzicht geven in het effect van de Qwiek.up middels meetinstrumenten. Ook vormt dossieronderzoek een onderdeel van dit onderzoek, waarvoor een meetinstrument is ontworpen die de resultaten kwantificeert. Dit geeft aan dat kwalitatieve en kwantitatieve methoden gecombineerd worden, omdat effecten van de Qwiek.up mogelijk buiten de gestandaardiseerde vragenlijst vallen.

2.2. Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode is opgesplitst in observatieonderzoek en dossieronderzoek.

2.2.1. Observatieonderzoek

Er is gebruik gemaakt van observatieonderzoek. Met behulp van een onderzoekslogboek is hierbij de kwalitatieve methode van onderzoek gebruikt. Naast kwalitatieve resultaten van observatie zijn de waarnemingen grotendeels gekwantificeerd. Het betreft een systematische waarneming, omdat aspecten van gedrag geobserveerd zijn. De onderzoekers observeerden apart van elkaar patiënten. Gedurende de ADL is per patiënt geobserveerd, waarbij is geteld (middels Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI) hoe vaak bepaald gedrag is waargenomen. Dit leverde de frequentie van het gedrag op (Verhoeven, 2016).

Nulmeting

We maken gebruik van nulmetingen zonder interventie en metingen met interventie, wat valt onder kwantitatieve methoden van dataverzameling. Dit betekent dat we in de week voor het inzetten van de Qwiek.up bij cliënten hebben gekeken hoe de gedragssituatie was tijdens de ADL. Deze resultaten geven de nulmeting. Bij de nulmeting wordt tijdens uitvoering van de ADL door een zorgverlener geen interventie gebruikt. De nulmeting is bij alle geselecteerde cliënten uitgevoerd tijdens de ADL. Er zijn bij elke cliënt twee nulmetingen uitgevoerd, waarvan de eerste meting door beide onderzoekers is gedaan om te zorgen dat het meetinstrument op dezelfde manier gehanteerd werd. Er is gekozen voor twee nulmetingen om te voorkomen dat een goede of juist slechte nulmeting de resultaten sterk zou beïnvloeden.

Meting met interventie

Vervolgens is de Qwiek.up ingezet bij de geselecteerde cliënten. De onderzoekers hebben, apart van elkaar, tijdens het gebruik van de Qwiek.up gedurende de ADL, de metingen met interventie gedaan. De metingen met interventie zijn vier keer per cliënt uitgevoerd om uit te sluiten dat er een toevallig resultaat is. Bij zowel de nulmetingen als de metingen met interventie is gebruik gemaakt van de aangepaste CMAI-schaal van de onderzoekers.

2.2.2. Dossieronderzoek

Dit onderzoek richt zich ook op dossieronderzoek van het zorgplan en de rapportage. Dit is gebeurd aan de hand van monitoring. Monitoronderzoek richt zich op een bepaald onderwerp dat regelmatig wordt herhaald. Op deze manier kunnen ontwikkelingen op een bepaald gebied gevolgd worden, door het verzamelen van gegevens uit de rapportage

(Verhoeven, 2016). De onderzoekers hebben gekeken hoe er gerapporteerd wordt over het gebruik van de Qwiek.up bij hun afwezigheid. Om dit systematisch te kunnen doen, is er een meetinstrument ontworpen. Dit instrument is bij de meetinstrumenten beschreven. De proefmeting van het dossieronderzoek heeft plaatsgevonden in de eerste week van het observatieonderzoek en is uitgevoerd door beide onderzoekers. Gedurende de periode van het onderzoek, ca. anderhalve maand, zijn alle rapportages in de zorgdossiers van de geselecteerde cliënten doorgenomen op vermelding van de Qwiek.up. Het dossieronderzoek zou moeten gelden als aanvulling op het observatieonderzoek om meerdere resultaten te verzamelen over het gedrag van cliënten met inzet van de Qwiek.up tijdens de ADL.

2.2.3. Introductie Qwiek.up

Om de Qwiek.up op de juiste manier in te kunnen zetten, hebben de zorgverleners een korte scholing gekregen in het gebruik van het apparaat. Deze scholing is gegeven door de onderzoekers en heeft plaatsgevonden middels een klinische les. De interventie is na de nulmetingen in de zorgplannen geïntegreerd door de EVV-er van de cliënten, op verzoek van de onderzoekers, zodat elke zorgverlener bekend is met de Qwiek.up en er gebruik van kan maken.

2.3. Meetinstrumenten

Het is van belang om met behulp van meetinstrumenten en directe observatie gedragspatronen in kaart te brengen (Cohen-Mansfield & Libin, 2004). Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten. Voor zowel het observatieonderzoek als het dossieronderzoek is een meetinstrument gehanteerd.

2.3.1. Observatieonderzoek

Op het gebied van agressie en agitatie bestaat een specifieke schaal, de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Het is een verpleegkundige schaal die bestaat uit 29 items met zeven gradatiescores die betrekking hebben op (verbaal) agressief gedrag en rusteloosheid met antwoordcategorieën variërend van 'nooit' tot 'meerdere keren per uur'. De Nederlandse versie van deze CMAI wordt aanbevolen voor het meten van agitatie en agressie bij dementie. Het is een betrouwbaar en valide meetinstrument (Jonker, Slaets, & Verhey, 2009). Met behulp van de CMAI-schaal als meetinstrument is de mate van agitatie gemeten. De 29 onderdelen van deze schaal, die gescoord worden, geven een level van agitatie aan. Het gebruik van de schaal maakt dat verschillende meetmomenten te vergelijken zijn, waarmee na te gaan is of de ingezette interventie effect heeft. Omdat de originele CMAI-schaal uitgaat van gedragsobservaties in aantal keren per week, wordt het meetinstrument aangepast aan de situatie van het onderzoek. Door de schaal in tijd aan te passen is het mogelijk om meerdere cliënten, in een kortere tijd, te observeren en mee te nemen in de uitkomsten. Door de onderzoekers is een aanpassing gedaan in het gebruik van de schaal naar minuten. Per tien minuten, vijf minuten en één minuut, van een totale observatie, wordt geobserveerd hoe vaak een bepaalde gedraging voorkomt. De aangepaste en gebruikte schaal is toegevoegd in bijlage 2 van dit onderzoek.

Het onderzoek heeft gestructureerd plaatsgevonden, omdat gebruik is gemaakt van een vooraf vastgesteld meetinstrument (CMAI). Dit instrument maakt dat er sprake is van standaardisering. Standaardisatie zorgt ervoor dat een meetinstrument bij herhaling van de meting tot soortgelijke conclusies leidt (Verhoeven, 2016).

2.3.2. Dossieronderzoek

Bij het dossieronderzoek zou er gemeten worden vanuit de rapportage. Om metingen te kunnen doen is een eigen meetinstrument ontworpen. Dit instrument bevat diverse vragen met betrekking tot de Qwiek.up en de zorgverlening. Het meetinstrument richt zich met name op resultaten van het gedrag van de cliënten bij gebruik van de Qwiek.up, variërend van meer onrust tot duidelijke verbetering van probleemgedrag. Hiermee zouden aanvullende

resultaten ontvangen worden over het effect van het gebruik van de Qwiek.up bij de zorgverlening. Het meetinstrument is toegevoegd in bijlage 5. Het meetinstrument hebben we door het ontbreken van rapportages met betrekking tot de Qwiek.up helaas niet kunnen gebruiken. De bevindingen zijn beschreven in het onderzoekslogboek en worden verder uitgewerkt in het hoofdstuk resultaten.

2.4. Populatie

De populatie betreft dementerenden van een PG-afdeling van ZINN, locatie de Dilgt te Haren. Er is een selecte steekproef (zeven cliënten) uit de populatie (twintig cliënten) getrokken door patiënten te selecteren die in meerdere mate agressie en agitatie uiten tijdens de normale uitvoering van de ADL (Verhoeven, 2016). Het gaat specifiek om cliënten van de woningen vijf en zes van de Dilgt, met drie of vier cliënten per woning. Voor de selectie van de cliënten is gebruik gemaakt van de ervaring van de zorgverleners. De inclusie- en exclusiecriteria zijn in het volgende schema weggezet.

<i>Inclusiecriteria</i>	<i>Exclusiecriteria</i>
Cliënten met regelmatig aanwezige agitatie/agressie tijdens de ADL zorg	Cliënten waarbij geen sprake is van agitatie/agressie tijdens de ADL zorg
Toestemming van de contactpersoon van de cliënt voor deelname aan het onderzoek	Geen toestemming van de contactpersoon van de cliënt voor deelname aan het onderzoek

De definitieve populatie, waarbij het onderzoek heeft plaatsgevonden, betreft zeven cliënten van de woningen vijf en zes, variërend in leeftijd tussen de 75 en 95 jaar. De betrokken zorgverleners (ca. vijftien personen) betreffen zowel verzorgenden, helpenden als woonassistenten.

2.5. Data-analyse

Bij de data-analyse zijn de kwalitatieve en kwantitatieve (telbare) verzamelde gegevens geanalyseerd. Voor de data-analyse bij dit onderzoek maken we gebruik van beschrijvende statistiek, omdat we meer willen zeggen over de specifieke effecten die geobserveerd zijn tijdens de metingen met interventie. De data-analyse bevat ook de observaties, middels de CMAI-schaal, die gekwantificeerd zijn verwerkt. Deze verzamelde data zijn ingevoerd in SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) in de datamatrix.

De vooraf vastgestelde nulhypothese (H_0) houdt in dat er geen verschil is tussen de nulmeting en de meting met interventie. De Qwiek.up heeft, met andere woorden, geen effect op de gemeten agitatie en agressie. De onderzoekers verwachten echter, gezien de in de inleiding beschreven literatuur, dat er wel degelijk een verschil is en dat de Qwiek.up wel een gunstig effect zal hebben op de gemeten agitatie en agressie. Dit is dan ook de vooraf vastgestelde alternatieve hypothese (H_1) (Verhoeven, 2016). De onderzoekers verwachten dat de analyse van de onderzoeksresultaten zal leiden tot een verwerping van de nulhypothese en een bevestiging van de alternatieve hypothese. De uitkomst, naar aanleiding van het onderzoek, zal beschreven worden in de resultaten.

Het intervalmeetniveau, waaronder onze CMAI-schaal valt, leent zich goed voor analysetechnieken (Verhoeven, 2016). De schaal heeft geen absoluut nulpunt. Bij iedere meting zijn de scores per cliënt opgeteld. In de datamatrix zijn de totaalscores ingevoerd en gemiddelden per nulmeting en per meting met interventie berekend. Bij deze metingen is ook de mediaan meegenomen, waarbij absolute getallen zijn gebruikt.

Vanuit het dossieronderzoek zijn geen gegevens meegenomen, omdat er geen resultaten uit de dossieranalyse voortkomen. Wel zijn de aantekeningen uit het onderzoekslogboek geanalyseerd. Dit is gedaan door de aantekeningen per cliënt samen te vatten en hieruit conclusies te trekken.

2.6. Betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit

Een meetinstrument is betrouwbaar als verschillende onderzoekers onafhankelijk van elkaar, of dezelfde onderzoeker op verschillende momenten, met dit meetinstrument vrijwel dezelfde uitkomsten kunnen verkrijgen (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012). Door gebruik te hebben gemaakt van een meetinstrument is er meer kans dat interpretatie van gedrag overeen is gekomen. Dit heeft geleid tot intersubjectiviteit tussen de onderzoekers. Deze overeenstemming is een belangrijk criterium geweest voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. De CMAI-schaal is vaak gebruikt en onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. Beiden zijn aangetoond. De schaal wordt aanbevolen vanuit de literatuur als instrument om de mate van agitatie te meten (Kok, Verhey, & Schmand, 2004). Omdat het een aangepaste versie van de CMAI-schaal betreft, werd de betrouwbaarheid iets verkleind. Tijdens het onderzoek kunnen toevallige fouten zijn gemaakt. Om betrouwbaarheid te kunnen testen moet een onderzoek herhaalbaar zijn. Het onderzoek is betrouwbaar als het, bij herhaling, tot dezelfde resultaten leidt. De schaal kan gehanteerd worden op een ander tijdstip, met een andere onderzoeker, andere proefpersonen, onder andere omstandigheden, wat de herhaalbaarheidseis vergroot (Verhoeven, 2016).

Om er zeker van te zijn dat de onderzoekers de schaal op dezelfde manier zouden hanteren is er een proefmeting gedaan, waarbij beide onderzoekers aanwezig waren. Hierbij is dezelfde cliënt, op hetzelfde moment, rondom hetzelfde tijdstip, beoordeeld. Op basis van deze proef zijn enkele kleine verschillen besproken en zijn er afspraken gemaakt over verdere hantering van de schaal gedurende het onderzoek.

Ook voor het vastgestelde meetinstrument dat gebruikt is bij het dossieronderzoek, de vragenlijst, is een proefmeting gehanteerd om de kans op interpretatieverschillen te verkleinen. De onderzoekers hebben eerst gezamenlijk het dossieronderzoek uitgevoerd, wat heeft geleid tot dezelfde interpretaties uit dossiers. Deze proefmeting heeft ervoor gezorgd dat er overeenstemming was, wat gezorgd heeft voor een hogere betrouwbaarheid. De keuzes, vorderingen, leermomenten, aangebrachte veranderingen, omstandigheden die problemen oproepen of zaken die fout lopen in het onderzoek zijn genoteerd in het onderzoekslogboek. Bij herhaling van onderzoeken kunnen fouten worden vermeden, waardoor de betrouwbaarheid van resultaten wordt verhoogd (Verhoeven, 2016).

In het onderzoek is gebruik gemaakt van triangulatie, oftewel 'driehoeksmeting'. Er is gekeken naar de probleemstelling vanuit verschillende invalshoeken van triangulatie. De methoden observatie- en dossieronderzoek worden gebruikt voor methode-triangulatie. Het onderzoeken van twee groepen (steekproeven woning vijf en zes) en het analyseren van het gebruik en effect van de meetinstrumenten op verschillende tijdstippen valt onder data-triangulatie. Ook omvat dit onderzoek onderzoekerstriangulatie, omdat twee onderzoekers aan dit project hebben gewerkt (Verhoeven, 2016).

De validiteit is de afwezigheid van systematische fouten. Het refereert naar de mate waarin een onderzoek, procedure of meting doet wat het dient te doen (Cox, de Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012). Er wordt gekeken naar waarheid van het onderzoek. Een factor hierin is het gehanteerde meetinstrument. De in het Nederlands vertaalde CMAI-schaal die gevalideerd is wordt door de onderzoekers gehanteerd. Deze schaal is het meest gebruikte instrument voor het vaststellen van de ernst van agitatie. De schaal is speciaal ontwikkeld voor gebruik in het verpleeghuis (Kok, Verhey, & Schmand, 2004). Echter, omdat we het meetinstrument hebben aangepast aan de situatie van het onderzoek en spreken van minuten in plaats van weken, zijn de uitkomsten minder valide, omdat deze variatie van de schaal niet is onderzocht.

Het vooraf vaststellen van cliënten in de steekproef en het organiseren van een proefmeting hebben gezorgd voor interne validiteit van het onderzoek. De cliëntengroep is homogeen doordat ze allen probleemgedrag vertonen tijdens het uitvoeren van de ADL. De steekproef (zeven cliënten) lijkt op de populatie (twintig cliënten), omdat het allen dementerenden op één PG – afdeling betreft. Dit is de externe validiteit.

De generaliseerbaarheid van de resultaten wordt bepaald door de mate waarin de steekproef representatief is. De steekproef is representatief, omdat het kenmerken betreft die gelijk zijn aan de populatie (Verhoeven, 2016).

Dit onderzoek is in zijn opzet representatief voor dit type cliënt op de woningen vijf en zes die probleemgedrag uiten, niet voor de algehele populatie dementerenden. Het betreft een kleine groep cliënten, over welke we uitspraak gaan doen.

2.7. Ethische aspecten

Een ethisch aspect van dit onderzoek is gericht op de privacy van cliënten en de toestemming van familie. Om in het dossier en zorgplan van cliënten te mogen, is toestemming vereist van de desbetreffende contactpersoon van de cliënt. Middels het opstellen van een toestemmingsformulier is door de onderzoekers, in samenspraak met ZINN, om toestemming gevraagd aan de contactpersoon van de cliënt. Dit formulier is toegevoegd in bijlage 3. Er is door de onderzoekers geen bezwaar van de betreffende contactpersonen ontvangen.

Een ander ethisch aspect is gelinkt aan het observatieonderzoek. Het had kunnen betekenen dat cliënten hinder zouden ondervinden van de aanwezigheid van de onderzoekers in dezelfde ruimte. Bij dementerende cliënten zou dit kunnen leiden tot extra prikkeling, met uitlokken van ongewenst gedrag. Hiervoor hadden de onderzoekers een protocol opgesteld over het omgaan met overprikkeling, te vinden in bijlage 4 van dit verslag. Het was aan de onderzoekers om te gaan kijken op welke manier het minste onrust werd veroorzaakt bij cliënten tijdens de uitvoering van het onderzoek. Uiteindelijk hebben de onderzoekers zich zodanig uit het gezichtsveld van de cliënten gehouden, dat er geen extra prikkeling is ontstaan.

Tijdens het doen van dit onderzoek hebben de studenten zich gehouden aan de gedragscode voor praktijkgericht onderzoek, welke is toegevoegd in bijlage 1 van dit onderzoeksverslag (Academie voor verpleegkunde, 2017).

In het volgende hoofdstuk komen de resultaten van dit onderzoek aan de orde. Hier worden de resultaat van het observatie- en dossieronderzoek en besproken.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gekwantificeerd en beschrijvend behandeld. De resultaten van het observatieonderzoek, en het dossieronderzoek komen aan bod.

3.1. Observatieonderzoek

Middels de CMAI-schaal zijn in totaal zeven cliënten geobserveerd, waarvan vier op woning vijf en drie op woning zes. In het kader van de leesbaarheid van het verslag worden de metingen met interventie ook wel nametingen genoemd. Bij alle cliënten zijn zes metingen uitgevoerd, twee nulmetingen zonder gebruik van de Qwiek.up en vier nametingen, met gebruik van de Qwiek.up. De eerste nulmeting bij alle cliënten is gedaan door beide onderzoekers om ervoor te zorgen dat bepaalde gedragingen gelijk geïnterpreteerd zouden worden. Er is gekozen voor twee nulmetingen om te voorkomen dat een toevallig goed of slecht resultaat het onderzoeksresultaat bepaalt. Beide heeft de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroot.

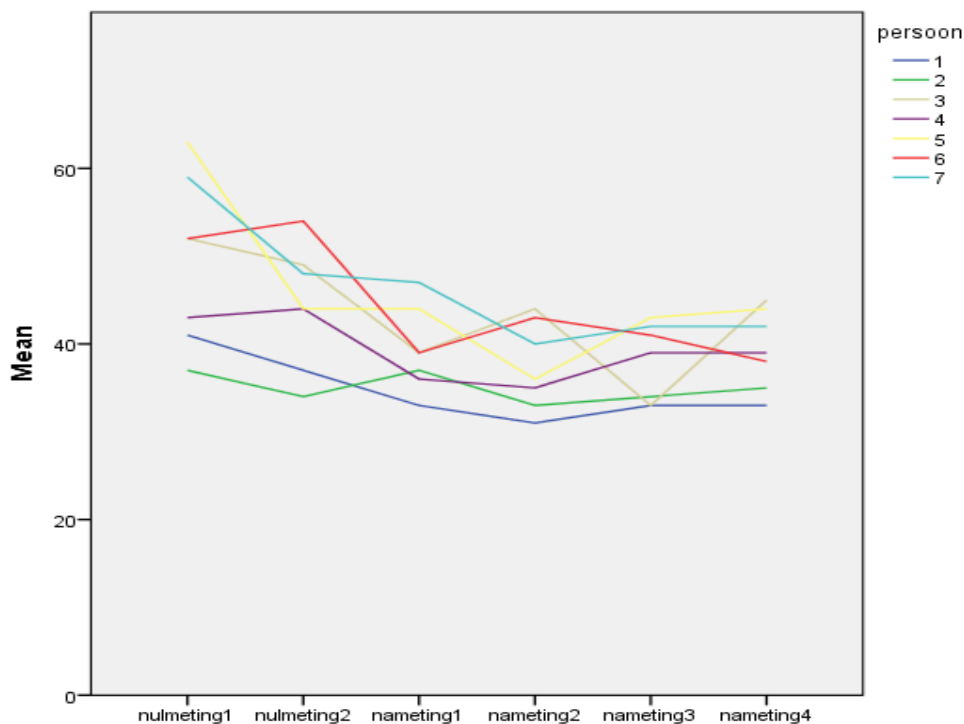
De metingen zijn ingevoerd in SPSS, waarbij cliënten willekeurig zijn genummerd. Per cliënt zijn de meetresultaten weergegeven. Bij het hanteren van deze schaal is de minimale score 29. Na de observatie zijn alle gedragingen gescoord en zijn de punten opgeteld, wat een eindscore heeft bepaald. Alle metingen, zowel nul- als nametingen, zijn weergegeven in tabel 1.

		nulmeting1	nulmeting2	nameting1	nameting2	nameting3	nameting4
persoon	1	41	37	33	31	33	33
	2	37	34	37	33	34	35
	3	52	49	39	44	33	45
	4	43	44	36	35	39	39
	5	63	44	44	36	43	44
	6	52	54	39	43	41	38
	7	59	48	47	40	42	42

Tabel 1 - Nul- en nametingen per persoon

De metingen laten zien dat de twee nulmetingen ten opzichte van elkaar variëren per persoon en niet altijd dicht bij elkaar staan. In de meeste gevallen komen de nulmetingen echter vrijwel overeen. Een vergelijkbaar beeld zien we bij de nametingen. Bij één cliënt lijkt de tweede nulmeting te goed ten opzichte van de eerste meting. Dit is mogelijk te verklaren met het hebben van een goede dag. Daarnaast is te zien dat bij één cliënt de nulmetingen minimaal verschillen ten opzichte van de nametingen.

De resultaten uit tabel 1 zijn weergegeven in grafiek 1. Deze geeft alle meetresultaten per persoon weer. Aan de hand van deze lijngrafiek is te zien dat de nulmetingen zichtbaar hoger liggen ten opzichte van de nametingen. Een aantal nametingen blijft constant. Echter een aantal nametingen varieert ten opzicht van elkaar.



Grafiek 1 - Nul- en nametingen per persoon

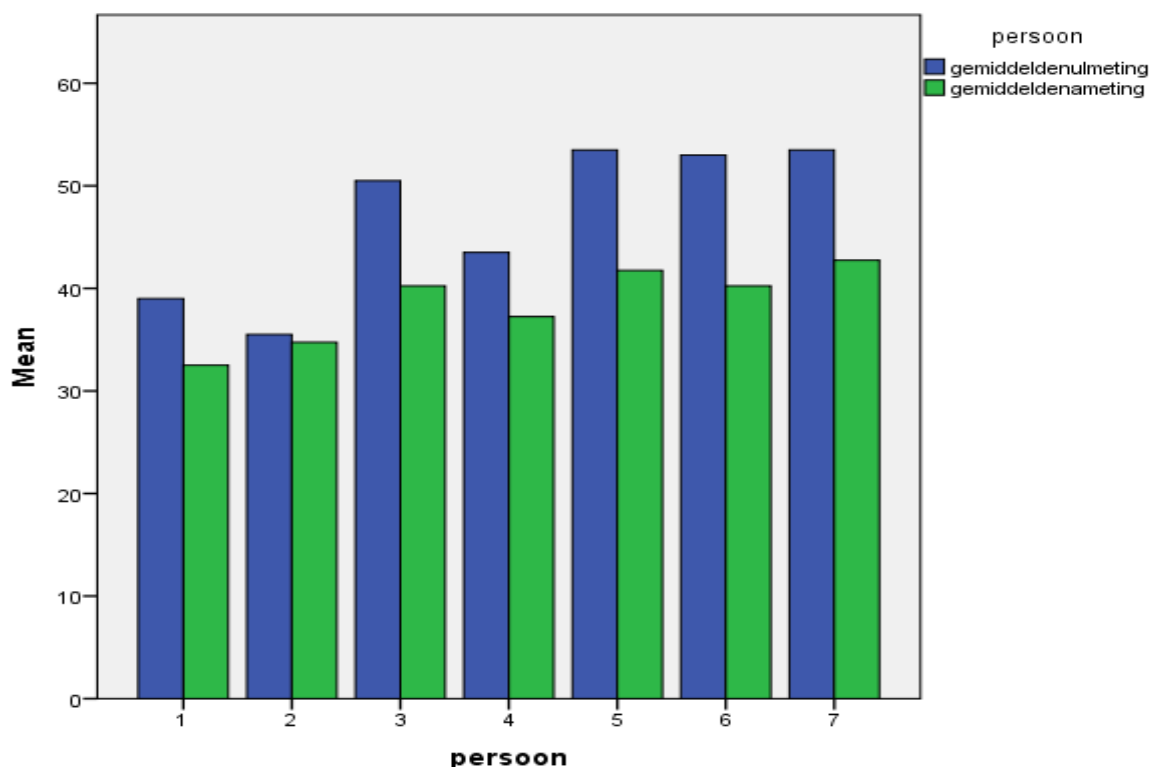
Nadat alle metingen zijn ingevoerd in SPSS zijn er gemiddelden bepaald van de nul- en nametingen, dit om een beter beeld te krijgen van de resultaten aan de hand van de metingen. De gemiddelden zijn verkregen door de nulmetingen en nametingen apart van elkaar op te tellen en vervolgens te delen door het aantal waarnemingen. Dit wordt ook wel het 'rekenkundig gemiddelde' genoemd (Verhoeven, 2016). Omdat de CMAI-schaal een intervalmeetniveau betreft, kan dit gemiddelde worden berekend. Tabel 2 geeft de gemiddelde scores weer.

		Gemiddelde nulmeting	Gemiddelde nameting
persoon	1	39,0	32,50
	2	35,5	34,75
	3	50,5	40,25
	4	43,5	37,25
	5	53,5	41,75
	6	53,0	40,25
	7	53,5	42,75

Tabel 2 - Gemiddelde nul- en nametingen per persoon

In tabel 2 is te zien dat de gemiddelde nulmeting, ten opzicht van de gemiddelde nameting, bij alle betrokken cliënten hoger ligt. Bij vier van de zeven cliënten is sprake van een verschil van meer dan tien punten tussen beide gemiddelden. Bij twee van de zeven is dit meer dan vijf punten verschil. Bij één cliënt is er een minimaal verschil van nog geen punt in het gemiddelde.

In grafiek 2 wordt een staafdiagram weergegeven met de gemiddelde nul- en nametingen per persoon. Ook hier is te zien dat de nametingen gemiddeld lager zijn dan de nulmetingen.



Grafiek 2 - Gemiddelde nul- en nametingen per persoon

Nadat zowel de nul- als de nametingen zijn weergegeven in tabellen, grafiek en staafdiagram om te kunnen zien dat er lagere uitkomsten ontstaan in de CMAI-scores, kan de mediaan worden berekend. De mediaan betreft de middelste waarneming in een verdeling. De mediaan geeft dus precies het midden van een verdeling aan (Verhoeven, 2016). In dit geval is de mediaan het midden van alle, naast elkaar gezette CMAI-scores, van alle cliënten samen. De mediaan wordt weergegeven in tabel 3, waarmee ook aangegeven wordt dat de middelste waarneming bij de nulmetingen hoger ligt dan de middelste waarneming bij de nametingen. Dit zegt iets over het effect van de interventie bij alle geselecteerde cliënten.

		nulmeting1	nulmeting2	nameting1	nameting2	nameting3	nameting4
N	Valid	7	7	7	7	7	7
	Missing	0	0	0	0	0	0
Median		52,00	44,00	39,00	36,00	39,00	39,00

Tabel 3 - Mediaan per meetmoment

Om te kijken of dit ook zo is bij de gemiddelden van de nul- en nametingen, is de mediaan van deze metingen weggezet in tabel 4. In deze tabel is te zien dat ook de middelste, gemiddelde nulmeting hoger ligt dan bij de nametingen.

		Gemiddelde nulmeting	Gemiddelde nameting
N	Valid	7	7
	Missing	0	0
Median		50,500	40,2500

Tabel 4 - Mediaan per gemiddelde meting

Uit de resultaten van tabel 3 en 4 blijkt dat de nul- en nametingen ten opzichte van elkaar, gekeken naar alle cliënten samen, sterk variëren. Dat wil zeggen dat de Qwiek.up een positief effect lijkt te hebben op het probleemgedrag.

Tot slot is bij de data-analyse van het observatieonderzoek, middels SPSS, gekeken wat de minimale en maximale CMAI-scores waren bij alle cliënten. Zo is de variatie in scores te zien, maar ook het resultaat dat ook hier de gemiddelde (mean) nametingen lager liggen dan de nulmetingen. Deze scores zijn weergegeven in tabel 5.

	N	Minimum	Maximum	Mean
nulmeting1	7	37	63	49,57
nulmeting2	7	34	54	44,29
nameting1	7	33	47	39,29
nameting2	7	31	44	37,43
nameting3	7	33	43	37,86
nameting4	7	33	45	39,43
Valid N (listwise)	7			

Tabel 5 - Minimale, maximale en gemiddelde scores per meetmoment

Omdat de CMAI-scores zijn ingevoerd in SPSS en daarmee zorgen voor een gekwantificeerde weergave van de resultaten, willen we middels beschrijvend onderzoek iets zeggen over de resultaten per cliënt. Op deze manier is het mogelijk om beschrijvend aan te geven welke belevingsmodules specifiek aansluiten op het gedrag van de cliënt en bij welk type cliënt de Qwiek.up het beste aansluit.

In de volgende paragraaf wordt vanuit het observatieonderzoek een beschrijving per cliënt weergegeven.

3.2. Resultaten per cliënt

Om het effect op het gedrag bij gebruik van de Qwiek.up toe te lichten, wordt de situatie per cliënt beschreven. Dit betreft het beschrijvende deel van het observatieonderzoek. Deze resultaten geven ook de inzet van bepaalde belevingsmodules weer, die een positieve of negatieve invloed lijken te hebben op het gedrag van de cliënt. Wanneer de interesses voor de belevingsmodules vooraf niet duidelijk waren, is per nameting gewisseld van module. Alle nametingen gaven in scores een verbetering van gedragingen weer, zodat geen onderscheid is te maken tussen de diverse modules. Bij herhalende nametingen, gericht per belevingsmodule, is mogelijk meer onderscheid te maken tussen de belevingsmodules. Per cliënt hebben we indrukken op gedaan over de werking van de Qwiek.up die niet in de schaal te vatten zijn, die hieronder zijn beschreven:

Cliënt 1

Wilde tijdens het gebruik van de Qwiek.up de televisie aan laten. Leek weinig te kijken naar de beelden, gaf wel aan het niet goed te kunnen zien en horen omdat zijn bril en gehoorapparaten ontbraken tijdens het wassen en kleden. Hier vooral de belevingsmodule *boswandeling* gebruikt. Heeft niet laten weten wat hij van het apparaat vond. Zorgverleners gaven aan dat hij minder onrustig was tijdens het gebruik van de Qwiek.up en vonden dat hij goed op het apparaat reageerde, wat ook de metingen bij deze cliënt hebben laten zien. De afleiding lijkt bij hem goed te werken.

Cliënt 2

Cliënt met vooral veel stijfheid tijdens de ADL. Deze was moeilijk weg te zetten in de CMAI-schaal. Van deze cliënt was bekend dat hij iets ontspant bij bepaalde muziek, die op een eigen cd staat. Deze cliënt heeft in het verleden zelf vissen in aquaria gehad. We hebben de muziek die normaal (weleens) gebruikt wordt weggelaten en gekozen voor het gebruik van de *aquariummodule*. Als de zorgverleners hem attendeerden op de beelden ontspande hij zijn lichaam zichtbaar. Echter was dit nooit van heel lange duur.

Cliënt 3

Cliënt met veel algehele onrust. Wil vaak geen hulp bij de ADL. Wordt meestal ad-hoc geholpen, op momenten dat ze zelf van het bed op staat of rondloopt. Hierdoor is de Qwiek.up moeilijk in te zetten op een vast moment. Reageert soms heel enthousiast op de beelden van de Qwiek-up. Vond de bloemen van de *lente- en zomermodule* prachtig. De eerstvolgende keer gaf ze aan dat ze de bloemen al gezien had en dat ze er niet nogmaals naar wilde kijken. Zorgverleners gaven aan dat de afleiding ook voor deze cliënt wel lijkt te werken. Gezien de ad-hoc ADL-momenten lijkt het ze echter niet praktisch om de Qwiek.up standaard in te zetten.

Cliënt 4

Cliënt van boven de negentig, is volledig aan het bed gebonden. Heeft vooral onrust in herhalende bewegingen en vreemde geluiden. Qwiek.up bleek goed in te zetten met projectie op het plafond. Lijkt met de ogen dicht te liggen. Toch is er zichtbaar ontspanning tijdens inzet van het apparaat. Hierdoor geven de resultaten van de metingen toch een verbetering weer in onrust. *Boswandelingmodule*, *lente-en zomermodule* en *aquariummodule* werden ingezet.

Cliënt 5

Nogmaals een cliënt van boven de negentig. Erg onrustig tijdens de ADL, soms met agressieve uitingen, zoals slaan. Is afgeleid door de beelden en de muziek van de Qwiek.up. Vooral de *boswandelingmodule* en *lente- en zomermodule* gebruikt. Qwiek.up is moeilijk in te zetten door wisselende liggende en zittende houdingen tijdens de ADL. In combinatie met het gebruik van tillift en rolstoel, problemen om over de kabel van de

Qwiek.up objecten te verplaatsen. Ook staan deze hulpmiddelen in het beeld van de projecties op de muur.

Cliënt 6

Erg onrustig tijdens de ADL, wil niet belast worden met wassen of kleden. Is mobiel en moet met redeneren overtuigd worden. Lijkt goed te reageren op de *geometrische module*, vond dit interessant. Ook de *lente- en zomermodule* werkte afleidend en gaf dat de zorg goed mogelijk was terwijl cliënt over de beelden sprak. Inzet van de Qwiek.up maakte dat cliënt volledig gewassen kon worden.

Cliënt 7

Cliënt boven de negentig, onrust vooral om hulp vragen en roepen. Leek met name te reageren op de muziek van de Qwiek.up. Gaf ook eenmaal aan dat de zorgverlener, die de ADL uitvoerde, op de muur moest kijken, naar wat daar te zien was. Was afgeleid door de Qwiek.up en vroeg daardoor minder om aandacht dan tijdens de nulmetingen. Eén van de zorgverleners gaf aan dat de zorg nog nooit zo soepel gegaan was. De *boswandelingmodule* en de *lente- en zomermodule* werden ingezet.

3.3 Analyse dossieronderzoek

Het gebruik van de Qwiek.up is verwerkt in de zorgplannen van de zeven geselecteerde cliënten. De eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV-er) van de betreffende cliënten heeft de interventie ingevoerd in het zorgplan en daarbij vermeld dat de observaties beschreven dienden te worden in de rapportage. Dit zou er toe moeten leiden dat ook tijdens de dagelijkse zorg, als de onderzoekers niet aanwezig zijn, gebruik wordt gemaakt van de Qwiek.up. Zorgverleners kunnen dan rapporteren op het gebruik en effect van het apparaat. Tijdens de presentatie die de onderzoekers hebben gegeven is deze rol voor de zorgverleners ook benoemd. Daarnaast is in de wekelijks verstuurde mail met nieuws van de woningen, bij herhaling aandacht geweest voor de Qwiek.up en het gebruik ervan tijdens de ADL bij de betrokken cliënten. Ook hebben de onderzoekers tijdens de aanwezigheid op de afdeling aangegeven dat de Qwiek.up standaard ingezet kan worden bij de ADL van de zeven geselecteerde cliënten.

In de rapportage van de zorgdossiers is echter weinig terug te vinden over het gebruik van de Qwiek.up. Er zijn diverse factoren die mogelijk de oorzaak kunnen zijn van het niet frequente gebruik van de Qwiek.up. Deze factoren zullen bij de discussie worden belicht. Het ontworpen meetinstrument, dat voorafgaand aan het onderzoek is opgesteld, blijkt niet toe te passen op deze bevindingen.

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken en de sterke en zwakke punten van het onderzoek benoemd.

De Qwiek.up dient opgehaald te worden voor de start van de ADL. Tijdens het onderzoek werd opgemerkt dat het niet haalbaar is om de Qwiek.up te gebruiken op meerdere woningen. Dit lukt alleen als er een maximale duur van gebruik wordt gepland en waarbij de ADL dagelijks bij cliënten op een vast tijdstip wordt uitgevoerd. Gezien de patiëntencategorie lijkt dit niet haalbaar. Bij deze cliënten is het lastig de ADL te plannen, omdat bij bepaalde cliënten de ADL naar hun wensen wordt uitgevoerd. Het kan zijn dat de Qwiek.up op dat moment elders in gebruik is, waardoor inzet op bepaalde momenten niet haalbaar is. Cliënten kunnen geselecteerd worden en de Qwiek.up moet selectief toegepast worden. Hiermee vervalt het idee dat de Qwiek.up ingezet kan worden als roulatiesysteem, omdat dit niet toepasbaar lijkt te zijn.

Bij gebruik van de Qwiek.up dient het apparaat op te starten en af te koelen. Wanneer na gebruik de stekker te vroeg uit het stopcontact gehaald wordt kan het apparaat defect raken. Tijdens de uitvoeringsperiode (ca. anderhalve maand) van het onderzoek was dit het geval, doordat de Qwiek.up mogelijk verkeerd werd gebruikt. De Qwiek.up is twee weken in reparatie geweest. Om zorgverleners bewust te maken van dit probleem, is een vermelding gedaan in een personele nieuwsbrief, om bij verder gebruik van de Qwiek.up dit probleem te voorkomen. Dit is meer een zwak punt van de Qwiek.up, wat zich kan herhalen als het apparaat blijvend verkeerd gebruikt gaat worden. Zorgverleners gebruikten het apparaat voor recreatieve doeleinden of entertainment. Niet duidelijk is of dit effect heeft gehad op het gebruik van de Qwiek.up bij de geselecteerde cliënten tijdens de ADL.

De zorgverleners reageerden enthousiast op het gebruik van de Qwiek.up, maar rapporteerden vervolgens niet het effect van het gebruik. Tweemaal wordt vermeld dat een cliënt goed te helpen was door gebruik van het apparaat. Dit was echter op een dag dat de onderzoekers aanwezig waren. Eénmaal een melding van het defect zijn van het apparaat en op één dag een melding in meerdere dossiers dat het apparaat niet is gebruikt, in verband met omstandigheden op de woning.

In gesprekken geven verschillende medewerkers aan dat ze de Qwiek.up wel gebruiken, al is het nog niet consequent. Op het moment dat de onderzoekers aanwezig zijn, zijn de medewerkers enthousiast over het gebruik van de Qwiek.up. Zij geven aan deze te zullen gebruiken en het effect ervan te rapporteren. Echter weten de onderzoekers niet of de Qwiek.up wel of niet is gebruikt en er alleen niet is gerapporteerd.

Wanneer de Qwiek.up door de onderzoekers werd aangereikt, werd daar wel gebruik van gemaakt. Zorgverleners gaven aan dat het pakken van de Qwiek.up, het opstarten en verplaatsen ervan, extra tijd kost tijdens uitvoering van de ADL. De enthousiaste reactie kan echter wel als sterk punt van onderzoek werken om de Qwiek.up blijvend te gebruiken. De plaats waar de huidige Qwiek.up staat, kantoor kwaliteitsverpleegkundige, is een zwak punt, omdat dit ten opzichte van woningen niet centraal ligt. Het is geen geschikte plaats voor opslag van gebruiksmateriaal, omdat het niet 'voor het grijpen' staat bij uitvoering van de zorgverlening.

Tijdens de uitvoering van het onderzoek werd opgemerkt dat de kamers van cliënten relatief klein waren. Dit maakt de werkruimte voor de Qwiek.up beperkt. Om de Qwiek.up te projecteren op een wand en daarmee voldoende afstand te creëren vanaf deze wand, is voldoende ruimte nodig. Daarnaast verminderen schilderijen of wanddecoraties het zicht van de beelden die op de wand worden geprojecteerd.

Om voldoende ruimte te bieden voor het inzetten van de Qwiek.up is de indeling van de kamer van belang. Tijdens het onderzoek kwam naar voren dat de stand van het bed invloed heeft op zichtbaarheid van beelden van de Qwiek.up. Hierbij moet vooral gelet worden op cliënten waarbij de ADL op bed wordt uitgevoerd. Om projectie op het midden van plafond uit te voeren, wordt verwacht dat het bed wordt verplaatst naar het midden van de ruimte. Hiermee wordt gecreëerd dat de cliënt voldoende zicht heeft op het geprojecteerde beeld.

Om inzet van de Qwiek.up effectief te laten zijn is het belangrijk dat cliënten voldoende zien en horen, om zich bewust te worden van de belevingsmodules. Zorgverleners zullen alert moeten zijn op het gebruik van bril en/of gehoorapparaten om het effect van gebruik te verbeteren. Daarnaast dient de ruimte voldoende donker te zijn, door gordijnen te sluiten en lichten te dimmen. Het geprojecteerde beeld wordt daarmee duidelijker zichtbaar.

Bij het verzamelen van de resultaten lijkt het waarschijnlijk dat de zorgverleners de Qwiek.up weinig tot niet gebruiken bij de uitvoering van de ADL wanneer er geen onderzoeker aanwezig is. De resultaten zijn verzameld door uitvoering van het onderzoek door de onderzoekers. Zorgverleners waren zich niet bewust van de veranderingen in het zorgplan van de cliënt en voerden vervolgens de interventie om de Qwiek.up in te zetten niet uit. Daarmee werd het gebruik van de Qwiek.up, alsmede het effect op geagiteerde gedragingen, niet gerapporteerd in het zorgplan. Het ontworpen meetinstrument voor dossieronderzoek kon niet worden ingezet en gaf daarmee onvoldoende aanvulling op de resultaten van het effect van de Qwiek.up op gedragingen bij cliënten. Het onderzoek heeft, met de aangepaste versie van de CMAI-schaal, wel geleid tot vrijwel dezelfde uitkomsten door beide onderzoekers. Dit is een positief effect op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Door de aangepaste versie van de schaal zijn de uitkomsten minder valide, maar de interne en externe validiteit is door de vooraf vastgestelde steekproef, populatie en uitvoering van proefmetingen gewaarborgd.

Een sterk punt van het onderzoek is dat tijdens het onderzoek in ieder geval duidelijk werd dat het inzetten van de Qwiek.up afleiding geeft. Cliënten leken niet altijd te kijken naar de beelden, maar leken zich wel bewust van de geluiden. Dit leek zich te uiten in minder geagiteerde gedragingen, waardoor de ADL makkelijker werd uitgevoerd. Dit zorgt bij zorgverleners en cliënten voor minder lichamelijke activiteit veroorzaakt door weerstand.

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de conclusie van dit onderzoek. Dit hoofdstuk geeft in zijn geheel antwoord op de onderzoeksvraag.

5. Conclusie

Naar aanleiding van de resultaten wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. De onderzoeksvraag zoals beschreven in hoofdstuk 2 is:

‘Wat is het effect van het inzetten van de Qwiek.up op de gemeten agitatie en agressie bij dementerenden en wat kan helpen bij de integratie en implementatie van de Qwiek.up in het zorgplan op alle PG-afdelingen van de Dilgt?’

Uit de resultaten van het observatieonderzoek is gebleken dat de Qwiek.up een positief effect heeft op de vermindering van agitatie en agressie en daarmee onrust tijdens uitvoering van de ADL. Dit is te zien aan de hand van de gemiddelde scores. De gemiddelde nameting ligt lager, dan de gemiddelde nulmeting. Echter variëren de gemiddelden ten opzichte van elkaar per cliënt. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het effect van de Qwiek.up verschilt per cliënt. Ook kan geconcludeerd worden dat bij alle geselecteerde cliënten de inzet van Qwiek.up effect heeft gehad, maar niet specifiek bij alle cliënten tot grote verschillen in de gemiddelde scores van de nulmetingen en de metingen met interventie heeft geleid. Bij de meerderheid van de cliënten werd het gemiddelde bij de nametingen zodanig verlaagd, dat het wel een positief effect moet hebben op de uitvoering van de zorgverlening. Dit is ook gebleken uit de reacties van de zorgverleners.

Vanuit het onderzoek kan weinig gezegd worden over het toepassen van de belevingsmodules per cliënt. Het lijkt erop dat per cliënt langer gekeken moet worden welke belevingsmodule het beste aansluit door te kijken naar diens wensen, interesses en stadium van dementie. Voor elke cliënt zouden de modules meerdere keren geprobeerd moeten worden om goed te kunnen kijken welke module het beste resultaat geeft voor welke cliënt.

De zorgverleners moeten bewust gemaakt worden van het effect van de Qwiek.up. Als dit het geval is zal de Qwiek.up makkelijker geïntegreerd en geïmplementeerd worden in de zorg. Alleen integratie in het zorgplan is hiervoor niet voldoende. Tijdens de uitvoering van het onderzoek is de Qwiek.up geïntegreerd in het zorgplan door de onderzoekers, met behulp van de EVV-er, door herhaaldelijk aan te geven dat de interventie ingevoerd diende te worden. Wanneer de positieve resultaten van de inzet van de Qwiek.up leiden tot implementatie, wordt gestreefd naar zelfstandig gebruik van het apparaat door de betrokken zorgverleners.

Geconcludeerd kan worden dat een positief effect van de Qwiek.up op probleemgedrag bij dementerenden, een centrale en geschikte plaats van opslag van de Qwiek.up en samenwerking tussen zorgverleners bij inzet van de Qwiek.up, kan leiden tot integratie en implementatie van het apparaat in de zorgplannen op alle PG-afdelingen van de Dilgt.

6. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten, discussie en conclusie worden in dit hoofdstuk concrete aanbevelingen genoemd voor de opdrachtgever.

Het gebruik van de Qwiek.up blijkt zinvol. Dit geeft dat de onderzoekers adviseren om het apparaat blijvend in te zetten bij de cliënten die daarvoor in aanmerking komen. De onderzoekers weten niet of de resultaten komen doordat de cliënt een goede of juist slechte dag heeft. Daarnaast kunnen verschillen in de omgang bij zorgverleners leiden tot bepaalde gedragingen van cliënten. Het is wenselijk langer onderzoek uit te voeren om een langduriger beeld te krijgen van gedragingen en effecten van de Qwiek.up, evenals inzet van verschillende belevingsmodules.

De wens van ZINN is dat er een Qwiek.up op de woningen vijf t/m acht van de Dilgt zal komen. De onderzoekers hebben echter ervaren dat het aantal cliënten bij wie de Qwiek.up ingezet is op twee woningen, te hoog ligt om maar één Qwiek.up te gebruiken. Omdat meerdere cliënten op hetzelfde tijdstip verzorgd worden, betekent dit dat de Qwiek.up in mindere mate inzetbaar zal zijn. De Qwiek.up bleek al te weinig voor twee woningen.

Een aanbeveling is om twee apparaten aan te schaffen per afdeling, dus voor vier woningen. Met één Qwiek.up per twee woningen zou de zorg zo aangepast moeten worden dat er een schema ontstaat voor het gebruik van de Qwiek.up. Alle cliënten bij wie inzet van Qwiek.up een zodanig positief effect heeft op het gedrag, kunnen gebruik maken van het apparaat. Omdat de Qwiek.up duur is in aanschaf (ca. €6000) lijkt het ons zinvol om verder onderzoek te doen naar cliënten, voor wie de interventie zinvol zou zijn. Mogelijk zijn er afdelingen die niet in aanmerking komen voor deze interventie, omdat zij geen cliënten hebben die probleemgedrag vertonen. Die afdeling zal dan niet of in mindere mate de Qwiek.up gebruiken als interventie bij de ADL. Mogelijk kan de Qwiek.up ingezet worden op andere momenten van agitatie.

Een volgende aanbeveling is om de Qwiek.up op een makkelijk en snel te bereiken plek te zetten in de buurt van de slaapkamers op de woningen, bijvoorbeeld de was- of personeelsruimte. Dit maakt de afstand en stap tot het pakken van het apparaat kleiner. Voor inzet van het apparaat willen we aanbevelen de appartementen van de cliënten, bij wie de Qwiek.up gebruikt wordt, iets aan te passen zodat de projecties op de muren goed te zien zijn. Door een wand leeg te maken, de plaats van het bed praktisch te bepalen en eventuele andere meubels te verschuiven, zal bekeken moeten worden wat de best passende plaats is om de Qwiek.up effectief in te zetten.

Daarnaast verdient het de aanbeveling om nieuwe zorgverleners te scholen in gebruik van de Qwiek.up, zodat problemen door verkeerd gebruik worden voorkomen.

Gedurende het onderzoek is gebleken dat de zorgplannen niet adequaat worden opgevolgd. De oorzaak hiervan is voor ons niet te achterhalen, aangezien herhaaldelijk aandacht is besteed aan het inzetten van de Qwiek.up op de woningen vijf en zes. Door het bewust maken van de zorgverleners van het effect van de Qwiek.up, zal het apparaat mogelijk makkelijker geïntegreerd en geïmplementeerd worden in de zorg. We zouden de opdrachtgever willen adviseren dit mee te nemen om te zorgen voor een blijvend gebruik en inzet van de Qwiek.up bij cliënten. Mogelijk is het van belang een implementatieplan op te stellen aan de hand van de resultaten om de Qwiek.up op de juiste manier te kunnen implementeren op de woningen. Hiermee zal gestreefd worden naar een juist passende aanpak, waardoor zorgverleners meer betrokken worden bij de implementatie.

Literatuurlijst

- Academie voor verpleegkunde. (2017). *Studiehandleiding U3 afstudeerfase*. Groningen: Hanzehogeschool.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! - Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Chou, W.-Y., Chiang, Y.-c., Waszynski, C., Kessler, J., & Clarkson, J. (2016). Using positive images to manage resistance-to-care and combative behaviors in nursing home residents with dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 215-220.
- Cohen-Mansfield, J., & Libin, A. (2004). Assessment of agitation in elderly patients with dementia: correlations between informant rating and direct observation. *International journal of geriatric psychiatry*, 881-891.
- Cox, K., de Louw, D., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Dol, A. (2014). *Het CAVE project voor mensen met dementie*. Groningen: HanzeKenniscentra.
- Gelmers, H. (2017). *Neurologie voor verpleegkundigen*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Hazelhof, T., Garenfeld, W., & Verdonschot, T. (2011). *Dementie en psychiatrie*. Amsterdam: Reed Business.
- Hunink, G. (2011). *De verpleegkundige als beroepsbeoefenaar*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- iWink. (2017, oktober 3). Opgehaald van ZINN (thuis)zorg, wonen en welzijn: <https://www.zinnzorg.nl/locaties-wijken/de-dilgt>
- Jonker, C., Slaets, J., & Verhey, F. (2009). *Handboek dementie; Laatste inzichten in diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kok, R., Verhey, F., & Schmand, B. (2004). Meetinstrumenten bij cognitieve stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, pp. 665-669.
- Nederlandse encyclopedie. (2017, Oktober 10). Opgehaald van Encyclo.nl: <http://www.encyclo.nl/begrip/ADL>
- Pedersen, S., Andersen, P., Lugo, R., Andreassen, M., & Sütterlin, S. (2017). Effect of Music on agitation in Dementia: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 1-10.
- Qwiek. (2017, oktober 3). Opgehaald van Qwiek.up: <https://qwiek.eu/up/>
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Waugh, A., & Grant, A. (2007). *Ross en Wilson, Anatomie en fysiologie in gezondheid en ziekte*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Zuidema, S. (2008). *Proefschrift Neuropsychiatric symptoms in Dutch nursing home patients with dementia*. Nijmegen.

Bijlage 1 – Gedragscode voor praktijkgericht onderzoek

Deze bijlage bevat de gedragscode praktijkgericht onderzoek. Hieronder staat een korte samenvatting van de gedragscode voor praktijkgericht onderzoek (afstudeerteam, 2016).

1. Onderzoekers aan het HBO dienen het professionele en maatschappelijke belang
Zij leveren een bijdrage aan de professie en het betreffende beroepenveld en zetten zich in voor het publieke belang. Zij richten zich op relevante thema's en problemen uit de beroepspraktijk en op creatieve, innovatieve en toepasbare oplossingen voor de praktijk. Ze leveren een bijdrage aan kennis- en theorieontwikkeling, stimuleren kenniscirculatie naar praktijk en onderwijs en streven ernaar resultaten toegankelijk te maken volgens de principes van Open Access¹.
2. Onderzoekers aan het HBO zijn respectvol
Zij houden rekening met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen en van collega-onderzoekers. Ze leven de regelgeving en protocollen na die in het vakgebied gelden voor het doen van onderzoek. Als onderzoek met mensen of dieren enig risico oplevert, moet het belang van het onderzoek het nemen van dat risico rechtvaardigen. In dat geval wordt externe deskundigen om advies gevraagd.
3. Onderzoekers aan het HBO zijn zorgvuldig
Zij nemen meerdere wetenschapsopvattingen en daarmee samenhangende vormen van onderzoek in overweging, de beschikbare onderzoeksmethoden en de methodologische regels die daarbij horen, alsook de onderzoeks- en beroepsethiek en de waarden die binnen het vakgebied gelden. Ze maken gebruik van reeds beschikbare kennis uit praktijk en wetenschap. Zij rapporteren juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar. Zij nemen in overweging de wenselijkheid de data zorgvuldig te bewaren en zorgen dat de intellectuele eigendomsrechten van data, resultaten en innovaties goed zijn geregeld.
4. Onderzoekers aan het HBO zijn integer
Zij zijn kritisch ten aanzien van in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities, onafhankelijk in hun methodische keuzes en eerlijk over de bronnen die ze gebruiken. Ze zijn aanspreekbaar op hun gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek, autonoom in hun analyses en onpartijdig in hun rapportages.
5. Onderzoekers aan het HBO verantwoorden hun keuzes en gedrag
Zij verantwoorden zich over de relevantie van het gekozen thema, de keuze van het onderzoekontwerp en gehanteerde methoden en de beperkingen daarvan, de zorgvuldigheid van de uitvoering, de onderbouwing van de conclusies, de gehanteerde bronnen, de implementatie in de praktijk alsmede de doorwerking in het onderwijs (afstudeerteam, 2016).

Bijlage 2 – De aangepaste CMAI-schaal

Cohen – Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Lees alle 29 geagiteerde gedragingen en omcirkel hoe vaak (van 1-7) dit voorkwam gedurende de observatie.

1 = nooit

2 = minder dan 1 keer per 10 min.

3 = 1 à 2 keer per 10 min

4 = Meerdere keren per 10 min.

5 = 1 à 2 keer per 5 min

6 = Meerdere keren per 5 min

7 = meerdere keren per minuut.

1. IJsberen, doelloos rondlopen 1 2 3 4 5 6 7
2. Verkeerd kleden of uitkleden 1 2 3 4 5 6 7
3. Spugen (ook tijdens maaltijden) 1 2 3 4 5 6 7
4. Vloeken of verbale agressie 1 2 3 4 5 6 7
5. Voortdurend, buitensporig vragen om aandacht of hulp 1 2 3 4 5 6 7
6. Telkens herhalende zinnen of vragen 1 2 3 4 5 6 7
7. Slaan (ook zichzelf) 1 2 3 4 5 6 7
8. Schoppen 1 2 3 4 5 6 7
9. Anderen vastpakken 1 2 3 4 5 6 7
10. Duwen 1 2 3 4 5 6 7
11. Gooien met voorwerpen 1 2 3 4 5 6 7
12. Vreemde geluiden (ook ongepast lachen of huilen) 1 2 3 4 5 6 7
13. Gillen, krijsen 1 2 3 4 5 6 7
14. Bijten 1 2 3 4 5 6 7
15. Krabben 1 2 3 4 5 6 7
16. Weglopen (bijv. een andere kamer, gebouw) 1 2 3 4 5 6 7
17. Opzettelijk vallen 1 2 3 4 5 6 7
18. Klagen 1 2 3 4 5 6 7
19. Negativisme 1 2 3 4 5 6 7
20. Ongeschikte stoffen eten of drinken 1 2 3 4 5 6 7
21. Zichzelf of anderen bezeren (sigaret, heet water etc.) 1 2 3 4 5 6 7
22. Verkeerd gebruik van voorwerpen (verplaatsen meubels, spelen met eten)
1 2 3 4 5 6 7
23. Voorwerpen verstoppen 1 2 3 4 5 6 7
24. Voorwerpen verzamelen 1 2 3 4 5 6 7
25. Voorwerpen verscheuren of eigendommen kapotmaken 1 2 3 4 5 6 7
26. Telkens herhalende gedragingen (schuiven met voeten, plukken e.d.)
1 2 3 4 5 6 7
27. Verbale sexuele toespelingen 1 2 3 4 5 6 7
28. Lichamelijk sexuele toenadering zoeken 1 2 3 4 5 6 7
29. Algemene rusteloosheid 1 2 3 4 5 6 7

Bijlage 3 – Toestemmingsformulier

31-10-2017

ZINN, locatie de Dilgt
Dilgtweg 3
9751 ND Haren

Geachte familie van cliënten woningen 5 en 6,

Wij, Tjitske Helder-Riddersma en Petra Reinders, zijn studenten van de opleiding HBO – verpleegkunde aan de Hanzehogeschool te Groningen. Van september 2017 tot en met januari 2018 zijn wij bezig met ons afstudeeronderzoek, die we uit gaan voeren in de Dilgt. In samenwerking met ZINN en de Hanzehogeschool wordt onderzoek uitgevoerd om de kwaliteit van zorg binnen PG-afdelingen in de Dilgt te verbeteren.

Binnen de woningen 5 en 6 van de Dilgt zullen wij gedurende deze periode een onderzoek uitvoeren gericht op de kwaliteit van zorg aan cliënten. Dit gaan we doen middels de Qwiek.up. De Qwiek.up is een mobiel apparaat dat zich richt op cliënt en zorgverlener, door middel van belevings- en bewegingsgerichte zorg.

De Qwiek.up ondersteunt zorgverleners bij kwesties binnen de zorg die daarom vragen. Dit apparaat is een soort diaprojector waarbij verschillende modules afgespeeld worden en zichtbaar zijn op muren of plafond. De bedoeling is om gedurende 5 tot 8 weken in de praktijk observatieonderzoek uit te voeren, waarbij we fysiek aanwezig zullen zijn bij cliënten. De doelstelling van het onderzoek is het geven van advies over het al dan niet standaard inzetten van de Qwiek.up binnen het zorgplan van cliënten, om zorgsituaties voor zorgverleners en patiënten werkbaar te maken en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Bij deze vragen wij u toestemming om dit onderzoek te mogen uitvoeren. Als u het niet eens bent met de uitvoering van dit onderzoek en daarmee niet akkoord gaat, laat dit dan zo spoedig mogelijk weten bij de contactpersoon van uw familielid. Als er vragen zijn dan horen wij dit graag.

Met vriendelijke groet,

Mede namens Lydia Woldendorp, kwaliteitsverpleegkundige ZINN,

Tjitske Helder – Riddersma en Petra Reinders

Bijlage 4 – Protocol bij overprikkeling cliënten

De aanwezigheid van de onderzoekers kan leiden tot overprikkeling bij de cliënten.

Door op de achtergrond te observeren proberen de onderzoekers dit te voorkomen.

Mocht dit toch tot overprikkeling leiden dan zullen de onderzoekers zich verwijderen en zal het protocol van ZINN in het geval van overprikkeling worden gehanteerd door de zorgverleners.

De gebeurtenis zal door de onderzoekers worden gerapporteerd en worden verwerkt in de resultaten van het onderzoek.

Bijlage 5 – Meetinstrument dossieronderzoek

Onderstaande vragen zullen worden gehanteerd:

- Is terug te vinden of de Qwiek.up gebruikt is of niet? Ja/nee
- Is de Qwiek.up gebruikt? Ja/nee
- Zijn effecten of resultaten van de Qwiek.up gerapporteerd? Ja/nee
- Wat is het gerapporteerde resultaat?
 1. Meer onrust
 2. Geen verschil
 3. Lichte verbetering
 4. Duidelijke verbetering

Bijlage 6 – Anti-plagiaat verklaring

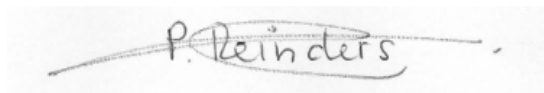
Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd verslag zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het verslag die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van noten. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats:
Groningen

Datum:
19-1-2018

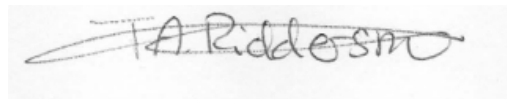
Naam student 1:
Petra Reinders

Handtekening student 1:

A handwritten signature in black ink that reads "P. Reinders" with a horizontal line extending to the right.

Naam student 2:
Tjitske Riddersma-Helder

Handtekening student 2:

A handwritten signature in black ink that reads "Tjitske Riddersma-Helder" with a horizontal line extending to the right.

Bijlage 7 – Safe-assignment

Bijgevoegd de link van het safe-assignment rapport.

https://blackboard.hanze.nl/webapps/mdb-sa-bb_bb60/originalityReport?attemptId=ddf39747-449b-40ee-87ac-5282384ebe21&includeDeleted=true&course_id=187424_1

HVV.0906.VTAFSU3 - U3 VOLTijd/DEELTijd

Afstudeeronderzoek (verslag)

Petra Reinders P on Fri, Jan 19 2018, 11:39 AM

61% highest match

Submission ID: ddf39747-449b-40ee-87ac-5282384ebe21

Onderzoeksverslag 1...

Word Count: 11,092

Attachment ID: 195566812

61%