

2014

Heeft bewegen effect op het verminderen van de symptomen van 'sundowning' bij mensen met dementie?



Student:

Neeltje Koolmees

Studentnummer:

S1044588

Begeleider afstudeeropdracht:

Esther van der Steeg

Beoordelaar afstudeeropdracht:

Hanneke Sleenwenhoek

VOE-CODE:

HSK3-AFS-BD13

Voorwoord

Binnen in het verpleeghuis de Sint-Jan in Uden waar ik nu 6 jaar werkzaam ben, viel het mij op dat juist op het einde van de dag als ik naar huis ga, de meeste bewoners met de ziekte van Alzheimer onrustig zijn. Zo erg soms dat je de persoon bijna niet meer herkent. Ik vroeg mij af wat de reden hiervan zou kunnen zijn en of juist de afleiding van sporten en jezelf afreageren zou kunnen helpen? Door op zoek te gaan in de literatuur kwam ik op het begrip “ sundowning” bij mensen met Alzheimer (Geelen, 2011).

Graag wil ik een aantal mensen persoonlijk bedanken in dit voorwoord. Allereerst mijn familie en vrienden, basketbalcoach en collega's die mij zowel mentaal, fysiek en emotioneel hebben ondersteund in deze drukke periode. Tevens wil ik Robbert, Marion, Willem, Emmelie, Laura en Claire persoonlijk bedanken voor hun inzet en vertrouwen in mij tijdens het schrijven en afronden van mijn scriptie. Tenslotte een persoonlijk woord van dank voor mijn scriptiebegeleider Esther van der Steeg en beoordelaar Hanneke Sleuwenhoek voor hun bijdrage aan mijn afstuderen.

Aanleiding en probleemstelling

Dit onderzoek heeft plaats gevonden op de gesloten afdeling psychogeriatric van Verpleegtehuis Sint-Jan in Uden. Hier verblijven ruim 60 cliënten met het ziektebeeld dementie. Een aantal van hen vertonen agitatie aan het eind van de middag, ook wel sundowning genoemd (Geelen, 2011). Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken is gebleken dat er al veel verschillende interventies zijn geprobeerd om agitatie te verminderen bij verpleeghuiscliënten met dementie. In de praktijk blijkt dat er weinig interventies gericht op het gebied van bewegen worden ingezet bij mensen met agitatieproblemen.

Doelstelling

Het doel van deze studie is te onderzoeken of de symptomen van sundowning door middel van BAP (bewegings- en activeringsprogramma) (Dröes, 1987) af kunnen nemen. Met sundowning wordt bedoeld de verandering in het gedrag van veel dementerende ouderen tegen het eind van de middag, rond 16.00u, waardoor ze rustelozier worden en geagiteerd gedrag kunnen vertonen.

Methoden

Voor het onderzoek zijn in overleg met de psycholoog binnen de instelling tien cliënten bekend met agitatie geselecteerd. Vijf cliënten zijn willekeurig ingedeeld in de experimentele groep, de overige vijf cliënten zijn in de controlegroep geplaatst. Aan de hand van de CMAI- gedragsobservatielijst is een voor-, een tussen- en een nameting gedaan. Deze metingen zijn onderverdeeld in vier subtypen van agitatie, namelijk; fysiek agressief gedrag, fysiek niet-agressief gedrag, verbaal agressief gedrag en verbaal niet-agressief gedrag.

Resultaten

Resultaten lijken te laten zien dat bij zowel de experimentele als controlegroep agitatie afneemt, maar zijn niet eenduidig

Conclusie

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er , binnen de Sint-Jan in Uden, leden van meerdere disciplines (bijv. een ergotherapeut, een psycholoog en een specialist ouderengeneeskunde) samenwerken als een cliënt probleemgedrag vertoont. Een aanbeveling is om agitatievermindering te meten op dezelfde avond en te kiezen voor een grotere populatie.

Abstract

Cause and problem statement

This study took place in nursing home Sint-Jan, closed department psyche geriatrics, in Uden. 60 clients with dementia live in this nursing home. In the afternoon some of them show agitation, also called sundowning (Geelen, 2011). Several scientific studies show a variety of interventions used in nursing homes to minimize agitation in clients with dementia. From experience it shows that few interventions focused on motor skills are used in people with agitation problems.

Aims of this study

The current study investigates whether symptoms of sundowning can minimize by use of BAP (a movement activation program) (Droës, 1987). Sundowning means the change in behavior of people with dementia in the afternoon, around 4pm, in which they become restless and they can show agitated behavior.

Methods

For this study ten clients, known to show agitation, are selected. Five of those clients are randomly assigned to the experimental group, the other five clients are assigned to the control group. With the use of the CMAI-behavioral observation check list a pre, between and post measurement is conducted. These measurements are subdivided into four categories of agitation, namely physical aggressive behavior, physical non aggressive behavior, verbal aggressive behavior and verbal non aggressive behavior.

Results

Results show that agitation minimizes in both the experimental group and the control group.

Conclusion

A possible explanation for these results could be that multiple professions of Sint-Jan in Uden, for example occupational therapist, psychologist and specialty geriatrics, work together when problematic behavior is displayed by a client. Recommendations for further research are to measure agitation on the same night and to include more participants in order to increase statistical power.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Abstract.....	4
1. Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding en probleemstelling.....	6
1.2 Doel- en vraagstelling.....	6
2. Theorie	7
2.1 Vergrijzing en dementie.....	7
2.2 Huidige interventies t.a.v. agitatie bij dementie	8
3. Methode.....	9
3.1 Onderzoeksgroep.....	9
3.2 Interventie	9
3.3 Meetinstrument.....	10
3.4 Dataverwerking	10
4. Resultaten	11
5. Discussie.....	14
6. Conclusie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	15
7. Literatuurlijst	16
8. Bijlagen	17
8.1 Bijlage 1 CMAI.....	17
8.2 Bijlage 2 Brief naar familie voor acceptatie deelname	19

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en probleemstelling

Met sundowning wordt bedoeld de verandering in het gedrag van veel dementerende ouderen tegen het eind van de middag waarbij ze rustelozer worden naar huis of hun ouders willen. Ze gaan rondlopen, zijn moeilijk gerust te stellen en in de war. Deze symptomen worden ook wel agitatie genoemd.

Agitatie komt voor bij 40% van de verpleeghuiscliënten in Nederland en kan verschillende oorzaken hebben ; lichamelijk ongemak (pijn), een on vervulde wens of behoefte (honger, naar het toilet moeten) of onbekend zijn met de omgeving (bv een nieuwe kamer) (Verpleegkundigen Verzorgenden Nederland [V&VN], 2008).

Ook kan er sprake zijn van teveel prikkels (harde geluiden) of te weinig prikkels (gebrek aan aandacht). Een oudere/cliënt kan ook geagiteerd verdrag vertonen wanneer het uiten van gevoelens moeite kost (V&VN, 2008). Als deze symptomen van agitatie zich specifiek voordoen rond 16.00 uur wordt dit “sundowning” genoemd (Geelen, 2011). Vaak komen deze ouderen later in de avond of de volgende ochtend weer in hun normale doen (Geelen, 2011). Tot nu toe is er geen specifieke oorzaak voor sundowning gevonden (Geelen,2011).

Sundowning uit zich in verschillende vormen waardoor de professional en cliënt overbelast kunnen worden. Bij onderzoek naar sundowning is verband gevonden met snellere psychische achteruitgang (Geelen, 2011). Bovendien geeft het meer risico op vallen en andere incidenten en is het voor alle betrokkenen belastend. In verpleeghuis Sint-Jan te Uden zijn er tot nu toe geen interventies die specifiek gericht zijn op het voorkomen van sundowning.

1.2 Doel- en vraagstelling

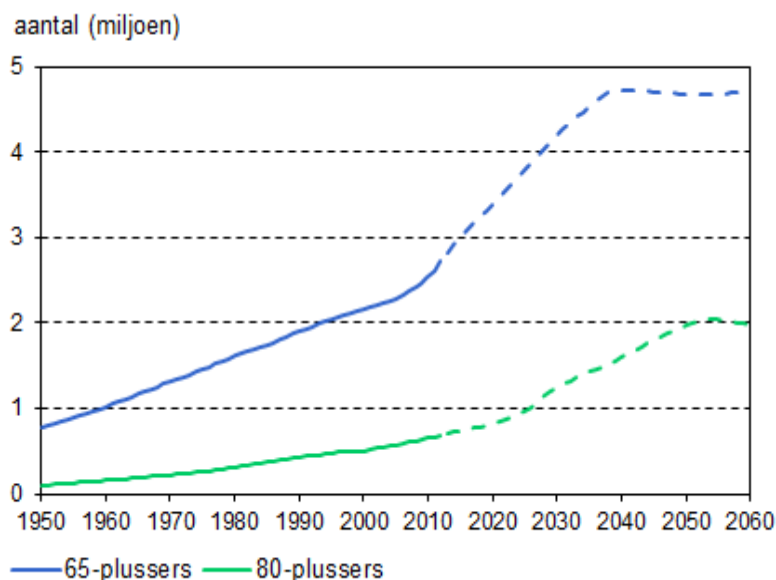
Meer onderzoek in de praktijk naar de daadwerkelijke effecten van bewegen bij agitatie lijkt wenselijk. Dit onderzoek beoogt inzicht te geven op de invloed van een beweegprogramma aan het eind van de middag op de mate van sundowning van de dementerende cliënten. Dit is relevant wanneer het geagiteerd gedrag daadwerkelijk af zal nemen. Als de agitatie afneemt komt dit ten goede aan de cliënt maar ook de zorgprofessionals kunnen beter omgaan met de cliënt. Hopelijk zal het onderzoek ook bijdragen aan een succesvolle interventie binnen de psychomotorische therapie.

Heeft het bewegen effect op het verminderen van de symptomen van sundowning bij mensen met dementie?

2. Theorie

2.1 Vergrijzing en dementie

Wereldwijd neemt de vergrijzing toe. De belangrijkste oorzaak voor de sterk toenemende vergrijzing van de bevolking is gelegen in de geboorteontwikkelingen in het verleden: de babyboomgeneratie van 1946-1970. De baby's van deze generatie hadden ongeveer in 2011 de leeftijd van 65 en gemiddeld wordt deze generatie steeds ouder. De toename van levensverwachting blijft, zie figuur 1.



Figuur 1. Aantal 65- en 80-plussers, 1950-2012 (meetpunt 1 januari) en prognose aantal 65- en 80-plussers, 2013-2060 (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2013)

Naarmate de mensen ouder worden, neemt de kans op ziekte en beperkingen, zoals dementie, toe. Met de toename van ziekte en beperkingen bij het ouder worden, neemt ook de kans op opname in een verpleeg- of verzorgingshuis toe. Op 1 januari 2012 woonden ruim 4% (112.000 personen) van 65 jaar en ouder in een verzorgingshuis of verpleeghuis, van de 80-plussers was dat 14% (CBS, 2013). In Nederland leven er 255.500 mensen met dementie waarvan er 31.6% (80.805 personen) in een verpleeghuis of verzorgingshuis wonen (Alzheimer Nederland, 2013).

Dementie is een van de belangrijkste oorzaken voor opname in een verzorg- of verpleeghuis. Maar liefst één op de vijf mensen krijgt een vorm van dementie, waarvan de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende is. Het aantal mensen met dementie zal naar verwachting stijgen door vergrijzing. Dementie is een verzamelnaam van een groot aantal geestelijke stoornissen veroorzaakt door afname van de hersenfuncties. Dit wordt veroorzaakt door beschadigde zenuwcellen in de hersenen en/of beschadigde verbindingen tussen deze zenuwcellen. Hierdoor kunnen de hersenen niet goed meer functioneren (Alzheimer Nederland, 2014). Dementie wordt gekenmerkt door progressieve achteruitgang in het denkvermogen, gevoelsleven, cognitieve functies (zoals waarneming, aandacht, geheugen, oriëntatie, taalgebruik, vaardigheden) en herinneringscapaciteit (Alzheimer Nederland, 2013). Door progressieve aard van dementie wordt een persoon langzaam steeds meer afhankelijk. Negentig procent van de mensen met dementie ontwikkeld na verloop van tijd gedragsproblemen, zoals agitatie, depressie, apathie en angst (Desai & Grossberg, 2001).

2.2 Huidige interventies t.a.v. agitatie bij dementie

Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken is gebleken dat er al veel verschillende interventies zijn geprobeerd om agitatie te verminderen bij verpleeghuis cliënten met dementie. Zo is bewezen dat snoezelen, handmassage en muziektherapie een positief effect hebben op agitatievermindering (Livingston, Johnston, Katona, Paton, & Lyketsos, 2005) bij een gevorderd stadium van dementie. Ondanks het aanbod van verschillende niet-medicamenteuze interventies bij gedragsproblemen (zoals agitatie), is medicatie (o.a. antidepressiva) toch nog de meest toegepaste behandeling (Binnekade, Eggermont, & Scherder, 2012). Medicamenteuze interventies zijn vaak slechts beperkt werkzaam en hebben negatieve bijwerkingen zoals beroertes of sterfgevallen (Zuidema, Derkse, Verhey, & Koopmans, 2007). Dit is een reden om juist de niet-medicamenteuze psychosociale interventies te stimuleren bij agitatie.

Binnen deze psychosociale interventies voor agitatie is een belevingsgerichte benadering van belang. Hierbij dient er rekening gehouden te worden met de coping strategieën, voorgeschiedenis en de ernst van de dementie voor het kiezen van een juiste en adequate behandelstrategie (Zuidema et al., 2007). Een behandelmethode voor mensen met psychosociale problematiek die hier op aansluit is psychomotorische therapie. De psychomotorische therapie dient hierbij afgestemd te worden op de individuele symptomen en behoefte van de cliënt om agitatiesymptomen te verminderen en daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren behandelstrategie (Zuidema et al., 2007).

Volgens Eggermont en Scherder (2006) hebben bepaalde soorten bewegingen een positieve invloed op het geagiteerd gedrag bij ouderen met dementie. Een beweegprogramma dat meerdere keren wordt uitgevoerd per week lijkt het meest positief effect te hebben op de stemming van een persoon. In een review van Kong, Evans en Guevara (2009) wordt gekeken naar wat voor soort niet-medicamenteuze therapie wel of niet werkt bij ouderen met dementie. Hierin komt naar voren dat sporten niet altijd significant bijdraagt aan het verminderen van agitatie. Anderzijds geven Kolanowski, Litaker en Baumann (2002) en Livingston et al. (2005) aan dat sporten wel significant bijdraagt bij het verminderen van agitatie. Onderzoek naar agitatie in zorginstellingen in Nederland geeft aan dat inactiviteit leidt tot toename van agitatie bij ouderen met dementie (Binnekade et al., 2012). In 2007 is er een systematische literatuurstudie gedaan waaruit een specifieke richtlijn is ontwikkeld voor verzorgende en verpleegkundigen: *'Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen'* (Inholland, 2007). Hierin wordt ook aanbevolen om de cliënt activiteiten in de vorm van bewegen aan te bieden. Het is dus aannemelijk, concluderend vanuit verschillende onderzoeken, dat fysieke activiteit een positief effect heeft op agitatie.

Alhoewel er veel onderzoek is gedaan naar het verminderen van agitatie, lijken de onderzoeken en interventie specifiek gericht op sundowning bij ouderen met dementie te ontbreken.

3. Methode

Het onderzoek is een vergelijkend onderzoek. Het effect van het bewegings- en activeringsprogramma (BAP) (Droës, 1987) op geagiteerd gedrag bij dementerende ouderen wordt onderzocht door het meten van agitatie op drie meetmomenten bij een experimentele groep en een controlegroep. De hypothese is dat beweging bij de experimentele groep op het tijdstip waarop geagiteerd gedrag vertoond wordt, de mate van agitatie zal verminderen.

Er is een willekeurige selectie gemaakt van deelnemers voor de experimentele groep en de controlegroep. Hierna wordt door middel van een brief toestemming gevraagd aan de contactpersonen van de deelnemers (zie bijlage 2). Na toestemming wordt er gestart met de uitvoering van de BAP interventie gedurende 8 weken. Aan de hand van de Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) wordt de mate van agitatie gemeten bij zowel de experimentele groep als de controlegroep (Cohen-Mansfield, Werner, & Watson, 1995) op drie momenten; vóór het experiment (t1), na 4 weken (t2) en na acht weken (t3, einde experiment). Deze drie meetmomenten worden iedere keer door dezelfde cliëntcontactpersoon ingevuld omdat hij/zij het meest frequent aanwezig is bij de cliënten. Dit is de reden dat de cliëntcontactpersoon de meest geschikte persoon is om de mate van agitatie van de cliënt in kaart te brengen.

3.1 Onderzoeksgroep

Willekeurig worden er tien (n=10) mensen geselecteerd die: (1) dementerend zijn, (2) wonen op een gesloten afdeling binnen verpleeghuis Sint-Jan te Uden en (3) reeds een vorm van agitatie vertonen. Van deze tien mensen zal de helft (n=5) twee keer in de week 30 minuten aan het BAP (bewegings- en activeringsprogramma) rond 16.00 uur deelnemen. De andere helft van de deelnemers, de controlegroep, ontvangt geen interventie op dat tijdstip.

3.2 Interventie

BAP (bewegings- en activeringsprogramma) is een beweegprogramma speciaal gemaakt voor dementerende ouderen. Het BAP is ontwikkeld vanuit de psychomotorische therapie en uitgegeven in een handboek (Droës, 1987). BAP richt zich op drie aspecten:

- (re)activeren door het stimuleren van de geheugenfuncties, het waarnemen (waaronder de oriëntatie) en het handelen;
- (re)socialiseren door het stimuleren van de communicatie tussen de ouderen onderling en de omgeving;
- bevorderen van het affectief functioneren door het stimuleren van het eigen initiatief en de vrije keuze

Het BAP programma is bekend binnen de verpleegafdeling Sint-Jan in Uden. Bij dit onderzoek door de therapeut (in opleiding) is het BAP aangepast aan dementerende ouderen met agitatie. Het stimuleren van de geheugenfuncties, het waarnemen en het handelen zoals beschreven in het BAP wordt achterwege gelaten. Binnen de beweegmomenten voor de interventiegroep wordt er gestreefd naar het beperken van de cognitieve inspanning van de cliënt. De therapeut(in opleiding) heeft ervaren dat deelnemers geconfronteerd worden met hun beperking wanneer er een beroep wordt gedaan op hun cognitieve vermogens. Door deze confrontatie kan de agitatie ongewild toenemen. De focus ligt daarom meer op het directe reactievermogen van de cliënten (zoals reageren op een bal en andere interactie met verschillende voorwerpen, zie tabel 1) en vergen minimaal cognitief vermogen. Door de bekendheid van de verschillende voorwerpen en oefeningen wordt beoogd de cognitieve inspanning te minimaliseren. Er zit geen competitieve component in de oefeningen.

De uitkomsten van de studie van Eggermond en Scherder (2006) lijkt deze opzet te rechtvaardigen en laat een overeenkomstig beeld zien. Zij geven aan juist veel te gaan lopen met geagiteerde dementeerde mensen en vooral geen competitieve componenten te gebruiken.

Tabel 1. bewegings- en activeringsprogramma

	Oefening	Tijdsduur	Details	Opzet
1	Voetballen met grote bal	10 min		Vanuit stoel/kring
2	Tennissen met ballon	10 min		Vanuit stoel/kring
3	Hockey met 2 ballen	10 min		Vanuit stoel/kring

3.3 Meetinstrument

In dit onderzoek wordt de mate van agitatie van de cliënten gemeten via de zorgprofessionals op basis van de gevalideerde CMAI (Cohen-Mansfield et al., 1995). De CMAI is ook in het Nederlands vertaald en gevalideerd (De Jonghe, & Kat, 1996). De inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid van dit instrument is goed gebleken bij drie koppels beoordelaars, namelijk 0.88 tot 0.92 (Cohen-Mansfield, 1991). De CMAI is gebruikt als meetinstrument voor het in kaart brengen van de mate van agitatie. In deze schaal/vragenlijst wordt de mate van agitatie over de laatste twee weken gemeten door het scoren tussen 1 (nooit aanwezig) tot 7 (meerdere keren per uur aanwezig) van 29 gedragingen.

Deze 29 gedragingen zijn ingedeeld in vier subtypen van agitatie (Cohen-Mansfield et al., 1995):

1. Fysiek agressief gedrag zoals slaan, schoppen, duwen, bijten en krabben.(10 vragen)
2. Fysiek niet-agressief gedrag zoals doelloos rondlopen, voorwerpen verzamelen of verstoppert, en telkens herhalende gedragingen. (10 vragen)
3. Verbale niet-agressieve agitatie zoals voortdurend en buitensporig om aandacht of hulp vragen, of het telkens herhalen van zinnen en vragen. (zeven vragen)
4. Verbale agressie zoals vloeken, gillen en krijsen. (twee vragen)

Zie bijlage 1 voor de complete CMAI

3.4 Dataverwerking

De mate van agitatie bij zowel de controle als de experimentele groep wordt aangetoond door het uitwerken van de CMAI scores. De resultaten met significante verschillen worden weergegeven in grafieken op basis van gemiddelde scores per groep en/of subtypen. Allereerst wordt het gemiddelde van de CMAI totaalscores van zowel de controlegroep als de interventiegroep weergegeven in een tabel en een ‘*’ geplaatst wanneer er significant verschil is. Significantie wordt berekend doormiddel van een T-toets. Daarnaast wordt hiervan ook een grafiek weergegeven en het gemiddelde per CMAI subtype getoond omdat dit een specifiek beeld geeft op welk subtype van agitatie de interventie invloed heeft. Het experiment betreft een kleine onderzoeksgroep. Hierdoor wordt er gekeken naar de gemiddelde scores over de tijd (t1, t2, t3)

4. Resultaten

Aan dit onderzoek namen 10 cliënten deel, allen voltooiden het programma. De cliënten werden onderverdeeld in 2 groepen; vijf deelnemers zaten in de experimentele groep, de andere vijf in de controlegroep. Beide groepen bestonden uit 3 vrouwen en 2 heren. Dit was geen opzet.

De gemiddelde scores van de CMAI worden in dit hoofdstuk weergegeven naar de totaalscores en de vier subtypen over de drie meetmomenten (t1, t2, t3) van zowel in de controle- en experimentele groep.

In onderstaande tabel (tabel 2) wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde CMAI scores per groep en per meting. Score 1 staat voor nooit agitatie aanwezig tot score 7 meerdere keren per uur agitatie aanwezig. Significante bevonden resultaten tussen de metingen worden weergegeven door middel van een '*’.

Tabel 2: Gemiddelde scores per meting per groep naar de subschalen van de CMAI

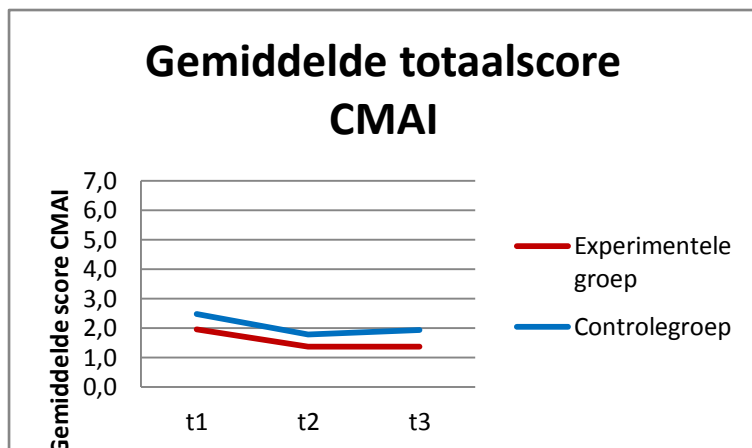
	Gemiddelde t1		Gemiddelde t2		Gemiddelde t3	
	Exp	Contr	Exp	Contr	Exp	Contr
Totaal	2,0	2,5	1,4	1,7	1,5	1,9
Fysiek, niet agressief	2,3	3,1	1,7*	2,3	1,7	2,4
Fysiek, agressief	1,2	1,7	1,1	1,2	1,1	1,2
Verbaal, agressief	2	2,6	1,5	1,4*	1,7	1,7
Verbaal, niet agressief	2,3	2,8	1,3*	2,1	1,5	2,2

*p<0,05 tussen de metingen.

Binnen de experimentele groep is de gemiddelde CMAI scores significant bevonden voor twee subschalen, namelijk: de ‘fysiek niet agressieve’ en de ‘verbaal niet agressieve’ schaal bij meting 2 (t2). In de controlegroep is in meting 2 een significante afname gevonden in de CMAI subschaal ‘verbaal niet agressief’. Overige gemiddelde scores zijn niet significant bevonden in vergelijking met de voorgaande meting en/of in vergelijking met de controlegroep. Het totaalbeeld laat zien dat er geen significant verschil is gevonden tussen de beide groepen; alle gemiddelden zijn afgenomen.

Gemiddelde totaalscore

De gemiddelde totaalscores van alle CMAI lijsten zijn weergegeven in grafiek 1.

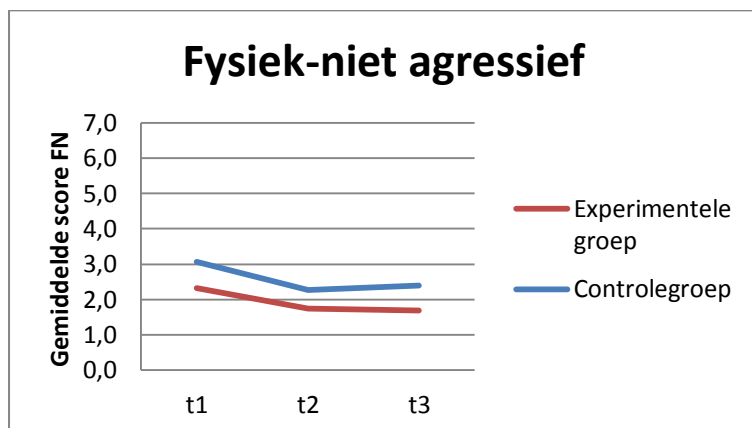


Grafiek 1: Gemiddelde totaalscore voor- tussentijds en nameting

In bovenstaande grafiek is de gemiddelde CMAI totaalscore per groep en per meting te zien. In de Y-as staat de maximale hoeveelheid punten die je kunt scoren wat betreft de agitatie die vertoond wordt. 7 staat voor agitatiegedrag dat meerdere keren per uur voor komt en 1 staat voor nooit, dit gedrag komt niet voor. In de totaal grafiek is er geen spraken van significantieverschillen. Niet per groep en niet per meting.

Fysiek niet-agressief gedrag

De gemiddelde totaalscores van alle CMAI lijsten op gebied fysiek- niet agressief zijn weergegeven in grafiek 2.

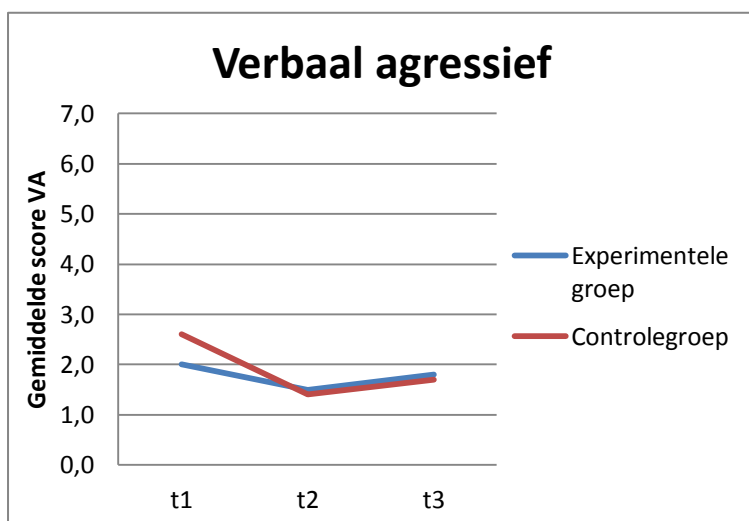


Grafiek 2: Gemiddelde totaalscore voor- tussentijds en nameting op fysiek niet agressief gedrag.

Er is na vier weken een afname zichtbaar bij fysiek niet-agressief geagiteerd gedrag. Zowel bij de experimentele als bij de controlegroep. Daarnaast is bij meting 2 de experimentele groep een significantieverschil gemeten ten opzichte van meting één (zie tabel 2). Deze grafiek laat echter zien dat bij de experimentele groep een afname zichtbaar blijft. Hoewel de controlegroep op meetmoment twee een grote afname laat zien is er bij meetmoment drie een lichte stijging in geagiteerd gedrag, die niet significant is.

Verbale agressie

De gemiddelde totaalscores van alle CMAI lijsten op gebied verbaal agressief zijn weergegeven in grafiek 3.

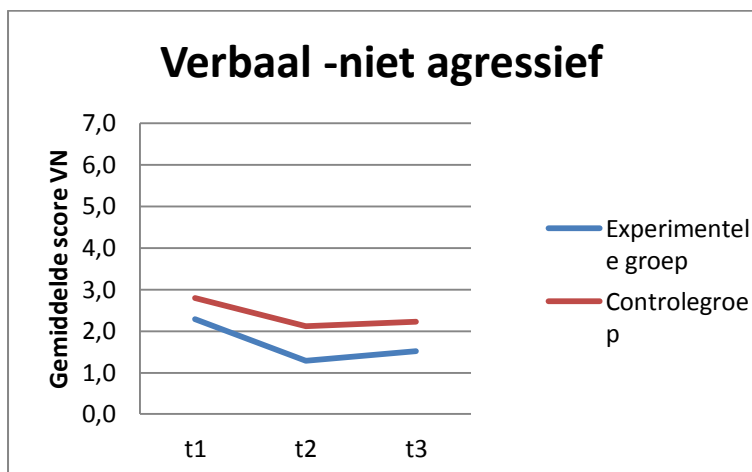


Grafiek 3: Gemiddelde totaalscore voor- tussentijds en nameting op verbaal -agressief gedrag.

Er is na vier weken een afname zichtbaar van verbaal geagiteerd gedrag. Zowel bij de experimentele als bij de controlegroep. Daarnaast is er bij meting 2 de controlegroep een significantieverschil gemeten ten opzichte van meting één (zie tabel 2). Deze grafiek laat echter zien dat er, zowel bij de experimentele groep als de controlegroep, op meetmoment twee een afname en op meetmoment drie een stijging is van geagiteerd gedrag.

Verbale niet-agressieve agitatie

De gemiddelde totaalscores van alle CMAI lijsten op gebied verbaal niet-agressief zijn weergegeven in grafiek 4.



Grafiek 4: Gemiddelde totaal score voor- tussentijds en nameting op verbaal niet agressief gedrag.

Er is na vier weken reeds een afname zichtbaar bij verbale niet-agressieve geagiteerd gedrag. Zowel bij de experimentele als de controlegroep. Daarnaast is er zowel bij de experimentele groep als bij de controlegroep een afname in geagiteerd gedrag zichtbaar na acht weken. Na acht weken neemt bij beide groepen de agitatie lichtelijk toe.

Uit de cijfers van de experimentele groep blijkt dat er een significant verschil is tussen meting 1 en meting 2 (zie tabel 2).

5. Discussie

Het doel van deze studie was om te onderzoeken of het BAP programma effect heeft op het verminderen van de symptomen van sundowning bij mensen met dementie. De hypothese was dat de experimentele groep een afname van geagiteerd gedrag zou laten zien. Om de hypothese te staven wordt het gedrag van de experimentele groep vergeleken met het gedrag van de controlegroep

Opvallend bij deze resultaten is dat de afname van agitatie ook bij de controle groep zichtbaar was. Dit in tegenstelling tot de verwachting, omdat deze deelnemers geen BAP hebben gehad.

Dit kan mogelijk te verklaren zijn door invloeden van buitenaf op de gemeten agitatie. Zo wordt er binnen de Sint-Jan in Uden gewerkt met meerdere disciplines die bij zowel de experimentele groep als de controlegroep agitatie proberen te verminderen. De onderzoeker heeft niet alle invloeden van buitenaf kunnen uitsluiten waardoor de invloed van onderzoek op agitatie niet puur gemeten is. Zo is er bij één deelnemer uit de experimentele groep binnen deze acht weken door de ergotherapeut een rolstoel ingezet, door de specialist ouderen geneeskunde een katheter ingebracht en is deze deelnemer van medicatie veranderd. Dit allemaal zou invloed kunnen hebben op de agitatievermindering van de deelnemer.

Ook zou het te maken kunnen hebben met de hoeveelheid van bewegen. Twee keer in de week zou te weinig kunnen zijn. Het onderzoek zou wellicht beter effect kunnen hebben als de beweging iedere dag zou worden gegeven.

Een derde discussiepunt zou kunnen zijn dat de metingen over 8 weken zijn gehouden. De verwachting na gesprekken met de zorg zijn dat de symptomen van sundowning afnemen, als de agitatie op de dag zelf 2x gemeten zou worden. De effecten van bewegen op sundowning zou van korte duur kunnen zijn. De zorg merkt duidelijk verschil in de avond als het bewegings- en activeringsprogramma gegeven werd. Deelnemers vertoonde minder roepgedrag en hadden ook niet meer het dwangmatige gevoel naar huis te moeten.

Tenslotte zou het te maken kunnen hebben met de grootte van de onderzoekspopulatie. Zowel de experimentele groep als de controlegroep bestond uit (maar) 5 deelnemers waardoor het onderzoek niet statisch significant is. De “power” van het onderzoek is onvoldoende om in werkelijkheid bestaand verschil of verband aan te tonen. Een opvallend verschil tussen meting T1 en T2 (subschaal fysiek, niet agressief) bij 1 deelnemer van de experimentele groep kan zijn beïnvloed door een factor van buitenaf. Deze cliënt lijdt aan dwangmatig loopgedrag en er is, tijdens deze onderzoeksperiode, bij cliënt een interventie verricht waarbij een rolstoel is ingezet. Dit maakt het significante verschil onbetrouwbaar als resultaat van het bewegingsprogramma.

De subschaal verbaal, agressief gedrag laat een significant verschil zien tussen meting T1 en T2 bij 1 deelnemer. De verbale agitatie is sterk verminderd. Omdat bij deze deelnemer de medicatie is veranderd tijdens het onderzoek is het significante verschil wellicht daaraan toe te schrijven. Voor dit onderzoek zijn deze gegevens onbetrouwbaar geworden.

De subschaal verbaal, agressief gedrag laat een significant verschil zien tussen meting T1 en T2 bij de experimentele groep en laat een significant verschil zien. Dit lijkt aan te tonen dat het bewegingsprogramma effect heeft. Dit is echter moeilijk te bewijzen.

6. Conclusie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De vraagstelling van dit onderzoek “Heeft het bewegings- en activeringsprogramma effect op het verminderen van de symptomen van sundowning bij mensen met dementie?”

Het antwoord op basis van de resultaten is dat beweging in de vorm van BAP bewegings- en activeringsprogramma rond 16.00 uur geen effect lijkt te hebben. Zowel voor de experimentele groep als de controlegroep zijn de symptomen van sundowning afgenomen. Dit is natuurlijk positief maar hierdoor is het moeilijk te zeggen of juist door het inzetten van BAP de symptomen zijn afgenomen.

In de literatuur gaf de review van Kong (Kong et al., 2009) al aan dat sporten niet altijd significant bijdraagt aan het verminderen van agitatie. Dit in tegenstelling tot de studie van Livingston (Livingston et al., 2005) en de richtlijn van Inholland (Inholland, 2007) dat activiteiten in een vorm van bewegen juist wel bijdragen aan het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen. Wat alle onderzoeken in de literatuur aangeven is dat er meer hoogwaardig onderzoek op dit gebied dient te worden verricht.

Deze doelgroep is echter lastig te onderzoeken omdat ze erg kwetsbaar is. Mensen met dementie hebben vaak moeite om aan te geven hoe ze zich voelen en omdat dementie op zichzelf een factor is die onderzoek op langere termijn bemoeilijkt. Daarbij komt ook nog kijken, dat er een grotere kans is op uitval en dat er in deze doelgroep een grotere kans is op medische complicaties.

In ieder geval is aan te bevelen dat tijdens onderzoek de meetinstrumenten worden ingevuld door de zorgprofessionals om zodoende betrouwbare gegevens te verkrijgen.

Vanwege de korte onderzoeksperiode van de huidige studie en het lage aantal deelnemers kunnen er geen harde conclusies getrokken worden. Wel is het aan te raden door te gaan met het BAP programma rond 16.00 uur. De deelnemers vinden het leuk om in beweging te zijn, ze krijgen persoonlijke aandacht en zijn even afgeleid van hun onrust. Ook de zorgmedewerkers merken duidelijk verschil in de avond bij de deelnemers die hadden deelgenomen aan het bewegings- en activeringsprogramma. Een eerste aanbeveling voor een vervolgonderzoek zou zijn om weer de CMAI te gebruiken en hierin de bevindingen van het verzorgend personeel mee te nemen.

Een tweede aanbeveling is het meten wat het effect van BAP nog op dezelfde dag/avond heeft. De verwachting na gesprekken met de zorg zijn dat de symptomen van sundowning afnemen. De zorg merkt duidelijk verschil in de avond bij de deelnemers als ze deel hadden genomen aan het bewegings- en activeringsprogramma.

Een derde aanbeveling is de hoeveelheid van bewegen. Twee keer in de week zou te weinig kunnen zijn. Het onderzoek zou beter effect kunnen hebben als de beweging iedere dag zou worden gegeven.

Een vierde aanbeveling is kiezen voor een grotere onderzoekspopulatie. Zowel de experimentele groep als de controlegroep bestond uit vijf deelnemers. Wellicht zou het effect van het bewegings- en activeringsprogramma bij een grotere populatie een andere uitkomst kunnen bieden.

Tenslotte zou voor een neutraal onderzoek het gemeten onderwerp zo onderzocht moeten worden dat invloeden van buitenaf verder geëlimineerd worden. (ergotherapeut, specialist ouderen geneeskunde en psycholoog) dit is echter onmogelijk en zeker onwenselijk voor de cliënt.

7. Literatuurlijst

- Alzheimer Nederland. (2013). *De ziekte van Alzheimer*. Geraadpleegd op <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/wat-is-dementie/vormen-van-dementie/ziekte-van-alzheimer.aspx>
- Alzheimer Nederland. (2014). *Neemt het aantal mensen met een dementie toe of af?*. Geraadpleegd op <http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/onderzoek/2014/februari/aantal-mensen-met-dementie.aspx>
- Bakker, E. C., & Van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen: Noordhoff uitgevers
- Binnekade, T. T., Eggermont, L. H. P., & Scherder, E. J. A. (2012). Onbewogen om bewegen: Lichamelijke (in) activiteit in zorginstellingen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2013). *Bevolkingsprognose 2013-2060*. Geraadpleegd op <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>
- Cohen-Mansfield, J. (1991). Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Rockville: The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. Geraadpleegd op http://www.tilburguniversity.edu/upload/55f7f1ae-6733-4e6e-9f1c-cd2f59699eff_webversie%20rapport%20miMakkus.pdf
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., & Watson, V. (1995). Agitation among elderly persons at adult day-care centers: the experiences of relatives and staff members. *International Psychogeriatrics*, 7, 447-458.
- De Jonghe, J. F. & Kat, M. G. (1996). Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D). *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(7), 888-889.
- Desai, A. K., & Grossberg, G. T. (2001). Recognition and management of behavioral disturbances in dementia. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 3(3), 93.
- Droës, R.M. (1987). *Beweeg met ons mee*. Elsevier Gezondheidszorg.
- Eggermont, L.H. & Scherder, E.J. (2006). Physical activity and behaviour in dementia: A review of the literature and implications for psychosocial intervention in primary care. *Dementia*, 5(3), 411-428.
- Geelen, R. (2011). Sundowning. *Ouderenzorg*, 5, 14-17. Geraadpleegd op http://www.moderne-dementiezorg.nl/upl/beleving_en_gedrag/sundowning.pdf
- Hogeschool Inholland, Stichting Geriant. (2007). Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen, Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden. Alkmaar: Hogeschool Inholland.
- Kolanowski, A. M., Litaker, M. S., & Baumann, M. A. (2002). Theory-based intervention for dementia behaviors: a within-person analysis over time. *Applied Nursing Research*, 15(2), 87-96.
- Kong, E. H., Evans, L. K., & Guevara, J. P. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 13(4), 512-520.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C. G., & Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). (2008). *Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patienten met dementie (niet-medicamenteuze aanbevelingen)*. Geraadpleegd op <http://www.venvn.nl/portals/20/publicaties/richtlinomgaanmetgedragsproblemenbijdementie.pdf>
- Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(7), 632-638.

8. Bijlagen

8.1 Bijlage 1 CMAI

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) - lange vorm (1986).

Vertaling J.F.M. de Jonghe, versie 1997

Factor structure and validity of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D)
J Am Geriatr Soc. 1996 Jul;44(7):888-9.

Lees alle 29 geagiteerde gedragingen en omcirkel hoe vaak (van 1-7) dit voorkwam gedurende de laatste 2 weken.

	Nooit 1	Minder dan eens per week 2	1 à 2 keer per week 3	Meerdere keren per week 4	1 à 2 keer per dag 5	Meerdere keren per dag 6	Meerdere keren per uur 7
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

	Nooit 1	Minder dan eens per week 2	1 à 2 keer per week 3	Meerdere keren per week 4	1 à 2 keer per dag 5	Meerdere keren per dag 6	Meerdere keren per uur 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 verstoppert	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 seksuele toespelingen	1	2	3	4	5	6	7
28. Lichamelijk seksuele toenadering zoeken	1	2	3	4	5	6	7
29. Algemene rusteloosheid	1	2	3	4	5	6	7

8.2 Bijlage 2 Brief naar familie voor acceptatie deelname



BrabantZorg

Sint Jan

Kerkstraat 8
5401 BE Uden

Telefoon (0413) 26 39 20

Fax (0413) 25 10 85

E-mail

www.brabantzorg.eu

Rabobank Veghel 13.19.04.108

KvK Oost-Brabant 17225125

ons kenmerk 14.009 avb/dh/nk/jh
datum 10-02-2014
onderwerp Onderzoek groepsgym

Geachte familieleden,

Graag wil ik mij even voorstellen. Ik ben Neeltje Koolmees en ben werkzaam als Bewegingstherapeut binnen BrabantZorg locatie Sint Jan.

Naast deze baan ben ik aan het afstuderen voor Psychomotorisch therapeut. Voor het afstuderen ben ik bezig met een onderzoek binnen de afdelingen Meerkensloop en Aalstgraaf. Hiervoor zou ik willen onderzoeken of onrustig gedrag afneemt als uw partner, familielid of naaste twee keer in de week deelneemt aan de groepsgym. Deze groepsgym vindt plaats rond 15.30 uur. Dit is namelijk een tijdstip waarop de meeste bewoners onrustig worden. Ik wil deze groep starten op maandag 24 februari.

Alvast hartelijk dank voor jullie medewerking en voor vragen kunt u mij bellen op:
06-44822999

Wilt u het bijgevoegde antwoordstrookje uiterlijk woensdag 19 februari inleveren bij de teammanager van de afdeling, of mailen naar dirk.hamers@brabantzorg.eu, zodat ik weet of u akkoord gaat, als uw partner, familielid of naaste deelneemt aan deze groepsgym.

Met vriendelijke groet,

Neeltje Koolmees
Bewegingstherapeut

X-----

Groepsgym om 15.30 uur onder begeleiding van Neeltje koolmees

Naam:

Ik vind het goed / Ik vind het niet goed / (* doorhalen wat niet van toepassing is)

BrabantZorg maakt deel uit van BrabantLeven