

Zorgen voor rust bij onrust

*‘Op welke wijze en op welke momenten kunnen beeld- en geluidservaringen,
met de Qwiek.up, onrust bij zorgvragers met dementie reduceren?’*



Stella Penders 1631519 en Natasja Kitzen 1611348

Opleiding HBO Verpleegkunde, VO451

Faculteit Gezondheidszorg te Zuyd Hogeschool

Thesiskringbegeleider: Renée Verwey

Praktijkbeoordelaar: Audrey Cobben

Onderzoeksinstelling: Ave Maria, Cicero Zorggroep

Datum: 07-12-2018

Samenvatting

Het aantal mensen met dementie was in 2016 meer dan 270.000, waarvan er ruim 70.000 in een verpleeghuissetting verbleven. Gedragsproblematiek bij dementie wordt een steeds grotere kwestie en zorgt voor een belasting voor zowel mantelzorgers als zorgverleners. Onrust bij zorgvragers met dementie is een symptoom van gedragsproblematiek. In verschillende literatuur wordt de positieve invloed van beeld- en geluidsinterventies op onrust beschreven. Een voorbeeld van deze interventies is de Qwiek.up. Met behulp hiervan kunnen verschillende beelden geprojecteerd worden in combinatie met geluid. Binnen de onderzoeksafdeling is niet duidelijk op welke wijze, in welke situaties en op welke momenten de Qwiek.up het meest effectief ingezet kan worden om onrust te reduceren.

Het doel van dit onderzoek is om de individuele gebruikerservaringen van beeld en geluid in de dementiezorg te optimaliseren en te onderzoeken op welke wijze en op welke momenten de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie reduceert. De volgende hoofdvraag wordt beantwoord; 'Op welke wijze en op welke momenten kunnen beeld- en geluidservaringen met de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie reduceren?'

Om de benodigde onderzoeksgegevens te verzamelen werden 54 observaties uitgevoerd met behulp van het meetinstrument 'DS-DAT' (Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type). Hiermee werd de mate van discomfort gemeten op momenten van onrust bij zes zorgvragers met dementie op drie verschillende momenten. Aanvullend vonden na de observaties zes semigestructureerde interviews plaats met zes zorgverleners die de Qwiek.up ingezet hadden. Onder andere de subjectief ervaren invloeden, met betrekking tot het gebruik van de Qwiek.up, werden onderzocht.

Uit de observaties blijkt dat de mate van discomfort in 72,2% van alle momenten tijdens inzet van de Qwiek.up afnam. Waarna er een stijging in de mate van discomfort zichtbaar was in 69,2% van deze momenten. Alle geïnterviewde zorgverleners geven aan de inzet van de Qwiek.up als een meerwaarde te zien, de Qwiek.up vermindert onrust, biedt afleiding en plezier. De duur van de invloed op onrust wordt als wisselend ervaren. Voornamelijk natuurmodules laten een positieve invloed zien. Daarnaast zijn de keuze van de module en de aanwezigheid van de zorgverlener van invloed op de werking van de Qwiek.up. Ten slotte blijkt zowel uit de literatuur als de interviews dat het beleavingsgericht inzetten van de Qwiek.up bijdraagt aan het welzijn van de zorgvragers.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het per zorgvrager verschillend is op welke wijze en op welke momenten de inzet van de Qwiek.up onrust reduceert. Er zijn verschillende factoren die van invloed zijn op de werking. Ten slotte blijkt dat de Qwiek.up bij het merendeel van de zorgvragers 'zorgt voor rust bij onrust' op het moment van inzet.

Abstract

The number of people with dementia in 2016 was more than 270.000, of which more than 70.000 people were living in a nursing home. Restlessness among people with dementia is a symptom of behavioral problems. Behavioral problems in dementia are becoming an increasing problem and result in a burden for both family members and professional care givers. Various literature described the positive influence of image and sound interventions on restlessness. The Qwiek.up is an example of these kind of interventions. With the Qwiek.up different images in combination with sound can be projected. Within the research unit it was not clear how, in which situations and in which moments the Qwiek.up could most effectively be used to reduce restlessness among patients with dementia.

The aim of this study is to optimize the individual user experiences of image and sound interventions in dementia care and to investigate how and when the Qwiek.up reduces restlessness among patients with dementia. The following main question was answered; 'In what way and at which moments images and sounds experiences with the Qwiek.up can reduce restlessness among patients with dementia?'

To collect the required research data 54 observations were preformed using the 'DS-DAT' (Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type) instrument. With this instrument the level of discomfort was measured at various moments of restlessness among six patients with dementia at three different times. In addition, six semi-structured interviews took place directly after the observations with six professional caregivers who have used the Qwiek.up.

The observations showed that the level of discomfort decreased in 72.2% of all moments when the Qwiek.up was used. After this, there was shown in 69,2% of these moments an increase in the level of discomfort. The interviewed caregivers mentioned that the use of the Qwiek.up is an added value, because the Qwiek.up reduces restlessness, stimulates activity and pleasure. The duration of the influence on restlessness is experienced as varying. It seems that 'nature' modules showed a more positive influence. Also the choice of the 'module' and the presence of the caregiver during use of the Qwiek.up has shown an influence. Besides the results of the literature and interviews show that the personal use of the Qwiek.up contributes to the well-being of the patients with dementia.

Concluding the influence from the Qwiek.up is different for each patient; in what way and in which moment the Qwiek.up reduces restlessness. Besides that there are several factors that influence the efficiency. Finally, it shows that the Qwiek.up provides 'rest during moments of restlessness' when the Qwiek.up is being used.

Voorwoord

Wij zijn Natasja Kitzen en Stella Penders. Momenteel bevinden wij ons in de afstudeerfase van de verkorte hbo-verpleegkunde opleiding aan Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Gedurende deze afstudeerperiode doen wij praktijkervaring op binnen verschillende zorgsettings. Natasja is werkzaam binnen de thuiszorg van Envida en Stella is werkzaam in het Geerlingshospice binnen Sevagram. Eerdere werkervaring in de zorg hebben wij opgedaan tijdens de opleiding mbo-verpleegkunde.

Beiden hebben wij op een positieve wijze kennis gemaakt met het werken in de psychogeriatric. Toen de mogelijkheid zich voordeed om te solliciteren voor een afstudeerproject, ging onze voorkeur dan ook uit naar een project binnen de psychogeriatric. In het kader van het nieuwe afstuderen namen wij deel aan een afstudeerproject dat zich richtte op het evalueren van beeld- en geluidsinterventies bij zorgvragers met dementie met symptomen van onrust.

Wij hebben de uitvoering van dit project als leerzaam ervaren. Door de verscheidenheid aan leerfacetten hebben wij veel kennis en kunde opgedaan over het doelgericht samenwerken met elkaar en andere betrokkenen vanuit de praktijk. Ook hebben wij veel geleerd wat betreft het plannen en organiseren van onderzoeksactiviteiten en leernetwerken in een multidisciplinaire vorm. Wij hebben het verder als een uitdaging ervaren om onze praktijkstages te combineren met het afstudeerproject.

Voor de totstandkoming van het eindresultaat van dit project willen wij ons dankwoord uiten naar de betrokkenen binnen Cicero zorggroep, waaronder Jenny de Rooij en Audrey Cobben. Ook willen wij het bedrijf Qwiek bedanken voor een fijne en ondersteunende samenwerking, in het specifiek; Mendel Broekhuijsen (PhD). Tevens willen wij onze werkbegeleiders vanuit onze praktijkstageplaatsen van Envida en Sevagram bedanken. Ten slotte willen wij ons dankwoord richten naar de begeleiding vanuit Zuyd Hogeschool, in het bijzonder Renée Verwey (PhD) en onze medestudenten van de thesiskring voor hun positief kritische feedback.

Heerlen, 7 december 2018

Natasja Kitzen & Stella Penders

Inhoudsopgave

Inleiding	7
1.Theoretisch kader	9
1.1. Dementie en interventies bij gedragsproblemen	9
1.1.1. Dementie	9
1.1.2. Gedragsproblemen bij dementie	9
1.1.3. Onrust bij dementie	10
1.1.4. Interventies bij gedragsproblemen en onrust	10
1.2. Beeld- en geluidsvorming met behulp van de Qwiek.up	11
1.2.1. De invloed van beeld en geluid op onrust bij dementie	11
1.2.2. Qwiek.up en bewezen invloed op onrust	12
1.2.3. Toepasbaarheid van de Qwiek.up binnen verschillende zorgsettings	13
2. Methodiek	14
2.1. Onderzoeksbenadering	14
2.2. Setting en participanten	14
2.3. Dataverzameling	15
2.3.1 Observatie	15
2.3.2. Semigestructureerde interviews	16
2.4. Data-analyse	17
2.4.1. Observatie	17
2.4.2. Semigestructureerde interviews	18
2.5. METC	18
3. Resultaten	19
3.1. Observaties	19
3.1.1. Participanten observaties	19
3.1.2. Resultaten observaties	19
3.1.3. Specifieke bevindingen	21
3.2. Interviews	23
3.2.1. Participanten interviews	23
3.2.2. Resultaten interviews	23
3.3. Overeenkomstige bevindingen tussen observaties en interviews	28
4. Discussie en conclusie	29
4.1. Discussie	29
4.2. Conclusie	31
5. Advies	32

Literatuuroverzicht	33
Bijlage 1. Zoekstrategie	38
Bijlage 2. Meetinstrument DS-DAT	54
Bijlage 3. Topiclijst interview zorgverlener	57
Bijlage 4. Criteria t.a.v. selectie zorgvragers; Project Qwiek.up	60
Bijlage 5. Informatie en toestemmingsformulier zorgverlener	61
Bijlage 6. Informatie en toestemmingsformulier vertegenwoordiger	64
Bijlage 7. Logboek leernetwerken en onderzoeksactiviteiten	71
Bijlage 8. Overzicht kenmerken zorgvragers observaties	79
Bijlage 9. Scoreoverzicht observaties	80
Bijlage 10. Situatieschets zorgvrager B*	81
Bijlage 11. Bijzonderheden bij situatieschetsen	85
Bijlage 12. Codeboom interviews	90
Bijlage 13. Beïnvloedende factoren tabel DINAMO-model	91

Inleiding

Volgens Alzheimer Nederland (2017) is het aantal mensen met dementie door de vergrijzing vervijfvoudigd; van 50.000 in 1950 tot ruim 270.000 in 2016. Hiervan wonen er ruim 70.000 in verpleeg- of verzorgingshuizen. Dit aantal zal naar verwachting de komende 25 jaar verdubbelen tot meer dan een half miljoen in 2040. Zuidema (2007) en Prince, Prina en Guerchet (2013) concluderen dat dementie grote gevolgen heeft op het zelfstandig functioneren, het cognitief vermogen, de activiteiten en het gedrag in het dagelijkse leven. Hierdoor zijn zorgvragers met dementie vaak afhankelijk van zowel formele als informele zorg. Dementie zorgt voor een aanzienlijke druk op de kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg (Knapp, Iemi, & Romeo, 2013). Kromhout en Bruijtel (2017) stellen dat gedragsproblematiek bij zorgvragers met dementie een steeds grotere kwestie wordt. Hierdoor wordt er een groot beroep gedaan op mantelzorgers en zorgverleners, zowel thuis als in het verpleeghuis. Volgens Hazelhof e.a. (2017) is onrustig gedrag een symptoom van gedragsproblematiek. Andere symptomen van gedragsproblematiek zijn; agressief gedrag, apathie en ongeremd gedrag deze komen, naar mate het dementieproces vordert, bij 90% van deze doelgroep voor (V&VN, 2008). Volgens De Vugt (2016) zijn de oorzaken van gedragsproblemen bij zorgvragers met dementie niet eenduidig. Het betreft een samenhang van biologische, psychologische en omgevingsfactoren.

Uit onderzoek van Kromhout en Bruijtel (2017) blijkt dat onrust kan leiden tot verminderde interactie, waardoor een zinnige dagbesteding niet mogelijk is. Door het tijdig inzetten van interventies en een andere manier van benaderen, bij gedragsveranderingen, kunnen veel problemen voorkomen worden. Het is belangrijk dat de zorgverleners hiermee leren omgaan, door aan te sluiten bij de individuele beleving van de zorgvragers (Van den Berg, 2016). In verschillende literatuur wordt het positieve effect van beeld- en geluideffecten op onrust beschreven. Woods (2018) en Istvandy (2017) beschrijven dat beeld- en geluidsinterventies, waarmee herinneringen bij de dementerende zorgvrager worden opgehaald, onrust bij de zorgvrager lijken weg te nemen.

Een voorbeeld van deze interventies is de Qwiek.up. De Qwiek.up is een mobiel apparaat dat beelden projecteert op het plafond of op de muur in combinatie met geluid en muziek. Door beelden van bijvoorbeeld de natuur of een persoonlijk levensverhaal komen mensen tot rust of worden zij geprikkeld. De Qwiek.up wordt gezien als een niet-medicamenteuze interventie om onrust te voorkomen en de mate van welzijn te verhogen. Dit hulpmiddel kan op verscheidene momenten worden ingezet (Qwiek, 2017; Brankaert & Den Ouden, 2016). Door het inzetten van de Qwiek.up kan ervoor gezorgd worden dat er rust bij dementerende zorgvragers ontstaat tijdens onrustige momenten (Wapenaar, 2016; Brankaert, & Den Ouden, 2016).

Momenteel wordt de Qwiek.up binnen locatie Ave Maria (Cicerco Zorggroep) op afdeling Kleibrook / 't Brook, een afdeling voor psychogeriatrische zorgvragers, ingezet.

De Qwiek.up wordt daar zowel individueel ingezet bij bedlegerige- en/of onrustige zorgvragers, maar ook tijdens verschillende momenten in groepsverband.

Over het algemeen is er bij het inzetten van de Qwiek.up nog onvoldoende oog voor de individuele behoefte van de zorgvrager. Het gevolg hiervan is dat het onduidelijk is voor de zorgverleners op welke wijze, in welke situaties en op welke momenten het inzetten van beeld en geluid het meest effectief is voor de individuele zorgvrager met dementie. Hierdoor vermindert de positieve invloed, van de Qwiek.up, op onrust bij de zorgvrager.

Het doel van dit onderzoek is om de individuele gebruikerservaringen van beeld en geluid in de dementiezorg te optimaliseren en te onderzoeken op welke wijze en op welke momenten de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie reduceert. Hierdoor kunnen de zorgverleners het hulpmiddel meer gericht inzetten. Aan de hand van dit onderzoek worden er praktische aanbevelingen gesteld omtrent het gebruik van de Qwiek.up. De volgende onderzoeksvraag is opgesteld; 'Op welke wijze en op welke momenten kunnen beeld- en geluidservaringen met de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie reduceren?'

Het onderzoek is uitgevoerd binnen locatie Ave Maria (Cicero Zorggroep) waar de Qwiek.up al een tijd aanwezig was bij het starten van het onderzoek. Er vonden observaties plaats om de invloed van de Qwiek.up te meten op verschillende momenten bij zes zorgvragers met dementie. Daarnaast vonden er interviews plaats met zes zorgverleners om de subjectief ervaren invloeden in kaart te brengen. De observaties vonden plaats op onrustige momenten bij zorgvragers met dementie met behulp van de 'DS-DAT' (Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type). Dit is een instrument om het welbevinden van zorgvragers met dementie te meten. De semigestructureerde interviews vonden met zorgverleners plaats, die de Qwiek.up hadden ingezet tijdens de observatie. Tevens is er gezocht naar onderbouwende literatuur, hierbij is gebruik gemaakt van relevante conceptuele bronnen en wetenschappelijke literatuur. Databanken zoals Pubmed, Springerlink, Google scholar en Cinahl werden geraadpleegd met behulp van de volgende termen; 'sound effects', 'music therapy', 'sensory stimulation' 'videoeffects', 'behavioral problems', 'Qwiek.up', 'reminiscence therapy' en 'dementia'.

Ten eerste wordt er relevante en gerelateerde theorie omtrent de Qwiek.up beschreven in hoofdstuk 1. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de onderzoeksmethodiek weergegeven en aansluitend worden de resultaten van het onderzoek in hoofdstuk 3 beschreven. Hierna worden in hoofdstuk 4 de discussie en de conclusie beschreven. Ten slotte wordt in hoofdstuk 5 het advies beschreven, welke gericht is op de verpleeghuissetting.

1.Theoretisch kader

Ter theoretische onderbouwing van het gericht onderzoekend handelen, wordt er in dit hoofdstuk literatuur beschreven als onderbouwing bij de onderzoeksvraag.

1.1. Dementie en interventies bij gedragsproblemen

Er wordt allereerst ingegaan op wat dementie inhoudt, de hierbij voorkomende gedragsproblematiek en het symptoom 'onrust' wordt beschreven.

1.1.1. Dementie

Volgens Dirkse en Gratama (2016) is dementie een verzamelterm voor 54 verschillende aandoeningen, de ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende. Bij dementie raken hersenfuncties verstoord, deze hersenaandoeningen veroorzaken klachten zoals geheugenstoornissen (Kollaard, Coene & Vinke, 2015). Hazelhof, Garenfeld en Verdonschot (2017) geven aan dat naarmate het proces vordert er meer hersenbeschadigingen en klachten ontstaan. Er kunnen zich problemen voordoen met taal, communicatie, het uitvoeren van handelingen, het besef van tijd en plaats en er kunnen gedragsveranderingen ontstaan zoals inactiviteit en karakterveranderingen. De klachten van dementie beïnvloeden het functioneren in het dagelijkse leven. Volgens Kollaard e.a. (2015) is hersenbeschadiging bij alle vormen van dementie aanwezig, de schade uit zich echter bij elke vorm anders. De exacte oorzaak van dementie is onbekend; bij Alzheimer is het bijvoorbeeld duidelijk dat er een defect is in de stofwisseling van de hersenen, de hierdoor ontstane eiwitstapeling verstoort de hersenfuncties.

1.1.2. Gedragsproblemen bij dementie

Volgens Hazelhof e.a. (2017) wordt gedragsproblematiek bij dementie 'Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia' (BPSD) genoemd, deze ontstaan door de benoemde hersenbeschadigingen. Symptomen hiervan zijn apathisch-, onrustig-, geagiteerd- of agressief gedrag. De Oliveira (2015) schrijft in een systematic review dat hiernaast symptomen zoals depressie, herhaalde gedragingen, psychose, ontremming, slaapproblemen en dwaalgedrag voorkomen. V&VN (2008) en Kim, Hwang en Kim (2016) concluderen dat gedragsproblematiek een veelvoorkomend probleem is bij zorgvragers met dementie. Bij de behandeling kan er gekozen worden voor medicamenteuze en niet medicamenteuze interventies. Uit onderzoeksresultaten van Kim e.a. (2016) blijkt dat ten gevolge van de medicamenteuze behandeling zelfs meer problematisch gedrag kan ontstaan. Volgens Kromhout en Bruijtel (2017) is een optimale begeleiding en het inzetten van tijdige interventies bij BPSD van groot belang voor de kwaliteit van leven van zowel de zorgvrager met dementie als de betrokken mantelzorgers en zorgverleners.

Volgens Dirkse (2016) richt een zorgvrager met dementie zich bij situaties niet meer op de oorzaak en het gevolg, maar beschouwt deze aan de hand van primair gevoel. Het versterkte gevoelsleven correleert met snellere stemmingswisselingen. De manier van communiceren is cruciaal geworden om aan te sluiten bij de versterkte emoties van een zorgvrager met dementie.

1.1.3. Onrust bij dementie

Van Dale (2018) definieert onrust als volgt; 'beweging, drukte, gejaagdheid en spanning'. 'Onrust' wordt niet als verpleegkundige diagnose beschreven, wel definieert Carpenito (2013) dat een signaal van gebrek aan welbevinden wordt gekenmerkt door o.a. een subjectief ervaren tekort aan rust en ontspanning. Dijkslag-Kluijver (2017) concludeert dat rusteloosheid gerelateerd aan dementie vaak door zorgverleners als onbegrepen gedrag wordt ervaren. Symptomen van onrust zijn dwalen, nachtelijke onrust en agressie. Onrust kan beweegdrang en rusteloos rondlopen veroorzaken, dit kan leiden tot valgevaar en weglloopdrang. Bruil, Adriaansen, Groothuis en Bossema (2017) beschrijven de Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) als een meetinstrument voor het meten van het welbevinden van zorgvragers met dementie, er wordt hierbij geobserveerd op non-verbale lichaamsuitdrukking die kunnen duiden op onrust. Uit onderzoek van Regier en Gitlin (2018), waarbij onrust bij zorgvragers met dementie werd gemeten met de 'Agitated Behaviors in Dementia Scale', blijkt dat onrust een veelvoorkomend neuropsychiatrisch symptoom is. Waarschijnlijk ontstaat dit door verminderd functioneren bij zorgvragers met dementie en spanning bij de zorgverleners. Volgens Verbraeck (2008) kunnen ook te veel prikkels, verveling en lichamelijke problemen onrust oproepen. Uit onderzoeksresultaten van Dijkslag-Kluijver (2017) blijkt dat zorgvragers met dementie aan het eind van de middag en in de avond zowel een lichamelijk als psychische verstoring kunnen ervaren, dit fenomeen heet 'sundowning'. In 2016 hebben Van Vracem e.a. onderzoek gedaan naar nachtelijke onrust bij zorgvragers met dementie in een verpleeghuis. Hieruit kan geconcludeerd worden dat onrust kan ontstaan door desoriëntatie en/of het gebrek aan een avondactiviteit. Het bieden van structuur zou volgens zorgverleners rust kunnen bieden, echter zou een overmaat aan structuur onrust kunnen opwekken.

1.1.4. Interventies bij gedragsproblemen en onrust

Uit onderzoeksresultaten van Samson, Clément, Narme, Schiaratura en Ehrlé (2015), De Oliveira e.a. (2015) en De Vugt (2016) kan geconcludeerd worden dat vanwege beperkte invloeden van medicamenteuze behandelingen, niet-medicamenteuze behandelingen noodzakelijk zijn bij zorgvragers met dementie. Deze kunnen een positieve bijdrage leveren aan de emoties en het welzijn van de zorgvrager, de belasting van de zorgverleners en ze

hebben een gunstige invloed op gedragsproblemen. Scales, Zimmerman & Miller (2018) concluderen in een literatuurreview dat niet-medicamenteuze interventies steeds meer worden ingezet bij BPSD, voorbeelden hiervan zijn; sensorische therapie (aroma- en lichttherapie), psychosociale therapie (validation-, reminiscentie- en muziektherapie) en oriëntatie- of belevingsgerichte therapie. Anderiesen, Scherder, Goossens, Visch en Eggermont (2015) concluderen in een literatuuronderzoek dat de neuropathologie bij Alzheimer van invloed is op het vermogen en de manier van ervaren bij het inzetten van interactieve interventies. Volgens hen zijn mogelijkheden van spelervaringen afhankelijk van het stadia van dementie. Voor zorgvragers met dementie in het meest gevorderde stadia zijn interventies gericht op ontspanning, herinneringen en sensatie het meest geschikt. In een minder gevorderd stadium zijn ook interventies gericht op uitdaging, expressie en humor geschikt. De Qwiek.up is een voorbeeld van een hulpmiddel waarmee beeld- en geluidsinterventies kunnen worden ingezet (Wapenaar, 2016). In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

1.2. Beeld- en geluidsvorming met behulp van de Qwiek.up

In deze paragraaf wordt ingegaan op wat de Qwiek.up inhoudt. Aangezien er weinig wetenschappelijk onderzoek is verricht naar invloed van de Qwiek.up op onrust, wordt eerst de invloed van niet medicamenteuze beeld- en geluidinterventies op onrust beschreven.

1.2.1. De invloed van beeld en geluid op onrust bij dementie

Istvandy (2017) concludeert dat er steeds meer bewijs is dat een combinatie van muziek- en reminiscentietherapie positieve uitkomsten biedt aan zorgvragers met dementie. Uit resultaten van een systematische review van Woods, e.a. (2018) blijkt dat reminiscentietherapie een vorm van beeld- en geluidstherapie is. Dit is hoofdzakelijk gericht op gebeurtenissen en ervaringen uit het verleden, hiervoor worden hulpmiddelen ingezet zoals (digitale) foto's, oude geluidsopnames en persoonlijke spullen uit het verleden. Uit onderzoek blijkt dat reminiscentietherapie, met name de individuele vorm, een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven, de cognitie, communicatie en stemming van zorgvragers met dementie. Volgens Vink, Erkelens en Meinardi (2013) heeft het aanbieden van muziek een positieve invloed op stemming en gedrag, omdat zonder taal emoties kunnen worden geuit. Uit onderzoeksresultaten van Ray en Mittelman (2015) en Ghu, Zhang en Hu (2013) blijkt dat zelfs wanneer het taalbegrip niet meer intact is, muziek een effectieve vorm van therapie is. Hiernaast vermindert muziek symptomen van depressie, probleemgedrag zoals onrust en kan het zorgen voor momenten van geluk bij zorgvragers met dementie. Het is echter onduidelijk wat de invloed is op het dwalende gedrag. Tevens is geconcludeerd in een systematische review van Ueda, Suzukamo, Sato en Izumi (2013) dat muziektherapie, naast de

invloed op gedrag, ook een gunstige invloed heeft op het verminderen van angst. Uit onderzoek van Tsoi e.a. (2018) blijkt dat het luisteren en kijken naar muziekproductie meer invloed heeft op het verminderen van angst, onrust en gedragsproblemen dan wanneer er bij de interactieve manier zelf muziek wordt geproduceerd door de zorgvrager. Kim, Hwang en Kim (2016) concluderen dat interventies met een stimuleringsgericht karakter een positieve invloed hebben op BPSD bij dementie. Uit onderzoek van Lykkeslet e.a. (2014) blijkt dat muziek- en bewegingsactiviteiten tevens gebruikt kunnen worden om de communicatie en het contact te bevorderen bij zorgvragers met dementie. Naast het aanbieden van muziek, zijn visualisaties ook van invloed op het gedrag bij dementie. Volgens Scheres (2017) kan het gebruik van visualisaties zorgvragers ondersteunen in het dagelijkse leven. Eggert e.a. (2015) hebben onderzoek gedaan naar het effect van muziek- en natuurbeelden op cognitieve functies bij dementie, hieruit blijkt dat deze beelden ongewenst gedrag kunnen verminderen. Dit kan de kwaliteit van leven verhogen en kan kosten, door medicatiegebruik, reduceren. Bruil e.a. (2017) hebben onderzoek gedaan naar de invloed van interactieve projecties met de 'Active Cues Tovertafel' bij zorgvragers met dementie in een verpleeghuis. De kwaliteit van leven werd voor, tijdens en na inzet gemeten met behulp van de 'Qualidem' en de 'DS-DAT', waarbij er verbeteringen gezien werden in 'negatief affect', 'rusteloos gespannen gedrag'.

1.2.2. Qwiek.up en bewezen invloed op onrust

Volgens Wapenaar (2016) is de Qwiek.up een mobiele beeldenprojector waarbij de zorgvrager audiovisuele belevingen op de muur of op het plafond geprojecteerd ziet en is dit een voorbeeld van beeld- en geluidsinterventies. Om het apparaat belevingsgericht in te kunnen zetten is er een variatie van beeld- en muziekmodules beschikbaar, tevens kan er een persoonlijk digitaal levensboek ingezet worden. De speelduur van een module bedraagt circa 45 minuten. De Qwiek.up is met name bestemd voor zorgvragers met dementie en/of met een lichamelijke- of verstandelijke beperking. Deze vorm van belevingsgerichte domotica biedt op verscheidene manieren een meerwaarde voor de zorgvragers; genieten van beelden, het zorgen voor rust op onrustige momenten, het stimuleren van zintuigen en het ophalen van herinneringen. Uit recent onderzoek (Linssen, 2017) bij 12 zorgvragers in een verpleeghuis kan geconcludeerd worden dat het merendeel op een positieve manier op de Qwiek.up reageerde; het zorgde voor ontspanning tijdens de inzet. De invloeden van de Qwiek.up zijn wisselend en slechts kortdurend; echter was er wel een korte periode van ontspanning voor de zorgvragers bij het zien van de visuele beelden, de invloed is na het kijken van de beelden weer weg. Volgens Linssen (2017) maakt dit dat de Qwiek.up waarschijnlijk niet het doel zal krijgen om gedragsproblemen te verhelpen. Brankaert (2017) schrijft dat uit onderzoek naar inzet van Qwiek.up, in twee verpleeghuizen en in een

dagopvang, is gebleken dat afstemming van de module van belang is. Natuurmodules werden positief ervaren en creëerde een vertrouwde en comfortabele sfeer.

1.2.3. Toepasbaarheid van de Qwiek.up binnen verschillende zorgsettings

Het is volgens Wapenaar (2016) van belang dat de Qwiek.up aansluit bij de behoeften van zorgverleners en de zorgvragers en dat het product makkelijk in gebruik dient te zijn. Om optimaal gebruik te maken van deze zorgtechnologie is het belangrijk dat er sprake is van een goede communicatie tussen de aanbieders en de zorgorganisaties. De Qwiek.up is inzetbaar binnen verschillende zorgsettings. Bakker e.a. (2016) concluderen dat het apparaat inzetbaar is in de laatste levensfase in hospices, dit zorgt voor comfort voor de terminale zorgvragers. Tevens zorgt de beeld- en geluidprojectie voor afleiding, waardoor het angst en onrust vermindert. Verder onderzoek naar de meerwaarde en de wijze waarop de technologie ingezet kan worden in hospices is nodig. Ook kan dergelijke domotica een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven voor thuiswonende zorgvragers en ondersteunt mantelzorgers en zorgverleners (Van den Schoor, 2017). Tijdens evaluatie van het gebruik van de Qwiek.up in een dagopvang werd er geconcludeerd door de betrokken zorgverleners dat het zelfs een bijdrage zou kunnen leveren aan het reduceren van medicatiegebruik (Brankaert, e.a., 2017). De inzet van zorgtechnologie dient afgestemd te worden op de gezondheids- en woonsituatie van een thuiswonende zorgvrager, want niet iedere toepassing is tijdens alle fasen van dementie geschikt (Van den Schoor, 2017).

Dementie wordt veroorzaakt door hersenbeschadigingen, hierdoor kunnen gedragsproblemen ontstaan (BPSD). Onrust komt voor bij gedragsproblematiek en kan een signaal zijn van het gebrek aan welbevinden. Symptomen van onrust zijn o.a. dwalen, nachtelijke onrust en agressie. Het tijdig inzetten van niet-medicamenteuze interventies bij BPSD heeft een positieve invloed op de kwaliteit van leven van de zorgvragers, -verleners en mantelzorgers, mogelijk leidt dit ook tot een verminderd medicatiegebruik. De neuropathologie is van invloed op het vermogen en de manier van ervaren, daarom dienen interventies afgestemd te worden op het stadium van dementie. Uit onderzoek naar het effect van beeld en geluid, als niet medicamenteuze interventie, kan er geconcludeerd worden dat geluids-, reminiscentie- en beeldgerichte interventies een positieve invloed hebben op het verminderen van onrust, cognitie, communicatie en gedrag. De Qwiek.up is een apparaat waarmee beeld en geluid belevingsgericht ingezet kunnen worden, eventueel met behulp van een persoonlijk levensboek. Ook hierbij is uit onderzoek gebleken dat het zorgt voor rust, het ophalen van herinneringen en het stimuleren van zintuigen. Het effect van de Qwiek.up wordt grotendeels onderzocht in een verpleeghuissetting, verder onderzoek naar de inzet van de Qwiek.up in andere zorgsettings is benodigd.

2. Methodiek

In dit hoofdstuk wordt de methode beschreven, waarmee gegevens werden verzameld om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

2.1. Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek is van kwalitatieve aard, omdat subjectief ervaren invloeden werden onderzocht. Volgens Saunders, Lewis, Thornhill, Booij en Verckens (2011) richt verkennend onderzoek zich op het verkrijgen van nieuwe inzichten. Het betreft dan ook een verkennend onderzoek, omdat over de invloed van de Qwiek.up nog nauwelijks onderzoeksgegevens bekend zijn. De onderzoeksgegevens werden verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews en niet participerende onverhulde observaties. De interviews vonden plaats aan de hand van door de onderzoekers opgestelde topiclijsten en de observaties vonden plaats met het meetinstrument de 'Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type' (DS-DAT; zie bijlage 2). Deze richt zich op het meten van het welbevinden van zorgvragers met dementie (Bruil, Adriaansen, Groothuis, & Bossema, 2017).

2.2. Setting en participanten

Het verzamelen van onderzoeksgegevens vond plaats binnen zorgcentrum Ave Maria, dit is één van de 13 locaties van Cicero. Ave Maria biedt verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg (somatisch en psychogeriatrisch), dagbehandeling, dagverzorging en extramurale zorg. Er zijn 69 intramurale plaatsen voor verzorging- en verplegingindicaties. Binnen de afdeling Kleibrook verblijven 27 psychogeriatrische zorgvragers, met voornamelijk de diagnose dementie. Het type alzheimer en de fronto-temporale vorm van dementie zijn de meest voorkomende hersenaandoeningen. Een groot deel van de zorgvragers vertonen onbegrepen gedrag wat zich o.a. uit in; loopdrang, apathie en nachtelijke onrust. Als interventie bij het onbegrepen gedrag wordt op de afdeling momenteel de Qwiek.up ingezet. Het betreft wilsonbekwame zorgvragers, aangezien er sprake is van de diagnose dementie (CCMO, z.j.). De afdeling gaat uit van bewonersgerichte zorg; het verlenen van zorg op maat. Het is ingericht naar de eisen en wensen van de huidige zorgvragers met ondersteuning van de moderne technologische mogelijkheden. Binnen de afdeling zijn onder andere de volgende disciplines werkzaam; 2 helpenden, 5 verpleegkundigen, 16 verzorgenden waarvan 15 IG'ers, 1 afdelingsassistente en 2 activiteitenbegeleiders. Voor de observaties ten behoeve van het onderzoek werden zes zorgvragers willekeurig gekozen uit een op voorhand geselecteerde groep (zie bijlage 4). De inclusiecriteria die werden meegenomen bij het selecteren van de zorgvragers waren; de zorgvragers hebben de diagnose dementie, de symptomen van onrust zijn gerelateerd aan dementie, deze symptomen werden door de zorgverleners als onrust ervaren en worden door de 'DS-DAT'

beschreven als 'discomfort'. Hiernaast was een inclusiecriteria dat momenten van onrust meer dan eenmaal per dag plaatsvonden. Exclusiecriteria waren groepsmomenten, somatische of andere aandoeningen dan dementie waardoor symptomen van onrust zijn ontstaan, er diende geen sprake te zijn van inzet van andere vormen van therapie tijdens handhaving van de Qwiek.up. De inclusiecriteria die werden meegenomen bij de selectie van zorgverleners bij de interviews waren; heeft tenminste drie maanden ervaring op de onderzoeksafdeling, is gemotiveerd de Qwiek.up belevingsgericht in te zetten en de zorgverlener diende tijdens de observatie de Qwiek.up ingezet te hebben.

2.3. Dataverzameling

De dataverzamelperiode omvatte 12 dagen verdeeld over 8 weken (vanaf 08-2018). In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze onderzoeksgegevens werden verzameld.

2.3.1. Observatie

Bij de observaties werd er gekozen voor een verholde niet-participerende gestructureerde vorm. Uit literatuur blijkt dat een participerende vorm van invloed kan zijn op het gedrag, waardoor onderzoeksuitkomsten zouden kunnen vertekenen. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek zoveel mogelijk te waarborgen, werd ervoor gekozen om het meetinstrument steeds door dezelfde onderzoekers (n=2) in te laten vullen, dit zorgde voor stabiliteit en interne consistentie (Baarda, 2014). Er werden geen beeld- en geluidsopnames van de observaties gemaakt. Uitsluitend met schriftelijke toestemming van de vertegenwoordiger, gemachtigde of levensgezel van de wilsonbekwame zorgvrager werden de onderzoeksgegevens verzameld (zie bijlage 6). De zorgverleners en vertegenwoordigers werden middels een brief geïnformeerd over het project met de vraag voor deelname. Kandidaten die bereid waren om mee te werken aan het project dienden een toestemmingsformulier in te vullen. De observatiegegevens werden schriftelijk verzameld aan de hand van de 'DS-DAT' (EMGO Instituut, 2008). Dit instrument bestaat uit negen criteriapunten en een korte situatiebeschrijving. Hierbij werd er geobserveerd op de volgende criteriapunten: 'Hoorbaar/luidruchtig ademen', 'Negatief stemgebruik', 'Tevreden Gelaatsuitdrukking', 'Bedroefde gelaatsuitdrukking', 'Angstige gelaatsuitdrukking', 'Gefronst gelaat', 'Ontspannen lichaamstaal', 'Gespannen lichaamstaal' en 'Zenuwachtige bewegingen/bewegingsonrust'. Er werd gescoord met de indicatoren: 'Geen', 'Minimaal', 'Matig' en 'Extreem'. Aanvullend werden door de onderzoekers de kenmerken; leeftijd, geslacht, ziektebeeld en de ingezette module beschreven. Er werden in totaal 54 observaties, bij in totaal zes zorgvragers, van elk vijf minuten uitgevoerd. De observaties werden uitgevoerd op drie verschillende momenten van onrust, waarbij een er voor-, tijdens- en nameting plaatsvond bij een willekeurig gekozen zorgvrager (n=6).

Vanwege het feit dat het niet te voorspellen was wanneer deze onrustmomenten bij de zorgvragers met dementie plaatsvonden, werden deze momenten op voorhand niet vastgelegd. De Qwiek.up werd individueel (in eigen omgeving) ingezet. De zorgverlener, die de Qwiek.up inzette tijdens de observatie, koos de module belevingsgericht voor de betreffende zorgvrager. De zorgverlener handelde hierbij op zijn gebruikelijke manier. Met behulp van de 'DS-DAT' werd de invloed van de Qwiek.up op onrust gemeten. De 'voor' meting vond op het moment van onrust plaats, de 'tijdens' meting vond 10 minuten na het opstarten van de Qwiek.up plaats en de 'na' meting startte direct na het aflopen van de Qwiek.up, hierbij was het de bedoeling dat de zorgvrager zich in dezelfde situatie (omgeving) bleef bevinden. In totaal duurden de observatiemetingen 810 minuten.

Alvorens de observaties werden uitgevoerd vond er een testobservatie plaats. Hieruit kwamen de volgende aandachtspunten voor de onderzoekers; de zorgverleners dienden, voor de observatie plaatsvond, erop geattendeerd te worden om geen 'zo nodige' medicatie in te zetten. Hiernaast bleek het van belang te zijn dat de onderzoekers uit het zicht bleven van de zorgvragers tijdens het observatiemoment, omdat dit de resultaten kon beïnvloeden. Ook moesten de beelden van de Qwiek.up duidelijk zichtbaar zijn voor de zorgvragers, bijvoorbeeld door gebruik te maken van verduisterende gordijnen of een zonnescherm. Tenslotte bleek ook dat er vantevoren aangegeven diende te worden dat de Qwiek.up belevingsgericht ingezet moest worden. Verder koos de zorgverlener de module en hadden de onderzoekers hier geen invloed op. Tijdens de testobservatie werd de 'DS-DAT' afzonderlijk van elkaar door de twee onderzoekers ingevuld, de resultaten hiervan werden vergeleken waaruit bleek dat de waarnemingen van de onderzoekers overeenkwamen.

2.3.2. Semigestructureerde interviews

Er werd gekozen voor semigestructureerde interviews, omdat hierbij de mogelijkheid bestaat om door te vragen en meer informatie te verkrijgen (Baarda, 2012). Aan de hand van verschillende 'topics' werd er toegewerkt naar een beantwoording op de hoofdvraag. Om het draagvlak van de zorgverleners en de hierbij beïnvloedende factoren inzichtelijk te maken, werden er een aantal voor het onderzoek relevante factoren uit het 'DINAMO-model' gebruikt. De relevante factoren uit de Quickscan van het 'DINAMO-model' (Changemanager, z.j.), werden in de topiclijst van de semigestructureerde interviews verwerkt. Alle items uit het DINAMO-model werden gescand, echter waren niet alle items relevant. De niet-relevante items zijn niet meegenomen voor het vaststellen van beïnvloedende factoren. Bij de interviews werd er op dezelfde wijze als bij de observaties toestemming gevraagd aan de zorgverleners (zie bijlage 5). Ook aan de vertegenwoordigers werd toestemming gevraagd met betrekking tot deelname aan het onderzoek, aangezien het wilsonbekwame zorgvragers betrof. Er werd met schriftelijke toestemming van de geïnterviewde een geluidsopname

gemaakt van het gesprek, dit ten behoeve van de data-analyse. De anonimiteit van deelname werd gegarandeerd voor het gesprek plaatsvond. Door de zorgverleners te interviewen werden de ervaren invloeden, de wijze waarop de Qwiek.up wordt ingezet, de keuze van modules en de inzet op bepaalde momenten onderzocht. De interviews vonden plaats binnen locatie Ave Maria en namen 10-15 minuten in beslag. De volgende topics werden besproken: 'Functie zorgverlener', 'Ervaring met Qwiek.up', 'Inzet op afdeling', 'Moment van inzet', 'Belevingsgericht inzetten' en 'Invloed Qwiek.up' (zie ook bijlage 3). In totaal werden er 6 interviews afgenomen bij zorgverleners die tijdens het observatiemoment de Qwiek.up hadden ingezet. De interviews vonden plaats vlak nadat het observatiemoment met de betreffende zorgverlener had plaatsgevonden.

2.4. Data-analyse

De manier waarop de data van de interviews en observaties werden geordend, wordt in deze paragraaf per onderdeel beschreven.

2.4.1. Observatie

De ingevulde observatielijsten, aan de hand van het meetinstrument 'DS-DAT', werden verzameld per zorgvrager. De indicatoren geven de mate van invloed van de Qwiek.up op discomfort aan (geen-minimaal-matig-extreem). Deze werden verzameld en geturfd per moment (n=3) (voor, tijdens, na). De positieve invloeden werden zichtbaar door verandering van indicator van 'extreem' naar 'geen'. Andersom duidde op een negatieve invloed van de Qwiek.up. Het scoren met behulp van de 'DS-DAT' vond plaats met een puntentelling van 0 t/m 3, waarbij 0 gelijk staat aan de afwezigheid van 'discomfort' en 3 voor de hoogste mate van 'discomfort' bij één enkel item. Voor item C 'tevreden gelaatsuitdrukking' en item G 'ontspannen lichaamstaal' geldt een omgekeerde scoring, waarbij 0 gelijk staat aan de hoogste mate van 'discomfort' en 3 gelijk staat aan geen 'discomfort'. De maximaal haalbare score bij de 'DS-DAT' is 27. De voor-, tijdens- en nametingen werden vergeleken middels een overzicht van ordinale variabelen in een schema. Zo kon er per moment onderscheid gemaakt worden in de mate van onrust bij de betreffende zorgvrager en in hoeverre de Qwiek.up hierop van invloed was. Vervolgens werden de gegevens van de observaties tijdens verschillende momenten (n=18) bij alle zorgvragers (n=6) met elkaar vergeleken op dezelfde wijze als per individu. Echter vond er uitsluitend vergelijking plaats per moment, zodat de positieve of negatieve invloeden per moment (in variabelen) zichtbaar werden. Met behulp van de geturfd variabelen kon de positieve invloed, per moment, bij inzet van de Qwiek.up bij alle zorgvrager in percentages worden weergegeven. Door deze vergelijking kon er geconcludeerd worden in hoeverre de inzet van de Qwiek.up invloed heeft op het reduceren van onrust bij de zorgvragers op verschillende momenten.

2.4.2. Semigestructureerde interviews

De geluidsopnames van de interviews werden volledig getranscribeerd in feitelijke woorden en gedragingen. De zorgverlener werd de mogelijkheid geboden om een transcript van het interview te ontvangen, op deze manier vond de membercheck plaats bij de zorgverleners die dit wensten. Er werden kleur labels gekozen voor de topics uit de opgestelde topiclijst. Hierna werden de getranscribeerde interviews ingedeeld aan de hand van de topics en vond er open codering plaats. De open codering vond plaats met trefwoorden die waren gebaseerd op subcategorieën bij de topics. Per subcategorie werd er een samenvatting gemaakt. Aan de hand van de subcategorieën werd vervolgens een indeling van hoofdcategorieën gemaakt, waarna er een samenvatting van hoofdcategorieën ontstond. Dit resulteerde in een overzicht van de onderzoekresultaten. Hiernaast werd er gebruik gemaakt van quotes en resultaten met betrekking tot de beïnvloedende factoren volgens het DINAMO-model werden uitgelicht in een tabel. Tenslotte werden bevindingen uit de resultaten van de observaties en de interviews onderbouwd middels overeenkomende zaken.

2.5. METC

De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO, z.j.) beschrijft dat onderzoek bij wilsonbekwame zorgvragers in principe verboden is. Voorbeelden van uitzonderingen hierop zijn interventies die de zorgvragers zelf ten goede kunnen komen of wanneer er sprake is van verwaarloosbare risico's. Gezien het feit dat de observaties plaatsvonden bij de zorgvragers met dementie, diende de gehele methodiek volgens procedure gemeld te worden bij een erkende Medische Ethische Toets Commissie (METC Zuyderland-Zuyd). Toetsing was niet noodzakelijk omdat het inzetten van de Qwiek.up een gebruikelijke alledaagse interventie betrof. De METC-melding resulteerde in een positieve reactie.

In dit hoofdstuk werd beschreven dat de dataverzamelingsperiode 12 dagen omvatte, waarin observaties en interviews plaatsvonden. In totaal werden 54 observaties bij zes onrustige zorgvragers met dementie uitgevoerd en vonden er zes interviews plaats met zorgverleners direct na inzet van de Qwiek.up. De onderzoeksgegevens werden individueel geanalyseerd en met elkaar vergeleken, zodat de invloed van de Qwiek.up op onrust naar voren kwam.

3. Resultaten

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag worden in dit hoofdstuk de resultaten, van zowel de uitgevoerde observaties als de interviews beschreven. Afsluitend volgt een paragraaf met overeenkomstige bevindingen tussen de gevonden resultaten.

3.1. Observaties

De resultaten van de observaties met behulp van de 'DS-DAT' worden hieronder weergegeven.

3.1.1. Participanten observaties

De 54 metingen gedurende 18 onrustmomenten vonden plaats bij zes zorgvrager die voldoen aan de inclusiecriteria zoals in de methode werd beschreven. Zie tabel 1 en bijlage 8 voor de demografische kenmerken van de participanten. De leeftijd van de participerende zorgvragers varieerde van 85 jaar tot 96 jaar (M 89, SD 4,6). De gediagnosticeerde vormen van dementie van de zorgvragers zijn Alzheimer (50,0%), Frontaalkwabdementie (16,7%) en seniele dementie (33,3%).

Kenmerk zorgvrager	n=6
Geslacht	
Mannelijk	16,7% (1)
Vrouwelijk	83,3% (5)
Leeftijd	
<75 jaar	0,0% (0)
75-80 jaar	0,0% (0)
81-85 jaar	33,3% (2)
86-90 jaar	33,3% (2)
91-95 jaar	16,7% (1)
>95 jaar	16,7% (1)
Mobiliteit	
Zonder hulpmiddel	33,3% (2)
Stok/looprek	0,0% (0)
Rollator	16,7% (1)
Rolstoel	50,0% (3)
Vorm van dementie	
Alzheimer	50,0% (3)
Frontaalkwabdementie	16,7% (1)
Seniele dementie	33,3% (2)

Tabel 1. Demografische kenmerken participanten observaties

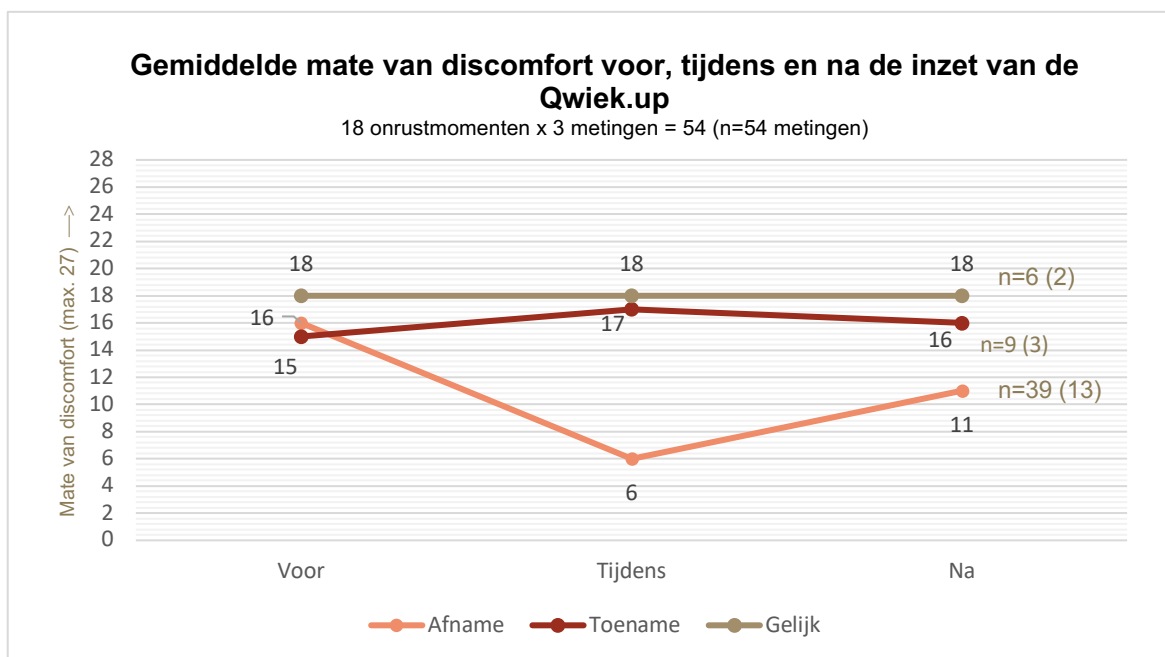
3.1.2. Resultaten observaties

De 54 metingen (18 onrustmomenten) vonden op willekeurige momenten van de dag plaats. Van alle metingen vonden 33,3% (n=18) in de ochtend (06:00-12:00) plaats, 38,9% (n=21) vonden in de voormiddag (12:00-15:00) plaats en 9,3% (n=5) in de namiddag (15:00-18:00). Tenslotte vonden 18,5% (n=10) van alle metingen in de avond (18:00-24:00) plaats.

In grafiek 1 wordt de gemiddelde mate van discomfort tijdens alle onrustmomenten voor, tijdens en na de inzet van de Qwiek.up weergegeven. Echter is deze weergave niet geheel representatief omdat zichtbaar werd dat de verandering in de mate van discomfort varieerde per specifieke zorgvrager, moment en situatie. In bijlage 9 wordt een overzicht weergegeven van de scores van de mate van discomfort van de voor-, tijdens- en nametingen. Het exacte moment van de voor-, tijdens- en nameting wordt in de methode beschreven. De grafiek betreft een gemiddelde gebaseerd op het moment van inzet van de Qwiek.up (tijdensmeting) in vergelijking met de voormeting. Er werd gekeken naar de momenten waar de mate van

discomfort tijdens inzet afnam, toenam of gelijk bleef. De mate van discomfort werd met behulp van de 'DS-DAT' in kaart gebracht. Tijdens alle observatiemomenten werd de Qwiek.up belevingsgericht ingezet door de zorgverlener. Specifieke situatieschetsen behorende bij de observaties per zorgvrager zijn door de onderzoekers beschreven. In bijlage 10 is de situatieschets en de invloed van inzet van de Qwiek.up op de mate van discomfort per moment van één zorgvrager weergegeven.

Uit de observaties is gebleken dat tijdens de belevingsgerichte inzet van de Qwiek.up de mate van discomfort in 72,2% (n=13) van alle onrustmomenten afnam. In 15,4% (n=2) van deze momenten nam de mate van discomfort verder af na het uitzetten van de Qwiek.up, echter in 69,2% (n=9) van deze momenten nam de mate van discomfort toe. In 15,4% (n=2) bleef de mate van discomfort tijdens de nameting gelijk. In 16,7% (n=3) van alle onrustmomenten nam de mate van discomfort toe tijdens inzet van de Qwiek.up. In 66,7% (n=2) van deze momenten, waarin de onrust toenam, nam de mate van discomfort na het uitzetten van de Qwiek.up af, echter in 33,3% (n=1) van deze momenten nam de mate van discomfort toe. Verder is er gebleken dat tijdens de belevingsgerichte inzet van de Qwiek.up de mate van discomfort in 11,1% (n=2) van alle onrustmomenten gelijk bleef. In 100% (n=2) van deze momenten bleef de mate van discomfort hetzelfde.



Grafiek 1: Gemiddelde mate van discomfort, a.d.h.v. de DS-DAT, betreffende alle observaties (n=54)

Wanneer de tijdensmetingen met de nametingen vergeleken worden, blijkt dat in 22,2% (n=4) van de onrustmomenten sprake was van een afname in de mate van discomfort na het uitzetten van de Qwiek.up. In 55,6% (n=10) van alle onrustmomenten was er sprake van een toename in de mate van discomfort en in 22,2% (n=4) bleef de mate van discomfort gelijk.

Na het uitzetten van de Qwiek.up was er in 38,9% (n=7) van alle onrustmomenten sprake van een afname in de mate van discomfort, wanneer deze met de voormeting vergeleken wordt. In 33,3% (n=6) van alle momenten was er, in vergelijking met de voormeting, na het uitzetten van de Qwiek.up een toename in de mate van discomfort zichtbaar en in 27,8%(n=5) bleef de mate van discomfort gelijk.

3.1.3. Specifieke bevindingen

Bij de hierboven beschreven resultaten is er sprake van algemene uitkomsten ongeacht de gekozen module. Bij elk moment van onrust werden situaties in het algemeen beschreven en bijzonderheden hierbij werd specifiek omschreven (zie bijlage 11). Dit resulteerde in een samenvatting van zowel opvallende resultaten als terugkerende gedragingen, die mogelijk van invloed waren op de werking van de Qwiek.up. De belangrijkste specifieke bevindingen worden in onderstaand stuk beschreven.

In 55,6% (n=10) van de onrustmomenten wanneer de Qwiek.up werd ingezet werd er gekozen voor een natuurmodule. Bij vier van de zes zorgvragers werd er twee of meerdere malen voor een natuurmodule gekozen. Wanneer er wordt gekeken naar de invloed van de natuurmodules voor alle zorgvragers, was er in 80% (n=8) van de momenten tijdens de inzet van de Qwiek.up sprake van een afname in de mate van discomfort. Na het uitzetten van de Qwiek.up was er in vergelijking met de voormeting, in 40,0% (n=4) van de observatiemomenten nog steeds sprake van een afname in de mate van discomfort.

Gedurende de momenten (n=8) waarbij de Qwiek.up werd ingezet, waarbij de zorgverlener in het begin bij de zorgvrager aanwezig was, werd er zichtbaar dat er in 50,0% (n=4) van deze momenten sprake was van afname van de mate van discomfort. In 25,0% (n=2) van deze momenten bleef de mate van discomfort gelijk en in 25,0% (n=2) van deze momenten was er een negatieve invloed zichtbaar en nam de mate van discomfort toe.

In 66,7% (n=12) van de momenten tijdens inzet van de Qwiek.up keken de zorgvragers niet continu naar de beelden. Hiervan keken de zorgvragers in 27,8%(n=5) van de momenten om zich heen en/of niet gericht naar de beelden, de zorgvragers bevonden zich echter wel op dezelfde plaats. In 38,9% (n=7) van deze momenten liepen of reden de zorgvrager door hun kamer of van hun kamer af.

In enkele gevallen bewogen de zorgvrager één of meerdere lichaamsdelen mee op de maat van de muziek tijdens de inzet van de Qwiek.up, hier was in 33,3% (n=6) van alle momenten sprake van. Tijdens een van deze momenten (5,6%) las de zorgvrager ook de titel hardop.

Reikt naar de beelden; 'Lavendelvelden!' (Zorgvrager D 3.2, module Lente en Zomer)

Gedurende de inzet van de Qwiek.up werd opgemerkt dat enkele zorgvragers tegen of over de zichtbare beelden spraken, hier was sprake van in 44,4% (n=8) van de momenten.

Tijdens één van deze momenten (5,6%) sprak de zorgvrager op een negatieve wijze over de beelden. Gedurende zeven van deze momenten (38,9%) sprak de zorgvrager op een positieve wijze over de zichtbare beelden.

'Oh, wat een mooie dieren!' (Zorgvrager F 3.2, module Dierentuin)

Bij 27,8% (n=5) van de tijdsmetingen verkeerden de zorgvragers in een slaperige toestand. Tijdens twee van deze momenten (11,1%) vielen de ogen van de zorgvragers met momenten dicht en bij 16,7% (n=3) van de tijdsmetingen vielen de zorgvragers daadwerkelijk in (lichte) slaap. Wanneer er wordt gekeken naar de nameting vielen de ogen van één zorgvrager (5,6%) langzaam dicht. Bij 11,1% (n=2) van de nametingen sliepen de zorgvrager na het uitzetten van de Qwiek.up nog steeds.

Tijdens de inzet van de Qwiek.up werd in 16,7% (n=3) van alle momenten door de zorgvrager benoemd dat ze weg willen. In 5,6% (n=1) van de tijdsmomenten was er sprake van een beperking anders dan normaal, de rolstoel van de zorgvrager stond namelijk op de rem. Na het uitzetten van de Qwiek.up werd in 11,1% (n=2) van de momenten door de zorgvragers geuit dat ze weg willen.

'Ik wil weg!' (Zorgvrager F 1.2, module Boswandeling)

Tijdens inzet van de Qwiek.up waren de zorgvragers in 16,7% (n=3) van alle momenten niet of gedeeltelijk aanwezig gedurende het tweede observatiemoment. Na het uitzetten van de Qwiek.up vond de meting in 50,0% (n=9) van de observatiemomenten elders plaats. De zorgvragers bevonden zich niet op hun kamer, maar bijvoorbeeld op de gang van de afdeling.

3.2. Interviews

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten van de zes afgenomen interviews beschreven.

3.2.1. Participanten interviews

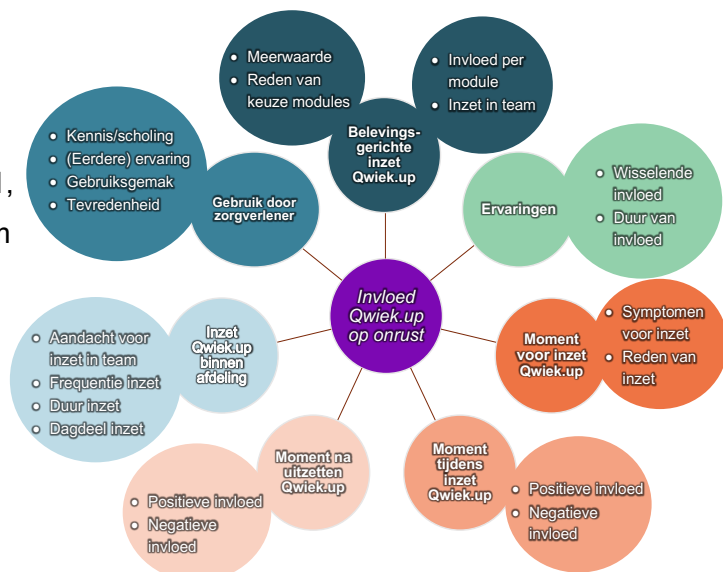
Na afloop van de observaties vonden er semigestructureerde interviews plaats bij zes verschillende zorgverleners, die de Qwiek.up tijdens de observatiemomenten hadden ingezet. De zorgverleners voldoen aan de inclusiecriteria zoals beschreven in de methode. Zie tabel 2 voor de demografische kenmerken van de geïnterviewde zorgverleners.

Kenmerk zorgverlener	n=6
Functie	
Hbo-verpleegkundige	0,0 % (0)
Mbo-verpleegkundige	33,3 % (2)
Verzorgende IG	66,7 % (4)
Ervaring PG sector	
< 5 jaar	16,7 % (1)
5 – 10 jaar	50 % (3)
11 – 15 jaar	16,7 % (1)
16 – 20 jaar	0,0 % (0)
21 – 25 jaar	16,7 % (1)
Werkzaam afdeling	
< 5 jaar	16,7 % (1)
5 – 10 jaar	66,7 % (4)
11 – 15 jaar	16,7 % (1)

Tabel 2. Demografische kenmerken participanten interviews

3.2.2. Resultaten interviews

Tijdens het analyseren van de afgenomen interviews werd de volgende codeboom (zie afbeelding 1, bijlage 12) als hulpmiddel gebruikt om bevindingen te structureren. In de codeboom zijn de hoofd- en subcategorieën weergegeven.



Afbeelding 1. Codeboom interviews

3.2.2.1. Gebruik Qwiek.up door zorgverlener

Door alle (n=6) geïnterviewde zorgverleners werd aangegeven dat zij voldoende kennis bezitten om de Qwiek.up in te zetten. Vier zorgverleners (66,7%) hebben een demonstratie gekregen over het gebruik van de Qwiek.up. Twee zorgverleners (33,3%) gaven aan nooit een demonstratie hierover te hebben gehad. Twee zorgverleners (33,3%) gaven aan meer kennis te wensen over de Qwiek.up in het algemeen en over de beschikbare modules. Alle zorgverleners hebben één of meerdere jaren ervaring met de inzet van de Qwiek.up en gaven aan dat het voor hen duidelijk is wanneer de Qwiek.up ingezet kan worden.

Alle (n=6) geïnterviewde zorgverleners zijn 1-2 jaar geleden voor het eerst in aanraking gekomen met de Qwiek.up, zij hebben allen eerdere ervaringen met andere belevingsgerichte interventies. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van beeld en geluid door middel van snoezelen; ook hierbij werd door de zorgverleners aangegeven dat deze interventies met momenten resulteerde in rust en ontspanning bij de zorgvragers.

Verder gaven alle (n=6) geïnterviewde zorgverleners aan tevreden te zijn over de werking van de Qwiek.up. De inzet van de Qwiek.up wordt ervaren als een meerwaarde, omdat de zorgverleners ervan uitgaan dat dit voor de zorgvragers onder andere ontspanning, rust en afleiding biedt. Alle (n=6) geïnterviewde zorgverleners gaven aan dat de Qwiek.up makkelijk in gebruik is en dat de inzet van de Qwiek.up de ervaren werkdruk vermindert. Dit wanneer de inzet van de Qwiek.up een positieve invloed heeft op onrust bij de zorgvragers. Vijf (83,3%) zorgverleners gaven aan dat de inzet van de Qwiek.up ervoor zorgt dat zij meer tijd ervaren om andere werkzaamheden te verrichten. Een zorgverlener (16,6%) gaf aan dat de Qwiek.up ruimte biedt om de zorg voor de individuele zorgvrager op een rustig moment te hervatten.

I: 'Voelt u een werkdruk door de Qwiek.up?'

'Nee, nee, juist niet. Als iemand onrustig is heb je er veel meer aan. Behalve als die net even niet werkt bij de persoon.' (Zorgverlener 2)

3.2.2.2. Inzet Qwiek.up binnen afdeling

Alle geïnterviewde zorgverleners (n=6) zijn van mening dat er voldoende aandacht wordt besteed binnen het team over de inzet van de Qwiek.up op de afdeling. Vijf zorgverleners (83,3%) gaven aan te vinden dat iedereen binnen het team openstaat voor nieuwe voorstellen en vinden dat er voldoende overleg plaatsvindt over de inzet van de Qwiek.up en de modulekeuze. Door twee zorgverleners (16,7%) wordt de teammanager hierin als positieve leider ervaren.

'We leren van elkaar.' (Zorgverlener 2)

Vier zorgverleners (66,7%) gaven aan dat de Qwiek.up dagelijks, soms meerdere malen, wordt ingezet. Een zorgverlener (16,7%) gaf aan dat dit moeilijk te zeggen is en een andere zorgverlener (16,7%) gaf aan dat de frequentie van de inzet van de Qwiek.up afhankelijk is van de onrustmomenten bij de zorgvragers. Vijf zorgverleners (83,3%) benoemden de Qwiek.up met name 's avonds in te zetten. Twee van deze zorgverleners (40,0%) gaven aan de Qwiek.up zowel 's middags als 's avonds even vaak in te zetten.

3.2.2.3. Moment voor, tijdens en na inzet Qwiek.up

Alle geïnterviewde zorgverleners (n=6) benoemden, bij symptomen van onrust, de Qwiek.up individueel in te zetten om te zorgen voor ontspanning bij de zorgvragers en om onrust te reduceren. De zorgverleners benoemden dat de symptomen van onrust zich bij iedere zorgvrager anders uiten. De volgende voorbeelden werden benoemd; motorische onrust, roepgedrag, loopdrang en het vernielen van voorwerpen. Twee zorgverleners (33,3%) benoemden hiernaast ook nachtelijke onrust als symptoom voor het inzetten van de Qwiek.up. Door enkele zorgverleners werden hiernaast ook redenen als het bieden van comfort, afleiding en bezigheid benoemd. Drie zorgverleners (50,0%) benoemden de Qwiek.up hiernaast ook in te zetten bij zorgvragers in de terminale fase om rust te bieden, maar ook om prikkels aan te bieden. Tevens benoemden twee zorgverleners de Qwiek.up ook bij bedlegerige zorgvragers in te zetten om rust, comfort en afleiding te bieden. Hiernaast benoemden twee (33,3%) zorgverleners dat de Qwiek.up het beste op rustige momenten kan worden ingezet, zodat onrust wordt voorkomen. Een zorgverlener (16,7%) gaf aan de Qwiek.up in te zetten als een alternatief voor medicamenteuze interventies.

Door de zorgverleners worden verschillende positieve resultaten tijdens de inzet van de Qwiek.up gezien. Zorgverleners benoemden dat de Qwiek.up plezier biedt, onrust verminderd, ontspanning biedt en dat zorgvragers zichtbaar genieten. Een zorgverlener (16,7%) benoemde uitsluitend een positieve werking tijdens de inzet van de Qwiek.up te zien op onrust. Volgens deze zorgverlener beseffen zorgvragers met dementie na het uitzetten van de Qwiek.up niet meer wat ze zojuist gezien hebben.

‘Ik denk dat ze het zo vergeten zijn. Ze hebben niet in de gaten dat ze het net ook hebben gezien, dat beseffen ze niet meer.’ (Zorgverlener 6)

Drie zorgverleners (50,0%) benoemden tijdens inzet van de Qwiek.up ook een positieve verandering in de gezichtsmimiek te zien bij de zorgvragers.

‘Ik vind heel erg de mimiek van de mensen, je ziet dat ze ontspannen worden. De ogen, hoe ze kijken.’ (Zorgverlener 2)

Drie zorgverleners (50,0%) gaven aan dat prikkels van de Qwiek.up in sommige situaties, waarbij de onrust vergevorderd is, ervoor zorgen dat de onrust bij de zorgvragers toeneemt.

‘Op zo’n moment is het vaak iemand gewoon rust geven en zo min mogelijk prikkels bieden. Dus dat is dan de Qwiek juist niet inzetten, omdat de Qwiek het dan erger maakt.’ (Zorgverlener 4)

Drie zorgverleners (50,0%) benoemden dat de duur van de inzet van de Qwiek.up afhankelijk is van de reactie van de zorgvragers op de Qwiek.up. Wanneer de zorgvrager positief reageert op de Qwiek.up staat deze gemiddeld tot een uur aan.

‘Als ze het niks vinden, dan zet ik hem natuurlijk uit. Dan heeft het geen zin’.

(Zorgverlener 5)

Hiernaast benoemden drie zorgverleners (50,0%) dat de zorgvragers vaak ook na het uitzetten van de Qwiek.up rustig blijven.

‘Als hij dan wordt uitgezet zijn ze meestal in een soort rustige flow en dan zet dat gewoon door.’ (Zorgverlener 4)

3.2.2.4. Belevingsgerichte inzet Qwiek.up

Alle geïnterviewde zorgverleners (n=6) benoemden een meerwaarde te zien in het belevingsgericht inzetten van de Qwiek.up. Twee zorgverleners (33,3%) gaven aan dat zorgvragers met behulp van de Qwiek.up herinneringen kunnen ophalen van vroeger en dat dit de zorgvragers een positief gevoel geeft. Ook benoemden zorgverleners dat het belevingsgericht inzetten van de Qwiek.up kan bijdragen aan het welzijn van de zorgvragers en kan zorgen voor een stuk persoonlijke aandacht.

‘Omdat mensen dan toch meer uit zichzelf ook gaan vertellen over vroeger en dat brengt hen toch heel vaak in een hele positieve en vriendelijke stemming.’

(Zorgverlener 1)

Drie zorgverleners (50,0%) benoemden dat de Qwiek.up voldoende belevingsgericht wordt ingezet binnen de afdeling. Één van deze zorgverleners (33,3%) is van mening dat de Qwiek.up meer belevingsgericht gebruikt zou kunnen worden door per individu te kijken hoe de Qwiek.up het beste ingezet kan worden. Een zorgverlener (16,6%) gaf aan dat in sommige situaties de module willekeurig gekozen wordt, ook gaf deze zorgverlener aan dat de Qwiek.up binnen de afdeling meer belevingsgericht ingezet kan worden.

Vijf zorgverleners (83,3%) benoemden dat zij in het algemeen hun keuze voor de module baseren op de interesses, dan wel niet uit het verleden, van de betreffende zorgvrager. Een zorgverlener (16,6%) gaf aan de keuze voor de module te overleggen met de zorgvrager zelf. Hiernaast gaven enkele zorgverleners ook aan hun keuze voor de module te baseren op eerdere positieve ervaring hiermee.

‘Ik weet vaak van de mensen wat ze thuis hebben gehad. Zijn het natuurliefhebbers of hebben ze huisdieren gehad? Luisteren ze heel vaak naar muziek? Wat voor muziek?’ (Zorgverlener 2)

Drie zorgverleners (50,0%) gaven aan dat de modules ook per situatie en per zorgvrager een wisselende invloed hebben. Door de zorgverleners werd aangegeven dat dezelfde module bij dezelfde zorgvrager kan verschillen in werking.

‘De ene keer dan zien ze Andre Rieu en vinden ze het geweldig en de andere keer dan geeft dat zoveel prikkelingen zat ze dan nog onrustiger worden’. (Zorgverlener 6)

Twee zorgverleners (33,3%) gaven aan niet te kunnen zeggen of er een verschil merkbaar is tussen de modules. Vier zorgverleners (66,7%) gaven aan bij natuurmodules vaker een positieve invloed te ervaren op onrust bij zorgvragers, in vergelijking met andere modules.

‘Dat komt eigenlijk doordat muziek toch een beetje opzwepend is. Iets van natuur, dat is toch meer rustgevend. Dat is meestal met een zacht muziekje op de achtergrond.’ (Zorgverlener 1)

3.2.2.5. Ervaringen met de Qwiek.up

Door alle zorgverleners (n=6) werd de invloed van de Qwiek.up als wisselend ervaren. De zorgverleners gaven aan dat de werking van de Qwiek.up niet altijd positief is, dit is afhankelijk per zorgvrager, dagdeel en situatie, waarbij ook de omgeving een rol speelt.

‘Het kan dat de zorgvrager rustiger wordt, maar het kan ook zijn dat ze soms nog onrustiger worden door bepaalde beelden.’ (Zorgverlener 6)

Sommige zorgvragers hebben op een bepaald moment, als je de Qwiek.up aanzet, juist rust nodig waardoor ze op dat moment averechts reageren en je de Qwiek.up beter kunt weghalen.’ (Zorgverlener 4)

Vijf zorgverleners (83,3%) gaven aan dat de duur van de invloed van de Qwiek.up op onrust bij de zorgvragers erg verschillend is en dus moeilijk te bepalen is. Door drie zorgverleners (50,0%) werden prikkels door andere zorgvragers, de non-verbale houding van zorgverleners en prikkels van de afdeling benoemd als beïnvloedende factoren op de duur van de invloed van de Qwiek.up. Een zorgverlener (16,6%) gaf aan dat de Qwiek.up niet direct na het opstarten ervan invloed heeft op onrust.

‘Als je zelf onrustig bent of gejaagd dan geeft dat negatieve uitstraling en dat breng je over’. (Zorgverlener 6)

‘Het heeft wel een tijd nodig eer dat het zover komt. Het is niet zo van “poek” en gelijk daar. Ik vind niet dat het direct zijn werk doet.’ (Zorgverlener 3)

3.3. Overeenkomstige bevindingen tussen observaties en interviews

In onderstaande paragraaf worden de resultaten van de observaties en de interviews onderbouwd middels overeenkomstige bevindingen.

Tijdens alle uitgevoerde observaties (n=54) zorgde de Qwiek.up, tijdens de inzet, in 72,2% van alle onrustmomenten voor een afname in de mate van discomfort bij de zorgvragers. Dit werd tevens bevestigd door een zorgverlener tijdens het interview. De zorgverlener gaf aan te merken dat de invloed van de Qwiek.up enkel tijdens de inzet ervan aanwezig is en dat de invloed na het uitzetten van de Qwiek.up verdwijnt. Wanneer een zorgverlener in het begin van de inzet van de Qwiek.up aanwezig bleef bij de zorgvrager, was er in 50,0% van deze observatiemomenten sprake van een afname in de mate van discomfort. Ook werd tijdens de interviews benoemd door twee zorgverleners dat de aanwezigheid van de zorgverlener tijdens de inzet van de Qwiek.up ervoor zorgt dat de aandacht van de zorgvrager zich langer richt op de beeld- en geluidprojectie. De zorgverleners benoemden hierbij specifiek, dat deze aanwezigheid zich kan uiten in het spreken over de zichtbare beelden met de zorgvrager of het plaatsnemen naast de zorgvrager. Wanneer er tijdens de observatiemomenten door de zorgverleners werd gekozen voor een natuurmodule was er in 80,0% van deze momenten sprake van afname in de mate van discomfort. Ook gaf 66,7% (n=4) van de geïnterviewde zorgverleners aan dat natuurmodules vaker een positieve werking hebben op de mate van discomfort bij de zorgvragers. De zorgverleners benoemden hiervoor meerdere oorzaken, zo bevatten de natuurmodules rustigere geluidsfragmenten die beter aansluiten bij de mate van onrust van de zorgvrager en zijn de natuurbeelden herkenbaar voor de zorgvragers.

Om naar beantwoording van de hoofdvraag toe te werken werden de resultaten van de observaties en interviews beschreven. Uit de observaties blijkt dat de mate van discomfort in 72,2% van alle momenten tijdens inzet van de Qwiek.up afnam. Uit de observaties en de interviews blijkt dat de invloeden van de Qwiek.up niet altijd positief zijn, dit is afhankelijk van de individuele zorgvrager, het dagdeel, de situatie en het moment. Zorgverleners geven variërende invloeden aan, onder andere na het uitzetten van de Qwiek.up, ook wordt de duur van de invloed van de Qwiek.up als wisselend ervaren. Alle zorgverleners geven aan de inzet van de Qwiek.up als een meerwaarde te ervaren; de Qwiek.up vermindert onrust, biedt afleiding, plezier en ontspanning. Zorgverleners geven tevens aan dat zorgvragers zichtbaar genieten. Echter wordt benoemd dat in situaties waarbij de onrust van de zorgvrager dusdanig vergevorderd is dat de inzet van de Qwiek.up nauwelijks tot geen invloed meer heeft op symptomen van onrust. Tevens blijkt dat de keuze van de module en de aanwezigheid van de zorgverlener van invloed zijn op de werking van de Qwiek.up.

4. Discussie en conclusie

4.1. Discussie

Het was voor de zorgverleners onduidelijk op welke wijze, in welke situaties en op welke momenten het individueel inzetten van de Qwiek.up het meest effectief zou zijn.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de belevingsgerichte inzet van de Qwiek.up, op momenten wanneer de Qwiek.up aanstond, een positieve invloed heeft op onrust bij zorgvragers met dementie. Hiervan was sprake in 72,2% van alle geobserveerde onrustmomenten. Tijdens deze momenten waarin de onrust afnam was er in 69,2% van alle momenten een stijging zichtbaar in de mate van discomfort. Uit de observaties en de interviews blijkt dat de invloed van de Qwiek.up wisselend van aard is. Tevens blijkt dat de invloed van de Qwiek.up met name aanwezig is wanneer de Qwiek.up aanstaat. Het belevingsgerichte inzetten van de Qwiek.up draagt volgens de zorgverleners bij aan het welzijn van de zorgvragers. Ook blijkt dat de aanwezigheid van de zorgverlener bij het inzetten van de Qwiek.up een positieve invloed heeft op de aandacht van de zorgvrager voor de beelden- en geluidsprojectie van de Qwiek.up. Ten slotte blijkt uit de observatiemomenten dat wanneer er gekozen werd voor een natuurmodule, er in 80% van de momenten sprake was van afname in de mate van discomfort. Door de zorgverleners wordt de positieve invloed van natuurmodules bevestigd.

De hierboven beschreven positieve invloed, op onrust bij zorgvragers met dementie, tijdens de belevingsgerichte inzet van de Qwiek.up wordt bevestigd door onderzoek van Woods (2018) en Ray & Mittelman (2015). Hieruit blijkt dat beeld- en/of geluidsinterventies onrust bij zorgvragers met dementie vermindert. Daarnaast benoemt Linssen (2017) specifiek de positieve invloed van de Qwiek.up op onrust bij zorgvragers met dementie. Ten slotte beschrijven ook Wapenaar (2016), Brankaert (2017) en Den Ouden (2017) dat er met inzet van de Qwiek.up voor rust gezorgd kan worden op onrustige momenten.

Zoals boven genoemd blijkt uit dit onderzoek dat de Qwiek.up voornamelijk invloed heeft op onrust tijdens de inzet en dat deze invloed slechts van tijdelijke duur is. In eerder onderzoek van Linssen (2017) wordt bevestigd dat de invloeden van de Qwiek.up wisselend en van korte duur zijn. Linssen beaamt, zoals voornamelijk blijkt uit dit onderzoek, dat er enkel tijdens het zien van de visuele beelden een moment van ontspanning zichtbaar is voor de zorgvragers. Na het zien van de beelden is deze positieve invloed direct weg. Uit de observaties en interviews komt duidelijk naar voren dat de invloeden van de Qwiek.up verschillen per individu. Dezelfde module kan bij dezelfde zorgvrager, op een ander moment een andere uitkomst bieden. Het onderzoek van Eggermont (2015) bevestigt de wisselende

invloed en kan deze uitkomsten mogelijk verklaren; de neuropathologie bij dementie kan namelijk van invloed zijn op het vermogen en de manier van ervaren bij het inzetten van interactieve interventies. De belevingsgerichte inzet van de Qwiek.up draagt volgens de zorgverleners, naast het welzijn, ook bij aan het ophalen van herinneringen en zorgt het voor persoonlijke aandacht. Tevens blijkt uit onderzoek van Woods (2018), Eggermont (2015), Brankaert (2017) en Van den Berg (2016) dat het van belang is dat de beeld- en geluidsinterventies aansluiten bij de individuele beleving en dat daarom de modulekeuze van essentieel belang is. Daarnaast blijkt dat, wanneer deze interventies zich richten op gebeurtenissen uit het verleden, dit een positieve invloed heeft op het gedrag van zorgvragers met dementie en dat herinneringen kunnen worden opgehaald. Uit de observaties en de interviews komt naar voren dat de natuurmodules een meer positieve invloed hebben ten opzichte van andere modules. Deze uitkomst komt overeen met onderzoek van Eggert e.a. (2015) en Brankaert (2017), waaruit blijkt dat muziek- en natuurbeelden een positieve invloed hebben op het gedrag van zorgvragers met dementie en dat voornamelijk natuurmodules een positieve sfeer creëert.

Hierboven werden de resultaten vergeleken met eerder onderzoek, dit leverde geen weerleggingen op. De verzamelde onderzoeksgegevens hebben eraan bijgedragen dat het nu meer helder is op welke wijze en op welke momenten de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie reduceert. Met behulp van deze nieuwe inzichten over de Qwiek.up wordt de zorgverlener in de gelegenheid gesteld om het verpleegkundig handelen te optimaliseren.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek werd gebruik gemaakt van het valide meetinstrument de 'DS-DAT', welke door twee onderzoekers werd ingevuld. De systematische werkwijze werd aangevuld met kwalitatieve data, waaronder situatieschetsen en interviews. Hierdoor werd de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek gewaarborgd. Tijdens de observatiemomenten waren de onderzoekers verhuld aanwezig in de omgeving waarbij de Qwiek.up werd ingezet. Dit kan van invloed zijn geweest op de onderzoeksresultaten. Binnen de onderzoeksafdeling waren meerdere zorgvragers aanwezig die voldeden aan de inclusiecriteria, echter hadden de onderzoekers niet van alle vertegenwoordigers toestemming. De zes deelnemende zorgvragers werden willekeurig gekozen, dit droeg bij aan de betrouwbaarheid van de resultaten. De conclusies die gesteld worden naar aanleiding van het onderzoek dienen met enige voorzichtigheid aangenomen te worden. Dit aangezien zowel de zorgvragers als de zorgverleners een kleine groep betrof. De hoeveelheid observaties en interviews hebben echter wel bijgedragen aan waardevolle onderzoeksgegevens.

4.2. Conclusie

De hoofdvraag: 'Op welke wijze en op welke momenten kunnen beeld- en geluidservaringen met de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie reduceren?' kan met de volgende bevindingen worden beantwoord. De werking van de Qwiek.up, op de mate van discomfort, is wisselend per individuele zorgvrager, per dagdeel, per moment en per situatie. Door deze factoren, die van invloed zijn op de werking van de Qwiek.up, kan geconcludeerd worden dat het per zorgvrager verschillend is op welke wijze en op welke momenten de inzet van de Qwiek.up onrust reduceert en ontspanning biedt. Bij het merendeel van de zorgvragers werd er voornamelijk een positieve invloed, op onrust tijdens de inzet van de Qwiek.up, gezien. De invloed van de Qwiek.up is hoofdzakelijk aanwezig op het moment wanneer de Qwiek.up wordt ingezet, hierna lijkt deze invloed weg te zijn. Ten slotte is gebleken dat de belevingsgerichte keuze van de module voor de individuele zorgvrager en de aanwezigheid van de zorgverlener van positieve invloed is op de werking van de Qwiek.up. Uiteindelijk kan geconcludeerd worden dat de Qwiek.up bij het merendeel van de zorgvragers 'zorgt voor rust bij onrust' op het moment van inzet.

5. Advies

De zorgverlener dient zich, alvorens het inzetten van de Qwiek.up, te verdiepen in de interesses en de levensloop van de zorgvragers. Het doel hiervan is dat de inzet van de Qwiek.up zoveel mogelijk aansluit bij de individuele beleving, aan de hand van een gericht gekozen module. De zorgverlener dient bij het inzetten van de Qwiek.up een onderbouwde afweging te maken afhankelijk per individuele zorgvrager, per dagdeel, per moment en situatie. Praktische aanbevelingen die voorgesteld kunnen worden naar aanleiding van de observaties zijn; het duidelijk zichtbaar maken van de beeldenprojectie, het beperken van lichtinval en het laten bevinden van de zorgvrager in een prikkelarme omgeving.

Afgeleid uit het DINAMO-model (zie bijlage 13) worden de volgende aanbevelingen gesteld, hierdoor ontstaat er mogelijk een optimale invloed op de inzet en de werking van de Qwiek.up. Binnen de afdeling zou er een aandachtsfunctionaris aangesteld kunnen worden, die verantwoordelijkheid neemt ten aanzien van de inzet van de Qwiek.up. Daarnaast is het voortdurend van belang dat de zorgverleners zelf ook verantwoordelijkheid nemen met betrekking tot het op peil houden van kennis over de Qwiek.up. Dit kan gerealiseerd worden door het delen van ervaringen en het onderling stimuleren, wat betreft het inzetten van de Qwiek.up. Er blijkt dan ook vraag te zijn naar meer scholing over het gebruik van de Qwiek.up. Deze scholing dient zich met name te richten op het (belevingsgericht) inzetten van de Qwiek.up en de beschikbare modules. De ervaren meerwaarde, emoties en betrokkenheid zullen er mogelijk aan bijdragen dat de scholing daadwerkelijk zal leiden tot een positief resultaat. Tevens is het aan te raden om zorgverleners, die voor het eerst in aanraking komen met de Qwiek.up, een demonstratie te bieden over het gebruik van de Qwiek.up. Deze kan gegeven worden door de aandachtsfunctionaris of een zorgverlener die regelmatig de Qwiek.up inzet en voldoende kennis bezit over de Qwiek.up. Ten slotte dient er door de zorgverleners op de afdeling, op het moment van inzet, voldoende tijd geïnvesteerd te worden in het belevingsgericht inzetten van de Qwiek.up.

Het is aan te bevelen om verder onderzoek, naar de lange termijn invloeden van de Qwiek.up, te verrichten, omdat er in dit onderzoek uitsluitend de korte termijn invloeden van de Qwiek.up werden onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat met name natuurmodules een positieve invloed lijken te hebben op onrust bij zorgvragers met dementie. Deze bevindingen waren echter geen onderdeel van de onderzoeksvraag, waardoor de invloeden per module niet gericht zijn onderzocht. Er dient daarom vervolgonderzoek verricht te worden naar de invloed per specifieke module. Dit onderzoek heeft zich uitsluitend gericht op de invloed van de Qwiek.up binnen een verpleeghuissetting. Het is dan ook te adviseren om nader onderzoek uit te voeren binnen andere settingen dan het verpleeghuis.

Literatuuroverzicht

- Alzheimer Nederland. (2017). Cijfers en feiten over dementie. Geraadpleegd op 22-2-2018, van: <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf>
- Anderiesen, H., Scherder, E., Gossens, R., Visch, V., & Eggermont, L. (2015). Play Experiences for People with Alzheimer's Disease. *Interactive Journal of Design*, 9(2): 156–165. <http://ijdesign.org/index.php/IJDesign/article/view/1865/699>
- Baarda, D. B. (2012). Basisboek methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis (5e [gew.] dr.). Groningen [etc.]: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. B. (2014). Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek (Tweede druk.). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Brankaert, R., & den Ouden, E. (2016). The Design-Driven Living Lab: A New Approach to Exploring Solutions to Complex Societal Challenges. *Technology Innovation Management Review*, 7(1): 44–51. <http://timreview.ca/article/1049>
- Bruil, L., Adriaansen, M. J. M., Groothuis, J. W. M., & Bossema, E. R. (2017). Kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners met dementie voor, tijdens en na het spelen met de tovertafel. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (48)6, pp. 1-9.
- Cals, J. W. L., & Kotz, D. (2013). Effective writing and publishing scientific papers, part VI: discussion. *Journal of Clinical epidemiology*, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.04.017>
- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing diagnosis* (15th edition). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- CCMO. (z.d.). METC's. Geraadpleegd op 30 maart 2018, van <http://www.ccmo.nl/nl/metc-s>
- Changemanager. (z.d.). Inzicht in de veranderbereidheid. Geraadpleegd op 20 april 2018, van: <http://changemanager.nl/veranderen/dinamo/>

- De Oliveira, A. M., Radanovic, M., De Mello, P. C. H., Buchain, P. C., Vizotto, A. D. B., Celestino, D. L., Forlenza, F. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed Research International*, 2015, 1-9.
doi:<http://dx.doi.org.zuyd.idm.oclc.org/10.1155/2015/218980>
- De Vugt, M. E. (2016). Gedragsproblematiek bij dementie. Visser, M. Deeg, D. J. H., Van Asselt D. Z. B., & van der Sande, R. (Red.), *Inleiding in de gerontologie en geriatrie* (pp. 152-155). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dijkslag-Kluijver, B. (2017). Sundowning: onrust in de namiddag. *TvV Tijdschrift voor Verzorgenden*, 49(11), 22-25.
- Dirkse, R., & Gratama, G. 1. (2016). *Handig bij dementie: Minder geheugen meer gevoel*. Utrecht: Kosmos.
- Eggert, J., Dye, C. J., Vincent, E., Parker, V., Daily, S. B., Pham, H., & Roy, T. (2015). Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia. *SAGE open medicine*, 3, 2050312115602579.
- EMGO instituut. (2008). Discomfort Scale - Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT). Geraadpleegd van <https://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Bijlagen%20Handboek%20PZ/DS-DAT.pdf>
- Gu, J., Zhang, Y., & Hu, J. (2013). Lighting and Sound Installation for Elderly with Dementia. *International Conference on Culture And Computing*, 9741(79), 169-170.
doi: [10.1109/CultureComputing.2013.50](https://doi.org/10.1109/CultureComputing.2013.50)
- Hazelhof, T., Garenfeld, W., & Verdonshot, T. (2017). *Dementie en psychiatrie* (3e dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Istvandity, L. (2017). Combining music and reminiscence therapy interventions for wellbeing in elderly populations: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 18-25. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.03.003>

- Kim, E. Y., Hwang, S. D., & Kim, E. J. (2016). Stimulation-Oriented Interventions for Behavioral Problems among People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46(4), 475-489. doi: 10.4040/jkan.2016.46.4.475
- Knapp, M., Lemmi, V., & Romeo, R. (2013). Dementia Care Costs and Outcomes: A Systematic Review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(6): 551–561. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.3864>
- Kollaard, S., Vinke, H., & Coene, E. H. (2015). *Zorgboek ziekte van Alzheimer* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: Stichting September.
- Kromhout, M., & Bruijtel, F. J. (2017). Probleemgedrag bij dementie. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 12(3), 8-11. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12503-017-0035-9.pdf>
- Linssen, D. (2017). *Qwiek.up: Proefperiode Hoogstaete*. Dementie-Winkel. www.dementiewinkel.nl
- Lykkeslet, E., Gjengedal, E., Skrondal, T. & Storjord, M. (2014). Sensory Stimulation - A way of creating mutual relations in dementia care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9.
- Prince, M., Prina, M., & Guerchet, M. (2013). World Alzheimer Report 2013 – Journey of Caring: *An Analysis of Long-Term Care for Dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Qwiek. (2017). *Qwiek zorginnovaties met beleving*. Geraadpleegd op 2 maart 2018, van <https://qwiek.eu/up/>
- Ray, K. D., Mittelman, M. S. (2015). Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia* 0(0), 1-22. doi: 10.1177/1471301215613779
- Regier, N. G., & Gitlin, L. N. (2018). Dementia-related restlessness: relationship to characteristics of persons with dementia and family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 185-192. doi:10.1002/gps.4705

- Samson, S., Clément, S., Narme, P., Schiaratura, L., & Ehrlé, N. (2015). Efficacy of musical interventions in dementia: methodological requirements of nonpharmacological trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 249-255. doi:10.1111/nyas.12621
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J. P. (2011). *Methoden en technieken van onderzoek* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Pearson Education Benelux
- Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S. J. (2018). Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 88-102.
- Scheres, W. (2017). *Ondersteunend communiceren bij dementie* (Tweede, herziene druk.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tsoi, K. K. F., Chan, J. Y. C., Ng, Y. M., Lee, M. M. Y., Kwok, T. C. Y., & Wong, S. Y. S. (2018). Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, pii: S1525-8610(17), 30694-1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.009>
- Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M., & Izumi, S. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12(2), 628-641. doi: 10.1016/j.arr.2013.02.003
- V&VN. (2008). *Richtlijn omgaan met gedragsproblemen met dementie*. Geraadpleegd van <http://geriatrie.venvn.nl/Portals/27/deskundigheid/dementie/RichtlijnOmgaanMetGedragsproblemenBijDementie.pdf>
- Van den Berg, F. (2016). Werk is anders, maar niet minder leuk. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 48(6), 12-16. doi:https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s41183-016-0098-7
- Van den Schoor, L. (2017). Langer thuis door slimme technologie. *Nursing*, 23(3), 34-39. doi:https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s41193-017-0046-

- Van Vracem, M., Spruytte, N., Declerq, A., & Van Audenhove, C. (2016). Nachtelijke onrust bij personen met dementie in woonzorgcentra: een verkennende veldstudie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 47(2), 78-85. Geraadpleegd van <https://link-springer-com.zuyd.idm.oclc.org/content/pdf/10.1007%2Fs12439-016-0167-3.pdf>

- Verbraeck, B. (2008). *De wondere wereld van dementie: Vanuit nieuwe inzichten omgevingszorg bieden aan dementerenden*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

- Vink, A. C., Erkelens, H., & Meinardi, L. (2013). *Muziek en bewegen bij dementie*. Amsterdam: Reed Business Education.

- Wapenaar, J. (2016). En...actie! *Tijdschrift voor verzorgenden*, 48(3), 30-33. doi:<https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s41183-016-0037-7>

- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), 1-133. doi:10.1002/14651858.CD001120.pub3

- 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. doi:10.1002/gps.1722

Bijlage 1. Zoekstrategie

	Databank	Zoektermen	In-exclusie	Resultaat en argumentatie
1	Springerlink	Onrust AND dementerend e AND zorg	2013 -2018	Gekozen voor resultaat 9 van de 56 resultaten: ' <i>Werk is anders, maar niet minder leuk</i> '. Het artikel is geschreven door Femke van den Berg. Het artikel is een relevante bron bij beantwoording van de vraag omtrent de zorg in het verpleeghuis. Het tijdschrift sluit aan bij de doelgroep, omdat het om een tijdschrift voor verzorgenden gaat. Verder is het artikel recent, in 2016, gepubliceerd.
2	Springerlink	Qwiek up AND dementie	2016-2017	Gekozen voor artikel 1 uit de 3 resultaten: ' <i>En...actie!</i> ' Het artikel is recent gepubliceerd in 2016 en geschreven door Jeroen Wapenaar. Jeroen Wapenaar werkt als zelfstandig wetenschapsjournalist. Ouderenzorg is een van zijn specialisaties, dit sluit aan bij de dementerende doelgroep van het onderzoek. De inhoud van het artikel sluit aan bij dit onderzoek, omdat de het gebruik en de effecten van de Qwiek.up worden beschreven.
3	Google	Gedragsprobl emen AND dementie AND richtlijn	-	Gekozen voor resultaat 1 van 39.600: ' <i>Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie</i> '. Deze richtlijn komt uit 2008 en was een initiatief van de V&VN.' In de richtlijn wordt veel bruikbare informatie over gedragsproblematiek en de prevalentie bij dementerenden beschreven. V&VN is de grootste beroepsvereniging van Nederland.

				V&VN is er voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.
4	Google Scholar	Istvandity (gezocht op auteurnaam, via verwijzing projectvoorstel)	-	Gekozen voor resultaat 7 van de 51: <i>'Combining music and reminiscence therapy interventions for wellbeing in elderly populations: A systematic review'</i> . De auteur van dit artikel is een socioloog en werkt aan een project dat muziek en reminiscentie-therapie verbindt om het welzijn van mensen in de ouderenzorg te vergroten. Het artikel beschrijft het effect van geluid en sluit aan bij het theoretisch kader t.b.v. het onderzoek. Een systematic review is bovendien het hoogste haalbare level in evidence.
5	Zuyd bibliotheek	Gezocht met de term: 'Geriatric'	Alle velden	Dit leverde 55 resultaten op. Gekozen voor resultaat 11: <i>'Inleiding in de gerontologie en geriatric'</i> (2016) van de uitgever Bohn Stafleu van Loghum. Het hoofdstuk in dit boek dat gebruikt is 'gedragsproblematiek bij dementie' is geschreven door De Vugt e.a. in 2016. De Vugt is medehoofd van Alzheimer centrum Nederland en is universitair hoofddocent psychiatrie en neuropsychologie bij UM.
6	Springerlink	Onrust AND dementie	2016-2018	Dit leverde 155 resultaten op, gekozen voor het vijfde resultaat: <i>'Een multidisciplinaire benadering voor een adequate aanpak van probleemgedrag bij dementie'</i> . Bij de bronnen gekozen voor de eerste verwijzing. Het artikel: <i>'Prevalence of</i>

				<i>neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia.</i> Dit artikel is gepubliceerd in 2007, geschreven door Zuidema en anderen. Zuidema is specialist ouderengeneeskunde en is gepromoveerd op probleemgedrag bij mensen met dementia. De inhoud van het artikel geeft onder andere de prevalentie en de gevolgen van dementia weer.
7	SpringerLink	Dementie verpleeghuis	Artikelen tussen 2015-2018	471 resultaten, gekozen voor het 14 ^{de} resultaat. ' <i>Probleemgedrag bij dementia</i> '. Het artikel is geschreven door een specialist ouderengeneeskunde, kaderarts psychogeriatric, adjunct-hoofd opleiding specialisme ouderengeneeskunde binnen een ziekenhuis en door GZ-psycholoog, supervisor en docent, werkzaam bij Zorgspectrum.
8	Google	Alzheimer AND cijfers	Geen	229.000 resultaten, gekozen voor het 2 ^{de} resultaat. ' <i>Cijfers en feiten over dementia</i> '. Alle medisch inhoudelijke informatie is gecontroleerd door inhoudelijk deskundigen. Naast patiëntenorganisatie is Alzheimer ook een fonds dat wetenschappelijk onderzoek naar dementia financiert.
9	Google	Qwiek.up	Geen	16.000 resultaten, gekozen voor het 1 ^{ste} resultaat. ' <i>Website <u>Qwiek.eu</u></i> '. Dit is de officiële website waar informatie te vinden is over de Qwiek.up.

10	Google scholar	Qwiek.up sensory stimulation dementia	-	2 resultaten, gekozen voor het 1 ^{ste} resultaat. <i>'The design-driven living lab: a new approach to exploring solutions to complex social challenges.'</i> Geschreven in 2017 door Brankaert. Brankaert is een assistent professor van 'active and healthy aging'. Hij leidt het expertisecentrum voor dementie en technologie binnen TU/e. Het artikel richt zich op het inzetten van o.a. de Qwiek.up bij dementie.
11	Google Scholar	Qwiek.up sensory stimulation dementia	-	Via het 1 ^{ste} artikel van de 2 resultaten; <i>'The design-driven living lab: a new approach to exploring solutions to complex social challenges'</i> , gekozen voor het artikel <i>'Play Experiences for People with Alzheimer's Disease'</i> . Dit artikel is geschreven door Anderiesen e.a. 2015. Anderiesen is werkzaam bij de universiteit in Delft, op technologisch gebied. Heeft o.a. spellen voor mensen met dementie ontwikkeld. Andere auteurs zijn verbonden aan andere universiteiten door het land. Onder andere gespecialiseerd in neuropsychologie.
12	Google Scholar	Qwiek.up sensory stimulation dementia	Geen	Via het eerste artikel van de twee resultaten: <i>'The design-driven living lab: a new approach to exploring solutions to complex social challenges.'</i> Gekozen in de bronvermelding van het artikel voor: <i>'Dementia Care Costs and Outcomes: A Systematic Review'</i> . Dit is een artikel uit 2013, geschreven door

				Knapp en anderen. Knapp is werkzaam in London bij 'Centre for the Economics of Mental Health'. Andere auteurs van dit artikel zijn hier eveneens aan verbonden.
13	Google Scholar	Qwiek.up sensory stimulation dementia	Geen	Via het eerste artikel van de twee resultaten: ' <i>The design-driven living lab: a new approach to exploring solutions to complex social challenges</i> '. Gekozen in de bronvermelding van het artikel voor: ' <i>World Alzheimer Report 2013 – Journey of Caring: An Analysis of Long-Term Care for Dementia</i> '. Het artikel stamt uit 2013, geschreven door Prince en anderen. Prince is werkzaam als professor bij 'Global Observatory for Aging and Dementia Care' in London.
14	SpringerLink	Onrust	2015-2018	670 resultaten, gekozen voor het 5 ^{de} resultaat. ' <i>Sundowning: onrust in de namiddag</i> '. Dit artikel is geschreven door Dijkslag-Kluijver 2017. Dijkslag-Kluijver is vakredacteur en is trainer voor Zorg en Welzijn, heeft sociaal pedagogisch hulpverlening gestudeerd. In dit artikel wordt het fenomeen sundowning beschreven, dit is een symptoom van onrust. Het sluit aan bij de onderzoeksvraag. Verder is het een recent artikel.
15	PubMed	Reminiscence therapy dementia	-	180 resultaten, gekozen voor het 3 ^{de} resultaat. ' <i>Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and</i>

				<i>Psychological Symptoms of Dementia</i> '. Dit artikel is geschreven door Scales e.a. in 2018. De schrijvers van dit artikel zijn allen werkzaam binnen de gezondheidszorg en zijn verbonden aan diverse universiteiten. Het artikel is gepubliceerd in opdracht van 'The Gerontological Society of America'.
16	SpringerLink	Onrust	2015-2018	670 resultaten, gekozen voor het 4de resultaat. ' <i>Nachtelijke onrust bij personen met dementie in woonzorgcentra: een verkennende veldstudie</i> '. Dit artikel is geschreven door Van Vracem e.a. in 2016. In dit artikel wordt ingegaan op nachtelijke onrust, dit is een symptoom van dementie. Het sluit aan bij de onderzoeksvraag. Alle auteurs van dit artikel zijn werkzaam binnen de universiteit van Leuven en mevr. Van Vracem is gespecialiseerd in neuropsychologie en gezondheidspsychologie.
17	PubMed	Dementia AND behavioral problems AND music	Niet ouder dan 5 jaar	11 resultaten, gekozen voor het 1 ^{ste} resultaat. ' <i>Receptive Music Therapy Is More Effective than Interactive Music Therapy to Relieve Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis</i> '. Dit artikel is geschreven door Tsoi e.a. in 2018. Tsoi is werkzaam binnen de universiteit van Hong Kong, sector 'Public Health and Primary Care'. Andere auteurs van dit artikel zijn

				eveneens werkzaam binnen Hong Kong, sector 'Medicine and Therapeutics'.
18	Cochrane	Video Dementia	Gefilterd op Cochrane Reviews	3 resultaten, gekozen voor het 3 ^{de} resultaat. ' <i>Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews</i> '. Geschreven door Woods en anderen. Woods is werkzaam in dementia Services development centre Wales en verbonden aan de universiteit van Wales. Het artikel is een review, waardoor de betrouwbaarheid hoger is. Verder werd in het artikel van 2018 verwezen naar die uit 2005. De auteurs nemen o.a. deel aan het ontwerpen van psychosociale therapieën voor dementie (CST). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de auteurs experts zijn op het gebied van dementie.
19	SpringerLink	Beelden Dementie	-	455 resultaten, gekozen voor het 36 ^{ste} resultaat. ' <i>Kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners met dementie voor, tijdens en na het spelen met de tovertafel</i> '. Dit artikel is geschreven door L. Bruil, M. Adriaansen, J. Groothuis en E. Bossema. Geschreven in 2017. Dit artikel richt zich op een andere vorm van beeld- en geluidsinterventies en sluit derhalve aan bij het onderzoek. Bruil is werkzaam als verpleegkundig specialist binnen het ziekenhuis in Doetinchem. Andere auteurs zijn werkzaam binnen de hogeschool van

				Arnhem en Nijmegen en Meander Medisch Centrum Amersfoort.
20	Google Scholar	watching video dementia behavioral problems	Vanaf 2014	11.500 resultaten, gekozen voor het 19 ^{de} resultaat. <i>'Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia'</i> . Dit artikel is geschreven door Eggert e.a. in 2015. In dit artikel wordt de invloed van beelden vanuit de natuur beschreven op zorgvragers met dementie. De Qwiek.up kan o.a. beelden vanuit de natuur laten zien. Dit artikel sluit aan bij ons onderwerp. Eggert is werkzaam binnen 'The School of Nursing' en werkt hier als professor en coördinator van gezondheidsgenetica.
21	PubMed	(Dementia AND dementias) AND "Dementia/nursing"[Mesh] AND "Behavioral Symptoms"[Majr]	Niet ouder dan 5 jaar	148 resultaten, gekozen voor het 16 ^{de} resultaat. <i>'Stimulation-Oriented Interventions for Behavioral Problems among People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis'</i> . Dit artikel is geschreven door Kim e.a. in 2016. Dit artikel is gericht op het inzetten van stimulatie gerichte interventies bij gedragsproblemen onder mensen met dementie. In dit artikel wordt het inzetten van verschillende interventies beschreven. De auteurs van dit artikel

				zijn werkzaam bij verschillende universiteiten binnen Korea, o.a. binnen de sectoren; psychotherapie, sociaal welzijn en verpleging.
22	PubMed	Dementia AND behavioral problems AND music	Niet ouder dan 5 jaar	11 resultaten, gekozen voor het 11 ^{de} resultaat. <i>'Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis'</i> . Dit artikel is geschreven door Ueda e.a. in 2013. Dit artikel richt zich op de effecten van muziektherapie bij gedrags- en psychologische problematieken. De effecten van dit onderzoek worden duidelijk beschreven en sluiten aan bij het onderwerp. Ueda is verbonden aan een universiteit in Japan, werkzaam binnen een afdeling 'Physical Medicine and Rehabilitation'.
23	SpringerLink	Onrust bij dementerend en	2013-2018	29 resultaten, gekozen voor het 16 ^{de} resultaat. <i>'Langer thuis door slimme technologie'</i> . Dit artikel is door Van Den Schoor e.a. geschreven in 2017. Dit is een recent artikel dat zich richt op het inzetten van domotica binnen de thuiszorg. De Qwiek.up kan gezien worden als een dergelijke vorm van domotica, daarom hebben wij gekozen voor dit artikel. Van Den Schoor heeft meerdere artikelen gepubliceerd over zorg gerelateerde vragen. Het artikel is gepubliceerd in 'Nursing', dit is een tijdschrift voor

				verpleegkundigen waarin tevens evidence based artikelen worden gepubliceerd.
24	DiZ	Restlessness AND dementia	2013-2018, full text	2629 resultaten, gekozen voor het 2 ^{de} resultaat. <i>'Dementia-related restlessness: relationship to characteristics of persons with dementia and family caregivers'</i> . Dit artikel is geschreven door Regier en anderen in 2018. In dit artikel worden symptomen van onrust gerelateerd aan dementie beschreven. Het wordt in verband gebracht met naasten van de zorgvrager met dementie. Het sluit aan bij het onderzoek. Beide auteurs van dit artikel zijn werkzaam binnen de universiteit van Baltimore, bij de sector 'Center for Innovative Care in Aging'. Regier heeft over dementie en gerontopsychologie meerdere artikelen gepubliceerd op PubMed.
25	PubMed	Gezocht met de termen: "alzheimer" AND "behovioral" AND music	-	Uit deze zoekopdracht kwamen 78 resultaten, gekozen voor het 3de resultaat. <i>Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia</i> . Geschreven door Mittelman & Ray in 2015. In dit artikel worden de effecten van muziektherapie op agitatie en depressieve symptomen bij zorgvragers met dementie

				beschreven. Wij hebben dit artikel gebruikt ter onderbouwing bij de literatuurstudie. Ray is muziektherapie-projectmanager en is werkzaam op de universiteit in Drexel binnen de sector creatieve therapie.
26	PubMed	Dementia AND behavioral problems AND music	Niet ouder dan 5 jaar	11 resultaten, gekozen voor het 10 ^{de} resultaat. <i>'Efficacy of musical interventions in dementia: methodological requirements of nonpharmacological trials'</i> . Dit artikel is Samson e.a. in 2015 geschreven. Auteurs zijn werkzaam aan de universiteit van Parijs. Maken onderdeel uit van een team dat zich richt op neuropsychologie en cognitie.
27	DiZ	behavioral symptoms AND dementia AND non- pharmacologi cal interventions	2014-2018 full tekst toegang	1980 resultaten, gekozen voor het 5 ^{de} resultaat. <i>'Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review'</i> . Geschreven door De Oliveira en anderen in 2015. De auteurs van dit artikel zijn werkzaam binnen sector biomedische wetenschappen en laboratorium van neurologie in Brazilië. Dit artikel richt zich op het inzetten van niet farmacologische interventies bij gedrags- en psychosociale problemen bij dementie. Ons onderzoek richt zich eveneens op het inzetten van niet farmacologische interventies, waarvan de Qwiek.up onderdeel uit maakt.

28	DiZ	Sensory stimulation AND dementia care	2013-2019	20.428 resultaten, gekozen voor het 3 ^{de} resultaat. ' <i>Sensory stimulation—A way of creating mutual relations in dementia care</i> '. Dit artikel is geschreven door Lykkeslet in 2014. Auteurs van dit artikel zijn werkzaam binnen faculteiten als 'Health and Social Care' en 'Global Health and Primary Care'.
29	IEEE	Qwiek.up AND sensory stimulation AND dementia	2013-2018	310 resultaten, gekozen voor het 1ste resultaat. ' <i>Lighting and sound installation for elderly with dementia</i> '. Gu e.a. 2013. In dit artikel werden de invloeden van licht en geluid op ouderen met dementia beschreven. Bij de Qwiek.up wordt ook gebruik gemaakt van licht en geluid. Het artikel sluit derhalve aan bij ons onderzoek. De auteurs van dit artikel zijn werkzaam binnen de Technische Universiteit van Eindhoven. Faculteit van Industrial Design.
30	Bibliotheek Zuyd	Dementie	Titel	130 resultaten, gekozen voor het 3 ^{de} resultaat. ' <i>Dementie en psychiatrie</i> '. Het boek is in 2017 gepubliceerd door Hazelhof e.a.. Hazelhof is werkzaam als psycholoog en is werkzaam als docent psychologie. In dit boek werd de definitie, de oorzaken en symptomen van dementie beschreven.

31	Bibliotheek Zuyd	Dementie	Titel	130 resultaten, gekozen voor het 6 ^{de} resultaat. <i>‘Ondersteunend communiceren bij dementie’</i> . Het boek is in 2017 geschreven door Scheres e.a.. In dit boek werd het gebruik van visualisaties bij dementie beschreven. Scheres is een GZ-psycholoog en is communicatiedeskundige.
32	Bibliotheek Zuyd	Dementie	Titel	130 resultaten, gekozen voor het 13 ^{de} resultaat. <i>‘Handig bij dementie, minder geheugen, meer gevoel’</i> . Het boek is in 2016 door Dirkse e.a. geschreven. Dirkse is werkzaam als innovator binnen de dementiezorg. Vermeer is werkzaam als GZ-psycholoog binnen dementiezorg.
33	Bibliotheek Zuyd	Dementie	Titel	130 resultaten, gekozen voor het 15 ^{de} resultaat. <i>De wondere wereld van dementie: ‘Vanuit nieuwe inzichten omgevingszorg bieden aan dementerenden’</i> . Dit boek is geschreven door Verbraeck in 2008, Verbraeck is gespecialiseerd in dementie, is tevens werkzaam als trainer binnen de ouderenpsychiatrie.
34	Bibliotheek Zuyd	Dementie en Bewegen	Alle velden	5 resultaten, gekozen voor het 1 ^{ste} resultaat. <i>‘Muziek en bewegen bij dementie’</i> . Het boek is in 2013 geschreven door Vink e.a. Vink is werkzaam als psycholoog en geeft les over de theorie van muziektherapie. In het boek werden voorbeelden gegeven van muziek en beweging voor zorgvragers met dementie. Met name het stuk over muziek was bruikbaar bij het maken van de

				literatuurstudie, aansluitend bij onze onderzoeksvraag.
35	Bibliotheek Zuyd	Ziekte van Alzheimer	Alle velden	51 resultaten, gekozen voor het 2 ^{de} resultaat. ' <i>Zorgboek voor Alzheimer</i> '. Dit boek is in 2015 geschreven door Kollaard. Kollaard heeft meerdere 'zorgboeken' geschreven. In dit boek werd de definitie, de oorzaken en symptomen van dementie beschreven.
36	Biblitheek Zuyd	Nursing Diagnosis	Titel	8 resultaten, gekozen voor het 5 ^{de} resultaat. ' <i>Nursing Diagnosis</i> '. Geschreven door Carpenito in 2013. Het boek ' <i>Nursing Diagnosis</i> ' wordt door zorgprofessionals gebruikt om een classificatie te maken van verschillende verpleegkundige diagnosen. Het richt zich dan ook op verpleegproblemen. Het door ons gekozen verpleegprobleem is 'Gebrek aan Welbevinden'.
37	Google Books	Methode Onderzoek	-	422.000 resultaten, gekozen voor het 2 ^{de} resultaat. ' <i>Methoden en technieken van ondezoek</i> '. Dit boek is in 2011 geschreven voor Saunders en anderen. Saunders is werkzaam binnen Oxford University. Geeft onderwijs op het gebied van onderzoeksmethoden.

38	Google	CCMO	-	Via de website van www.CCMO.nl geklikt op het kopje 'METC'. Op deze website staat een beslisboom beschreven, hierin staat stapsgewijs beschreven of het onderzoek WMO-plichtig is. Ook is hier informatie gehaald over de 'Medisch Etische Toetsingscommissie'. Aangezien het onderzoek gericht is op het observeren van zorgvragers met dementie hebben wij te maken met het melden van het onderzoek bij de METC.
39	Bibliotheek Zuyd	Baarda	Auteur	37 resultaten, gekozen voor het 11 ^{de} resultaat. <i>'Basisboek methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis'</i> . Gekozen voor dit boek omdat er veel informatie te vinden is over het uitvoeren van observerend onderzoek. Dit boek is in 2012 door Baarda geschreven. Baarda is een Nederlandse psycholoog en methodoloog.
40	Bibliotheek Zuyd	Baarda	Auteur	37 resultaten, gekozen voor het 5 ^{de} resultaat: <i>'Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek'</i> . Gekozen voor dit boek omdat er verschillende onderzoeksmethoden in beschreven worden, waaronder het afnemen van een enquête. Baarda is een psycholoog en methodoloog en verantwoordelijk voor verschillende literatuur m.b.t. onderzoeksmethoden.

				Baarda heeft meerdere boeken geschreven over onderzoek.
41	Google	DS-DAT	-	64.300.000 resultaten, gekozen voor het 1 ^{ste} resultaat: <i>'Discomfort Scale - Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)'</i> . De DS-DAT is een geëvalueerd (2008) meetinstrument dat zich richt op het meten van welbevinden bij zorgvragers met dementie. Dit meetinstrument zal gebruikt worden tijdens de observatiemomenten. Op deze manier wordt de invloed van de Qwiek.up op onrust beschreven.
42	Google	Qwiek.up AND Doortje Linssen	-	4 resultaten, gekozen voor het 2 ^e resultaat: Qwiek.up: proefperiode Hoogstaete. De onderzoeker (D. Linssen) is een psycholoog, welke onderzoek heeft gedaan naar het effect van de Qwiek.up middels observaties. Tevens is Linssen verbonden aan UM Maastricht.
43	Google	dinamo model quickscan change manager	-	191 resultaten, gekozen voor het 1ste resultaat. Geklikt op het kopje 'veranderen', vervolgens geklikt 'De Dinamo'. Uitgekomen op <i>'Inzicht in de veranderbereidheid'</i> . Het DINAMO-model richt zich op het inzichtelijk maken van de veranderbereidheid binnen een setting. Dit model is ons aangereikt tijdens een college en werd ingezet om vragen te stellen tijdens het interview. Zie topiclijsten.

Bijlage 2. Meetinstrument DS-DAT

Discomfort Scale - Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)

Nederlandse versie

© EMGO Instituut, VU medisch centrum, 1997. Aangepaste versie 2008.

Tijdstip begin observatieperiode:.....

Positie: liggend / zittend / staand / lopend /

Beperking: (bv. onrustband, houding waarin de patiënt niet kan bewegen)

Waarnemingen tijdens de 5 minuten observatietijd:

Item met criteria	Score (zet een kruisje in de kolom die van toepassing is) ¹				
	Geen	Minimaal	Matig	Extreem	Nvt
a. Hoorbaar/luidruchtig ademen ² Niet goed klinkende bijgeluiden bij in- of uitademing; de ademhaling lijkt inspannend, moeizaam of afmattend; de ademhaling klinkt luid, krassend of hijgend; moeite met ademen of krachtig pogen een goede gasuitwisseling te bereiken; episodische uitbarstingen van snel ademen of hyperventilatie.					
b. Negatief stemgebruik ² Geluiden of spraak met een negatief of afkeurend karakter; gedempte laagtonige geluiden zoals constant met een keelklank mompelen; monotoon of getemperd geluid of geluid van variërende toonhoogte met een duidelijk onplezierige klank; geluid met een hogere snelheid dan een gesprek, of aanhoudend geluid als bij steunen of kreunen; steeds dezelfde woorden op een treurige toon herhalen; gekwetstheid of pijn uitdrukken.					
c. Teverden gelaatsuitdrukking Gezicht ziet er aangenaam, kalm uit; rustig, op zijn/haar gemak of sereen; ontspannen gezichtsuitdrukking met ontspannen, niet op elkaar geklemde kaken; over het geheel genomen een vredige uitdrukking.					
d. Bedroefde gelaatsuitdrukking Gekweld kijkend gezicht; ziet er gepijnigd, zorgelijk/bedrukt, verloren of eenzaam uit; bedroefd voorkomen; schuldige blik met diepliggende, glansloze ogen; tranen; huilen.					
e. Angstige gelaatsuitdrukking Bang, bezorgd kijkend gezicht; gehinderde, angstige, of ongeruste uitdrukking; verschrikt uiterlijk met open ogen en een smekend gezicht.					
f. Gefronst gelaat Gezicht ziet er gespannen uit; strenge of norse blikken; ontstemde blik met gefronste wenkbrauwen en plooiën in het voorhoofd; mondhoeken naar beneden.					
g. Ontspannen lichaamstaal Gemakkelijke, open houding; ligt er rustig bij, eventueel "genesteld" of uitgestrekt; spieren lijken normaal gespannen en gewrichten staan niet onder spanning; inactieve, luie of "relaxte" uitdrukking; aanblik van "lekker niks doen"; nonchalant.					
h. Gespannen lichaamstaal Extremiteten vertonen spanning; wringen van de handen, gebalde vuisten, of strak opgetrokken knieën; lichaamshouding ziet er gespannen en inflexibel uit.					
i. Zenuwachtige bewegingen/bewegingsonrust Rusteloze, ongeduldige bewegingen; wriemelen, nerveus handelen; lijkt weg te willen van een pijnlijk gebied; krachtig aanraken van, trekken aan, of wrijven over lichaamsdelen.					

¹Zie instructieblad voor scoringsmethode

²Wanneer u er niet zeker van bent of een geluid respiratoir of vocaal van oorsprong is, maak dan een keuze uit beide items. Scoor dus maar één van beide.

Bewustzijnsniveau: (omcirkel wat van toepassing is)

wakker en alert / wakker / wakker maar slaperig / in slaap vallend / in een lichte slaap / in een diepe slaap

Tegengekomen moeilijkheden/omstandigheden:

.....

Standaardprocedure voor het afnemen en invullen van de DS-DAT

De DS-DAT is een meetschaal voor het meten van het welbevinden van patiënten. Het is belangrijk dat de schaal op een gestandaardiseerde manier wordt afgenomen. De hier beschreven standaardprocedure is gebaseerd op de standaardprocedure die werd gebruikt door de ontwikkelaars van de schaal, en hun mondelinge toelichting daarop.

Voor u begint...

- Neem de DS-DAT bij één en dezelfde patiënt bij voorkeur steeds op ongeveer dezelfde tijdstippen van de dag af (bijvoorbeeld steeds aan het einde van de middag).
- Als eventueel zojuist een gebeurtenis plaatsvond die ongemak kan veroorzaken (zoals omleggen, fysiotherapie etc.), wacht dan vijftien tot dertig minuten voor met de observatie te beginnen. Het gaat erom het 'eigen' (on)welbevinden te bepalen, geen reactie op een interventie of situatie.

Aanwijzingen

- Volg deze standaardprocedure. Het is belangrijk dat de afname van de DS-DAT steeds op dezelfde wijze gebeurt. Als namelijk de observatie zelf het gedrag zou beïnvloeden, gebeurt dit tenminste telkens op dezelfde wijze.
- Observeer de patiënt waar u hem/haar aantreft (woonkamer, in bed, etc.). Maak een slapende patiënt niet wakker; pas de DS-DAT dan toe bij de slapende patiënt. Wanneer de patiënt rondloopt, verplaats u dan geleidelijk met de patiënt mee.
- Verander het gedragspatroon van de patiënt niet en reageer neutraal op eventuele verbalisaties. Doe niets dat een reactie van de patiënt kan uitlokken.
- Als een patiënt verandert van gedrag en negatief op uw aanwezigheid reageert, verlaat dan de ruimte en probeer het vijftien minuten later nog eens. Eventueel observeert u de patiënt nu van een afstand. Vermeld dit dan bij het onderdeel "tegengekomen moeilijkheden/omstandigheden".
- Registreer objectief voor elk item slechts volgens de bij dat item genoemde criteria; interpreteer dus niet, omdat de betekenis van gedrag van demente personen anders kan zijn dan bij niet demente personen. Het gaat erom zo objectief mogelijk de score te bepalen aan de hand van de criteria.

Vorbereitung en uitvoering

- Lees eerst de gedragsitems goed door, en neem ze in u op.
- Glimlach en introduceer uzelf. Zeg op een vriendelijke manier zoiets als: "Dag mevrouw (meneer)...., ik ben, en ik kom even bij u zitten". De intonatie, niet wát u zegt, is belangrijk.
- Ga op een stoel bij de patiënt zitten. Verplaats de stoel geleidelijk naar de patiënt, zo, dat u de gezichtsuitdrukkingen, extremiteiten en geluiden van de patiënt goed kunt observeren.
- Kijk op uw horloge en noteer het begin van de observatieperiode op het formulier.
- Observeer 5 minuten.
- Omcirkel wat van toepassing is bij positie (liggend, zittend, staand, lopend, of anderszins) en bij beperking (bv. onrustband, houding waarin de patiënt niet kan bewegen).
- Zeg: "Ik zal enkele minuten bij u blijven, en een paar dingen op dit papier schrijven".

Scoringswijze items

- Kruis per item aan wat van toepassing is. Maak voor de keuze van de juiste kolom gebruik van de tabel op de volgende pagina.
- Met aankruisen begint u gedurende de observatieperiode; eventueel kunt u een itemscore herzien door het eerder aangekruiste door te strepen, en alsnog een kruisje in de juiste kolom te zetten.
- Alle items moeten gescoord worden. Een onvolledige lijst is van weinig nut.
- Alle items zijn onafhankelijk; laat u bij het invullen van een bepaald item niet leiden door de score op een ander item.
- Aan het einde van de observatieperiode controleert u of u alle items hebt gescoord.
- Op basis van uw observaties van de patiënt, omcirkelt u nu het bewustzijnsniveau dat van toepassing is.

Scoringsmethode van items:

Geen: deze categorie wordt aangekruist wanneer geen van de bij dit gedragsitem beschreven termen

DS-DAT Nederlandse versie © EMGO Instituut 2008, bladnummer 2

betrekking hebben op de patiënt.

Minimaal: minimaal betekent dat tenminste één van de omschrijvingen van het item is waargenomen (frequentie=1) **en** dat het een zeer lage intensiteit had **en** dat het slechts voor zeer korte tijd aanwezig was.

Matig: wanneer een gedragskenmerk aanwezig is, maar in sterkere mate dan omschreven bij "minimaal", en in geringere mate dan "extreem".

Extreem: wanneer één van de beschreven gedragskenmerken aanwezig is met grote intensiteit gedurende de gehele observatieperiode. "Extreem" is ook van toepassing als meerdere beschrijvingen van toepassing zijn, die **of** van lage intensiteit, **of** van korte duur mogen zijn. Verder wordt "extreem" gebruikt als bijna de gehele beschrijving van het gedrag van toepassing is.

Nvt: alleen wanneer een item niet gescoord kan worden (bv. droevige gezichtsuitdrukking bij een patiënt die slaapt, of luidruchtig ademen bij een patiënt die beademd wordt), kruis dan de kolom "nvt" aan, en vermeld de omstandigheden onderaan de pagina.

Systematisch:

Frequentie	Intensiteit / duur		Score
0			Geen
1	laag / kort		Minimaal
	hoog / lang		Extreem
	Anders		Matig
> 1	laag / kort		Matig
	Anders		Extreem
zeer hoog			Extreem

Bijlage 3. Topiclijst interview zorgverlener

- Het interview (6 in totaal) met de zorgverlener zal direct na het afronden van de observatiemomenten plaatsvinden.
- Van het interview worden geluidsopnames gemaakt, dit met toestemming van de geïnterviewde.
- De mogelijkheid tot een membercheck van het transcript wordt aangeboden
- Het interview wordt in een apart tekstverwerkingsbestand opgeslagen, zodat vertrouwelijkheid en anonimiteit worden gewaarborgd.
- De verzamelde gegevens zullen enkel en alleen worden gebruikt voor onderzoeksdoeleinden en zullen hierna conform regels van onderzoek worden opgeslagen.

Nr.	Topic	Voorbeeldvraag
0	Inleiding	- Wat komt het eerst in u op wanneer u aan de Qwiek.up denkt?
1	<i>Functie van zorgverlener</i>	- Binnen welke afdeling bent u werkzaam? - Hoeveel jaar bent u werkzaam op deze afdeling? - Welke functie vervult u hier? - Hoeveel jaar ervaring heeft u binnen de PG-sector?
2	<i>Ervaring met Qwiek.up</i>	- Heeft u een demonstratie gekregen over het gebruik/de inzet van de Qwiek.up? *7 - Hoe bent u in aanmerking gekomen met de Qwiek.up? - Vindt u dat u voldoende kennis bezit over de Qwiek.up? En waarom? *7,11 - Wat zijn uw ervaringen met de Qwiek.up? *2,13 - Hoe lang werkt u met de Qwiek.up? - Hoe vaak zet u de Qwiek.up in? - Hoe lang zet u de Qwiek.up gemiddeld in? - Heeft u eerdere ervaringen met andere belevingsgerichte therapie bij zorgvragers met dementie met symptomen van onrust? Welke? En welke resultaten zag u hierbij? *3,10
3	<i>Inzet op afdeling</i>	- Ervaart u als medewerker voldoende ruimte wat betreft meedenken en meedoen rondom verandering bij het inzetten van de Qwiek.up? *4,12 - Wordt er op de afdeling aandacht besteed aan het inzetten van de Qwiek.up? Waaraan merkt u dit? *5,8,10

		- Is het duidelijk waarom de Qwiek.up ingezet kan worden? *6,8
4	<i>Moment van inzet</i>	- In welke situaties zet u de Qwiek.up in? Wordt met de inzet op rustige momenten onrust voorkomen? - Bij welke symptomen zet u de Qwiek.up in? - Op welk moment van de dag zet u de Qwiek.up het meeste in? Ochtend of avond? - Welke gevolgen heeft het inzetten van de Qwiek.up voor de normale werkzaamheden? *1
5	<i>Belevingsgericht inzetten</i>	- Waarom kiest u voor deze module bij deze cliënt? - Waarop baseert u uw keuze wat betreft een module van de Qwiek.up? Zowel bij deze bewoner als algemeen? - Is er verschil zichtbaar als u de inzet van verschillende modules met elkaar vergelijkt? - Is er verschil zichtbaar bij het inzetten van verschillende modules in andere thema's? - Is er een meerwaarde aan het belevingsgericht inzetten van de Qwiek.up? Waarom? *3 - Vindt u dat de Qwiek.up binnen de afdeling op het moment voldoende belevingsgericht wordt ingezet? Waarom? *9
6	<i>Invloed Qwiek.up</i>	- Hoe reageert de zorgvrager op de Qwiek.up? Nu en in het algemeen? - Wat is zichtbaar bij de zorgvrager voor het inzetten van de Qwiek.up? - Wat is zichtbaar bij de zorgvrager gedurende de inzet van de Qwiek.up? - Wat is zichtbaar bij de zorgvrager na de inzet van de Qwiek.up? - Hoe lang zijn effecten van de Qwiek.up merkbaar? - Bent u op het moment tevreden over de invloeden van de Qwiek.up? Waarom? *3,14

*** Dinamo model**

De 14 beoogde aspecten uit de Quicksan waarmee de veranderbereidheid in kaart wordt gebracht.

Willen veranderen:

1. Gevolgen voor het werk
2. Emoties
3. Meerwaarde
4. Betrokkenheid

Moeten veranderen:

5. Interne druk
6. Externe noodzaak

Kunnen veranderen

7. Kennis en ervaring
8. Aansturing
9. Informatievoorziening
10. Verandervermogen
11. Beheersbaarheid
12. Timing
13. Complexiteit
14. Vertrouwen

Bijlage 4. Criteria t.a.v. selectie zorgvragers; Project Qwiek.up

Ten behoeve van het onderzoek over de invloed van de Qwiek.up op onrust, zullen observaties en interviews, vanaf 27 augustus t/m uiterlijk 22 oktober, op jullie afdeling plaatsvinden. De observaties worden uitgevoerd bij de zorgvragers en de interviews worden afgenomen met zorgverleners die werkzaam zijn binnen afdeling Kleibrook te Ave Maria in Geulle. Hieronder worden de criteriapunten voor selectie van de zorgvragers en zorgverleners beschreven.

Observaties

De zorgvragers (die worden geobserveerd) dienen te voldoen aan de volgende criteria:

- Symptomen van onrust gerelateerd aan de diagnose dementie
- De onrust wordt niet veroorzaakt door lichamelijke klachten.
- Bij voorkeur vinden de onrustige momenten meer dan eenmaal per dag plaats
- De Qwiek.up wordt individueel in de eigen omgeving van de zorgvrager toegepast, dus niet in groepsverband

Voor de observaties ten behoeve van het onderzoek worden de zorgvragers willekeurig gekozen uit een op voorhand geselecteerde groep. Tijdens de observatie dient er geen sprake te zijn van inzet van andere vormen van therapie tijdens handhaving van de Qwiek.up.

We vragen jullie om voor 1 juni 2018 een lijst op te stellen van alle zorgvragers die aan de beschreven criteriapunten voldoen. Wij willen jullie erop attenderen dat het om privacy gevoelige informatie gaat en vertrouwen erop dat jullie op zorgvuldige wijze met de opgestelde lijst omgaan. Wanneer deze lijst is opgesteld zullen wij jullie vragen om de informatie/toestemmingsformulieren te verspreiden onder de vertegenwoordigers van de geselecteerde zorgvragers.

Interviews

De zorgverleners/deelnemers interview dienen te voldoen aan de volgende criteria:

- Tenminste 3 maanden ervaring op de betreffende afdeling
- Is gemotiveerd de Qwiek.up belevingsgericht in te zetten
- De zorgverleners die deelnemen aan de interviews zijn van tevoren niet bekend, dit is afhankelijk van de betrokken zorgverlener bij het observatiemoment

De bij de observatie betrokken zorgverlener wordt na het observatiemoment (met inzet Qwiek.up) geïnterviewd. De interviews zullen in overleg plaatsvinden, bij voorkeur direct na het observatiemoment. Het interview zal 5-10 minuten duren, de gegevens die hieruit voortvloeien worden anoniem verwerkt. Er zullen gerichte vragen gesteld worden over het betreffende observatiemoment en de invloeden op onrust.

Bij vragen of onduidelijkheden kunnen jullie contact met ons opnemen via het volgende mailadres: 1631519penders@zuyd.nl (Stella) of 1611348kitzen@zuyd.nl (Natasja).

Met vriendelijke groet,
Stella Penders en Natasja Kitzen

Bijlage 5. Informatie en toestemmingsformulier zorgverlener

Heerlen, 1 juni 2018

Beste zorgverlener binnen Ave Maria,

Wij zijn Natasja Kitzen en Stella Penders en volgen sinds 2016 de verkorte HBO Verpleegkunde opleiding te Zuyd Hogeschool in Heerlen. Momenteel zitten wij in ons afstudeerjaar. Wij nemen deel aan een afstudeerproject dat zich richt op het verminderen van onrust bij zorgvragers met dementie door het inzetten van de Qwiek.up tijdens onrustige momenten. Om het apparaat belevingsgericht in te kunnen zetten zijn er verschillende beeld- en muziekmodules beschikbaar. Op het moment wordt de Qwiek.up op uw afdeling al enige tijd ingezet als hulpmiddel bij onbegrepen gedrag op de afdeling.

Het doel van het onderzoek is om de persoonlijke gebruikerservaringen van beeld en geluid in de dementiezorg te verbeteren en te onderzoeken op welke wijze en op welke momenten de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie vermindert. Dit zodat het hulpmiddel in de toekomst meer (belevings-)gericht kan worden ingezet.

Voor dit onderzoek, dat plaatsvindt binnen Ave Maria, zijn wij op zoek naar zorgvragers waarbij wij tijdens drie momenten van onrust de inzet van de Qwiek.up mogen observeren. Bij elk moment van onrust worden 3 observatielijsten ingevuld, elke meting duurt 5 minuten. De observaties zullen worden afgenomen met behulp van de DS-DAT 'Discomfort Scale Dementia of Alzheimer Type' (EMGO, 2008), dit is een meetinstrument dat zich richt op het meten van het welbevinden bij zorgvragers met dementie. Tijdens het observatiemoment zal de Qwiek.up ingezet worden door een gemotiveerde zorgverlener met ten minste 3 maanden werkervaring op afdeling Kleibrook. Wij zullen tijdens dit moment de invloeden op de zorgvrager observeren met het genoemde meetinstrument, dit terwijl de zorgverlener de Qwiek.up inzet.

Verspreid over 10 dagen zullen deze observaties plaatsvinden. Wanneer u past binnen het eerder beschreven profiel, bestaat de mogelijkheid dat u wordt uitgenodigd voor een interview na het observatiemoment. Wij willen namelijk graag de zorgverlener, die betrokken is geweest bij de observatie, over haar/zijn ervaringen tijdens het observatiemoment interviewen. Wij willen onder andere vragen stellen over de ervaren invloeden, de keuze voor betreffende module en de keuze van inzet van de Qwiek.up op bepaalde momenten. Het interview zal plaatsvinden binnen locatie Ave Maria direct na het eindigen van het observatiemoment en zal 5-10 minuten in beslag nemen. Enkele gespreksonderwerpen zijn vooraf opgesteld zoals: functie, ervaring met Qwiek.up, moment van inzet, belevingsgericht inzetten en ten slotte invloed Qwiek.up.

De antwoorden die gegeven worden tijdens de interviews zullen worden weergegeven in een samenvatting waarbij gebruik wordt gemaakt van quotes. Van het interview, waaraan u deelneemt, zal een geluidsoptname gemaakt worden. Deze zal enkel en alleen voor doeleinden van het onderzoek gebruikt worden. Alleen wij als onderzoekers hebben toegang tot de eerst verkregen gegevens, deze worden anoniem verwerkt volgens betreffende wet- en regelgeving. Het onderzoek zal vanaf 27 augustus 2018 starten.

Door zorgverleners te interviewen hopen wij waardevolle informatie te verkrijgen over ervaringen omtrent de inzet van de Qwiek.up. Indien u bereid bent mee te werken aan dit onderzoek en ten minste 3 maanden werkervaring heeft binnen afdeling Kleibrook, willen wij u middels bijgevoegde formulier om toestemming vragen om deel te nemen aan dit onderzoek. Dit houdt tevens in dat u, als zorgverlener, bereid bent om de Qwiek.up tijdens het observatiemoment in te zetten. U kunt het ingevulde toestemmingsformulier inleveren op het kantoor in het daarvoor bestemde mapje.

Bij dit onderzoek zijn verschillende partijen betrokken die inzage hebben in anoniem verwerkte gegevens. Het onderzoeksteam bestaat onder andere uit: Pieter Eijgenraam, PhD (*docent/onderzoeker, Zuyd Hogeschool*), Renée Verwey, PhD (*senior docent/onderzoeker, Zuyd Hogeschool*), Mendel Broekhuijsen, PhD (*innovatiemedewerker, Qwiek*).

Voor vragen en/of opmerkingen met betrekking tot dit onderzoek kunt u terecht bij Audrey Cobben en Jenny de Rooij, zij zijn vanuit Cicero verbonden aan dit project. Ten slotte kunt u per e-mail contact opnemen met de onderzoekers (Natasja Kitzen: 1611348kitzen@zuyd.nl en Stella Penders: 1631519penders@zuyd.nl)

Wij hopen op en danken bij voorbaat voor een positieve reactie.

Met vriendelijke groet,
Natasja Kitzen en Stella Penders

Toestemmingsformulier deelnemer interview

Qwiek.up afstudeerproject Zuyd Hogeschool

- 1) Ik heb de informatie voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- 2) Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- 3) Ik geef toestemming voor het maken van een geluidsopname van het interview. Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in de informatie(brief). Zelf heb ik het recht om de wijze waarop mijn gegevens zijn opgeslagen in te zien.
- 4) Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatie(brief) staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.
- 5) Ik geef toestemming om gegevens nog 15 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren voor nadere analyse in het kader van dit onderzoek (indien van toepassing).

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Aanvullende informatie is gegeven door (indien van toepassing):

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 6. Informatie en toestemmingsformulier vertegenwoordiger

Proefpersoneninformatie voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek Project Qwiek.up

Heerlen, 1 juni 2018

Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn Natasja Kitzen en Stella Penders, wij volgen aan Zuyd Hogeschool te Heerlen sinds 2016 de verkorte HBO Verpleegkunde opleiding. Momenteel bevinden wij ons in de afstudeerperiode, in het kader hiervan nemen wij deel aan een afstudeerproject dat zich richt op het verminderen van onrust bij zorgvragers met dementie door het inzetten van de Qwiek.up tijdens onrustige momenten.

U ontvangt deze brief omdat wij op zoek zijn naar zorgvragers waarbij wij tijdens drie momenten van onrust de inzet van de Qwiek.up mogen observeren. U krijgt deze brief namens de afdeling waar uw naaste* verblijft. Dit onderzoek zal plaatsvinden binnen Ave Maria (Cicero). Aan dit onderzoek zullen naar verwachting 6 zorgvragers/proefpersonen meedoen. Dit onderzoek is beoordeeld door de METC Zuyderland.

Aangezien uw naaste gediagnosticeerd is met dementie en volgens de CCMO (Centrale Commissie Mens Gebonden Onderzoek) wilsonbekwaam is, zouden wij u als vertegenwoordiger, gemachtigde of levensgezel willen vragen of wij dit onderzoek uit mogen voeren. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig (zie bijlage B). Het toestemmingsformulier kan worden ingeleverd op het kantoor van de betreffende afdeling. U bent uiteraard vrij om wel of geen toestemming te verlenen voor deelname aan dit onderzoek. Meedoen is vrijwillig.

Voordat u toestemming verleent voor dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door. U kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie. Voor vragen en/of opmerkingen met betrekking tot dit onderzoek kunt u terecht bij de zorgverleners op de afdeling waar uw naaste woont. Ook kunt u bij Audrey Cobben en Jenny de Rooij terecht, zij zijn vanuit Cicero verbonden aan dit project. Wij hopen op en danken bij voorbaat voor een positieve reactie.

Met vriendelijke groet,
Natasja Kitzen en Stella Penders

**onder uw naaste kan het volgende worden verstaan: familielid en/of diegene waarvoor u gemachtigd bent om keuzes voor te maken. Deze persoon zal in de tekst verder genoemd worden als uw naaste.*

1. Doel van het onderzoek

De Qwiek.up is een mobiele beeldenprojector waarbij de zorgvrager audiovisuele belevingen op de muur of op het plafond geprojecteerd ziet, dit is een voorbeeld van beeld- en geluidsinterventies. Om het apparaat beleavingsgericht in te kunnen zetten is er een variatie van beeld- en muziekmodules beschikbaar.

Momenteel wordt de Qwiek.up al enige tijd ingezet als interventie op de afdeling waar uw naaste woont. Het doel van het onderzoek is om de individuele gebruikerservaringen van beeld en geluid in de dementiezorg te optimaliseren en te onderzoeken op welke wijze en op welke momenten de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie vermindert. Dit zodat het hulpmiddel in de toekomst meer (belevings-)gericht kan worden ingezet.

2. Wat meedoen inhoudt

De zorgvrager wordt tijdens 3 momenten van onrust geobserveerd. Hiernaast willen wij de zorgverlener, die betrokken is geweest bij de observatie, hierover interviewen. Bij elk moment van onrust worden 3 observatielijsten ingevuld, elke meting duurt 5 minuten. De observaties zullen worden afgenomen met behulp van de DS-DAT 'Discomfort Scale Dementia of Alzheimer Type' (EMGO, 2008), dit is een observatielijst die zich richt op het meten van het welbevinden bij zorgvragers met dementie. Er zullen per zorgvrager 9 observatielijsten ingevuld worden. Buiten deze observatiegegevens wordt er voor het observeren een korte anonieme situatieschets gemaakt (omgeving, ziektebeeld en leeftijd). De zorgvrager zal in totaal 45 minuten geobserveerd worden.

Alleen wij als onderzoekers hebben toegang tot de gegevens en deze worden anoniem verwerkt volgens betreffende wet- en regelgeving. Het onderzoek zal vanaf 27 augustus 2018 starten en in december 2018 eindigen.

3. Wat wordt er van u verwacht

Zoals aangegeven wordt de Qwiek.up momenteel al enige tijd ingezet als interventie op de afdeling waar uw naaste woont, er is tijdens dit onderzoek dus geen sprake van een interventie die voor uw naaste nog niet gebruikelijk is. Het is belangrijk dat u contact opneemt met de contactpersonen van dit onderzoek als u niet meer wilt meedoen aan het onderzoek.

4. Mogelijke voor- en nadelen

Bij dit onderzoek zijn de risico's die de betreffende persoon loopt bij deelname nagenoeg nihil. Het is wel belangrijk dat u de mogelijke invloeden van het onderzoek goed afweegt voordat u besluit of uw naaste meedoet. Mogelijke voordelen van dit onderzoek zijn een

meer (belevings)gerichte inzet van de Qwiek.up, waardoor momenten van onrust afnemen. Nadelen zijn bij de onderzoekers niet bekend.

5. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of de betreffende persoon meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt dat de persoon meedoet.

Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom de deelname van uw naaste aan het onderzoek stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek. Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of de betreffende persoon blijft meedoen.

6. Einde van het onderzoek

Deelname aan het onderzoek stopt als:

- de bijdrage aan het onderzoek zoals hiervoor beschreven geleverd is
- u zelf kiest om te stoppen
- het einde van het hele onderzoek zoals hiervoor beschreven is bereikt
- de onderzoeker het beter vindt voor uw naaste om te stoppen
- de Raad van Bestuur, de overheid of de beoordelende medisch-ethische toetsingscommissie besluit om het onderzoek te stoppen.

7. Gebruik en bewaren van uw gegevens

Voor dit onderzoek worden persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het gaat om gegevens zoals naam, geboortedatum en om gegevens over de gezondheid van uw naaste. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van de gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld te kunnen beantwoorden en om de anoniem verwerkte resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van deze gegevens uw toestemming.

Vertrouwelijkheid van uw gegevens

Om de privacy van uw naaste te beschermen krijgen zijn/haar gegevens een code. Zijn/haar naam en andere gegevens die direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot uw naaste te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling en bij de onderzoekers. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot

uw naaste te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet de naam of ander gegevens waarmee uw naaste geïdentificeerd kan worden. Het onderzoeksteam dat de anoniem verwerkte gegevens ontvangt bestaat onder andere uit: het lectoraat autonomie en participatie (Zuyd Hogeschool), Renée Verwey (thesiskringbegeleider; Zuyd Hogeschool), Mendel Broekhuijsen (innovatiemedewerker; Qwiek).

Toegang tot uw gegevens voor controle

Sommige personen kunnen op de onderzoekslocatie toegang krijgen tot alle gegevens. Ook tot de gegevens zonder code. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd. Personen die ter controle inzage krijgen in de gegevens van uw naaste zijn een controleur die voor de opdrachtgever van het onderzoek werkt, nationale en internationale toezichthoudende autoriteiten, bijvoorbeeld, de Inspectie Gezondheidszorg. Zij houden de gegevens van uw naaste geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

Bewaartermijn gegevens

De gegevens van uw naaste moeten 15 jaar worden bewaard op de onderzoekslocatie en 15 jaar bij de opdrachtgever.

Bewaren en gebruiken van gegevens

De verkregen gegevens kunnen na afloop van dit onderzoek ook nog van belang zijn voor ander wetenschappelijk onderzoek rondom inzet van de Qwiek.up bij zorgvragers met dementie. Daarvoor zullen de gegevens 15 jaar worden bewaard. U kunt op het bijgevoegde toestemmingsformulier aangeven of u hier wel of niet mee instemt. Indien u hier niet mee instemt, kan uw naaste gewoon deelnemen aan het huidige onderzoek.

Intrekken toestemming

U kunt uw toestemming voor gebruik van de persoonsgegevens altijd weer intrekken. Dit geldt voor dit onderzoek en ook voor het bewaren en het gebruik voor het toekomstige onderzoek. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over de rechten bij verwerking van persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de

onderzoek locatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling, zie bijlage A voor de contactgegevens.

8. Geen vergoeding voor meedoen

De proefpersoon ontvangt geen vergoeding voor het meedoen aan het onderzoek.

9. Heeft u vragen of een klacht?

Bij vragen kunt u contact opnemen met de zorgverleners op de afdeling waar uw naaste woont. Ook kunt u bij Audrey Cobben en Jenny de Rooij terecht, zij zijn vanuit Cicero verbonden aan dit project.

10. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname van uw naaste aan het onderzoek. Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor uw aandacht.

Bijlagen bij deze informatie

- A. Contactgegevens
- B. Toestemmingsformulier

Bijlage A: contactgegevens voor Cicero

Betrokken verpleegkundige

Naam: Audrey Cobben

Functie: Hbo-verpleegkundige

Contactgegevens: 043 364 10 10

Betrokken zorgmanager

Naam: Jenny de Rooij

Functie: Zorgmanager

Contactgegevens: 043 364 10 10

Klachten

Indien u klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit bespreken met de beschreven personen hierboven.

Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over het gebruik of de verwerking van de gegevens, of over uw rechten, kunt u contact opnemen met: Audrey Cobben of Jenny de Rooij.

Bijlage B: toestemmingsformulier vertegenwoordiger

Project Qwiek.up

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot alle gegevens van de persoon kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen.
Ik geef ☐ **wel**
☐ **geen** toestemming om de persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek op het gebied van inzet van de Qwiek.up bij dementie.
- Ik ga ermee akkoord dat deze persoon meedoet aan het onderzoek

Naam wettelijk vertegenwoordiger:

Relatie tot proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze persoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Aanvullende informatie is gegeven door (indien van toepassing):

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

De proefpersoon krijgt een volledige informatiebrief mee, samen met een kopie van het getekende toestemmingsformulier.

Bijlage 7. Logboek leernetwerken en onderzoeksactiviteiten

Logboek leernetwerken

Datum	Leernetwerk	Aanwezigen	Acties en besluiten
23-02	1	Pieter Eijgenraam, Renée Verwey, Natasja Kitzen en Stella Penders	- KIEM aanvraag besproken - Onderzoek zal plaats gaan vinden binnen Cicero - Praktijkstage zal blijven plaatsvinden binnen Envida en Sevagram - Opzet besproken voor het organiseren van de leernetwerken
22-03	2	Jenny de Rooij, Petra Rocchi, Jos Kern, Mendel Broekhuijsen, Pieter Eijgenraam, Renée Verwey, Natasja Kitzen en Stella Penders	- Idee is om tijdens de observaties de Qwiek.up belevingsgericht en individueel in te zetten bij 6 bewoners op onrustige momenten. Doelstelling hiervan zal het reduceren van onrust zijn. Er zal dan een voor-, tijdens- en nameting plaatsvinden. Hoofdvraag: 'Op welke wijze en op welke momenten kunnen beeld- en geluidservaringen met de Qwiek.up onrust bij zorgvragers met dementie verminderen?'. - Volgende leernetwerk opzet van de methoden verder bespreken (observaties/interviews). Gebruik meetinstrument(en) zal worden besproken. - Uitvoering van het project vindt alleen binnen Ave Maria plaats. Petra Rocchi zal niet meer aanwezig zijn bij de volgende bijeenkomsten, maar zal op de hoogte worden gehouden door middel van mailverkeer.
06-04	3	Jenny de Rooij, Mendel Broekhuijsen, Renee Verwey,	Concept methodiek werd besproken tijdens de bijeenkomst: - De observaties die verricht zullen worden hebben een niet participerende vorm.

		Natasja Kitzen en Stella Penders	- De DS-DAT zal gebruikt worden tijdens de observatiemomenten. - Gekozen voor in totaal 54 observaties. - De 6 interviews zullen plaatsvinden met zorgverleners. - Renee Verwey zal Natasja en Stella ondersteunen bij het opstellen van een verslag voor de METC.
24-09	4	Jenny de Rooij, Audrey Cobben, Mendel Broekhuijsen, Renee Verwey, Natasja Kitzen en Stella Penders	- Pieter is niet meer betrokken bij het project - METC melding is goedgekeurd - PIF is aangepast adhv nieuwe richtlijnen - Zorgverleners blijven wijzen op aandachtspunten (bijv. beleavingsgericht inzetten) - Samenvatting van interview zal plaatsvinden per topic - Uitkomsten per module zullen worden gebruikt als aanbevelingen - Rapporteren van observatie-situaties (zorgvragers) > minder specifiek maken (zodat dit niet te herleiden is naar zorgvragers) + enkel gegevens die van toepassing zijn op onrust > voorstel van Renee is om 1 situatieschets toe te voegen als bijlage. Er zal gekeken worden naar belangrijke punten voor in de hoofdtekst - Er zal gebruik worden gemaakt van een afname waarna toename volgt grafiek (voortijdens meting) - De gegevens zullen door Sandra en Monique worden opgeslagen. - Audrey wilt graag de ruwe data ontvangen. - Toestemmingsformulieren zullen worden bewaard. - Thesis zal in zijn geheel gestuurd worden naar Mendel.

Logboek onderzoeksactiviteiten

Datum	Activiteit	Rapportage
12-07	Testobservatie	- Aanwezig op de afdeling om een testobservatie uit te voeren. - Testzorgvrager zat onrustig aan tafel in de woonkamer bij medebewoners. Had tranen in haar ogen, bewoog op en neer in de stoel en was aan het roepen. Bij het aanzetten van de Qwiek.up had testzorgvrager ons als onderzoekers al gezien. Ze keek de onderzoekers aan tijdens de module en vroeg hen om hulp. - In het begin was het nog onduidelijk bij het personeel of testzorgvrager z.n. medicatie had gekregen. Observaties kunnen niet plaatsvinden indien er zo nodige medicatie is gegeven om onrust te verminderen. - De testzorgvrager werd onrustiger bij het zien van de beelden. De zorgverlener gaf ook aan dat ze niet zeker wist of deze module wel geschikt was voor testzorgvrager. - Observatie werd door 2 onderzoekers uitgevoerd aan de hand van de DS-DAT, de uitkomsten werden naderhand vergeleken en deze kwamen overeen. Aandachtspunten die gesteld kunnen worden: - Uit het zicht van zorgvrager blijven. - Letten op z.n. medicatie (dat deze niet gegeven wordt). - Erop letten dat de Qwiek.up belevingsgericht wordt ingezet, door van tevoren aan te geven dat de Qwiek.up belevingsgericht ingezet dient te worden. Verder kiest zorgverlener de module en hebben de onderzoekers hier geen invloed op.
30-08	1 ^e dag (1)	- Bij aankomst op de afdeling om 10:00, was het personeel druk bezig met verzorgingsactiviteiten en niet beschikbaar om ons te introduceren. - We hebben de reeds ingevulde toestemmingsformulieren ontvangen; 9 akkoord, 2 niet. De formulieren zijn onder alle vertegenwoordigers van de zorgvragers uitgedeeld. Samen met de zorgmanager werd

		gekeken naar welke zorgvragers aan de inclusiecriteria voldoen. - Tijdens teamoverleg was er ruimte onszelf voor te stellen en toe te lichten wat het onderzoek inhield. - Tijdens deze dag hebben we 2 observaties uit kunnen voeren bij 2 verschillende zorgvragers A en B (beiden eerste observatie).
31-08	2 ^e dag (2)	- Bij aankomst op de afdeling om 10:00, direct gestart met een observatie. Zorgverleners hadden veel tijd om ons te ondersteunen bij de onderzoeksactiviteiten. - 2 observaties uitgevoerd bij zorgvragers B (2^{de} observatie) en D (1^{ste} observatie). - Aantal toestemmingsformulieren zorgverleners; 3. - 2 interviews afgenomen bij 2 zorgverleners die de Qwiek.up deze dag bij zorgvragers B&D hebben ingezet. - Van zorgvrager C telefonisch akkoord voor onderzoek door eerste contactpersoon, ingevulde toestemmingsformulier volgt nog. - Toestemmingsformulieren nu ; 10 akkoord, 2 niet.
03-09	3 ^e dag (2)	- In de avond rond 18:30 een observatie uitgevoerd bij zorgvrager B (3^{de} observatie) (nu in totaal 9 metingen van de 9)
07-09	4 ^e dag (3)	- Aankomst op de afdeling om 10:30. Gestart met het plannen van het volgende leernetwerk. Vergaderverzoek is verstuurd. - Observatie bij zorgvrager C (1^{ste} observatie). -Contact opgenomen met het instituut EMGO dat het meetinstrument (de DS-DAT) heeft ontwikkeld om duidelijkheid te krijgen over de scoring (of de twee positieve items omgekeerd gescoord moeten worden). Het antwoord kwam uiteindelijk van Jenny van der Steen (ontwikkelaar van de DS-DAT): 'Inderdaad moet je eerst de score op de 2 positieve items omkeren, en daarna alles optellen, voor een schaal van 0 tot 27 waarbij 27 extreem discomfort aangeeft (heeft niemand of bijna niemand want je uit discomfort meestal niet tegelijk op niet op alle mogelijke manieren).' - Interview 1&2 getranscribeerd.

13-09	5 ^e dag (4)	- Aankomst op afdeling 10:30. - Het is vanochtend rustig op de afdeling. - Observaties uitgevoerd bij zorgvrager C (tot nu toe 2^{de} observatie), E (eerste observatie en A (2^{de} observatie). - Interview afgenomen bij zorgverlener 3 .
14-09	6 ^e dag (5)	- Aankomst op afdeling om 10:00. - Het is vanochtend rustig op de afdeling, geen onrust bij bewoners merkbaar. - Leernetwerk is gepland voor 24-09, agenda is opgesteld. - Observaties uitgevoerd bij zorgvrager A (3^e meting) en C (3^e meting). - Interview afgenomen bij zorgverlener 4, deze heeft de Qwiek.up ingezet bij zorgvrager C. - Interview 3&4 getranscribeerd.
21-09	7e dag (6)	- Observaties bij zorgvrager D (3^e observatie) en E (2^e observatie). - Het was moeilijk om een medewerker te vinden die bereid was om de Qwiek.up aan te zetten. Hiernaast hadden we aan 1 stagiaire gevraagd om de Qwiek.up aan te zetten, echter gaf hij aan nog nooit met de Qwiek.up gewerkt te hebben. - Na de tot nu toe uitgevoerde observaties is ons opgevallen dat modules met dieren en kinderen de discomfort met name lijken te verminderen. Navraag gedaan bij innovatiemedewerker van Qwiek of de mogelijkheid bestaat om andere modules met dieren of kinderen beschikbaar te stellen om te testen. - Genoteerd welke modules allemaal aanwezig zijn per thema op de afdeling: Thema snoezelen: caleidoscoop, bubbels en geometrie. Feestdagen: Pasen Thema natuur: Sterrenhemel, aquarium, herfst en winter, boswandeling, eenden en zwanen, lente en zomer, dierentuin en boerderijleven. Thema André Rieu: Wenen Thema Fit & Vitaal: Bewegen met Olga

		- Topiclijst werd aangepast aan de hand van feedback binnen de thesiskring.
27-09	8 ^e dag	- In de ochtend was er minimale onrust zichtbaar bij de zorgvragers op de afdeling. - 1 observatie bij zorgvrager F in de ochtend (1^{ste} observatie). - In de avond was er bij meerdere zorgvragers tegelijk sprake van onrust. - 1 observatie in de avond bij zorgvrager F (2^{de} observatie). - Interview afgenomen bij zorgverlener 5, deze heeft de Qwiek.up ingezet bij zorgvrager B. - Grafieken per situatie toegevoegd aan logboek. - Samenvattingsgrafiek voor zorgvrager A t/m D gemaakt. - Overleg gehad met teammanager over welke andere zorgverleners aan de inclusiefactoren voor het interview voldoen.
28-09	9 ^e dag	- In de middag is het rustig op de afdeling. - 2 nieuwe modules (dierentuin en boerderijleven) geprobeerd in groepsverband. - Interview afgenomen bij zorgverlener 6, deze heeft de Qwiek.up ingezet bij zorgvrager F. - Tot nu toe 7 toestemmingsformulieren ontvangen van de zorgverleners voor het interview.
04-10	10 ^e dag	- In de avond de laatste observatie bij zorgvrager E (3^{de} observatie).
05-10	11 ^e dag	- Toestemmingsformulier van zorgvrager C is tot op heden nog niet aangeleverd. Zorgmanager zal dit op zich nemen. - Samenvattingsgrafiek voor zorgvrager E en F gemaakt. - Situatieschetsen van zorgvrager E en F afgerond. - Afname/toename grafiek gemaakt voor zowel alle zorgvragers samen als per zorgvrager apart.

Analyse		
11-10	1 ^e dag	- Analyse van data vandaag gestart. - Afgelopen maandag tijdens de thesiskringbijeenkomst het concept van de samenvattingsgrafiek besproken. - Monique en Sandra gemaild over het plannen van een afspraak. - Tineke Schoot gemaild over informatie m.b.t. het analyseren van interviews. - Excel overzicht gemaakt; bewustzijn, tijd, beperking per zorgvrager bij elk onrustmoment. - Individueel bekeken welke opvallende zaken zichtbaar zijn in de situatieschetsen bij de observaties.
12-10	2 ^e dag	- Jenny gevraagd naar informatie mbt het toestemmingsformulier van zorgvrager C. - Demografische kenmerken tabellen gemaakt van de 6 gekozen en geobserveerde zorgvragers en de 6 geïnterviewde zorgverleners. - Bijzonderheden situatieschetsen bij de observaties uitgetypt en geanalyseerd.
26-10	3 ^e dag	Zorgverlener 3 gemaild over een vraag m.b.t. het interview. Dit betrof haar werkervaring. - Eerste opzet gemaakt voor resultatensectie in de hoofdtekst - 2 interviews (zorgverlener 1 en 5) gecodeerd
5-11		- Afspraak met Sandra Bedaf waarin bijzonderheden vanuit ons onderzoek werden gedeeld. Monique Lexis en Sandra Bedaf gaan het vervolgonderzoek m.b.t. de Qwiek.up uitvoeren. - Interviews verder gecodeerd en geanalyseerd.
8-11	4 ^e dag	- Samenvatting van alle interviews gemaakt - Vierde leernetwerkbijeenkomst gepland.
9-11	5 ^e dag	- De resultaten uit de interviews en observaties met elkaar vergeleken en vervolgens de overeenkomende zaken samengevat. - Hoofdtekst m.b.t. resultaten interviews vormgegeven - Beoordeeld welke stukken in de bijlagen horen.
12-11	6 ^e dag	- Codeboom opgesteld n.a.v. analyse interviews

		- Tabel belemmerende en bevorderende factoren opgesteld a.d.h.v. het DINAMO-model. - Opzet advies gemaakt
16-11	7 ^e dag	- Opzet discussie en conclusie gemaakt
19-11	8 ^e dag	- Advies concept afgerond
22-11	9 ^e dag	- Discussie en conclusie feedback aangepast en afgerond
23-11	10 ^e dag	- Advies afgerond - Samenvatting en abstract opgesteld - Laatste leernetwerk gepland - Bijlages ingevoegd - Stuk in geheel gecontroleerd
26-11	11 ^e dag	- Thesis in geheel opgestuurd naar praktijkbegeleider ter beoordeling - Formulieren opdrachtgever opgestuurd naar Renée Verwey
6-12	12 ^e dag	- Feedback verwerkt van praktijkbegeleider

Bijlage 8. Overzicht kenmerken zorgvragers observaties

Zorgvrager	Leeftijd	Geslacht	Mobiliteit	Ziektebeeld(en)
Zorgvrager A	85 jaar	Mannelijk	Rollator (Rolstoel alleen voor lange afstanden)	- Frontaal dementie, - PTSS
Zorgvrager B	89 jaar	Vrouwelijk	Rolstoel	- Focale epilepsie - 2011 alzheimer dementie - 2012 Multifocale epilepsie - Vanaf 2011 meerder TIA's
Zorgvrager C	85 jaar	Vrouwelijk	Zonder hulpmiddel	-2012 Alzheimer dementie - Mild cognitief impairment - Bekend met zwerv- en dwaalgedrag
Zorgvrager D	96 jaar	Vrouwelijk	Rolstoel	-Seniele dementie
Zorgvrager E	93 jaar	Vrouwelijk	Rolstoel	-1964 Nervositas - 2013 Seniele dementie/Alzheimer gemengde type - 2014 TIA
Zorgvrager F	86 jaar	Vrouwelijk	Zonder hulpmiddel	-2012 Alzheimer dementie - 2016 apathie

Overzicht kenmerken van deelnemende zorgvragers (bij de observaties)

Bijlage 9. Scoreoverzicht observaties

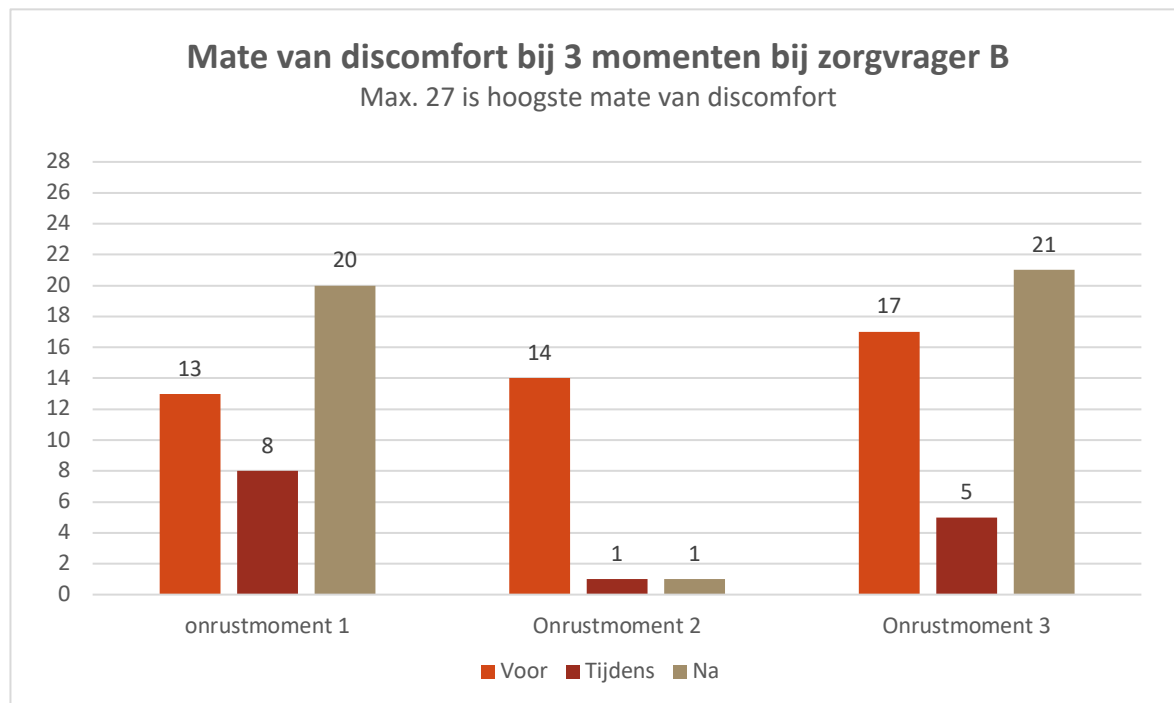
In onderstaande tabel wordt de mate van discomfort a.d.h.v. de DS-DAT per zorgvrager, per observatiemoment en per meting weergegeven.

	Moment	Module	Voor	Tijdens	Na
Zorgvrager A					
	1	Eenden en zwanen	17	17	17
	2	Boswandeling	13	4	3
	3	Boswandeling	11	10	12
Zorgvrager B					
	1	Wenen	13	8	20
	2	Eenden en zwanen	14	1	1
	3	Lente en zomer	17	5	21
Zorgvrager C					
	1	Pasen	18	1	1
	2	Eenden en zwanen	16	4	16
	3	Wenen	18	16	20
Zorgvrager D					
	1	Lente en zomer	14	2	5
	2	Pasen	16	3	0
	3	Lente en zomer	20	7	12
Zorgvrager E					
	1	Pasen	16	6	8
	2	Pasen	18	18	18
	3	Pasen	16	14	16
Zorgvrager F					
	1	Boswandeling	17	18	17
	2	Pasen	18	22	19
	3	Dierentuin	13	8	18

Bijlage 10. Situatieschets zorgvrager B*

Leeftijd	89 jaar
Geslacht	Vrouwelijk
Mobiliteit	Rolstoelafhankelijk
Ziektebeelden	- Focale epilepsie met sec. generalisatie geluid als posttraumatisch - 2011: Alzheimer dementie - 2011, 2012, 2014: TIA/CVA

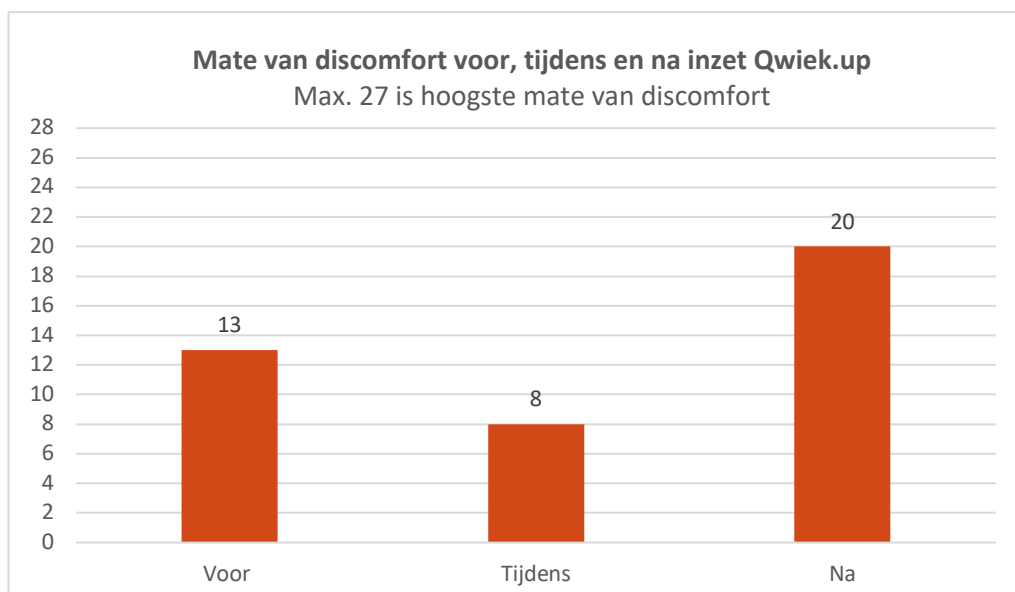
*Voor meer informatie kunt u terecht bij de onderzoekers



Observatiemoment 1

Module: Wenen (Andre Rieu)

B.1.1 Tijd: 13:30	Positie: Zittend Bewustzijn: Wakker Beperking: - Score: 13 Mevrouw zat aan de tafel in haar rolstoel in de woonkamer bij medebewoners. Bewoog op en neer en uitte in woorden verdriet, had tranen in haar ogen.
B.1.2 Tijd: 13:45	Positie: Zittend Bewustzijn: Wakker Beperking: - Score: 8 Mevr. zat in de rolstoel op eigen kamer, keek geïnteresseerd om zich heen. Wordt afgeleid door geluiden op de gang, de deur van de kamer stond open. Mevrouw werd gedurende deze module, na tweede meting onrustig; was in de loop van de module aan het roepen/schreeuwen en gaf aan bang te zijn.
B.1.3 Tijd: 14:00	Positie: Zittend Bewustzijn: Wakker Beperking: - Score: 20 Mevrouw zat in de rolstoel op eigen kamer, was aan het roepen/schreeuwen. Bewoog onrustig op en neer in de rolstoel, mevrouw had tranen in haar ogen.

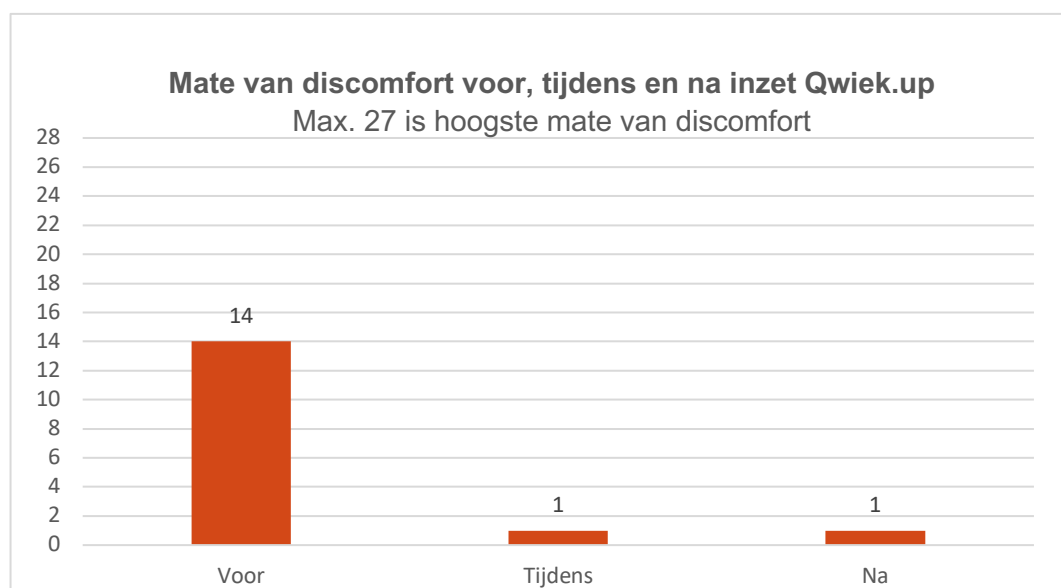


Grafiek B.1. Observatie onrustmoment 1 bij zorgvrager B

Observatiemoment 2

Module: Eenden en zwanen

B.2.1 Tijd: 11:20	Positie: Zittend Bewustzijn: Wakker Beperking: - Score: 14 Mevrouw zat in de rolstoel aan tafel bij medebewoners en bewoog in de stoel op en neer, mevrouw had tranen in haar ogen. Bewoog met haar handen en had een gespannen gelaat.
B.2.2 Tijd: 11:35	Positie: Zittend Bewustzijn: Wakker, maar slaperig Beperking: - Score: 1 Mevrouw zat in de rolstoel op haar eigen kamer, met de kamerdeur dicht, luisterde vooral naar de muziek. Mevrouw keek met momenten naar de beelden, leek vooral naar de muziek te luisteren. Haar ogen vielen af en toe dicht.
B.2.3 Tijd: 11:45	Positie: Zittend Bewustzijn: In een lichte slaap Beperking: - Score: 1 Mevrouw zat in de rolstoel op haar eigen kamer, mevrouw was in slaap gevallen in de loop van de module. Sliep na het uitzetten van de Qwiek.up nog steeds.

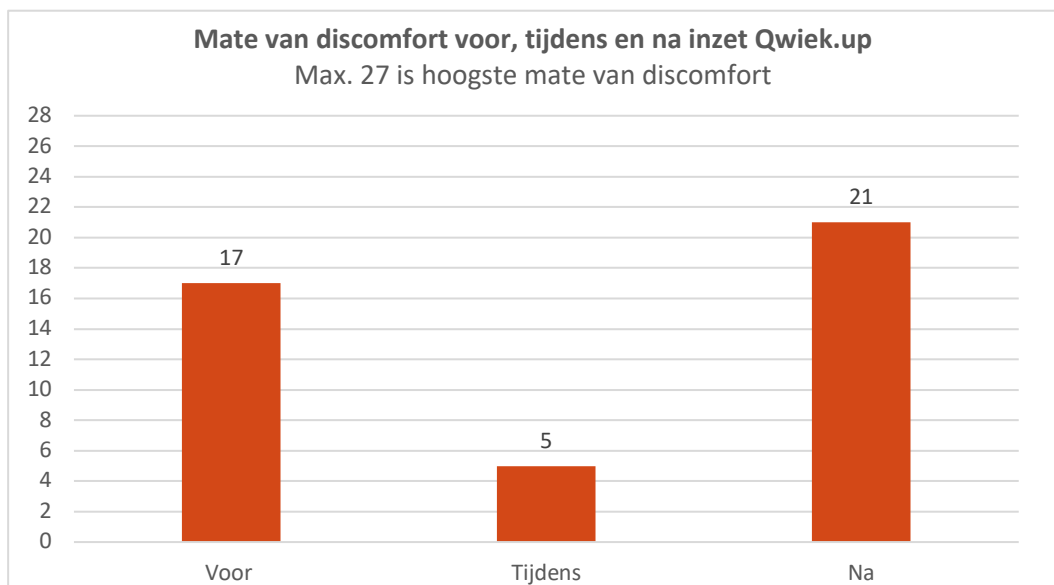


Grafiek B.2. Observatie onrustmoment 2 bij zorgvrager B

Observatiemoment 3

Module: Lente en zomer

B.3.1 Tijd: 18:20	Positie: Liggend Bewustzijn: Wakker Beperking: Valsensor Score: 17 Mw. lag voorovergebogen in bed, had een gespannen lichaamshouding. Oogde onrustig; bewoog op en neer en had tranen in haar ogen. Mevrouw mompelde op monotone wijze, uitte angst en vroeg continu om hulp.
B.3.2 Tijd: 18:35	Positie: Liggend Bewustzijn: Wakker Beperking: Valsensor Score: 5 Mw. was stil en luisterde naar muziek. De deur stond op een kier. Mevrouw had geen tranen meer in haar ogen, keek niet gericht naar de beelden.
B.3.3 Tijd: 18:50	Positie: Liggend Bewustzijn: Wakker Beperking: Valsensor Score: 21 Na het uitzetten van de Qwiek.up, tijdens de laatste meting, lag mevrouw met tranen in haar ogen in bed; wiebelend, roepend naar haar vader en aan het schreeuwen om hulp.



Grafiek B.3. Observatie onrustmoment 3 bij zorgvrager B

Bijlage 11. Bijzonderheden bij situatieschetsen

In dit document wordt een overzicht weergegeven van alle geobserveerde bijzonderheden bij de beschreven situatieschetsen (bij observatiemomenten). De frequentie van het voorkomen hiervan wordt ook weergegeven. In de rechterkolom wordt een conclusie beschreven aan de hand van zowel de situatieschetsen als het af- en toename overzicht (de mate van discomfort) van alle observaties.

Voormeting

Er zijn geen bijzonderheden bij de voormetingen van de zorgvragers met onrust gerapporteerd daar onrust zich bij elke zorgvrager op een andere wijze uit. Deze onrust is gemeten met behulp van de DS-DAT.

Tijdensmeting

Labels	Frequentie (N=18)	Bijzonderheden	Conclusie
Aandacht zorgverlener	XXXX X XXX	- Zorgverlener was in het begin van Qwiek.up inzet aanwezig en keek mee (A.1.2, C.1.2, C.2.2, C.3.2) - Zorgverlener is aanwezig en probeert zorgvrager terug te brengen naar projectie (E.2.2) - Zorgverlener was in het begin Qwiek.up aanwezig. Zorgvrager praat tegen zorgverlener (F.1.2, F.2.2, F.3.2)	Invloed van 'aandacht' van zorgverlener op mate van discomfort tijdens inzet Qwiek.up. Gedurende de momenten (N= 8) waarbij de zorgverlener in het begin aanwezig was bij de zorgvrager tijdens de inzet van de Qwiek.up, had dit in 50% (N= 4) van de momenten een positieve invloed op de mate van discomfort (afname). In 25% (N= 2) van de momenten bleef de mate van discomfort gelijk en in 25% (N= 2) van de momenten gaf dit een negatieve invloed en steeg de mate van discomfort.
Beïnvloeding invloed	X X	- Zorgvrager kreeg een lolly terwijl de Qwiek.up aanstond en werd ondersteund bij toiletgang (A.1.2) - Deur van de kamer stond open, zorgvrager werd afgeleid door geluiden op de gang (B.1.2)	Bij 5,6 % (N= 1) momenten werd er naast de Qwiek.up ook een andere interventie ingezet om de onrust te verminderen, echter lijkt dit geen invloed te hebben gehad op de mate van discomfort, deze bleef gelijk. Bij 5,6 % (N= 1) momenten werd de zorgvrager tijdens de inzet van de Qwiek.up afgeleid door geluiden op de gang. Tijdens de nameting was er een toename in de mate van discomfort zichtbaar.

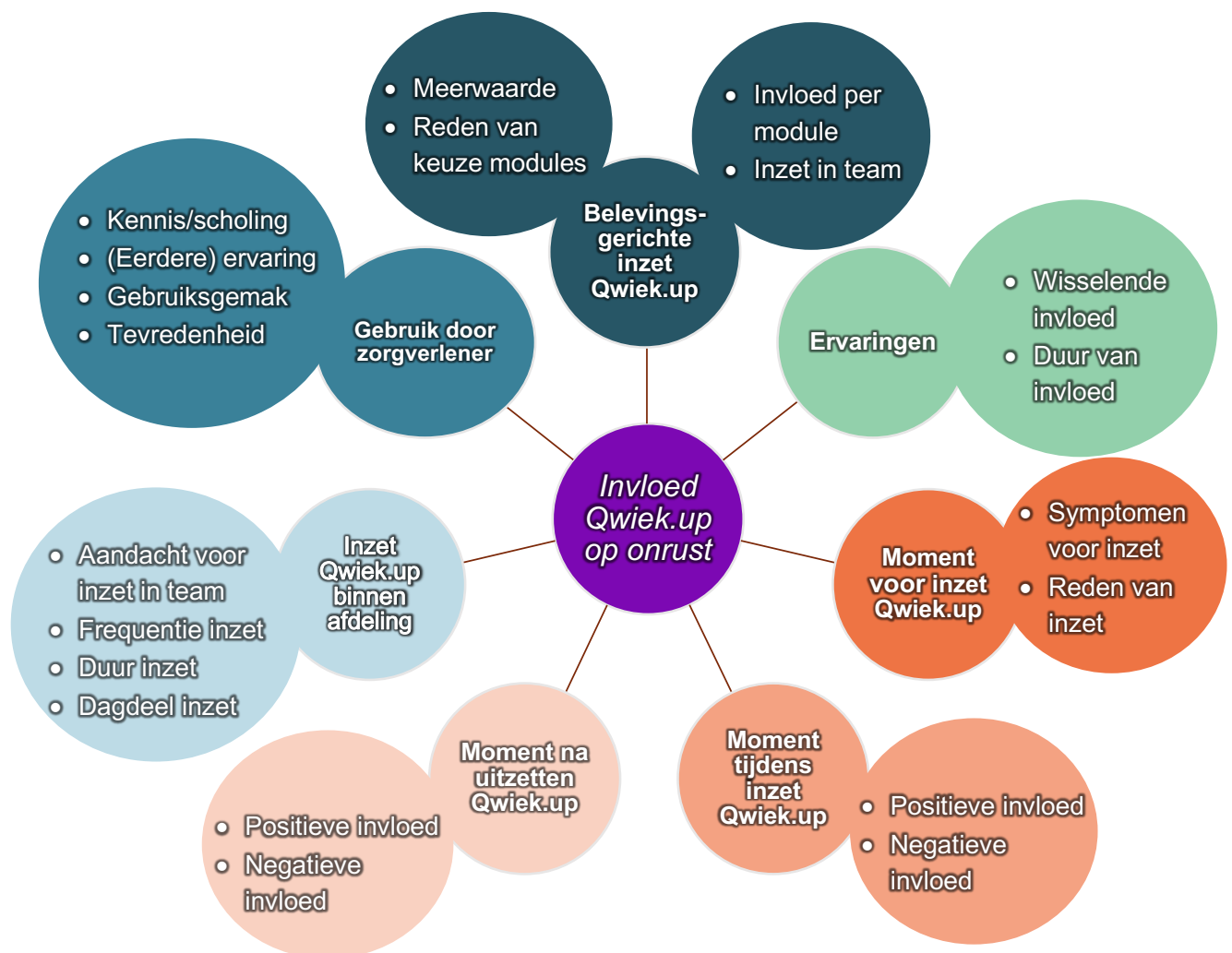
Meting elders	XX	- Zorgvrager reed weg van kamer halverwege de meting (A.1.2, F.1.2)	Bij 11,1% (N= 2) van de momenten reed de zorgvrager weg van de kamer halverwege de meting.
Niet continu kijken naar beelden	X XXX X X XX X XX X	- Zorgvrager kijkt in het begin naar beelden, kijkt om zich heen in de kamer (A.2.2) - Zorgvrager keek met momenten naar beelden (B.2.2, D.2.2, F.1.2) - Zorgvrager keek niet gericht naar de beelden (B.3.2) - Zorgvrager liep tijdens projectie Qwiek.up van kamer af (A.3.2) - Zorgvrager liep/rijdt door de kamer en kijkt nauwelijks tot niet naar de beelden (C.2.2, E.2.2) - Zorgvrager staat op, pakt een tafellamp en trekt aan de gordijnen (C.3.2) - Zorgvrager kijkt nauwelijks naar de beelden en rijdt/loopt rond (E.3.2, F.2.2) - Zorgvrager zegt: ik ben moe gekeken, staat op en loopt rond over kamer (F.3.2)	Bij 66,7 % (N= 12) van de momenten tijdens de inzet van de Qwiek.up keken de zorgvragers niet continu naar de beelden. Hiervan keken de zorgvragers in 27,8 % (N= 5) van de momenten om zich heen of niet gericht naar de beelden, maar bleven wel op dezelfde plek zitten. Bij 38,9 % (N= 7) van de momenten liepen of reden de zorgvragers door hun kamer of hun kamer af.
Benoemen van beelden	X XXX XX	- Zorgvrager benoemt wat hij ziet (A.3.2) - Zorgvrager praat over/tegen de beelden (C.1.2, E.3.2, F.1.2) - Zorgvrager benoemt dat de beelden mooi zijn/ benoemt	Bij 44,4 % (N= 8) van de tijdensmetingen sprak de zorgvrager over of tegen de zichtbare beelden. Bij 5,6 % (N= 1) hiervan sprak de zorgvrager op een

	X	wat zorgvrager ziet (D.3.2, F.3.2) - Zorgvrager is over de beelden aan het zingen/aan het vertellen. (E.1.2)	negatieve wijze over de beelden.
	X	- Zorgvrager praat op negatieve manier over beelden (F.2.2)	
Meebewegen op beelden/muziek	XX	- Zorgvrager beweegt haar hoofd lichtjes mee op de muziek (C.2.2, C.3.2)	Bij 33,3 % (N= 6) van de metingen bewogen de zorgvragers een of meerdere lichaamsdelen mee op de maat van de muziek tijdens de inzet van de Qwiek.up. Bij 5,6 % (N=1) van deze metingen leest de zorgvragers de titel van de module exact op.
	X	- Zorgvrager knikt naar de beelden (D.2.2)	
	X	- Zorgvrager beweegt op de muziek mee met haar handen (E.1.2)	
	X	- Zorgvrager beweegt met benen op maat van de muziek (F.3.2)	
	X	- Zorgvrager reikt naar de beelden en leest de titel hardop (D.3.2)	
Slaap	X	- Ogen van zorgvrager vallen langzaam dicht (A.2.2)	Bij 27,8 % (N= 5) metingen zijn de zorgvragers in een slaperige toestand. Namelijk bij 11,1 % (N= 2) van de metingen vielen de ogen van de zorgvragers met momenten dicht (licht in slaap vallend) en bij 16,7 % (N= 3) van de metingen vielen de zorgvragers daadwerkelijk in (lichte) slaap.
	X	- Zorgvrager valt bijna in slaap (C.2.2)	
	XXX	- Ogen van zorgvrager vallen af en toe dicht, viel uiteindelijk in slaap (B.2.2, C.1.2, D.2.2)	

Nameting

Labels	Frequentie (N=18)	Bijzonderheden	Conclusie
Aandacht zorgverlener			
Beïnvloeding invloed			
Meting elders	XXXXXXXXX X	- Meting vond elders plaats, zorgvrager gaat de gang op (A.1.3, C.2.3, C.3.3, E.2.3, E.3.3, F.1.3, F.2.3, F.3.3) - Zorgvrager liep naar de badkamer (C.1.3)	In 50% (N=9) van de observatiemomenten vond de nameting elders plaats, hierbij waren de zorgvragers niet aanwezig in de buurt van de Qwiek.up.
Niet continu kijken naar beelden			
Benoemen van beelden			
Meebewegen op beelden/muziek			
Slaap	X XX	- Ogen van zorgvrager vallen langzaam dicht (A.2.3) - Zorgvrager sliep na het uitzetten van de Qwiek.up nog steeds (B.2.3, D.2.3)	Bij 5,6% (N=1) van de nametingen vielen de ogen van de zorgvrager langzaam dicht. Bij 11,1% (N=2) van de nametingen sliepen de zorgvragers (N=2) na het uitzetten van de Qwiek.up nog steeds.
Direct weg willen gaan	XX	- Zorgvrager wilde direct na het uitzetten van de Qwiek.up weggaan, probeerde de rolstoel vooruit te duwen (D.3.3, E.1.3)	Bij 11,1% (N= 2) van de nametingen wilden de zorgvragers direct na het uitzetten van de Qwiek.up weggaan; probeerden de rolstoel vooruit te duwen.

Bijlage 12. Codeboom interviews



Bijlage 13. Beïnvloedende factoren tabel DINAMO-model

Aspect	Bevorderende factoren*	Belemmerende factoren
Willen		
	Emoties (13) Alle (n=6) geïnterviewde zorgverleners zijn tevreden over de werking van de Qwiek.up, omdat dit voor de zorgvragers onder andere ontspanning, rust en afleiding biedt.	Emoties (13) Een zorgverlener geeft aan weinig tijd te ervaren om de Qwiek.up op de juiste wijze in te kunnen zetten.
	Betrokkenheid (12) Vijf zorgverleners (83,3%) geven aan te vinden dat iedereen binnen het team openstaat voor nieuwe voorstellen en vinden dat er voldoende overleg plaatsvindt over de inzet van de Qwiek.up en de modulekeuze.	
	Meerwaarde (11) - De inzet van de Qwiek.up wordt ervaren als een meerwaarde omdat dit voor de zorgvragers onder andere ontspanning, rust en afleiding biedt. - Hiernaast vermindert de inzet van de Qwiek.up de ervaren werkdruk.	
	Gevolgen (7) - Alle (n=6) geïnterviewde zorgverleners geven aan dat de Qwiek.up makkelijk in gebruik is en dat de inzet van de Qwiek.up de ervaren werkdruk vermindert. - Vijf (83,3%) zorgverleners geven aan dat de Qwiek.up ervoor zorgt dat zij andere werkzaamheden kunnen oppakken door de inzet van de Qwiek.up bij zorgvragers.	Gevolgen (7) Wanneer de inzet van de Qwiek.up geen positieve invloed heeft op onrust bij de zorgvragers, is er geen sprake van een verminderde werkdruk.
Moeten	-	-
Kunnen		
	Verandervermogen (8) Door de zorgverleners wordt de teammanager als positieve leider ervaren rondom veranderingen in inzet van de Qwiek.up.	
	Kennis en ervaring (7) - Alle (n=6) geïnterviewde zorgverleners vinden dat zij voldoende kennis bezitten om de Qwiek.up in te zetten. - Alle zorgverleners hebben een of meer jaren ervaring met de inzet van de Qwiek.up.	Kennis en ervaring (7) Twee zorgverleners (33,3%) geven aan meer kennis te wensen over de Qwiek.up in het algemeen en over de beschikbare modules.
		Informatievoorziening (2) Twee zorgverleners (33,3%) geven aan nooit een demonstratie hierover te hebben gehad.

*Score max 13; hoe hoger de score hoe groter de invloed op veranderbereidheid (Changemanager, z.j.).