



‘Bevorderende en belemmerende factoren in de multidisciplinaire samenwerking bij het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen’

Afstudeeronderzoek 2017-2018

Naam:	Anne Loor
Opleiding:	Ergotherapie
Student nummer:	0894436
Datum:	10-08-2018
Aantal woorden:	6749
Organisatie:	WZH
Docent:	Netta van 't Leven/Stefanie van Opstal
Opdrachtgevers:	Manja Trouw en Mari Groenendaal
Contactgegevens:	mtrouw@wzh.nl en mgroenendaal@wzh.nl

# Samenvatting

**INLEIDING** In Nederland wonen naar schatting 70.000 mensen met dementie in een verpleeghuis of andere zorginstelling. Het verhuizen naar een zorginstelling brengt veel veranderingen met zich mee. Hierdoor kan het zo zijn dat iemand met dementie activiteiten die hij thuis wel deed, nu in het woonzorgcentrum niet meer (zelfstandig) doet. Het mogelijk maken van handelen is het kerndomein van de ergotherapie. Door het inzetten van deze expertise, kunnen betekenisvolle activiteiten goed geïnventariseerd en behouden worden, wat bijdraagt aan kwaliteit van leven. Ergotherapeuten ervaren dat hun expertise vaak niet ingeschakeld wordt in dit proces en dat betekenisvolle activiteiten in het multidisciplinaire team onvoldoende worden besproken. In dit onderzoek ligt de focus op het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten, de multidisciplinaire samenwerking en welke rol ergotherapie kan spelen. Zodat de inzet van ergotherapie zo effectief mogelijk gemaakt wordt.

**VRAAGSTELLING** Deze luidt als volgt: “Wat verstaan de betrokken professionals onder betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in de multidisciplinaire samenwerking bij het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten in deze transitie?”

**METHODE** Voor het literatuuronderzoek zijn zoekvragen en zoektermen opgesteld. Er is in diverse wetenschappelijke databanken en met behulp van Google search gezocht. De resultaten van het literatuuronderzoek heeft vormgegeven aan het praktijkonderzoek. In het praktijkonderzoek is kwalitatief onderzoek in de vorm van focusgroepen uitgevoerd. Er zijn vier focusgroepen geweest op verschillende locaties. Deze bestonden uit drie tot zeven professionals, van in totaal acht verschillende disciplines. De focusgroepen zijn tussentijds uitgewerkt en besproken met de opdrachtgever. De uitwerkingen zijn ondergebracht in thema's en gecodeerd.

**RESULTATEN** In het literatuuronderzoek is er een verschil in perspectieven van professionals, mantelzorgers en personen met dementie over betekenisvolle activiteiten gevonden. Voor het inventariseren en behouden zijn diverse manieren, waarbij het belangrijk is dat betekenisvolle activiteiten als kerndoel in het persoonlijk plan gezet worden en bewustwording gecreëerd wordt. Omdat het niet mogelijk is voor één discipline om alle kennis en vaardigheden te bezitten, is goede multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk. Goede communicatie is hierin het belangrijkste middel. In het praktijkonderzoek is consensus over de voorbeelden/voorwaarden van betekenisvolle activiteiten die genoemd worden, er wordt geen duidelijk verschil in perspectieven gevonden. Voor het inventariseren en behouden is persoonsgerichte zorg een overkoepelend thema. Het bewustzijn van de waarde van betekenisvolle activiteiten is van belang, daarnaast moet het goed geïntegreerd worden in het zorgproces en de werkwijze van de professionals. Het persoonlijk doel moet concreet geformuleerd zijn en voor iedereen zichtbaar zijn. De persoonlijke doelen worden besproken in het MDO Persoonsgerichte zorg (PGZ). Daarbij moeten de krachten van iedere discipline benut worden. Het MDO PGZ wordt gezien als belangrijke factor voor de multidisciplinaire samenwerking. Goede communicatie is noodzakelijk om betekenisvolle activiteiten te bespreken.

**CONCLUSIE** De expertise van ergotherapeuten ligt omtrent het mogelijk maken van handelen, zij kunnen bewustwording creëren en een adviserende rol hebben in het inventariseren en omzetten van de informatie naar een betekenisvolle activiteit. Verder wordt aanbevolen om het MDO PGZ verder te ontwikkelen door op alle locaties te spreken over de bevorderende en belemmerende factoren. Een bevorderende factor die genoemd wordt is het benutten van de krachten van alle disciplines. Wanneer dit gedaan wordt, kan de ergotherapeutische zorg effectiever geleverd worden.

# Inhoudsopgave

1. Inleiding	
1.1 Aanleiding	4
1.2 Probleemanalyse	4
1.3 Doelstelling	6
1.4 Vraagstelling	6
1.5 Afbakening	6
2. Methode literatuuronderzoek	
2.1 Zoekvragen	7
2.2 Zoektermen	7
2.3 Zoekstrategie	8
3. Methode praktijkonderzoek	
3.1 Deelvragen	9
3.2 Onderzoeksmethode	9
3.3 Werving en selectie	9
3.4 Dataverwerking	10
3.5 Data-analyse	10
4. Resultaten literatuuronderzoek	
4.1 Deelvraag 1: verstaan onder betekenisvolle activiteiten	11
4.2 Deelvraag 2: inventariseren en behouden	12
4.3 Deelvraag 3: multidisciplinaire samenwerking	15
5. Resultaten praktijkonderzoek	
5.1 Respondenten	16
5.2 Deelvraag 1: wat maakt een activiteit betekenisvol	17
5.3 Deelvraag 2: inventariseren en behouden	19
5.4 Deelvraag 3: multidisciplinaire samenwerking	23

6. Discussie	
6.1 Sterke en zwakke kanten	26
6.2 Vergelijking literatuuronderzoek en praktijkonderzoek	26
6.3 Kwaliteit van zorg	28
6.4 Conclusie	28
6.5 Aanbevelingen	29
Literatuurlijst	30
Bijlagen	
1.    Formulier advies opdrachtgever	33
2.    Opzet focusgroepen	34
3.    Uitwerking focusgroepen	36
4.    Activity Support Tool	62
5.    Shared Competences in Dementia Patient Care	65
6.    Zoekhistorie	67

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

WoonZorgcentra Haaglanden (WZH) bestaat uit twaalf woonzorgcentra in de regio Haaglanden (WoonZorgcentra Haaglanden, z.d.). Mensen die verhuizen naar het WZH moeten beschikken over een WLZ-indicatie. Deze stelt dat er 24 uur per dag zorg in de nabijheid of toezicht nodig is (Rijksoverheid, 2018). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn voor mensen met dementie. Volgens Alzheimer Nederland (2017) hadden in 2017 ruim 270.000 mensen in Nederland dementie. Naar schatting 70.000 mensen met dementie wonen in een verpleeghuis of andere zorginstelling (Rijksoverheid, 2018). Dementie is een neurocognitieve stoornis, waarbij naast geheugenverlies ook andere cognitieve functies achteruit gaan. Bijvoorbeeld problemen met oriëntatie in tijd/plaats, herkennen van voorwerpen en hun functies, maken van plannen en het oplossingsvermogen (Werd, Boelen & Kessels, 2013). Desondanks zijn mensen met dementie in staat om vaardigheden te (her)leren. Het bewuste geheugen is vaak aangedaan, echter zijn er verschillende manieren van onbewust leren die intact zijn. Om activiteiten zoveel mogelijk te kunnen blijven uitvoeren, kan gebruik gemaakt worden van lerend vermogen. Bij lerend vermogen worden leervormen gebruikt die goed werken bij mensen met dementie en aansluiten bij de specifieke hulpvraag (Dirkse, Kessels, Hoogeveen en Dixhoorn, 2011). Uit gesprekken met mensen met dementie blijkt dat zelfbeschikking, vrijheid, positief zelfbeeld en zelfwaardering belangrijk zijn voor hen en hun geluk (Dirkse, Kessels, Hoogeveen & Dixhoorn, 2011). Door goede inventarisatie en inzet van lerend vermogen kunnen betekenisvolle activiteiten behouden worden en bovenstaande punten positief beïnvloed worden. Dit draagt bij aan welzijn en kwaliteit van leven.

In het WZH is er sinds 2014 een werkgroep ‘Lerend vermogen van mensen met dementie’ bestaande uit ergotherapeuten en een lecturer practitioner. Hun doel is: “verhogen van de kwaliteit van leven van cliënten op de psychogeriatrische afdelingen door het vaststellen van betekenisvolle activiteiten en het toepassen van verschillende vormen van leren bij mensen met dementie” (Dorst et al., 2016, pp. 28). Met behulp van de uitkomsten van dit onderzoek wordt getracht een bijdrage te leveren aan het doel van de werkgroep.

## 1.2 Probleemanalyse

Verhuizen naar een woonzorgcentrum is vaak een ingrijpende gebeurtenis voor degene met dementie en de familie. Voor de persoon met dementie zijn er door de verhuizing veel veranderingen, onder andere in de fysieke en sociale omgeving. Hierdoor kan het zo zijn dat activiteiten die hij thuis wel deed, nu in het woonzorgcentrum niet meer (zelfstandig) doet. Het is bekend dat behouden van betekenisvolle activiteiten bijdraagt aan de kwaliteit van leven (Beerens et al., 2016). Deze activiteiten komen voort uit iemand zijn waarden, interesses, gewoonten en kunnen belangrijk zijn voor iemand zijn rollen. De verandering in omgevingsfactoren kan een beperking geven in het handelen, waardoor de mogelijkheden van iemand niet optimaal worden benut (Le Granse, Hartingsveld & Kinébanian, 2012).

Binnen het WZH zijn diverse afstudeeronderzoeken gedaan naar het behoud van betekenisvolle activiteiten bij mensen met dementie die verhuizen naar een verpleeghuis. Volgens Van der Vorm (2017) is er tijdens het opnamegesprek minder aandacht voor activiteiten, gewoonten en voorkeuren. Met mogelijk gevolg dat na de verhuizing een deel van de activiteiten/gewoonten wegvalt. Uit interviews van Soares (2018) blijkt dat alle disciplines de intentie hebben om betekenisvolle activiteiten te behouden, maar door verschillende factoren lukt dit niet altijd. Bijvoorbeeld door tijdsgebrek, niet goed inventariseren en het ontbreken van een structuur om betekenisvolle activiteiten voort te kunnen zetten. Soares (2018) stelt dat een multidisciplinair plan voor houvast/structuur kan zorgen bij het voortzetten van betekenisvolle activiteiten na verhuizing. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is het onderzoeken van de taken/rollen van verschillende disciplines. Van der Vorm (2017) geeft een soortgelijke aanbeveling, namelijk de mogelijkheden onderzoeken voor betere samenwerking tussen ergotherapeuten en zorgmedewerkers en de rol van de ergotherapeut bij het behoud van betekenisvolle activiteiten duidelijk maken.

Uit gesprek met twee ergotherapeuten blijkt dat zij ervaren dat zorgmedewerkers vaak iets anders verstaan onder betekenisvolle activiteiten. Zij denken voornamelijk aan hobbyactiviteiten en niet aan rollen/gewoonten. Vervolgens wordt er vanuit de beperkingen gedacht en daarmee kaders opgelegd, waardoor een betekenisvolle activiteit van vroeger nu niet meer uitvoerbaar is. Dit wordt bevestigd in het gesprek met een verpleegkundige. Zij geeft aan dat zij het levensverhaal en suggesties van familie vaak niet bruikbaar vindt om betekenisvolle activiteiten voor in het nu, met de dementie, te vinden. Dit ervaren meer zorgmedewerkers blijkt uit onderzoek van Du Toit, Shen en McGrath (2018). Zij stellen dat er niet alleen gekeken moet worden naar activiteiten van vroeger, maar waarom deze activiteiten belangrijk waren. De onderliggende motivatie helpt bij de zoektocht naar passende betekenisvolle activiteiten in het hier en nu. De ergotherapeuten en verpleegkundige ervaren dat zorgmedewerkers moeite hebben om de verkregen informatie om te zetten naar passende betekenisvolle activiteiten en hoe zij dit kunnen aanpakken in de praktijk. Ergotherapeuten worden niet vaak ingeschakeld in dit proces. Zij werken op verwijzing van artsen, die voornamelijk gefocust zijn op zorgvragen en minder op welzijn. Daarnaast ervaren de ergotherapeuten dat het (multidisciplinair) bespreken mogelijkheden creëert om tot nieuwe ideeën te komen, maar dat dit weinig gedaan wordt. Iedere professional weet zijn 'eigen' stukje over de cliënt, dit wordt niet altijd geïntegreerd. Dit komt mogelijk omdat het concept betekenisvolle activiteiten niet bij iedereen bekend is, rol van een discipline onduidelijk is en/of door tijdsgebrek.

Door te onderzoeken hoe de multidisciplinaire samenwerking er nu en in een optimale situatie uitziet en welke rol de ergotherapeut daarin kan spelen, kan de inzet van ergotherapie voor het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten zo effectief mogelijk gemaakt worden. Waardoor een grotere groep bewoners met dementie bereikt wordt wat positief bijdraagt aan welzijn en kwaliteit van leven.

### 1.3 Doelstelling

Dit onderzoek creëert inzicht en aanbevelingen voor de opdrachtgever en betrokken professionals in wat zij verstaan onder betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen en in bevorderende en belemmerende factoren in de multidisciplinaire samenwerking. Dit inzicht draagt bij aan het optimaliseren van de multidisciplinaire samenwerking, waarin de rol van iedere discipline, waaronder de ergotherapeut, zo effectief mogelijk gemaakt kan worden zodat de inventarisatie en het behouden op effectieve wijze kan worden uitgevoerd.

### 1.4 Vraagstelling

“Wat verstaan de betrokken professionals onder betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in de multidisciplinaire samenwerking bij het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten in deze transitie?”

### 1.5 Afbakening

Hieronder volgt een toelichting van de begrippen uit de vraagstelling.

*Betrokken professionals:* Disciplines die betrokken zijn bij het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten. Namelijk: teamleider, zorgmedewerkers, arts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, activiteitenbegeleider en huiskamermedewerker.

*Transitie:* Verhuizing van thuis naar een verpleeghuis. Vanaf het moment dat duidelijk is dat iemand opgenomen moet worden tot en met de aanpassingsperiode na verhuizing. Deze periode kan voor iedereen verschillend zijn, daarom is er geen vast tijdframe voor de transitie (Afram, Verbeek, Bleijlevens & Hamers, 2015).

## 2. Methode literatuuronderzoek

### 2.1 Zoekvragen

De resultaten van het literatuuronderzoek zullen invulling geven aan het praktijkonderzoek.

1. Wat wordt er door de betrokken disciplines en ouderen met dementie en hun mantelzorgers verstaan onder betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen?
2. Welke manieren zijn effectief om betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen te inventariseren en behouden?
3. Wat is er bekend over de multidisciplinaire samenwerking voor het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen?

### 2.2 Zoektermen

Nederlands	Engels
Professional Multidisciplinair	Professional Multidisciplinary
Ergotherapie Ergotherapeut(-en)	Occupational therapy Occupational therapist(-s)
Verpleegkundige Verpleging	Nurse Nursing
Ouderen Mantelzorger	Elderly people Carers
Betekenisvolle activiteit(-en) Dagelijkse activiteit(-en) Betekenisvolle handelingen	Meaningful activities Daily activities Meaningful occupations
Dementie Alzheimer	Dementia Alzheimer's
Zorginstelling Verpleeghuis	Care home Nursing home
Verhuizing Opname Transitie	Move Admission Transition
Denkbeelden Percepties	Views Perceptions
Inventariseren Behouden	Identify Maintain Retain

Tabel 1. Zoektermen



### 2.3 Zoekstrategie

Bronnen:

- Cochrane
- Cinahl
- PubMed
- OT-Seeker
- Google search

De zoektermen zijn in het Nederlands en Engels opgesteld. Vervolgens zijn deze gecombineerd met de booleaanse operatoren AND, OR en NOT. Bij een aantal zoektermen is er gebruik gemaakt van het \* om naar verschillende variaties van die zoekterm te zoeken. Daarnaast is er bij relevante artikelen gebruikt gemaakt van de functie 'geciteerd door'. Hierbij wordt een lijst weergegeven van alle recenter gepubliceerde artikelen die het huidige artikel geciteerd hebben. Dit draagt bij aan het vinden van de meest recente literatuur.

In/exclusiecriteria:

- Nederlands/Engelstalig
- Volledig artikel beschikbaar
- Verschenen na 2008

## 3. Methode praktijkonderzoek

### 3.1 Deelvragen

1. Wat wordt er door de betrokken professionals verstaan onder betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen?
2. Op welke wijze inventariseren en behouden de betrokken professionals betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren ervaren de betrokken professionals in de multidisciplinaire samenwerking bij het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten?

### 3.2 Onderzoeksmethode

Er is voor kwalitatief onderzoek gekozen gezien dit inzicht creëert in persoonlijke ervaringen en diepgang in de informatie en zienswijze geeft (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn & Rosendal, 2015). Het kwalitatief onderzoek bestaat uit focusgroepen op verschillende locaties van het WZH. Er is gekozen voor focusgroepen boven andere methoden van dataverzameling om diverse redenen. Door gezamenlijk het gesprek aan te gaan met verschillende disciplines kan onderlinge bevraging plaatsvinden en kunnen nieuwe ideeën ontstaan. Verder zorgt het bespreken en beargumenteren van verschillende perspectieven in een groep voor meer diepgang dan bijvoorbeeld bij één op één interviews (Lucassen & Olde Hartman, 2006).

### 3.3 Werving en selectie

In samenspraak met de opdrachtgever zijn zes locaties van het WZH uitgekozen om te benaderen voor de focusgroep. Er is gekozen voor verschillende locaties, omdat dit een breder beeld geeft van het WZH. Daarnaast komen mogelijk interessante verschillen naar voren die de opdrachtgever kan meenemen in vervolgonderzoek en in het optimaliseren van multidisciplinaire samenwerking WZH-breed. De ergotherapeuten op de desbetreffende locaties zijn via email en telefonisch benaderd. Er is uitgelegd wat het doel van de focusgroep is en hen is gevraagd of zij collega's van verschillende disciplines willen benaderen voor hun deelname. Hier is voor gekozen omdat de onderzoeker niet werkzaam is op deze locaties en de ergotherapeuten inzicht hebben in welke collega's zij kunnen benaderen voor de focusgroep.

Er zijn op vier locaties focusgroepen geweest. Redenen om niet deel te nemen waren een te drukke zomerperiode en te weinig animo onder andere disciplines. De focusgroepen bestonden uit drie tot zeven professionals, zodat er een variatie van disciplines aanwezig kon zijn en dit alle aanwezigen voldoende ruimte bood voor hun perspectieven en om het gesprek aan te gaan.

### 3.4 Dataverzameling

De deelnemers zijn voorgaand geïnformeerd over het doel en hun toestemming voor het maken van geluidsopnames is gevraagd. De onderzoeker en één van de opdrachtgevers, ergotherapeut of lecturer practitioner, is afwisselend moderator of assistent/observator. De opzet voor de focusgroepen staat in bijlage 2.

De focusgroepen zijn gehouden rondom de volgende thema's:

- Wat wordt verstaan onder betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen.
- Inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen en belemmerende/bevorderende factoren in de multidisciplinaire samenwerking.

Voor het eerste thema is aan de deelnemers gevraagd om drie voorbeelden en/of voorwaarden voor een betekenisvolle activiteit op post-its te schrijven. Vervolgens is hier gezamenlijk over gediscussieerd. Het tweede thema is per deelonderwerp besproken, namelijk het inventariseren, behouden en de multidisciplinaire samenwerking.

### 3.5 Data-analyse

Alle gegevens zijn vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Na iedere focusgroep heeft de onderzoeker kort nabesproken met de aanwezige opdrachtgever. Hierin is de eerste indruk en belangrijke/opvallende thema's en opmerkingen besproken. Vervolgens luisterde de onderzoeker de opnames af en schreef belangrijke en relevante informatie uit. Dit is gedeeld met de opdrachtgever zodat deze informatie meegenomen kon worden in de volgende focusgroep. Bovenstaande is gedaan om de betrouwbaarheid te vergroten (Beurskens, 2012).

De uitwerking is met het programma NVIVO ondergebracht in thema's en gecodeerd. De thema's zijn 'voorwaarden', 'huidige werkwijze', 'inventariseren', 'behouden' en 'multidisciplinaire samenwerking'. Per thema zijn er codes gecreëerd, zoals bij multidisciplinaire samenwerking: 'communicatie', 'rapportage' en 'vormgeving teamwerk'. Per code is onderscheid gemaakt tussen bevorderende en belemmerende factoren. De volledige codeboom en verwerking staat in bijlage 3.

## 4. Resultaten literatuurstudie

### 4.1 Wat wordt verstaan onder betekenisvolle activiteiten

Uit onderzoek van Harmer en Orrell (2008) blijkt dat er vaak onduidelijkheid is bij professionals welke activiteiten als betekenisvol beschouwd kunnen worden. Smit, Willemse, de Lange en Pot (2014) geven aan dat er verschillende pogingen zijn geweest om 'betekenisvolle activiteiten' te definiëren, maar dat het voor veel professionals onduidelijk blijft wat het exact inhoudt. In de review van Travers et al. (2016) worden activiteiten als betekenisvol gedefinieerd als deze significant of van waarde zijn voor de persoon en als deze een gevoel van plezier, doelgerichtheid, erbij horen of prestatie geven. Deze definitie is opgesteld op basis van informatie verkregen van mantelzorgers en professionals werkzaam in een verpleeghuis. In 'Grondslagen van de ergotherapie' wordt een betekenisvolle activiteit omschreven als "het handelen dat gekozen en uitgevoerd wordt door personen om ervaringen op te doen die betekenis hebben en voldoening geven" (Le Granse, et al., 2012, pp. 308). Volgens Jonsson (2008) zijn er verschillende soorten handelingen, waarbij het gevoel van welzijn per soort verschilt. Zo is het gevoel van welzijn het minst bij basishandelingen, zoals activiteiten die onderdeel zijn van routines/gewoonten. Echter is dit onderzoek uitgevoerd bij mensen die met pensioen gaan. Voor mensen bij wie het uitvoeren van de basishandelingen niet meer vanzelfsprekend is, zoals met dementie, kan het zijn dat zij er meer waarde aan hechten en een groter gevoel van welzijn ervaren. Het is dus mogelijk dat iemand met dementie iets anders verstaat onder betekenisvolle activiteiten dan andere betrokkenen. Dit wordt bevestigd door Harmer en Orrell (2008), zij concludeerden dat ouderen met dementie activiteiten betekenisvol vinden wanneer deze aansluiten op hun normen en waarden en bij hun oude rollen, interesses en routines. Uit dezelfde studie blijkt dat verpleegkundigen activiteiten voornamelijk betekenisvol vinden voor ouderen met dementie wanneer deze plezier brengen en voor de mantelzorgers staat het behouden van de vaardigheden en mogelijkheden op de eerste plaats. Dat er een verschil in perspectieven bestaat, blijkt ook uit onderzoek van Cohen-Mansfield, Gavendo, Blackburn (2017). Zij concluderen dat mantelzorgers activiteiten voor de persoon met dementie als minder betekenisvol zien in vergelijking met activiteitenbegeleiders. Echter geven zowel de mantelzorger als de activiteitenbegeleiders aan dat het aantal activiteiten waaraan de persoon met dementie de voorkeur geeft minder is geworden door de dementie.

Er is geen literatuur gevonden over het verschil in perspectieven over betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie tussen verschillende disciplines. Dit zal in het praktijkonderzoek verder onderzocht worden.

## 4.2 Inventariseren en behouden

2017 stond bij het WZH in het teken van ‘persoonsgerichte zorg’ (WZH, 2017). Deze manier van zorg verlenen houdt volgens het WZH in dat je weet wie de bewoner vroeger en nu is en wat de mogelijkheden en wensen van de bewoner zijn. Hierin is het van belang dat de zorgverlener de levensloop van de bewoner weet en rekening houdt met het karakter. Dit uitgangspunt sluit goed aan bij betekenisvolle activiteiten, waarbij naar de persoonlijke wensen en mogelijkheden van de cliënt wordt gekeken. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit te inventariseren bij verhuizing naar een verpleeghuis.

### Huisbezoek

In het WZH wordt als pilot bij diverse toekomstige bewoners een huisbezoek uitgevoerd door een ergotherapeut. Hierin wordt een inventarisatie gemaakt van de betekenisvolle activiteiten, omgevingselementen en de wensen voor na de verhuizing. Informatie over de gewoonten en voorkeuren inventariseren voordat iemand verhuist, kan bijdragen aan een goede invulling van de dagelijkse zorg in het verpleeghuis (Groenewoud & Lange, 2012).

### Levensloop

Kan met de mantelzorger of cliënt beschreven worden. Dit kan in een gesprek, maar ook op een creatieve wijze gebeuren, zoals een fotoboek of herinneringskoffer. Door de levensloop kunnen zorgmedewerkers het gedrag van de cliënt beter begrijpen en het kan invulling geven aan de cliëntgerichte zorg en vormgeving van de dag (Stichting Zorginstelling Pieter van Foreest, 2017).

### Gesprek met cliënt/mantelzorger

Een houvast voor dit gesprek kan een vooraf opgestelde thema/vragenlijst zijn. Alzheimer’s society (2017) heeft een ‘This is me’ document opgesteld dat zorgverleners helpt erachter te komen wie een persoon is. Er staan vragen in als, ‘de volgende routines zijn belangrijk voor mij’ en ‘dingen waardoor ik mij beter voel wanneer ik bang of verdrietig ben’. De vragen kunnen met de mantelzorger of cliënt worden besproken.

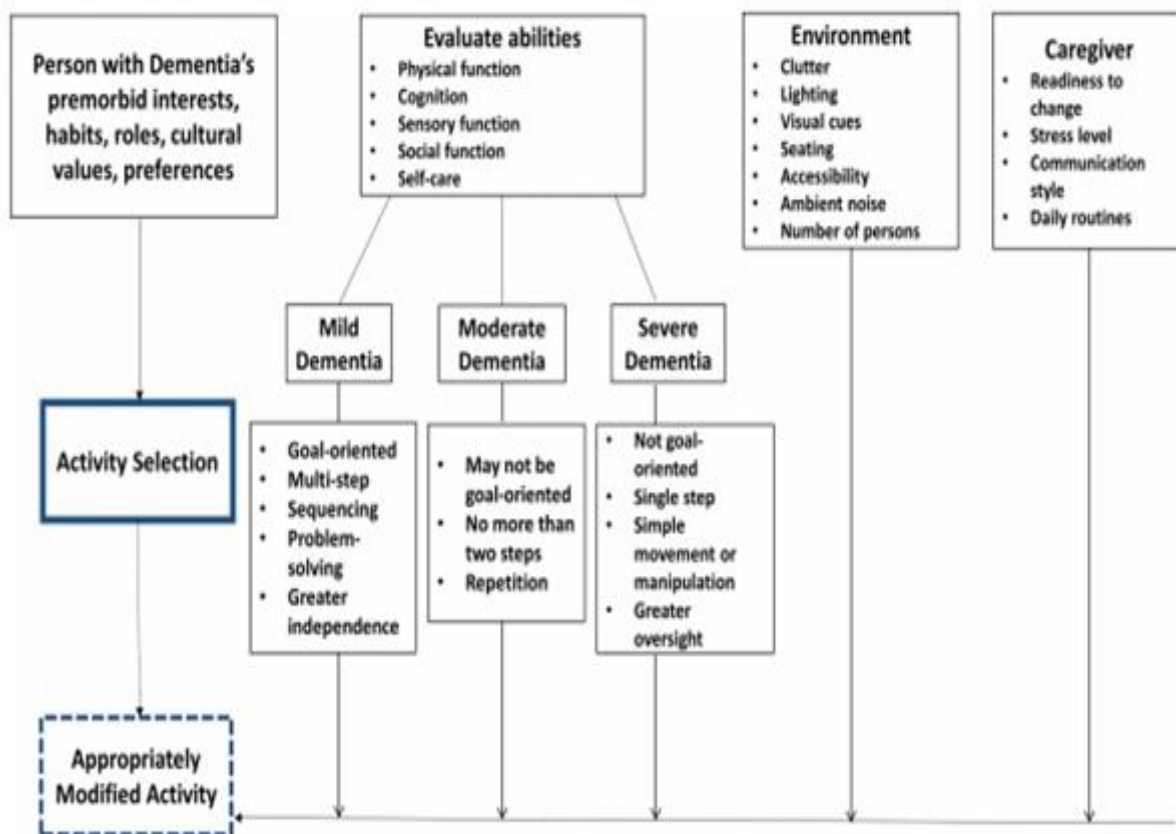
### Observaties

Observaties kunnen een methode zijn om handelingspatronen, sociale interactie en probleemgedrag te inventariseren (Du Toit et al., 2018). Dit geeft inzicht in wensen, problemen en mogelijke betekenisvolle activiteiten die hieraan gelinkt kunnen worden.

### Instrumenten

De ‘Activity Support Tool’ kan een goede ondersteuning zijn in het gesprek of bij een observatie (Lloyd & Stirling, 2015). Het is ontwikkeld om het concept van persoonsgerichte zorg om te zetten naar een concrete en integrale werkwijze. Het helpt professionals van verschillende disciplines om interesses en activiteiten te inventariseren bij iemand met dementie, ook wanneer deze zich niet meer verbaal kan uiten. Daarnaast begeleidt het de professional met alle stappen van inventarisatie, achterliggende motivatie tot voorwaarden voor het uitvoeren. Het instrument staat in bijlage 4.

Wanneer de informatie geïnventariseerd is, moet deze omgezet worden naar voor de cliënt betekenisvolle activiteiten die in het verpleeghuis en met de dementie uitgevoerd kunnen worden. Uit de review van Du Toit et al. (2018) blijkt dat het onvoldoende is om een betekenisvolle activiteit uit het verleden ook in het hier en nu als betekenisvol te bestempelen. Er moet worden gekeken naar de onderliggende motivatie en die moet vervolgens in verband gebracht worden met de wensen en mogelijkheden van de cliënt en de omgeving. Figuur 1 is het model dat Regier, Hodgson en Gitlin (2016, pp. 995) hebben opgezet dat gebruikt kan worden om passende betekenisvolle activiteiten vast te stellen voor mensen met dementie. In dit figuur is te zien dat activiteiten geïnventariseerd kunnen worden door middel van interesses, gewoonten, rollen, waarden en voorkeuren. Wanneer een activiteit is geselecteerd, moet er voor het aanpassen van de activiteit rekening worden gehouden met de mogelijkheden van de cliënt, fase van dementie, omgeving en zorgverlener. Dit sluit goed aan bij de werkwijze van ergotherapeuten. Zij kunnen een belangrijke rol spelen in het analyseren en aanpassen van activiteiten en het opstellen van een plan om de activiteit te (her)leren met behulp van bijvoorbeeld lerend vermogen.



Figuur 1. Onderdelen van betekenisvolle activiteiten identificeren en aanpassen (Regier, Hodgson & Gitlin, 2016, pp. 995).

Wanneer bovenstaande stappen goed gevolgd zijn en de activiteit passend is bij de cliënt en omgeving is de kans groter dat de activiteit behouden kan worden. Smit (2017) adviseert in haar proefschrift om betekenisvolle activiteiten als kerndoel in het persoonlijk plan te zetten. Dit creëert bewustwording voor het integreren van betekenisvolle activiteiten in de dagelijkse praktijk, wat de kans vergroot dat de betekenisvolle activiteit behouden wordt. Daarnaast is het belangrijk dat alle betrokken disciplines op de hoogte zijn van de betekenisvolle activiteiten en de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om deze goed uit te kunnen voeren, bijvoorbeeld de professional moet de activiteit gelijktijdig met de cliënt uitvoeren (Smit, 2017; Werd et al., 2013).

Bovenstaand zijn cliënt specifieke punten om activiteiten te behouden. Smit (2017) benoemd hiernaast de noodzaak om personeel bij te scholen over betekenisvolle activiteiten. Namelijk over wat betekenisvolle activiteiten inhouden en hoe je dit vorm kan geven rekening houdend met de wensen en mogelijkheden van de cliënt.

### 4.3 Multidisciplinaire samenwerking

De handreiking 'waardig verhuizen van thuis naar verpleeghuis' (Stichting Zorginstelling Pieter van Foreest, 2017) adviseert om voor verhuizing een multidisciplinair overleg (MDO) in te plannen met de kerndisciplines. In dit overleg wordt besproken welke informatie nog ontbreekt, hoe deze verkregen kan worden en er kan een multidisciplinair plan opgesteld worden. Daarnaast benoemen zij het belang van ophalen en vastleggen van het levensverhaal van de cliënt. Het levensverhaal moet inzichtelijk zijn voor alle disciplines, ook wanneer dit op een creatieve wijze is vastgelegd.

Wanneer (her)leren noodzakelijk is voor een betekenisvolle activiteit, kunnen verschillende disciplines hierbij betrokken zijn. Werd et al. (2013) hebben hier onderzoek naar gedaan bij disciplines werkzaam in het verpleeghuis. Op de vraag welke discipline het best de activiteit met behulp van foutloos leren aan de cliënt kan aanleren wordt op de eerste plaats de ergotherapeut genoemd (77,8%), gevolgd door verpleegkundigen (71,1%) en op de derde plaats de activiteitenbegeleiding (53,3%). Tevens wordt de mantelzorger aangewezen als persoon die een belangrijke rol kan vervullen. Echter wordt benadrukt dat alle disciplines én de mantelzorger op de hoogte moeten zijn van de betekenisvolle activiteit en de wijze waarop de activiteit uitgevoerd en/of getraind wordt, zodat iedereen bij kan dragen. Lood et al. (2017) stellen in hun onderzoek dat verschillende aspecten van het dagelijks leven betrokken moeten worden om betekenisvolle activiteiten te behouden na verhuizing. Om dit te bereiken is een goede samenwerking tussen de betrokken disciplines, mantelzorger en de cliënt noodzakelijk. Aansluitend beveelt Smit (2017) aan dat alle disciplines betekenisvolle activiteiten moeten faciliteren, niet alleen activiteitenbegeleiders. Om dit vorm te geven, moet multidisciplinair besproken worden hoe de betekenisvolle activiteiten geïntegreerd kunnen worden in de dagelijkse praktijk van alle disciplines. Forman en Pond (2015) benadrukken ook dat multidisciplinair werken noodzakelijk is, omdat de gezondheidszorg steeds complexer wordt en het niet mogelijk is voor één discipline om alle kennis en vaardigheden te bezitten. Goede communicatie is het belangrijkste middel voor een goede samenwerking.

Voor reflectie op de multidisciplinaire samenwerking in de zorg voor mensen met dementie kan gebruik gemaakt worden van Shared Competences in Multidisciplinary Dementia Care (Otero, et al., 2010). Dit is een zelfbeoordelingsinstrument dat inzicht geeft in de bevorderende en belemmerende factoren in de multidisciplinaire samenwerking. Er staan stellingen in als: 'mijn collega's zijn bekend met mijn expertise in de zorg voor mensen met dementie' en 'ik ontvang bruikbare tips en adviezen van mijn collega's wat betreft problemen die ik ervaar in de zorg voor mensen met dementie'. De vragen uit dit instrument kunnen als leidraad bieden om het gesprek aan te gaan over de multidisciplinaire samenwerking. Het volledige instrument staat in bijlage 5.



## 5. Resultaten praktijkonderzoek

### 5.1 Respondenten

De vier focusgroepen hadden respectievelijk zes, drie, zes en zeven professionals van in totaal acht verschillende disciplines. Voor de verwerking is gekozen om verpleegkundigen en woonzorgmedewerkers als ‘zorgmedewerkers’ samen te voegen en de basisarts en specialist ouderengeneeskunde als ‘artsen’ samen te voegen. De duur van de focusgroepen was afhankelijk van de beschikbare tijd op de locatie en de input van de professionals. In tabel 2 is per focusgroep de aanwezige disciplines, tijdsduur, bijzonderheden en totaal per discipline beschreven.

	<b>Aanwezige disciplines</b>	<b>Tijdsduur</b>	<b>Bijzonderheden</b>
<b>Focusgroep 1</b>	Ergotherapeut 2x Psycholoog Activiteitenbegeleider Teamleider Woonzorgmedewerker	56 minuten	De focusgroep was na 30 minuten afgerond. De laatste 26 minuten was een verdiepende bespreking met de twee ergotherapeuten en de psycholoog.
<b>Focusgroep 2</b>	Basisarts Specialist ouderengeneeskunde Psycholoog	25 minuten	Door een miscommunicatie in de digitale agenda konden de ergotherapeut en de zorgmedewerkers niet aanwezig zijn.
<b>Focusgroep 3</b>	Ergotherapeut Psycholoog 2x Fysiotherapeut 2x Woonzorgmedewerker	56 minuten	Woonzorgmedewerker moest door werkzaamheden weg na het bespreken van het inventariseren van betekenisvolle activiteiten.
<b>Focusgroep 4</b>	Fysiotherapeut 2x Psycholoog Verpleegkundige Woonzorgmedewerker Teamleider Huiskamerbegeleider	53 minuten	De fysiotherapeuten sloten aan na het bespreken van de voorbeelden van betekenisvolle activiteiten.
<b>Totaal per discipline</b>	Psycholoog 5x, Fysiotherapeut 4x, Zorgmedewerker 4x, Ergotherapeut 3x, Arts 2x, Teamleider 2x, Activiteitenbegeleider 1x, Huiskamerbegeleider 1x		

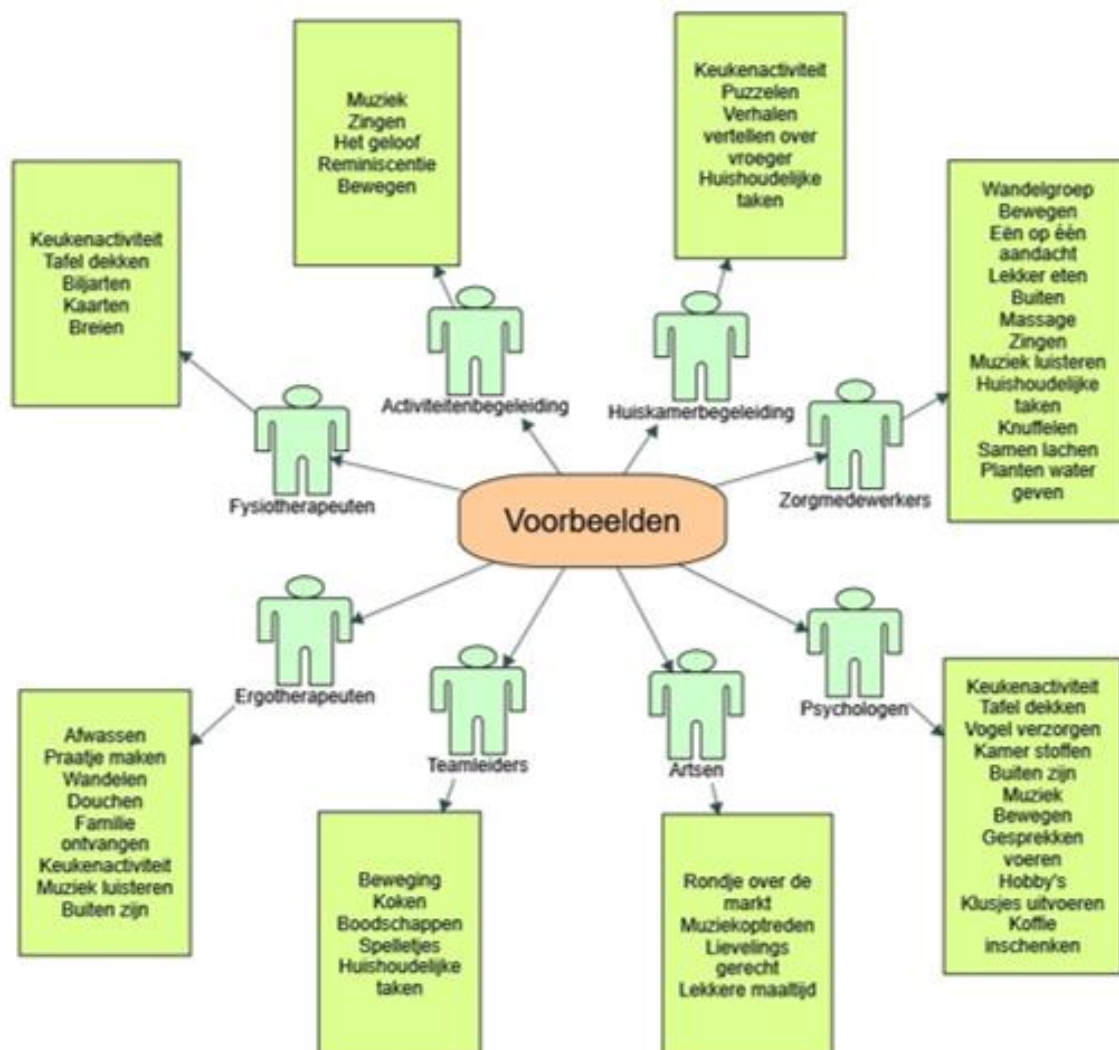
Tabel 2. Gegevens focusgroepen

## 5.2 Wat maakt een activiteit betekenisvol

### Voorbeelden

In figuur 2 staan voorbeelden van betekenisvolle activiteiten voor ouderen met dementie die door de disciplines in alle focusgroepen genoemd zijn. Wat opvalt is dat vijf van de acht disciplines 'bewegen en/of wandelen', 'muziek' en 'keukenactiviteit en/of koken' als betekenisvolle activiteiten benoemen. Verder is er een grote diversiteit te zien, zowel tussen als binnen de disciplines. Dit is wisselend van hobbyactiviteiten tot activiteiten die gerelateerd zijn aan routines/rollen/gewoonten. Niet iedere activiteit werd door alle disciplines als betekenisvol beschouwd. Dit blijkt uit onderstaand citaat waarin de zorgmedewerker verbaasd reageerde op voorbeelden die betekenisvol benoemd werden.

“ Als ik lees 'douchen' of 'praatje maken', dan denk ik dat doen wij toch al iedere dag. ”  
(Zorgmedewerker, focusgroep 1)



Figuur 2. Voorbeelden van betekenisvolle activiteiten voor ouderen met dementie genoemd per discipline.

### Voorwaarden

In tabel 3 zijn de antwoorden op de vraag: “Aan welke voorwaarden moet een activiteit voldoen om het betekenisvol te maken?” per discipline weergegeven. De items ‘gebaseerd op interesses’ en ‘stemmingsverbeterend’ zijn door zes disciplines genoemd en ‘aansluiten bij activiteiten uit het verleden’ en ‘maatwerk’ door vijf disciplines.

In iedere focusgroep konden alle aanwezigen zich vinden in de items die door een andere discipline werd genoemd. In deze tabel is alleen opgenomen wat iemand zelf heeft voorgedragen.

	Ergo therapeut	Fysio therapeut	Arts	Activiteiten begeleiding	Psycho loog	Team leider	Huiskamer begeleiding	Zorg medewerker
Gebaseerd op interesses	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Stemmings verbeterend	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Maatwerk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aansluiten bij activiteiten uit het verleden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwe activiteiten ontwikkelen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aansluiten op routines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Functie/zelfstandig heid behouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aansluiten op hobby's	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrokkenheid bij woongemeenschap of maatschappij	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afleiding/bezig zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelf de regie hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrinsieke motivatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gewoontes blijven uitvoeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabel 3. Per discipline wat voorwaarden zijn om een activiteit betekenisvol te maken.

### 5.3 Inventariseren en behouden

#### Inventariseren

Het gesprek met bewoner/familie is in alle focusgroepen genoemd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen opnamegesprek, kennismakingsgesprek en een dagelijks gesprek. Het opnamegesprek is op de dag van opname met familie, eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV'er) en arts en het kennismakingsgesprek is twee weken na opname met familie, arts en psycholoog. De diverse factoren die volgens de professionals een rol spelen bij het inventariseren staan in tabel 4. In drie focusgroepen wordt gezegd dat er in het opnamegesprek niet structureel naar betekenisvolle activiteiten wordt gevraagd. In het kennismakingsgesprek is vaak meer aandacht voor betekenisvolle activiteiten en wordt de levensloop besproken. Het verschilt per locatie, afdeling en medewerker in hoeverre er in deze gesprekken aandacht is voor betekenisvolle activiteiten. Gedeelde mening in alle focusgroepen is dat hier altijd aandacht voor moet zijn. Daarnaast wordt aangegeven dat wanneer betekenisvolle activiteiten ter sprake komen in de gesprekken vaak te weinig wordt doorgevraagd om concreet te krijgen hoe het in de dagelijkse praktijk vorm kan krijgen. Er wordt genoemd dat niet structureel vragen en onvoldoende doorvragen in beide gesprekken mogelijk het gevolg is van onvoldoende bewustzijn van de waarde van betekenisvolle activiteiten en dat het onvoldoende geïntegreerd is in het begin van het zorgproces.

Inventariseren			
Sub thema's	Factoren	Aantal x genoemd	Illustrenderende quotes
Instrumenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ MDO PGZ &gt; betekenisvolle activiteiten en welzijn staan op de voorgrond</li> <li>+ Goede ergotherapeutische instrumenten zoals het COPM</li> <li>- Opnamegesprek &gt; niet structureel naar betekenisvolle activiteiten gevraagd.</li> <li>- Opname of kennismakingsgesprek &gt; te weinig doorgevraagd om concreet te krijgen hoe dit in de dagelijkse praktijk toegepast kan worden</li> <li>- Levensloop &gt; algemene informatie en niet specifiek wat iemand zijn rol was thuis of wat iemand nog deed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4x</li> <li>1x</li> <li>3x</li> <li>1x</li> <li>1x</li> </ul>	<p>“De informatie van het gehele leven is heel belangrijk. Maar je wil ook duidelijk hebben hoe iemand zijn leven er thuis voor de opname uitzag. Het zal anders worden, omdat het verpleeghuis niet thuis is, maar je kan wel kijken welke elementen je daaruit kan halen. Zodat iemand wel het gevoel houdt van 'ik doe ertoe', 'ik doe mee' en 'ik ben belangrijk’.”</p> <p>(Ergotherapeut, focusgroep 3)</p>
Komen tot informatie over betekenisvolle activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Vragen als 'waar wordt u gelukkig van' en 'wat maakt iemand zijn dag nu zijn dag'</li> <li>+ Vragen hoe iemand het in de ochtend gewend is om te doen</li> <li>+ Achtergrond informatie, zoals beroep</li> <li>- Informatie van kinderen is vaak over activiteiten van vroeger, maar inmiddels niet meer doet door achteruitgang of verandering van interesses.</li> <li>- Te weinig aandacht voor bewoners zonder gedragsproblemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3x</li> <li>1x</li> <li>1x</li> <li>3x</li> <li>1x</li> </ul>	<p>“Vaak wordt er wel geprobeerd om uit te vragen 'wat maakt iemand zijn dag nu zijn dag'. Er wordt gevraagd wat er gedaan kan worden om iemand zijn verblijf zo goed mogelijk te kunnen laten zijn. Dit leidt vaak wel tot dingen die persoonsgericht zijn als handelingen of routines.”</p> <p>(Arts, focusgroep 2)</p>
Rand voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Ondersteuning voor huiskamerbegeleiders die meer moeite hebben met het inventariseren</li> <li>- Huiskamerbegeleiders kunnen nog niet in dossiers</li> <li>- Onvoldoende bewustzijn en onvoldoende geïntegreerd in het begin van het zorgproces</li> <li>- Tijdsgebrek voor ergotherapeut om het bij iedere cliënt te inventariseren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1x</li> <li>4x</li> <li>2x</li> <li>1x</li> </ul>	<p>“Er is te weinig bewustzijn en er wordt door professionals te weinig naar gevraagd. Aan de voorkant is al niet scherp dat het belangrijk is. De inrichting van de zorg is er niet naar.”</p> <p>(Psycholoog, focusgroep 2)</p>

Tabel 4. Overzicht van factoren bij het inventariseren

Bij een dagelijks gesprek wordt het als nuttig ervaren om te vragen naar iemand zijn routines of waar iemand gelukkig van wordt. De levensloop wordt in alle focusgroepen genoemd, deze wordt door de familie ingevuld. Er wordt genoemd dat er belangrijke informatie in staat, alleen dat het vaak te algemeen is en het waardevoller zou zijn als er meer specifieke informatie in stond over het laatste half jaar en wat iemand thuis nog deed. Tenslotte wordt in één focusgroep observeren als manier genoemd om te achterhalen wat iemand leuk vindt en om te kijken wat iemand nog kan.

Het huisbezoek is door de onderzoeker ter sprake gebracht in alle focusgroepen. Geen van de professionals heeft ervaring met een huisbezoek voor opname. In alle focusgroepen wordt 'kennismaken' als meerwaarde gezien.

“ Door het huisbezoek en de kennismaking voor verhuizing leg je als het ware een brug. Als mensen hoor je bij een groep, na de verhuizing is het bij het verpleeghuis. Daarvoor is het heel belangrijk mensen van te voren te laten weten, 'je komt straks bij ons en je hoort straks bij ons'. Een bekend gezicht en de kennismaking door middel van een huisbezoek is hiervoor erg belangrijk. En dat mensen het gevoel hebben dat zij van betekenis zijn. ”

*(Psycholoog, focusgroep 3)*

De meningen over de meerwaarde voor het inventariseren van betekenisvolle activiteiten zijn verdeeld.

Twijfels:

- Mensen komen in een later stadium naar het verpleeghuis, waardoor iemand zijn thuissituatie voor opname vaak al niet meer normaal of functioneel is.
- Omgeving in het verpleeghuis is heel anders dan thuis.
- Vooraf verzamelen van alle informatie niet altijd noodzakelijk.

Positieve punten:

- Zien hoe iemand leeft en zich thuis gedraagt.
- De inrichting zien en bespreken wat iemand mee wil nemen.
- Bespreken wat iemand belangrijk vindt omdat deze informatie na opname vaak verdwenen is.

#### *Inventarisatie omzetten naar activiteit*

In twee focusgroepen wordt benoemd dat een specifieke activiteit uit het verleden nu niet altijd meer relevant is. En dat het dan belangrijk is om te kijken waar de activiteit voor stond en wat het betekende voor iemand. Bijvoorbeeld naar buiten gaan, gaf vrijheid. Hoe kun je dit gevoel van vrijheid in een nu haalbare activiteit vormgeven. Er wordt aangegeven dat een ergotherapeut hierbij kan helpen en kan helpen met een stukje zelfredzaamheid teruggeven.

## Behouden

In alle focusgroepen is de gedeelde mening dat over het algemeen minder activiteiten behouden worden na verhuizing. Echter wordt in twee focusgroepen aangekaart dat er mensen zijn waarbij betekenisvolle activiteiten toenemen, zoals mensen die thuis weinig prikkels kregen en in het verpleeghuis weer geactiveerd worden en ervaren.

Tabel 5 laat zien dat behouden van betekenisvolle activiteiten in de transitie afhankelijk is van verschillende factoren. Familie wordt in alle vier de focusgroepen genoemd, zowel als bevorderende en belemmerende factor. Daarnaast is besproken dat de omgeving en het stadium van de dementie een belangrijke rol kan spelen bij het behouden van activiteiten.

Behouden			
Sub thema's	Factoren	Aantal x genoemd	Illustrenderende quotes
Persoonlijke factoren	- <u>Bij een vergevorderd stadium vergt het te veel cognitieve of motorieke vaardigheden.</u>	3x	“ Familie heeft de aftakeling gezien, wat een chronische blootstelling aan teleurstelling is. Zij hebben de kloof steeds groter zien worden en zijn daardoor het geloof verloren dat iemand oude dingen weer kan oppakken en laat staan iets nieuws kan leren. Lerend vermogen zal sceptischer worden ontvangen. “Maar dat doet ze niet meer”, de “maar” is er altijd. ”
	- <u>Initiatief verlies door de dementie</u>	2x	
Omgevingsfactoren (fysiek en sociaal)	+ <u>Rekening houden met omstandigheden en omgeving waarin een activiteit wel uitvoerbaar is</u>	2x	(Psycholoog, focusgroep 2)
	+ <u>Betrokkenheid van familie door verjaardagen, logeren, vakanties</u>	1x	
	- <u>Familie denkt vaak 'je hoeft niets meer, want je hebt je hele leven van alles gedaan'</u>	2x	
	- <u>Weinig support van familie &gt; zijn vaak het geloof verloren dat iemand oude dingen kan oppakken of iets nieuws kan leren.</u>	2x	
	- <u>Gesloten afdeling &gt; niet alles is meer mogelijk</u>	2x	
Dagelijkse praktijk	+ <u>Structuur in de dag en in de werkwijze van de professionals.</u>	3x	“ Als je het hebt over het behouden van betekenisvolle activiteiten en hoe wij dat vormgeven, dan denk ik dat wij een heel eind zijn gekomen met de vaste teams. En die bereiken wij ook goed met het MDO PGZ, maar wat doe als er een flexmedewerker staat en hoe betreft je die? ”
	+ <u>Aanwezigheid van de huiskamerbegeleiders.</u>	3x	
	+ <u>Samen uitproberen van activiteiten en het stimuleren van bewoners</u>	2x	
	+ <u>Vaste teams die op één huiskamer werken</u>	1x	
	+ <u>Mogelijkheid om flexibel te zijn in de geboden zorg, zoals met de tijden waarop iemand doucht.</u>	2x	
	- <u>Overname van activiteiten door zorgverleners</u>	3x	
- <u>Out-of-the-box denken is voor veel mensen lastig, want 'wij doen het altijd zo'.</u>	1x		
Afstemming	+ <u>Doelen bespreken en herhalen in het MDO PGZ</u>	4x	“ Er staat 'dhr. houdt van Grieks eten', maar niet hoe hier vorm aan gegeven kan worden. Medische problemen worden erger, maar betekenisvolle activiteiten verdwijnen gewoon. Noodzakelijk een duidelijke doel te hebben en wie daar verantwoordelijk voor is. ”
	+ <u>Duidelijke persoonlijke doelen waarin de voorwaarden voor een activiteit beschreven staan</u>	2x	
	- <u>Huiskamerbegeleiders kunnen nog niet in dossiers</u>	4x	
	- <u>Persoonlijke doelen zijn niet bij iedere helpende of verzorgende bekend.</u>	1x	
			(Psycholoog, focusgroep 1)

Tabel 5. Overzicht van factoren bij het behouden.

In drie focusgroepen is gesproken over het overnemen van activiteiten door zorgverleners. Vrijwel alle disciplines zagen dit als belemmerende factor, op één zorgmedewerker na. Zij gaf het volgende dilemma weer: voor de beleving van mensen die vinden 'ik ben oud, ik vind het fijn als er nu voor mij gezorgd wordt', wordt het als zinvol ervaren als het uit handen genomen wordt, maar qua functiebehoud is dit niet altijd wenselijk.

Een overkoepelend thema dat in de dagelijkse praktijk en afstemming terugkomt is persoonsgerichte zorg. Het wordt als belangrijk genoemd dat er duidelijke persoonlijke doelen geformuleerd worden, waarbij duidelijk is wie verantwoordelijk is en waarin de voorwaarden beschreven staan om de omgeving te kunnen creëren waarin een activiteit uitvoerbaar is, wat een bevorderende factor is bij 'omgevingsfactoren'. Het concreet maken van doelen draagt bij aan de structuur in de dag en werkwijze van de professionals. De persoonlijke doelen kunnen geformuleerd, besproken en herhaald worden in het MDO Persoonsgerichte zorg (PGZ). Tenslotte wordt genoemd dat het van belang is dat alle disciplines de persoonlijke doelen kunnen lezen in het dossier en op de hoogte zijn van de persoonlijke doelen.

## 5.4 Multidisciplinaire samenwerking

In drie focusgroepen is de gedeelde mening dat er in hun huidige werkwijze te weinig aandacht is voor het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten. In alle vier de focusgroepen komen verbeterpunten naar voren. Zo wordt in alle focusgroepen genoemd dat het nieuwe MDO PGZ een belangrijke en positieve factor is voor de multidisciplinaire samenwerking en dat het voor meer aandacht en bewustwording heeft gezorgd wat betreft welzijn en betekenisvolle activiteiten. Het wordt beschreven als goed begin, maar meer bewustwording van de meerwaarde van betekenisvolle activiteiten is belangrijk. Daarnaast verschillen de ervaringen per locatie over de multidisciplinaire samenwerking. Dit blijkt uit onderstaande citaten.

“ Wij halen allemaal een stukje informatie en het is moeilijk om dat bij elkaar te krijgen. Soms wordt het aangestipt in een MDO PGZ, dan kan je dat breder trekken  
(Ergotherapeut, focusgroep 1) ”

“ Het MDO PGZ is het moment om de verschillende ervaringen bij elkaar te brengen om te komen tot een persoonlijk doel, tussentijds is daar niet echt een afstemming over.  
(Psycholoog, focusgroep 2) ”

“ In het MDO PGZ wordt alles samengebracht. Je merkt dat het echt veranderd is, wij zien elkaar vaker, en wij hebben eigenlijk pas net een begin gemaakt.  
(Psycholoog, focusgroep 3) ”

“ Het wordt in dynamiek met elkaar gecreëerd. Er zijn geen duidelijke kaders wie wat precies doet, maar de focus ligt meer op het totale pakket. Er wordt meer integraal gewerkt. De bal blijft rollen omdat iedereen er aan meewerkt en zich medeverantwoordelijk voelt.  
(Fysiotherapeut, focusgroep 4) ”

In een MDO voorafgaand aan opname wordt geen meerwaarde gezien, omdat er nog geen kennisgemaakt is met de toekomstige bewoner. Wanneer er een huisbezoek is uitgevoerd, zou het mogelijk wel meerwaarde hebben.

In drie focusgroepen wordt benoemd dat er een verschuiving binnen het multidisciplinaire team van aanbodgericht naar vraaggericht werken noodzakelijk is, maar dat dit een hele andere en meer persoonsgerichte benadering vraagt dan hoe er nu gewerkt wordt. Nu is de instelling en het aanbod op een bepaalde wijze ingericht en wordt vaak verwacht dat een nieuwe bewoner zich daarin moet aanpassen, wat het risico verhoogt dat betekenisvolle activiteiten verloren gaan.



Tenslotte wordt in één focusgroep gesproken over de huidige manier van werken wanneer iemand verhuist.

“ Als iemand naar het verpleeghuis komt, wordt er gezegd dat iemand nog moet wennen en twee weken moet settelen, eigenlijk laat je iemand die twee weken hospitaliseren. ”  
(psycholoog, focusgroep 1)

Een psycholoog geeft aan dat door de gewenningsperiode na de verhuizing het risico ontstaat dat eigen routines/gewoonten verloren gaan. En dat het belangrijk is om dit in de thuissituatie al te bespreken. Want op dat moment kan iemand dat nog bedenken, terwijl als iemand twee weken in het verpleeghuis woont die informatie verdwenen is. Om dit te voorkomen, moet er in de transitie vanuit het multidisciplinaire team aandacht voor zijn.

In tabel 6 staat wat volgens de focusgroepen belangrijk is om optimaal als multidisciplinair team te kunnen functioneren met betrekking tot betekenisvolle activiteiten.

Multidisciplinaire samenwerking			
Sub thema's	Factoren	Aantal x genoemd	Illustrenderende quotes
Communicatie	+ MDO PGZ > betrokken disciplines brengen alles samen en maken/bespreken persoonlijke doelen.	4x	“ Hier is veel meer dat het aanbod gecreëerd wordt om de bewoner heen. Jij merkt dit en ik merk dat en hoe kunnen wij dat samenvoegen? Omdat die lijntjes ook kort zijn, durven wij elkaar ook te vragen. De activiteitenbegeleider komt heel vaak naar mij toe met de vraag wij lopen daar tegen aan, heb jij adviezen? Buiten het MDO PGZ om is er veel gelegenheid om erover te praten. ” (Fysiotherapeut, focusgroep 4)
	+ Duidelijke afspraken maken over wie verantwoordelijk is en wanneer een terugkoppeling of evaluatie plaatsvindt.	2x	
	+ Korte lijntjes tussen disciplines, waardoor er onderling meer gevraagd durft te worden.	1x	
	- Buiten het MDO PGZ geen moment waarop betekenisvolle activiteiten besproken worden.	2x	
	- Iedere discipline verzameld zijn stukje informatie, dit wordt te weinig samengebracht.	2x	
- De slag wordt niet gemaakt hoe andere disciplines het in hun dagelijkse praktijk kunnen toepassen	1x		
Rapportage	+ Doelen concreet beschrijven en duidelijke voorwaarden noemen bij de persoonlijke doelen.	4x	“ Wordt het gerapporteerd en waar kan dat samen komen? Je verzamelt veel informatie in de cliëntenkaart, maar het plan is niet altijd duidelijk. Daar staat in dat iemand van Elvis muziek houdt; maar kan iemand het zelf opzetten, is er apparatuur? ” (Ergotherapeut, focusgroep 1)
	- Geen duidelijke plek om multidisciplinair te rapporteren, het zakt weg in de dagrapportage.	1x	
	- Het wordt in de cliëntenkaart geschreven, maar het is vaak onduidelijk welke voorwaarden noodzakelijk zijn.	1x	
Vormgeving teamwerk	+ Geen specifieke rolverdeling, de krachten van iedere discipline gebruiken en integraal werken.	2x	“ Je hebt met veel mensen te maken en daardoor gaat er snel iets mis. Je zou één iemand moeten hebben die daar verantwoordelijk voor is. Zo ook bij de persoonlijke doelen die opgesteld worden, niemand voelt zich verantwoordelijk waardoor er niets gebeurt. ” (Psycholoog, focusgroep 1)
	+ Betrokken teamleider die onderdeel is van het primaire proces en meedenkt in mogelijkheden.	1x	
	+ Aanwezigheid van disciplines op de locatie, niet alleen voor een behandeling.	1x	
	- Niemand voelt zich verantwoordelijk voor de persoonlijke doelen en betekenisvolle activiteiten waardoor er niets gebeurt.	1x	

Tabel 6. Overzicht van factoren bij de multidisciplinaire samenwerking.

Communicatie is in alle focusgroepen een belangrijk item waarvan verschillende facetten benoemd worden. Het MDO PGZ is een mooi startpunt waarin informatie van verschillende disciplines samen kan komen. In focusgroep vier wordt besproken dat het belangrijk is om ook buiten het MDO over betekenisvolle activiteiten te kunnen spreken. Hiervoor zijn korte lijstjes tussen de disciplines van belang waardoor de drempel laag is om dingen te vragen. Daarbij werkt het bevorderlijk wanneer de disciplines buiten hun behandelingen om aanwezig zijn. Wat verder een rol speelt bij communicatie is duidelijk en op een vaste plek rapporteren.

In twee focusgroepen is besproken of er sprake is van een duidelijke rolverdeling bij het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten. In beide wordt aangegeven dat dit niet het geval is, wat zij niet als belemmerend ervaren. Het wordt vooral als belangrijk gezien dat de krachten van iedere discipline worden benut en dat iedereen weet wie waarvoor verantwoordelijk is. Het kan per cliënt verschillen omdat het maatwerk is.

In drie focusgroepen is nog gesproken over belemmeringen in de samenwerking met professionals buiten het eigen team of de organisatie. Namelijk dat er niet/nauwelijks een overdracht is vanuit de thuiszorg of het dagactiviteitencentrum. Zelfs niet wanneer iemand op dezelfde locatie wordt opgenomen als waar hij naar het dagactiviteitencentrum ging. Eén van de ergotherapeuten geeft aan dat er wel een overdracht is tussen ergotherapeuten van locaties van het WZH wanneer een cliënt verhuist naar een andere locatie.

## 6. Discussie

### 6.1 Sterke/zwakke kanten

#### *Sterk*

- Bronnentriangulatie, verschillende soorten literatuur en input van verschillende disciplines van vier locaties.
- Onderzoekerstriangulatie, overleg met de opdrachtgever om de focusgroep en uitwerking te bespreken. Om bias te voorkomen en de betrouwbaarheid te vergroten.
- De focusgroepen zijn opgezet in samenwerking met ergotherapeuten, dit zorgde voor een soepele planning en gemotiveerde deelnemers.
- Het onderzoek heeft zich gericht op een onderwerp dat leeft binnen het WZH door de transitie naar persoonsgerichte zorg. Hierdoor was er motivatie onder de deelnemers en is er meer draagvlak voor het invoeren van de aanbevelingen.

#### *Zwak*

- De opzet voor de focusgroepen is door de onderzoeker uitgewerkt en is daardoor niet gevalideerd. De feedback van de afstudeerdocent en opdrachtgever is wel verwerkt.
- De onderzoeker had nog nooit een focusgroep voorgezeten. Mogelijk zou meer ervaring hierin zorgen voor een andere dynamiek en meer diepgang.
- Er hebben geen vervolg focusgroepen plaatsgevonden. Na verwerking van de eerste focusgroep hadden in het vervolg meer verdiepingsvragen gesteld kunnen worden.
- De zomer is een drukke periode. Hierdoor kon niet op alle locaties een focusgroep plaatsvinden en niet alle professionals waren altijd de gehele focusgroep aanwezig.
- Van sommige disciplines heeft één professional deelgenomen, hierdoor zijn uitspraken over het verschil in perspectieven niet goed te generaliseren.

### 6.2 Vergelijking literatuuronderzoek en praktijkonderzoek

In de literatuur (Travers et al., 2016; Jonsson, 2008; Harmer & Orrell, 2008) en focusgroepen worden diverse overeenstemmende voorwaarden genoemd die een activiteit betekenisvol maken. Namelijk stemmingsverbeterend, betrokkenheid, behoud van vaardigheden en aansluitend op interesses/routines/gewoonten. Er is geen literatuur gevonden over het verschil in perspectieven van verschillende disciplines. In het praktijkonderzoek is door de disciplines is een diversiteit aan voorbeelden en voorwaarden benoemd, maar vrijwel alle professionals konden zich vinden in de items die door andere disciplines genoemd werden. Uit dit praktijkonderzoek is geen concreet verschil in perspectieven van disciplines gebleken.

In zowel het literatuuronderzoek en praktijkonderzoek worden diverse manieren genoemd om te inventariseren, zoals gesprek met cliënt/mantelzorger, levensloop en observaties. In de focusgroepen wordt bij 'het gesprek' onderscheid gemaakt tussen het opnamegesprek, kennismakingsgesprek en een dagelijks gesprek. Alleen de ergotherapeuten geven aan dat zij wel eens gebruik maken van instrumenten voor inventariseren. Op twee locaties geven andere disciplines aan dat het belangrijk is om de juiste vragen te stellen en dat er behoefte is aan een leidraad. De Activity Support Tool (Lloyd & Sterling, 2015) en het 'This is me'

document (Alzheimer's society, 2017) uit het literatuuronderzoek, kunnen hiervoor ingezet worden. Daarnaast wordt als belangrijke voorwaarde genoemd dat iedereen zich bewust is van de waarde van betekenisvolle activiteiten en dat dit geïntegreerd moet zijn in het zorgproces. Dit sluit aan bij de persoonsgerichte zorg van het WZH (WZH, 2017).

Uit literatuur blijkt dat het inventariseren van informatie vóór verhuizing een bijdrage kan leveren aan de dagelijkse zorg in het verpleeghuis (Groenewoud & Lange, 2012). In één focusgroep wordt dit belang benadrukt omdat de ervaring is dat door de gewenningsperiode na de verhuizing het risico ontstaat dat routines/gewoonten verloren gaan. Echter worden er ook twijfels benoemd, bijvoorbeeld dat mensen in een steeds later stadium naar het verpleeghuis komen, waardoor iemand zijn thuissituatie voor opname vaak al niet meer normaal of functioneel is. Daarnaast kan informatie vóór verhuizing geïnventariseerd worden door een overdracht van het dagactiviteitencentrum of thuiszorg. Echter is de ervaring in de focusgroepen dat dit niet/nauwelijks gebeurt.

Zowel in de review van Du Toit et al. (2018) als in de focusgroepen is overeenstemming dat een betekenisvolle activiteit uit het verleden nu niet altijd meer betekenisvol is. Het is belangrijk om te kijken naar de onderliggende motivatie en waar de activiteit voor stond en hoe je dit kan vormgeven in een betekenisvolle activiteit die haalbaar is met de huidige persoons- en omgevingsfactoren.

Voor het behouden van betekenisvolle activiteiten worden door Smit (2017) en in de focusgroepen overeenstemmende items genoemd. Namelijk een persoonlijk doel met concrete voorwaarden, inbouwen in de dagelijkse structuur en alle disciplines moeten persoonlijke doelen kunnen inzien en hiervan op de hoogte zijn. In de focusgroepen wordt tevens het belang genoemd om de persoonlijke doelen te bespreken en herhalen in het MDO PGZ. Daarnaast wordt de familie in de literatuur en de focusgroepen als belangrijke factor genoemd (Werd et al., 2013).

Stichting Zorginstelling Pieter van Foreest (2017) adviseert een MDO voor de verhuizing. In het praktijkonderzoek wordt dit niet als meerwaarde gezien, voornamelijk omdat je de toekomstige bewoner nog niet kent. Mogelijk is dit anders wanneer er een huisbezoek is uitgevoerd. Forman en Pond (2015) beschrijven dat goede communicatie het belangrijkste middel is voor multidisciplinaire samenwerking. Dit wordt ondersteunt en gespecificeerd in de focusgroepen, namelijk korte lijntjes tussen disciplines, aanwezigheid op de locatie, overleggen buiten het MDO en duidelijk rapporteren. Verder benadrukken Forman en Pond (2015) dat multidisciplinair werken noodzakelijk is, omdat het niet mogelijk is voor één discipline om alle kennis en vaardigheden te bezitten. Het benutten van de krachten van iedere discipline, waarbij een specifieke rolverdeling niet noodzakelijk is, wordt ook benoemd in het praktijkonderzoek. Om dit allemaal samen te brengen, wordt het MDO PGZ als belangrijk startpunt beschreven in alle focusgroepen. Echter verschillen de ervaringen met het MDO PGZ en de multidisciplinaire samenwerking per locatie en is het op sommige locaties meer geïntegreerd in de dagelijkse praktijk.

### 6.3 Kwaliteit van zorg

De verhuizing kan een beperking geven in het handelen, waardoor de mogelijkheden van iemand niet optimaal worden benut en betekenisvolle activiteiten verloren kunnen gaan. Het mogelijk maken van handelen is het kerndomein van de ergotherapie (Le Granse, et al., 2012). Door het inzetten van deze expertise kunnen betekenisvolle activiteiten behouden worden, wat bijdraagt aan kwaliteit van leven (Beerens et al., 2016).

Uit het literatuuronderzoek en praktijkonderzoek blijkt dat veel factoren invloed hebben op het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten in een multidisciplinaire samenwerking. Zoals het gebruik maken van de krachten van iedere discipline en dit samenbrengen zodat er integraal gewerkt kan worden. De ergotherapeut kan bewustzijn creëren over de waarde van betekenisvolle activiteiten, advies geven over de inventarisatie, meedenken hoe de informatie omgezet kan worden naar een haalbare betekenisvolle activiteit en waar nodig met behulp van lerend vermogen de bewoner een activiteit laten (her)leren. Door de krachten van de ergotherapie en andere disciplines te gebruiken, kan de ergotherapeutische zorg effectiever geleverd worden. Dit draagt bij in het behouden van betekenisvolle activiteiten voor een grotere groep bewoners en daarmee wordt de kwaliteit van leven bevorderd, wat weer een belangrijk aspect is voor de persoonsgerichte zorg. De onderzoeker geeft een presentatie aan de vakgroep ergotherapie en de uitkomsten worden meegenomen in het vervolgonderzoek van de werkgroep 'Lerend vermogen', zodat de bevindingen en aanbevelingen toegepast kunnen worden binnen het WZH. Door dit in de praktijk uit te werken, kan de persoonsgerichte zorg worden geoptimaliseerd. Dit levert een bijdrage aan de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg binnen het WZH.

### 6.4 Conclusie

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat alle disciplines een grote diversiteit aan voorbeelden en voorwaarden van betekenisvolle activiteiten kunnen geven. Er is consensus over de items en er is geen concreet verschil in perspectieven gevonden.

Voor het inventariseren moet iedereen zich bewust zijn van de waarde van betekenisvolle activiteiten en het moet geïntegreerd zijn in het zorgproces. Omdat de expertise van ergotherapeuten omtrent het mogelijk maken van handelen ligt, kunnen zij een adviserende rol hebben in het inventariseren en het omzetten van de informatie naar een betekenisvolle activiteit. Uit het literatuuronderzoek en praktijkonderzoek blijkt dat een persoonlijk doel, met concrete voorwaarden, waar alle disciplines van op de hoogte zijn, van belang is om betekenisvolle activiteiten te behouden. Communicatie in beide als kernpunt van een goede multidisciplinaire samenwerking genoemd. Het MDO PGZ wordt in de focusgroepen als belangrijk onderdeel van de multidisciplinaire samenwerking beschouwd, waar welzijn en persoonlijke doelen worden besproken. Echter is dit niet op alle locaties goed geïntegreerd in de dagelijkse praktijk. Daarom wordt aanbevolen om het verder te ontwikkelen en op alle locaties te spreken over de bevorderende/belemmerende factoren en een plan te maken met verbeterpunten. Het benutten van de krachten van alle disciplines wordt genoemd als een bevorderende factor. Daardoor kan de ergotherapeutische zorg effectiever geleverd worden en kan binnen het WZH de kwaliteit van leven van meer bewoners vergroot worden.

## 6.5 Aanbevelingen

- Door de expertise van de ergotherapeut is het van belang dat deze op iedere locatie een rol speelt in de bewustwording van de waarde van betekenisvolle activiteiten en draagvlak creëert.
- Voor professionals die behoefte hebben aan een leidraad kunnen instrumenten als Activity Support Tool en het 'This is me' document ingezet worden. Ergotherapeuten kunnen een adviserende rol hebben om toe te lichten hoe de vragen verband hebben met betekenisvolle activiteiten en hoe de verkregen informatie omgezet kan worden naar een betekenisvolle activiteit.
- Op alle locaties de multidisciplinaire samenwerking verder ontwikkelen door in het team het gesprek aan te gaan en een plan te maken met ontwikkelpunten. Ten aanzien van het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten in de multidisciplinaire samenwerking wordt geadviseerd om minimaal deze punten te bespreken:
  - Vormgeving en integratie van het MDO PGZ.
  - Bevorderen van communicatie tussen disciplines buiten het MDO. Korte lijntjes en aanwezigheid, zodat vragen gesteld durven en kunnen worden.
  - De krachten van iedere discipline en hoe deze optimaal ingezet kunnen worden.
  - Vormgeving van de transitieperiode om betekenisvolle activiteiten te integreren in het begin van het zorgproces, zoals het structureel centraal zetten in het opnamegesprek en kennismakingsgesprek.
  - Duidelijke afspraken over verantwoordelijk zijn en voelen.
  - Duidelijk formuleren van doelen met concrete voorwaarden.
  - Op welke plek en welke wijze rapporteren.

### *Vervolgonderzoek*

- Pilot huisbezoeken door de ergotherapeuten verder onderzoeken en ontwikkelen. Onderzoeken in hoeverre de twijfels uit de focusgroepen relevant zijn en waar nodig de opzet of uitvoering van de huisbezoeken aanpassen.
- Perspectieven van professionals, cliënten en mantelzorgers van het WZH samenbrengen en vergelijken. Zodat een co-creatie kan ontstaan tussen alle betrokkenen wat betreft de werkwijze voor betekenisvolle activiteiten.

## Literatuurlijst

- Afram, B., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H., & Hamers, J. P. (2015). Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies. *International psychogeriatrics*, 27(6), 891-902.
- Beerens, H., de Boer, B., Zwakhalen, S., Tan, F., Ruwaard, D., Hamers, J., & Verbeek, H. (2016). The association between aspects of daily life and quality of life of people with dementia living in long-term care facilities: A momentary assessment study. *International Psychogeriatrics*, 28(8).
- Beurskens, A. J. H. M. (2012). *Meten in de praktijk: stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Cohen-Mansfield, J., Gavendo, R., & Blackburn, E. (2017). Activity Preferences of persons with dementia: An examination of reports by formal and informal caregivers. *Dementia*, 1471301217740716.
- Dirkse, R., Kessels, R. P. C., Hoogeveen, F., & van Dixhoorn, I. (2011). *(Op) nieuw geleerd, oud gedaan. Over het lerend vermogen van mensen met dementie*. Utrecht: Kosmos Uitgevers.
- Dorst, V., Pelt, F. van, Staalduinen, B. van, Trouw, M., Breemen, L. van, Groenendaal, M., & Hoogeveen, F. (2016). Lerend vermogen van mensen met dementie en de rol van de ergotherapeut. Oude routines, nieuwe vaardigheden. *Ergotherapie Nederland*, 28-31.
- Du Toit, S. H., Shen, X., & McGrath, M. (2018). Meaningful engagement and person-centered residential dementia care: A critical interpretive synthesis. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1-13.
- Forman, D., & Pond, D. (2015). *Care of the Person with Dementia: Interprofessional Practice and Education*. Cambridge University Press.
- Harmer, B. J., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and Mental health*, 12(5), 548-558.
- Jonsson, H. (2008). A new direction in the conceptualization and categorization of occupation. *Journal of Occupational Science*, 15, 3-8.

- Le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Lood, Q., Björk, S., Sköldunger, A., Backman, A., Sjögren, K., & Edvardsson, D. (2017). The relative impact of symptoms, resident characteristics and features of nursing homes on residents' participation in social occupations: Cross-sectional findings from U-Age Swenis. *Journal of Occupational Science*, 24(3), 327-337.
- Lucassen, P. L. B. J., & olde Hartman, T. (Eds.). (2006). *Kwalitatief onderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Lloyd, B., & Stirling, C. (2015). A tool to support meaningful person-centred activity for clients with dementia—a Delphi study. *BMC nursing*, 14(1), 10.
- Otero, M. E., Draškovic, I., Bottema, B., Lucassen, P., Degen, S., Vanachterberg, T., ... & Vernooij-Dassen, M. J. (2010). Shared Competences in Multidisciplinary Dementia Care: Validation of a Self-appraisal Instrument. *GeroFam*, 1(2).
- Regier, N. G., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N. (2016). Characteristics of activities for persons with dementia at the mild, moderate, and severe stages. *The Gerontologist*, 57(5), 987-997.
- Smit, D., Willemse, B., de Lange, J., & Pot, A. M. (2014). Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 69-80.
- Soares, S. (2018). *Belemmerende en Bevorderende factoren bij transitie van een oudere met dementie van huis naar woonzorgcentrum m.b.t. het behouden van de betekenisvolle activiteiten/omgevingselementen*. Afstudeeronderzoek Ergotherapie Hogeschool Rotterdam.
- Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., ... & Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(12), 163-225.
- Verhoef, J. A. C., Kuiper, C. H. Z., Neijenhuis, C. A. M., Dekker-van Doorn, C. M., & Rosendal, H. (2015). *ZorgBasics: Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma.



Vorm, S. van der. (2017). *Het belang van behoud van activiteiten, gewoonten en voorkeuren van ouderen met dementia: de invloed van opname op een psychogeriatrische afdeling en de rol van de ergotherapie*. Afstudeeronderzoek Ergotherapie Hogeschool Rotterdam.

Werd, M. M. E., Boelen, D. H. E., & Kessels, R. P. C. (2013). *Foutloos leren bij dementie: een praktische handleiding*. Boom Lemma uitgevers.

### Websites

Alzheimer Nederland. (2017). *Cijfers en feiten over dementie*. Geraadpleegd op 08-05-2018, van <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf>

Alzheimer's Society. (2017). *This is me*. Geraadpleegd op 25-06-2018, van [https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/this\\_is\\_me.pdf](https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/this_is_me.pdf)

Rijksoverheid. (2018). *Dementie*. Geraadpleegd op 08-05-2018, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-dementie>

Smit, D. (2017). *Activity involvement and wellbeing of people with dementia living in care homes* (proefschrift). Geraadpleegd op 22-06-2018, van <https://research.vu.nl/files/56327565/title%20page.pdf>

Stichting Zorginstellingen Pieter van Foreest. (2017). *Verhuishandreiking van Pieter van Foreest. Waardigheid en trots*. Geraadpleegd op 24-06-2018, van <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/verhuishandreiking-pieter-foreest/>

WoonZorgcentra Haaglanden. (z.d.). *WZH: 24 uur per dag verzekerd van specialistische zorg*. Geraadpleegd op 05-05-2018, van <https://www.wzh.nl/wzh>

WoonZorgcentra Haaglanden. (2017). *Jaardocument*. Geraadpleegd op 23-06-2018, van [https://www.wzh.nl/sites/default/files/wzh\\_jaardocument\\_2017.pdf](https://www.wzh.nl/sites/default/files/wzh_jaardocument_2017.pdf)

# Bijlage 1

# Formulier advies opdrachtgever

## INVULFORMULIER ADVIES OPDRACHTGEVER ONDERZOEKSVERSLAG (BIJLAGE BIJ ONDERZOEKSVERSLAG)

Na het schrijven van het eindverslag, voor het inleveren ervan (week 4.6) laat de student onderstaande items invullen door de opdrachtgever. Dit formulier, voorzien van handtekening opdrachtgever, wordt als bijlage toegevoegd aan het eindverslag.

Naam student: <u>Anne loor</u>	Naam docentbegeleider: <u>Netta v.t Leven!</u>	Datum: <u>10-08-18</u>
Naam opdrachtgever: <u>Maya Trouw Mari Groenendaal</u>	Handtekening opdrachtgever:	

Items	ja	nee	Opmerkingen	
<b>Inhoud</b>				
Is de vraagstelling (voldoende) beantwoord?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee		
Is eindproduct zoals afgesproken? (bijv. protocol, implementatieplan, voorlichtingsbijeenkomst, etc.)	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee		
<b>Proces</b>				
Hoe verliep de communicatie met de student?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	<u>Feedback goed verwerkt en prettige communicatie. Het was een fyne samenwerking!</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nakomen en voorbereiden afspraken</li> <li>Tijdig feedback vragen</li> <li>Gebruik maken van feedback</li> <li>Bereikbaarheid</li> </ul>	<input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> nee		
Werkte de student voldoende zelfstandig?	<input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee		<u>Zelfstandig gewerkt en steeds tijdig om feedback gevraagd. Veel initiatief, ook met de focusgroepen. Goed gedaan.</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>zelf doen en onderzoeken waar mogelijk</li> <li>betrokkenheid</li> <li>inzet en initiatief</li> <li>tijdig om hulp vragen</li> </ul>	<input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> nee		
Advies ten aanzien van de beoordeling van het onderzoeksverslag	<input type="checkbox"/> Onvoldoende <input type="checkbox"/> Voldoende <input checked="" type="checkbox"/> Goed		<u>Toelichting: mooie analyses gemaakt en verbanden gelegd. Goed onderzoeksvaarslag geworden!</u>	



## Bijlage 2      Opzet focusgroepen

### Opzet

#### Welkom 3 minuten

- Voorstellen gespreksleider en assistent
- Waarom dit onderzoek
- Geluidsopname, anoniem verwerkt in afstudeeronderzoek
- Voorstelronde > naam en functie

#### Verstaan onder 10 minuten

- Voorbeelden van betekenisvolle activiteiten voor iemand met dementie

Iedereen schrijft 3 voorbeelden op 3 post-its en hangt deze gelijk op

Staan de opvallende punten bespreken (bv. voornamelijk hobby's)

*Literatuuronderzoek: Normen, waarden, gewoonten, rollen, interesses, routines, hobby's*

- Waaraan moet een activiteit voldoen om betekenisvol te zijn/wat moet het opleveren

Staan bij de voorbeelden bespreken

*Literatuuronderzoek: Plezier, behoud van vaardigheden, doelgericht, erbij horen, gevoel van prestatie, iets bijdragen of aansluiten op normen, waarden, gewoonten, rollen, interesses, routines*

#### Inventariseren en behouden (multidisciplinair) 15 minuten

- In hoeverre vinden jullie dat de huidige werkwijze/ procedures die er zijn aandacht hebben voor het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten?

- Hoe inventariseren jullie betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen? Kijkend vanuit je eigen discipline, maar ook de multidisciplinaire samenwerking - Wat zou je helpen/ wat heb je nodig bij het inventariseren

Bevorderend > Wat gaat er goed?

Belemmerend > Wat kan er beter of anders?

- Kunnen mensen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen betekenisvolle activiteiten - behouden? Hoe kijken jullie daarnaar? Wat denk je gaan er activiteiten verloren/ blijven ze gelijk of nemen ze toe?

- Hoe behouden jullie betekenisvolle activiteiten voor mensen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen? Kijkend vanuit je eigen discipline, maar ook de multidisciplinaire samenwerking. Wat zou je helpen?

Bevorderend > Wat gaat er goed?

Belemmerend > Wat kan er beter of anders?

*Literatuuronderzoek:*

*Huisbezoek vóór verhuizing > meerwaarde? Weegt de tijdsinvestering op tegen de voordelen? Is dit haalbaar?, levensverhaal, gesprek cliënt/mantelzorger, observaties*

*Inventarisatie omzetten naar activiteit*

*Inbouwen in dagelijkse praktijk, bewustwording*

*Betekenisvolle activiteit als kerndoel in EPD*

- Is er een rolverdeling in het team, hoe ziet deze eruit?

Is er duidelijk wie er verantwoordelijk is?

*Literatuuronderzoek:*

*Overleg vóór verhuizing > welke disciplines?*

*Na verhuizing > bespreken in MDO of ander moment?*

*Levensverhaal delen met alle disciplines*

*Goede communicatie*

*Alle disciplines bewust van betekenisvolle activiteit en voorwaarden voor die cliënt*

**Afsluiting 2 minuten**

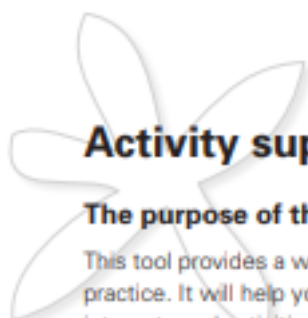
- Zijn er nog belangrijke punten niet naar voren gekomen?

## Bijlage 3 Verwerking focusgroepen

### Codeboek

Name	Description
Inventariseren	
Inventarisatie mogelijkheden	Op welke manieren worden betekenisvolle activiteiten geïnteriseerd
Huisbezoek	Hoe kijken de disciplines naar een huisbezoek om betekenisvolle activiteiten te inventariseren
Instrumenten	De belemmerende en bevorderende factoren
Komen tot informatie over betekenisvolle activiteiten	De belemmerende en bevorderende factoren
Randvoorwaarden	De belemmerende en bevorderende factoren
Omzetten naar activiteit	Hoe wordt de informatie uit de inventarisatie omgezet naar een betekenisvolle activiteit
Behouden	
Behoud mogelijk	Manieren waarop er aan het behouden van betekenisvolle activiteiten wordt gewerkt
Persoonlijke en omgevingsfactoren	De belemmerende en bevorderende factoren
Dagelijkse praktijk	De belemmerende en bevorderende factoren
Afstemming	De belemmerende en bevorderende factoren
Huidige werkwijze	Is er in de huidige werkwijze voldoende aandacht voor betekenisvolle activiteiten
Multidisciplinaire samenwerking	
Communicatie	De belemmerende en bevorderende factoren
Rapportage	De belemmerende en bevorderende factoren
Vormgeving teamwerk	De belemmerende en bevorderende factoren

## Bijlage 4 Activity Support Tool



### Activity support for clients with dementia:

#### The purpose of the tool

This tool provides a way for service providers to put the ideal of 'person centred care' into practice. It will help you to create more detailed and personalised care plans, by identifying interests and activities that are important and rewarding for individual clients.

Completed versions of the tool will remain on the client's file as a lasting record as dementia progresses. This will enable your organisation, as well as future service providers, to provide ongoing support that fits with the client's personality and preferences, even when the client is no longer able to communicate clearly. This is important, as carers and family members can be mistaken about the preferences and priorities of people with dementia.

#### Instructions for use

**Step 1.** During conversations with clients, make a note of any topic or activity that they do or mention often and seem to enjoy. This will be something that has been important to them in their life and continues to be an important part of how they see themselves.

**Step 2.** Confirm your impression with the client, saying something like "It seems to me that ... is very important to you. Is that right? Could you tell me more about that?"

**Step 3.** In a few words, describe this part of their life in the box marked: **'An important part of this client's life is ...'**

**Step 4.** Observe what the client does that shows that this is important to him or her. Write this in the box marked: **What does he/she do that shows that this is important?**

**Step 5.** Observe the kinds of objects or things that clients use when they are doing this activity. For example, if the client enjoys painting as a recreational activity, write 'paint, paper, brushes,' in the box marked: **What thing(s) does he/she need to do this?**

**Step 6.** Through observing and talking to the client, decide whether these activities need to happen in the exact place the client now uses, or whether they could happen in a similar kind of place. For example, if the client enjoys cooking, is there something about his or her current kitchen that is very important, or would any kitchen serve the purpose just as well?

**Step 7.** Go to the box marked: **Where does this need to be done?** If they must use this exact place, then tick the box 'This particular place' and write what it is (e.g. 'this kitchen'). If they could do what is important to them in a similar place if the right things were provided, tick the box 'This kind of place' and write what it is (e.g. a kitchen).

**Step 8.** Now think of a service your organisation could provide, that could enable the client to keep doing this activity or to do it in a way that would be more personally satisfying. Write the name of these activities or services in the box marked: **What can my service do to support this activity?**

**Step 9.** With the aid of the completed form, discuss your ideas with your supervisor or service coordinator. Record the results of your discussion on the form 'Activity support for clients with dementia: suggestions for practice' and attach both forms to the client's file.

## Activity Support for Clients with Dementia

Name of Client .....

▶ An important part of this client's life is

.....  
.....

▶ What does he/she do that shows that this is important?

.....  
.....

▶ What thing(s) does he/she need to do this?

.....  
.....

▶ Where does this need to be done?

This particular place:  .....

This kind of space:  .....

▶ What can my service do to support this activity?

.....  
.....

▶ Service Provider

Name: .....

Signature: ..... Date: .....

**Activity Support for Clients with Dementia: Suggestions for practice**

▶ Proposed service or activity:

.....  
.....

▶ Benefit/s to the client:

.....  
.....

▶ Management of risk/s to client (if any):

.....  
.....

▶ Management of risk/s to service provider (if any):

.....  
.....

▶ Intended outcome/s for client:

.....  
.....

▶ Intended outcome/s for service provider:

.....  
.....

.....  
Name and role of service provider

.....  
Name of supervisor

.....  
Signature

.....  
Signature



## Bijlage 5 Shared Competences in Dementia Patient Care

APPENDIX A Initial list of competencies (28 items), ratios for item inclusion, and source competence models from which the items are derived		
Competences	Ratio for item inclusion contributes to better:	Competence model
<b>COMPETENCES IN DEMENTIA PATIENT CARE</b>		
1. I recognize the most important symptoms of dementia.	Detection of dementia	- CBO, 2005 - Epstein & Hundert, 2002 - Bruce et al. 2002 - Turner et al. 2004 - Williams et al. 2005 - Boomsma et al. 2005
2. I can determine the extent of the informal caregiver's burden.	Support for informal caregivers	- Bruce et al. 2002 - Williams et al. 2005
3. I consider myself competent in dealing with behavior problems of people with dementia such as apathy and aggression.	Management of neuro-psychiatric symptoms	- Williams et al. 2005
4. I am able to adapt care to the individual wishes and needs of people with dementia and their informal caregivers.	Patient-centered care	- Bruce et al. 2002 - Williams et al. 2005
5. I can deal with cognitive limitations of people with dementia.	Adapted communication	- Williams et al. 2005
6. I consider myself competent in dealing with informal caregivers' problems caused by caregiving tasks.	Support for informal caregivers	- Bruce et al. 2002 - Williams et al. 2005
7. I always take care that I do not interfere with an informal caregiver and his/her family member with dementia.	Respect for client's autonomy	- Williams et al. 2005
8. I am able to give advice and care for a safe and pleasant home environment.	Safety	- Williams et al. 2005
9. I am familiar with riskful behavior of people with dementia.	Safety	- Lauder et al. 2000
10. I am well informed about the available care facilities in the region.	Integrated care: social map	- Bruce et al. 2002 - Herbert et al. 2003 - Aims of the NDP project, 2005 - Turner et al. 2004
11. I am able to organize care in cooperation with other institutions (general practitioners, home care, etc.) and volunteers.	Integrated care: collaboration	- Aims of the NDP project, 2005 - Herbert et al. 2003
<b>INTERACTIONS WITH PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR INFORMAL CAREGIVERS</b>		
12. I am able to give as effective care to people with dementia as to other patients.	Dementia-specific care	- Lauder et al. 2000 - Van Hout et al. 2000
13. I understand the problems of people with dementia very well. Dementia-specific care Dementia-specific care	Dementia-specific care	- Lauder et al. 2000 - Williams et al. 2005
14. Care for people with dementia is very rewarding.	Attitude (positive)	- Lauder et al. 2000 - Van Hout et al. 2000
15. I am satisfied with my own performance in caring for people with dementia.	Attitude (positive)	- Lauder et al. 2000

<b>APPENDIX A</b>		
Initial list of competencies (26 items), ratios for item inclusion, and source competence models from which the items are derived		
<b>Competences</b>	<b>Ratio for item inclusion contributes to better:</b>	<b>Competence model</b>
16. I have the impression that people with dementia appreciate the care I provide.	Attitude (positive)	- Williams et al. 2005
17. I have the impression that informal caregivers appreciate the care I provide.	Attitude (positive)	- Bruce et al. 2002 - Bruce et al. 2002
18. Taking care of people with dementia involves a lot of extra stress.	Attitude (negative)	- Oyeboode, 2003
<b>PROFESSIONAL INTERACTIONS</b>		
19. While caring for people 2000 with dementia, I do not get et al. enough directed supervision from experienced colleagues	Supervision	- Lauder et al. - Van de Camp 2006
20. I have the impression that colleagues appreciate my efforts in dementia care.	Respect for colleagues	- Van de Camp et al.2008
21. My colleagues are familiar with my expertise in care for people with dementia and their proxies.	Communication	- Van de Camp et al.2008
22. I am well informed on the specific assessments of all collaborating parties.	Sharing knowledge	- Lauder et al. 2000
23. In my work setting, I am encouraged to gather knowledge and skills in the area of dementia care.	Professional development	- Van de Camp et al. 2006
24. I receive useful tips and advice from colleagues regarding problems that I encounter in the care for people with dementia.	Sharing knowledge	- Lauder et al. 2000
25. Enough supporting staff is available to provide all the care needed.	Staffing	- Van de Camp et al.2008
26. I believe that competition between different organizations in dementia networks blocks the implementation of improvements. The final questionnaire comprised 19 items(items bolded)	Competition in dementia networks	- Herbert et al. 2003

## Bijlage 6 Zoekhistorie

### Databank: Cinahl

Trefwoorden	Boleaanse operatoren	Aantal artikelen	Relevante artikelen
Dementia	AND	10	Geen
Meaningful activit*	AND		
Occupational therapy			
Dementia	AND	108	Geen
Daily activit*	AND		
Occupational therapy			
Dementia	OR	134	Han, A., Radel, J., McDowd, J. M., & Sabata, D. (2016). Perspectives of People with Dementia About Meaningful Activities. <i>American Journal Of Alzheimer's Disease &amp; Other Dementias</i> , 31(2), 115-123.
Alzheimer	AND		
Meaningful activit*			
			Nyman, S. R., & Szymczynska, P. (2016). Meaningful activities for improving the wellbeing of people with dementia: beyond mere pleasure to meeting fundamental psychological needs. <i>Perspectives In Public Health</i> , 136(2), 99-107
Dementia	OR	2	Geen
Alzheimer	AND		
Meaningful activit*	AND		
Admission			
Dementia	OR	40	Harmer, B., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. <i>Aging &amp; Mental Health</i> , 12(5), 548-558.
Alzheimer	AND		
Meaningful activit*	AND		
Nursing home			
Dementia	AND	14	Zelfde artikel van Harmer en Orrell (2008)
Meaningful activit*	AND		
Carers			
Dementia	AND	0	Geen
Meaningful activit*	AND		
Carers	AND		
Move	AND		
Nursing home			

Dementia	AND	8	Smith, M., Kolanowski, A., Buettner, L., & Buckwalter, K. (2009). Beyond bingo: meaningful activities for persons with dementia in nursing homes. <i>Annals Of Long Term Care</i> , 17(7), 22-30.
Meaningful activit* Nurse	AND		
Dementia	AND	0	Geen
Meaningful activit*	AND		
Carers	AND		
Move	AND		
Nursing home			

#### Databank: OTSeeker

Trefwoorden	Boleaanse operatoren	Aantal artikelen	Relevante artikelen
Dementia	AND	4	Geen
Meaningful activit*			
Alzheimer	AND	2	Geen
Meaningful activit*			
Dementia	AND	0	Geen
Meaningful occupations	AND		

#### Databank: Cochrane

Trefwoorden	Boleaanse operatoren	Aantal artikelen	Relevante artikelen
Dementia	AND	3	Geen
Meaningful activit*			
Alzheimer	AND	2	Geen
Meaningful activit*			
Dementia	AND	0	Geen
Meaningful occupations	AND		

#### Databank: Pubmed

Trefwoorden	Boleaanse operatoren	Aantal artikelen	Relevante artikelen
Dementia	AND	20	Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M., He, W., ... & Beattie, E. (2016). Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. <i>JB I database of systematic reviews and implementation reports</i> , 14(12), 163-225.
Meaningful activit* Occupational therapy	AND		
Dementia	AND	219	Geen

Daily activit*	AND		
Occupational therapy			
Dementia	OR	208	Nyman, S. R., & Szymczynska, P. (2016). Meaningful activities for improving the wellbeing of people with dementia: beyond mere pleasure to meeting fundamental psychological needs. <i>Perspectives In Public Health, 136(2), 99-107</i>
Alzheimer	AND		
Meaningful activit*			
Dementia	AND	4	Geen
Meaningful activit*	AND		
Admission			
Dementia	AND	40	Zelfde artikel van Travers et al. (2016)
Meaningful activit*	AND		
Nursing home			
Dementia	AND	14	Zelfde artikel van Harmer en Orrell (2008)
Meaningful activit*	AND		
Carers			Roland, K. P., & Chappell, N. L. (2015). Meaningful activity for persons with dementia: Family caregiver perspectives. <i>American Journal of Alzheimer's Disease &amp; Other Dementias®</i> , 30(6), 559-568.
Dementia	AND	9	Geen
Meaningful activit*	AND		
Nurse			
Dementia	AND	21	Geen
Meaningful activit*	AND		
Identify			
Dementia	AND	9	Geen
Meaningful activit*	AND		
Maintain			
Dementia	AND	35	Otero, M. E., Draškovic, I., Bottema, B., Lucassen, P., Degen, S., Vanachterberg, T., ... & Vernoij-Dassen, M. J. (2010). Shared Competences in Multidisciplinary Dementia Care: Validation of a Self-appraisal Instrument. <i>GeroFam, 1(2)</i> .
Multidisciplinary	AND		
Instrument			
Dementia	AND	21	Du Toit, S. H., Shen, X., & McGrath, M. (2018).
Meaningful	AND		

Person centered care

Meaningful engagement and person-centered residential dementia care: A critical interpretive synthesis. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1-13.

Lloyd, B., & Stirling, C. (2015). A tool to support meaningful person-centred activity for clients with dementia—a Delphi study. *BMC nursing*, 14(1), 10.