

Thuis

in het verpleeghuis



*Een onderzoek naar de effecten van kleinschalig wonen
op de kwaliteit van leven van mensen met dementie.*

Auteur: Karin Hersbach
Studentnummer: 279847
Datum: 20 augustus 2010

Afstudeerbegeleider: Dr. A.P. Nieboer
Meelezer: Drs. J.M. Cramm

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Voorwoord

De scriptie die nu voor u ligt, is de laatste stop in mijn reis naar mijn uiteindelijke doel: Het behalen van mijn academische titel en diploma voor de studie Zorgmanagement. Na vijf jaar, naast mijn studie bedrijfskunde, te hebben gewerkt op een verpleegafdeling voor ouderen met dementie, wilde ik mij graag verder verdiepen in de zorg. De koppeling met de studie Beleid en Management Gezondheidszorg was met mijn bedrijfskundige achtergrond al snel gemaakt. Ik heb altijd met erg veel plezier gewerkt in de langdurige zorg met kwetsbare ouderen met dementie. Vandaar dat ik ervoor heb gekozen mij tijdens mijn afstudeeronderzoek te richten op deze doelgroep. Het was een lange reis met veel tegenvallers. Ondanks deze tegenvallers, heb ik aan het onderzoek zelf wel veel plezier beleefd, vooral vanwege de opvallende resultaten die in het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Allereerst wil ik mijn dank richten op mijn afstudeerbegeleidster Dr. Anna Nieboer voor haar tijd, begeleiding en feedback tijdens het schrijven van deze scriptie. Haar kritische blik en kennis hebben mij geholpen mijn eerste ideeën om te zetten naar een interessant, uitgebreid en uniek onderzoek. Ook haar kennis en kunde van SPSS heeft mij erg geholpen bij de (ingewikkelde) analyses in dit onderzoek. Daarnaast wil ik mijn meelezers Drs. Jane Cramm bedanken voor haar tijd en begeleiding tijdens deze afstudeerscriptie en haar tips bij het opstellen van mijn onderzoeksvoorstel.

Vanuit stichting Laurens wil ik mijn contactpersoon (en collega) Drs. Tamarinde Weekers bedanken voor de mogelijkheid die zij mij heeft gegeven voor het uitvoeren van dit onderzoek binnen de organisatie. Daarnaast wil ik haar bedanken voor haar tijd en begeleiding tijdens de uitvoeringfase. De locaties die hebben deelgenomen wil ik bedanken voor de tijd en moeite die zij hebben geïnvesteerd voor hun deelname aan mijn onderzoek.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn studiegenoot Chereen Bainathsah, aan wie ik veel steun heb gehad tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Vooral als het even niet zo ging als we hadden gehoopt. Ik ben erg benieuwd naar jouw eigen onderzoek en wens je veel succes met afstuderen! Ten slotte wil ik mijn familie en vriend bedanken voor hun interesse en onvoorwaardelijke steun op de momenten dat ik die nodig had.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van dit onderzoek!

Karin Hersbach, augustus 2010

Samenvatting

In verscheidene wetenschappelijke artikelen wordt gesuggereerd dat kleinschalig wonen een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van mensen met dementie vanwege de 'huiselijke' en vertrouwde setting die met dit alternatief voor traditionele verpleeghuiszorg wordt gecreëerd. Empirische evidentie van dit effect is, behalve een aantal voorzichtige eerste bevindingen, schaars. Ook over de achterliggende oorzaken van dit effect bestaat weinig wetenschappelijk bewijs. Vanwege de ruime definitie die wordt gegeven voor kleinschalig wonen, en de kenmerken waaraan moet worden voldaan, bestaat er in de praktijk een variatie aan verschijningsvormen.

Deze verschijningsvormen variëren in organisatorische kenmerken, zoals het aantal bewoners dat in een kleinschalige woonvorm woont en het aantal medewerkers dat op een groep aanwezig is. Er bestaan daarnaast verschillen in andere kenmerken, zoals de houding van de medewerkers. Er wordt verwacht dat dergelijke kenmerken de mate van kleinschaligheid van een woonvorm kunnen beïnvloeden. De literatuur die deze mate van kleinschaligheid behandelt, laat hierbij de mogelijkheid open dat het leveren van kleinschalige zorg niet noodzakelijk gebonden is aan een kleinschalige woonvorm, maar ook in een grootschalige setting kan worden verwezenlijkt. Daarnaast is het van belang om rekening te houden met de karakteristieken van bewoners, die binnen kleinschalige woonvormen en traditionele verpleeghuizen niet identiek blijken te zijn. In dit onderzoek wordt de relatie tussen kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven van mensen met dementie onderzocht, waarbij de verschillende kenmerken zoals hierboven beschreven worden meegenomen. Er wordt hierbij verondersteld dat deze variabelen de relatie tussen kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven beïnvloeden, en hierdoor cruciaal zijn in het onderzoeken van kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

De variabelen worden getoetst door middel van een cross-sectioneel onderzoek. Er worden verschillende univariate en multivariate statistische methoden gebruikt om de analyses uit te voeren, zoals kruistabellen, correlaties, de t-toets, de eenweg-variantie analyse en de regressie analyse.

Conform de verwachtingen in het onderzoek, zijn er significante verschillen gevonden tussen groepsgrootte en de attitude van de medewerker en de mate van kleinschaligheid van de woonvorm. Hierbij is, eveneens conform de verwachtingen, gevonden dat des te kleiner de groepsgrootte, en des te meer integraal, vraaggestuurd en persoonsgericht de attitude van de medewerker is, des te sterker is de mate van kleinschaligheid. Ook is, zoals werd verwacht in het onderzoek, gevonden dat deze variabelen een directe invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit

van leven van de bewoner. In tegenstelling tot de verwachtingen, is echter gebleken dat mensen op traditionele verpleegafdelingen hoger scoren op de kwaliteit van leven dan mensen op kleinschalige woonvormen. Een indirecte invloed via de mate van kleinschaligheid is niet gevonden. Daarnaast is in het onderzoek gevonden dat karakteristieken van bewoners met dementie zoals de zorgafhankelijkheid en cognitieve status, maar ook demografische kenmerken zoals leeftijd, invloed uit kan oefenen op zijn of haar kwaliteit van leven. Het is daarom van belang om dergelijke variabelen mee te nemen in onderzoeken naar kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

Summary

In several scientific articles, there is suggested that living in a small scale living facility has a positive effect on people with dementia, because of the domestic and trusting setting that is created with this alternative of traditional nursing care. Empirical evidence for this effect is scarce. Moreover, causes of this effect have been understudied. In practice, there are a lot of different sorts of small scale living facilities available for elderly with dementia. Mainly because of the broad definition used for a group living home and the criteria that have to be met. These different kinds of small scale living facilities vary in organizational features, like the number of residents in a small scale living facility and the number of employees working on a small scale living facility. Besides, there are differences in other features, like the attitude of employees. It is suggested that features like described above, are able to influence the extent to which a facility can be characterized as small scale. Articles that discuss this level of small scale living, indicate that small scale care does not necessarily have to be provided in a small scale living facility, but can also be provided in a larger, more traditional nursing home. It is also important to take the characteristics of the residents into account, that are known to vary between small scale living facilities and traditional nursing homes. In this study, the relationship is investigated between different homes and quality of life of people with dementia, with the organizational features described above. It is suggested that those variables are able to affect the relationship between small scale living and quality of life, and therefore are crucial in investigating small scale living for people with dementia.

The variables are tested using a cross-sectional research design. Univariate and multivariate statistical methods will be used such as cross tables, correlations, t-tests, one-way anova and regression analysis.

Like expected in this research, significant differences have been found between group size, the attitude of employees and the level of small scale of a facility. Also in accordance with our expectations, the smaller the number of residents, and the more integral and demand-driven the attitude of employees, the higher is the level of small scale of the facility. Like expected in this research, these variables do influence the quality of life of people with dementia. However, in contrast with the expectations, there has been found that people living in traditional nursing homes have a higher quality of life than people living in a small scale living facility. The level of small scale living does not influence the quality of life. Characteristics of residents, like the care dependency and cognitive status, but also demographic characteristics like age, were found to influence his or her quality of life. It is therefore important to take these characteristics into account when investigating small scale living facilities and the quality of life of people with dementia.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Summary	5
Lijst met figuren & Tabellen.....	8
1. Kleinschalig wonen - een introductie	10
1.1 Inleiding.....	10
1.2 Waarom kleinschalig wonen?	10
1.3 'Zoals het klokje thuis tikt...'	11
1.4 Maar wat is kleinschalig wonen voor mensen met dementie?.....	11
1.5 Kleinschalig wonen en de effecten op mensen met dementie.....	12
1.6 Onderzoeksvraag	13
1.7 Doelstelling.....	14
1.8 Academische relevantie.....	14
1.9 Praktische relevantie	14
1.10 Leeswijzer	14
2. Literatuuronderzoek	16
2.1 Dementie.....	16
2.1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	16
2.1.2 Wat is dementie?	16
2.1.3 Kwaliteit van leven voor mensen met dementie.....	18
2.2 Kleinschalig wonen voor mensen met dementie	19
2.2.1 De ontwikkeling van kleinschalig wonen in Nederland.....	19
2.2.2 Wat is kleinschalig wonen?	19
2.2.3 De kenmerken van kleinschalig wonen	20
2.3 Mensen met dementie en de kwaliteit van leven.....	22
2.3.1 Kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven	22
2.3.2 De mate van kleinschaligheid en organisatorische kenmerken	23
2.3.3 De mate van kleinschaligheid en de attitude van de medewerker	25
2.3.4 Karakteristieken van bewoners met dementie	26
2.4 Conceptueel model.....	27
2.5 Samenvatting	28
3. Onderzoeksmethodologie	29
3.1 Onderzoekdesign.....	29
3.2 Onderzoeksprocedure	29

3.2.1 Selectieprocedure locaties	29
3.2.2 Onderzoeksprocedure locaties.....	30
3.2.3 Onderzoeks- en selectieprocedure respondenten	31
3.3 Meetinstrumenten.....	32
3.3.1 Organisatorische kenmerken	32
3.3.2 De mate van kleinschaligheid.....	32
3.3.3 De houding van de medewerker.....	32
3.3.4 Karakteristieken van de bewoner met dementie.....	33
3.3.5 Kwaliteit van leven van de bewoner met dementie	33
3.3.6 Kwaliteit van leven van de bewoner met zeer ernstige dementie.....	34
3.3.7 Socio-demografische variabelen	34
3.3.8 De vragenlijsten	35
3.4 Representativiteit van de data	35
3.4.1 Respons.....	35
3.4.2 Het opschonen van de data	35
3.4.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep.....	36
3.4.4 Tweedeling in de analyses	37
3.5 Betrouwbaarheid van de schalen.....	38
3.5.1 Schaalbetrouwbaarheid eerste analyse: Onderzoeksgroep totale Qualidem	38
3.5.2 Schaalbetrouwbaarheid tweede analyse: Onderzoeksgroep verkorte Qualidem	39
3.6 Statistische onderzoekstechnieken.....	39
3.7 Samenvatting	40
4. Resultaten.....	41
4.1 Karakteristieken bewoners in de verschillende woonvormen	41
4.2 Organisatorische kenmerken en de attitude van medewerkers.....	42
4.2.1 Groepsgrootte en het aantal medewerkers op een woonvorm	42
4.2.2 Organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker	42
4.2.3 Conclusies	43
4.3 De mate van kleinschaligheid	43
4.3.1 Organisatorische kenmerken en de mate van kleinschaligheid	43
4.3.2 Attitude medewerker en de mate van kleinschaligheid	44
4.3.3 Organisatorische kenmerken, attitude medewerker en de mate van kleinschaligheid ...	44
4.3.4 Conclusies	45
4.4 Kwaliteit van leven – univariate analyses.....	45
4.4.1 Organisatorische kenmerken, attitude, mate van kleinschaligheid en kwaliteit van leven	46
4.4.2 Karakteristieken van de bewoners	47
4.4.3 Conclusies	49

4.4 Kwaliteit van leven - multivariate analyse	50
4.4.1 De regressie analyse	50
4.4.2 De verklaring van het totale regressie model.....	58
4.4.3 Conclusies	58
4.5 Samenvatting	59
5. Conclusies en discussie.....	64
5.1 Conclusies.....	64
5.2 Limitaties	67
5.3 Aanbevelingen.....	68
5.4 Slotconclusie	69
Literatuurlijst	70
Bijlage 1: Criteriumlijst kleinschalig wonen	74
Bijlage 2: de Approach to dementia scale.....	74
Bijlage 3: De Care Dependency Scale.....	76
Bijlage 4: De Standardized Mini-Mental State Examination	79
Bijlage 5: Qualidem	81
Bijlage 6: Kwaliteit van leven – univariate analyses totale databestand	82
Organisatorische kenmerken, attitude en de mate van kleinschaligheid.....	83
Karakteristieken van de bewoners	83
Conclusies	85
Bijlage 7: Kwaliteit van leven - multivariate analyse totale databestand.....	85
De regressie analyse	86
De verklaring van het totale regressie model	90
Conclusies	90

Lijst met figuren & Tabellen

Figuur 1 - Conceptueel model.....	28
Tabel 1 - Onderzoekslocaties, deelnemende woonvormen en groepsgrootte	30
Tabel 2 - Deelnemende woonvormen	30
Tabel 3 - Totaal aantal deelnemende woonvormen.....	31
Tabel 4 - demografische kenmerken onderzoeksgroep bewoners	36
Tabel 5 - Demografische kenmerken onderzoeksgroep medewerkers.....	37
Tabel 6 - Schaalbetrouwbaarheid onderzoeksgroep totale Qualidem	38
Tabel 7 - Schaalbetrouwbaarheid onderzoeksgroep verkorte Qualidem	39
Tabel 8 - Karakteristieken bewoners in de verschillende woonvormen.....	41

Tabel 9 - Groepsgrootte en het gemiddeld aantal medewerkers op een woonvorm (N = 29)	42
Tabel 10 - Groepsgrootte en de mate van kleinschaligheid (N = 29)	43
Tabel 11 - Groepsgrootte, attitude en de mate van kleinschaligheid (N = 29)	44
Tabel 12 – Groepsgrootte, attitude, mate van kleinschaligheid en kwaliteit van leven	46
Tabel 13 - Karakteristieken bewoners en kwaliteit van leven	48
Tabel 14 - Invloed op subschaal 'Zorgrelatie' (N = 102)	51
Tabel 15 - Invloed op de subschaal 'Positief affect' (N = 102)	52
Tabel 16 - Invloed op de subschaal 'Negatief affect'	52
Tabel 17 - Invloed op subschaal 'Rusteloos gespannen gedrag' (N = 102)	53
Tabel 18 - Invloed op subschaal 'Positief zelfbeeld' (N = 102).....	54
Tabel 19 - Invloed op subschaal 'Sociale relaties' (N = 102)	54
Tabel 20 - Invloed op subschaal 'Sociaal isolement' (N = 102).....	55
Tabel 21 - Invloed op subschaal 'Zich thuis voelen' (N = 102).....	55
Tabel 22 - Invloed op subschaal 'Iets om handen hebben' (N = 102)	56
Tabel 23 - Invloed op de totale kwaliteit van leven (N = 102)	57
Tabel 24 - Verklaring totale regressiemodel op kwaliteit van leven	58
Tabel 25 - Samenvatting van hypothesen en resultaten	62
Tabel 26 - Groepsgrootte, attitude, mate van kleinschaligheid en kwaliteit van leven (N = 118)....	83
Tabel 27 - Karakteristieken bewoners en kwaliteit van leven	84
Tabel 28 - Invloed op subschaal 'Zorgrelatie' (N = 118)	86
Tabel 29 - Invloed op subschaal 'Positief affect' (N = 118)	86
Tabel 30 - Invloed op subschaal 'Negatief affect' (N = 118).....	87
Tabel 31 - Invloed op subschaal 'Rusteloos gespannen gedrag' (N = 118)	87
Tabel 32 - Invloed op subschaal 'Sociale relaties' (N = 118)	88
Tabel 33 - Invloed op subschaal 'Sociaal isolement' (N = 118).....	89
Tabel 34 - Invloed op de totale kwaliteit van leven (N = 118)	89
Tabel 35 - Verklaring totale regressiemodel op kwaliteit van leven	90

I. Kleinschalig wonen - een introductie

1.1 Inleiding

Kleinschalig wonen voor mensen met dementie staat volop in de belangstelling en wordt door velen gezien als de toekomst. In een brief aan de Tweede Kamer bepleit staatssecretaris van VWS Jet Bussemaker het belang van kleinschalig wonen en dat er acties zijn genomen en nog zullen worden genomen om de implementatie van dit concept te stimuleren (Kamerbrief, 2009). Concreet betekent dit dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van 2009 tot en met 2011 €65,1 miljoen extra uittrekt voor kleinschalige zorg aan mensen met dementie. Met deze regeling wil het ministerie van VWS zorgaanbieders in de AWBZ stimuleren de zorg voor deze mensen kleinschalig te organiseren (www.kcwz.nl). De belangstelling bij zorgaanbieders voor deze stimuleringsregeling is zo groot, dat eind maart 2010 bekend werd dat deze voor 2009 en 2010 al overtekend was. Inmiddels hebben volgens de NZa ook voor 2011 de aanvragen de beschikbare financiële middelen ver overstegen. De grote schaal waarop bij de zorgaanbieders animo is om over te schakelen naar kleinschalig werken overtreft hiermee alle verwachtingen. Het kenniscentrum Wonen-Zorg van Aedes-Actiz had graag gezien dat alle projecten hiervoor een financiële impuls krijgen (www.kcwz.nl).

Van deze grote belangstelling voor kleinschalig wonen is niet alleen in Nederland sprake, ook in andere landen wordt al geruime tijd onderzoek gedaan naar deze alternatieve vorm van verpleeghuiszorg. Zo werden in het begin van de jaren '80 door lokale innovatieve organisaties in Zweden al kleine collectieve woonconcepten ontwikkeld voor mensen met dementie (Johansson, 1990). En ook in de Verenigde Staten waren in de jaren '80 ontwikkelingen gaande op het gebied van kleinschalig wonen met de 'Green houses' van William Thomas (Thomas, 2003 - 2004).

1.2 Waarom kleinschalig wonen?

Bovengenoemde ontwikkelingen kunnen worden gezien als een reactie op de traditionele verpleeghuiszorg, die in de Verenigde Staten al in de jaren '70 door consumentengroepen, overheidsinstanties, activisten, journalisten en families als kwalitatief ontoereikend werd beschouwd (Rabig e.a., 2006). In Zweden wordt vooral de vergrijzing met een grote stijging van het aantal hoogbejaarden (80+) tot gevolg als oorzaak aangeduid voor een grote behoefte aan meer en betere alternatieven voor de traditionele verpleeghuiszorg (Johansson, 1990). In Nederland heeft een samenloop van maatschappelijke, economische en beleidsmatige ontwikkelingen in de zorg voor ouderen ertoe geleid dat de zorgvraag van bewoners in verzorgings- en verpleeghuizen steeds zwaarder en complexer wordt, terwijl tegelijkertijd de trend

naar het streven naar zo veel mogelijk zelfredzaamheid en privacy onverminderd doorzet. Deze combinatie van ontwikkelingen leidt onder andere tot kleinschaligheid in het wonen voor en de zorg aan ouderen met dementie (Huijsman & Bronsvort, 2006).

Volgens prof. dr. Eefsting, bestuurder van Zorgcombinatie Zwolle en hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, lijken kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie het gedroomde alternatief voor de als obsoleet beschouwde grootschalige verpleeghuizen (Eefsting, datum onbekend). Prof. dr. Groot, voorzitter van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Limburg, benadrukt dat ouderen met dementie de persoonlijke bejegening, de huiselijkheid en herkenbaarheid van hun kleinschalige woonomgeving prijzen. Ook volgens hem heeft kleinschalig wonen de toekomst, zeker in een tijd waarin de eisen die ouderen stellen aan hun woonomgeving en verzorging toenemen (Verbeek e.a., 2008). Huijsman en Bronsvort (2006) bepleiten dat in een kleinschalige opzet meer rekening kan worden gehouden met de voorkeur en wensen van bewoners, bijvoorbeeld ten aanzien van privacy, woonruimte en dagritme. Volgens hen speelt ook de zorgvisie op mensen met dementie hierin een belangrijke rol. Dementie is namelijk een voortschrijdende en onomkeerbare ziekte waaraan medisch niet veel te doen is, maar waar het accent gelegd wordt op de kwaliteit van leven in een herkenbare setting die appèl blijft doen op afwijkende vermogens (Huijsman & Bronsvort, 2006). Hans Houweling, de grondlegger van het kleinschalig wonen in Nederland betoogt: “Er is een reden om te koken met de groep, te strijken etc. En dat is het bieden van herkenbare prikkels: pruttelende koffie, de schroeilucht van een strijkijzer, kookgeluiden, etcetera.” (Houweling in van Waarde e.a., 2008).

1.3 ‘Zoals het klokje thuis tikt...’

Een argument dat vrijwel altijd naar voren komt in het pleidooi van voorstanders van kleinschalig wonen, is de *herkenning* die deze alternatieve vorm van verpleeghuiszorg voor mensen met dementie met zich meebrengt. De vertrouwde, herkenbare leefomgeving zou ervoor zorgen dat mensen het gevoel hebben dat zij ‘thuis’ zijn in plaats van gehospitaliseerd. Eind jaren '90 is al uit onderzoek gebleken dat ouderen die zich thuis voelen, sterke gevoelens van veiligheid en autonomie ervaren en erg tevreden zijn met hun leven. Ouderen kunnen echter grote problemen ervaren bij het ontwikkelen van dit ‘thuisgevoel’ in een andere setting dan hun eigen huis. Het ontwikkelen van interventies die bijdragen aan dit thuisgevoel kunnen hierdoor zeer waardevol zijn in het verhogen van de kwaliteit van leven voor hen die de laatste jaren van hun leven in een andere setting dan hun eigen huis moeten doorbrengen (Hammer, 1999).

1.4 Maar wat is kleinschalig wonen voor mensen met dementie?

Volgens Nouws (2003) bestaat er een grote mate van consensus over de kernwaarden van kleinschaligheid: Huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid, eigen ervaringswereld, veilige

en vertrouwde omgeving. Hij noemt dat 'het fundament van kleinschaligheid ligt in het bieden van een zo prettig mogelijke leefomgeving aan mensen met dementie in de laatste jaren van hun leven' (Nouws, 2003). Kleinschalig wonen is een middel om dit te bereiken (Nouws in van Waarde e.a., 2008). Ook Ad Witlox, directeur van Daelhoven en de Wiekslag in Soest benadrukt dat kleinschalig wonen een middel is om het echte doel te bereiken: Het creëren van een herkenbare, huiselijke woonomgeving voor mensen met dementie (Witlox in van Waarde e.a., 2008).

De definitie van kleinschalige zorg is ruimer dan de definitie van kleinschalig wonen in het Uitvoeringsbesluit WTZi om een grotere diversiteit aan kleinschalige woonvormen te stimuleren (www.kcwz.nl). In de praktijk blijkt ook dat uiteenlopende verschijningsvormen zijn ontstaan, van losstaande woningen in de wijk, tot afdelingen in een traditioneel verpleeghuis die zijn omgebouwd tot kleinschalige woonvorm.

1.5 Kleinschalig wonen en de effecten op mensen met dementie

Ondanks de bewust ruime definitie van kleinschalige zorg, en de consensus die bestaat over de kernwaarden van kleinschaligheid, bestaat er weinig inzicht in de effecten van deze kleinschaligheid op de mensen die er gebruik van maken: de bewoner met dementie. De argumenten van voorstanders van kleinschalig wonen, veelal deskundig op het gebied van de zorg voor mensen met dementie, zijn aannemelijk. Empirische evidentie over de effecten bestaan echter nog niet. Hoewel in een recent onderzoek van te Boekhorst e.a. (2009) een aantal positieve effecten van kleinschalig wonen is gevonden op de kwaliteit van leven van mensen met dementie, kwam uit ditzelfde onderzoek naar voren dat traditionele verpleeghuizen op een aantal gebieden ook goed presteerden. Daarnaast is uit een recente studie van Verbeek e.a. (2010) gebleken dat de karakteristieken van mensen met dementie in kleinschalige woonvormen verschillen met die van mensen met dementie op traditionele verpleegafdelingen. Zo hebben bewoners van kleinschalige woonvormen een hogere cognitieve en functionele status (Verbeek e.a., 2010). Deze bevindingen roepen de vraag op, of de effecten op de kwaliteit van leven nu worden veroorzaakt door een bepaalde mate van kleinschaligheid, of door het feit dat de bewoners van deze verschillende woonvormen andere karakteristieken hebben.

Een ander voorbeeld waar op dit moment nog geen eenduidigheid over bestaat, is de ideale groepsgrootte binnen een kleinschalige woonvorm. Waar Erik Krijger (2004) van het NIZW-programma innovatie in de zorg noemt dat zes bewoners per groep optimaal is, wordt in de folder 'Handreiking kleinschalig wonen voor mensen met dementie' (2010) gesproken over een ideale groepsgrootte van zes tot tien bewoners. Volgens Actiz mag een kleinschalige woonvorm ten hoogste aan acht bewoners onderdak bieden (www.kcwz.nl). In het uitvoeringsbesluit van de WTZi staat echter vermeld dat in een kleinschalige woonvorm voor mensen met dementie maximaal zes

bewoners mogen verblijven (www.overheid.nl). Ook in de praktijk blijken kleinschalige woonvormen met zes bewoners te bestaan, maar eveneens met zeven, acht of meer dan acht bewoners (Huijsman & Bronsvort, 2006).

Daarnaast stelt van IJperen (2005) dat door de grote diversiteit in de vormgeving en inrichting van kleinschalig wonen, vooral de mate van kleinschaligheid kan verschillen. Uit haar onderzoek is gebleken dat de attitude van de medewerker de doorslaggevende factor is in deze mate van kleinschaligheid. Volgens van IJperen (2005) kan de omgeving zodanig worden ingericht dat aan alle kenmerken van kleinschaligheid wordt voldaan en kan de aard van de zorgverlening integraal en vraaggestuurd zijn, maar is het uiteindelijk de medewerker die invulling geeft aan de mogelijkheden die de omgeving biedt (van IJperen, 2005).

In dit onderzoek zal worden geprobeerd een bijdrage te leveren aan de bestaande literatuur over kleinschalig wonen voor mensen met dementie, door kleinschalige wooninitiatieven en traditionele verpleeghuisafdelingen met elkaar te vergelijken. Hierbij wordt een aantal variabelen meegenomen die nooit eerder zijn onderzocht, zoals de groepsgrootte, de houding van de medewerker en het aantal medewerkers dat op een woonvorm werkzaam is. Welke effecten heeft kleinschalig wonen op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie en waardoor worden deze effecten veroorzaakt? In dit onderzoek zal geprobeerd worden een antwoord te verkrijgen op deze vragen en hiermee een deel van het gat in de bestaande literatuur over kleinschalig wonen voor mensen met dementie worden gedicht.

1.6 Onderzoeksvraag

Hoofdvraag:

“Wat zijn de effecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie op de kwaliteit van leven van de bewoners en waar worden deze effecten door veroorzaakt?”

Deelvragen:

- Zijn er verschillen in *organisatorische kenmerken* tussen kleinschalige woonvormen en traditionele verpleeghuisafdelingen voor mensen met dementie en heeft dit invloed op de mate van kleinschaligheid en de kwaliteit van leven van deze mensen?
- Zijn er verschillen in *de attitude van de medewerkers* op kleinschalige woonvormen en traditionele verpleeghuisafdelingen voor mensen met dementie en heeft dit invloed op de mate van kleinschaligheid en de kwaliteit van leven van deze mensen?

- Zijn er verschillen in *de karakteristieken van bewoners* tussen kleinschalige woonvormen en traditionele verpleeghuisafdelingen voor mensen met dementie en heeft dit invloed op de kwaliteit van leven van deze bewoners?

1.7 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het effect dat het wonen in een kleinschalige woonvorm heeft op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Het tweede doel van dit onderzoek is het verkennen van mogelijke oorzaken van dit effect door het onderzoeken van de rol in deze relatie van de mate van kleinschaligheid op een woonvorm, de houding van de medewerker en organisatorische kenmerken zoals groepsgrootte en het aantal medewerkers op de vloer. Ook wordt gekeken naar de karakteristieken van bewoners in relatie tot de kwaliteit van hun leven.

1.8 Academische relevantie

In de huidige literatuur over kleinschalig wonen voor mensen met dementie wordt gesuggereerd dat een dergelijke woonvorm bevorderlijk is voor de kwaliteit van leven van deze mensen. Empirische evidentie, behalve de eerste voorzichtige resultaten van een recente studie van het Trimbos-instituut (te Boekhorst e.a., 2009), bestaat echter nog niet. Daarnaast is nog weinig bekend over de oorzaak van deze veronderstelde effecten. In dit onderzoek wordt de relatie tussen kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven van mensen met dementie onder de loep genomen en worden een aantal relevante variabelen die invloed zouden kunnen hebben op deze relatie hierbij betrokken. Ook wordt kritisch gekeken naar de invloed van dezelfde variabelen in de relatie tussen het wonen op een traditionele verpleeghuisafdeling en de kwaliteit van leven van de bewoners die hier verblijven.

1.9 Praktische relevantie

Praktisch gezien zouden de resultaten van dit onderzoek zorgaanbieders, vanuit het oogpunt van het welbevinden van de bewoner, kunnen helpen bij een aantal keuzes waar zij voor staan met betrekking tot het aanbieden van zorg met verblijf voor mensen met dementie, zoals het optimale aantal bewoners op een groep, maar ook het belang van bepaalde eigenschappen waar medewerkers over zouden moeten beschikken.

1.10 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 – Introductie: In dit hoofdstuk wordt een introductie gegeven van het onderwerp kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Daarnaast worden de onderzoeksvraag en

deelvragen beschreven en de praktische en academische relevantie van het onderzoek uiteengezet.

Hoofdstuk 2 – Literatuuronderzoek: Dit hoofdstuk presenteert een theoretisch raamwerk gebaseerd op de beschikbare relevante literatuur over het onderwerp kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Het hoofdstuk is verdeeld in vijf onderdelen. In het eerste onderdeel wordt een aantal onderwerpen met betrekking tot de ziekte dementie beschreven. In deel twee wordt dieper ingegaan op het begrip kleinschalig wonen voor mensen met dementie en de ontwikkeling hiervan in Nederland. In deel drie wordt gekeken naar kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven van mensen met dementie, en wordt een aantal hypothesen opgesteld naar aanleiding van de bestaande literatuur over dit onderwerp. Het literatuurhoofdstuk fungeert als de basis voor het conceptueel model, dat in het vierde onderdeel van dit hoofdstuk wordt gepresenteerd. Tot slot wordt om een duidelijk overzicht voor het gehele hoofdstuk te geven, een korte samenvatting gepresenteerd.

Hoofdstuk 3 – Methodologie: Beschrijft de gehanteerde methodologie voor het huidige onderzoek. In dit onderdeel van de scriptie wordt het onderzoeksdesign, de onderzoeksprocedure en de gehanteerde meetinstrumenten om de veronderstelde relaties in het conceptueel model te toetsen, gepresenteerd. Daarnaast wordt een beschrijving van de onderzoeksgroep gegeven.

Hoofdstuk 4 – Resultaten: In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het onderzoek gepresenteerd. Om empirisch bewijs te vinden voor de geformuleerde hypothesen, zijn verschillende statistische analysemethoden gebruikt.

Hoofdstuk 5 – Conclusie & Discussie: In het slothoofdstuk van deze scriptie worden de conclusies van het onderzoek gepresenteerd. Daarnaast worden aanbevelingen gegeven naar aanleiding van de bevindingen en zullen de limitaties van het onderzoek worden besproken. Tot slot zullen suggesties voor toekomstig onderzoek worden gegeven.

2. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk zal relevante literatuur die bestaat over kleinschalig wonen voor mensen met dementie uiteen worden gezet. In het eerste gedeelte zal het begrip dementie worden geïntroduceerd. Daarna wordt ingegaan op kleinschalig wonen en de ontwikkelingen hiervan in Nederland. In het derde gedeelte wordt gekeken naar de effecten van kleinschalig wonen op de kwaliteit van leven van mensen met dementie voor zover deze tot nu toe bekend zijn. Ten slotte wordt een conceptueel model gepresenteerd, gebaseerd op de bevindingen uit bestaande literatuur en de hypothesen die vanuit hier zijn opgesteld, en wordt een korte samenvatting van het hoofdstuk gegeven.

2.1 Dementie

2.1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

Het aantal ouderen zal in Nederland de komende decennia aanzienlijk toenemen, zowel absoluut als relatief. Bovendien leven mensen steeds langer. Omdat dementie een ziekte is van de oudere mens, zal deze dubbele vergrijzing van de bevolking een grote stijging van het aantal mensen met dementie met zich meebrengen. Tussen 2005 en 2030 zal het aantal mensen met dementie met 65% stijgen van 193.000 naar 319.000.

Er is wellicht geen andere ziekte die zo'n afbreuk doet aan het zelfstandig functioneren van een persoon als dementie (Gezondheidsraad, 2005). Mensen met dementie zijn hierdoor in toenemende mate afhankelijk van de zorg van anderen. Tweederde van de mensen met dementie woont thuis. Naarmate het ziekteproces vordert, is in veel gevallen thuis wonen niet meer mogelijk of verantwoord. Opname in een verpleeg- of verzorgingshuis is hierdoor onontkoombaar (Gezondheidsraad, 2002). De zorg voor mensen met dementie omvat formele en informele componenten. Tot informele zorg wordt onbetaalde zorg gerekend, veelal verleend door mantelzorgers of vrijwilligers. Formele zorg is de zorg die beroepskrachten tegen betaling verrichten (Gezondheidsraad, 2002).

2.1.2 Wat is dementie?

'Dementie is een ernstige en uiteindelijk fatale aandoening die berust op een voortschrijdende achteruitgang van het functioneren van de hersenen' (Gezondheidsraad, 2002). Dementie is niet een op zichzelf staande ziekte, maar een combinatie of aaneenschakeling van samenhangende symptomen en verschijnselen. Dementie is vooral een ziekte die zeer oude mensen treft. Van de

65-jarigen leidt bijna één procent eraan, dit percentage loopt echter op tot ruim 40 procent bij mensen van 90 jaar en ouder (Gezondheidsraad, 2005).

De eerste tekenen van dementie kunnen bijvoorbeeld zijn dat iemand meer moeite heeft met het overzien van ingewikkelde situaties of het nemen van grote beslissingen. Bij een ander worden in het begin vooral bekende namen, telefoonnummers, recente gesprekken of gebeurtenissen vergeten (Gezondheidsraad, 2002). Met het vorderen van de dementie nemen oordeelsvorming en impulscontrole af, wat kan leiden tot verwaarlozing van kleding en hygiëne, het maken van ongepaste opmerkingen of soms tot obscene taalgebruik. De persoon vergeet snel waar hij of zij mee bezig is, wat kan leiden tot gevaarlijke situaties. Op den duur kan niet meer worden gefunctioneerd zonder een beroep te doen op anderen. Desoriëntatie in plaats en tijd neemt toe en het vermogen om mensen te herkennen vermindert. Bij veel personen treden persoonlijkheidsveranderingen op, slaapstoornissen, verstoringen in het slaap-waakritme, incontinentie en neigingen tot zwerven. Geleidelijk aan raakt de persoon met dementie het contact met het heden kwijt. Patiënten overlijden vaak aan bijkomende ziekten, zoals hart- en vaatziekten of een longontsteking. Veel patiënten hebben symptomen van angst, achterdocht, neerslachtigheid, boosheid, rusteloosheid of apathie (Gezondheidsraad, 2002).

Dementie roept onmacht en ontredding op bij patiënten, familie en zorgverleners. Zij worden door de situatie geconfronteerd met de kwetsbaarheid en uiteindelijk onbeheersbaarheid van het leven. Het leven van de verzorgende familieleden komt in het teken van de ziekte te staan (Gezondheidsraad, 2002). Door het RIVM is dementie bovenaan de lijst geplaatst van de tien ziekten en aandoeningen die het meest afbreuk doen aan de kwaliteit van leven (RIVM, 2009).

Volgens de Gezondheidsraad (2002) valt er ook zonder aangetoonde robuuste wetenschappelijke effecten op de kwaliteit van mensen met dementie, veel te zeggen voor kleinschaligheid, of die nu in aparte kleine eenheden of als kleine eenheden in een groter verband (verpleeghuis, verzorgingshuis of een andere woonzorgvorm) worden gerealiseerd. Kleinschaligheid vergroot overzichtelijkheid en bevordert rust, elementen die voor mensen met dementie van belang zijn om controle te houden op hun omgeving. Het koppelen van een klein aantal vaste verzorgers aan kleine groepen patiënten heeft als bijkomend voordeel dat individualisering van zorg beter uitvoerbaar is. Ook is niet onbelangrijk dat de sfeer van een kleinschalige, huiselijke omgeving het werken in de zorg prettig maakt en het leed voor familie draaglijker (Gezondheidsraad, 2002).

Volgens de Gezondheidsraad (2002) moeten uit respect voor de waardigheid van personen met dementie alle interventiemogelijkheden worden benut die ertoe kunnen bijdragen dat symptomen worden verlicht en dat aanpassing aan en omgang met de ziekte worden vergemakkelijkt. Het doel

van behandeling is steeds handhaving of verbetering van kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten. Voor alle stadia van de ziekte en ongeacht waar de patiënt verzorging geniet, is een optimale toepassing belangrijk van interventies die gericht zijn op (Gezondheidsraad, 2002):

- Benutting van functionele mogelijkheden
- Compensatie van beperkingen
- Behoud van autonomie, eigenheid en waardigheid
- Beperking van de gevolgen van bijkomende somatische aandoeningen, gedragsontregelingen en psychiatrische verschijnselen
- Versterking van communicatiemogelijkheden en behoud van sociaal contact
- Versterking van een gevoel van veiligheid
- Benutting van de mogelijkheden om te genieten
- Acceptatie van de ziekte en steun bij het zoeken naar manieren om ermee om te gaan.

2.1.3 Kwaliteit van leven voor mensen met dementie

Omdat mensen met dementie niet kunnen genezen van deze aandoening, is de belangrijkste vraag in de zorg voor mensen met dementie op welke manier het welzijn kan worden bevorderd en de kwaliteit van leven kan worden behouden (Ettema e.a., 2005). Wat kwaliteit van leven precies betekent is echter moeilijk te definiëren, omdat het concept subjectief is en verschillende dimensies omvat. The World Health Organization (WHO) omschrijft de kwaliteit van leven als “de perceptie van een individu van zijn of haar positie in het leven in de context van de cultuur en waardesystemen waarin hij of zij leeft en in relatie tot zijn of haar doelen, standaards en belangen”. Over de kwaliteit van leven voor mensen met dementie bestaat weinig consensus, hoewel bepaalde gebieden wel steeds terugkomen. In bijna alle definities worden in ieder geval de domeinen gemoedstoestand en emoties genoemd (Ready, 2002).

De kwaliteit van leven voor mensen met dementie is belangrijk voor deze mensen zelf, maar ook voor familie en zorgaanbieders. Ook wetenschappers erkennen het belang van de kwaliteit van leven, die deze vaak includeren als uitkomstmaat bij medische onderzoeken naar dementie (Ready, 2002). Volgens Ettema e.a. (2005) ligt in de zorg voor mensen met dementie de focus vooral op welzijn, en moet een definitie van de kwaliteit van leven de adaptatie aan alle domeinen van het leven die worden beïnvloed door de ziekte reflecteren. Daarnaast zou deze definitie emotie, gevoel van eigenwaarde, fysiek functioneren, sociale relaties en de omgeving moeten includeren. Ettema e.a. (2005) hebben aan de hand van een literatuurstudie de kwaliteit van leven voor mensen met dementie als volgt gedefinieerd: “de multidimensionele evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de waargenomen gevolgen van de dementie”.

2.2 Kleinschalig wonen voor mensen met dementie

2.2.1 De ontwikkeling van kleinschalig wonen in Nederland

Ruim 20 jaar geleden werd in Nederland eerste kleinschalige woonvorm het Anton Pieckhofje operationeel, in het leven geroepen door verpleeghuisarts Hans Houweling. Tijdens een studiereis naar Engeland kwam hij in aanraking met de gehechtheidtheorie van kinderpsychiater John Bowlby. In diezelfde periode deed in Nederland de psychogerontoloog Bere Miesen onderzoek naar gehechtheid en dementie. De gehechtheidtheorie bleek aanknopingspunten te bieden voor de omgang met ouderen met dementie, en samen ontwikkelden zij het concept 'warme zorg': het scheppen van een warm en veilig leefklimaat. Onderdelen hiervan zijn huiselijkheid en herkenbaarheid en belangrijk voor het gevoel van geborgenheid en veiligheid is een kleinschalige setting (van Waarde e.a., 2008).

De gang naar kleinschalig wonen voor mensen met dementie is de afgelopen jaren versterkt in gang gezet, maar pas de afgelopen vijf jaar heeft de ontwikkeling een grote vlucht genomen (Huijsman & Bronsvort, 2006). Tussen 2005 en 2010 groeit het kleinschalig wonen met 178% van 4.346 naar 12.087 plaatsen. In 2005 waren er voor psychogeriatrische verpleeghuiszorg productieafspraken voor 37.144 plaatsen. Dit betekent dat in 2005 11,7% van de mensen met dementie die verpleeghuiszorg ontvingen, deze zorg kleinschalig kregen aangeboden. In 2030 zijn er naar verwachting 211.768 mensen met dementie in Nederland, waarvan 23% behoefte hebben aan verpleeghuiszorg. In 2010 is voor 12.078 mensen met dementie plaats in een kleinschalige woonvorm, ofwel 24,8% (van Waarde & Wijnties, 2007).

2.2.2 Wat is kleinschalig wonen?

Kleinschalig wonen wordt in het uitvoeringsbesluit van de WTZi omschreven als een instelling of delen van een instelling waar desbetreffende zorg wordt verleend:

1. uitsluitend aan personen met een psychiatrische aandoening, gepaard met een beschermde woonomgeving, en
 - die bestaan uit zelfstandige woonvormen, dat wil zeggen woonvormen die naast één of meer privé-vertrekken een eigen voordeur, keuken, toilet en badkamer hebben,
 - die een beperkte omvang hebben, dat wil zeggen dat zij huisvesting bieden aan ten hoogste acht personen,
 - die samen met andere zodanige woonvoorzieningen gelegen in de directe omgeving aan niet meer dan 35 personen huisvesting bieden,

2. aan één of meer mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap al dan niet in combinatie met personen met een psychiatrische aandoening, en
 - die bestaan uit zelfstandige woonvormen, dat wil zeggen woonvormen die naast één of meer privé-vertrekken een eigen voordeur, keuken, toilet en badkamer hebben,
 - die een beperkte omvang hebben, dat wil zeggen dat zij huisvesting bieden aan ten hoogste zes personen,
 - die samen met andere zodanige woonvoorzieningen gelegen in de directe omgeving aan niet meer dan 24 personen huisvesting bieden voor zover het gaat om zwaar verblijf en aan niet meer dan 50 personen voor zover het gaat om licht verblijf (www.overheid.nl).

De definitie van kleinschalige zorg die door kenniscentrum Wonen-Zorg van Aedes-Actiz wordt gehanteerd is ruimer dan de definitie van kleinschalig wonen in het Uitvoeringsbesluit WTZi: “We spreken van ‘kleinschalig wonen’ als een kleine groep mensen, die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben, met elkaar in een woonvorm wonen, waardoor het voor hen mogelijk is een zo normaal mogelijk leven te leiden.” (www.kcwz.nl).

Volgens het Trimbos-instituut, dat een landelijk wetenschappelijk onderzoek is gestart naar de effecten van kleinschalig wonen op mensen met dementie, zijn dergelijke definities te algemeen om het complexe begrip kleinschaligheid adequaat te beschrijven en wordt niet duidelijk wat de essentie van kleinschalig wonen is. Om deze reden heeft het Trimbos-instituut middels de methode Concept Mapping de kenmerken expliciet getracht te maken waaraan een kleinschalig wooninitiatief moet voldoen om zich kleinschalig te mogen noemen (te Boekhorst e.a., 2007).

2.2.3 De kenmerken van kleinschalig wonen

Volgens het Trimbos-instituut is er sprake van kleinschalig wonen als (in volgorde van belangrijkheid) (te Boekhorst e.a., 2007):

1. Een bewoner in voor- en tegenspoed een bewoner blijft: *‘Ergens thuis zijn, op je plek zijn, ook als het minder goed gaat, je mag blijven tot aan de dood’;*
2. Een normaal huishouden wordt gevoerd: *‘Er wordt gekookt, bezoek mag ontvangen worden op de eigen kamer’;*
3. De bewoner regie heeft over de inrichting van zijn dagelijks leven: *‘vrijheid en keuzemogelijkheid, de bewoner kan opstaan, naar het toilet en naar bed gaan wanneer hij/zij dat wil, bewoner, familie en team bepalen gezamenlijk de dagelijkse gang van zaken’;*

4. Het personeel onderdeel van het huishouden is: *'de zorg is geïntegreerd in het dagelijks leven in de sfeer van een normaal huishouden, er is een vast team, het team is in staat om een huiselijke sfeer te creëren'*;
5. De bewoners met elkaar een groep vormen: *'bewoners wonen en leven als een gezin en familie is altijd welkom om mee te eten, te overnachten en mee te helpen in de zorg'*,
6. Een kleinschalige woonvorm is gevestigd in het archetypische huis: *'gelijk aan een gewoon huis, in een woonwijk, met een voordeur, ingericht als een gewoon huis, als de inrichting van jezelf is'*.

Opvallend is de lage prioriteit van de fysieke kenmerken van kleinschalig wonen, wat betekent dat een kleinschalige woonvorm niet noodzakelijk een archetypisch huis hoeft te zijn (te Broekhorst e.a., 2007).

Volgens Huijsman & Bronsvoot (2006) doet deze lijst nog tamelijk ongeordend en weinig systematisch aan, omdat verschillende elementen onderling samenhangen en het accent vooral ligt op de 'zachte' kant van de dagelijkse zorgverlening en minder op de 'harde' kant van het gebouw en de infrastructuur. Volgens de auteurs is het niet in een aantal kenmerken op te sommen wat een project kleinschalig maakt. Het gaat niet persé om aan- of afwezigheid van een aantal kenmerken, maar meer om de combinatie van kenmerken die het geheel kleinschalig maakt (Huijsman & Bronsvoot, 2006).

Ook volgens van Ijperen (2005) is kleinschaligheid geen zwart-wit begrip. Ondanks de consensus over de kenmerken van kleinschaligheid, blijkt in de praktijk een grote diversiteit te bestaan in de vormgeving en inrichting voor kleinschalig wonen, waardoor de mate van kleinschaligheid kan verschillen. Vanuit de theorie en praktijk van kleinschalig wonen voor mensen met dementie zijn drie belangrijke aspecten gevonden die invloed hebben op deze mate van kleinschaligheid:

1. De inrichting van de fysieke woonomgeving en de invloed die daarvan uitgaat op de kernwaarden van kleinschaligheid in de zorgverlening voor mensen met dementie: *Huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid, een eigen ervaringswereld, zoveel mogelijk een 'normale' situatie nabootsen*;
2. De aard van de zorgverlening: *Integrale zorg, vraaggerichte zorg*;
3. De attitude van de medewerker: *Integrale, vraag-, persoons- of relatiegerichte attitude*.

Uit het onderzoek is gebleken dat de attitude van de medewerker de doorslaggevende factor is betreffende kleinschaligheid. De aard van de zorgverlening en de inrichting van de fysieke

omgeving zijn randvoorwaarden. Hoe beter hieraan wordt voldaan, hoe gemakkelijker het voor de medewerker is om invulling te geven aan kleinschalige zorg (van IJperen, 2005).

2.3 Mensen met dementie en de kwaliteit van leven

Hoewel de kwaliteit van langdurige zorg al tientallen jaren in de belangstelling staat, is er opmerkelijk weinig bekend over hoe de zorg is gerelateerd aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie (Zimmerman, 2005). Ook de kennis over de effecten van kleinschalig wonen op de kwaliteit van leven van mensen met dementie is schaars. Ondanks de vele aannemelijke argumenten van voorstanders van kleinschalig wonen over de bevorderende werking hiervan op de kwaliteit van leven van mensen met dementie, is er weinig wetenschappelijk onderbouwd bewijs voor dit effect. De eerste onderzoeken hierover zijn echter wel gestart, van één onderzoek zijn de resultaten recent gepubliceerd. Ook de elementen die volgens voorstanders lijken te zorgen voor dit positieve effect op de kwaliteit van leven, zoals de beperkte groepsgrootte en de herkenbaarheid en huiselijkheid, zijn nooit wetenschappelijk onderzocht. In deze paragraaf zal de bestaande literatuur over deze onderwerpen uiteen worden gezet en zullen gebaseerd op deze bevindingen hypothesen worden opgesteld.

2.3.1 Kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven

In een recente studie van het Trimbos-instituut, zijn de effecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie onderzocht. Hierbij zijn functionele status, kwaliteit van leven en het gebruik van fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen bij bewoners van kleinschalige woonvormen vergeleken met bewoners van traditionele verpleeghuizen. Uit dit onderzoek is gekomen dat kleinschalig wonen een aantal bevorderende effecten heeft op mensen met dementie. Zo hadden zij minder hulp nodig bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en waren zij meer sociaal betrokken. Bovendien hadden zij meer gevoel voor esthetica en hadden zij meer om handen. Ook minder fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen werden gebruikt bij bewoners van kleinschalige woonvormen. Er werden echter geen verschillen gevonden tussen kleinschalig wonen en traditionele verpleegafdelingen in cognitieve status en gedragsproblemen, zoals depressie of psychiatrische symptomen. Bovendien waren op de meeste domeinen van kwaliteit van leven en in het voorschrijven van psychotrope medicijnen geen verschillen (te Boekhorst e.a., 2009).

Behalve de voorzichtige resultaten die gevonden zijn in het onderzoek van het Trimbos-instituut, is er geen robuust wetenschappelijk bewijs voor de bevorderende effecten die kleinschalig wonen op de kwaliteit van leven van mensen met dementie zou hebben. Volgens de Gezondheidsraad (2002) valt echter ook zonder dit bewijs veel te zeggen voor kleinschaligheid, of deze nu in aparte kleine eenheden of als kleine eenheden in een groter verband (verpleeghuis, verzorgingshuis of

andere woonzorgvorm) wordt geboden. Kleinschaligheid verhoogt de overzichtelijkheid en bevordert de rust, wat elementen zijn die voor mensen met dementie van belang zijn om controle te houden op hun omgeving. Het koppelen van een klein, vast team medewerkers aan een kleine groep bewoners heeft daarnaast het voordeel dat individualisering van de zorg beter uitvoerbaar is. Ook biedt kleinschaligheid de mogelijkheid om groepen te vormen van mensen die wat betreft achtergrond, belangstelling of ziektestadium bij elkaar passen (Gezondheidsraad, 2002).

Volgens Nouws (2003) bestaat er een grote mate van consensus over de kernwaarden van kleinschaligheid: Huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid, eigen ervaringswereld, veilige en vertrouwde omgeving. Het fundament van kleinschaligheid ligt in het bieden van een zo prettig mogelijke leefomgeving aan mensen met dementie in de laatste jaren van hun leven' (Nouws, 2003). Door te voldoen aan de kernwaarden van kleinschaligheid kan deze fysieke leefomgeving gecreëerd worden. Een huiselijk gebouwde woning met huiselijke meubels en herkenbare patronen biedt een zekere vertrouwdheid, het gevoel thuis te zijn, waar mensen zo normaal mogelijk wonen (van IJperen, 2005).

Door Hammer is eind jaren '90 al gevonden dat ouderen die zich thuis voelen sterke gevoelens van tevredenheid met hun leven, veiligheid, autonomie en nuttigheid ervaren. Ouderen die zich niet thuis voelen zijn angstig, boos en depressief en hadden een sterk verlangen om elders te zijn. Het ontwerpen van concepten die bijdragen aan de ontwikkeling van het thuisgevoel van ouderen kan hierdoor waardevol zijn bij het verbeteren van de kwaliteit van leven voor hen die hun laatste jaren in een andere setting dan hun eigen woonvorm moeten doorbrengen (Hammer, 1999). Door verschillende deskundigen wordt kleinschalig wonen gezien als een dergelijk concept, omdat binnen kleinschalig wonen huiselijkheid, herkenbaarheid, overzichtelijkheid, eigen ervaringswereld en een veilige en vertrouwde omgeving voorop staan (Nouws, 2003; de Groot in Verbeek e.a. 2008; Huijsman & Bronsvort, 2006; Houweling in van Waarde e.a., 2008; van IJperen, 2005).

2.3.2 De mate van kleinschaligheid en organisatorische kenmerken

Organisatorische kenmerken zoals het aantal bewoners in een kleinschalige woonvorm of het aantal medewerkers dat per dienst op een woonvorm werkzaam is, komen niet terug in de kenmerken van kleinschalig wonen die zijn ontwikkeld door het Trimbos-instituut, en ook niet in de drie factoren die volgens van IJperen (2005) de mate van kleinschaligheid beïnvloeden. Wel zijn organisatorische kenmerken volgens de literatuur belangrijke variabelen voor de bedrijfsvoering en opzet van kleinschalig wonen (Fahrenfort, 2003; Huijsman & Bronsvort, 2006; Krijger, 2004).

De optimale groepsgrootte

In het uitvoeringsbesluit van de WTZi is opgenomen dat een kleinschalige woonvorm voor mensen met dementie huisvesting mag geven aan maximaal zes bewoners (www.overheid.nl). Daarnaast wordt in de literatuur zes bewoners per groep vaak aangehaald als optimaal aantal om een gezinssituatie te stimuleren (Fahrenfort, 2003; van Heumen e.a., 2009; Krijger, 2004). Maar er wordt ook gesproken van een ideale groepsgrootte van zes tot tien bewoners (Roest & Oltmer, 2010) en acht bewoners (www.kcwz.nl).

De 'menselijke maat' is een belangrijke kwaliteitsmaatstaf voor de groepsgrootte: kun je samen aan tafel eten, lijkt de huiskamer nog op een huiskamer of is het eigenlijk een zaal? Volgens Fahrenfort (2003) blijkt in de praktijk dat bij negen, acht of zelf zeven bewoners in een woonvorm de bewoners voor de maaltijd worden gesplitst, dat mensen zich relatief vaker terugtrekken op de eigen kamer en dat er sneller een soort scheiding ontstaat tussen medewerkers en bewoners. Een groepsgrootte van zes wordt als optimaal beschouwd, en ook vijf mensen met dementie in een woonvorm blijkt uitstekend te voldoen. Dit is 'instinctief' zo vanuit de praktijk, maar ook vanuit de organisatietheorie: Voor één persoon is het goed mogelijk om overzicht te houden over de activiteiten van zes mensen, voor meer wordt dit te veel (Fahrenfort, 2003).

Door Huijsman & Bronsvoot (2006) is echter gevonden dat het aantal bewoners dat de ideale groepsgrootte vormt, per instelling verschilt. De argumenten hierbij zijn wel gelijk als die door Fahrenfort (2003) worden genoemd: Het leven van de bewoners moet zoveel mogelijk op het normale gezinsleven lijken (Huijsman & Bronsvoot, 2006). Het aantal bewoners per kleinschalige woonvorm blijkt in de praktijk te variëren van vijf tot negen (Fahrenfort, 2003).

Het aantal medewerkers op een groep

In de literatuur over kleinschalig wonen wordt gesuggereerd dat in een kleinschalige woonvorm altijd sprake is van één medewerker die per dienst op een groep werkzaam is. Zo wordt in verband met de optimale groepsgrootte aangegeven dat deze zodanig moet zijn dat deze werkbaar en overzichtelijk is voor één medewerker (Huijsman & Bronsvoot, 2006; Fahrenfort, 2003). Zowel in de kenmerken van kleinschalig wonen (te Boekhorst e.a., 2007) als in de kenmerken die de mate van kleinschaligheid beïnvloeden (van IJperen, 2005), maar ook in de strakke definitie van kleinschalig wonen in het uitvoeringsbesluit van de WTZi (www.overheid.nl), is deze aanname niet terug te vinden. Ook in de praktijk blijkt het niet vanzelfsprekend te zijn dat in een kleinschalige woonvorm slechts één medewerker per dienst aanwezig is. Zo is uit het onderzoek van van IJperen (2005) gebleken dat in één van de twee onderzochte kleinschalige woongroepen twee medewerkers per dienst op een groep aanwezig waren.

Organisatorische kenmerken, de mate van kleinschaligheid en de kwaliteit van leven

Gebaseerd op de uiteengezette literatuur wordt verwacht dat deze organisatorische kenmerken niet alleen voor de bedrijfsvoering en opzet van kleinschalige woonvormen van belang zijn (Fahrenfort, 2003) maar ook invloed kunnen hebben op de bewoner. De 'huiselijke' situatie die als randvoorwaarde wordt gehanteerd bij het kleinschalig wonen, kan volgens de bestaande literatuur slechts bereikt worden met een beperkt aantal bewoners op een groep, vergezeld door slechts één medewerker. Een centrale vraag die daarom in dit onderzoek gesteld wordt, is de mate waarin dergelijke organisatorische kenmerken doorwerken in de mate van kleinschaligheid en hiermee op de kwaliteit van leven van bewoners, of dat er een directe invloed bestaat van deze kenmerken op de kwaliteit van leven voor mensen met dementie. Gebaseerd op deze vragen en veronderstellingen, is de volgende hypothese opgesteld:

Hypothese 1: Des te kleiner het aantal bewoners op een woonvorm en het aantal medewerkers dat hier werkzaam is:

a) des te sterker is de mate van kleinschaligheid

b) en des te hoger is (hiermee) de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie

Hoewel in deze hypothese, net als in de bestaande literatuur, wordt gesuggereerd dat een kleiner aantal bewoners en medewerkers op een groep bevorderlijk is voor de mate van kleinschaligheid en direct of indirect op de kwaliteit van leven van mensen met dementie, wordt in dit onderzoek wel kritisch naar deze aanname gekeken. De reden hiervoor is het gebrek aan empirisch bewijs voor deze relaties en de veronderstellingen in de literatuur dat kleinschalige zorg ook in een grootschalige setting verleend kan worden. Is de optimale groepsgrootte werkelijk zes bewoners zoals in de literatuur wordt gesuggereerd, omdat in deze situatie door één medewerker overzicht kan worden gehouden, of kan een dergelijke 'huiselijke' situatie ook worden gecreëerd wanneer meer dan zes bewoners op een groep verblijven, onder toezicht van meerdere medewerkers?

2.3.3 De mate van kleinschaligheid en de attitude van de medewerker

Volgens van IJperen (2005) is de attitude van de medewerker het kernelement van kleinschaligheid met de grootste invloed. De manier waarop de medewerker invulling geeft aan de zorgverlening maakt dat de zorg echt kleinschalig is of juist niet. Daarbij is een medewerker met een integrale, vraaggestuurde en persoonsgerichte attitude in staat kleinschalige zorg te verlenen, ook in een minder huiselijke setting. Bovendien is een medewerker met een taakgerichte, aanbodgestuurde en afstandelijke attitude in staat in een perfect huiselijke omgeving volkomen instituutachtige zorg te verlenen (van IJperen, 2005). Kleinschaligheid komt hierdoor het beste tot recht in de zorgverlening wanneer de medewerker een integrale, vraaggestuurde attitude, persoons- of relatiegerichte attitude heeft. Hierbij gaat de medewerker het maken van non-verbale

contacten met de bewoners niet uit de weg, heeft de medewerker aandacht voor de levensloop van de bewoners en betreft de medewerker bij de uitvoering van kleinschalige activiteiten de bewoners bij de activiteit door, actief of passief, samen met hen de handeling uit te voeren. De medewerker neemt verder bij het uitvoeren van (zorggerelateerde) taken tijd om sfeer te maken voor de bewoners. Ook buiten het uitvoeren van taken neemt de medewerker de tijd om aandacht te schenken aan de bewoners. De ideale medewerker laat zich in haar attitude niet beïnvloeden door de fysieke omgeving waarin de zorg wordt verleend (van IJperen, 2005).

Uit een studie van Zimmerman (2005) is gekomen dat wanneer medewerkers op verpleegafdelingen voor mensen met dementie meer betrokken waren bij het plannen van de zorg en een positieve werkhouding hadden, bewoners hun kwaliteit van leven als beter beschouwden. Een betere communicatie tussen bewoner en medewerker was daarnaast gerelateerd aan een hogere kwaliteit van leven zoals gerapporteerd en geobserveerd door zorgverleners (Zimmerman, 2005).

Gebaseerd op bovenstaande literatuur, is de tweede hypothese van dit onderzoek opgesteld:

Hypothese 2: Des te meer integraal, vraaggestuurd en persoonsgericht de attitude van de medewerkers op een woonvorm is:

- a) des te sterker is de mate van kleinschaligheid op de woonvorm*
- b) en des te hoger is (hiermee) de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie*

Deze hypothese suggereert dat het niet zozeer gaat om het kleinschalig wonen maar meer om de mate van kleinschaligheid die een bepaalde woonvorm heeft. Hierbij wordt ruimte gelaten voor de veronderstelling dat kleinschalige zorg niet per se in een kleinschalige woonvorm geboden dient te worden, maar ook in een grootschalige verpleeghuiszetting van toepassing kan zijn, mits er binnen de setting sprake is van een bepaalde mate van kleinschaligheid. Ook laat de hypothese ruimte voor de mogelijkheid dat de houding van de medewerker op een woonvorm een rechtstreekse invloed uit kan oefenen op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie.

2.3.4 Karakteristieken van bewoners met dementie

Omdat het organiseren van verpleeghuiszorg in kleinschalige woonvormen een doorzettende trend is, is kennis over de functionele status en cognitie van bewoners van deze woonvormen nodig (Verbeek e.a., 2010). Uit een recente studie van Verbeek e.a. (2010) is gebleken dat de karakteristieken van mensen met dementie in kleinschalige woonvormen verschillen met die van mensen met dementie op traditionele verpleegafdelingen. Zo hebben bewoners van kleinschalige woonvormen een hogere cognitieve en functionele status (Verbeek e.a., 2010). Een verklaring die

voor deze bevindingen wordt gegeven is dat selectie plaatsvindt bij het toewijzen van bewoners aan kleinschalige woonvormen, ook al zijn de opnamecriteria voor beide settings bepaald door een gestandaardiseerde procedure. Deze bevinding wordt bevestigd door te Boekhorst e.a. (2009), die hebben gevonden dat bewoners van een kleinschalige woonvorm bij opname een betere cognitieve en functionele status hadden dan bewoners van traditionele afdelingen (te Boekhorst e.a., 2009).

Er wordt verwacht, kijkend naar de definitie van kwaliteit van leven die eerder in dit hoofdstuk is beschreven, dat dergelijke variabelen een grote invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie. Het is daarom van belang de karakteristieken van bewoners mee te nemen in het onderzoek. Zelfstandigheid en onafhankelijkheid worden bijvoorbeeld als belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van leven gezien. In het verpleeghuis is sprake van langdurige of blijvende afhankelijkheid van professionele zorg. Zorgafhankelijkheid wordt opgevat als een proces waarin de professionele hulpverlener ondersteuning aanbiedt aan een bewoner, wiens zelfzorgvermogen en sociale zelfstandigheid is afgenomen, met als doel deze categorieën te herstellen of stabiliseren. De mate van zorgafhankelijkheid is daarbij een belangrijk aanknopingspunt voor het verlenen van professionele zorg (Dijkstra e.a., 1999).

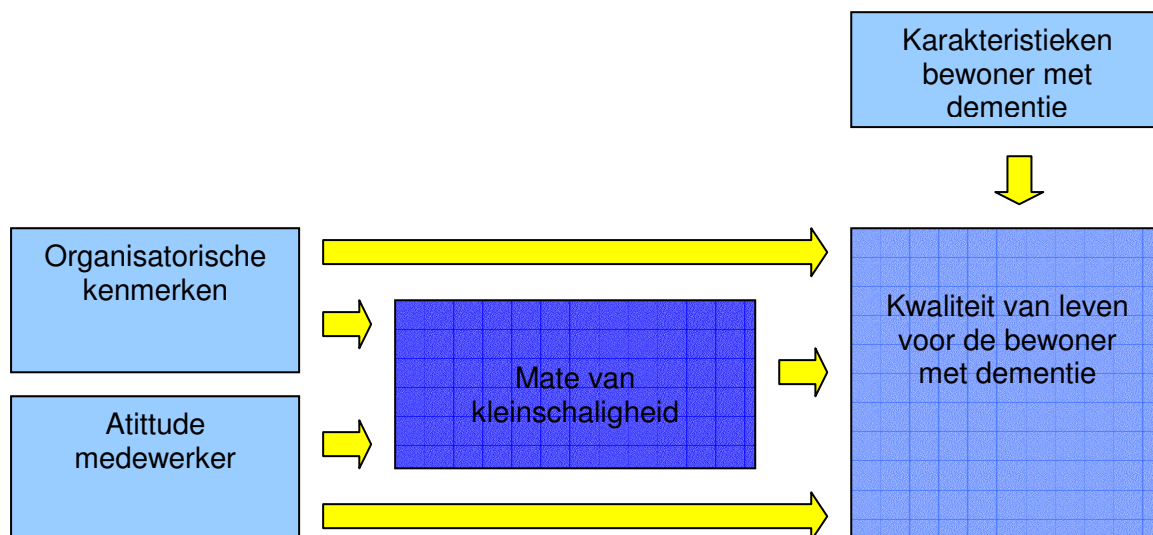
De hypothese betreffende dit onderwerp is als volgt:

Hypothese 3: Des te lager de zorgafhankelijkheid en des te hoger de cognitieve status van een bewoner met dementie, des te hoger is zijn of haar kwaliteit van leven.

Deze hypothese is in dit onderzoek opgesteld, vanwege de bevindingen in bovenstaande literatuur. Het is van groot belang deze variabelen mee te nemen in een onderzoek naar de effecten van kleinschalig wonen voor mensen met dementie, omdat behalve factoren gerelateerd aan bijvoorbeeld de mate van kleinschaligheid, de karakteristieken van de bewoner ook verklarend kunnen zijn voor de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie.

2.4 Conceptueel model

In dit hoofdstuk is de literatuur die relevant is met betrekking tot het onderwerp kleinschalig wonen voor mensen met dementie uiteengezet en bediscussieerd. Gebaseerd op de bevindingen in de literatuur over kleinschalig wonen en de effecten hiervan op de kwaliteit van leven voor mensen met dementie, is een conceptueel model ontwikkeld, dat grafisch wordt gepresenteerd in figuur 1.



Figuur 1 - Conceptueel model

2.5 Samenvatting

In verscheidene wetenschappelijke artikelen wordt gesuggereerd dat kleinschalig wonen een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van mensen met dementie vanwege de ‘huiselijke’ en vertrouwde setting die met dit alternatief voor traditionele verpleeghuiszorg wordt gecreëerd. Empirische evidentie van dit effect is, behalve een aantal voorzichtige eerste bevindingen, schaars. Ook over de achterliggende oorzaken van dit effect bestaat weinig wetenschappelijk bewijs. Vanwege de ruime definitie die wordt gegeven voor kleinschalig wonen, en de kenmerken waaraan moet worden voldaan, bestaat er in de praktijk een variatie aan verschijningsvormen. Deze verschijningsvormen variëren in organisatorische kenmerken, zoals het aantal bewoners dat in een kleinschalige woonvorm woont en het aantal medewerkers dat op een groep aanwezig is. Er bestaan daarnaast verschillen in andere kenmerken, zoals de houding van de medewerkers. Er wordt verwacht dat dergelijke kenmerken de mate van kleinschaligheid van een woonvorm kunnen beïnvloeden. De literatuur die deze mate van kleinschaligheid behandelt, laat hierbij de mogelijkheid open dat het leveren van kleinschalige zorg niet noodzakelijk gebonden is aan een kleinschalige woonvorm, maar ook in een grootschalige setting kan worden verwezenlijkt. Daarnaast is het van belang om rekening te houden met de karakteristieken van bewoners, die binnen kleinschalige woonvormen en traditionele verpleeghuizen niet identiek blijken te zijn.

In dit onderzoek wordt de relatie tussen kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven van mensen met dementie onderzocht, waarbij de verschillende variabelen zoals hierboven beschreven, worden meegenomen. Er wordt hierbij verondersteld dat deze variabelen de relatie tussen kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven beïnvloeden, en hierdoor cruciaal zijn in het onderzoeken van kleinschalig wonen voor mensen met dementie.

3. Onderzoeksmethodologie

Het doel van dit onderzoek is het verkennen van de invloed die verschillende variabelen hebben in de relatie tussen kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven van mensen met dementie. In dit hoofdstuk wordt de gehanteerde methodologie voor dit onderzoek beschreven, zoals het onderzoeksdesign, de onderzoeksprocedure en de gehanteerde meetinstrumenten om de veronderstelde relaties in het conceptueel model te toetsen. Daarnaast wordt gekeken naar de representativiteit van de data en de betrouwbaarheid van de schalen van de verschillende gehanteerde meetinstrumenten.

3.1 Onderzoeksdesign

Onderzoeksdesigns kunnen breed geclassificeerd worden als *exploratief* of *toetsend*. Het huidige onderzoek kan worden getypeerd als toetsend, omdat in het voornaamste doel van het onderzoek het toetsen van specifieke hypothesen centraal staat en het onderzoeken van specifieke relaties tussen de variabelen uit het conceptueel model dat is ontwikkeld in hoofdstuk 2 (Malhotra & Birks, 2003). Er is sprake van een *cross-sectioneel* design: De systematiek ligt in het meten van verschillen tussen groepen (van der Zee, 2004). Het verzamelen van informatie over de groepen gebeurt in dit onderzoek gelijktijdig en slechts één keer. Een dergelijk design wordt ook wel een *sample survey research design* genoemd. Er wordt in het onderzoek enkel gebruik gemaakt van *primaire data*, die voor het specifieke doel van het onderzoek worden verzameld (Malhotra & Birks, 2003).

3.2 Onderzoeksprocedure

Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen Stichting Laurens, de grootste aanbieder van zorg voor ouderen in de regio Rotterdam (www.laurens.nl). Hier is voor gekozen vanwege de vraag die bij deze organisatie ligt betreffende het ontwikkelen van beleid omtrent kleinschalig wonen voor hun klanten met dementie. In de gekozen methode voor dit onderzoek is in grote mate rekening gehouden met de voorkeuren en mogelijkheden van deze organisatie. Deze zijn geïnventariseerd tijdens verschillende gesprekken die met de contactpersoon van Stichting Laurens ten behoeve van dit onderzoek hebben plaatsgevonden.

3.2.1 Selectieprocedure locaties

Kleinschalig wonen komt in de praktijk in verschillende bouwkundige verschijningsvormen voor, zoals stand alone of geclusterde groepswoningen in de wijk, geclusterde groepswoningen in een woonaccommodatie of groepswoningen in een zorginstelling (Huijsman & Bronsvort, 2006). Er is gekozen om slechts woonvormen van de laatste categorie te betrekken in dit onderzoek. Ten

eerste omdat binnen de organisatie de meeste kleinschalige woonvormen op een dergelijke wijze worden geoperationaliseerd, en daarnaast om een duidelijke afbakening binnen het onderzoek te behouden.

Allereerst zijn binnen de organisatie de locaties geselecteerd die verpleeghuiszorg leveren aan ouderen met dementie. Dit resulteerde in een totaal van zestien mogelijke onderzoekslocaties van zestien. Bij deze zestien locaties is vervolgens door de contactpersoon het verzoek neergelegd voor deelname aan het onderzoek. Negen locaties bleken hiertoe bereid. Binnen deze locaties varieert het aantal woonvormen of afdelingen waar verpleeghuiszorg aan mensen met dementie wordt geboden. De deelnemende locaties, het aantal deelnemende woonvormen (kleinschalige woning of traditionele afdeling) per locatie en de groepsgrootte van deze woonvorm, wordt weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 - Onderzoekslocaties, deelnemende woonvormen en groepsgrootte

Locatie	Aantal deelnemende woonvormen	Groepsgrootte
De Tuinen	7	6
Simeon & Anna	2	6
Borgstede	3	8
De Oudelandse Hof	7	8
Dorpsveld	1	13
Joachim & Anna	1	11
De Oudelandse Hof	1	10
Maasveld	1	20
Simeon & Anna	2	30
Stadzicht	4	30

3.2.2 Onderzoeksprocedure locaties

Omdat in dit onderzoek specifiek zal worden gekeken naar de invloed van groepsgrootte op de kwaliteit van leven van mensen met dementie, ofwel verschillende woonvormen voor mensen met dementie die variëren in het aantal bewoners, is deze variabele als uitgangspunt genomen. De deelnemende woonvormen aan dit onderzoek zullen om deze reden worden ingedeeld in vier verschillende categorieën. In onderstaande tabel wordt weergegeven welke categorieën gehanteerd zijn.

Tabel 2 - Deelnemende woonvormen

Categorie groepsgrootte	Groepsgrootte per woonvorm
1	6 bewoners
2	8 bewoners
3	10 t/m 14 bewoners
4	> 19 bewoners

Bij de keuze voor de verdeling in deze categorieën is allereerst rekening gehouden met de wensen van Stichting Laurens en de groepsgrootte van de deelnemende afdelingen, aangevuld met indicaties uit de literatuur. Uit inventarisatie bij de organisatie kwam de wens van het onderzoeken van deze vier verschillende groepen naar voren. Vanuit de literatuur wordt een groepsgrootte van zes bewoners als optimaal beschouwd, omdat dan de gezinssituatie het beste zou kunnen worden nagebootst. Omdat binnen een aantal deelnemende locaties van Stichting Laurens zes bewoners per groep wonen, is deze categorie meegenomen in het onderzoek. In de literatuur wordt daarnaast besproken dat in de praktijk een groepsgrootte van zeven, acht of negen bewoners regelmatig voorkomt. Vanwege het substantiële aantal deelnemende woonvormen met acht bewoners, is deze groepsgrootte als tweede categorie meegenomen. Bij een groepsgrootte tussen tien en veertien bewoners is in dit onderzoek beredeneerd dat meer dan één medewerker nodig is voor het houden van toezicht op de groep. Hoewel het aantal woonvormen in deze categorie beperkt is, is dit voor het onderzoek een interessante groep omdat dit organisatorische kenmerk expliciet meegenomen wordt in de analyse. Om deze reden wordt deze groepsgrootte getypeerd als categorie 3. De groepsgrootte vanaf twintig bewoners wordt in de literatuur gebruikt in de typering van de traditionele verpleeghuisafdeling (Verbeek e.a., 2007; te Boekhorst e.a., 2009). Ook binnen Stichting Laurens wordt aan woonvormen vanaf 20 bewoners deze typering gegeven. Deze groepsgrootte vormt daarom in het onderzoek categorie 4.

Deelname van bovenstaande locaties en groepen resulteert in een totaal aantal woonvormen van 29, verdeeld over de verschillende onderzoeksgroepen (tabel 3).

Tabel 3 - Totaal aantal deelnemende woonvormen

Categorie groepsgrootte	Aantal deelnemende woonvormen
1	9
2	10
3	3
4	7
Totaal	29

3.2.3 Onderzoeks- en selectieprocedure respondenten

Zowel bewoners van de geselecteerde afdelingen als medewerkers die hier werkzaam zijn hebben deelgenomen aan het onderzoek. Per afdeling heeft de onderzoeker een afspraak gemaakt met de teamleider, waarin het onderzoek kort is geïntroduceerd. Om de stimulans van participatie in het onderzoek te verhogen, is een aantal versnaperingen voor de respondenten achtergelaten.

In totaal zijn op willekeurige wijze 145 bewoners geselecteerd voor deelname, wat neerkomt op vijf bewoners per deelnemende woonvorm. Willekeurige selectie is door de onderzoeker gedaan door

het selecteren van vijf kamernummers per woonvorm. Het enige selectie criterium hierbij was een minimale opnameduur van de deelnemende bewoner van vier weken. Dit is gehanteerd omdat dit criterium als voorwaarde wordt gesteld in verschillende meetinstrumenten die in het onderzoek worden gebruikt.

Medewerkers zijn geselecteerd op basis van hun functie op de afdeling. Zo zijn alleen medewerkers geïnccludeerd die betrokken zijn bij de directe zorg aan de bewoner, hetgeen neerkomt op de functie verzorgende 1 tot en met 5. Uitgangspunt bij het onderzoek is geweest alle medewerkers met deze functies te laten deelnemen. Per afdeling is daarom het aantal medewerkers gevraagd en een identiek aantal vragenlijsten achtergelaten. Dit kwam voor het totaal aantal deelnemende woonvormen neer op 315 vragenlijsten. De teamleider is hierbij geïnstrueerd de vragenlijsten persoonlijk aan de medewerkers te overhandigen.

3.3 Meetinstrumenten

Voor zover dit voor de variabele van toepassing was, zijn bestaande schalen gebruikt, ontwikkeld in eerdere onderzoeken. In dit onderdeel van het hoofdstuk zullen deze meetinstrumenten besproken worden.

3.3.1 Organisatorische kenmerken

Deze variabelen zijn gemeten tijdens het introducerende gesprek dat met de teamleiders van de deelnemende woonvormen is gevoerd voordat de vragenlijsten werden uitgezet. Tijdens dit gesprek is gevraagd naar het aantal bewoners binnen de woonvorm het aantal medewerkers dat hier in de ochtend, middag en avond werkzaam is.

3.3.2 De mate van kleinschaligheid

De 'criteriumlijst kleinschalig wonen', ontwikkeld door Verbeek e.a. (2009), is gebruikt om de mate van kleinschaligheid te meten. Deze lijst bestaat uit 18 stellingen en is gebaseerd op de zes kenmerken van kleinschalig wonen (te Boekhorst e.a., 2007) en de literatuurstudie van Verbeek e.a. (2009) naar internationaal vergelijkbare concepten van kleinschalig wonen. Voorbeelden van stellingen zijn 'Kunnen de bewoners zelf bepalen wat zij willen eten?' en 'Mogen bewoners hun eigen meubels meenemen?'. Elk van de stellingen wordt gescoord van 1 (helemaal niet) tot 5 (helemaal wel), waarbij stelling 8 en 17 moeten worden omgecodeerd (Verbeek e.a., 2008). Het meetinstrument is te vinden in bijlage 1.

3.3.3 De houding van de medewerker

De 'Approach to dementia scale' (Lintern, 1996) wordt gebruikt om de houding van de medewerkers ten aanzien van dementie te meten. Deze schaal bestaat uit 19 stellingen, die elk

worden gescoord van 1 (sterk mee oneens) tot 5 (sterk mee eens). De versie die in dit onderzoek wordt gebruikt is een vertaling van de vragenlijst door het Trimbos instituut. 18 van de 19 items zijn in deze vragenlijst opgenomen (Trimbos instituut, niet gepubliceerde uitgave). Voorbeelden van stellingen uit deze schaal zijn 'Mensen met dementie lijken heel erg op kinderen' en 'Mensen met dementie zijn ziek en hebben verzorging nodig'. De scores kunnen worden opgeteld om een totale score te vormen (tussen de 18 en 90 punten). Hierbij geldt dat hogere scores een meer positieve houding indiceren (Lintern, 1996). De items 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 en 13 moeten worden omgecodeerd. De totale schaal is te vinden in bijlage 2.

3.3.4 Karakteristieken van de bewoner met dementie

Om de zorgafhankelijkheid van bewoners te meten, is de 'Care Dependency Scale' (CDS) (Dijkstra e.a., 1999) gebruikt, een schaal die verschillende kenmerken van zorgafhankelijkheid meet. Het is een unidimensionele, sterk hiërarchische schaal waarmee de zorgafhankelijkheid van een bewoner vastgesteld kan worden (Dijkstra e.a., 1999). De schaal bestaat uit 16 meerkeuzevragen, waarbij de antwoorden worden gescoord van 1 (volledig afhankelijk) tot 5 (vrijwel zelfstandig). Een hoge score op deze schaal komt hierdoor overeen met een lage zorgafhankelijkheid. Voorbeelden van stellingen uit de schaal zijn 'De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig te voldoen aan de behoefte aan eten en drinken' en 'De mate waarin de bewoner fysiek in staat is zichzelf voort te bewegen'. Er bevinden zich geen items in de schaal die moeten worden omgecodeerd. De totale CDS is te vinden in bijlage 3.

Cognitief functioneren is gemeten met de 'Standardized Mini-Mental State Examination' (S-MMSE) (Molloy e.a., 1991). De S-MMSE bevat 11 onderdelen met een maximum score van 30 punten. Een score tussen de 26 en 30 punten wordt als normaal beschouwd, 20 tot en met 25 punten indiceert een milde vorm van dementie, 10 tot en met 19 punten gemiddelde dementie en onder de 10 punten zware dementie (Vertesi e.a., 2001). Een voorbeeld vraag uit de S-MMSE is 'Kunt u mij vertellen in welke provincie u nu bent?'.

3.3.5 Kwaliteit van leven van de bewoner met dementie

De afhankelijke variabele in dit onderzoek, de kwaliteit van leven, wordt gemeten met de 'Qualidem' (Ettema e.a., 2005): een multi-dimensionele schaal bestaande uit 40 items, verdeeld over negen homogene subschalen: Zorgrelatie (7 items), Positief affect (6 items), Negatief affect (3 items), Rusteloos gespannen gedrag (3 items), Positief zelfbeeld (3 items), Sociale relaties (6 items), Sociaal isolement (3 items), Zich thuis voelen (4 items) en iets om handen hebben (2 items). Drie items behoren niet tot een bepaalde subschaal maar zijn bedoeld voor verder onderzoek. Deze drie items worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De items beschrijven geobserveerd gedrag van de afgelopen week en de antwoordcategorieën zijn nooit,

zelden, soms en vaak. Voor de schalen geldt dat hoe hoger hierop wordt gescoord, hoe hoger de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie. De negatieve schalen negatief affect, rusteloos gespannen gedrag en sociaal isolement zijn al omgescoord in de puntentelling die in het instrument beschreven is (bijlage 5).

Van het instrument kunnen zes subschalen (21 items) worden gebruikt voor mensen met zeer ernstige dementie (Global Deterioration Scale 7). In dit onderzoek wordt de term 'verkorte Qualidem' gebruikt om het onderscheid te maken tussen de volledige versie en de versie die geschikt is voor deze bewoners met zeer ernstige dementie.

Hoewel het volgens Ettema e.a. (2005) niet mogelijk is een totale schaal voor de Qualidem te vormen, zal dit in dit onderzoek toch getracht worden te doen. Hierdoor worden zowel de verschillende subschalen van de kwaliteit van leven als de totale kwaliteit van leven van mensen met dementie in het onderzoek betrokken. Er worden twee scores voor de subschalen en totale kwaliteit van leven gegeven: Allereerst voor de gehele versie van de Qualidem en daarnaast voor de verkorte versie die geschikt is voor mensen met zeer ernstige dementie. De gehele versie van de Qualidem wordt in het onderzoek gebruikt voor een analyse van de onderzoeksgroep voor wie deze gehele versie geschikt is. Daarnaast zal een tweede analyse worden gedaan voor de gehele onderzoeksgroep (inclusief de respondenten met zeer ernstige dementie) waarin de verkorte versie van de Qualidem wordt gebruikt. Er is beredeneerd dat ook deze mensen woonachtig zijn in de deelnemende woonvormen en daarom bij willekeurige selectie niet zomaar geëxcludeerd kunnen worden.

3.3.6 Kwaliteit van leven van de bewoner met zeer ernstige dementie

Binnen dit onderzoek is het niet haalbaar gebleken de Global Deterioration Scale (GDS) van alle deelnemende bewoners aan het onderzoek te meten. Omdat van de Qualidem niet alle items geschikt zijn voor afname bij mensen met zeer ernstige dementie (GDS 7), is een stelling met de antwoordcategorieën 'juist' en 'onjuist' in de vragenlijst opgenomen waarmee getracht wordt te bepalen of de totale of verkorte versie van de Qualidem van toepassing is. De stelling luidt: 'De bewoner kan niet meer praten, geen doelbewuste bewegingen maken en is volledig afhankelijk'. Indien de stelling met 'juist' wordt beantwoord, wordt de verkorte versie van de Qualidem gebruikt voor het meten van de kwaliteit van leven van de bewoner.

3.3.7 Socio-demografische variabelen

De socio-demografische variabelen die zijn meegenomen in het onderzoek zijn voor bewoners geslacht, nationaliteit, leeftijd en woonduur op de woonvorm. Voor medewerkers zijn als socio-demografische variabelen geslacht, leeftijd en opleiding gebruikt.

3.3.8 De vragenlijsten

In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen variabelen die betrekking hebben op bewoners en variabelen die betrekking hebben op medewerkers. Om deze reden zijn twee afzonderlijke vragenlijsten ontwikkeld.

In de vragenlijst voor bewoners zijn de CDS, de Qualidem, de S-MMSE, socio-demografische variabelen en de stelling om te bepalen of er sprake is van zeer ernstige dementie opgenomen. De vragenlijst heeft betrekking op een individuele bewoner, maar wordt ingevuld door de eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV'er) van deze bewoner. Vooral voor de Qualidem en CDS is het van belang dat degene die de vragenlijst invult de bewoner goed kent (Dijkstra e.a., 1999; Ettema e.a., 2005).

In de vragenlijst voor medewerkers zijn de criteriumlijst kleinschalig wonen, de Approach to dementia scale en socio-demografische variabelen opgenomen. De vragenlijst voor medewerkers kan door iedere medewerker (verzorgende niveau 1 tot en met 5) worden ingevuld.

3.4 Representativiteit van de data

3.4.1 Respons

Van de 145 vragenlijsten die op basis van de willekeurige selectie van vijf bewoners per deelnemende woonvorm zijn uitgezet, zijn 118 vragenlijsten ingevuld, hetgeen neerkomt op een respons rate van 81%. In totaal zijn 129 medewerkers bereid geweest de vragenlijstenlijst in te vullen, wat bij een uitgezet aantal van 315 vragenlijsten neerkomt op een respons rate van 41%.

De respons op de vragenlijst voor medewerkers is bijna twee keer zo laag als de respons op de vragenlijst voor bewoners. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij de laatste vooraf al door de teamleiders is bepaald welke bewoners in het onderzoek zouden participeren. Er is echter, met een respons van 81%, gebleken dat het ook dan niet vanzelfsprekend is dat 100% van deze bewoners ook werkelijk deelnemen aan het onderzoek. De respons op de vragenlijst voor medewerkers is lager, wat ook werd verwacht alvorens de vragenlijsten werden uitgezet. Het invullen van de vragenlijsten is niet vooraf voor een aantal medewerkers bepaald, wat een zekere mate van vrijblijvendheid met zich mee heeft gebracht. De respons van bijna de helft van de uitgezette vragenlijsten is bevredigend voor dit onderzoek.

3.4.2 Het opschonen van de data

In het databestand voor bewoners zijn geen extreme waarden aangetroffen. In het databestand voor medewerkers is een aantal extreme waarden aangetroffen, die zijn veroorzaakt door een

typfout tijdens het invoeren van de data. Deze waarden zijn opgespoord en hercodeerd als een missende waarde. Missende waarden worden in de analyse paarsgewijs verwijderd, wat betekent dat een respondent alleen voor de variabele waarin de missende waarde voorkomt wordt geëxcludeerd. De data van deze respondent betreffende de overige variabelen wordt wel in de analyse meegenomen.

In beide databestanden zijn een aantal missende waarden aangetroffen in de verschillende schalen die gebruikt worden, waaronder de missende waarden die oorspronkelijk als extreme waarde zijn getypeerd. Vanwege het grote verlies aan informatie bij het excluseren van de respondenten waarbij missende waarden voorkomen, is ervoor gekozen het gemiddelde van de betreffende schaal te gebruiken wanneer minimaal 2/3 van de totale schaal is ingevoerd. In deze gevallen worden de missende waarden niet verwijderd.

Er is een consistentie check gedaan door de negatief gestelde items te vergelijken met de normaal gestelde items in de schalen waar dit van toepassing is. Dit heeft niet geresulteerd in het verwijderen van respondenten. Elke respondent is consistent geweest in het invullen van de vragenlijsten.

3.4.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep

Onderzoeksgroep bewoners

Op basis van de demografische kenmerken zoals beschreven in tabel 4, kan worden geconcludeerd dat de grote meerderheid van de onderzoeksgroep bewoners, namelijk 75.4%, vrouw is. De leeftijd van de onderzoeksgroep varieert van 67 tot 99 jaar, waarbij de meerderheid ouder is dan 84 jaar. Van 19 respondenten is de leeftijd niet bekend. Daarnaast heeft het grote merendeel van de respondenten (92.4%) de Nederlandse nationaliteit.

Tabel 4 - demografische kenmerken onderzoeksgroep bewoners

Variabele	Beschrijving	Frequentie	Percentage (%)
Geslacht	Man	29	24.6
	Vrouw	89	75.4
Leeftijd	< 75	3	2.5
	75 – 84	35	29.7
	85 – 94	57	48.3
	>95	4	3.4
	Onbekend	19	16.1
Nationaliteit	Nederlandse	109	92.4
	Surinaams-Hindoestaans	3	2.5
	Afro-Surinaams	1	0.8
	Anders	5	4.2
Woonduur	4 – 25 weken	17	14.4
	26 – 52 weken	28	23.7
	> 52 weken	70	59.3
	Onbekend	3	2.5

Onderzoeksgroep medewerkers

Bij de onderzoeksgroep van de medewerkers (tabel 5) geldt eveneens dat het grote merendeel vrouw is (89.9%). De leeftijd van de onderzoeksgroep loopt uiteen van 17 tot 62 jaar, waarvan de meerderheid tussen de 40 en 54 jaar is. De meest voorkomende hoogst afgeronde opleiding is niveau 3, verzorgende individuele gezondheidszorg (VIG).

Tabel 5 - Demografische kenmerken onderzoeksgroep medewerkers

Variabele	Beschrijving	Frequentie	Percentage (%)
Geslacht	Man	11	8.5
	Vrouw	116	89.9
	Onbekend	2	1.6
Leeftijd	< 25	14	10.9
	25 – 39	34	26.4
	40 – 54	59	45.7
	>55	16	12.4
	Onbekend	6	4.7
Opleiding	Niveau 1	6	4.7
	Niveau 2	24	18.6
	Niveau 3	71	55.0
	Niveau 4	9	7.0
	Niveau 5	2	1.6
	Anders	13	10.1
	Onbekend	4	3.1

3.4.4 Tweedeling in de analyses

Zoals in paragraaf 3.3 is beschreven, is er vanwege het instrument dat wordt gebruikt voor het meten van de afhankelijke variabele, een tweedeling gemaakt in de analyses. Om de kwaliteit van leven te meten voor mensen met zeer ernstige dementie, zijn namelijk minder items van het instrument geschikt dan voor mensen met lichte tot ernstige dementie (Ettema e.a., 2005). Er is daarom zowel een analyse met het gehele instrument gedaan voor het databestand van mensen met lichte tot ernstige dementie, waarin mensen met zeer ernstige dementie zijn geëxcludeerd, als een analyse voor het gehele databestand met de verkorte versie van het instrument.

Van de 118 bewoners die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn er 16 waarbij sprake is van zeer ernstige dementie, en bij wie de afname van de totale Qualidem niet mogelijk is. Voor de eerste analyse die is uitgevoerd, zijn deze 16 respondenten uit het databestand voor bewoners gefilterd. De analyse is hiermee gedaan met een totaal van 102 bewoners. De tweede analyse met de verkorte versie van de Qualidem is voor het gehele databestand voor bewoners gedaan. De data van de 129 medewerkers die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn voor beide analyses gebruikt.

3.5 Betrouwbaarheid van de schalen

De schalen die in dit onderzoek zijn gebruikt, zijn gevalideerde instrumenten die zijn ontwikkeld en getoetst in eerdere onderzoeken. Vanwege de keuze in dit onderzoek om een tweedeling te maken in de analyses, namelijk voor de totale onderzoeksgroep met de verkorte versie van de Qualidem en voor de onderzoeksgroep met de gehele versie van de Qualidem met exclusie van mensen met zeer ernstige dementie, zal de betrouwbaarheid van de gebruikte schalen in deze paragraaf worden weergegeven voor beide situaties.

3.5.1 Schaalbetrouwbaarheid eerste analyse: Onderzoeksgroep totale Qualidem

Tabel 6 - Schaalbetrouwbaarheid onderzoeksgroep totale Qualidem

Schaalbetrouwbaarheid				
Schaal		Cronbach's α	Aantal items	N
Qualidem	Zorgrelatie	0.778	7	100
	Positief affect	0.875	6	101
	Negatief affect	0.755	3	102
	Rusteloos gespannen gedrag	0.721	3	101
	Positief zelfbeeld	0.670	3	101
	Sociale relaties	0.699	6	100
	Sociaal isolement	0.627	3	99
	Zich thuis voelen	0.742	4	100
	Iets om handen hebben	0.412	2	101
	Qualidem totaal	0.728	9	101
CDS		0.948	16	98
S-MMSE		0.860	11	81
Criteriumlijst		0.861	18	98
Approach to dementia		0.721	18	124

Uit de resultaten van de betrouwbaarheidscheck voor de schalen van de kwaliteit van leven, de zorgafhankelijkheid en de cognitieve status van de bewoner met dementie, de mate van kleinschaligheid van de woonvormen en de houding van de medewerker, is gekomen dat alle schalen, behalve de subschaal 'iets om handen hebben' van de Qualidem, voldoende betrouwbaar zijn voor het onderzoek (tabel 6). De CDS, S-MMSE en criteriumlijst kleinschalig wonen zijn zelfs zeer betrouwbaar (Cronbach's $\alpha > 0.8$). De lage betrouwbaarheid van de subschaal 'iets om handen hebben' van de Qualidem kan worden veroorzaakt door het feit dat slechts twee items deel uit maken van deze schaal. Voor de analyse is gekozen om zowel de totale Qualidem, die bestaat uit samenvoeging van de negen subschalen, te gebruiken voor het meten van de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie. Ook zullen de resultaten van de analyses voor de verschillende subschalen van de Qualidem kort worden besproken.

3.5.2 Schaalbetrouwbaarheid tweede analyse: Onderzoeksgroep verkorte Qualidem

Tabel 7 - Schaalbetrouwbaarheid onderzoeksgroep verkorte Qualidem

Schaalbetrouwbaarheid				
Schaal		<i>Cronbach's α</i>	<i>Aantal items</i>	<i>N</i>
Qualidem	Zorgrelatie	0.615	3	116
	Positief affect	0.817	4	117
	Negatief affect	0.667	2	118
	Rusteloos gespannen gedrag	0.747	3	117
	Positief zelfbeeld	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Sociale relaties	0.565	3	117
	Sociaal isolement	0.639	3	115
	Zich thuis voelen	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Iets om handen hebben	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
	Qualidem verkort	0.756	6	118
CDS		0.961	16	113
S-MMSE		0.860	11	96
Criteriumlijst		0.861	18	98
Approach to dementia		0.721	18	124

Ook uit de betrouwbaarheidscheck van de tweede analyse zijn voldoende betrouwbare schalen gekomen voor de kwaliteit van leven, de zorgafhankelijkheid en de cognitieve status van de bewoner met dementie, de mate van kleinschaligheid van een woonvorm en de houding van de medewerker. Voor deze analyse is eveneens gekozen om de totale versie van de Qualidem te gebruiken om de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie te meten, die in deze analyse bestaat uit de samenvoeging van zes subschalen. Ook deze subschalen zullen in de analyses kort worden besproken.

3.6 Statistische onderzoekstechnieken

Voor het analyseren van de onderzoeksdata is gebruik gemaakt van verschillende statistische analysetechnieken. Zo zijn voor het onderzoeken van de karakteristieken van bewoners tussen verschillende woonvormen en de relaties tussen groepsgrootte en de attitude van de medewerker op de mate van kleinschaligheid van de woonvorm univariate analyses gedaan, met behulp van kruistabellen, correlaties, de t-toets en eenweg-variantie-analyse. Daarnaast is voor het analyseren van de samenhangen tussen de onafhankelijke variabelen en de kwaliteit van leven van de bewoners een multivariate techniek gebruikt, namelijk de regressieanalyse.

Er wordt in de regressieanalyse, vanwege het ordinale karakter van de onafhankelijke variabele groepsgrootte, gewerkt met dummyvariabelen, waarbij groepsgrootte categorie 4 (traditionele verpleeghuisafdeling) is toegevoegd als dummy. De gerapporteerde effecten kunnen daarom worden geïnterpreteerd ten opzichte van de traditionele verpleeghuisafdeling.

3.7 Samenvatting

De relaties uit het conceptueel model dat ontwikkeld is in hoofdstuk 2, worden getoetst door middel van een cross-sectioneel onderzoek. Binnen Stichting Laurens is een aantal woonvormen geselecteerd die verpleeghuiszorg bieden aan mensen met dementie. Er worden vier categorieën gehanteerd, gebaseerd op de groepsgrootte van de woonvormen. In totaal heeft de selectie geleid tot 29 deelnemende woonvormen, verdeeld over de vier categorieën. Binnen deze woonvormen worden twee verschillende vragenlijsten uitgezet: Één voor de variabelen van het onderzoek die de bewoner tot onderwerp hebben en één voor de variabelen die betrekking hebben op de medewerkers.

In de vragenlijsten wordt gebruik gemaakt van bestaande meetinstrumenten, die in diverse onderzoeken reeds zijn gebruikt. Uit de betrouwbaarheidscheck is gebleken dat de schalen van de gehanteerde meetinstrumenten, behalve de subschaal 'iets om handen hebben' van de Qualidem, voldoende betrouwbaar zijn om te gebruiken in het onderzoek. Bij sommige meetinstrumenten, zoals de S-MMSE, CDS en de criteriumlijst kleinschalig wonen is zelfs sprake van een zeer hoge betrouwbaarheid (Cronbach's $\alpha > 0.8$). Daarnaast is in dit hoofdstuk de respons binnen het onderzoek besproken en is een beschrijving gegeven van de twee onderzoeksgroepen (bewoners en medewerkers) die hebben deelgenomen aan het onderzoek.

4. Resultaten

De methodologie van dit onderzoek is besproken in hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk worden de resultaten van de analyses gepresenteerd. Hierbij wordt allereerst gekeken naar de verschillen in karakteristieken van de deelnemende bewoners tussen de verschillende woonvormen. Daarna worden aan de hand van de opgestelde hypothesen in hoofdstuk 2 de resultaten beschreven van de verschillende veronderstelde relaties uit het conceptueel model.

4.1 Karakteristieken bewoners in de verschillende woonvormen

Omdat in het onderzoek wordt verwacht dat de karakteristieken van de bewoners een grote invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van leven van deze bewoner, is het allereerst van belang deze karakteristieken te vergelijken binnen de verschillende woonvormen die deelnemen aan het onderzoek. Deze woonvormen, gebaseerd op de grootte van de groep bewoners die hier verblijven, zijn als uitgangspunt genomen in dit onderzoek en worden in deze paragraaf met elkaar vergeleken.

Tabel 8 - Karakteristieken bewoners in de verschillende woonvormen

	<u>Categorie 1</u>		<u>Categorie 2</u>		<u>Categorie 3</u>		<u>Categorie 4</u>		χ^2
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>Geslacht</i>									8.004**
Man	5	16.7	7	17.1	3	21.4	14	42.4	
Vrouw	25	83.3	34	82.9	11	78.6	19	57.6	
<i>Nationaliteit</i>									2.782
Nederlands	27	90.0	39	95.1	14	100.0	29	92.4	
Anders	3	10.0	2	4.9	0	0.0	4	12.1	
<i>Woonduur</i>									6.241
4 -52 weken	12	42.9	20	50.0	2	14.3	11	33.3	
> 52 weken	16	57.1	20	50.0	12	85.7	22	66.7	
	M	95% CI	M	95% CI	M	95% CI	M	95% CI	F
<i>Leeftijd</i>	84.5	82.5-86.5	87.8	86.0-89.6	86.6	83.9-89.4	83.2	80.6-85.8	4.081***
<i>CDS</i>	53.1	47.9-58.4	36	31.3-40.6	33.2	24.1-42.3	41.9	36.3-47.5	9.424***
<i>S-MMSE</i>	13.5	10.2-16.8	8.1	5.5-10.6	10.4	4.4-16.5	7.7	4.9-10.5	3.365**

* p < 0.1; ** p < 0.05; *** p < 0.01.

Care Dependency Scale score 0-80.

Standardized-Mini mental State Examination score 0-30.

In tabel 8 is te zien dat er significante verschillen zijn in het geslacht, de leeftijd, de zorgafhankelijkheid en de cognitieve status van de bewoners van de verschillende woonvormen. Deze variabelen zullen worden meegenomen in het onderzoeken van de relatie tussen de karakteristieken van de bewoners en de kwaliteit van leven. Ook de overige karakteristieken worden meegenomen in het onderzoeken van de relatie tussen karakteristieken van de bewoner met dementie en zijn of haar kwaliteit van leven.

4.2 Organisatorische kenmerken en de attitude van medewerkers

De organisatorische kenmerken groeps grootte en het aantal medewerkers op een woonvorm, en de attitude van de medewerkers op deze woonvorm, zijn de onafhankelijke variabelen in dit onderzoek. In deze paragraaf zullen relevante, univariate analyses worden gerapporteerd betreffende deze variabelen.

4.2.1 Groeps grootte en het aantal medewerkers op een woonvorm

Omdat wordt verwacht dat op een woonvorm met een groter aantal bewoners, ook een groter aantal medewerkers werkzaam is, is allereerst gekeken naar de relatie tussen deze twee organisatorische variabelen. Hierbij is het gemiddeld aantal medewerkers gebruikt dat op een dag op de woonvorm werkzaam is.

Tabel 9 - Groeps grootte en het gemiddeld aantal medewerkers op een woonvorm (N = 29)

	M	95% CI	p	Sign.
<i>Groeps grootte</i>			0.909	0.000
Categorie 1	1.0	1.0 – 1.0		
Categorie 2	1.4	1.3 – 1.5		
Categorie 3	1.7	1.7 – 1.7		
Categorie 4	4.3	4.0 – 4.6		

Het is gebleken dat er een bijna perfecte positieve relatie bestaat tussen groeps grootte en het aantal medewerkers op een groep ($p = 0.909$, $p = 0.000$) (tabel 9). Ook wanneer de werkelijke, niet gehercodeerde groeps grootte wordt vergeleken met het aantal medewerkers op de woonvorm, wordt een sterk positieve significante relatie gevonden ($r = 0.983$, $p = 0.000$). De twee variabelen hangen onderling zo sterk samen, dat ervoor is gekozen in de analyses alleen de variabele groeps grootte te gebruiken.

4.2.2 Organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker

Tabel 11 - Groeps grootte en de attitude van de medewerker (N = 29)

	M	95% CI	p	Sign.
<i>Groeps grootte</i>			0.054	n.s. ¹
Categorie 1	70.2	68.4 – 72.0		
Categorie 2	68.4	66.6 – 68.4		
Categorie 3	66.6	64.8 – 70.2		
Categorie 4	72.0	70.2 – 73.8		

Approach to dementia scale score 0 – 90

In tabel 11 is te zien dat de vraaggerichtheid van de attitude van de medewerker op de traditionele verpleeghuisafdelingen hoger ligt dan op de overige, kleinschalige woonvormen. Er is echter gevonden dat de verschillen in de attitude van de medewerker tussen de verschillende woonvormen marginaal significant is. Tussen de woonvormen onderling, zoals de traditionele

¹ Als $p > 0.1$ wordt de notatie n.s. (niet significant) gebruikt.

verpleeghuisafdeling vergeleken met de woonvorm met acht of tussen tien en dertien bewoners, is dit verschil wel significant ($p = 0.000$ en $p = 0.004$). Daarnaast is uit verdere analyse gebleken dat de attitude van medewerkers in de kleinschalige woonvorm met zes bewoners, significant vraaggerichter is dan in de woonvorm met acht ($p = 0.028$) of tussen tien en dertien bewoners ($p = 0.059$).

4.2.3 Conclusies

Uit de analyses is allereerst gebleken, dat er een sterke samenhang is tussen het aantal bewoners op een woonvorm en het aantal medewerkers dat hier werkzaam is. Vanwege deze bevinding, is in het onderzoek gekozen om alleen de variabele groepsgrootte als organisatorische kenmerk mee te nemen. Daarnaast is gebleken, dat de attitude van de medewerkers op de traditionele verpleegafdelingen en kleinschalige woonvormen met zes bewoners, significant vraaggerichter is dan op woonvormen met acht en tien tot dertien bewoners.

4.3 De mate van kleinschaligheid

In het eerste gedeelte van de scriptie zijn twee hypothesen opgesteld over de invloed die bepaalde organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker kunnen hebben op de mate van kleinschaligheid van een woonvorm. Hierbij wordt verondersteld, dat een kleiner aantal bewoners en medewerkers op een woonvorm zorgt voor een sterkere mate van kleinschaligheid dan een groter aantal bewoners en medewerkers op een groep. Daarnaast wordt verondersteld dat een meer integrale, persoonsgerichte en vraaggestuurde attitude van de medewerker zorgt voor een sterkere mate van kleinschaligheid dan wanneer deze attitude minder integraal, persoonsgericht en vraaggestuurd is. In deze paragraaf worden deze verwachte relaties besproken.

4.3.1 Organisatorische kenmerken en de mate van kleinschaligheid

Tabel 10 - Groepsgrootte en de mate van kleinschaligheid (N = 29)

	M	95% CI	ρ	Sign.
<i>Groepsgrootte</i>			-0.812	0.000
Categorie 1	70.2	68.4 – 72		
Categorie 2	63	61.2 – 63		
Categorie 3	57.6	55.8 – 61.2		
Categorie 4	54	52.2 – 55.8		

criteriumlijst kleinschalig wonen score 0 – 90

Noot: F-waarde = 71.109, $p = 0.000$

Zoals werd verwacht, bestaat er een significante, negatieve relatie tussen groepsgrootte en de mate van kleinschaligheid op een woonvorm ($\rho = -0.812$, $p = 0.000$) (tabel 10). Dit betekent dat op de woonvormen waar minder bewoners op een groep wonen, de mate van kleinschaligheid sterker is dan op de woonvormen waar meer bewoners wonen. In tabel 10 is te zien dat de mate van kleinschaligheid in categorie 4, de traditionele verpleeghuisafdeling met meer dan 19 bewoners,

het kleinst is. Op kleinschalige woonvorm met zes bewoners is de mate van kleinschaligheid het sterkst. De analyse laat verder zien dat alle verschillen in de mate van kleinschaligheid tussen de verschillende groepsgroottes zeer significant zijn ($p < 0.01$).

4.3.2 Attitude medewerker en de mate van kleinschaligheid

Er bestaat een positieve, significante relatie tussen de attitude van de medewerker op een woonvorm en de mate van kleinschaligheid op deze woonvorm ($r = 0.241$, $p = 0.009$). Dit betekent dat een meer integrale, persoonsgerichte en vraaggestuurde attitude zorgt voor een sterkere mate van kleinschaligheid op de woonvorm.

4.3.3 Organisatorische kenmerken, attitude medewerker en de mate van kleinschaligheid

Naast de afzonderlijke invloed die de groepsgrootte en de attitude van de medewerker kunnen uitoefenen op de mate van kleinschaligheid van de woonvorm, wordt in dit onderzoek gekeken naar de invloed van deze variabelen gezamenlijk op de mate van kleinschaligheid van de woonvorm.

Tabel 11 - Groepsgrootte, attitude en de mate van kleinschaligheid (N = 29)

		Model 1			Model 2		
		β	t	Sign.	β	t	Sign.
Groepsgrootte (referentiecategorie = 4)	Categorie 1	0.941	14.270	0.000	0.991	18.459	0.000
	Categorie 2	0.563	8.417	0.000	0.709	12.393	0.000
	Categorie 3	0.195	3.150	0.002	0.303	5.841	0.000
Attitude					0.376	7.835	0.000

In tabel 11 is te zien (model 1) dat, net als de resultaten van de univariate analyse naar de invloed van groepsgrootte op de mate van kleinschaligheid, ook in deze analyse significante verschillen worden gevonden in de mate van kleinschaligheid tussen de verschillende groepsgroottes. De positieve beta-waarden indiceren daarbij dat de mate van kleinschaligheid in de woonvormen met een kleinere groepsgrootte hoger is dan in de traditionele verpleeghuisafdeling. Bovendien geven de aflopende beta-waarden aan dat de mate van kleinschaligheid het hoogst is in de woonvorm met zes bewoners, daarna in de woonvorm met acht bewoners en daarna in de woonvorm met tien tot dertien bewoners.

Wanneer ook de attitude van de medewerkers op de woonvorm worden meegenomen in de relatie tussen groepsgrootte en de mate van kleinschaligheid (model 2), wordt een significante, positieve relatie gevonden tussen de attitude van de medewerkers en de mate van kleinschaligheid ($\beta = 0.376$, $t = 7.835$, $p = 0.000$). Dit betekent dat op woonvormen waar de houding van de medewerker meer integraal, vraaggestuurd en persoonsgericht is, de mate van kleinschaligheid hoger ligt dan op woonvormen waar de houding van de medewerkers minder integraal,

vraaggestuurd en persoonsgericht is. Deze bevinding is conform de verwachtingen en de hypothese die op basis van de huidige literatuur is opgesteld.

Verdere analyse laat zien dat de verschillen in de mate van kleinschaligheid tussen de verschillende groepsgroottes nog steeds significante zijn ($p < 0.01$) wanneer de attitude van de medewerker wordt meegenomen in de analyse. Uit de regressie analyse van deze variabelen is bovendien gebleken, dat de groepsgrootte en de attitude van de medewerker variabelen zijn die de meeste variantie in de mate van kleinschaligheid kunnen verklaren ($r^2 = 0.766$). De gemiddelde mate van kleinschaligheid binnen een woonvorm (zoals gerapporteerd door medewerkers van die woonvorm die de vragenlijst hebben ingevuld) wordt grotendeels verklaard door de groepsgrootte en de attitude van de medewerker op groepsniveau ($N = 29$).

4.3.4 Conclusies

In deze paragraaf is gekeken naar de mate van kleinschaligheid op verschillende woonvormen voor mensen met dementie. Hierbij zijn organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker meegenomen als mogelijk verklarende variabelen voor de mate van kleinschaligheid op een woonvorm.

Er is gevonden dat er significante verschillen zijn in de mate van kleinschaligheid tussen de verschillende woonvormen die variëren in groepsgrootte. Hierbij is, conform de verwachtingen op basis waarvan hypothese 1a is opgesteld, gevonden dat een kleiner aantal bewoners op een groep zorgt voor een sterkere mate van kleinschaligheid op deze woonvorm. Daarnaast is een positieve relatie tussen de attitude van de medewerker en de mate van kleinschaligheid gevonden, wat betekent dat een meer integrale, persoonsgerichte en vraaggestuurde attitude zorgt voor een sterkere mate van kleinschaligheid op de woonvorm. Dit is conform de verwachtingen en hypothese 2a.

4.4 Kwaliteit van leven – univariate analyses

In de eerste hypothese van dit onderzoek wordt gesteld dat de groepsgrootte en het aantal medewerkers op een woonvorm invloed heeft op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie. Meer specifiek wordt verondersteld dat een kleiner aantal bewoners en medewerkers op een groep bevorderend is voor de kwaliteit van leven van deze bewoners. In de tweede hypothese van dit onderzoek wordt gekeken naar de invloed van de attitude van de medewerker op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Hierbij is verondersteld dat een meer integrale, vraaggestuurde en persoonsgerichte houding van de medewerker een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van leven. Daarnaast wordt verwacht dat ook de mate van kleinschaligheid de kwaliteit van leven van bewoners met dementie kan beïnvloeden. Tenslotte wordt in de derde

hypothese van dit onderzoek gesteld dat ook karakteristieken van mensen met dementie invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven van deze mensen, en hiermee belangrijke factoren zijn om mee te nemen in onderzoeken naar kleinschalig wonen. Er wordt verondersteld dat hoe hoger de cognitieve status en hoe lager de zorgafhankelijkheid van een bewoner is, hoe hoger de kwaliteit van leven is.

In deze paragraaf worden de afzonderlijke, directe relaties tussen deze variabelen en de kwaliteit van leven geanalyseerd voor mensen met lichte tot ernstige dementie. Daarnaast worden deze relaties onderzocht voor het gehele databestand, waarin ook mensen met zeer ernstige dementie zijn meegenomen. De resultaten van deze analyse zijn te vinden in bijlage 6.

4.4.1 Organisatorische kenmerken, attitude, mate van kleinschaligheid en kwaliteit van leven

In deze paragraaf worden de afzonderlijke relaties tussen de verschillende verklarende variabelen uit het conceptueel model op de kwaliteit van leven onderzocht. Hierbij worden de groepsgrootte, de attitude van de medewerker, en de mate van kleinschaligheid van de woonvorm meegenomen.

Tabel 12 – Groepsgrootte, attitude, mate van kleinschaligheid en kwaliteit van leven

	Groepsgrootte (N = 101)	Attitude medewerker (N = 101)	Mate van kleinschaligheid (N = 101)
	ρ	r	r
Zorgrelatie	0.033	-0.019	0.015
Positief affect	0.072	0.075	0.031
Negatief affect	0.086	0.206**	-0.015
Rusteloos gedrag	0.029	-0.026	-0.045
Positief zelfbeeld	-0.068	-0.060	-0.014
Sociale relaties	-0.070	0.118	0.105
Sociaal isolement	0.057	0.008	-0.041
Zich thuis voelen	0.274***	0.090	-0.132
Iets om handen hebben	-0.113	0.003	0.030
Qualidem totaal	0.077	0.075	-0.018

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$.

Organisatorische kenmerken en de kwaliteit van leven

Naast de veronderstelde relatie tussen organisatorische kenmerken en de mate van kleinschaligheid (hypothese 1a), is in hypothese 1b verondersteld dat de groepsgrootte een directe invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van leven van de bewoners op de woonvorm. Zoals is weergegeven in tabel 12 is een positieve, significante relatie gevonden tussen de groepsgrootte en de subschaal van kwaliteit van leven 'zich thuis voelen'. Dit betekent dat, in tegenstelling tot de verwachtingen in dit onderzoek, op woonvormen met een grotere groepsgrootte, mensen zich meer thuis voelen dan op woonvormen met een lagere groepsgrootte. Er zijn geen significante relaties gevonden tussen groepsgrootte en de andere subschalen en totale kwaliteit van leven. Dit

houdt in dat er op deze schalen geen verschillen zijn tussen de kwaliteit van leven van bewoners die in een woonvorm met een kleiner of groter aantal bewoners wonen.

Attitude van de medewerkers op een woonvorm

Naast de veronderstelde relatie tussen de attitude van de medewerker en de mate van kleinschaligheid van de woonvorm (hypothese 2a), wordt verwacht dat de attitude van de medewerker directe invloed kan hebben op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie. Uit tabel 12 is af te lezen dat er een positieve significante relatie bestaat tussen de attitude van de medewerker en de subschaal van de kwaliteit van leven 'negatief affect'. Dit betekent dat op woonvormen waar de attitude van de medewerker meer integraal, vraaggestuurd en persoonsgericht is, de bewoners minder negatief affect voelen dan op woonvormen waar de attitude minder integraal, vraaggestuurd en persoonsgericht is. Op de overige subschalen en totale kwaliteit van leven bestaan geen significante relaties met de attitude. Dit betekent dat de attitude van de medewerker op deze schalen geen directe invloed heeft op de kwaliteit van leven van de bewoners op de woonvorm.

De mate van kleinschaligheid van de woonvorm

In het onderzoek wordt verondersteld, dat de mate van kleinschaligheid van een woonvorm, invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van leven van de bewoners van deze woonvorm. In tabel 12 is te zien dat dit effect op geen enkele subschaal en niet op de totale kwaliteit van leven is gevonden. Dit betekent dat, in tegenstelling tot wat werd verwacht, een sterkere mate van kleinschaligheid van een woonvorm, in deze studie geen aantoonbaar bevorderend effect heeft op de kwaliteit van leven van de bewoners van deze woonvorm.

4.4.2 Karakteristieken van de bewoners

In de derde hypothese van dit onderzoek wordt verondersteld dat hoe hoger de cognitieve status en hoe lager de zorgafhankelijkheid van een bewoner is, hoe hoger de kwaliteit van leven is. Hoewel hier geen hypothese van is opgesteld, wordt in het onderzoek ook verwacht dat andere karakteristieken van bewoners, zoals leeftijd, geslacht, nationaliteit en woonduur op de woonvorm variabelen zijn die invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van leven van deze bewoners. Ook deze variabelen worden in deze paragraaf onderzocht.

Tabel 13 - Karakteristieken bewoners en kwaliteit van leven

	CDS (N = 100)	MMSE (N = 87)	Leeftijd (N = 85)	Woonduur (N = 100)	Geslacht (N = 102)	Nationaliteit (N = 102)
	r	r	r	ρ	t	t
Zorgrelatie	0.049	-0.002	0.222**	0.007	-0.441	0.665
Positief affect	0.068	0.073	0.006	0.038	-0.197	-0.934
Negatief affect	0.184*	0.090	-0.145	0.125	1.656	-2.898***
Rusteloos gedrag	0.184*	0.173	0.125	-0.104	-0.166	-0.200
Positief zelfbeeld	0.092	-0.067	0.111	0.145	-0.447	-1.578
Sociale relaties	0.367***	0.403***	-0.118	-0.012	-0.914	0.235
Sociaal isolement	0.249**	0.119	-0.005	0.001	0.103	0.487
Zich thuis voelen	-0.314***	-0.301***	0.217**	0.319***	-1.158	-1.347
Iets om handen hebben	0.560***	0.362***	-0.163	-0.217**	-0.748	-0.744
Qualidem totaal	0.293***	0.159	0.045	0.069	-0.418	-1.335

* p < 0.1; ** p < 0.05; *** p < 0.01.

Zorgafhankelijkheid

De relatie tussen zorgafhankelijkheid en de kwaliteit van leven is significant en positief ($r = 0.293$, $p = 0.003$). Dit is ook voor de subschalen van de kwaliteit van leven 'negatief affect', 'rusteloos gespannen gedrag', 'sociale relaties', 'sociaal isolement' en 'iets om handen hebben' het geval. Dit betekent dat bewoners met een lagere zorgafhankelijkheid, hoger scoren op deze subschalen dan bewoners met een hogere zorgafhankelijkheid. Een uitzondering is de subschaal 'zich thuis voelen', die significant en negatief is, wat betekent dat bewoners met een lagere zorgafhankelijkheid zich minder thuis voelen dan bewoners met een hogere zorgafhankelijkheid.

Cognitieve status

Tussen de subschalen 'sociale relaties' en 'iets om handen hebben' bestaat een significante, positieve relatie met de cognitieve status. Dit betekent dat bewoners met een hogere cognitieve status hoger scoren op deze schalen dan bewoners met een lagere cognitieve status. De relatie tussen de cognitieve status en de subschaal 'zich thuis voelen' is significant en negatief, wat betekent dat mensen met een hogere cognitieve status zich minder thuis voelen dan mensen met een lagere cognitieve status.

Leeftijd, woonduur, geslacht en nationaliteit

Er is een positieve, significante relatie gevonden tussen leeftijd en de subschalen 'zorgrelatie' en 'zich thuis voelen'. Dit betekent dat oudere mensen hoger scoren op deze subschalen dan jongere mensen. Op de overige subschalen en de totale kwaliteit van leven zijn geen significante verschillen gevonden. Op de subschalen 'zich thuis voelen' en 'iets om handen hebben' is een significant effect van de woonduur op de kwaliteit van leven gevonden. De positieve relatie tussen 'zich thuis voelen' en woonduur indiceert dat mensen die langer op de woonduur wonen, zich meer thuis voelen dan mensen die minder lang op de woonvorm wonen. De negatieve relatie tussen woonduur en 'iets om handen hebben' indiceert dat mensen die langer op de woonvorm wonen

minder vaak iets om handen hebben dan mensen die minder lang op de woonvorm verblijven. De significante, positieve relatie tussen 'zich thuis voelen' en woontijd houdt in dat mensen die langer op een woonvorm verblijven zich meer thuis voelen dan mensen die korter op een woonvorm wonen. Ook is in tabel 13 te zien dat het geslacht van de bewoner geen invloed heeft op zijn of haar kwaliteit van leven. Op de subschaal 'negatief affect' is gebleken dat er verschillen zijn tussen verschillende nationaliteiten. De analyse laat zien dat mensen van Nederlandse afkomst significant lager scoren op deze subschaal ($M = 1.8$) dan mensen met een andere afkomst dan de Nederlandse ($M = 2.6$). Dit betekent de Nederlanders in dit onderzoek meer negatieve gevoelens hebben dan mensen van niet Nederlandse afkomst.

4.4.3 Conclusies

In dit onderzoek werd verwacht, dat de organisatorische kenmerken op een woonvorm een direct effect kunnen hebben op de kwaliteit van leven van de bewoners. Er is hierbij verondersteld dat een kleiner aantal bewoners en medewerkers op een woonvorm een bevorderende werking heeft op deze kwaliteit van leven. Er is slechts op de subschaal 'zich thuis voelen', een significante relatie gevonden tussen organisatorische kenmerken en de kwaliteit van leven. Op de overige subschalen en de totale kwaliteit van leven is geen significant effect gevonden, hetgeen betekent dat deze variabelen geen directe relatie hebben met de kwaliteit van leven van de bewoners.

Daarnaast werd in dit onderzoek verwacht dat de houding van de medewerker invloed zou hebben op de kwaliteit van leven van de bewoner van deze woonvorm. Hierbij zou een vraaggestuurde, persoonsgerichte attitude van de medewerker, direct of indirect via de mate van kleinschaligheid, zorgen voor een hogere kwaliteit van leven van de bewoner. Uit het onderzoek is echter gebleken dat alleen op de subschaal 'negatief affect' een significant effect is gevonden. Op de overige subschalen en de totale kwaliteit van leven bestaat geen directe relatie tussen de houding van de medewerker en de kwaliteit van leven van de bewoner.

Uit beide analyses is naar voren gekomen dat karakteristieken van mensen met dementie wel degelijk invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven van deze mensen. Zoals in het onderzoek werd verwacht, is gevonden dat een lagere zorgafhankelijkheid een hogere kwaliteit van leven met zich meebrengt. Dit is het geval voor de totale kwaliteit van leven, en voor de subschalen 'negatief affect', 'rusteloos gespannen gedrag', 'sociale relaties', 'sociaal isolement' en 'iets om handen hebben'. De negatieve samenhang in de eerste analyse met de subschaal 'zich thuis voelen' indiceert dat mensen met een lagere zorgafhankelijkheid zich minder thuis voelen op de woonvorm dan mensen met een hogere zorgafhankelijkheid. Een mogelijke conclusie die hieruit getrokken zou kunnen worden, is dat het voor deze mensen moeilijker is een gevoel van 'thuis zijn'

te creëren dan voor mensen met een hogere zorgafhankelijkheid. Op de overige subschalen is geen significant effect gevonden van de zorgafhankelijkheid.

Ook is er een positieve relatie gevonden tussen de cognitieve status en de kwaliteit van leven van mensen met dementie op de subschalen 'sociale relaties' en 'iets om handen hebben'. Dit houdt in dat de kwaliteit van leven op deze subschalen bij mensen met een hogere cognitieve status, hoger is dan bij mensen met een lagere cognitieve status. Op de subschaal 'zich thuis voelen' is deze relatie negatief. Dit betekent dat mensen met een hogere cognitieve status zich minder thuis voelen dan mensen met een lagere cognitieve status.

Op de subschaal 'zich thuis voelen' is daarnaast een positief significant verband met leeftijd en woonduur op de woonvorm gevonden. Dit betekent dat mensen die ouder zijn en langer op een woonvorm verblijven, zich hier meer thuis voelen dan mensen die jonger zijn of mensen die korter op de woonvorm woonachtig zijn. Bovendien is een negatief verband gevonden tussen woonduur en de subschaal 'iets om handen hebben'. Er is geen verband gevonden tussen geslacht en de kwaliteit van leven, wel is gevonden dat mensen van een niet Nederlandse afkomst minder negatief affect hebben dan mensen met een Nederlandse afkomst.

4.4 Kwaliteit van leven - multivariate analyse

In de univariate analyse is de afzonderlijke invloed onderzocht van de verklarende variabelen uit dit onderzoek op de afhankelijke variabele, de kwaliteit van leven van de bewoners met dementie. In deze analyse is in het onderzoeken van deze afzonderlijke invloed nog niet gecorrigeerd voor de invloed die de andere variabelen zouden kunnen hebben op de kwaliteit van leven. Bovendien wordt verwacht dat de invloed van organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie, indirect kan werken via de mate van kleinschaligheid. Om dit mediërende effect van de mate van kleinschaligheid te kunnen meten, wordt deze meegenomen in de multivariate analyse die in deze paragraaf gerapporteerd wordt. Daarnaast wordt gekeken naar de bijdrage die de onafhankelijke variabelen in onderlinge samenhang hebben in het verklaren van de kwaliteit van leven van mensen met lichte tot ernstige dementie. De resultaten van de multivariate analyse voor het gehele databestand, waarin ook mensen met zeer ernstige dementie zijn meegenomen, is te vinden in bijlage 7.

4.4.1 De regressie analyse

De regressie analyse wordt weergegeven in drie stappen, gebaseerd op het conceptueel model dat in hoofdstuk 2 aan de hand van de huidige literatuur over kleinschalig wonen voor mensen met dementie is opgesteld. In het conceptueel model wordt gesteld, dat zowel organisatorische kenmerken van een woonvorm als de attitude van de medewerkers op deze woonvorm, een

directe invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van leven van de bewoners met dementie. Om deze reden zijn deze twee verklarende variabelen opgenomen in regressiemodel 1. Daarnaast wordt verwacht, dat de invloed van organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker niet alleen direct kan werken, maar ook indirect via de mate van kleinschaligheid. Deze variabele zal daarom worden toegevoegd in regressiemodel 2. Tenslotte wordt in het onderzoek verwacht dat karakteristieken van bewoners directe invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van leven van deze bewoners. In model 3 worden deze karakteristieken toegevoegd, zodat kan worden onderzocht welke invloed deze variabelen hebben in de relatie tussen kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

Zorgrelatie

Tabel 14 - Invloed op subschaal 'Zorgrelatie' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat1	-0.034	-0.234	n.s.	-0.251	-0.867	n.s.	-0.441	-1.363	n.s.
	Cat.2	-0.108	-0.706	n.s.	-0.250	-1.115	n.s.	-0.396	-1.664	n.s.
	Cat.3	-0.043	-0.311	n.s.	-0.103	-0.659	n.s.	-0.154	-0.960	n.s.
Attitude		-0.050	-0.386	n.s.	-0.127	-0.811	n.s.	-0.137	-0.824	n.s.
Mate kleinsch.					0.217	0.868	n.s.	0.329	1.220	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.232	1.174	n.s.
	S-MMSE							-0.082	-0.469	n.s.
	Leeftijd							0.291	2.183	0.033
	Woond.							0.068	0.511	n.s.
	Geslacht							0.027	0.201	n.s.
	National.							-0.079	-0.615	n.s.

Er zijn geen significante relaties gevonden tussen groeps grootte, de attitude van de medewerker en de subschaal van de kwaliteit van leven 'zorgrelatie' (tabel 14). Ook wanneer de mate van kleinschaligheid in het model wordt meegenomen, worden geen significante relaties gevonden. Dit betekent dat de groeps grootte en attitude van de medewerkers op een woonvorm geen directe en geen indirecte invloed uitoefenen op deze subschaal via de mate van kleinschaligheid. Ook wanneer de karakteristieken van de bewoners aan het model worden toegevoegd, wordt geen significante relatie gevonden tussen groeps grootte, de attitude van de medewerker, de mate van kleinschaligheid en de subschaal zorgrelatie. Wel is in tabel 14 te zien dat er een significante positieve relatie bestaat tussen de leeftijd van de bewoner en de subschaal zorgrelatie. Dit betekent dat oudere mensen hoger scoren op deze subschaal dan jongere mensen.

Positief affect

Tabel 15 - Invloed op de subschaal 'Positief affect' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	-0.034	-0.235	n.s.	-0.227	-0.787	n.s.	-0.386	-1.163	n.s.
	Cat.2	-0.008	-0.054	n.s.	-0.135	-0.602	n.s.	-0.191	-0.778	n.s.
	Cat.3	0.057	0.412	n.s.	0.005	0.030	n.s.	-0.016	-0.097	n.s.
Attitude		0.085	0.660	n.s.	0.016	0.102	n.s.	-0.034	-0.197	n.s.
Mate kleinsch.					0.194	0.774	n.s.	0.291	1.050	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.182	0.895	n.s.
	S-MMSE							0.045	0.252	n.s.
	Leeftijd							0.046	0.337	n.s.
	Woond.							0.112	0.816	n.s.
	Geslacht							0.023	0.165	n.s.
	National.							0.101	0.762	n.s.

Voor de subschaal 'positief affect' zijn geen significante effecten gevonden (tabel 15). Dit betekent dat groeps grootte en de attitude van de medewerker geen directe invloed uitoefenen op deze subschaal van de kwaliteit van leven, en ook geen indirecte invloed via de mate van kleinschaligheid. Ook karakteristieken van bewoners hebben geen invloed op de subschaal 'positief affect'.

Negatief affect

Tabel 16 - Invloed op de subschaal 'Negatief affect'

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	-0.086	-0.609	n.s.	-0.103	-0.366	n.s.	-0.214	-0.695	n.s.
	Cat.2	-0.218	-1.476	n.s.	-0.229	-1.052	n.s.	-0.217	-0.959	n.s.
	Cat.3	-0.132	-0.976	n.s.	-0.136	-0.902	n.s.	-0.132	-0.863	n.s.
Attitude		0.138	1.108	n.s.	0.132	0.865	n.s.	0.051	0.322	n.s.
Mate kleinsch.					0.017	0.070	n.s.	0.103	0.403	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.185	0.985	n.s.
	S-MMSE							0.087	0.521	n.s.
	Leeftijd							0.003	0.023	n.s.
	Woond.							0.216	1.703	0.094
	Geslacht							-0.135	-1.063	n.s.
	National.							0.242	1.977	0.053

In tabel 16 is te zien dat er geen significante effecten zijn gevonden van de groeps grootte en de attitude van de medewerkers op de subschaal van de kwaliteit van leven 'negatief affect'. Ook wanneer de mate van kleinschaligheid in het model wordt opgenomen, worden geen significante relaties gevonden. Dit betekent dat er geen directe en indirecte invloed wordt uitgeoefend door groeps grootte en de attitude van de medewerker op deze subschaal. Model 3 laat zien, dat de nationaliteit van de bewoner en woonduur op de afdeling wel een positieve invloed uitoefenen op de kwaliteit van leven. Dit betekent dat mensen met de Nederlandse afkomst meer negatief affect hebben dan mensen van een niet Nederlandse afkomst. Daarnaast hebben mensen die korter op

de woonvorm verblijven meer negatieve gevoelens dan mensen die langer op de woonvorm wonen.

Rusteloos gespannen gedrag

Tabel 17 - Invloed op subschaal 'Rusteloos gespannen gedrag' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	-0.043	-0.300	n.s.	-0.083	-0.294	n.s.	-0.308	-0.972	n.s.
	Cat.2	-0.281	-1.888	0.063	-0.308	-1.402	n.s.	-0.482	-2.064	0.043
	Cat.3	-0.124	-0.914	n.s.	-0.136	-0.889	n.s.	-0.194	-1.233	n.s.
Attitude		-0.111	-0.883	n.s.	-0.126	-0.817	n.s.	-0.168	-1.034	n.s.
Mate kleinsch.					0.041	0.167	n.s.	0.188	0.713	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.128	0.662	n.s.
	S-MMSE							0.106	0.617	n.s.
	Leeftijd							0.246	1.885	0.064
	Woond.							-0.069	-0.527	n.s.
	Geslacht							0.037	0.280	n.s.
National.								0.044	0.349	n.s.

Er is een significant effect gevonden van groeps grootte op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag'. Tabel 17 laat zien dat mensen op de traditionele verpleegafdelingen significant beter scoren op deze subschaal dan mensen op kleinschalige woonvormen met acht bewoners. Er is geen significante invloed gevonden van de attitude van de medewerker op de kwaliteit van leven op deze subschaal. Ook wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen, worden geen significante relaties gevonden. Het effect van groeps grootte op 'rusteloos gespannen gedrag' verdwijnt echter wel wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen. Wanneer ook karakteristieken van bewoners worden meegenomen, wordt weer een significant, negatief, verschil op deze subschaal gevonden tussen de kleinschalige woonvormen met acht bewoners en de traditionele verpleegafdelingen. Dit betekent dat op de traditionele verpleegafdelingen vanaf 20 bewoners hoger wordt gescoord op deze subschaal dan op de kleinschalige woonvorm met acht bewoners. Ook bestaat een significante, positieve relatie tussen leeftijd en deze subschaal.

Positief zelfbeeld

Tabel 18 - Invloed op subschaal 'Positief zelfbeeld' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.059	0.413	n.s.	0.213	0.751	n.s.	0.126	0.407	n.s.
	Cat.2	-0.158	-1.057	n.s.	-0.057	-0.259	n.s.	-0.128	-0.560	n.s.
	Cat.3	-0.133	-0.974	n.s.	-0.091	-0.596	n.s.	-0.120	-0.782	n.s.
Attitude		-0.125	-0.988	n.s.	-0.070	-0.452	n.s.	-0.150	-0.940	n.s.
Mate kleinsch.					-0.155	-0.629	n.s.	-0.126	-0.489	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.213	1.125	n.s.
	S-MMSE							-0.132	-0.784	n.s.
	Leeftijd							0.183	1.438	n.s.
	Woond.							0.231	1.805	0.076
	Geslacht							0.019	0.148	n.s.
	National.							0.217	1.756	0.084

Op de subschaal 'positief zelfbeeld' worden geen significante effecten gevonden (tabel 18). Dit betekent dat er geen directe invloed wordt uitgeoefend door organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker op deze subschaal van de kwaliteit van leven en dat deze invloed ook niet indirect wordt uitgeoefend via de mate van kleinschaligheid. Het toevoegen van karakteristieken van de bewoner aan het model laat een positieve invloed zien van woonduur en nationaliteit op de subschaal 'positief zelfbeeld'. Dit betekent dat mensen die langer op een woonvorm wonen en mensen van de niet Nederlandse nationaliteit beter op deze subschaal scoren dan mensen die minder lang op een woonvorm verblijven en mensen met de Nederlandse nationaliteit.

Sociale relaties

Tabel 19 - Invloed op subschaal 'Sociale relaties' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.192	1.353	n.s.	0.331	1.173	n.s.	-0.056	-0.191	n.s.
	Cat.2	0.093	0.624	n.s.	0.184	0.842	n.s.	0.094	0.437	n.s.
	Cat.3	0.217	1.598	n.s.	0.255	1.679	n.s.	0.221	1.526	n.s.
Attitude		0.159	1.266	n.s.	0.209	1.362	n.s.	0.168	1.121	n.s.
Mate kleinsch.					-0.140	-0.572	n.s.	0.109	0.448	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.345	1.937	0.057
	S-MMSE							0.217	1.372	n.s.
	Leeftijd							-0.069	-0.570	n.s.
	Woond.							0.113	0.932	n.s.
	Geslacht							0.108	0.901	n.s.
	National.							-0.012	-0.103	n.s.

In tabel 19 is te zien dat ook op de subschaal 'sociale relaties', behalve door de zorgafhankelijkheid van de bewoner, geen significante invloed wordt uitgeoefend door de variabelen die zijn meegenomen in het onderzoek. Dit betekent dat geen directe en indirecte relatie bestaat tussen organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker op deze

subschaal van de kwaliteit van leven. Wel is gevonden dat mensen die minder zorgafhankelijk zijn beter scoren op deze subschaal dan mensen die meer zorgafhankelijk zijn.

Sociaal isolement

Tabel 20 - Invloed op subschaal 'Sociaal isolement' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.003	0.019	n.s.	0.053	0.187	n.s.	-0.263	-0.823	n.s.
	Cat.2	-0.265	-1.782	0.079	-0.232	-1.059	n.s.	-0.371	-1.577	n.s.
	Cat.3	-0.019	-0.138	n.s.	-0.005	-0.033	n.s.	-0.004	-0.028	n.s.
Attitude		-0.060	-0.478	n.s.	-0.042	-0.274	n.s.	-0.098	-0.600	n.s.
Mate kleinsch.					-0.050	-0.206	n.s.	0.162	0.611	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.405	2.079	0.042
	S-MMSE							-0.151	-0.873	n.s.
	Leeftijd							0.089	0.678	n.s.
	Woond.							0.026	0.196	n.s.
	Geslacht							0.061	0.462	n.s.
	National.							-0.066	-0.518	n.s.

Er is een negatieve, significante relatie gevonden tussen groeps grootte en de subschaal 'sociaal isolement' van de kwaliteit van leven. Tabel 20 laat zien dat mensen op traditionele verpleegafdelingen significant beter scoren op deze subschaal dan mensen op kleinschalige woonvormen met acht bewoners. Er is geen significante invloed gevonden van de attitude van de medewerker op deze subschaal. Ook wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen, worden geen significante effecten gevonden. Wanneer karakteristieken van de bewoners in het model worden meegenomen, wordt een significant positief effect van de zorgafhankelijkheid op de subschaal gevonden. Dit betekent dat mensen met een lagere zorgafhankelijkheid beter scoren op de subschaal 'sociaal isolement' dan mensen met een hogere zorgafhankelijkheid.

Zich thuis voelen

Tabel 21 - Invloed op subschaal 'Zich thuis voelen' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	-0.278	-1.982	0.050	-0.549	-1.984	0.050	-0.418	-1.477	n.s.
	Cat.2	-0.237	-1.613	n.s.	-0.414	-1.934	0.057	-0.432	-2.074	0.042
	Cat.3	0.007	0.049	n.s.	-0.068	-0.453	n.s.	-0.131	-0.934	n.s.
Attitude		0.056	0.454	n.s.	-0.041	-0.271	n.s.	-0.039	-0.266	n.s.
Mate kleins.					0.272	1.136	n.s.	0.120	0.509	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							-0.027	-0.157	0.042
	S-MMSE							-0.147	-0.962	n.s.
	Leeftijd							0.248	2.129	0.037
	Woond.							0.267	2.281	0.026
	Geslacht							0.085	0.731	n.s.
	National.							0.121	1.078	n.s.

Er bestaat een significante, negatieve relatie tussen groepsgrootte en de subschaal 'zich thuis voelen' van de kwaliteit van leven (tabel 21). De tabel laat zien dat mensen op een kleinschalige woonvorm van zes bewoners, zich minder thuis voelen dan mensen op een traditionele verpleegafdeling. Wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen in het model, blijft de relatie tussen groepsgrootte en de subschaal significant, wat betekent dat deze relatie niet gemedieerd wordt door de mate van kleinschaligheid. Ook scoren mensen op traditionele verpleegafdelingen wanneer deze variabele wordt meegenomen beter op deze subschaal dan op kleinschalige woonvormen met acht bewoners. Wanneer ook karakteristieken van de bewoners worden meegenomen in het model, bestaat er een significante relatie tussen groepsgrootte en de subschaal 'zich thuis voelen'. De tabel laat zien dat mensen op kleinschalige woonvormen met acht bewoners zich minder thuisvoelen dan mensen op traditionele verpleegafdelingen. Het verschil tussen kleinschalige woonvormen met zes bewoners en traditionele verpleegafdelingen verdwijnt echter wanneer wordt gecorrigeerd voor karakteristieken van de bewoners. Uit de tabel blijkt dat de karakteristieken zorgafhankelijkheid, leeftijd en woonduur een significante relatie hebben met de subschaal 'zich thuis voelen' van de kwaliteit van leven. De negatieve relatie tussen zorgafhankelijkheid en de subschaal betekent dat mensen die minder zorgafhankelijk zijn, zich minder thuis voelen dan mensen met een hogere zorgafhankelijkheid. De positieve relaties met leeftijd en woonduur indiceren dat mensen die ouder zijn en langer op de woonvorm verblijven, zich meer thuis voelen.

Iets om handen hebben

Tabel 22 - Invloed op subschaal 'iets om handen hebben' (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.126	0.862	n.s.	0.376	1.306	n.s.	-0.308	-1.176	n.s.
	Cat.2	0.068	0.443	n.s.	0.232	1.039	n.s.	0.003	0.014	n.s.
	Cat.3	0.032	0.232	n.s.	0.101	0.651	n.s.	0.132	1.016	n.s.
Attitude		0.014	0.014	n.s.	0.104	0.662	n.s.	-0.086	-0.642	n.s.
Mate kleinsch.					-0.252	-1.008	n.s.	0.215	0.986	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.770	4.820	0.000
	S-MMSE							-0.106	-0.752	n.s.
	Leeftijd							-0.136	-1.264	n.s.
	Woond.							-0.001	-0.013	n.s.
	Geslacht							0.205	1.906	0.061
	National.							0.123	1.182	n.s.

In tabel 22 is te zien dat er geen directe invloed bestaat tussen organisatorische kenmerken, de attitude van de medewerkers op een woonvorm en de subschaal 'iets om handen hebben' van de kwaliteit van leven. Ook wanneer de mate van kleinschaligheid aan het model wordt toegevoegd, worden geen significante relaties gevonden. Dit betekent dat er geen directe en indirecte invloed wordt uitgeoefend door organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker op deze

subschaal van de kwaliteit van leven. Karakteristieken van de bewoner blijken wel invloed uit te kunnen oefenen op deze subschaal. In model 3 is te zien dat er een sterke positieve significante relatie bestaat tussen de zorgafhankelijkheid van een bewoner en de subschaal 'iets om handen hebben'. Dit betekent dat mensen die minder zorgafhankelijk zijn, beter scoren op deze subschaal dan mensen die meer zorgafhankelijk zijn. De positieve, significante relatie met geslacht indiceert dat vrouwen beter scoren op deze subschaal dan mannen.

De totale kwaliteit van leven

Tabel 23 - Invloed op de totale kwaliteit van leven (N = 102)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Groepsgrootte (referentiecategorie = 4)	Cat. 1	-0.018	-0.125	n.s.	-0.022	-0.076	n.s.	-0.429	-1.414	n.s.
	Cat. 2	-0.225	-1.501	n.s.	-0.227	-1.029	n.s.	-0.412	-1.842	0.070
	Cat.3	-0.037	-0.267	n.s.	-0.038	-0.245	n.s.	-0.076	-0.504	n.s.
Attitude		0.015	0.120	n.s.	0.014	0.089	n.s.	-0.103	-0.659	n.s.
Mate kleinsch.					0.004	0.016	n.s.	0.257	1.014	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.497	2.680	0.009
	S-MMSE							-0.056	-0.343	n.s.
	Leeftijd							0.173	1.383	n.s.
	Woond.							0.182	1.447	n.s.
	Geslacht							0.087	0.693	n.s.
	National.							0.147	1.213	n.s.

In tabel 23 is te zien dat, net als op de meeste subschalen van de kwaliteit van leven, geen directe invloed wordt gevonden van de groepsgrootte en attitude van de medewerkers op een woonvorm op de kwaliteit van leven van de bewoners. Ook wanneer de mate van kleinschaligheid aan het model wordt toegevoegd, worden geen significante relaties gevonden. Het toevoegen van de verschillende karakteristieken van bewoners, zorgt voor een significant negatief verschil in de kwaliteit van leven tussen traditionele verpleegafdelingen en kleinschalige woonvormen met acht bewoners. Ook laat de tabel zien dat er een positieve significante relatie bestaat tussen de zorgafhankelijkheid van een bewoners en zijn of haar kwaliteit van leven. Dit betekent dat mensen die minder zorgafhankelijk zijn, een betere kwaliteit van leven hebben dan mensen die meer zorgafhankelijk zijn. De overige karakteristieken hebben geen significante invloed op de totale kwaliteit van leven van de bewoner met dementie.

4.4.2 De verklaring van het totale regressie model

Tabel 24 - Verklaring totale regressiemodel op kwaliteit van leven

	Model 1			Model 2			Model 3		
	r ²	F	Sig.	r ²	F	Sig.	r ²	F	Sig.
Zorgrelatie	0.008	0.137	n.s.	0.019	0.260	n.s.	0.115	0.719	n.s.
Positief affect	0.011	0.189	n.s.	0.020	0.270	n.s.	0.061	0.362	n.s.
Negatief affect	0.075	1.374	n.s.	0.075	1.084	n.s.	0.201	1.391	n.s.
Rusteloos gedrag	0.060	1.085	n.s.	0.060	0.861	n.s.	0.150	0.981	n.s.
Positief zelfbeeld	0.047	0.842	n.s.	0.053	0.747	n.s.	0.187	1.277	n.s.
Sociale relaties	0.060	1.091	n.s.	0.065	0.930	n.s.	0.278	2.145	0.031
Sociaal isolement	0.064	1.162	n.s.	0.065	0.925	n.s.	0.139	0.898	n.s.
Zich thuis voelen	0.086	1.593	n.s.	0.103	1.538	n.s.	0.324	2.653	0.008
Iets om handen	0.011	0.190	n.s.	0.026	0.355	n.s.	0.421	4.028	0.000
Qualidem totaal	0.047	0.830	n.s.	0.047	0.654	n.s.	0.220	1.568	n.s.

In tabel 24 is de verklaring te zien die het regressiemodel kan geven op de verschillende subschalen en de totale kwaliteit van leven van mensen met dementie. In model 1, waarin alleen de groepsgrootte en de attitude van de medewerkers op de woonvorm zijn meegenomen als verklarende variabelen voor de kwaliteit van leven, zijn -zoals ook in de afzonderlijke analyses naar voren is gekomen- geen significante relaties gevonden. De lage r² in model 1 geeft aan dat deze variabelen in zeer beperkte mate variantie in de kwaliteit van leven kunnen verklaren. Wanneer de mate van kleinschaligheid wordt toegevoegd (model 2) worden wederom geen significante relaties gevonden tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Zoals te zien is in tabel 24 neemt de r² heel weinig toe, wat betekent dat ook de mate van kleinschaligheid slechts in zeer beperkte mate variantie in de kwaliteit van leven kan verklaren. Wanneer ook karakteristieken van de bewoners worden meegenomen, wordt het totale regressiemodel voor de subschalen 'sociale relaties', 'zich thuis voelen' en 'iets om handen hebben' wel significant. In bovenstaande analyses is te zien welke karakteristieken invloed uitoefenen op deze subschalen van de kwaliteit van leven. De r² is nog steeds niet hoog, wat betekent dat andere variabelen dan die zijn meegenomen in het onderzoek, de kwaliteit van leven van mensen met dementie verklaren.

4.4.3 Conclusies

In deze paragraaf is een multivariate analyse gedaan van de verklarende variabelen op de verschillende subschalen van de kwaliteit van leven. Hierbij is naar voren gekomen dat, behalve op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag' en 'zich thuis voelen', geen directe relatie is gevonden tussen organisatorische kenmerken en de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Ook is geen directe relatie gevonden tussen de attitude van de medewerkers op een woonvorm en de kwaliteit van leven van de bewoners. Wanneer de mate van kleinschaligheid wordt toegevoegd, worden op de subschalen en op de totale kwaliteit van leven geen significante effecten gevonden. Op de subschaal 'zich thuis voelen' blijft de invloed van groepsgrootte significant. Het effect op de

subschaal 'rusteloos gespannen gedrag' verdwijnt wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen. De invloed van de mate van kleinschaligheid is echter niet significant. Deze bevindingen indiceren dat er geen relaties tussen organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerkers op de kwaliteit van leven bestaan via de mate van kleinschaligheid van de woonvorm.

Karakteristieken van bewoners blijken echter effect te hebben op de subschalen 'zorgrelatie', 'negatief affect', 'rusteloos gespannen gedrag', 'positief zelfbeeld', 'sociale relaties', 'sociaal isolement', 'zich thuis voelen' en 'iets om handen hebben' en op de totale kwaliteit van leven. Voor de subschaal 'zich thuis voelen' geldt daarbij dat wanneer de karakteristieken van bewoners aan het model worden toegevoegd, de invloed van groeps grootte op deze subschaal verdwijnt. Voor de totale kwaliteit van leven is juist gevonden dat er verschillen tussen de traditionele verpleegafdelingen en woonvormen met acht bewoners ontstaan wanneer wordt gecorrigeerd voor deze karakteristieken. De zorgafhankelijkheid is van invloed op de subschalen 'zich thuis voelen', 'sociale relaties', 'sociaal isolement' en 'iets om handen hebben' en op de totale kwaliteit van leven. Hierbij is het effect op 'zich thuis voelen' negatief, wat inhoudt dat mensen die minder zorgafhankelijk zijn zich minder snel thuisvoelen op een woonvorm dan mensen die meer zorgafhankelijk zijn. De cognitieve status van een bewoner heeft in de multivariate analyse op geen enkele subschaal en de totale kwaliteit van leven een significant effect. Er is gevonden dat de leeftijd van een bewoner invloed heeft op de subschaal 'zorgrelatie', 'rusteloos gespannen gedrag' en 'zich thuis voelen'. De woontijd op de woonvorm heeft een positieve invloed op de subschalen 'positief zelfbeeld' en 'zich thuis voelen'. Ook is gevonden dat er een verband bestaat tussen geslacht en 'iets om handen hebben', waarbij is gebleken dat mannen minder vaak iets om handen hebben dan vrouwen. Tenslotte is in het onderzoek gevonden dat de nationaliteit van een bewoner invloed heeft op de subschalen 'negatief affect' en 'positief zelfbeeld'.

4.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de verschillen in karakteristieken van bewoners weergegeven voor de verschillende categorieën groeps grootte. Er is gebleken dat de variabelen geslacht, leeftijd, zorgafhankelijkheid en cognitieve status significant verschillen tussen de verschillende groeps groottes.

Vanwege de sterke relatie tussen groeps grootte en het aantal medewerkers dat op een woonvorm werkzaam is, is ervoor gekozen in de analyses slechts de variabele groeps grootte als organisatorisch kenmerk mee te nemen. Er is geen significante relatie tussen groeps grootte en de attitude van de medewerker gevonden. Tussen de verschillende groeps groottes onderling bestaan wel significante verschillen. Zo is de attitude van de medewerker op de traditionele

verpleegafdelingen en kleinschalige woonvormen met zes bewoners significant vraaggerichter van op de woonvormen met acht en tien tot dertien bewoners.

De mate van kleinschaligheid

Conform de verwachtingen in het onderzoek, zijn er significante verschillen gevonden tussen groeps grootte en de attitude van de medewerker en de mate van kleinschaligheid van de woonvorm. Hierbij is, eveneens conform de verwachtingen, gevonden dat des te kleiner de groeps grootte, en des te meer integraal, vraaggestuurd en persoonsgericht de attitude van de medewerker is, des te sterker is de mate van kleinschaligheid. Hypothese 1a en 1b worden op grond van deze bevindingen uit het onderzoek, gehandhaafd.

Organisatorische kenmerken en de kwaliteit van leven

Uit zowel de univariate als de multivariate analyse is voor mensen met lichte tot ernstige dementie slechts voor subschaal 'zich thuis voelen' van de kwaliteit van leven een significante relatie gevonden met de groeps grootte van de woonvorm. Op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag' en de totale kwaliteit van leven is alleen in de multivariate analyse invloed gevonden van groeps grootte. Uit de univariate analyse voor het totale databestand waarin ook mensen met ernstige dementie zijn meegenomen, is zowel op de subschalen als totale kwaliteit van leven geen significante relatie gevonden met de groeps grootte van de woonvorm. In de multivariate analyse is echter op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag' invloed gevonden van de groeps grootte. Hierbij is, net als in de analyse voor mensen met lichte tot ernstige dementie gebleken, dat mensen op traditionele verpleegafdelingen minder rusteloos gespannen gedrag vertonen dan mensen op kleinschalige woonvormen met acht bewoners. Voor het gehele databestand geldt deze bevinding ook voor de woonvormen met tien tot dertien bewoners. Ook is uit de multivariate analyse voor beide databestanden gebleken, dat de mate van kleinschaligheid van een woonvorm geen invloed heeft op de kwaliteit van leven van de bewoners met dementie.

Met deze bevindingen, wordt hypothese 1b, waarin wordt gesteld dat organisatorische kenmerken directe of indirecte invloed op de kwaliteit van leven van mensen met dementie kunnen hebben via de mate van kleinschaligheid, gedeeltelijk gehandhaafd.

De attitude van de medewerker en de kwaliteit van leven

De univariate analyse in dit onderzoek voor mensen met lichte tot ernstige dementie laat zien dat de attitude van de medewerker een direct effect heeft op de subschaal 'negatief affect' van de kwaliteit van leven. In de multivariate analyse, waar ook wordt gecorrigeerd voor de andere verklarende variabelen in het onderzoek, wordt dit effect echter niet gevonden. Ook op de overige subschalen en de totale kwaliteit van leven wordt in de univariate en multivariate analyse geen

significante relatie gevonden met de attitude van de medewerker. In de analyse waarin ook mensen met zeer ernstige dementie zijn meegenomen, wordt eveneens geen significant effect van de attitude van de medewerker gevonden op de subschalen en totale kwaliteit van leven. Met deze bevinding wordt hypothese 2b, waarin wordt gesteld dat de attitude van de medewerker directe invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van leven van mensen met dementie of indirecte invloed via de mate van kleinschaligheid, verworpen.

Karakteristieken bewoners en de kwaliteit van leven

Uit de univariate en multivariate analyse voor mensen met lichte tot ernstige dementie is naar voren gekomen dat karakteristieken van mensen met dementie wel degelijk invloed kunnen hebben op de kwaliteit van leven van deze mensen. Het significante verschil in kwaliteit van leven op de subschaal 'zich thuis voelen' tussen woonvormen met zes en vanaf 20 bewoners, vervalt bijvoorbeeld wanneer wordt gecorrigeerd voor karakteristieken van de bewoners. De kwaliteit van leven hangt op de subschalen 'sociale relaties', 'sociaal isolement' (ook gevonden voor het gehele databestand), 'zich thuis voelen' en 'iets om handen hebben' samen met de zorgafhankelijkheid van de bewoners. Ook hangt de totale kwaliteit van leven samen met de zorgafhankelijkheid van de bewoner. In de multivariate analyse, waarin ook wordt gecorrigeerd voor de andere verklarende variabelen in het onderzoek, worden dezelfde effecten gevonden. Zoals in het onderzoek werd verwacht, is gevonden dat een lagere zorgafhankelijkheid een hogere kwaliteit van leven met zich meebrengt. Uitzondering is hierbij de subschaal 'zich thuis voelen' die negatief samenhangt met de zorgafhankelijkheid van de bewoner.

Een relatie tussen de cognitieve status en de kwaliteit van leven van mensen met lichte tot ernstige dementie is in de univariate analyse gevonden voor het gehele databestand op de subschalen 'sociale relaties', 'zich thuis voelen' en 'iets om handen hebben'. In de multivariate analyse worden deze effecten echter niet gevonden. In het totale databestand wordt een relatie tussen cognitieve status en de subschaal 'sociale relaties' en de totale kwaliteit van leven gevonden. Wanneer wordt gecorrigeerd voor de andere variabelen uit het onderzoek verdwijnt het effect op de totale kwaliteit van leven, maar blijft bestaan op de subschaal 'sociale relaties'. Dit houdt in dat de kwaliteit van leven op deze subschaal bij mensen met een hogere cognitieve status, hoger is dan bij mensen met een lagere cognitieve status.

Uit het onderzoek is ook gebleken dat demografische kenmerken van bewoners invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van leven. Zo is bijvoorbeeld in de univariate analyse voor mensen met lichte tot ernstige dementie gevonden, dat leeftijd positief samenhangt met de subschalen 'zorgrelatie' en 'zich thuis voelen'. Wanneer ook andere variabelen in de analyse worden meegenomen, blijkt dat ook op de subschalen 'rusteloos gespannen gedrag' een significante

relatie wordt gevonden. In de univariate analyse voor het gehele databestand wordt op de subschaal 'zorgrelatie' eveneens een positief verband gevonden. Wanneer wordt gecorrigeerd voor andere variabelen wordt eveneens op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag' een positief effect gevonden. Geslacht lijkt, gebaseerd op de univariate en multivariate analyses voor zowel het databestand voor mensen met lichte tot ernstige dementie als het totale databestand waarin ook mensen met zeer ernstige dementie zijn opgenomen, slechts invloed te hebben op de subschaal 'iets om handen hebben' voor mensen met lichte tot ernstige dementie. Op de subschaal 'negatief affect' en 'positief zelfbeeld' zijn significante effecten van de nationaliteit van de bewoner op zijn of haar kwaliteit van leven gevonden.

Het totale regressiemodel

Hoewel met toevoeging van verschillende verklarende variabelen aan het model, het percentage van de variantie in de kwaliteit van leven dat verklaard kan worden door deze variabelen toeneemt, is in het onderzoek gevonden dat deze variantie voor een groot gedeelte verklaard wordt door variabelen die niet in het onderzoek zijn meegenomen.

De resultaten die zijn gevonden in de analyses betreffende de hypothesen van het onderzoek worden gepresenteerd in tabel 25.

Tabel 25 - Samenvatting van hypothesen en resultaten

Hypothese	Resultaat	Samenvatting
H1a	Gehandhaafd	De groeps grootte van een woonvorm en het aantal medewerkers dat hier werkzaam is beïnvloedt de mate van kleinschaligheid van deze woonvorm. Hierbij is gevonden dat des te kleiner het aantal bewoners en medewerkers op een groep is, des te sterker is deze mate van kleinschaligheid.
H1b	Gedeeltelijk gehandhaafd	De groeps grootte en het aantal medewerkers op een woonvorm heeft een directe invloed op de subschalen 'rusteloos gespannen gedrag', 'zich thuis voelen' en de totale kwaliteit van leven. Er bestaat geen indirecte invloed via de mate van kleinschaligheid.
H2a	Gehandhaafd	De attitude van de medewerker op een woonvorm beïnvloedt de mate van kleinschaligheid van deze woonvorm. Hierbij is gevonden dat des te meer integraal, vraaggestuurd en persoonsgericht de attitude van de medewerker is, des te sterker is de mate van kleinschaligheid van de woonvorm.
H2b	Verworpen	De attitude van de medewerker heeft geen directe invloed op de kwaliteit van leven van de bewoner. Ook een indirecte relatie via de mate van kleinschaligheid is hierdoor niet aanwezig.

H3	Gedeeltelijk gehandhaafd	Karakteristieken van mensen met dementie kunnen invloed uitoefenen op de kwaliteit van leven van deze mensen. Op een aantal subschalen en de totale kwaliteit van leven is gevonden dat mensen met dementie met een lagere zorgafhankelijkheid een hogere kwaliteit van leven hebben dan mensen met een hogere zorgafhankelijkheid. Op een aantal subschalen is bovendien gevonden, dat de cognitieve status invloed kan hebben op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Deze effecten zijn echter niet op alle subschalen gevonden. De hypothese wordt gedeeltelijk gehandhaafd.
----	-----------------------------	---

5. Conclusies en discussie

In dit slothoofdstuk van deze scriptie worden de conclusies van het onderzoek gepresenteerd. Daarnaast zullen de limitaties van het onderzoek worden besproken en worden academische en praktische aanbevelingen gegeven naar aanleiding van de bevindingen. Tot slot zullen suggesties voor toekomstig onderzoek worden gedaan en zal een slotconclusie worden gegeven.

5.1 Conclusies

De probleemstelling van dit onderzoek had de effecten van kleinschalig wonen op de kwaliteit van leven van mensen met dementie tot onderwerp. Hierbij werd gesuggereerd dat, gebaseerd op de huidige literatuur over kleinschalig wonen voor mensen met dementie, een aantal kenmerken van kleinschalig wonen een bevorderende werking zouden hebben op de kwaliteit van leven van deze mensen. Hierbij werd wel ruimte gehouden voor een kritische kijk op deze veronderstelling, omdat de veronderstellingen in de huidige literatuur voornamelijk gebaseerd zijn op aannames, en tot nu toe weinig onderzoek is gedaan naar de harde, kwantitatieve resultaten betreffende dit onderwerp.

In dit onderzoek is geprobeerd, gebaseerd op de aannames in de huidige literatuur, harde resultaten te vinden voor de effecten van kleinschalig wonen op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Hierbij is een aantal variabelen in beschouwing genomen, zoals de mate van kleinschaligheid, de attitude van de medewerker, de groepsgrootte en het aantal medewerkers dat op een woonvorm werkzaam is.

Kleinschalig wonen en de mate van kleinschaligheid

In het onderzoek is naar voren gekomen, dat de veronderstellingen in de huidige literatuur wat betreft de groepsgrootte, het aantal medewerkers op een woonvorm, de houding van de medewerker en de mate van kleinschaligheid, juist zijn. Er is namelijk gevonden dat een kleinere groepsgrootte en een kleiner aantal medewerkers op een woonvorm, zorgt voor een sterkere mate van kleinschaligheid dan een grotere groepsgrootte met een groter aantal medewerkers. Hierbij kan de conclusie worden getrokken dat, in overeenstemming met de meeste aannames in de huidige literatuur, een groepsgrootte van zes bewoners wat betreft de mate van kleinschaligheid inderdaad optimaal is ten opzichte van een groepsgrootte van acht bewoners. Daarnaast is de mate van kleinschaligheid in kleinschalige woonvormen (zes of acht bewoners) hoger dan in woonvormen waar meer dan tien bewoners op een groep wonen, en dan in de traditionele verpleeghuisafdelingen waar 20 of meer bewoners op een afdeling verblijven.

Ook is gevonden dat een meer integrale, vraaggestuurde en persoonsgerichte attitude van de medewerker op de woonvorm zorgt voor een sterkere mate van kleinschaligheid op deze woonvorm. Hierbij kan de conclusie getrokken worden dat de mate van kleinschaligheid niet alleen bepaald wordt door de groepsgrootte van een woonvorm, maar ook door een variabele die niet is opgenomen in de zes kenmerken waaraan een kleinschalige woonvorm moet voldoen om kleinschalig genoemd te mogen worden (te Boekhorst e.a., 2007).

Kleinschalig wonen en de kwaliteit van leven

In het onderzoek werd verwacht dat verschillende kenmerken van kleinschalig wonen voor mensen met dementie, zoals het aantal bewoners en medewerkers op een groep en de houding van deze medewerkers, een positief effect zouden kunnen hebben op de kwaliteit van leven van de bewoners. Uit de analyses is naar voren gekomen dat op een aantal subschalen van de kwaliteit van leven, een significante invloed bestaat van organisatorische kenmerken. Hoewel werd verwacht dat een kleiner aantal bewoners op een groep en een kleiner aantal medewerkers dat hier werkzaam is, bevorderen werkt op de kwaliteit van leven, is in het onderzoek juist gevonden dat op de traditionele verpleegafdelingen hoger wordt gescoord op deze subschalen van de kwaliteit van leven van op kleinschalige woonvormen met acht bewoners en woonvormen met tien tot dertien bewoners. Deze bevinding indiceert, dat een klein aantal bewoners en medewerkers op een woonvorm wel bevorderend werkt op de mate van kleinschaligheid, maar niet op deze subschalen van de kwaliteit van leven. De attitude van de medewerker en de mate van kleinschaligheid blijkt geen invloed uit te oefenen op de kwaliteit van leven.

De veronderstelling in de huidige literatuur, dat de huiselijkheid en herkenbaarheid van een kleinschalige groepswoning bevorderend werkt op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie, is hierbij niet bevestigd. Ook de bevorderende werking van een integrale, vraaggestuurde en persoonsgerichte attitude van de medewerker op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie, is in dit onderzoek niet gevonden. Daarnaast is de notie tegengesproken, dat een kleiner aantal bewoners en medewerkers op een groep bevorderend werkt op de kwaliteit van leven van de bewoners. Er is in dit onderzoek gevonden, dat mensen met dementie op een traditionele verpleegafdeling zich meer thuis voelen dan mensen op een kleinschalige woonvorm.

Karakteristieken bewoners en de kwaliteit van leven

Ten slotte werd in het onderzoek verwacht, dat niet alleen kenmerken van kleinschalig wonen invloed zouden kunnen hebben op de kwaliteit van leven van de bewoners, maar dat ook bepaalde karakteristieken van de bewoners hun kwaliteit van leven zou kunnen beïnvloeden. Omdat in voorgaande onderzoeken is gevonden dat de karakteristieken van bewoners in kleinschalige

groepswoningen anders zijn dan in traditionele verpleeghuizen, is het van belang te kijken naar deze relatie in onderzoeken naar kleinschalig wonen en de effecten op de kwaliteit van leven.

Zoals werd verwacht in het onderzoek, is een effect gevonden van de zorgafhankelijkheid van de bewoners op een aantal subschalen van de kwaliteit van leven, en voor mensen met lichte tot ernstige dementie ook op de totale kwaliteit van leven. Dit betekent dat een lagere zorgafhankelijkheid van de bewoner zorgt voor een hogere kwaliteit van leven. Daarnaast is op de subschaal 'sociale relaties' een effect gevonden van de cognitieve status van de bewoner. Dit betekent dat een hogere cognitieve status van de bewoner, zorgt voor een hogere score op deze subschaal van de kwaliteit van leven.

Ook is uit het onderzoek gebleken dat bepaalde demografische kenmerken invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Zo is in het onderzoek een positieve en negatieve invloed van leeftijd gevonden op verschillende subschalen van de kwaliteit van leven. Op basis van deze bevindingen, kan de conclusie worden getrokken dat bepaalde karakteristieken van mensen met dementie, hun kwaliteit van leven kunnen beïnvloeden.

In onderzoeken naar kleinschalig wonen en de effecten hiervan op de kwaliteit van leven van mensen met dementie, is het van groot belang om rekening te houden met dergelijke karakteristieken van bewoners. Zoals is gebleken in de analyses, kunnen deze variabelen invloed uitoefenen op de kwaliteit van leven van de bewoner met dementie. De toenemende, r^2 in de analyses van de relaties in het conceptueel model geeft aan dat met toevoeging van allereerst de variabelen attitude van de medewerker en daarna de karakteristieken van de bewoners, meer verklaard wordt door deze onafhankelijke variabelen op de kwaliteit van leven.

In dit onderzoek werd vooral verwacht dat kleinschalig wonen een bevorderende werking heeft op het creëren van een thuis gevoel bij de bewoners. Op de subschaal van de kwaliteit van leven 'zich thuis voelen' is echter gebleken dat zorgafhankelijkheid, leeftijd en de woonduur op de woonvorm invloed uitoefenen. Hierbij kan de conclusie worden getrokken, dat het hebben van een thuisgevoel afhangt van bepaalde karakteristieken van bewoners en niet zozeer van het wonen in een kleinschalige woonvorm of traditionele verpleegafdeling. Er is in het onderzoek zelfs gebleken dat mensen op traditionele verpleegafdelingen zich meer thuisvoelen dan op een kleinschalige woonvorm met acht bewoners. Er kunnen andere kenmerken van zowel de woonvormen als bewoners, die deze verschillen kunnen verklaren.

Overige conclusies

Het is gebleken dat de variabelen die zijn meegenomen in dit onderzoek (groeps grootte, aantal medewerkers op een woonvorm, de attitude van de medewerker, de mate van kleinschaligheid en de karakteristieken van bewoners) variantie in de kwaliteit van leven van mensen met dementie maar in beperkte mate kunnen verklaren. Hierbij kan de conclusie worden getrokken, dat er andere variabelen zijn die invloed kunnen uitoefenen, die niet in dit onderzoek zijn betrokken.

5.2 Limitaties

Een beperking van dit onderzoek is het feit dat de variabelen op verschillende niveaus zijn gemeten, terwijl eigenlijk een multilevel analyse nodig was gezien de aard van de betrokken variabelen. Zo zijn de variabelen met betrekking tot de bewoners gemeten op individueel niveau, maar zijn de variabelen die betrekking hebben op de medewerkers gemeten op woonvormniveau. In het onderzoek is het niet haalbaar gebleken ook medewerkers op individueel niveau mee te nemen. Dit kan de resultaten mogelijk vertekend hebben. In het onderzoek van Chereen Bainathsah (Het effect van kleinschalige woonvormen voor dementerende ouderen op het welzijn van de medewerkers, 2010) dat gelijktijdig met deze studie is uitgevoerd, is wel op individueel niveau ingegaan op de visie van medewerkers die directe zorg aan de bewoners bieden.

Een andere beperking van het onderzoek is het beperkte aantal locaties dat heeft deelgenomen aan het onderzoek. Voordat het onderzoek werd gestart, werd verwacht dat een groot aantal locaties bereid was om deel te nemen, tijdens het onderzoek werd echter duidelijk dat het maar om een klein aantal locaties ging. Om deze reden is ervoor gekozen meerdere woonvormen binnen deze locaties te laten deelnemen aan het onderzoek. Een andere beperking in het onderzoek is het feit dat de GDS score van bewoners niet beschikbaar was. Om deze reden is om te bepalen welke items uit de Qualidem geschikt zijn, een stelling in de vragenlijst opgenomen. De stelling is voor iedere respondent in het onderzoek beantwoord. Vanzelfsprekend geeft deze stelling minder betrouwbare resultaten dan de GDS score zelf. In eerste instantie zou ook de S-MMSE score van bewoners worden meegenomen om deze mensen met zeer ernstige dementie te onderscheiden van mensen met lichte tot ernstige dementie. Vanwege het substantiële aantal respondenten voor wie deze S-MMSE niet is ingevuld, is het niet haalbaar gebleken deze variabele als criterium mee te nemen, omdat voor deze respondenten niet bekend is, hoe zij scoren op dit instrument. Het is mogelijk dat het meten van de kwaliteit van leven om deze reden niet valide is gebeurd, wat de resultaten kan vertekenen.

5.3 Aanbevelingen

Dit onderzoek heeft een aanvulling kunnen doen in de wetenschappelijke literatuur over kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Praktisch gezien kan uit het onderzoek worden aanbevolen om in het vormgeven van kleinschalige groepswoningen rekening te houden met het feit dat bepaalde eigenschappen wellicht invloed hebben op de mate van kleinschaligheid, maar mogelijk niet doorwerken op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Zo is een groepsgrootte van zes bewoners of minder met één medewerker die op deze woonvorm werkzaam is optimaal wat betreft de mate van kleinschaligheid, maar heeft dit geen effect op de kwaliteit van leven van de mensen die hier wonen. Hetzelfde geldt voor de attitude van de medewerker op de woonvorm. Hoewel een integrale, vraaggestuurde en persoonsgerichte attitude een positieve uitwerking heeft op de mate van kleinschaligheid van de woonvorm, zijn er in deze studie geen indicaties dat dit ook werkelijk bevorderend is voor de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

Er zijn veel suggesties te geven voor verder wetenschappelijk onderzoek betreffende dit onderwerp. Ten eerste is het van belang dat meer onderzoek wordt gedaan naar de effecten die kleinschalig wonen heeft op mensen met dementie. Allereerst om de gevonden resultaten in dit onderzoek te kunnen valideren. Daarnaast is het van belang om ook andere variabelen dan die in dit onderzoek zijn gebruikt mee te nemen in onderzoeken naar kleinschalig wonen. Zo zijn er andere variabelen te noemen die invloed zouden kunnen uitoefenen op de mate van kleinschaligheid en de kwaliteit van leven, zoals de mate waarin de zorg die wordt verleend integraal is of juist taakgericht, of de fysieke vormgeving van de kleinschalige woonvorm. Daarnaast is in dit onderzoek slechts gebruik gemaakt van woonvormen die in een zorginstelling zijn vormgegeven, waarbij andere kleinschalige woonvormen zoals stand alone in de wijk of geclusterde groepswoningen buiten beschouwing zijn gelaten. Het is interessant om ook deze soorten kleinschalig groepswoningen nader te onderzoeken. Ook is het interessant om variabelen mee te nemen in onderzoeken naar kleinschalig wonen voor mensen met dementie die te maken hebben met de bewoners, zoals andere karakteristieken dan die in dit onderzoek zijn meegenomen, maar ook het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen of het gebruik van psychofarmaca.

In dit onderzoek is vanuit het perspectief van de bewoner met dementie gekeken naar de effecten van kleinschalig wonen. Er zijn vele andere perspectieven van waaruit dit onderwerp bekeken kan worden, bijvoorbeeld vanuit het perspectief van de mantelzorgers of medewerkers. Daarnaast is de financiële kant tijdens dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

5.4 Slotconclusie

De slotconclusie die ter afsluiting van dit onderzoek getrokken kan worden, is dat organisatorische kenmerken van kleinschalig wonen, zoals de groepsgrootte en het aantal medewerkers op een groep, effecten kunnen hebben op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. De attitude van de medewerker heeft geen invloed op deze kwaliteit van leven. Ook de zes kenmerken die zijn ontwikkeld door het Trimbos instituut (te Boekhorst e.a., 2007) blijken geen invloed te hebben op de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

In onderzoeken naar kleinschalig wonen en de effecten hiervan op de kwaliteit van leven van mensen met dementie, is het wel van groot belang om rekening te houden met karakteristieken van bewoners. Er is namelijk gebleken, dat verschillen in de kwaliteit van leven van bewoners vooral worden veroorzaakt door verschillen in bijvoorbeeld de zorgafhankelijkheid, cognitieve status of de leeftijd van de bewoner.

Literatuurlijst

Wetenschappelijke artikelen

Annerstedt, L. 1993. 'Development and consequences of group living in Sweden. A new mode of care for the demented elderly.' *Social Science Medicine*, 37:1529-1538.

te Boekhorst, S., Depla, M.F.I.A., de Lange, J., Pot, A.M. en Eefsting, J.A. (Trimbos-instituut en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) VUmc). 2007. 'Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering'. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. 38, p.17-26.

te Boekhorst, S., Depla, M.F.I.A., de Lange, J., Pot, A.M. en Eefsting, J.A. (Trimbos-instituut en Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) VUmc). 2009. 'The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, p. 970-978.

Dijkstra, A., Buist, G.A.H., Dassen, T.W.N. en van den Heuvel, W.J.A. 1999. 'Het meten van de zorgafhankelijkheid met de ZorgAfhankelijkheidsSchaal (Care Dependency Scale)'. *Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken*.

Ettema, T. P., Dröes, R. M., De Lange, J., Ooms, M. E., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. 2005. 'The concept of quality of life in dementia in the different stages of the disease'. *International Psychogeriatrics*, (in press).

Ettema, T.P., De Lange, J., Droës, R.M., Mellenbergh, D., Ribbe, M. 2005. 'Handleiding Qualidem: Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1. Trimbos instituut.

Fahrenfort, M. 2003. 'Roeien met de riemen die je hebt; variatie kenmerkend voor kleinschalig wonen'. *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric* 15 (10):12-16.

Gezondheidsraad. 2002. 'Dementie'. Den Haag, Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. 2005. 'Vergrijzen met ambitie'. Publicatie 2005/06. Den Haag, Gezondheidsraad.

Hammer, R.M. 1999. 'The lived experience of being at home. A phenomenological investigation'. *Gerontol Nurs*: 10-8.

Van Heumen, S., Straatsma, H., Huibers, L., Jans, A. en Krijger, E. 2009. 'Kleinschalig wonen: Een full-service pakket. Wonen en zorg in kleinschalige groepswoningen voor mensen met dementie'. *Vilans*.

Huijsman, R. & Bronsvort., I. 2006. 'Operationalisering van varianten van kleinschalig verblijf voor dementerenden'. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Van Ijperen, M. 2005. 'Kleinschalige zorg. Grote Verschillen?' (doctoraalscriptie). Erasmus Universiteit Rotterdam.

Johansson, L. 1990. 'Group dwellings for dementia patients – a new care alternative'. *Ageing international*, juni 1990.

Lauriks, S., Osté, J.P., Hertogh, C.M.P.M., Dröes, R.M. 2008. 'Effectonderzoek naar de toepassing van domotica in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie'. Afdeling psychiatrie, EMGO instituut, VU medisch centrum.

Lintern, S. 1996. 'Approaches to Dementia Questionnaire'. University of Wales, Bangor.

Molloy D.W., Alemayehu E., Roberts R. 1991. 'Reliability of a Standardized Mini-Mental State Examination compared with the traditional Mini-Mental State Examination'. *Am J Psychiatry* 148(1): 102–105.

Nivell. 2003. Vragenlijst voor medewerkers van een psychogeriatrische verpleegafdeling. Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Nouws, H. 2003. 'Wat is kleinschalig wonen voor dementerenden? Op zoek naar een definitie'. *Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric*, 15 (5): 4-7.

Rabig, J., Thomas, W., Kane, R.A., Cutler, L.J., McAlilly, S. 2006. 'Radical redesign of nursing homes: applying the green house concept in Tupelo, Mississippi'. *Gerontologist* 2006, 46:533-539.

Ready, R.E. 2002. Quality of life in Dementia. *Medicine and Health / Rhode island*, vol. 85 nr.7 pp. 216-218.

Reggentin, H., Dettbarn-Reggentin, J. 2004. 'Group homes for patients with dementia: the possibility of social interaction'. *Pflege Zeitschrift* 2004, 57:181-184.

Sprangers MAG (AMC), Snijders BE (Pallas), Gool CH van (RIVM). 'Wat is de relatie met ziekten en determinanten?' In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Functioneren en kwaliteit van leven\ Kwaliteit van leven, 22 september 2009

Thomas, W.H. 2003. 'The evolution of Eden'. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1/2), 141–157.

Thomas, W.H. 2004. 'What are old people for? How elders will save the world'. *Acton, MA: VanderWyk & Burnham*. (pp. 222–235).

Trimbos instituut. The approach to dementia scale. Ongepubliceerde uitgave.

Verbeek, H., Rossum van E., Zwakhalen, S.M.G., Ambergen, T., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. 2009. 'The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study'. *BMC Geriatrics* 2009, 9:3.

Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S.M.G., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. 2008. 'Small, homelike care environments for older people with dementia: an overview of the literature'. *International Psychogeriatrics* volume 21 nummer 2, pp. 252-264.

Verbeek, H. Zwakhalen, S.M.G., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I.J.M., Hamers, J.P.H. 2010. 'Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics'. *MBC Health Services Research* 2010, 10:30.

Vertesi, A., Lever, J.A., Molloy, D.W., Sanderson, B., Tuttle, I., Pokoradi, L., Principi, E. 2001. 'Standardized Mini-Mental State Examination: Use and interpretation. *Canadian family Physician* 2001, 47, pp 2018-2023.

VWS, Kamerbrief Stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie, 20 januari 2009.

Waarde, van H. en Wijntjes, M. 2007. 'De toekomst van kleinschalig wonen voor mensen met dementie'. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg. Utrecht.

Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., Boustani, M., Dobbs, D. 2005. 'Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes'. *The Gerontologist* 2005, volume 45 special issue 1, pp. 133-146.

Boeken

Malhotra, N.K., and Birks, D.F., 2003. Marketing research: An applied approach. *Pearson Education Limited*, 2nd edition.

Waarde van, H. (2008). *Denkbeelden over kleinschalig wonen voor mensen met dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Internetpagina's

http://wetten.overheid.nl/BWBR0018983/geldigheidsdatum_24-02-2010 [webpagina op het Internet]. Overheid.nl. De wegwijzer naar informatie en diensten van alle overheden; 2010; [geciteerd op 28 april 2010]. Te bereiken op <http://www.overheid.nl>.

http://www.kcwz.nl/dossiers/kleinschaligwonen/nza_publiceert_beleidsregel_kleinschalige_zorg [webpagina op het Internet]. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg; 2010; [geciteerd op 28 april 2010]. Te bereiken op <http://www.kcwz.nl>.

<http://www.kcwz.nl/dossiers/kleinschaligwonen> [webpagina op het Internet]. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg; 2010; [geciteerd op 28 april 2010]. Te bereiken op <http://www.kcwz.nl>.

http://www.kcwz.nl/dossiers/regelgeving_zorg_en_welzijn/ook_2011_vol_bij_regeling_kleinschalige_zorg_dementerenden [webpagina op het Internet]. Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg; 2010; [geciteerd op 28 april 2010]. Te bereiken op <http://www.kcwz.nl>.

Bijlagen

Bijlage 1: Criteriumlijst kleinschalig wonen

In dit deel worden vragen gesteld over de dagelijkse gang van zaken. Er zijn 5 antwoordmogelijkheden. Omcirkel bij elke vraag het cijfer van de antwoordmogelijkheid die het meeste van toepassing is.

In welke mate...	Helemaal niet	Niet	Min of meer	Wel	Helemaal wel
1... kunnen bewoners het tijdstip van opstaan en naar bed gaan zelf bepalen?	1	2	3	4	5
2... hebben bewoners mogelijkheid om te participeren in dagelijkse huishoudelijke activiteiten?	1	2	3	4	5
3... kunnen bewoners zelf bepalen wat ze willen eten?	1	2	3	4	5
4... kunnen bewoners kiezen wanneer ze willen eten?	1	2	3	4	5
5... hebben bewoners/familieleden zelf toegang tot eten/tussendoortjes?	1	2	3	4	5
6... wordt er samen gekookt op de afdeling?	1	2	3	4	5
7... wordt de was er zelf gedaan?	1	2	3	4	5
8... dragen medewerkers een uniform?	1	2	3	4	5
9... is er een vast team medewerkers dat voor een afgebakende groep bewoners zorgt?	1	2	3	4	5
10... vormen medewerkers en familieleden onderdeel van het huishouden?	1	2	3	4	5
11... is het takenpakket van medewerkers geïntegreerd?	1	2	3	4	5
12... is de woning huiselijk?	1	2	3	4	5
13... mogen bewoners eigen meubels meenemen?	1	2	3	4	5
14... lijkt de indeling op die van een archetype/prototype huis?	1	2	3	4	5
15... hebben familieleden toegang tot de afdeling/woonvorm?	1	2	3	4	5
16... heeft de afdeling/woonvorm een eigen voordeur met bel?	1	2	3	4	5
17... hebben overige medewerkers toegang tot de afdeling/woonvorm?	1	2	3	4	5
18... is er gelegenheid voor bewoners om zich terug te trekken?	1	2	3	4	5

Bijlage 2: de Approach to dementia scale

In dit deel staan een aantal stellingen die betrekking hebben op mensen met dementie. Geef aan in welke mate je het eens of oneens bent met elk van onderstaande stellingen. Er zijn 5 antwoordmogelijkheden. Omcirkel bij elke vraag het cijfer dat het dichtste bij jouw mening ligt.

	Helemaal mee oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal mee eens
1. Als je met mensen met dementie werkt, is het belangrijk een hele vaste structuur aan te houden.	1	2	3	4	5
2. Mensen met dementie lijken heel erg op kinderen.	1	2	3	4	5

3. Er is geen hoop voor mensen met dementie.	1	2	3	4	5
4. Mensen met dementie kunnen zelf geen beslissingen nemen.	1	2	3	4	5
5. Het is belangrijk voor mensen met dementie dat zij hun tijd kunnen doorbrengen met stimulerende en prettige activiteiten.	1	2	3	4	5
6. Mensen die aan dementie lijden zijn ziek en hebben verzorging nodig.	1	2	3	4	5
7. Mensen met dementie moet je in het dagelijks leven zoveel mogelijk keuzen bieden.	1	2	3	4	5
8. Voor mensen met dementie kan je niets doen, alleen zorgen dat zij schoon zijn en zich behaaglijk voelen.	1	2	3	4	5
9. Mensen met dementie zullen eerder tevreden zijn als je ze met begrip tegemoet treedt en gerust stelt.	1	2	3	4	5
10. Als iemand eenmaal dementie heeft, is het onvermijdelijk dat hij/zij achteruit gaat.	1	2	3	4	5
11. Mensen met dementie moeten zich gerespecteerd voelen, net als ieder ander.	1	2	3	4	5
12. Goede dementiezorg betekent zorg voor zowel psychologische als lichamelijke behoeften.	1	2	3	4	5
13. Het maakt niet uit wat je tegen mensen met dementie zegt, omdat zij het toch vergeten.	1	2	3	4	5
14. Mensen met dementie hebben vaak een goede reden om zich te gedragen zoals ze doen.	1	2	3	4	5
15. De tijd doorbrengen met mensen met dementie kan erg plezierig zijn.	1	2	3	4	5
16. Het is belangrijk in de omgang met mensen met dementie dat je je inleeft en begrip toont.	1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 17. Er zijn heel veel dingen die mensen met dementie kunnen doen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mensen met dementie zijn net als andere mensen, maar om hun behoeften te vervullen, moet je wel speciaal inzicht hebben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bijlage 3: De Care Dependency Scale

Beoordeel de bewoner op elk van de 16 onderstaande kenmerken. Geef aan welke beschrijving het beste van toepassing is. Ga uit van de mogelijkheden die de bewoner bezit en niet zozeer welke handelingen de medewerker overneemt.

Probeer bij twijfel tussen twee beschrijvingen tot één keuze te komen, door in te schatten welke mogelijkheid de bewoner bezit. Omcirkel bij elke vraag het cijfer van de antwoordmogelijkheid die het beste bij de bewoner past.

1 Eten en drinken

De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig te voldoen aan de behoefte aan eten en drinken:

- 1 Bewoner is niet in staat eten en drinken zelfstandig tot zich te nemen
- 2 Bewoner is niet zelfstandig in staat tot het opscheppen en klaarmaken van eten en drinken; is in staat zelfstandig eten en drinken naar de mond te brengen
- 3 Bewoner is met toezicht in staat tot het zelfstandig opscheppen, klaarmaken en naar de mond brengen van eten en drinken; kan hoeveelheid moeilijk bepalen
- 4 Bewoner is in staat met beperkt toezicht zelfstandig te eten en te drinken
- 5 Bewoner is in staat zelfstandig te voldoen aan de bereiding en de behoefte aan eten en drinken

2 Incontinentie

De mate waarin de bewoner het vermogen heeft de uitscheiding van urine en faeces willekeurig te beheersen:

- 1 Bewoner is niet zelfstandig in staat de uitscheiding van urine en/of faeces op te houden; is volledig incontinent
- 2 Bewoner is niet zelfstandig in staat de uitscheiding van urine en/of faeces te regelen; zonder hulp en/of hulpmiddelen is spontane uitscheiding niet mogelijk
- 3 Bewoner is in staat, mits volgens vaste patronen gestuurd, vrijwel continent te zijn
- 4 Bewoner is in staat de uitscheiding vrijwel zelfstandig te regelen, doet dit soms op plaatsen die daar niet voor bestemd zijn
- 5 Bewoner is in staat de uitscheiding zelfstandig te regelen

3 Lichaamshouding

De mate waarin de bewoner in staat is bij een bepaalde activiteit een juiste houding aan te nemen:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig van lichaamshouding te veranderen
- 2 Bewoner is beperkt in staat zelfstandig een gewenste lichaamshouding aan te nemen bij activiteiten
- 3 Bewoner is in staat een juiste lichaamshouding aan te nemen bij activiteiten, maar past dit onvoldoende zelfstandig toe
- 4 Bewoner heeft weinig beperkingen in het zelfstandig aannemen van de juiste lichaamshouding
- 5 Bewoner heeft geen beperkingen in het zelfstandig aannemen van de juiste lichaamshouding

4 Mobiliteit

De mate waarin de bewoner fysiek in staat is zich zelfstandig voort te bewegen:

- 1 Bewoner is immobiel en niet in staat tot het zelfstandig gebruik van hulpmiddelen
- 2 Bewoner is beperkt in staat zich zelfstandig voort te bewegen; maakt veelal gebruik van hulpmiddelen
- 3 Bewoner is redelijk mobiel, eventueel met gebruik van hulpmiddelen
- 4 Bewoner is in staat zich vrijwel zelfstandig voort te bewegen
- 5 Bewoner is volledig in staat zich zelfstandig voort te bewegen

5 Dag-nachtritme

De aard van het slaap-waakpatroon (bio-ritme) van de bewoner

- 1 Bewoner is niet gevoelig voor het dag- en nachtritme
- 2 Bewoner is beperkt gevoelig voor het dag- en nachtritme
- 3 Bewoner is gevoelig voor het dag- en nachtritme, heeft veel begeleiding nodig
- 4 Bewoner is gevoelig voor het dag- en nachtritme, heeft weinig begeleiding nodig
- 5 Bewoner heeft een normaal dag- en nachtritme, zorgt zelfstandig voor voldoende rust

6 Aan- en uitkleden

De mate waarin de bewoner beschikt over vaardigheden om zich zelfstandig aan- en uit te kleden:

- 1 Bewoner is niet in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden
- 2 Bewoner is beperkt in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, is niet in staat de logische volgorde van handelingen uit te voeren
- 3 Bewoner is deels in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, heeft toezicht en begeleiding nodig
- 4 Bewoner is in staat zich vrijwel zelfstandig aan- en uit te kleden, heeft begeleiding nodig bij fijn-motorische vaardigheden
- 5 Bewoner is in staat zich zelfstandig aan- en uit te kleden, beschikt over fijnmotorische vaardigheden

7 Lichaamstemperatuur

De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig de lichaamstemperatuur te beschermen tegen externe invloeden:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven
- 2 Bewoner is beperkt in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is niet in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen
- 3 Bewoner is in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is beperkt in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen
- 4 Bewoner is in staat zelfstandig gevoelens van koude en warmte aan te geven; is in hoge mate in staat zelfstandig gepaste maatregelen daartegen te nemen
- 5 Bewoner is in staat volledig zelfstandig de lichaamstemperatuur tegen externe invloeden te beschermen

8 Hygiëne

De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig zorg te dragen voor zijn/haar lichaamsverzorging:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan de lichaamsverzorging, zoals wassen, tandenpoetsen, haren kammen, etc.
- 2 Bewoner is beperkt in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan de lichaamsverzorging; doet dit niet uit zichzelf
- 3 Bewoner is in staat zelfstandig een aantal handelingen rondom de lichaamsverzorging uit te voeren; toezicht en begeleiding is nodig
- 4 Bewoner is in staat zelfstandig de meeste handelingen rondom de lichaamsverzorging uit te voeren; enig toezicht en begeleiding is nodig
- 5 Bewoner is in staat volledig zelfstandig zorg te dragen voor de eigen lichaamsverzorging

9 Vermijden van gevaar

De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig voor zijn/haar eigen veiligheid te zorgen:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig gevaar te onderkennen en te vermijden
- 2 Bewoner is beperkt in staat zelfstandig gevaren in de omgeving te onderkennen en te vermijden, dan wel zich te beschermen tegen eigen of andermans agressie
- 3 Bewoner is in staat deels zelfstandig een aantal risicovolle situaties in de omgeving te onderkennen en te vermijden; heeft hulp nodig om zich te beschermen tegen agressie van anderen
- 4 Bewoner is in staat vrijwel zelfstandig gevaar in de omgeving te onderkennen en te vermijden, dan wel zich te beschermen tegen agressie van anderen
- 5 Bewoner is in staat zelfstandig zorg te dragen voor de eigen veiligheid

10 Communicatie

De mate waarin de bewoner in staat is te communiceren:

- 1 Bewoner is niet in staat zich door middel van woorden te uiten; door lichaamstaal kan de

- bewoner zijn belevingen aan bekenden uiten
- 2 Bewoner is beperkt in staat zich door woord en/of gebaar te uiten; maakt gebruik van klanken om zijn beleving te uiten; begrijpt door intonaties de boodschap die anderen willen overbrengen
 - 3 Bewoner is in staat middels woordjes en/of specifieke gebaren eigen bedoelingen te uiten; begrijpt korte eenvoudige woorden van anderen
 - 4 Bewoner is in staat zich door woord- en zinggebruik en/of gebaren te uiten; begrijpt eenvoudige taal en/of gebaren van anderen
 - 5 Bewoner is in staat zich door taal en/of gebaar te uiten; is in staat belevingen met anderen te delen

11 Contact met anderen

De mate waarin de bewoner in staat is tot het aangaan, onderhouden en afbreken van sociaal contact:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig contacten met anderen te leggen; reageert positief op prettige belevingen en/of negatief op onprettige belevingen
- 2 Bewoner is beperkt in staat zelfstandig contacten met anderen te leggen; reageert op voor de bewoner belangrijke personen
- 3 Bewoner is in staat tot het zelfstandig onderhouden van een beperkt aantal contacten met voor de bewoner belangrijke personen
- 4 Bewoner is vrijwel zelfstandig in het aangaan, onderhouden en afbreken van contacten; weet enigszins inhoud te geven aan deze contacten
- 5 Bewoner is zelfstandig in het aangaan, onderhouden en afbreken van contacten; weet inhoud te geven aan deze contacten

12 Waarde- en normbesef

De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig leefregels te hanteren:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig leefregels herkenbaar te gebruiken
- 2 Bewoner is in staat een beperkt aantal leefregels binnen de woongroep te hanteren
- 3 Bewoner is in staat zich te houden aan gestelde leefregels binnen de woongroep; een privacybesef is niet aanwezig
- 4 Bewoner is zich bewust van de geldende leefregels, zowel binnen als buiten de woongroep; gedraagt er zich niet altijd naar; een privacybesef is beperkt aanwezig
- 5 Bewoner is zich bewust van de geldende leefregels, zowel binnen als buiten de woongroep; gedraagt er zich naar; verwoordt de eigen behoefte aan privacy

13 Dagelijkse activiteiten

De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig invulling te geven aan de dagelijkse bezigheden binnen de woongroep:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig een bijdrage te leveren aan het leefklimaat
- 2 Bewoner is onder begeleiding in staat zelfstandig een aantal eenvoudige activiteiten uit te voeren
- 3 Bewoner is in staat een aantal bezigheden zelfstandig uit te voeren; pakt deze alleen op indien de bewoner daartoe gestimuleerd wordt
- 4 Bewoner is in staat gedurende een bepaalde tijd zich zelfstandig te concentreren op de dagelijkse bezigheden; ontleent eigenwaarde aan deze activiteiten
- 5 Bewoner is in staat zelfstandig op gestructureerde wijze inhoud te geven aan de dagelijkse bezigheden; ontleent eigenwaarde aan het resultaat van zijn bijdrage daaraan

14 Recreatieve activiteiten

De mate waarin de bewoner in staat is zelfstandig deel te nemen aan ontspannende activiteiten buiten de woongroep:

- 1 Bewoner is niet in staat zelfstandig invulling te geven aan zijn ontspanning; kan passief genieten van zaken die in de omgeving plaatsvinden
- 2 Bewoner is beperkt in staat zelfstandig deel te nemen aan of aanwezig te zijn bij ontspannende activiteiten; geniet veelal van de dingen die er plaatsvinden
- 3 Bewoner is onder begeleiding in staat zelfstandig deel te nemen aan recreatieve bezigheden; pakt deze activiteiten echter niet zelfstandig op
- 4 Bewoner is in staat vrijwel zelfstandig invulling te geven aan de eigen vrije tijdsbesteding; is daarbij afhankelijk van begeleiding
- 5 Bewoner is in staat zelfstandig invulling te geven aan de eigen vrijetijdsbesteding

15 Leervermogen

De mate waarin de bewoner in staat is om zelfstandig kennis en/of vaardigheden aan te leren dan wel het geleerde in stand te houden:

- 1 Bewoner is niet in staat bestaande vaardigheden te onderhouden
- 2 Bewoner is door veelvuldig herhalen in staat bestaande vaardigheden te onderhouden
- 3 Bewoner is door herhalen in staat nieuwe eenvoudige vaardigheden aan te leren; aangeleerde vaardigheden dienen onderhouden te worden
- 4 Bewoner is in staat nieuwe eenvoudige vaardigheden aan te leren; er treedt nauwelijks verlies van bestaande vaardigheden op
- 5 Bewoner is in staat nieuwe complexe vaardigheden aan te leren; kent geen verlies van bestaande vaardigheden

16 Samenvatting

Ten slotte, geef aan welke omschrijving van zorgafhankelijkheid van toepassing is op de bewoner:

- 1 Volledig zorgafhankelijk
- 2 In grote mate zorgafhankelijk
- 3 Gedeeltelijk zorgafhankelijk
- 4 Beperkt zorgafhankelijk
- 5 Vrijwel zelfstandig

Bijlage 4: De Standardized Mini-Mental State Examination

Dit is het onderdeel dat jij samen met de bewoner invult. Je stelt de bewoner onderstaande vragen en vraagt de bewoner een aantal problemen op te lossen. Vul het antwoord dat de bewoner geeft in achter de betreffende vraag, ook al is het niet het juiste antwoord. Omcirkel daarnaast of de bewoner het antwoord juist heeft ingevuld. Het is van groot belang dat de bewoner alle vragen beantwoordt. Indien de bewoner het antwoord niet weet, plaats dan een kruisje achter de vraag.

Intro:

"Ik ga u nu enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijke antwoorden te geven."

1. Oriëntatie in tijd

1. Welk jaar is het?.....Antwoord juist? Ja / nee
2. Welk seizoen is het?Antwoord juist? Ja / nee
3. Welke datum is het?Antwoord juist? Ja / nee
4. Welke dag is het?Antwoord juist? Ja / nee
5. Welke maand is het?Antwoord juist? Ja / nee

2. Oriëntatie in plaats

1. Kunt u mij vertellen in welke provincie u nu bent?Antwoord juist? Ja / nee
2. Kunt u mij vertellen in welke stad u nu bent?Antwoord juist? Ja / nee
3. Kunt u mij vertellen in welk gebouw u nu bent?Antwoord juist? Ja / nee
4. Kunt u mij vertellen op welke afdeling u nu bent?Antwoord juist? Ja / nee
5. Kunt u mij vertellen op welke verdieping u nu bent?Antwoord juist? Ja / nee

3. Registratie

Ik noem u zo dadelijk drie voorwerpen. Nadat ik ze heb opgenoemd, wil ik dat u ze herhaalt. Probeer te onthouden welke het zijn, want ik zal ze opnieuw vragen over een paar minuten. Wilt u de volgende drie woorden herhalen: boek, plant, molen. (*Noteer eerste poging, maar herhaal totdat alle drie geleerd zijn*).

1. Boek Antwoord juist? Ja / nee
2. Plant Antwoord juist? Ja / nee
3. Molen Antwoord juist? Ja / nee

4. Aandacht

a. Wilt u van 100 zeven aftrekken, dan daar weer zeven aftrekken en zo doorgaan? (*Niet verder doorgaan dan 65*). Noteer exact alle antwoorden van de bewoner: 100-7 =,,,,,,

b. Wilt u het woord DORST van achteren naar voren spellen?

Noteer: T S

R O D Welke letters juist?.....

5. Geheugen

Noemt u nogmaals de drie woorden van zojuist?

1. Boek Antwoord juist? Ja / nee
2. Plant Antwoord juist? Ja / nee
3. Molen Antwoord juist? Ja / nee

6. Taal

1. Wat is dit? (*wijs een potlood of pen aan*) Antwoord juist? Ja / nee
2. Wat is dit? (*wijs een horloge aan*) Antwoord juist? Ja / nee

7. Taal

Wilt u de volgende zin herhalen: 'geen alsen, ennen of maren.' Antwoord juist? Ja / nee

8. Commando's

(*Lees eerst de instructie voor, geef dan het papier*)

Ik geef u een stukje papier. Wilt u dit in uw rechterhand nemen, het in tweeën vouwen en weer op uw schoot neerleggen?

1. Papier in rechterhand nemen Handeling juist? Ja / nee
2. Papier in tweeën vouwen Handeling juist? Ja / nee
3. Papier in schoot neerleggen Handeling juist? Ja / nee

9. Lezen

Wilt u deze woorden lezen en doen wat er staat:

(*Toon vel op volgende pagina met de woorden 'sluit uw ogen'*) Handeling juist? Ja / nee

10. Schrijven

Wilt u voor mij een zin opschrijven? (*De bewoner mag zelf een zin verzinnen en opschrijven*)

.....

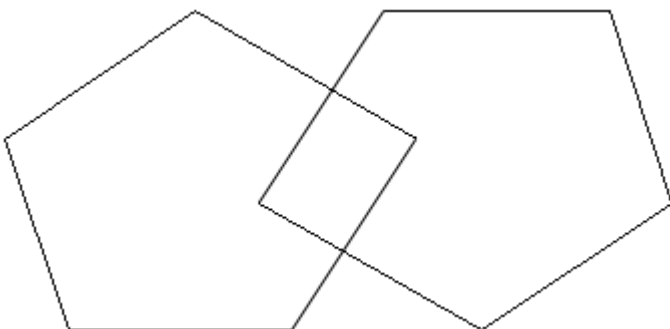
11. Teken

Hier is een tekening (*zie volgende pagina*). Wilt u deze natekenen?

(*Tekening is juist als alle hoeken en zijden getekend zijn en de overlappende figuur een vierhoek is*).

Tekening juist? Ja / nee

Sluit uw ogen



Bijlage 5: Qualidem

Voor het onderzoek is het van groot belang dat de vragenlijst volledig wordt ingevuld. Het is de bedoeling dat je de vragen beantwoordt over gedrag dat je de afgelopen week hebt geobserveerd bij de bewoner die jij gaat beoordelen. Hierbij kan het handig zijn om even in de afdelingsagenda of de rapportage te kijken wat er zoal gebeurde die week. Een dergelijk referentiepunt blijkt vaak een goed hulpmiddel. De toestand van een bewoner kan tijdens de observatiedagen plotseling veranderen als gevolg van ziekte of een ingrijpende gebeurtenis. In dat geval is het beter te wachten met het invullen van de lijst. Omcirkel bij elke vraag het cijfer bij het best passende antwoord.

Als je twijfelt tussen een van de mogelijkheden, omcirkel dan het antwoord dat het beste bij jouw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens jou de werkelijkheid het best benadert. Denk niet te lang na over een antwoord: het eerste antwoord dat bij je opkomt, is vaak het beste.

Nooit = nooit

Zelden = Hoogstens eenmaal per week

Soms = Enkele keren per week

Vaak = vrijwel dagelijks

De bewoner:

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak
1. is vrolijk	0	1	2	3
2. maakt rusteloze bewegingen	3	2	1	0
3. heeft contact met andere bewoners	0	1	2	3
4. wijst hulp van medewerkers af	3	2	1	0
5. heeft een tevreden uitstraling	0	1	2	3
6. maakt een angstige indruk	3	2	1	0
7. is boos	3	2	1	0
8. kan genieten van dingen in het dagelijks leven	0	1	2	3
9. wil niet eten	3	2	1	0
10. is goed gestemd	0	1	2	3
11. is verdrietig	3	2	1	0
12. reageert positief bij toenadering	0	1	2	3
13. geeft aan dat hij of zij zich verveelt	3	2	1	0
14. heeft conflicten met medewerkers	3	2	1	0
15. geniet van de maaltijd	0	1	2	3
16. wordt afgewezen door andere bewoners	3	2	1	0
17. beschuldigt anderen	3	2	1	0
18. zorgt voor andere bewoners	0	1	2	3
19. is rusteloos	3	2	1	0

20. wijst contact met anderen openlijk af	3	2	1	0
21. heeft een glimlach om de mond	0	1	2	3
22. heeft een gespannen lichaamstaal	3	2	1	0
23. huilt	3	2	1	0
24. stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	0	1	2	3
25. sluit zich af van de omgeving	3	2	1	0
26. heeft bezigheden zonder hulp van anderen	0	1	2	3
27. geeft aan meer hulp te willen	3	2	1	0
28. geeft aan zich opgesloten te voelen	3	2	1	0
29. trekt vriendschappelijk op met één of meer bewoners	0	1	2	3
30. wil graag (in bed) liggen	3	2	1	0
31. accepteert hulp	0	1	2	3
32. roept	3	2	1	0
33. heeft kritiek op de gang van zaken	3	2	1	0
34. is op zijn of haar gemak in het gezelschap van anderen	0	1	2	3
35. geeft aan niets meer te kunnen	3	2	1	0
36. voelt zich thuis op de afdeling	0	1	2	3
37. laat blijken zichzelf niets waard te vinden	3	2	1	0
38. helpt graag mee met karweitjes op de afdeling	0	1	2	3
39. wil van de afdeling af	3	2	1	0
40. stemming is positief te beïnvloeden	0	1	2	3

Bijlage 6: Kwaliteit van leven – univariate analyses totale databestand

In deze bijlage worden de univariate analyses gerapporteerd van de afzonderlijke, directe relaties tussen de verklarende variabelen in het model en de kwaliteit van leven voor het gehele data bestand. Dit betekent dat in deze analyses ook mensen met zeer ernstige dementie worden meegenomen. De opzet van deze bijlage is gelijk aan paragraaf 4.3 waarin de univariate analyses voor mensen met lichte tot ernstige dementie worden gerapporteerd.

Organisatorische kenmerken, attitude en de mate van kleinschaligheid

In deze bijlage worden de afzonderlijke relaties tussen de verschillende verklarende variabelen uit het conceptueel op de kwaliteit van leven onderzocht. Hierbij worden de groepsgrootte, de attitude van de medewerker, en de mate van kleinschaligheid van de woonvorm meegenomen.

Tabel 26 - Groepsgrootte, attitude, mate van kleinschaligheid en kwaliteit van leven (N = 118)

	Groepsgrootte	Attitude medewerker	Mate van kleinschaligheid
	ρ	r	r
Zorgrelatie	-0.069	-0.012	0.058
Positief affect	-0.037	0.016	0.110
Negatief affect	0.044	0.121	-0.010
Rusteloos gedrag	0.004	-0.058	-0.059
Sociale relaties	-0.094	0.131	0.123
Sociaal isolement	0.011	0.001	-0.032
Qualidem totaal	-0.060	0.046	0.033

* $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$.

Organisatorische kenmerken en de kwaliteit van leven

Zowel op de verschillende subschalen van de kwaliteit van leven als voor de totale kwaliteit van leven zijn voor het databestand waarin ook de bewoners met zeer ernstige dementie zijn meegenomen, geen verschillen gevonden tussen verschillende groepsgroottes (tabel 26). Dit betekent dat, in tegenstelling tot wat werd verwacht in dit onderzoek, het aantal bewoners dat op een woonvorm woont geen directe invloed heeft op de kwaliteit van leven van deze bewoners.

Attitude van de medewerkers op een woonvorm

In tabel 26 is ook te zien dat de attitude van de medewerker geen invloed uitoefent op de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Op zowel de subschalen als de totale kwaliteit van leven zijn geen significante relaties gevonden.

De mate van kleinschaligheid van de woonvorm

Ook is voor het databestand waarin mensen met zeer ernstige dementie zijn meegenomen, geen significante relatie gevonden tussen de mate van kleinschaligheid van de woonvorm en de kwaliteit van leven van de bewoners. Dit betekent dat, in tegenstelling tot wat werd verwacht, een sterkere mate van kleinschaligheid van een woonvorm, geen bevorderend effect heeft op de kwaliteit van leven van de bewoners van deze woonvorm.

Karakteristieken van de bewoners

In de derde hypothese van dit onderzoek wordt verondersteld dat hoe hoger de cognitieve status en hoe lager de zorgafhankelijkheid van een bewoner is, hoe hoger de kwaliteit van leven is. Hoewel hier geen hypothese van is opgesteld, wordt in het onderzoek ook verwacht dat andere

kenmerken van bewoners, zoals leeftijd, geslacht, nationaliteit en woontijd op de woonvorm variabelen zijn die invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van leven van deze bewoners. Ook deze variabelen worden in deze paragraaf onderzocht.

Tabel 27 - Karakteristieken bewoners en kwaliteit van leven

	CDS (N = 116)	MMSE (N = 102)	Leeftijd (N = 99)	Woontijd (N = 115)	Geslacht (N = 118)	Nationaliteit (N = 118)
	r	r	r	p	t	t
Zorgrelatie	0.119	0.101	0.215*	-0.015	-0.705	0.818
Positief affect	0.101	0.098	-0.003	0.016	-0.958	-0.274
Negatief affect	0.163*	0.094	-0.144	0.103	1.603	-2.204**
Rusteloos gedrag	0.209**	0.193*	0.132	-0.058	-0.608	-0.257
Sociale relaties	0.401***	0.453***	-0.050	-0.132	-0.822	0.522
Sociaal isolement	0.271***	0.175*	0.005	0.038	0.-016	0.103
Qualidem totaal	0.309***	0.262***	0.037	-0.013	-0.250	-0.421

* p < 0.1; ** P < 0.05; *** p < 0.01.

Zorgafhankelijkheid

In tabel 27 is te zien dat er ook voor het gehele databestand een significante, positieve relatie wordt gevonden tussen de zorgafhankelijkheid en de totale kwaliteit van leven ($r = 0.309$, $p = 0.001$) en op alle subschalen van deze kwaliteit van leven, behalve 'zorgrelatie' en 'positief affect'. Dit betekent dat mensen met een lagere zorgafhankelijkheid een hogere kwaliteit van leven hebben dan mensen met een hogere zorgafhankelijkheid.

Cognitieve status

Er is een positieve, significante relatie gevonden tussen de cognitieve status van een bewoner en de totale kwaliteit van leven ($r = 0.262$, $p = 0.008$), wat betekent dat mensen met een hogere cognitieve status een betere kwaliteit van leven hebben dan mensen met een lagere cognitieve status. Dit is ook het geval voor de subschaal 'sociale relaties'.

Leeftijd, woontijd, geslacht en nationaliteit

Er is een positieve, significante relatie gevonden tussen leeftijd en de subschaal 'zorgrelatie'. Dit betekent dat oudere mensen hoger scoren op deze subschaal dan jongere mensen. Op de overige subschalen en de totale kwaliteit van leven zijn geen significante verschillen gevonden. Ook is er geen significant effect van de woontijd op de kwaliteit van leven gevonden. Ook is in tabel 27 te zien dat het geslacht van de bewoner geen invloed heeft op zijn of haar kwaliteit van leven. Op de subschaal 'negatief affect' is gebleken dat er verschillen zijn tussen verschillende nationaliteiten. De analyse laat zien dat mensen van Nederlandse afkomst significant lager scoren op deze subschaal ($M = 1.8$) dan mensen met een andere afkomst dan de Nederlandse ($M = 2.5$). Dit betekent de Nederlanders in dit onderzoek meer negatieve gevoelens hebben dan mensen van niet Nederlandse afkomst.

Conclusies

Hoewel in dit onderzoek werd verwacht dat organisatorische kenmerken op een woonvorm een direct effect kunnen hebben op de kwaliteit van leven van de bewoners, is dit uit de analyse voor het gehele data bestand, waarin ook bewoners met zeer ernstige dementie zijn meegenomen, niet gebleken. In het databestand waar deze bewoners werden geëxcludeerd is dit resultaat ook gevonden, met de uitzondering dat in deze analyse op de subschaal 'zich thuis voelen' een significant effect bestond.

Daarnaast is uit de analyse gebleken dat de attitude van de medewerker zowel op de subschalen als totale kwaliteit van leven geen significante invloed uitoefent. In de analyse waar mensen met zeer ernstige dementie zijn uitgesloten, werd enkel op de subschaal 'negatief affect' een significante relatie gevonden.

Zoals in het onderzoek werd verwacht, en ook is gevonden in de analyse voor mensen met lichte tot ernstige dementie, is gevonden dat een lagere zorgafhankelijkheid een hogere kwaliteit van leven met zich meebrengt. Dit is het geval voor de totale kwaliteit van leven, en voor de subschalen 'rusteloos gespannen gedrag', 'sociaal isolement' en 'iets om handen hebben'. In de analyse voor mensen met lichte tot ernstige dementie, werd ook geen significant effect gevonden op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag'.

Ook is een positieve relatie gevonden tussen de cognitieve status en de kwaliteit van leven van mensen met dementie op de subschaal 'sociale relaties' en de totale kwaliteit van leven. Dit houdt in dat de kwaliteit van leven bij mensen met een hogere cognitieve status, hoger is dan bij mensen met een lagere cognitieve status. Deze significante relatie tussen cognitieve status en de totale kwaliteit van leven is in de analyse waar mensen met zeer ernstige dementie zijn uitgesloten, niet gevonden.

Er is geen verband gevonden tussen leeftijd en geslacht en de kwaliteit van leven. Wel is, net als in de eerdere analyse, gevonden dat mensen van een niet Nederlandse afkomst minder negatief affect hebben dan mensen met een Nederlandse afkomst.

Bijlage 7: Kwaliteit van leven - multivariate analyse totale databestand

In deze bijlage worden de multivariate analyses gerapporteerd voor het gehele data bestand. Dit betekent dat in deze analyses ook mensen met zeer ernstige dementie worden meegenomen. De opzet van deze bijlage is gelijk aan paragraaf 4.4 waarin de univariate analyses voor mensen met lichte tot ernstige dementie worden gerapporteerd.

De regressie analyse

De regressie analyse wordt voor het gehele databestand op dezelfde wijze weergegeven als voor het data bestand waar enkel mensen met lichte tot ernstige dementie zijn meegenomen.

Zorgrelatie

Tabel 28 - Invloed op subschaal 'Zorgrelatie' (N = 118)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.044	0.330	n.s.	-0.007	-0.026	n.s.	-0.177	-0.613	n.s.
	Cat.2	0.038	0.269	n.s.	0.002	0.007	n.s.	-0.115	-0.509	n.s.
	Cat.3	-0.130	-1.015	n.s.	-0.145	-0.990	n.s.	-0.218	-1.464	n.s.
Attitude		-0.027	-0.226	n.s.	-0.046	-0.312	n.s.	-0.036	-0.232	n.s.
Mate kleinsch.					0.051	0.220	n.s.	0.135	0.560	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.161	0.827	n.s.
	S-MMSE							0.062	0.351	n.s.
	Leeftijd							0.275	2.302	0.024
	Woond.							0.096	0.791	n.s.
	Geslacht							0.014	0.117	n.s.
	National.							-0.092	-0.782	n.s.

Er zijn geen significante relaties gevonden tussen groepsgrootte, de attitude van de medewerker en de subschaal van de kwaliteit van leven 'zorgrelatie' (tabel 28). Ook wanneer de mate van kleinschaligheid in het model wordt meegenomen, worden geen significante relaties gevonden. Ook wanneer de karakteristieken van de bewoners aan het model worden toegevoegd, wordt geen significante relatie gevonden tussen groepsgrootte, de attitude van de medewerker, de mate van kleinschaligheid en de subschaal zorgrelatie. Wel is in tabel 28 te zien dat er een significante positieve relatie bestaat tussen de leeftijd van de bewoner en de subschaal zorgrelatie. Dit betekent dat oudere mensen hoger scoren op deze subschaal dan jongere mensen.

Positief affect

Tabel 29 - Invloed op subschaal 'Positief affect' (N = 118)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.037	0.282	n.s.	-0.214	-0.809	n.s.	-0.378	-1.278	n.s.
	Cat.2	0.116	0.826	n.s.	-0.064	-0.294	n.s.	-0.096	-0.417	n.s.
	Cat.3	-0.047	-0.370	n.s.	-0.124	-0.852	n.s.	-0.141	-0.928	n.s.
Attitude		0.034	0.292	n.s.	-0.061	-0.415	n.s.	-0.096	-0.612	n.s.
Mate kleinsch.					0.254	1.096	n.s.	0.336	-0.612	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.173	0.869	n.s.
	S-MMSE							0.063	0.349	n.s.
	Leeftijd							-0.029	-0.029	n.s.
	Woond.							0.090	0.728	n.s.
	Geslacht							0.075	0.626	n.s.
	National.							0.065	0.545	n.s.

Voor de subschaal 'positief affect' zijn geen significante effecten gevonden (tabel 29). Dit betekent dat groepsgrootte en de attitude van de medewerker geen directe invloed uitoefenen op deze subschaal van de kwaliteit van leven, en ook geen indirecte invloed via de mate van kleinschaligheid. Ook karakteristieken van bewoners hebben geen invloed op de subschaal 'positief affect'.

Negatief affect

Tabel 30 - Invloed op subschaal 'Negatief affect' (N = 118)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	-0.071	-0.543	n.s.	-0.110	-0.419	n.s.	-0.174	-0.610	n.s.
	Cat.2	-0.160	-1.154	n.s.	-0.188	-0.879	n.s.	-0.131	-0.586	n.s.
	Cat.3	-0.204	-1.617	n.s.	-0.216	-1.492	n.s.	-0.201	-1.368	n.s.
Attitude		0.055	0.474	n.s.	0.040	0.276	n.s.	-0.025	-0.165	n.s.
Mate kleinsch.					0.040	0.173	n.s.	0.088	0.369	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.130	0.679	n.s.
	S-MMSE							0.085	0.494	n.s.
	Leeftijd							-0.043	-0.363	n.s.
	Woond.							0.175	1.460	n.s.
	Geslacht							-0.128	-1.103	n.s.
	National.							0.199	1.716	0.090

In tabel 30 is te zien dat er geen significante effecten zijn gevonden van de groepsgrootte en de attitude van de medewerkers op de subschaal van de kwaliteit van leven 'negatief affect'. Ook wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen, worden geen significante relaties gevonden. Wel is in tabel 30 te zien dat in het onderzoek is gevonden dat mensen met de Nederlandse nationaliteit meer negatief affect hebben dan mensen met de niet Nederlandse nationaliteit.

Rusteloos gespannen gedrag

Tabel 31 - Invloed op subschaal 'Rusteloos gespannen gedrag' (N = 118)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	-0.021	-0.161	n.s.	0.023	-0.090	n.s.	-0.178	-0.632	n.s.
	Cat.2	-0.268	-1.958	0.054	-0.237	-1.119	n.s.	-0.388	-1.757	0.083
	Cat.3	-0.198	-1.592	n.s.	-0.185	-1.293	n.s.	-0.255	-1.751	0.084
Attitude		-0.155	-1.349	n.s.	-0.138	-0.964	n.s.	-0.181	-1.205	n.s.
Mate kleinsch.					-0.044	-0.196	n.s.	0.063	0.268	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.119	0.628	n.s.
	S-MMSE							0.112	0.656	n.s.
	Leeftijd							0.253	2.172	0.033
	Woond.							0.006	0.054	n.s.
	Geslacht							0.053	0.464	n.s.
	National.							0.047	0.407	n.s.

Er is een significant effect gevonden van groepsgrootte op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag'. Tabel 31 laat zien dat mensen op een traditionele verpleegafdeling hoger scoren op deze subschaal dan mensen op kleinschalige woonvormen met acht bewoners. Er is geen relatie gevonden tussen de attitude van de medewerker en de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag'. Wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen, worden geen significante relaties meer gevonden. Wanneer echter ook karakteristieken van bewoners worden meegenomen, wordt een significant, positief effect gevonden van leeftijd op deze subschaal. Dit betekent dat oudere mensen minder rusteloos gespannen gedrag vertonen dan jongere mensen. Bovendien laat tabel 31 zien dat er een significante invloed is van groepsgrootte op deze subschaal wanneer wordt gecorrigeerd voor de karakteristieken van de bewoners. Dit betekent dat mensen op traditionele verpleegafdelingen significant beter scoren op deze subschaal dan mensen op woonvormen met acht en tien tot dertien bewoners.

Sociale relaties

Tabel 32 - Invloed op subschaal 'Sociale relaties' (N = 118)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.227	1.749	n.s.	0.490	1.888	n.s.	0.178	0.672	n.s.
	Cat.2	0.099	0.719	0.054	0.288	1.357	n.s.	0.214	1.033	n.s.
	Cat.3	0.090	0.718	n.s.	0.171	1.194	n.s.	0.130	0.954	n.s.
Attitude		0.149	1.289	n.s.	0.249	1.734	n.s.	0.230	1.630	n.s.
Mate kleinsch.					-0.266	-1.170	n.s.	-0.077	-0.349	n.s.
Karakteristieke n bewoner	CDS							0.135	0.759	n.s.
	S-MMSE							0.357	2.222	0.029
	Leeftijd							-0.005	0.080	n.s.
	Woond.							0.046	-0.045	n.s.
	Geslacht							0.009	0.429	n.s.
	National.							-0.025	-0.231	n.s.

In tabel 32 is te zien dat op de subschaal 'sociale relaties' positieve significante invloed wordt uitgeoefend door groepsgrootte. Dit betekent dat mensen op kleinschalige woonvormen significant beter scoren op deze subschaal dan mensen op traditionele verpleegafdelinge. Er is geen indirecte relatie gevonden via de mate van kleinschaligheid tussen organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker op deze subschaal van de kwaliteit van leven. Wanneer de karakteristieken van bewoners worden meegenomen in het model, blijkt een positieve significante relatie te bestaan tussen cognitieve status en 'sociale relaties'. Dit betekent dat mensen met een hogere cognitieve status betere sociale relaties hebben dan mensen met een lagere cognitieve status. Bovendien vervalt de significante invloed van groepsgrootte wanneer wordt gecorrigeerd voor karakteristieken van bewoners.

Sociaal isolement

Tabel 33 - Invloed op subschaal 'Sociaal isolement' (N = 118)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Gr.grootte (referentiecategorie = 4)	Cat.1	0.037	0.285	n.s.	0.180	0.683	n.s.	-0.060	-0.207	n.s.
	Cat.2	-0.201	-1.445	n.s.	-0.099	-0.463	n.s.	-0.177	-0.783	n.s.
	Cat.3	-0.090	-0.711	n.s.	-0.046	-0.319	n.s.	-0.068	-0.454	n.s.
Attitude		-0.068	-0.580	n.s.	-0.014	-0.094	n.s.	-0.044	-0.287	n.s.
Mate kleinsch.					-0.144	-0.625	n.s.	-0.006	-0.025	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.351	1.803	0.075
	S-MMSE							-0.068	-0.385	n.s.
	Leeftijd							0.111	0.927	n.s.
	Woond.							0.105	0.860	n.s.
	Geslacht							0.018	0.152	n.s.
	National.							-0.045	-0.382	n.s.

Er bestaat geen directe relatie tussen organisatorische kenmerken en de attitude van de medewerker op de subschaal 'sociaal isolement' van de kwaliteit van leven (tabel 33). Ook wanneer de mate van kleinschaligheid wordt meegenomen, worden geen significante effecten gevonden. De tabel laat wel zien, dat een positieve significante invloed is gevonden van de zorgafhankelijkheid op deze subschaal, wat betekent dat mensen die minder zorgafhankelijk zijn minder sociaal geïsoleerd zijn dan mensen waarbij de zorgafhankelijkheid hoger is.

De totale kwaliteit van leven

Tabel 34 - Invloed op de totale kwaliteit van leven (N = 118)

		Model 1			Model 2			Model 3		
		β	t	Sig	β	t	Sig	β	t	Sig
Groepsgrootte (Cat. 4 = 0)	Cat. 1	0.050	0.380	n.s.	0.083	0.313	n.s.	-0.196	-0.688	n.s.
	Cat. 2	-0.122	-0.877	n.s.	-0.099	-0.458	n.s.	-0.197	-0.884	n.s.
	Cat.3	-0.158	-1.249	n.s.	-0.148	-1.018	n.s.	-0.197	-1.346	n.s.
Attitude		-0.014	-0.119	n.s.	-0.001	-0.010	n.s.	-0.050	-0.333	n.s.
Mate kleinsch.					-0.033	-0.144	n.s.	0.124	0.522	n.s.
Karakteristieken bewoner	CDS							0.271	1.416	n.s.
	S-MMSE							0.130	0.753	n.s.
	Leeftijd							0.154	1.310	n.s.
	Woond.							0.115	0.968	n.s.
	Geslacht							0.014	0.117	n.s.
	National.							0.044	0.382	n.s.

In tabel 34 is te zien dat geen directe invloed wordt gevonden van de groepsgrootte en attitude van de medewerkers op een woonvorm op de kwaliteit van leven van de bewoners. Ook wanneer de mate van kleinschaligheid aan het model wordt toegevoegd, worden geen significante relaties gevonden. Het toevoegen van de verschillende karakteristieken van bewoners, zorgt ook niet voor significante relaties.

De verklaring van het totale regressie model

Tabel 35 - Verklaring totale regressiemodel op kwaliteit van leven

	Model 1			Model 2			Model 3		
	r ²	F	Sig.	r ²	F	Sig.	r ²	F	Sig.
Zorgrelatie	0.024	0.491	n.s.	0.024	0.398	n.s.	0.116	0.886	n.s.
Positief affect	0.017	0.352	n.s.	0.032	0.522	n.s.	0.075	0.548	n.s.
Negatief affect	0.049	1.045	n.s.	0.049	0.832	n.s.	0.141	1.104	n.s.
Rusteloos gedrag	0.07	1.540	n.s.	0.071	1.225	n.s.	0.158	1.259	n.s.
Sociale relaties	0.054	1.150	n.s.	0.070	1.198	n.s.	0.259	3.883	0.000
Sociaal isolement	0.043	0.916	n.s.	0.048	0.805	n.s.	0.113	0.854	n.s.
Qualidem totaal	0.039	0.824	n.s.	0.039	0.656	n.s.	0.145	1.139	n.s.

In tabel 34 is de verklaring te zien die het regressiemodel kan geven op de verschillende subschalen en de totale kwaliteit van leven van mensen met dementie. Zowel in model 1, 2 en 3 zijn, behalve op de subschaal 'sociale relaties', geen significante relaties tussen de verklarende variabelen en de verschillende subschalen en totale kwaliteit van leven gevonden voor het databestand waarin ook bewoners met zeer ernstige dementie zijn meegenomen. Wanneer karakteristieken van bewoners worden meegenomen, wordt het totale regressiemodel voor de subschaal 'sociale relaties' wel significant. De toenemende r² geeft aan dat het toevoegen van de variabelen wel zorgt voor meer verklaring van de variantie in de afhankelijke variabelen, maar de r² blijft, ook in model 3, nog erg laag. Dit betekent dat ook andere variabelen dan zijn meegenomen in het onderzoek de kwaliteit van leven van bewoners met dementie kunnen verklaren.

Conclusies

In deze bijlage is een multivariate analyse gedaan van de verklarende variabelen op de verschillende subschalen van de kwaliteit van leven voor het gehele databestand, waarin ook mensen met zeer ernstige dementie zijn meegenomen. Hierbij is gevonden dat op de subschaal 'rusteloos gespannen gedrag' een directe relatie is gevonden tussen organisatorische kenmerken en de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Er is gevonden dat mensen op traditionele verpleegafdelingen beter scoren op deze subschaal dan mensen op woonvormen met acht en tien tot dertien bewoners. Op de overige subschalen en de totale kwaliteit van leven zijn geen significante effecten gevonden. Ook is geen directe relatie gevonden tussen de attitude van de medewerkers op een woonvorm en de kwaliteit van leven van de bewoners. De mate van kleinschaligheid blijkt zowel op de subschalen als op de totale kwaliteit van leven geen significante effecten te hebben.

Karakteristieken van bewoners blijken wel effect te hebben op de subschalen 'zorgrelatie', 'rusteloos gespannen gedrag' en 'sociale relaties' en 'sociaal isolement'. Er is een positief effect gevonden van de zorgafhankelijkheid op de subschaal 'sociaal isolement'. Daarnaast is, net als in de analyse waar mensen met zeer ernstige dementie zijn geëxcludeerd, een positief effect

gevonden van leeftijd op de subschalen 'zorgrelatie' en 'rusteloos gespannen gedrag', wat betekent dat oudere mensen beter scoren op deze subschalen dan jongere mensen. Op de subschaal 'sociale relaties' is alleen een positief significant effect van de cognitieve status gevonden, wat betekent dat mensen met een betere cognitieve status hebben, meer sociale relaties hebben dan mensen met een slechtere cognitieve status. Er is, net als in de eerdere analyse, een significant verband gevonden tussen nationaliteit en de subschaal 'negatief affect'.