

Effecten van zorgdierteambezoeken en reguliere activiteiten op het welbevinden van gerontopsychiatrische patiënten.

Kan zorgdierteambezoek een welkome aanvulling zijn op het reguliere activiteiten aanbod voor gerontopsychiatrische patiënten?

Masteronderzoek Klinisch en Gezondheidspsychologie

Merel Bouwman, 3268632

Begeleiders: Marie-Jose Enders-Slegers, Linda van Ooijen van der Linden

Abstract

This research could be perceived as a pilot study into the effects of activities on the well being of gerontopsychiatric patients. The main aim is to analyse to what extent Animal Assisted interventions could complement the standard range of activities. The effect of these visits is measured through four indicators: depressive symptoms (MADRS), daily functioning (ADL questionnaire), well being (VAS) and social behavior (SGL observation list). Observations were made and interviews were taken. 22 patients from 4 gerontopsychiatric wards were enrolled. The effects of activities and the Animal-team visits have been compared with respect to the value added to the well being of the patient. The literature indicates that well being of elderly increases when they are more active and receive social support.

The results show that depressive symptoms among the patients have decreased. Moreover, patients demonstrate more positive behaviour during the music activity and the Animal Assisted visits. As expected, differences in the effects among the activities were non-significant. Also, it was not possible to indicate an improvement in the well being of the patients. This could be realised by taking a more personal approach. When an activity is chosen considering individual preferences and the type of motivation of the patient can create an increase in a person's well being.

Samenvatting:

Dit onderzoek kan worden gezien als pilot studie naar effecten van activiteiten op het welbevinden van gerontopsychiatrische patiënten. Met name wordt gekeken in hoeverre zorgdierteambezoek een aanvulling kan zijn op het reguliere activiteiten aanbod. Op vier gerontopsychiatrische afdelingen hebben 22 patiënten deelgenomen. Depressieve symptomen (MADRS), dagelijks functioneren (ADL), subjectief welbevinden (VAS) en sociaal gedrag (SGL) is gemeten en er zijn observaties en interviews afgenomen. Literatuurstudie toont aan dat wanneer ouderen actief zijn en sociale steun ontvangen hun welbevinden verbetert. De effecten van reguliere activiteiten en zorgdierteambezoek zijn vergeleken op hun toegevoegde waarde voor dit welbevinden.

Uit de resultaten blijkt dat depressieve symptomen zijn afgenomen. Bovendien vertonen patiënten meer positief gedrag bij zowel de activiteit muziek als zorgdierteambezoek. Zoals verwacht, verschillen de effecten van alle activiteiten onderling niet significant. Tegelijkertijd is verbetering van het welbevinden niet aangetoond. Aandacht voor het type motivatie en voorkeur van de patiënt kan dit mogelijk positief veranderen. Een meer persoonsgerichte benadering in de activiteitskeuze, die sociaal en functioneel aansluit bij de patiënt, kan daarin bijdragen.

Inleiding

Iedereen wil zich goed voelen. Daarom zeggen we al gauw op de vraag hoe het ermee gaat: “Goed hoor”, “Prima” of minstens “z’n gangetje”. Een antwoord geven op de vraag hoe iemand zich voelt is is dan ook niet eenvoudig. Iemand kan zich lichamelijk goed voelen, maar toch ongelukkig zijn. De mate waarin iemand zich goed voelt hangt af van de subjectieve beoordeling van lichamelijke, psychische en sociale factoren. Dit wordt ook wel het welbevinden genoemd. Zo kan welbevinden onderscheiden worden in lichamelijke gezondheid en mobiliteit, de emotionele toestand, en de relaties en sociale steun (Enders-Slegers, 2000). De mate van welbevinden is afhankelijk van de subjectieve beoordeling van kwaliteit van leven en gezondheid en het vermogen om activiteiten en taken uit te voeren. Dit zijn primaire belangen van patiënten, hun families en artsen (Wells, et. al., 1989). Welbevinden/welzijn kan gezien worden als een geluksindicator en staat in verband met de cognitieve en affectieve evaluaties die een mens aan zijn/haar leven geeft (Diener, 2000).

In kwaliteit van leven zijn ouderen in het algemeen kwetsbaarder. Ernstige (levensbedreigende) ziekten en kwalen (bijvoorbeeld diabetes, reuma, hart- en vaatlijden) kunnen naast ‘normale veroudering’ de kwaliteit van leven van ouderen aantasten. Een ziekte als artrose, slechtziendheid, incontinentie en dergelijke, kan een alleenstaande oudere aan huis kluisteren, waardoor sociale isolatie dreigt. Hierdoor kan onvoldoende zintuiglijke prikkeling (sensorische deprivatie) ontstaan, waardoor achterdocht, hallucinaties en zelfverwaarlozing kan optreden. Bovendien kan het contact met de buitenwereld nog meer verslechteren door vreemd gedrag,

hallucinaties, stemmingsproblemen en gebrek aan motivatie (Oostervink, 2003). Ook krijgen ouderen te maken met problemen bij de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en verminderde cognitieve vaardigheden (Enders-Slegers, 2000). Naast deze gezondheidsproblemen vormen levensgebeurtenissen (life events) een risicofactor voor ouderen. Vooral veranderingen in de sociale omgeving door pensionering, verlies van rollen in de samenleving, verlies van partner, ziekte en dood van dierbaren, worden gezien als de belangrijkste levensgebeurtenissen die de kwaliteit van leven aantasten bij ouderen (Hughes, Blazer, & George, 1988). Zo kunnen 'levensgebeurtenissen' ook bijdragen aan de ontwikkeling van een variëteit aan psychosomatische en psychiatrische ziekten (Holmes & Masuda, 1974).

Door gelijktijdige veranderingen in gezondheid en sociale omstandigheden neemt de kwetsbaarheid van ouderen alleen nog maar toe. Tot deze kwetsbare groep van ouderen behoren zeker ook de onderzochte gerontopsychiatrische patiënten. Deze ouderen hebben een psychiatrische aandoening wat hun nog kwetsbaarder maakt. Voor deze groep patiënten is het daarom nog moeilijker om hun kwaliteit van leven in stand te houden. Aldus wordt in dit onderzoek de kwaliteit van leven van gerontopsychiatrische patiënten onderzocht.

In toenemende mate zijn er door de klinische impact van medische en psychiatrische aandoeningen, en door verminderd welzijn en functioneren, gevolgen voor zowel de patiënt als de gezondheidszorg. Dit leidt tot verhoging van maatschappelijke kosten en gebruik van gezondheidsdiensten. Ook ontstaat er meer vraag naar verzorgers en vrijwilligers, vanwege die toenemende maatschappelijke kosten (Wells, et. Al., 1989). Er is dus veel baat bij het verbeteren van het welbevinden bij de kwetsbare gerontopsychiatrische patiënten. Uit het voorgaande is op te maken dat het lastig is om de kwaliteit van leven bij deze patiënten in stand te houden. In dit onderzoek wordt er gekeken naar factoren die invloed hebben op de kwaliteit van leven bij deze patiënten. Het verbeteren van het welbevinden bij ouderen kan verklaard worden aan de hand van 2 theorieën: De activiteiten theorie en de sociale steuntheorie. Beide benaderingen liggen ten grondslag aan dit onderzoek. Hieronder worden beide toepassingen besproken.

Ouder worden betekent vooral "verlies", verlies van functies, taken en rollen. Dit resulteert in beperking van de actieradius en dus toenemende inactiviteit. Zo wordt de mens die niet meer nodig is, geen functie meer heeft in de maatschappij, ongelukkig en ontevreden. Er blijkt dan ook een belangrijke samenhang te bestaan tussen hoge activiteit en positieve stemming en welbevinden (Van Schijndel, 1992). Mensen met een actieve levensstijl hebben minder kans op depressie, meer zelfvertrouwen en een positiever zelfbeeld. Deze mensen ervaren een verhoogde levenssatisfactie en emotioneel welzijn (Elchardus & De Groof, 2005). De activiteitentheorie geeft aan dat ouderen zoveel mogelijk moeten worden geactiveerd en ook worden bijgestaan in het bevorderen van sociale contacten (Van Schijndel, 1992). De sociale steuntheorie sluit hierop naadloos aan. Een veelgebruikte definitie van sociale steun wordt gegeven door Cobb (1976): 'information leading the subject to believe that he is cared for and loved, is esteemed and valued, and belongs to a network of

communication and mutual obligation'. Sociale steun wordt gegeven en ontvangen door mensen binnen hun sociale relaties. Hier wordt meestal het informeel netwerk mee bedoeld: Familie, vrienden, kennissen, collega's en burens. Ook kunnen professionele hulpverleners als bron van steun dienen (House, 1981).

Sociale steun kan benaderd worden vanuit 2 perspectieven. Namelijk het ene perspectief geeft inzicht over structurele kenmerken van een netwerk: het bestaan van banden met en de connecties tussen mensen (bijvoorbeeld aantal relaties, huwelijkse staat, of netwerkenkenmerken). De tweede benadering omvat de beschikbaarheid en de functies van steun, zoals het ontvangen van: Affectie, informatie, en materiële steun (Stroebe & Stroebe, 1996). Bij ouderen zullen de structurele en functionele kenmerken van sociale steun afnemen. Zo zal de grootte van het netwerk afnemen door verlies van dierbaren, wat kan leiden tot emotionele en/of sociale eenzaamheid. Ook wordt de dichtheid van het netwerk verminderd door verlies aan mobiliteit. Aldus zal de daadwerkelijk ontvangen steun en de ervaren beschikbaarheid van steun afnemen (Enders-Slegers, 2000).

Ondanks de diversiteit aan meetmethoden en gebrekkige concepten, blijkt uit de literatuur dat sociale steun een stabiele, negatieve relatie heeft met ongezondheid en mortaliteit (Stroebe & Stroebe, 1996). De verklaring voor deze relatie omvat zowel dat steun altijd helpt zowel in aan- als afwezigheid van stress (de 'hoofdeffecthypothese') als ook dat sociale steun kan optreden als buffer tegen effecten van negatieve stressvolle gebeurtenissen (de 'bufferhypothese'), waardoor beschadiging van de gezondheid wordt tegengegaan (Stroebe & Stroebe, 1996). Zo kan sociale steun bij mensen het welbevinden verbeteren en bescherming bieden tegen negatieve gevolgen (Enders-Slegers, 2000).

Als ouderen te maken krijgen met toenemende inactiviteit en afname van de ontvangen sociale steun, zal het verstandig zijn om het activiteiten aanbod in zorginstellingen nader te bekijken. Uit onderzoek worden specifieke activiteiten gerelateerd met welbevinden. Zo menen Fabrigoule, Letenneur, Dartigues, Zarrouk, Commenges, and Barberger-Gateau (1995) dat regelmatige deelname aan vrijetijds- of sociale activiteiten gerelateerd is aan een lager risico op dementie. Ook Suija e.a (2009) vond een relatie tussen activiteit en welzijn. Namelijk dat een activiteit alleen een positief verband heeft met welzijn als deze gevolgd wordt om sociale redenen. Als de activiteit echter gevolgd wordt om de tijd door te komen is er een negatief verband. Hierop wijst ook de 'need to belong theorie' van Baumeister en Leary. Onder deze theorie wordt verstaan de behoefte van mensen om interpersoonlijke relaties aan te gaan. Zoals een gebrek aan voedsel leidt tot honger, leidt een gebrek aan sociaal contact tot leegte en wanhoop. Het aangaan van sociale banden is een overlevingstrategie; 'Samen sta je sterk.' De aard van sociale relaties heeft dan ook vergaande invloed op emotie, cognities en mentaal welzijn (Gazzaniga en Heatherton, blz. 379, 2006).

Bovendien vonden Caro, Caspi, Burr en Mutchler (2009) dat globale activiteitsmotivatie alleen gerelateerd is aan 'working' en 'volunteering' activiteiten en niet aan 'exercising' en 'taking classes' activiteiten. Motivatie speelt dan ook een belangrijke rol bij waardering van de activiteit. Het is dus mogelijk dat 'exercising' en 'taking classes' activiteiten zijn die een mindere motivatie nodig

hebben als ‘working’ en ‘volunteering’. Caro en anderen (2010) vonden dat als het type motivatie van de cliënt bekend is, er gezocht kan worden naar een activiteit die hierbij aansluit. Hierdoor is de cliënt meer gemotiveerd, wat kan leiden tot meer activatie en betere resultaten. Dit vraagt dan ook om een meer persoonsgerichte benadering. Zo kunnen activiteiten invloed hebben op zowel sociaal, emotioneel en cognitief niveau (Caro et. al., 2010).

In huidig onderzoek zal er gekeken worden of activatie van gerontopschiatrische patiënten kan leiden tot verbetering van het welbevinden. De patiënten worden gevolgd voor/tijdens en na hun deelname aan activiteiten. Er zal gekeken worden naar hoe reguliere activiteiten zich verhouden tot dierondersteunde interventies op een gerontopschiatrische afdeling. Deze Animal Assisted Interventie (AAI) wordt nader bekeken in dit onderzoek. Zo wordt gekeken of dierbezoek daadwerkelijk een andere uitwerking ofwel toegevoegde waarde heeft ten aanzien van het verbeteren van het welbevinden. Dit omdat een (huis)dier kan fungeren als een deel van een sociaal steunsysteem (Enders-Slegers, 2000). Naast de zorgdierteambezoeken wordt er gekeken naar vijf reguliere activiteiten. Tijdens elke activiteit worden de deelnemende patiënten geobserveerd. Ook zullen er metingen plaatsvinden voor en na de activiteiten. De activiteiten naast de zorgdieractiviteit zullen zijn: Muziek, nordic walking, bloemschikken, soos en koken. De activiteiten vonden plaats in Ermelo en Lelystad op gerontopschiatrische afdelingen. Hieronder worden de activiteiten besproken in de discours van het begrip welbevinden. Daarna zullen AA interventies (AAI) besproken worden met bijbehorende literatuur die in verband staat met welbevinden.

Ten eerste muziek. Uit onderzoek is gebleken dat muziek, inbeelding, en aanraking een effect veroorzaakte bij hartpatiënten (Krucoff et al. 2005). Ook laten Schmid en Ostermann (2010) in hun metastudie zien dat muziektherapie depressie en pijn verminderd en de kwaliteit van leven verbeterd.

Ten tweede Nordic walking. Een loopprogramma heeft zowel fysieke als psychologische effecten op ouderen in een begeleid wonen complex (Taylor et al., 2003). Het lopen wordt gezien als een plezierige activiteit die helpt bij de omgang met huidige gezondheidsproblemen en om algemene dagelijkse activiteiten te blijven doen. Ook Suija et al. (2003) vonden een positief effect op fysieke activiteit bij Nordic walking, evenals een verbeterde stemming. Wel dient hierbij aangetekend te worden dat slechts 1/4 van de deelnemers het programma heeft afgerond en slechts 1/5 was gemotiveerd om mee te doen met reguliere activiteiten (Suija et. a., 2003).

Ten derde bloemschikken. Volgens Heliker, Chadwick & O'Connell, (2001) zorgt de bezigheid tuinieren voor psychologische en spirituele verbetering bij ouderen. Tuinieren wordt gezien als een creatieve en ontspannen bezigheid.

Ten vierde is de activiteit: ‘Soos’, een vorm van hersengymnastiek/braintraining. Uit onderzoek van Fitzpatrick (2010) blijkt dat fitness activiteiten voor de hersenen gerelateerd zijn aan zelfgerapporteerde gezondheid, chronische condities en mentale indicatoren van gevoelens, tevredenheid en een interessant leven. De vijfde en laatste reguliere activiteit is koken. Helaas blijkt er in de literatuur nog weinig onderzoeksinformatie te zijn over de relatie tussen de activiteit koken en

het welbevinden van (gerontopsychiatrische) patiënten.

AAI

Uit onderzoek is gebleken dat dieren onder bepaalde omstandigheden een positieve invloed kunnen hebben op het emotionele en lichamelijke welbevinden van ouderen. Bij AAI worden dieren ingezet (Fine, 2010). AAI is een doelgerichte interventie om het welzijn van een individuele patiënt of cliënt te bevorderen. AA activiteiten worden meestal uitgevoerd door vrijwilligers met behulp van dieren (meestal honden). De dieren en begeleiders krijgen een inleidende opleiding en voorbereiding voor visitatie in sociale instellingen voor motivationele, educatieve en/of recreatieve redenen (ISAAT, 2011). Middels AA interventies worden mensen met een lichamelijke en / of emotionele behoefte samengebracht met dieren. Een AA interventie kan op verschillende manieren, groepsgewijs of individueel, worden uitgevoerd. Dit onderzoek richt zich alleen op programma's waarin vrijwilligers met hond een bezoek brengen aan een groep patiënten/bewoners van een instelling. Tijdens zo'n 'zorgdierteambezoek' wordt aandacht besteed aan de hond en zijn kunstjes, en het begrip kameraadschap tussen hond en patiënt (ISAAT, 2011).

De welzijnsdimensies van Miller

Om de mogelijke invloed van AAI op het welbevinden te kunnen onderzoeken en omschrijven heeft Miller (2010) het begrip welbevinden opgesplitst in 8 dimensies. Hieronder worden deze dimensies beschreven en aan de literatuur getoetst met de daarbij behorende effecten van AAI.

De eerste dimensie wordt het fysiek/fysiologisch welzijnsdomein genoemd, waarbij de gezondheid van ons fysieke zelf, voeding, beweging, zien van ziektesymptomen en monitoren van fysieke stoornissen centraal staat (Miller, 2010). De voordelen van AAI op dit gebied zijn verbetering van motoriek, zintuiglijke stimulatie en zorgt voor de behoefte tot lichamelijk contact (Nathanson, de Castro, Friend, & McMahan, 1997, in Miller, 2010). Ook daalt de spierspanning, bloeddruk en hartslag (Harris, Rinehart, & Gertsman, 1993). Tevens werden verbeteringen in ADL-activiteiten bij schizofreniepatiënten na een reeks hondenbezoeken waargenomen (Barak, Savorai, Mavashev & Beni, 2001; Kovacs, Kis, Rosza & Rosza, 2004). Ook werd verbetering in mobiliteit aangetoond (Leroux & Kemp, 2009). Barker en Wolen (2008) vonden meerdere positieve effecten van interactie met dieren bij verschillende groepen, zoals kinderen, ouderen, en mensen die leiden aan cardiovasculaire ziekten.

De tweede dimensie betreft het sociaal welzijnsdomein. Sociaal welzijn wordt gekenmerkt door aanwezigheid van bevredigende inter-persoonlijke relaties, een ondersteunend netwerk, goede communicatieve vaardigheden en positief sociaal gedrag (Miller, 2010). Uit onderzoek is gebleken dat AAI een bijdrage levert aan communicatie, spraak en taal (Nathanson et al., 1997, in Miller, 2010). Tevens zorgt AAI voor gezelschap, interactie, responsiviteit, en vermindert sociale isolatie (Adams, 1997). Zo blijken dieren niet alleen een positieve bijdrage te leveren aan het plezier, maar ook te zorgen voor sociale steun, hoop en levensvreugde, en een betere verbinding met de buitenwereld (Fine en Eisen, 2008). Ouderen die zelf een huisdier hebben gehad beschouwen de relatie met het dier even krachtig als een vriendschap (Peretti, 1990). Ook bij ouderen blijkt dat mensen met een huisdier meer

gemotiveerd worden om activiteiten te ondernemen (Raina et al. 1999, Hart 2009). Ook werd door Enders-Slegers (2000) gevonden dat het contact met dieren bij ouderen de communicatie vergemakkelijkt en dat dieren afleiding en plezier bieden, herinneringen oproepen en gezelligheid bieden.

De derde dimensie omvat het emotionele en psychologisch welzijn. Gekeken wordt naar eigenwaarde, zelfbeeld en het hebben van gezonde emotionele relaties. Uit onderzoek is gebleken dat AAI zorgt voor vermindering van angst voor afwijzing, verbeterde positieve stemming, liefdesgevoelens en eigenwaarde (Gammonley & Yates, 1991). Ook ontstaan er een verbeterde houding, behoud van de emotionele balans, herinneringen van voormalige huisdieren en gevoelens van rust en plezier (Banman, 1995). Een AA activiteit is voor patiënten iets om naar uit te kijken (Harris et al., 1993). Aldus worden dieren gezien als vrienden, luisteraars, therapeuten, en afleiders; die geen oordeel vellen (Bardill and Hutchinson, 1997). Ook geven Le Roux en Kemp (2009) aan dat AA deelnemers meer sociale interactie en communicatie vertoonden, kregen prettige herinneringen aan vroeger en deden zelf nieuwe prettige herinneringen op. Bovendien bleek dat ouderen die in een verzorgingshuis wonen door dierondersteunde activiteiten mogelijk minder verwarring, depressie, boosheid en vermoeidheid vertoonden, en meer kracht (Fenwick & Blackshaw, In Crowley-Robinson 1996). Ook in het onderzoek van Le Roux en Kemp (2009) werd een afname van depressie gevonden.

De vierde dimensie is het cognitief en mentaal welzijn. Deze dimensie heeft betrekking op het creatief denken, nieuwe vaardigheden aanleren, openstaan voor nieuwe ideeën en nieuwe informatie opslaan (Miller, 2010). AAI draagt bij aan het verbeteren van concentratie, aandacht en focus (Limond Bradshaw & Cormack (1997). Ook verbetering in de mate van zelf-respect, kennis en controle over de omgeving zijn de gunstige bijverschijnselen van AAI (Gammonley and Yates, 1991). Raina en Fellow (1998) vonden bovendien dat omgang met dieren ondersteunend werkt in stressvolle omstandigheden. Hart (2009) vond ook een vermindering in stressniveau in het contact met dieren, samen met een verbeterde socialisatie.

De vijfde dimensie betreft de omgevingsfactoren. Hier valt te denken aan de sfeer van een omgeving of de aanwezigheid van hulpmiddelen, mogelijkheden voor het ondernemen van activiteiten en dergelijke. AAI zorgt voor de-institutionalisatie, waardoor mensen zich meer thuis gaan voelen (Bardill and Hutchinson, 1997).

De zesde dimensie betreft spirituele gezondheid, zingeving, geloof in een hogere macht en eenheid met de natuur (Miller, 2010). AAI zorgt voor eenheid met het leven en de schepping (Gammonley and Yates 1991). Ook wordt de mens-dier relatie verbeterd en draagt het dier bij aan toenemende helende werking (Banman 1995; Harris et al. 1993).

Onder de zevende dimensie wordt verstaan de tevredenheid die iemand ervaart met de dagelijkse bezigheden, zoals werk en boodschappen doen. Uit onderzoek is gebleken dat dieren bezigheden zinvol maken voor hun verzorgers (Allen et al. 2000 in Miller, 2010).

Ten slotte heeft de achtste dimensie betrekking op het gedrag. AAI blijkt de mate van spelen

en lachen bij mensen te verhogen (Banman, 1995). Ook wordt agressie verminderd, de rust verhoogd en leidt het tot het meer uiting geven aan geluksexpressies (Walsh en Mertin, 1994). Tevens zorgt AAI voor meer verantwoordelijk, verzorgend en affectief gedrag. Odendaal (2000) vond dat het welbevinden van mensen in een rustige aanraking met een hond verbeterde, wanneer er gekeken wordt naar de hoeveelheden oxytocine, prolactine, en beta-endorphine, norepinephrine, phenylethylamine, dopamine, en cortisol waarden. Deze neurochemische stoffen staan bekend om hun verhogend effect op gevoelens van welzijn, stemming en relaxatie.

Niet alle welzijnsdimensies van Miller komen in dit onderzoek aan bod. Er zal gekeken worden naar fysiek/fysiologisch welzijn, sociaal welzijn, emotioneel en psychologisch welzijn, de omgevingsfactoren en het gedrag. Daarmee wordt een algemeen beeld gecreëerd van het welbevinden van de patiënt. De resultaten uit vragenlijsten/metingen worden besproken aan de hand van de gekozen dimensies. Dit onderzoek zich niet alleen op AAI, maar ook op de gebruikelijke/reguliere activiteiten op de gerontopsychiatrische afdeling.

Los van bovengenoemde activiteiten speelt ook de wijze van zorgverlening een belangrijke rol in de beleving van zowel de patiënt als de zorgverlener. Een goede benadering is de belevingsgerichte zorg. Belevingsgerichte zorg heeft de manier waarop de patiënt diens situatie, ziek-zijn en (on)mogelijkheden beleeft als uitgangspunt. De zorgverlener werkt vanuit het doel de patiënt en diens omgeving te ondersteunen bij het waarborgen of herstellen van de levensloop die door een lichamelijke aandoening, ziekte of handicap verstoord is, of dreigt te worden. Bij de behandeling worden zowel de patiënt als de omgeving in de besluitvorming betrokken (Pool, Kruyt & Walters, 2003). Van belang zijn de behoeftes van de patiënt en of deze aansluiten bij het aanbod van de geboden activiteiten op de afdeling.

Wanneer de kwaliteit van leven van ouderen wordt verbeterd door activiteiten betreffende aanwezigheid van dieren, doet dit een beroep op het beleid van gezondheidszorginstellingen. Immers daarmee ontstaat de vraag of huisdieren kunnen worden gehouden in deze instellingen, waar het welzijn van de patiënten centraal staat (Enders-Slegers, 2000). Maar huisdieren zijn in het algemeen niet toegestaan. Ook speelt een rol hoe de reguliere activiteiten zich verhouden tot de welzijnswinst bij dierenbezoek. Zo kan het kijken naar de vogels, tuinieren of wandelen in het groen evenzeer invloed hebben op het welzijn van mensen. Gecontroleerde experimenten kunnen een bijdrage leveren aan de vraag hoe een en ander zich tot elkaar verhoudt (Beck & Katcher, 2003). Naast activiteiten speelt de aandacht van artsen en verpleging een rol bij het welzijn van de patiënt. Het welzijn van de patiënt wordt beïnvloed door een samenspel van factoren als bijvoorbeeld medicatie, hulpverlening en familiebezoek. De vraag is dan ook in welke mate activiteiten bijdragen aan de kwaliteit van leven van gerontopsychiatrische patiënten. Ook ter verruiming van het activiteitenaanbod verdient de aanbeveling om verschillende activiteiten met elkaar te vergelijken.

Hypotheses

In dit onderzoek wordt onderzocht of verschillende activiteiten bijdragen aan het welbevinden van de gerontopsychiatrische patiënten. Er wordt gekeken of reguliere activiteiten en zorgdierteambezoeken verschillen in de effecten die ze hebben op welbevinden en sociaal gedrag. Bovendien kan gekeken worden naar de eventuele toegevoegde waarde van zowel zorgdierteambezoek als de gebruikelijke activiteiten.

Vanuit de literatuur gezien kan verwacht worden dat het welbevinden zal toenemen wanneer ouderen actief zijn en sociaal gesteund worden. Hierin kunnen (sociale) activiteiten op een gerontopsychiatrische afdeling een belangrijke rol in spelen. Van belang is dat patiënten actief zijn en zo deelnemen aan activiteiten met anderen. Er zal gekeken worden naar de effecten van afdelingsactiviteiten op fysiek, psychisch en sociaal welzijn. Dit is opgedeeld in niveau van ADL functioneren, mate van aanwezigheid van depressieve symptomen, emoties en cognities (subjectief welbevinden) en omgevingsfactoren. Tevens zal er gekeken worden naar geobserveerde sociale gedragingen. Het onderzoek gaat uit van 2 hypothesen met meerdere deelhypothesen.

De eerste hypothese gaat op grond van de onderzoeksliteratuur ervan uit dat activiteiten een bijdrage leveren aan het welbevinden van de patiënt. Verwacht wordt dat het algehele welbevinden zal verbeteren bij de patiënten.

Verwacht wordt dat het niveau van ADL functioneren zal toenemen (hypothese 1a). De mate van aanwezigheid van depressieve symptomen zal afnemen (hypothesen 1b) en dat het subjectief welbevinden wordt verbeterd (hypothese 1c). Bij deze deelhypothesen worden de voormetingen afgezet tegen de nametingen. Ook wordt verwacht dat activiteiten zorgen voor verbetering van de omgevingsfactoren van de patiënt (hypothese 1d).

De tweede hypothese veronderstelt dat er geen verschil is in effecten tussen dierondersteunde activiteiten en reguliere activiteiten, aangezien alle activiteiten effecten zullen hebben op het welbevinden van de patiënten. Zo wordt verwacht dat de geobserveerde positieve sociale gedragingen zullen toenemen en negatieve gedragingen zullen afnemen bij alle activiteiten met de tijd (hypothese 2a). Ook wordt verwacht dat de patiënt zich beter zal voelen na de activiteit bij de verschillende activiteiten (2b). Daarbij wordt verwacht dat de activiteiten niet verschillen in de mate van zichtbaar gedrag (2c). Ten slotte wordt verwacht dat de activiteiten niet verschillen in de mate van het welbevinden van de patiënt (2d). In dit geval betekent het dat de patiënt niet verschilt in de score op welbevinden vóór en na de activiteit voor verschillende activiteiten onderling.

Methoden

Participanten

De participanten werden geworven bij het Centrum voor Ouderenpsychiatrie van de geestelijke gezondheidszorginstelling GGZCentraal op locatie Veldwijk in Ermelo en locatie Meerzicht in Lelystad. Het betrof een open en gesloten gerontopsychiatrische opnameafdeling. In Ermelo zijn er voor ouderen vier afdelingen. Twee gesloten afdelingen; één met psychogeriatrische patiënten en de ander met gerontopsychiatrische patiënten. De andere twee afdelingen zijn open waarbij de één een afdeling is voor voorbereiding op vertrek en de ander een afdeling voor langdurige behandeling. De gesloten afdeling voor psychogeriatricie is niet meegenomen in het onderzoek.

De participanten werden benaderd door twee masterstudenten die uitleg gaven over het onderzoek. Na de uitleg werd de patiënt individueel benaderd en gevraagd of hij/zij mee werken aan het onderzoek. Ook stond in de toestemmingsverklaring alle informatie betreffende het onderzoek. Door deze toestemmingsverklaring te ondertekenen gaf de participant toestemming voor het observeren van zijn/haar gedrag bij verschillende activiteiten, voor afname van enkele vragenlijsten en voor anoniem gebruik van enkele persoonsgegevens. Ook werd duidelijk gemaakt dat de participant zich ten allen tijde kan terugtrekken uit het onderzoek. De experimentele groep bestond uit 22 participanten in de leeftijd van 59 tot 86 jaar ($M = 67$). In de groep waren 6 mannen in de leeftijd van 64 tot 72 jaar ($M = 68$) en 16 vrouwen in de leeftijd van 59 tot 86 jaar ($M = 61$). Van de participanten hadden 9 personen stemmingsproblematiek, 2 personen angstgerelateerde problematiek, 5 personen psychotische kenmerken, 4 personen persoonlijkheidsproblematiek, 1 persoon aanpassingsproblemen en 1 persoon cognitieve problematiek. In het berekenen van de bovenstaande gegevens zijn alleen de participanten meegenomen die schriftelijk toestemming hebben gegeven en de vragenlijsten hebben ingevuld. Bij de gedragsobservaties van de zorgdier activiteit zijn 8 personen extra meegenomen. De verpleging en de patiënten gaven toestemming om geobserveerd te worden en deden niet mee met de afname van vragenlijsten en dergelijke.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte, met tussentijdse observaties en interviews. Bij vier verschillende afdelingen is gekeken naar participanten die in elk geval deelnamen aan één van de activiteiten die geobserveerd werden. Zij werden middels vragenlijsten en observaties per activiteit bestudeerd. Hierbij maakte niet uit dat participanten deelnamen aan meerdere activiteiten, omdat er alleen gekeken werd naar de rol van de activiteiten en de effecten daarvan op de patienten. Het kwantitatief gedeelte bestaat uit de vragenlijsten Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS), Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), Visual Analogue Scale (VAS), en de Sociale Gedragingen Lijst (SGL) observatielijst. Zo worden psychische, lichamelijke, sociale en gedragsfactoren op het welbevinden van de patiënt onderzocht. Deze worden bij de patiënt afgenomen. Het kwalitatieve gedeelte omvat de observaties gedurende het onderzoek op de afdeling en de vragen

uit de interviews over de activiteiten, hier werd naar de mening van de patiënt en werknemers gevraagd. Gedurende de onderzoeksperiode is de opzet met de daarbij behorende vraagstellingen van het onderzoek bijgesteld. De beweegredenen hiervoor zijn opgenomen in bijlage 6 van het logboek.

Meetinstrumenten

Persoonsgegevens als leeftijd, burgerlijke staat, medicatiegebruik, opnameduur, geïndiceerde psychiatrische problemen werden verkregen uit het elektronisch patiëntendossier XM-CARE dat op de instelling zelf werd bijgehouden door het personeel. Om een beeld te krijgen van het welzijn van de patiënt zijn de meetinstrumenten verdeeld onder verschillende welzijnsdimensies:

- fysieke/fysiologisch welzijn: ADL, MADRS, VAS
- sociaal welzijn: MADRS, VAS, SGL
- emotioneel en psychologisch welzijn: MADRS, VAS
- omgevingsfactoren: MADRS, VAS,
- gedrag: SGL,

Hieronder worden de verschillende meetinstrumenten besproken die kwaliteit van leven, alledaags functioneren, depressieve symptomen en gedrag gemeten.

ADL (Alledaags functioneren)

De ADL lijst geeft de zelfredzaamheid van een persoon weer (Thesaurus zorg en welzijn, 2007). Het niveau van alledaags functioneren werd in het begin en aan het eind van het onderzoek in kaart gebracht met behulp van een vragenlijst. Voor elke deelnemer werd voor en na het onderzoek een ADL vragenlijst afgenomen (bijlage 2). Deze vragenlijst behoort tot de fysiek/fysiologisch welzijnsdimensie. In de lijst staan een aantal handelingen die mensen in het dagelijks leven verrichten. Een hoge score op deze lijst geeft aan dat de persoon zichzelf goed kan redden in het gebied van kleren aantrekken, rondje lopen, wandelen en koken. Echter iemand die laag scoort zal bij ADL-verrichtingen meer hulp nodig hebben. De lijst omvat 7 items over het alledaags functioneren. De antwoordmogelijkheden loopt van 1 ('kan ik niet') tot 4 ('kan ik zonder moeite'). De items zijn: 'Gaan zitten en opstaan uit een stoel', 'Aankleden, schoenen aantrekken en uittrekken', 'Uzelf volledig wassen', 'Een blokje omlopen', 'Een flinke wandeling maken', 'Afwassen' en 'Koken'.

MADRS (Depressieve symptomen)

Om symptomen van depressie te meten is bij de participanten de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS, bijlage 4) afgenomen. De MADRS is de meest gebruikte schaal in de ouderenpsychiatrie om de ernst en het verloop van een depressie bij iemand die niet dementeert vast te leggen (Nederlands kenniscentrum voor ouderenpsychiatrie, 2007). De schaal bevat 10 vragen die betrekking hebben op de intensiteit van een depressieve stemming en op cognitieve en gedragsaspecten. De interviewer scoort de antwoorden op een zevenpuntsschaal, die loopt van 0 tot 6. Het eerste item wordt ingevuld door de afnemer. Dit is de 'zich direct tonende somberheid' waarbij 0 betekent niet aanwezig en 6 ziet er voortdurend ellendig uit. De overige vragen worden in een interview afgenomen bij de participant. De score 0 geeft aan dat de bovengenoemde symptomen niet

aanwezig zijn en score 6 dat er meerdere symptomen aanwezig zijn en/of de aanwezige symptomen meer last met zich mee brengen. Bij de waarden 0, 2, 4 en 6 zijn omschrijvingen gegeven; de tussenliggende waarden kunnen echter ook gescoord worden. Alle scores worden opgeteld. Het theoretische bereik van de schaal loopt daarmee van 0 tot 60. De betrouwbaarheid van de schaal blijkt bij gebruik bij meerdere psychiatrische groepen goed: $\alpha > 0.89$ (Albersnagel, Emmelkamp & van den Hoofdakker, 1998). Een score hoger dan 20 duidt op lichte depressiviteit en een score hoger dan 30 op ernstige depressiviteit (Nederlands kenniscentrum voor ouderenpsychiatrie, 2007). De vragen uit de MADRS hebben betrekking op verschillende dimensies. Zo duiden de vragen over eetlust, innerlijke gespannenheid en moeheid op fysiek/fysiologisch welzijn. De vraag naar afwezigheid van gevoel duidt op het sociaal welzijn. En hebben de vragen over pessimistische denkbeelden en suicidale gedachten betrekking op het emotioneel en psychologisch welzijn. Daarbij hebben de vragen over vermelde somberheid en afwezigheid van gevoel betrekking op de dimensie omgevingsfactoren.

VAS (subjectief welbevinden)

De zelf ervaren kwaliteit van leven en welbevinden van de patiënten werden ondervraagd aan de hand van 6 zelfgeconstrueerde vragen, uitgezet als Visual Analogue Scale (VAS, bijlage 1 en 3). Deze VAS wordt in dit onderzoek subjectief welbevinden genoemd, dus in hoeverre iemand aangeeft hoe hij/zij zich op dat moment prettig en tevreden voelt. De VAS vragen verwijst naar fysiek, psychisch en sociaal welbevinden. De participant moest een verticale streep zetten op een horizontale lijn van 10 cm breedte die bij de vragen 1,2,3,4, en 6 van slecht tot goed liep en bij vraag 5 van onvoldoende tot voldoende (zie bijlage 3). Alle vragen hadden betrekking op de welzijnsdimensies van Miller. De eerste vraag: ‘Ik voel mij psychisch....’, behoort tot het emotioneel en psychologisch welzijn. De tweede vraag: ‘Ik voel me lichamelijk....’, is onderdeel van fysiek/fysiologisch welzijnsdimensie. De derde vraag: ‘In het contact met andere voel ik me...’, behoort tot de sociaal welzijndimensie. Ook de vierde vraag: ‘De sfeer in de groep vind ik...’, behoort tot sociaal welzijn en is ook onderdeel van de dimensie omgevingsfactoren. De vijfde vraag: ‘De grootte van mijn sociale netwerk (familie, kennissen, vrienden) beschouw ik als...’ is onderdeel van sociaal welzijn. De laatste vraag 6: ‘De kwaliteit van mijn contact met anderen beschouw ik als...’, behoort tot het emotioneel en psychologisch welzijn.

De participanten vulden deze lijst zelfstandig of met hulp van de onderzoekers in.

Tevens werd er voor en na de activiteit (zowel een controle activiteit als hondenbezoek) één VAS vraag afgenomen (zie bijlage 1). Deze vraag was: ‘Ik voel me op dit moment:’. Ook deze had een lijn van slecht naar goed. Deze vraag heeft betrekking op het algehele welbevinden op dat moment. Na afloop van de activiteit vulden de deelnemers de vraag opnieuw in. Met behulp van een liniaal kon door de onderzoekers na afloop een nauwkeurige score bepaald worden van 0 tot 10.

SGL (Sociale Gedragingen)

Om interacties tussen de participanten en de sociale omgeving te meten is gebruik gemaakt van de Sociale Gedragingen Lijst (SGL, zie bijlage 7), die is gebaseerd op de lijsten van Kongable et al. (1989) en McCann et al. (1997). Aldus worden de dimensies sociaal welzijn en het gedrag nader bekeken. De SGL bevat 20 items. Het eerste item dient om de bewustzijnstoestand (ogen open, ogen dicht) van de participant te meten. Daarna volgen 19 items met verschillende positieve dan wel negatieve gedragingen. De positieve interacties met de omgeving zijn:

kijken, glimlachen, lachen, voorover buigen naar, aanraken, zwaaien, knikken, praten, verbaliseren van prettige gevoelens, namen noemen, neuriën en zingen.

De negatieve interacties met de omgeving zijn:

Nee schudden, verbaliseren van onlustgevoelens, schreeuwen, vloeken en schelden, huilen en een rest-item met agressieve gedragingen, afpakken of vernielen van een voorwerp, automutilatie, weglopen en maniërisme.

In de lijst wordt onderscheid gemaakt tussen contact met de activiteitenbegeleider of vrijwilliger, contact met de andere patiënten en in geval van het hondenbezoek, contact met de hond. Op de lijst die gericht was op het hondenbezoek kunnen eveneens de volgende hondgerichte activiteiten worden genoteerd:

Kijken, glimlachen, lachen, vooroverbuigen, aanraken, zwaaien, praten en namen noemen van de hond.

De onderzoeker kijkt per minuut naar een andere persoon en noteert of een gedraging heeft plaatsgevonden. Dit wordt herhaald tot alle participanten 5 keer aan de beurt zijn geweest. Om de inter-beoordelaars betrouwbaarheid te meten is de Cohen's kappa uitgevoerd. De Kappa bleek een hoge waarde te hebben van 0.88. De inter-beoordelaars betrouwbaarheid kan zo beschouwd worden als intern consistent, want de score bedraagt minstens 0,63 (Baarda, De Goede, & Van Dijkum, 2003).

Observaties en Interviews

Tijdens het onderzoek zijn opvallende gebeurtenissen in de omgeving, of het gedrag van de participanten en mensen die niet deel wilde nemen, opgeschreven. Na afloop van het onderzoek werd met behulp van een aantal steekwoorden een semigestructureerd interview afgenomen. Voorbeelden van deze steekwoorden zijn: opleiding, Wel/geen huisdier (bij hondenbezoek), muziek/zang (bij muziek). Daarnaast konden de participanten vertellen wat zij vonden van de activiteit/ activiteiten, dan wel het hondenbezoek. Ook werd gevraagd wat zij het meest waardeerden aan de activiteit en of zij dingen liever anders zagen. Tevens werd gevraagd of zij zich anders voelden tijdens de activiteit, en of zij een band voelden met andere deelnemers, activiteitenbegeleider en eventueel de hond. Ook werden de werknemers door middel van een open interview ondervraagd. In bijlage 5 staat een patiënten vragenlijst en de topic lijst als hulp voor de onderzoekers om de werknemers te interviewen.

Zo werd duidelijk of er verschillen waren tussen de reguliere activiteiten en de zorgdierbezoeken. Aan de hand van het boek 'kwalitatief onderzoek' van Baarda, Goede & Teunissen

(1997) zijn de kwalitatieve gegevens geanalyseerd en gestructureerd. Er is gebruik gemaakt van de observaties van de patiënten en medewerkers en er zijn interviews afgenomen (zie bijlage 5). Vervolgens zijn deze gegevens gestructureerd door het opstellen van een aantal thema's. Deze zijn zodanig dat de verschillen en overeenkomsten van activiteiten worden beschreven. Per activiteit is bekeken in hoeverre deze invloed heeft op het welbevinden van de patiënt. Bovendien komen de genoemde welzijnsdimensies aan bod die aangeven of de resultaten uit de vragenlijsten (kwantitatief) overeenkomen met de geobserveerde en geïnterviewde gegevens (kwalitatief). Op die manier worden opmerkelijkheden besproken en krijgt men een beter beeld over de eventuele toegevoegde waarde van bepaalde activiteiten op het welbevinden.

Procedure

De dataverzameling begon met het contact maken met de patiënten. Wanneer de patiënten voldoende op de hoogte waren gebracht van het onderzoek, werd gevraagd om de toestemmingsverklaring te tekenen. Aansluitend vond de dossieranalyse plaats. Uit de elektronische patiëntendossiers werden demografische gegevens en informatie over de opname en indicatie verkregen. Na de dossieranalyse werd de voormeting afgenomen: ADL, VAS en MADRS. De vragenlijsten werden mondeling afgenomen in een 1 op 1 gesprek op een voor de deelnemer prettige locatie.

Wekelijks werd het gedrag van de participanten geobserveerd tijdens de hondenbezoek dan wel bij andere activiteiten op de afdeling. Voorafgaand aan de activiteit, en na afloop, werd een enkele VAS afgenomen. Alle patiënten kregen een papier met daarop hun patiëntcode en een V (voor) of een N (na). De patiënten werden gevraagd op de VAS meting zo nauwkeurig mogelijk aan te geven hoe het gevoel op dat moment was. Tijdens de activiteit vonden de observaties volgens de SGL plaats. De onderzoekers deden niet mee met de activiteit (behalve bij Nordic walking aangezien je mee moet lopen om te kunnen observeren), zodat er geen sprake van beïnvloeding van de situatie kan zijn. Elke meetmoment werd een volgorde van deelnemers vastgesteld die vijf keer (1 minuut per ronde) gemeten werden. Per minuut werd een score van 1 (gedrag is aanwezig) of 0 (gedrag is niet aanwezig) toegekend aan elk item. Om de tijd bij te houden werd gebruik gemaakt van een horloge met secondewijzer. Één onderzoeker meet terwijl de tweede de minuut bij houdt vanaf het moment van observeren. De tweede onderzoeker geeft een seintje (aanraking op de huid bijvoorbeeld) als de minuut voorbij is en er gewisseld wordt van deelnemer. De onderzoekers zijn zo onopvallend mogelijk aanwezig en observeren op dezelfde manier bij elke activiteit om de continuïteit te behouden. De VAS metingen voor en na een activiteit zijn in totaal 3 maal afgenomen per persoon, per activiteit. Ook andere bijzonderheden tijdens de activiteit of hierbuiten worden zo nauwkeurig mogelijk genoteerd.

Na de reeks activiteiten vond de nameting plaats, opnieuw door middel van het meten van de ADL, VAS en MADRS. Deze lijst werd door dezelfde onderzoeker afgenomen als de voormeting. Als toevoeging aan de nameting werden de semigestructureerde interviews afgenomen.

Setting

Het onderzoek vond plaats in het Centrum voor Ouderenpsychiatrie dat zich bevindt op het terrein van Veldwijk in Ermelo en Meerzicht in Lelystad. Dit is een onderdeel van de geestelijke gezondheidszorginstelling GGZ Centraal. Het betroffen twee open en twee gesloten gerontopsychiatrische opnameafdelingen, waar ouderen met psychiatrische problemen zich voor tijdelijke opname vrijwillig kunnen aanmelden. Ook is het mogelijk dat iemand gedwongen wordt opgenomen door middel van een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging. Iedere patiënt heeft de beschikking over een eigen kamer, douche en toilet.

Het hondenbezoek vond plaats in de woonkamer of buiten, afhankelijk van het weer. Als er tijdens het uur gewandeld wordt met de hond en vrijwilliger, dan gebeurt dit op het terrein rondom de afdeling. Er kan gewandeld worden door een bosrijk gebied en vaak kan de dierenweide worden bezocht. Echter in dit onderzoek vonden alle hondenbezoeken in de woonkamer plaats. In de woonkamer zaten de patiënten klaar in een kring alvorens de hond op bezoek kwam.

De vrijwilliger of verzorgende zorgt ervoor dat alle deelnemers betrokken worden bij het bezoek. Dit kan door vragen te stellen of door de hond in de buurt van de patiënt te laten komen. De tijd die het hondenbezoek in beslag neemt, hangt af van de motivatie van de deelnemers en begeleiders en van de afspraken die gemaakt zijn. Meestal duurde het bezoek een uur en wisselden de dagen waarop het zorgdierbezoek plaatsvond.

Muziektherapie vond plaats in een ruimte in hetzelfde gebouw als de afdeling, waar patiënten naar toe konden lopen of heen gereden konden worden. Deze activiteit duurt een uur en vindt plaats op de woensdag ochtend van 11.00 tot 12.00. Ook hier zitten de patiënten in een kring. Het verloop wordt gestuurd door de activiteitenbegeleider. De begeleider had afwisselend cd's, liedjesboeken (begeleider zorgt voor begeleiding op de gitaar) en instrumenten mee voor zichzelf en de deelnemers. In overleg wordt gekeken welke liedjes of nummers aan bod komen tijdens het muziekuur. De patiënten kunnen ook zelf muziek mee nemen waarvan ze een nummer uitzoeken. Dit onderdeel is afgenomen in Lelystad.

Bloemschikken is elke dinsdag middag (14.00-15.00) voor de open afdeling en elke woensdag middag (14.15-15.30) voor de langdurige opnameafdeling. Voor de open afdeling vindt het plaats in een kas op het terrein van de Meerkanten. Hier wordt naartoe gelopen. Voor mensen die slecht ter been zijn of in een rolstoel zitten is het lastiger hieraan deel te nemen aangezien het 10 min lopen is, en er geen verzorgende mee gaat om de rolstoel te duwen. Voor de langdurige opname afdeling vindt het plaats in de activiteitenruimte van de afdeling. Hier kunnen alle patiënten van die afdeling aan mee doen. Voor beide groepen bestaat de activiteit uit het maken van een bloemstukje, corsage en dergelijke. De begeleider zorgt ervoor dat iedereen het benodigde groen en gereedschap voor zich heeft, geeft uitleg over de het maken van het stukje en helpt bij opkomende vragen.

Nordic Walking vindt plaats op het terrein rondom de afdeling onder leiding van de activiteitenbegeleider behorende bij de afdeling. Dit is elke dinsdag vanaf 10.00 en duurt meestal tot

11.00. Deze activiteit is alleen voor mensen van de open afdeling, die zorgt voor het materiaal (stokken) en oefeningen voor het rekken en strekken. De route wordt in overleg bepaald en deelnemers kunnen op elk gewenst moment omkeren, splitsen of een andere route nemen. Als het heel slecht weer is wordt er binnen gegymd. Tijdens ons onderzoek is dit eenmaal voorgekomen. Er zijn toen balspellen gedaan en interactief (via een WI-programma) hardlopen.

Koken is op de maandag van 10.30-12.30 in de Berkenhof. Dit is een gebouw op hetzelfde terrein als de afdeling. Hier kunnen de patiënten heen lopen of gereden worden. Een tweetal begeleiders heeft vooraf alle ingrediënten ingekocht voor de maaltijd van de dag. Ze helpen tijdens de activiteit met het coördineren, de voorbereidende werkzaamheden (kruiden, snijden en dergelijke) en bij het koken zelf. Vervolgens eten de deelnemers gezamenlijk met de begeleiders. In overleg met de deelnemers worden de gerechten uitgezocht. Als de deelnemers geen ideeën hebben kiezen de begeleiders.

De Soos vindt elke woensdag van 10.00 tot 11.00 plaats met de open afdeling en de afdeling voor langdurige opname tegelijkertijd. Het vindt plaats in hetzelfde gebouw als het koken. Behalve lopen of geduwd worden met de rolstoel rijdt er ook een busje naar de activiteit. De activiteitenbegeleiders van de afdelingen hebben uitgezocht wat de activiteit inhoudt en hebben materialen mee en geven waar nodig sturing en hulp. De activiteiten verschillen van het oplossen van rebusen tot aanvullen van spreekwoorden, afmaken van woorden, en andere taal/geheugen spelletjes. Voordat de activiteit begint en halverwege, drinkt de groep een kopje koffie/thee met een koekje erbij.

Data-analyse

De gegevens zijn geanalyseerd middels het uitvoeren van niet-parametrische toetsen. Dit omdat er te weinig cases waren. De dataset is te klein gebleken, waarmee normaliteit voor de steekproefpopulatie niet verondersteld kan worden. Via statistische analyses is onderzocht of er sprake is van een verbetering in welbevinden (hypothese 1). Dit wordt berekend op basis van drie meetinstrumenten en geeft antwoord op drie deelvragen. Bij elk van de drie meetinstrumenten wordt een Wilcoxon test uitgevoerd om te zien of er verschil is tussen de voor en de nametingen per vragenlijst. Voor de algemene dagelijkse activiteiten (1c) met de voor en de na metingen op de ADL. Voor de depressieve symptomen (1b) met de voor en na metingen van de MADRS, voor de score op het subjectief welbevinden (1c) door de voor en na metingen op de 6 VAS vragen. Middels observaties en interviews is getracht om antwoord te kunnen geven op hypothese 1d.

Om het verschil tussen activiteiten weer te geven (hypothese 2) is voor het gedrag per persoon per activiteit (hypothese 2a) een totaalscore van de SGL berekend per activiteit, per meetmoment voor de clusters 'positieve omgevingsgerichtheid', 'negatieve omgevingsgerichtheid' en voor hondenbezoeken 'hondgerelateerde omgevingsgerichtheid'. Het cluster bewustzijnstoestand is niet meegenomen in de analyse aangezien hier geen variatie in te vinden was. Om te kijken of er een verschil is in totaalscores op positief en negatief omgevingsgerichtheid is een Wilcoxon test

uitgevoerd. Voor het verschil in welbevinden bij de activiteiten (hypothese 2b) is per activiteit een gemiddelde gemaakt van de VAS scores vóór en na de activiteit. Ook hier is een Wilcoxon uitgevoerd om te zien of het verschil significant is.

Voor het verschil tussen de activiteit in zichtbaar gedrag (hypothese 2c) is er per cluster een gemiddelde berekend van SGL scores per activiteit voor alle meetmomenten samen. Er is een Kruskal Wallis uitgevoerd om een verschil aan te tonen en een Mann-Whitney om te kijken waar het verschil zich bevindt. Voor het verschil tussen activiteiten onderling in welbevinden (2d) zijn gemiddelde gemaakt van de vóór en na scores op de VAS. Ook hier is het gemiddelde genomen van alle meetmomenten samen per activiteit. Bovendien is er een verschilscore van de VAS berekend. Tevens is Kruskal-Wallis test uitgevoerd teneinde verschil aan te tonen. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 16.0. en versie 17.0.

Resultaten

Verwacht werd dat het welbevinden in het algemeen zal verbeteren met de tijd. Huidig onderzoek heeft zich gericht op de effecten van verschillende activiteiten op het welbevinden. Bij hypothese 1 werd gekeken naar het welbevinden vanuit vier deelhypothesen; algemeen dagelijks functioneren (1a), depressieve symptomen (1b), subjectief welbevinden (1c), omgevingsfactoren (1d). Er werd verbetering verwacht op het niveau van ADL functioneren (1a). Echter bleek de voor- en nameting niet significant van elkaar te verschillen, $p > 0.05$. Bij hypothese 1b werd verwacht dat depressieve symptomen zullen afnemen. De uitslagen op de Wilcoxon test op de MADRS ($Z: -2.74, p < 0.01$) bevestigen dit. In de tabel zijn de beschrijvende gegevens te zien.

Tabel 1: *Gemiddelde en Standaarddeviatie gescoord op de MADRS*

	Gem	SD
MADRS voor	10,7	9,8
MADRS na	5,3	4,3

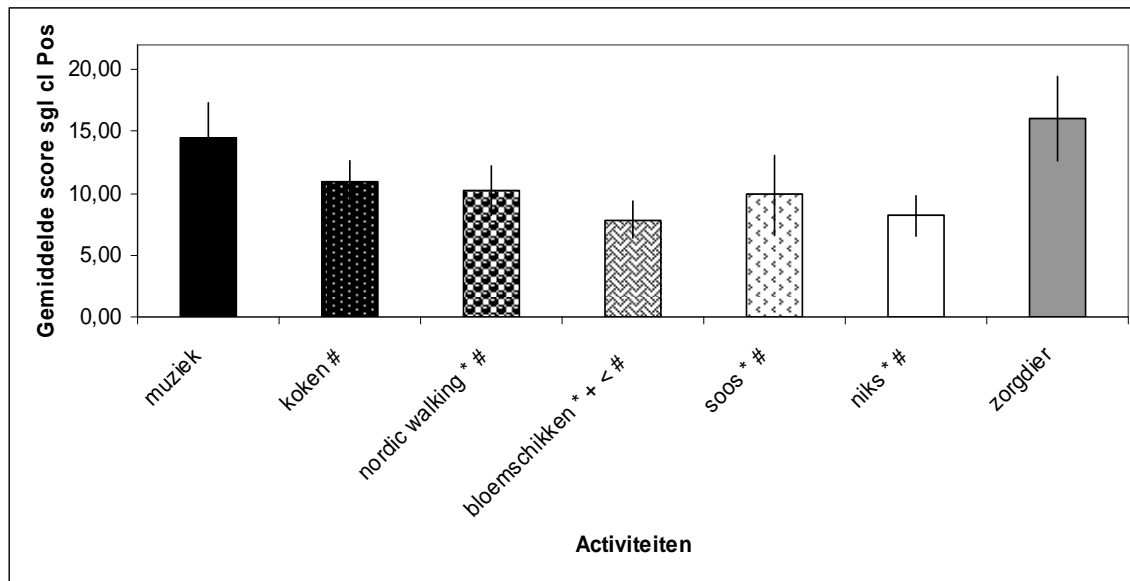
Het subjectief welbevinden (1c) werd gemeten met de VAS voor- en nameting. Uit de wilcoxon tests bleken echter de VAS voor- en nametingen per vraag niet van elkaar te verschillen, alle p-waarden waren niet significant, $p > 0.05$. Verder werd verwacht dat de activiteiten zorgde voor verbetering van de omgevingsfactoren (1d). Dit kan deels worden bevestigd. Uit de resultaten van de MADRS bleek wel een daling van depressie/emotionele problemen. Er werd echter geen verbetering gevonden in de kwaliteit van leven bij patiënten (VAS scores). Wel kan uit de kwalitatieve gegevens worden opgemaakt dat vooral de zorgdierteambezoeken ertoe bijdragen dat mensen zich meer thuis voelen (zie onderstaande observaties/interviews).

In de tweede hypothese (onderverdeeld in vier deelhypothesen) werd verondersteld dat de activiteiten niet met elkaar verschillen. Verwacht werd dat positief gedrag zal toenemen en negatief gedrag zal afnemen (2a). Dit werd niet gevonden uit de resultaten. Uit de Wilcoxon signed rank test bleek zowel de positieve als de negatieve gedragscores tussen de laatste meting en beginmeting niet met elkaar te verschillen, $p > 0.05$. Dit werd voor alle activiteiten gevonden. Opvallend is dat er inderdaad geen verschil werd gevonden tussen activiteiten, maar niet met de beoogde verbetering van welbevinden.

Ook werd verwacht dat de persoon zich beter zal voelen na de activiteit (2b). Gedeeltelijk bleken de scores op de VAS meting niet te verschillen bij de Wilcoxon test, $p > 0.05$. Echter bij de voormeting VAS muziek werd wel een significant verschil gevonden tussen meting 3 en 1, $p = 0.04$ (vasv1: $M;6.16, SD 3.77$ en asv3 $M;8.25, SD 2.41$). Dit betekent dat mensen bij de derde meting, op

het moment van aanvang van de activiteit muziek beter voelen dan bij het aanvang van de eerste muziekmeting van het onderzoek.

Verwacht werd dat de activiteiten niet verschillen in gemiddelde scores op de gedragslijst (2c) in de clusters positief omgevingsgericht en negatief omgevingsgericht. Deze hypothese kan deels worden bevestigd. De negatieve gedragingen bleken namelijk niet te verschillen. Voor de positieve gedragingen echter werd met de Kruskal Wallis aangetoond dat de activiteiten wel met elkaar verschillen, $p = < 0.05$ (zie grafiek 1).



Grafiek 1. Gemiddelde scores op de positieve gedragscluster van de SGL uitgezet per activiteit met bijbehorende SD foutbalken. Sig. verschil met Muziek: *, Zorgdier: #, Koken: +, Nordic Walking: <.

In tabel 2 is te zien waar zich significante verschillen bevinden en hoe groot deze verschillen zijn. Hieruit is op te maken dat de patiënten meer positief gedrag vertonen tijdens de activiteiten muziek en zorgdier. Daarbij is het verschil tussen de activiteiten Muziek en Zorgdier niet significant. Wel bleek er een verschil te zijn tussen koken en bloemschikken, waarbij de participanten hoger scoorden bij koken. Ook vertoonden de patiënten meer positief gedrag tijdens Nordic walking dan bij het Bloemschikken. Bovendien is te zien dat patiënten die ‘niks’ doen (geen activiteit) evenveel scoren als bij bloemschikken. Tevens is uit tabel te zien dat de effectsizes uiteenlopen van 0.6 tot 0.8. Dit geven van gemiddelde tot grote effecten aan. Het verschil tussen zorgdier en bloemschikken gaf het grootste effect aan.

Tabel 2: Significante verschillen tussen activiteiten met verschillcores (verschil tussen gemiddelden) met effect sizes en z-scores Afkorting NW: Nordic walking, Bs: Bloemsschikken.

Activiteiten	Verschilscore	Z- score	Effect size
Muziek – Nw	4,2	-2.109	-0,636
Muziek – Bs	6,6	-2.936	-0,814
Muziek –Soos	4,6	-2.204	-0,636
Muziek- Niks	6,3	-2.249	-0,795
Koken – Bs	3,2	-2.722	-0,786
Nw – Bs	2,4	-2.334	-0,624
Zorgdier- Koken	5,1	-2.378	-0,686
Zorgdier- NW	5,9	-2.582	-0,690
Zorgdier- BS	8,2	-3.363	-0,841
Zorgdier- So	6,2	-2.666	-0,688
Zorgdier- Niks	7,9	-2.449	-0,738

De laatste hypothese (2d) was dat de gemiddelde VAS metingen voor en na de activiteit niet zouden verschillen bij alle activiteiten. Dit werd bevestigd door de resultaten, $p > 0.05$. De gemiddelde VAS score voor en na de activiteit waren niet significant en daarbij bleek de verschilscore van de VAS ook niet te verschillen. Aldus bleek er geen verbetering te zijn in het welbevinden van de patiënt bij een activiteit, dit gold voor alle activiteiten. Zo blijft de subjectieve beleving gedurende alle activiteiten op dat moment hetzelfde.

Observaties/interviews

Onderstaande kwalitatieve gegevens zijn door middel van observaties en interviews tot stand gekomen. Doordat de onderzoekers aanwezig waren bij de activiteiten en op de verschillende afdelingen, zijn deze observaties meegenomen in dit onderzoek. De observaties en de uitkomsten uit de vragenlijsten/interviews zijn geanalyseerd aan de hand van het boek ‘kwalitatief onderzoek’ van Baarda, Goede & Teunissen (1997). Vervolgens zijn deze gegevens gestructureerd door het opstellen van een aantal thema’s. Deze zijn zodanig dat de verschillen en overeenkomsten van activiteiten

worden beschreven. Per activiteit is bekeken in hoeverre deze invloed heeft op het welbevinden van de patient. Hieronder staan achtereenvolgens thema's die aangeven waarin activiteiten van elkaar verschillen of overeenkomen. Ook worden situaties beschreven die tijdens het onderzoek opvallend waren en zijn er suggesties ter verbetering van het activiteiten aanbod.

Variatie tussen activiteiten.

Bij muziektherapie wordt er gezongen en muziek geluisterd. Daarbij hoort zingen tot de positieve gedragscluster en wordt gezien als een interactie met de omgeving. Bij bloemschikken spreken de handen, de patiënten leren een vaardigheid. Dit gebeurt ook bij koken, er moet gesneden/gebraden en afgewassen worden en daarna kon er gegeten worden. Bij de soos zijn de patiënten juist met hun hoofd bezig. De vragen werden individueel doorgenomen (soms met hulp) en werden daarna klassikaal behandeld. Nordic walking houdt lichamelijke beweging in de natuur in. Ook de zorgdier activiteit was anders, vanwege de hond die op de afdeling kwam. De hond deed kunstjes en mensen mochten hem aaien. De verschillen per activiteit maakte het zorgprogramma voor de patiënt wel afwisselend. Er is echter na verloop van tijd sprake van verveling. Ook omdat de patiënten verschillen in interesses en behoeftes. Wel zijn de patiënten over het algemeen tevreden over het aanbod aan activiteiten. Wanneer er wordt gekeken naar sociale interactie tussen patiënten verschilden dit wel bij bepaalde activiteiten. Bij bloemschikken waren de patiënten veel bezig met hun eigen bloemstukje, terwijl bij het koken de patiënten meer moesten samenwerken. Ook de soos kent een individuele aanpak, waarbij wel de opdrachten samen worden nabesproken. Bij nordic walking zag men verschil per patiënt. Er waren mensen die wel met elkaar wilden wandelen, maar ook waren er patiënten die liever geen gezelschap hadden tijdens het lopen. Bij de activiteit muziek zorgde het zingen voor een gevoel van saamhorigheid. Bij zorgdier was er vooral sociale interactie met de hond en vertelden de patiënten over hun eigen (huis)dieren (zie fragment 1).

Fragment 1: 'Leuk die hond op de afdeling! Is ook weer een keer wat anders, blijft hij ook een nachtje slapen? Vroeger had ik ook een hondje, hij was zo lief.'

Variatie in deelname

Tijdens het onderzoek ontstond er verschil in participatie van de patiënten. Zoals genoemd zijn er open en gesloten afdelingen, waarbij de gesloten afdelingen verdeeld zijn in een psychogeriatrische patiëntengroep en een gerontopsychiatrische groep. De andere twee open afdelingen, waarbij de één een afdeling is voor voorbereiding op vertrek (afdeling 3) en de ander een afdeling voor langdurige behandeling (afdeling 4). Er is gebleken dat vooral de patiënten van afdeling 3 mee wilden doen aan het onderzoek. De patiënten op de afdeling voor voortgezette behandeling bleken niet vaak mee te doen met dezelfde activiteiten (Bloemschikken, Soos en Zorgdier), of wilden geen toestemming geven tot afname van vragenlijsten. De mensen op de gesloten afdeling bleken het minst toegankelijk om mee te willen doen aan het onderzoek. Dit werd vooral duidelijk bij het toestemming verkrijgen.

Mensen op de gesloten afdeling in Ermelo gingen akkoord met observaties, maar niet met toestemming voor de vragenlijsten. Daarbij hebben, na een lange kennismakingsperiode, er 5 mensen meegedaan aan het onderzoek in Lelystad op de gesloten afdeling. Deze patiënten deden alleen mee aan de activiteit muziek.

Variatie in Motivatie

Opvallend was dat de motivatie van patiënten van belang was om mee te willen doen aan de activiteiten. Ook hangt deelname aan activiteiten af aan de motivatie van de verpleging, activiteitenbegeleider(s) en vrijwilligers. Voor de activiteiten is er geen verplichte deelname. Verpleging, activiteitenbegeleider en vrijwilliger kunnen wel motiveren en enthousiast maken, maar kunnen de patiënt er niet toe dwingen mee te doen. De verpleging en activiteitenbegeleiders zien het vaak als hun taak om te motiveren en door te vragen bij twijfel, de vrijwilliger echter niet. De vrijwilliger heeft meer vrijheid dan de professionals en is niet gebonden aan het gegeven of alle bewoners meedoen of niet. Ook bij de werknemers is er verschil in de mate van motivering van patiënten. Doordat elke professional/ vrijwilliger zijn eigen ideeën heeft over het motiveren van patiënten, kunnen er communicatie problemen en ergernissen ontstaan. Dit wordt nog duidelijker zichtbaar als er al moeilijkheden in de communicatie zijn of als de structuur van de dagindeling van patiënten hierdoor in geding komt. Dit kwam onder anderen naar voren toen er twee activiteiten tegelijk gepland werden (de Soos en het Zorgdier). De activiteitenbegeleider evenals de vrijwilliger vinden het enerzijds vervelend dat de patiënten moeten kiezen, maar willen anderzijds zoveel mogelijk mensen bij hun activiteit. De patiënten zitten hier midden in. Ook is het voor gekomen dat afspraken uitvielen doordat vrijwilligers niet kwamen opdagen. Wanneer dit niet gecommuniceerd wordt tussen professionals, vrijwilligers, patiënten en onderzoekers, zal dit kunnen leiden tot ergernissen en het afnemen van motivatie. Verwarring is een grote factor voor demotivatie gebleken. Ook het niet duidelijk maken van afspraken tijdens de activiteit kan hier aan bijdragen. Zo leidde het niet duidelijk aangeven hoeveel nummers de patiënten zelf mochten aandragen tijdens muziek tot een verminderde sfeer in de groep, en tot het niet meer deelnemen van één van de patiënten.

Variatie in Structuur

Uit de open interviews van de werknemers is gebleken dat de activiteiten erg belangrijk worden gevonden en structuur geven in een vaak chaotische week. Het draagt bij aan de meewerking van patiënten. Er is gebleken dat alle activiteiten een duidelijke structuur hadden. De activiteiten waren steeds op dezelfde manier opgebouwd, waardoor de patiënten wisten wat er precies op het programma stond. Een voorbeeld is dat bij de activiteit 'soos' eerst werd begonnen met het drinken van een kopje koffie en vervolgens een oefening werd gedaan op papier. Wanneer de patiënten weet wat ze moeten doen zorgt dat voor meer rust en houvast. De patiënt krijgt hierdoor minder prikkels, en duidelijkheid in de dagelijkse dingen. Ook zorgt structuur voor herkenning en veiligheid. Tevens worden de activiteiten door de patiënten gezien als een stukje tijdverdrijf, en als zodanig ook als waardevol (zie fragment 2)

Fragment 2: 'Ik vind het fijn dat de activiteiten er zijn. Anders zit ik me hier toch maar te vervelen en zit je een beetje met jezelf in de knoop. Je moet toch wat doen op zo'n dag.'

Als voorbeeld kwam naar voren dat tijdens de activiteit koken een andere afspraak was gemaakt voor een aantal patiënten. Deze afspraak was geheel onverwachts en niet vooraf gecommuniceerd. De patiënten werden teruggehaald net toen ze op het punt stonden om naar de activiteit te gaan. Voor de overige patiënten die wel naar koken gingen, was dit verwarrend. Zij wisten niet precies waar de anderen naar toe moesten en dit werd niet duidelijk gemaakt. Zo bleef er een kleine groep over voor de activiteit koken, die minder gemotiveerd waren en de activiteit als minder leuk en belangrijk vonden. Communicatie is hierin van belang. Wanneer er geen duidelijke afspraken worden gemaakt, kan er verwarring ontstaan, wat de motivatie van patiënten niet ten goede komt. Natuurlijk wordt het behouden van structuur gedurende de week verstoord door andere afspraken die 'tussendoor' moeten. Wanneer hier echter goed over gecommuniceerd wordt, kan dit tot meer begrip leiden voor de patiënt.

Variatie in Groep versus individueel aanbod

De instelling dient een afweging te maken tussen het aanbieden van activiteiten in groepsverband dan wel individueel. Bij een aantal activiteiten vinden de patiënten het groepsverband iets toevoegen, zoals bij de Soos, het koken en het Nordic-walking. Hier zorgt het groepsverband voor extra gezelligheid en een gevoel ergens bij te horen. Bij andere activiteiten geven patiënten de voorkeur aan een kleine groep of individueel. Dit was vooral het geval bij het zorgdier. Patiënten willen graag vooral dicht bij het dier zijn, het dier aanraken en het dier bij zich houden. In een grote groep is dit echter onmogelijk. De patiënten zouden het fijn vinden als deze activiteit individueel plaats zou vinden.

Variatie in vormgeving van activiteiten

De patiënten geven aan dat een aantal activiteiten anders vorm gegeven kunnen worden. Zo vonden ze het keukentje voor het koken erg klein om in te werken. Ook kon er bij het koken wel meer variatie bij, de handelingen waren steeds hetzelfde en de groep was te klein. De kas bij het bloemschikken vinden de meeste patiënten te ver weg. Ze zouden graag zien dat hier een busje naar toe zou rijden, zodat ze niet hoeven op te zien tegen de wandeling en zich alleen kunnen richten op de activiteit. Verder kwam naar voren dat de patiënten steeds sneller een bloemstukje konden afmaken. Dit tot ongenoegen van de nieuwelingen die er iets meer de tijd voor wilden nemen. Wel werd er veel gevarieerd in het maken van bloemstukjes. Bij de Soos vonden de patiënten sommige opgaven te lastig. Dit zorgde ervoor dat mensen vroegtijdig afhaken, iets anders gaan doen of gedemotiveerd raken. Anderen vonden de opdrachten juist te makkelijk. Hieruit bleek dat het niveau van de patiënten deels samenhangt met de afdeling waarop de patiënt verblijft. Patiënten van de open afdeling voorbereiding op vertrek (3) hadden vaak een hoger niveau dan de patiënten op de gesloten afdeling. Ook werd door de patiënten aangegeven dat ze meer variatie in het gehele programma zouden willen,

waarin ze zelf ook konden meebeslissen. Patiënten gaven aan dat ze bijvoorbeeld zouden willen fietsen, bowlen of tuinieren. Dit zijn ‘normale’ activiteiten, zie fragment 3.

Fragment 3: ‘Tja.. wat zou ik anders willen..? Ik weet niet, ik vind het wel goed zo hoor..O eigenlijk zou ik wel eens gewoon lekker buiten fietsen. Dat zou ik nou eens heerlijk vinden! Maar ja, dat kan natuurlijk niet zo makkelijk.’

Ook bij de zorgdieractiviteit was er meer vraag naar variatie. Na een paar keer de hond te hebben gezien vonden de patiënten het niet meer zo spannend en duurde het bezoek van 1 uur te lang. De patiënten vonden het steeds van hetzelfde en gaven aan dat het niet zo actief was. Alleen maar kijken naar een hond was niet genoeg. Ze zouden bijvoorbeeld liever zelf de hond willen verzorgen zoals: Eten geven, wassen of uitlaten. Hierdoor voelt de patiënt zich meer betrokken, behulpzaam en nuttig. Het zorgdierbezoek vond plaats op afdeling 4. Op afdeling 3 was men gestopt met de dierbezoeken, vanwege gebrek aan interesse bij de patiënten.

Taak Verpleging/medewerkers

Wanneer een patiënt aangeeft niet naar de activiteit te willen gaan, proberen de activiteitenbegeleiders en verpleging hem/haar over te halen. De verpleging gaf aan dat het soms lastig is om patiënten te moeten motiveren. Dit behoort ook tot een van de taken als verpleger. Ook de activiteitenbegeleiders geven aan dat ze de activiteiten voor de patiënt liever als verplicht willen stellen. Nu ligt de keuze uiteindelijk bij de patiënt om wel of niet te gaan. De activiteiten worden wel aangeraden en behoren tot het zorgplan, maar het zou strenger kunnen. Vooral voor depressieve mensen is dit van belang. Deze doelgroep zal moeilijk uit zichzelf activiteiten ondernemen.

Over het algemeen vinden de werknemers de activiteiten voldoende. Er zou echter meer naar de behoeftes/wensen per patiënt geluisterd/gevraagd kunnen worden, waardoor er aanpassingen gedaan kunnen worden in het zorgplan. Dit blijft lastig, omdat het logistiek moeilijk is om te kijken naar mogelijkheden voor één persoon. Daarom worden activiteiten altijd in groepen gedaan en is er geen variatie hierin per week, wat het voor de patiënten die langer opgenomen zijn minder leuk maakt. Er moet echter ook een afweging gemaakt worden in mate van plezier tijdens de opname periode (zie fragment 4). Nog een suggestie vanuit de verpleging is dat activiteiten wat actiever konden voor de mobielere patiënten.

Fragment 4: ‘Patiënten zitten hier natuurlijk niet voor niets, het moet ook niet te gezellig worden. Kijk maar naar de huiskamers, ze zien er warm en tegelijkertijd een beetje kil uit. Patiënten zijn hier om beter te worden. Maar ze moeten wel het idee hebben om naar huis te willen, anders wordt het een soort van opvanghuis.’

Welzijndimensies

Dit onderzoek werd aan de hand van de welzijndimensies uitgevoerd. Uit de observaties en gesprekken tijdens het onderzoek kwam naar voren:

Fysiek/fysiologisch welzijn: Bij nordic walking was lichamelijk beweging een van de hoofddoelen van de activiteit. Patiënten wandelden en werden geholpen met het gebruiken van de stokken. Er was na verloop van tijd verbetering te zien in de soepelheid van de bewegingen van de patiënten. Niet alleen fysieke beweging is van belang, ook het letten op de voeding is kenmerkend voor het welzijn. Patiënten vonden koken leerzaam met betrekking tot het eten van gezond voedsel. Toch waren er niet veel veranderingen merkbaar met betrekking tot subjectief welzijn tijdens gesprekken met patiënten.

Emotioneel en psychologisch welzijn: Deze dimensie omvat eigenwaarde, hoe we onszelf zien en het hebben van gezonde emotionele relaties. Uit gesprekken met patiënten overheerst een negatief zelfbeeld. Ze zijn niet tevreden met zichzelf en vinden het moeilijk om daarmee om te gaan. Ook bleken patiënten een negatief toekomstbeeld te hebben.

Sociaal welzijn: Uit de gesprekken en observaties ontstaat een verschillend beeld over het sociaal welzijn van de patiënten. Naarmate de patiënten langer verbleven op een afdeling, werd al snel contact gelegd. De patiënten gingen relaties met elkaar aan, wat zorgde voor ondersteuning bij hun zorgtraject. Verder kregen mensen meer begrip voor elkaar en werden de patiënten aangespoord door de medewerkers om goed te blijven communiceren. Voor een aantal was het toch moeilijk om open te zijn en bevredigende inter-persoonlijke relaties aan te gaan, wanneer ze zelf moeite hebben met hun ziekte en/of stoornis.

Omgevingsfactoren worden ook wel aangeduid als de kwaliteit van de omgeving. Uit de gesprekken met patiënten valt op dat bij de hondenbezoeken herinneringen naar boven kwamen. Patiënten die zelf een hond hebben/ gehad krijgen meer de neiging om hierover te praten. De warme herinneringen aan 'thuis' kan soms overweldigend zijn en patiënten ontroeren. Ook bij de werknemers ontstaan tijdens het dierbezoek gesprekken over honden. Zo creëert de hond als het ware een huiselijke sfeer. De hondenbezoeken vonden plaats in de woonkamer op de afdeling. De andere activiteiten vonden in het activiteiten centrum, bloemkas of buiten plaats. Hier waren voldoende hulpmiddelen beschikbaar om activiteiten te ondernemen. Patiënten gaven ook aan dat ze Nordic walking leuk vonden, omdat ze dan de mogelijkheid hadden om buiten in de natuur te lopen, wat zorgde voor een positieve sfeer.

Opvallend was het grote verschil in leefomgeving tussen de patiënten in Lelystad en Ermelo. In Ermelo was het gebouw vernieuwd en oogde groter door de bredere gangen en grotere huiskamers. Het gebouw (meerzicht) in Lelystad voelde bedrukkend aan. In Ermelo hadden patiënten meer ruimte en waren de kamers en gangen aanzienlijk ruimer ingedeeld. Ook de bomenrijke natuurlijke omgeving

in Ermelo draagt hieraan bij, daar waar in Lelystad geen boom te vinden is. Tevens wordt in Lelystad gebruik gemaakt van sleutels om kamers e.d. te kunnen openen. In Ermelo wordt echter gebruik gemaakt van een pasjes systeem. Dit draagt bij aan een gemoedelijker sfeer, omdat het horen rinkelen van sleutels niet bevorderlijk is voor het ‘thuisgevoel’.

Gedrag: Tijdens de activiteiten kwam naar voren dat de patiënten op hun manier plezier hebben in wat ze deden. Dit verschilde van ‘met veel mensen praten’ tot ‘rustig voor jezelf werken’. Wanneer de onderzoekers hen observeerden waren er nauwelijks veranderingen in gedrag te ontdekken. Sommige patiënten gaven wel aan dat het beter ging naarmate het onderzoek vorderde, maar dat verschilde per dag. Toch waren sommige patiënten in de omgang veranderd. Na verloop van tijd lachten ze meer en waren meer open naar anderen toe. Ook werden er meer grappen gemaakt.

Aanwezigheid onderzoekers

Ten slotte bleek ook de aanwezigheid van ons, als onderzoekers, effect te hebben op de patiënten. De aandacht op zich die wij geven zorgt in sommige gevallen al voor een verbeterde stemming bij de patiënten. Dit werd vooral duidelijk bij de gesloten afdelingen in Lelystad tijdens muziek (zie fragment).

Fragment 5: ‘Hey! Daar zijn de studenten weer, komen jullie nu helemaal vanuit Utrecht? Hoe zijn jullie gekomen, met de trein?..Gaan jullie weer mee met muziek? Leuk hoor! Ik heb al een aantal cd’s meegenomen, moet je kijken!’

Het feit dat je als onderzoeker niet tot het personeel van de instelling behoort, zorgt er echter ook voor dat de patiënten het lastig vinden je te vertrouwen. Het inpassen van een kennismakingsperiode voorafgaand aan toestemming heeft voor meer vertrouwen gezorgd. Vooral bij patiënten die binnenkwamen na de kennismakingperiode bleek het lastig om toestemming te krijgen. Bij deze patiënten word deelname aan het onderzoek vergroot als medebewoners wel toestemming hebben gegeven.

Discussie kwalitatieve gegevens

Tijdens het onderzoek is gebleken dat sommige patiënten niet mee wilden doen met het onderzoek. Vooral de patiënten op de gesloten afdelingen zijn minder toegankelijk en daarom kostte het meer moeite om hun vertrouwen te winnen. Ook is verwarring een grote factor van demotivatie gebleken. Wanneer afspraken niet duidelijk zijn, of niet worden nagekomen, nemen de patiënten de activiteiten niet meer serieus en raken gedemotiveerd. Toch worden de activiteiten gedurende de week erg belangrijk gevonden. Het zorgt voor structuur in de week en bevordert houvast, rust en veiligheid. De activiteiten worden zo aangeraden en behoren tot het zorgplan. De werknemers zouden echter graag willen dat de activiteiten als verplicht worden gezien. Ze zouden hier strenger mee om moeten gaan, maar het blijft lastig om dit te eisen voor zowel de werknemers als patiënten. Uit de voorgaande

gegevens is op te maken dat de patiënten over het algemeen tevreden zijn over het aanbod van de activiteiten. Toch geven een aantal patiënten aan dat sommige activiteiten anders vormgegeven kunnen worden. Zo verschilt per patiënt de voorkeur om in een kleine groep of individueel een activiteit te doen. Dit was vooral het geval bij de activiteit zorgdier. Ook bleek sommige opgaven bij de ‘soos’ te lastig en was er meer vraag naar variatie bij verscheidene activiteiten.

Mede door steeds dezelfde activiteiten per week op het programma te zetten, ontstaat er een vorm van herkenning. Maar na verloop van tijd kan er sprake zijn van verveling. Vooral omdat de patiënten verschillen in interesses en behoeftes. Hiernaar zou meer geluisterd kunnen worden, waardoor een meer persoonsgerichte benadering ontstaat. Wanneer men kijkt naar de kwaliteit van de omgeving, kan men een positief beeld schetsen. Er zijn goede mogelijkheden om activiteiten uit te voeren met de beschikbare hulpmiddelen. Echter er was een groot verschil in leefomgeving tussen de patiënten in Lelystad en Ermelo. In Ermelo hadden patiënten meer ruimte en waren de kamers en gangen aanzienlijk ruimer ingedeeld. Ook de ligging van de instelling in Ermelo middenin de bossen en de natuur, draagt positief bij aan de leefomgeving.

Eveneens bleek aanwezigheid van de onderzoeker een effect te hebben op de motivatie van de patiënten. Patiënten kregen meer aandacht van de onderzoekers, wat soms zorgde voor een verbeterde stemming bij de patiënten. Toch blijft het als onderzoeker (buitenstaander) lastig om volledig vertrouwen te krijgen van de patiënt. Deze doelgroep met psychische problemen vraagt dan ook om een lange kennismakingsperiode en een rustige aanpak bij het benaderen voor deelname aan het onderzoek. Zo wordt voorkomen dat de patiënt zich niet overvallen voelt en begrip krijgt voor het werk van jou als onderzoeker.

Conclusie kwantitatieve en kwalitatieve gegevens

Uit de MADRS bleek dat de ernst van een verloop van een depressie verminderd te zijn bij de meeste patiënten. Geconcludeerd kan worden dat het welzijn van de patiënten gedeeltelijk is verbeterd. Bij de kwaliteit van leven (VAS) en algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) is echter geen verbetering aangetoond. Ook tijdens gesprekken en observaties van patiënten waren niet veel verschillen merkbaar in cognities, gedrag en emoties. Voor de patiënt blijft het moeilijk om open te zijn en bevredigende inter-persoonlijke relaties aan te gaan, wanneer ze zelf moeite hebben met hun ziekte/stoornis. Ze zijn niet tevreden met zichzelf en hebben een negatief toekomstbeeld. Toch waren sommige patiënten in de omgang veranderd. Dit was te merken aan de manier van (non) verbale communicatie. Patiënten praatten meer met elkaar en lachten vaker. Dit verschilde per persoon, want niet elke patiënt wilde meer openlijk communiceren. Wel zijn tijdens het doen van de activiteit verschillen gebleken in gedrag tussen activiteiten. Zo kan geconcludeerd worden dat de hypothesen gedeeltelijk worden bevestigd. Er werd geen ondersteuning gevonden voor verbetering van het fysieke en subjectief welbevinden. Echter bleek de depressieve symptomen wel afgenomen te zijn. Ook bleken de activiteiten niet te verschillen in de mate van welbevinden. Toch zijn er wel verschillen aangetoond in het vertonen van gedrag gedurende de activiteit, waarbij de patiënten tijdens de activiteiten muziek

en zorgdier meer positief gedrag lieten zien. Aldus is een minimale bijdrage van de activiteiten aan het welbevinden gemeten. Ook gedurende de observaties kan worden bevestigd dat er kleine veranderingen zichtbaar zijn, maar die worden niet als zodanig opgemerkt door de patiënt zelf.

Discussie

De vragen die ten grondslag liggen aan het huidige onderzoek waren: Verbetert het welbevinden van gerontopsychiatrische ouderen met de tijd? Verschillen reguliere activiteiten en zorgdierteambezoeken in de effecten die ze hebben op welbevinden en sociaal gedrag?

Het onderzoek heeft zich gericht op de verbetering van het welbevinden en het verschil tussen de effecten van de activiteiten hierin. Verwacht werd dat het algehele welbevinden zal verbeteren bij de patiënten met de tijd (hypothese 1). Hierbij werd verwacht dat ADL functioneren zal toenemen (hypothese 1a). Dit was niet het geval. Verklarend kan zijn dat de patiënten vanaf het begin van het onderzoek al hoog scoorden op de ADL. Er was niet veel verbetering mogelijk, aangezien ze al aan hun top van hun kunnen zaten.

Hypothese 1b veronderstelde dat depressieve symptomen zouden afnemen. Dit bleek ook het geval te zijn. Echter hypothese 1c kan niet worden aangenomen. Hierin is verondersteld dat het subjectief welbevinden zal verbeteren met de tijd. Tegen de verwachting in gaven de patiënten aan dat ze geen veranderingen ondervonden in lichamelijk, psychisch, sociaal en emotioneel welbevinden. Een van de verklaringen kan zijn, dat dit het gevolg is van momentopname.

Verder werd verwacht dat de activiteiten zorgden voor verbetering van de omgevingsfactoren (hypothese 1d). Dit kan deels worden bevestigd. Er werd geen verbetering gevonden in het subjectief welbevinden, echter namen depressieve symptomen wel af. Uit de kwalitatieve gegevens kan worden opgemaakt dat vooral de zorgdierteambezoeken ertoe bijdragen dat mensen zich meer thuis voelen (de-institutionalistatie).

Als tweede hypothese is verondersteld dat er geen verschil is in effecten tussen dierondersteunde activiteiten en reguliere activiteiten. Dit omdat alle activiteiten positieve effecten zullen hebben op het welbevinden van de patiënten. Inderdaad bleken activiteiten vaak niet te verschillen, er werd echter geen verbetering van waarneembaar gedrag en welbevinden gevonden. Tegen de verwachting in (hypothese 2a) namen de geobserveerde positieve gedragingen niet toe en negatieve gedragingen niet af. Ook voelde de persoon zich niet beter na de activiteit (hypothese 2b). Wel werd er een verschil gevonden tussen meting 3 en 1 van Muziek. Hieruit bleek dat mensen bij de derde meting, op het moment van aanvang van de activiteit van muziek zich beter voelen dan bij de aanvang van de eerste muziekmeting. Verklarend hiervoor kan zijn de aanwezigheid van de onderzoekers. In Lelystad waren de onderzoekers alleen bij de activiteit muziek aanwezig en niet bij de overige activiteiten, zoals in Ermelo. Deze extra aandacht werd door de patiënt als positief ervaren.

Ook is verondersteld dat de activiteiten niet zouden verschillen van elkaar met betrekking tot gedrag (hypothese 2c). Deze hypothese kan deels worden bevestigd. Voor de cluster negatief

omgevingsgericht werden geen verschillen aangetoond tussen de activiteiten, de positieve gedragingen verschilden echter wel. Hierin kwam naar voren dat tijdens de activiteiten muziek en zorgdier de patiënten meer positieve gedragingen vertoonden dan bij de andere activiteiten. Zo wordt er bijvoorbeeld meer gepraat, gelachen en geknikt tijdens deze twee activiteiten.

Als laatste hypothese (2d) is verondersteld dat de activiteiten niet zouden verschillen in de mate van het welbevinden van de patiënt. In dit onderzoek bleek dat de welbevinden score vóór en na de activiteit niet verschilden bij alle activiteiten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er geen verschil is in de mate van welbevinden tussen de activiteiten onderling.

Uit de observaties, gesprekken en interviews blijkt dat patiënten in gedrag, cognities en emoties niet verschilden naarmate het onderzoek vorderde. Wanneer men kijkt vanuit verschillende welzijnsdimensies van Miller (2010) waren sommige patiënten wel in de omgang veranderd, ze praatten meer met elkaar en lachten vaker. Echter waren de veranderingen minimaal. Bovendien blijft het voor de patiënt moeilijk om open te zijn en bevredigende inter-persoonlijke relaties aan te gaan (sociaal dimensie). Uit dit onderzoek blijkt dat het welbevinden minder verbetert dan verwacht. Alleen de depressieve symptomen waren afgenomen. Opvallend was dat patiënten niet aangeven zich lichamelijk, psychologisch en sociaal beter te voelen na verloop van tijd. Verklaring hiervoor kan zijn dat de gebruikte meetinstrumenten een beperkte gevoeligheid hebben. Daarbij moet men rekening houden met depressieve ouderen, die wellicht moeite hebben met het uiten van 'positieve' gevoelens. Wel bleven de patiënten aanwezig bij elke activiteit en zijn de patiënten over het algemeen tevreden over het aanbod van de activiteiten. Tevens kunnen andere factoren zoals: therapie, omgeving, voedsel, medicijnen, familiebezoeken en de patiënt zelf wellicht een groter aandeel leveren aan het welzijn van de patiënt. Het meedoen aan activiteiten geeft structuur en bevordert hierdoor houvast, rust en veiligheid. Ook worden de activiteiten als belangrijk ervaren door medewerkers en patiënten. Wanneer gemaakte afspraken echter niet worden nagekomen of niet duidelijk zijn, worden de activiteiten niet meer serieus genomen door de patiënten en raken ze gedemotiveerd. Ook geven een aantal patiënten aan dat sommige activiteiten anders vormgegeven kunnen worden. Er is vraag naar meer variatie, aangezien elke week hetzelfde programma wordt aangeboden.

Suija (2009) vond dat een activiteit alleen een positief verband heeft met welzijn als deze gevolgd wordt om sociale redenen. Als de activiteit echter gevolgd wordt om de tijd door te komen is er een negatief verband. In dit onderzoek verschillen de activiteiten ook in sociaal opzicht. Bij bloemschikken bijvoorbeeld zitten mensen aan tafel en maken ieder voor zich een bloemstukje. De activiteiten zijn in groepsverband maar de handelingen zijn niet sociaal gericht en staan op zichzelf. Aldus is de vraag of bepaalde activiteiten wel sociaal betrokken en functioneel genoeg zijn voor de patiënt. Dit kan ook verklaren waarom activiteiten niet de gewenste verandering van welbevinden teweeg heeft gebracht. Wel zijn depressieve symptomen afgenomen en ziet men tijdens de activiteiten muziek en zorgdier meer positieve gedragingen. Wellicht kan dit betekenen dat de patiënt zelf niet aangeeft zich beter te voelen, maar dit wel onbewust uit in positief gedrag.

AA interventies worden meestal uitgevoerd op vrijwillige basis door mensen en dieren/honden, die een inleidende opleiding en voorbereiding ontvangen. Dit vergt meer tijd en moeite voor de vrijwilligers. Zo ook een betere structuur en het meer verplichten en belangrijk maken van een bepaalde activiteit kan ertoe bijdragen dat de patiënt de activiteit meer gaat waarderen. Tevens heeft variatie in en tussen de activiteiten een belangrijk aandeel in de motivatie van de patiënt. Een persoonsgerichte benadering heeft hierbij de voorkeur. Een uitgangspunt kan zijn de belevingsgerichte zorg. Hierbij wordt zowel de patiënt als de omgeving betrokken bij de besluitvorming. Belangrijk is om te kijken naar de behoeftes van de patiënt, en of deze aansluiten bij het aanbod van activiteiten op de afdeling.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo hebben er in totaal 22 patiënten meegedaan aan het onderzoek, dit is te weinig om te kunnen generaliseren omtrent de populatie gerontopsychiatrische patiënten. Per activiteit deden er gemiddeld 6 participanten mee. Ook zijn er per activiteit slechts 3 metingen gedaan. Bovendien is er op de locatie in Lelystad alleen maar naar muziektherapie als activiteit gekeken. Ook zal er bij deze doelgroep meer tijd uitgetrokken moeten worden voor een dergelijk onderzoek. Het is gebleken dat het moeilijk is toestemming te krijgen bij deze groep en vooral op de gesloten afdelingen. Hierdoor is een lange kennismakingsperiode nodig om het vertrouwen van de mensen te kunnen winnen. Ook aan het aansturen van vrijwilligers dient meer aandacht geschonken te worden, alvorens een dergelijk onderzoek te starten.

Conclusie

Dit onderzoek kan worden gezien als een pilot studie naar de effecten van activiteiten op het welbevinden. Uit het onderzoek blijkt dat het algehele welbevinden gedeeltelijk is verbeterd, want depressieve symptomen waren afgenomen. De patiënt blijkt echter zelf deze verbeteringen in welbevinden niet aan te geven. Wel is gebleken dat behalve muziek ook zorgdierteambezoek positief gedrag verhoogt. Beiden leveren een toegevoegde waarde ten opzichte van andere reguliere activiteiten. Er waren geen aantoonbare verschillen tussen de effecten van de activiteiten, zoals verwacht. Tegen de verwachting in was er daarentegen geen verbetering in welbevinden per activiteit. Een mogelijke verklaring kan liggen in de motivatie van de patiënt en de activiteit zelf. Een activiteit zou bij voorkeur een meer sociaal steunend karakter moeten hebben, en een voor de patiënt duidelijke functionaliteit. Een suggestie is om vooral te kijken naar activiteiten die aansluiten bij de beleving en ervaringen van de patiënt, bijvoorbeeld een dagje oppassen op de hond. Nut en welbevinden vallen dan samen. In toekomstig onderzoek zou hieraan aandacht kunnen worden besteed, en aan de praktische haalbaarheid van een dergelijke activiteit.

Vervolgonderzoek zou ook van een groter aantal deelnemers uit moeten gaan. Bovendien zou er gekeken moeten worden naar andere factoren die invloed kunnen hebben op het welbevinden, zoals voedsel, medicijngebruik, lengte van opname en andere activiteiten, zoals handarbeid. Met betrekking tot AAI kan worden bekeken in welke situaties AAI het meeste tot zijn recht komt en invloed kan hebben op het welzijn. Dit alles teneinde een optimale situatie te kunnen verwezenlijken voor de patiënt en zijn omgeving.

Referenties

- Adams, D. L. (1997). Animal-assisted enhancement of speech therapy: A case study. *Anthrozoos*, 10(1), 53–56.
- Albersnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G. & van den Hoofdakker, R.H. (1998). *Depressie. Theorie, techniek & behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Banman, J. K. (1995). Animal-assisted therapy with adolescents in a psychiatric facility. *The Journal of Pastoral Care*, 49(3), 168–172.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Van Dijkum C.J. (2003). Basisboek statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda,, D.B., Goede de., M.P.M., & Teunissen., J. (1997). *Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Stenfert Kroese.
- Bardill, N., & Hutchinson, S. (1997). Animal-assisted therapy with hospitalized adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 10(1), 17–24.
- Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S., & Beni, A. (2001). Animal assisted therapy for elderly schizophrenic patients: a one-year controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 439-442.
- Barker, S. B., & Wolen, A.R., (2008). The benefits of human-companion animal interaction; a review. *Journal of Veterinary Medical Education*, 35,4, 487-495.
- Beck, A.M. Katcher, A.H. (2003). Future Directions in Human-Animal Bond Research. *American Behavioral Scientist*, 47, 1, 79-93.
- Caro, F.G., Burr, J.A. , Caspi, E., & Mutchler, J.E., 2010. Motives That Bridge Diverse Activities of Older People. *Activities, Adaptation & Aging*, 34: 2, 115-134.
- Caro, F.G., Caspi, E., Burr, J.A., & Mutchler, Jan E., 2009. Global Activity Motivation and Activities of Older People. *Activities, Adaptation & Aging*, 33: 3, 191-208
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38, 300-14.
- Crowley-Robinson, P., Fenwick, D. C., & Blackshaw, J. K. (1996). A long term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dogs. *Applied Animal Behavior Science*, 47, 137-148.
- Diener, E., (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Elchardus, M., & De Groof, S. (2005). Zolang ge maar gezond zijt en uwe man nog hebt. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 36(2), 47-59.

- Enders-Slegers, J. M. P. (2000). Een leven lang goed gezelschap: empirisch onderzoek naar de betekenis van gezelschapsdieren voor de kwaliteit van leven van ouderen. Proefschrift; Universiteit van Utrecht, Sociale Wetenschappen.
- Everard, K. M. (1999). The relationship between reasons for activity and older adult well-being. *Journal of Applied Gerontology*, 18, 325–340.
- Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J., Zarrouk, M., Commenges, D., & Barberger-Gateau, P. (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: A prospective longitudinal study. *Journal of American Geriatrics Society*, 43, 485-490.
- Fine, A.H. (2010). *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. (3de druk). California: Elsevier.
- Fine, A. H., & Eisen, C. (2008). *Afternoons with Puppy: Inspirations from a Therapist and His Therapy Animals*. West Lafayette, IN: Purdue University Press.
- Gammonley, J., & Yates, J. (1991). Pet projects: Animal assisted therapy in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(1), 12–15.
- Fitzpatrick, T.R.(2010) Brain Fitness Activities and Health among Older Female Senior Center Participants in Montreal, Quebec. *Activities, Adaptation & Aging*, 34: 1, 30-47.
- Gammonley, J., & Yates, J. (1991). Pet projects: Animal assisted therapy in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(1), 12–15.
- Gazzaniga, S., & Heatherton, F. (2006). *Psychological science*. Second edition. Norton & Company, Inc. London (blz. 352-353).
- Hart, L.A. (2009). *The Role of Pets in Enhancing Human Well-being: Effects for Older People*. Delta Society The Human-Animal Health Connection. Retrieved at 2 maart, 2011, deltasociety.org/Page.aspx?pid=334.
- Harris, M. D., Rinehart, J. M., & Gertsman, J. (1993). Animal-assisted therapy for the homebound elderly. *Holistic Nursing Practice*, 8(1), 27–37.
- Heliker, D., Chadwick, A., & O'Connell, T., (2001). The Meaning of Gardening and the Effects on Perceived Well Being of a Gardening Project on Diverse Populations of Elders. *Activities, Adaptation & Aging*, 24: 3, 35-56.
- Holmes, T.H., & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In: W.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds), *Stress for life events*, pp. 45-72. New York, John Wiley
- House, J.S. (1981). *Workstress and social support*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Hughes, D.C., George, L.K., & Blazer, D.G. (1988). Age differences in life event qualities: Multivariate controlled analyses. *Journal of Community Psychology*, 16, 161-174.
- ISAAT. (2011). International society for animal assisted therapy. Retrieved from

- http://www.aat-isaat.org/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1. 12 mei 2011.
- Kongable, L., G., Buckwalter, K.C., & Stolley, J. M. (1989). The effects of pet therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 191-198.
- Kovacs, Z., Kis, R., Rosza, S., & Rosza, L. (2004). Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 18, 483-486.
- Krucoff, M. W., Crater, S. W., Gallup, D., Blankenship, J. C., Cuffe, M., Guarneri, M., et al. (2005). Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the monitoring and actualization of neotic trainings (MANTRA) II randomized study. *The Lancet*, 366, 211-217.
- Le Roux, M. C., & Kemp, R. (2009). Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long term care facility. *Psychogeriatrics*, 9, 23-26.
- Limond, J. A., Bradshaw, J. W. S., & Cormack, K. F. M. (1997). Behavior of children with learning disabilities interacting with a therapy dog. *Anthrozoos*, 10(2/3), 84-89.
- McCann, J.J., Gilley, D.W., Hebert, L.E., Beckett, L.A., & Evans, D.A. (1997). Concordance Between Direct Observation and Staff Rating of Behavior in Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 52B, 63-72
- Miller Adams, J.M., (2010). Chapter 32: The Role of Animals and Animal-Assisted Therapy in Stressful Life Transitions. In T.W., Miller (Ed.), *Handbook of stressful transitions across the lifespan* (pp. 643-651). New York, Springer.
- Nederlands kenniscentrum voor ouderenpsychiatrie. (2007). De Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Retrieved from <Http://ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=561>. 1 maart 2011.
- Odendaal, J. S. J. (2000). Animal-assisted therapy: medicine or magic? *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 275-280.
- Oostervink, P. (2003). Ouderen hebben de toekomst, ook in de psychiatrie. Deel 1 Ouderenpsychiatrie, Wat is dat? Robertfleurstichting Leidschendam.
- Peretti, P. O. (1990). Elderly-animal friendship bonds. *Social Behavior and Personality*, 18, 151-156.
- Pool, A., Kruyt, J., en Walters, M., 2003. *Zorgen heb je samen: Belevingsgerichte zorg in de praktijk*. NIZW uitgeverij, Utrecht.
- Raina, P., Waltner-Toews, D., Bonnett, B., Woodward, C., & Abernathy, T. (1999). Influence of Companion Animals on the Physical and Psychological Health of Older People: An Analysis of a One-Year Longitudinal Study. *Journal of American Geriatric Society*, 47, 3, 323-9.
- Raina, P., & Fellow, W. (1998). *Relationship Between Pet Ownership and Healthcare Use Among Seniors*. Conference on Human-Animal Interactions, The Changing Roles of Animals in Society, September 10-12, Prague.

- Schmid, W., en Ostermann, T., 2010. Home-based music therapy - a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare. *BMC Health Services Research*, 10: 291.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1996). The Social Psychology of Social Support. In: E.T. Higgins, & A.W. Kruglanski (Eds.), *Handbook of Social Psychology*, pp.597-617. New York, London: The Guilford Press.
- Suija, K., Pechter, Ü., Kalda, R., Tähepõld, H., Maaros, J., & Maaros, H-I. (2009). Physical activity of depressed patients and their motivation to exercise: Nordic Walking in family practice. *International Journal of Rehabilitation Research*, 32:132–138.
- Taylor, L., Hollingsworth, C., Patterson, V., Diwan, S., Rosenbloom, C., & Neel, A., 2003. Assessing the Effectiveness of a Walking Program on Physical Function of Residents Living in an Assisted Living Facility. *Journal Of Community Health Nursing*, 20(1), 15–26.
- Thesaurus zorg en welzijn (2007). Kwaliteit van Leven. Geraadpleegd op 12 augustus 2011, op <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/kwaliteitvanleven.htm>.
- Van Schijndel, P. (1992). Visie op zorg is visie op ouder worden. *InfoBulletin*, 19.
- Walsh, P. G., & Mertin, P. G. (1994). The training of pets as therapy dogs in a women's prison: A pilot study. *Anthrozoos*, 7(2), 124–128.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M, Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). The Functioning and Well-being of Depressed Patients, Results From the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262, 914-919

Bijlage 1 VAS;

Gemeten voor en na de activiteit

PPN:

Zet op elke lijn een streepje in hoeverre u zich goed voelt

Ik voel me op dit moment:

slecht

goed

PPN:

Zet op elke lijn een streepje in hoeverre u zich goed voelt

Ik voel me op dit moment:

slecht

goed

Bijlage 2 ADL aangepaste lijst uit Enders-Slegers, (2000)

Algemeen dagelijkse activiteiten vragenlijst

PPN:.....

DATUM:.....

ONDERZOEKSTER:.....

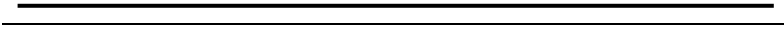
Hieronder volgen enkele vragen over dagelijkse activiteiten die u misschien wel of niet kunt uitoefenen. Het is niet belangrijk of u ze ook doet, maar of u ze kunt doen.

	Kan ik niet	kan ik alleen met hulp	kan ik zelf maar met moeite	kan ik zonder moeite
Gaan zitten en opstaan uit een stoel				
Aankleden, schoenen aantrekken en uittrekken				
Uzelf volledig wassen				
Een "blokje" omlopen				
Een flinke wandeling maken				
Afwassen				
Koken				

Bijlage 3: VAS: Subjectief welbevinden

Zet op elke lijn een streepje in hoeverre u zich goed voelt

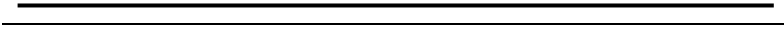
Vraag 1. Ik voel mij psychisch:

slecht  goed

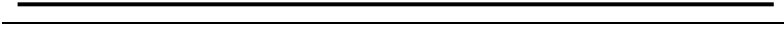
Vraag 2: Ik voel me lichamelijk:

slecht  goed

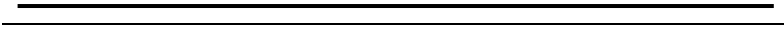
Vraag 3. In het contact met anderen voel ik me:

slecht  goed

Vraag 4: De sfeer in de groep vind ik:

slecht  goed

Vraag 5: de grootte van mijn sociale netwerk (familie, kennissen en vrienden) beschouw ik als:

onvoldoende  voldoende

Vraag 6: De kwaliteit van mijn contacten met anderen (familie, vrienden, kennissen):

slecht

goed

Bijlage 4

MADRS - MONTGOMERY ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

(Vertaling J.G. Goekoop)

Datum :

Naam patiënt(e) :

Tijdstip :

(+ voorletters en meisjesnaam)

Geboortedatum :

Onderzoeker :

1. Zich direct tonende somberheid

Hieronder wordt verstaan: moedeloosheid, droef-geestigheid en wanhoop (meer dan alleen maar voorbijgaande minder goede buien), zoals tot uitdrukking komt in de spraak, de gezichtsuitdrukking en de houding. Beoordeel naar diepte en onvermogen om op te klaren.

0. Geen somberheid

1.

2. Ziet er ontmoedigd uit, maar klaart zonder enige moeite op.

3.

4. Lijkt de meeste tijd somber en ongelukkig te zijn.

5.

6. Ziet er voortdurend ellendig uit.

2. Vermelde somberheid

Hieronder wordt verstaan: vermelding van depressieve stemming, onafhankelijk van het al of niet anderszins tot uitdrukking komen daarvan. Het gaat om weinig levenslust, neerslachtigheid, moedeloosheid, of het

gevoel niet meer geholpen te kunnen worden en dat er geen hoop meer is.

0. In daartoe aanleiding gevende omstandigheden soms somber.

1.

2. Somber of neerslachtig maar klaart zonder moeite op.

3.

4. Een alles bepalend en alles overheersend gevoel van somberheid of droefgeestigheid. De stemming kan nog door uitwendige omstandigheden beïnvloed worden.

5.

6. Voortdurend onveranderlijke somberheid, ellende en moedeloosheid.

3. Innerlijke gespannenheid

Hieronder wordt verstaan: gevoelens van slecht omschrijfbaar onbehagen, zich geprikkeld voelen, een gevoel van innerlijke onrust of spanning oplopend tot paniek, een dreiging of een kwelling.

0. Rustig. Alleen vluchtige beweging van spanning.

1.

2. Zo nu en dan een geprikkeld gevoel of een niet zo goed omschrijfbaar onbehagen.
- 3.
4. Voortdurende gevoelens van innerlijke spanning of een keer op keer terugkomende paniek, die de patiënt niet zonder enige moeite de baas is.
- 5.
6. Een onverbiddelijke dreiging of kwelling. Overweldigende paniek.

4. Verminderde slaap

Hieronder wordt verstaan: de beleving van verminderde duur of diepte in vergelijking tot het normale patroon van de patiënt, wanneer hij gezond is.

0. Slaapt net als anders.
- 1.
2. Enige moeite met in slaap vallen of enigszins verminderde, onregelmatige slaap.
- 3.
4. De slaap is minstens twee uur korter of onderbroken gedurende twee uur.
- 5.
6. Minder dan twee of drie uur slaap.

5. Verminderde eetlust

Hieronder wordt verstaan: het gevoel van afname van de eetlust in vergelijking met de gezonde toestand. Beoordeel aan de hand van afname van zin in voedsel of de noodzaak om zichzelf tot eten te dwingen.

0. Normale of vermeerderde eetlust.
- 1.
2. Enigszins verminderde eetlust.

- 3.
4. Geen eetlust. Het voedsel smaakt nergens naar.
- 5.
6. Moet er toe overgehaald worden en bepraat om een hap te eten.

6. Concentratieproblemen

Hieronder wordt verstaan: moeite met het verzamelen van gedachten, oplopend tot volledig onvermogen door gebrek aan concentratie.

Beoordeel naar ernst, frequentie en de maat van het resulterende onvermogen.

0. Geen last van concentratiestoornissen.
- 1.
2. Zo nu en dan moeite met het verzamelen van de gedachten.
- 3.
4. Moeite met concentreren en het vasthouden van een gedachte, zodat het vermogen om een gesprek te volgen of te lezen vermindert.
- 5.
6. Zonder zeer veel moeite niet in staat om te lezen of te praten.

7. Moeheid

Hieronder wordt verstaan: moeilijkheden met het op gang komen, traagheid bij het beginnen of uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

0. Nauwelijks enige moeite met op gang komen.

Geen traagheid.

- 1.
2. Moeite met het aanvangen van activiteiten.
- 3.
4. Moeite met het beginnen aan eenvoudige routinematige activiteiten, die met inspanning worden volbracht.
- 5.
6. Volledige moeheid. Niet in staat iets zonder hulp te doen.

8. Afwezigheid van gevoel

Hieronder wordt verstaan: de subjectieve beleving van verminderde belangstelling voor de omgeving, of voor activiteiten die gewoonlijk plezierig zijn. Het vermogen om met de juiste emotie of het juiste gevoel te reageren op omstandigheden of mensen, is verminderd.

0. Normale belangstelling in omgeving en andere mensen.

- 1.
2. Verminderd vermogen te genieten van de gewone interesses.
- 3.
4. Verlies van belangstelling in de omgeving. Verlies van gevoel voor vrienden en kennissen.
- 5.
6. De beleving emotioneel verlamd te zijn, onvermogen om woede, verdriet of plezier

te voelen en een volledig of zelfs pijnlijk gemis aan gevoelens voor nabije verwanten en goede vrienden.

9. Pessimistische denkbeelden

Hieronder wordt verstaan: gedachten van schuld, minderwaardigheid, zelfverwijt, zondigheid, wroe-ging en ondergang.

0. Geen pessimistische gedachten.

- 1.
2. Wisselende ideeën van falen, zelfverwijt of zelf-depreciatie.
- 3.
4. Aanhoudende zelfbeschuldigingen of duidelijk geformuleerde, maar nog wel zinnige ideeën over zonde en schuld. Toenemend pessimistisch ten aanzien van de toekomst.
- 5.
6. Waandenkbeelden van ondergang, wroeging, niet goed te maken zonde. Absurde en onbeïnvloedbare zelfbeschuldigingen.

10. Suïcidale gedachten

Hieronder wordt verstaan: het gevoel dat het leven niets waard is, dat een natuurlijke dood welkom zou zijn, gedachten over zelfmoord en voorbereiding op een zelfmoord. De zelfmoordpogingen op zich mogen geen invloed hebben op de beoordeling.

0. Geniet van het leven of neemt het zoals het valt.

- 1.
2. Is het leven moe. Slechts weinig suïcidale gedachten.

- 3.
4. Waarschijnlijk dood beter af. Zelfmoordgedachten komen vaak voor en zelfmoord wordt als een mogelijke oplossing overwogen, zonder specifieke plannen of voornemens.
- 5.
6. Uitdrukkelijke plannen om zelfmoord te plegen wanneer er een gelegenheid voor is. Actieve voorbereidingen voor zelfmoord.

SCORING:

- 01. Zich direct uitende somberheid :
- 02. Vermelde somberheid :
- 03. Innerlijke gespannenheid :
- 04. Verminderde slaap :
- 05. Verminderde eetlust :
- 06. Concentratieproblemen :
- 07. Moeheid :
- 08. Afwezigheid van gevoel :
- 09. Pessimistische denkbeelden :
- 10. Suicidale gedachten :

Bijlage 5 Vragenlijst patiënt en werknemers

Vragenlijst Patiënt

1. Patiëntcode:

.....
.....

2. Datum:

.....
.....

3. Opleidingsniveau:

.....
.....

4. Heeft u een huisdier gehad? Heeft u muzikles gehad? Heeft u eerder aan bloemschikken/nordic walking/soos e.d meegedaan

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

5. Heeft u een hond gehad?/ heeft u een instrument bespeeld vroeger?

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

6. Wat vindt u van de activiteiten (noem de activiteiten op waarin de patient deelneemt)
(Steekwoorden: leuk, saai, prettig, eng, ontspannend)

.....
.....
.....

7. Wat doet u het liefst tijdens deze activiteit/ Wat doet u het liefst als de hond hier is? (wandelen, koekjes geven, kunstjes, aaien/kroelen, naar hond kijken)...

Wat doet u het liefst tijdens Muziektherapie?.....

.....
.....
.....
.....

8. Waar geniet u het meest van tijdens de hondenbezoeken? (aandacht, contact met hond, afleiding, begeleider, gezelligheid in groep). / Welk soort muziek houdt u het meest van?

.....
.....
.....
.....

9. Zijn er dingen die u liever anders zou zien ten aanzien van bepaalde activiteiten? Bijv hondenbezoeken/ muziektherapie? (soort hond, frequentie, één op één bezoek, groepsgrootte, activiteiten tijdens het bezoek, benoem elke activiteit waarin de patiënt deelneemt)

Ja, namelijk

.....
.....
.....
.....

Nee

10. Voelt u een band met de hond? (vriendschap, hond kent u)/ Voelt u een band met de groep?

Ja, namelijk:

.....
.....
.....
.....

Nee

11. Welke activiteit vond u het leukst om te doen?

12. Krijgt u wel eens bezoek hier op de afdeling? Zo ja, hoe vaak?

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

13. Voelt u zich anders door de activiteit? Bijvoorbeeld door de hond/muziek/geheugentraining (Meer of minder eenzaam, verandering van humeur)

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

Vragenlijst werknemers

Om meer inzicht te verkrijgen in de visie van medewerkers op het aanbod van activiteiten op de afdeling zijn er open interviews afgenomen aan de medewerkers. Onder werknemers wordt verstaan verpleging, activiteitenbegeleiders, medewerkers en afdelingcoördinatoren. Om het interview meer structuur te geven is er een topic lijst gemaakt met daarin diverse vragen voor elk onderwerp.

Onderwerp	Vragen
Activiteit	Waarom zijn er activiteiten voor de patiënten? Wat is het doel van het deelnemen aan activiteiten? Zijn er genoeg activiteiten? Wat zou er kunnen veranderd worden aan de activiteiten?
Patiënt	Welke patiënten doen mee met bepaalde activiteiten? Is het Individueel of groepsgericht, wat heeft de voorkeur? En welke mogelijkheden heeft de patiënt bij het kiezen voor een activiteit?
Afdeling	Wat zijn de verschillen tussen de afdelingen? Is het mogelijk dat mensen buiten de afdeling aan activiteiten meedoen?
Welzijn	Zijn activiteiten bevorderlijk voor het welzijn van de patiënten? Waarom? Merkt u iets aan de patiënt?
Verpleging/ activiteitenbegeleiders	Welke rol speelt de verpleging in de participatie van patiënten bij activiteiten? Zijn hierover afspraken gemaakt? Welke rol speelt de activiteitenbegeleider hierin?
Structuur	Zijn de activiteiten belangrijk? Kunnen mensen weigeren om mee te doen aan een activiteit? Maken activiteiten deel uit van het zorgplan van een patiënt?

Bijlage 6 Logboek

Februari week 6-7

De eerste 2 weken bestond uit oriënteren en op zoek gaan naar de juiste onderzoeksplaats. Er liepen nog gesprekken bij andere onderzoekplaatsen, maar al gauw had ik mijn keuze gemaakt voor deze onderzoeksplek. Dit omdat ik het uitdagend vond om te kijken naar zorgdierteambezoeken en hoe dat in zijn werk ging. Ook spreekt mij deze doelgroep aan en de mogelijkheid om bij verschillende afdelingen te kijken maakte me nieuwsgierig. Het onderzoek was een vervolg onderzoek van 2 studenten die eerder vooral bij Ermelo bij de zorgdierteambezoeken het onderzoek uitvoerden. Ik heb dit masteronderzoek samen met Anna van bers uitgevoerd.

Feb, week 8

Vanaf deze week gingen we naar Lelystad om kennis te maken met de patiëntengroep. Eerder hadden we al met Rinie (activiteitenbegeleider) en verpleging gesproken, om te kijken hoe de weken eruit gingen zien. De bedoeling was dat de gerontopsychiatrische patiëntengroep in Lelystad een controle groep zouden vormen voor de patiënten in Ermelo. De patiënten in Ermelo kregen namelijk wel de zorgdierbezoeken en de groep in Lelystad niet. Deze week bestond ook uit het verzamelen van vragenlijsten en het maken van een schema met de tijdsindeling voor het kennismaken van patiënten op de ouderen afdeling in Lelystad (meerzicht). We hadden besloten om eerst een maand mee te lopen bij deze afdeling om alleen kennis te maken. De bedoeling was om er zeker van te zijn dat mensen ons vertrouwden als onderzoekers en mee wilden doen met het onderzoek. Zo zou er een controle groep gevormd worden, wat bij de vorige onderzoeksgroep niet was gelukt.

Begin Maart, week 9

Naast het bezoek aan de controlegroep in Lelystad, hadden we besloten om de eerste opzet van de inleiding en methoden bij de begeleiders in te leveren. Hierdoor kregen we een beter overzicht over de inhoud van het onderzoek en konden we ons meer richten op ons doel van het onderzoek.

Week 10-11

Deze 2 weken liepen we weer mee in Lelystad. We gingen bij meerdere activiteiten meedoen, zonder vragen te stellen aan de patiënten. Zo konden we oriënteren bij elke activiteit. We zochten een activiteit die als controlegroep kon dienen. Het handigste was de activiteit te kiezen waarbij veel patiënten meededen en in groepsverband gebeurde, overeenkomstig met de hondenbezoek in Ermelo. Er werd voor muziektherapie gekozen. Tevens werd de toestemmingverklaring opgesteld en gevraagd aan patiënten om

die te ondertekenen als ze mee wilden doen met het onderzoek. Daarnaast werden de juiste handleiding per vragenlijst opgezocht en verder gewerkt aan de inleiding. Ook hebben we alvast een spss bestand gemaakt, om de komende resultaten goed in te kunnen voeren.

Week 12- 16

Voordat we begonnen met de metingen tijdens de activiteit werden de voormetingen afgenomen bij de participanten. Wanneer de voormeting was afgenomen bij de patiënt kon begonnen worden met de observaties gedurende muziektherapie. Ook zijn we naar Ermelo geweest om de verdere voortgang van het onderzoek te bespreken nu het onderzoek al in gang was in Lelystad. Besproken werd hoe lang we de kennismakingsperiode zal duren en wanneer de zorgdierbezoeken zouden plaatsvinden. Hieruit bleek dat afdeling 3 was gestopt met de hondenbezoek i.v.m. gebrek aan interesse bij de patiënten. In overleg met de begeleiders zijn we gaan kijken naar andere mogelijkheden om bij andere afdelingen de hondenbezoeken te starten. Deze bezoeken zouden 2 keer per week plaatsvinden, maar al gauw merkte we dat er steeds iets mis ging met de afspraak. De vrijwilliger kwam een paar keer niet opdagen. Er werd ook via de verpleging niet goed gecommuniceerd wanneer het zorgdierbezoek zou komen. Het was onduidelijk welke vrijwilliger waar en wanneer stond ingepland. Hierdoor hebben we als onderzoekers een paar keer naar Ermelo op en neer gereisd, zonder een hond op de afdeling te hebben gezien. Dit hebben we voorgelegd aan de begeleiders om zo snel mogelijk met een oplossing te komen. Hieruit kwam een vergadering voort met de vrijwilligers en afdelingscoördinatoren om een werkbaar plan op te stellen voor het zorgdier activiteit. Zo ontstond er na 2 weken een rooster met de hondenbezoek per afdeling met de hoop dat het nu wel goed zou gaan.

Week 17- 18: Vakantie Nepal

Week 19

Nadat ik weer terug kwam, kreeg ik te horen dat nog steeds het hondenbezoek niet goed liep. De hond zou op 3 afdelingen komen, maar dat was niet gelukt. De hondenbezoeken gingen steeds niet door. Nu

moesten we iets anders verzinnen. Samen met de begeleiders hebben we het onderzoek veranderd. In plaats van alleen naar de activiteiten zorgdier en muziek te kijken en te vergelijken, doen we dit bij meerdere activiteiten. De activiteit muziek was hierdoor geen controle- activiteit meer. Zo gingen we bekijken of de reguliere activiteiten verschilden met de zorgdierteambezoeken. Deze weken bestond ook uit het afscheid nemen van de patiëntengroep uit Lelystad. De eindmetingen waren al afgenomen, het onderzoek daar was klaar!

Week 20-22

Omdat ons onderzoeksopzet was veranderd moesten we de inleiding en methoden veranderen. Deze week bestond uit het bekijken en beslissen bij welke activiteiten we het onderzoek zouden houden. We zochten naar activiteiten waarin zoveel mogelijk patiënten aan mee deden. Vanaf week 21 begonnen we met metingen van de reguliere activiteiten. De zorgdier activiteit ging wel door op afdeling 1. Helaas wilden veel patiënten niet mee doen met het onderzoek. Daarbij wonen er minder mensen op deze afdeling.

Week 23

Deze week zijn er al een aantal participanten die de laatste meting hadden bij bepaalde activiteiten (3^e meting). Naast de andere activiteiten te hebben bijgewoond zou ook op donderdag weer zorgdier zijn. Helaas ging deze afspraak weer niet door. Toen hadden we besloten om misschien zelfs het hele onderzoek te veranderen in een soort ‘advies’ verslag. Zo zouden we vragen kunnen stellen aan patiënten/vrijwilligers/verpleging waarom zorgdierbezoek niet goed loopt en wat eventueel de verbeteringen kunnen zijn. Dit omdat we maar ongeveer 3 weken hadden om ook 3 metingen te krijgen voor het zorgdierbezoek. Vanwege het vele uitval van deze activiteit de voorgaande weken zagen we dit niet snel goed komen. Nadat we onze begeleiders gesproken te hebben, zijn we toch niet veranderd als opzet met de hoop dat we volgende week dan ook echt gestart kon worden met de zorgdierbezoek op afdeling 4.

Week 24

Om goede afspraken te kunnen maken voor de komende zorgdierbezoeken hebben we telefoonnummers uitgewisseld met de vrijwilligers. Nu stond zorgdier op de planning voor de komende 3 donderdagen en e.v de dinsdag 5 juli gepland voor afdeling 1. De andere activiteiten liepen ook nog, maar de meeste waren bijna afgerond. Op afdeling 1 konden we 1 persoon volledig meten en e.v 3 anderen zonder toestemming, maar dus wel met observatie. Tevens werd er tevergeefs geprobeerd of deze patiënten wel de vragen wilden beantwoorden (zo veel mogelijk). Daarbij hadden we nog 1 a 2 mensen op afdeling 4 die graag

ook mee wilden doen. We hebben toen besloten om de hond ook na het bezoek van afdeling 1 naar afdeling 4 te brengen om ook deze persoon(en) mee te kunnen nemen. Dan komen we in ieder geval op 2 volledige mensen en ev. nog extra die later aansluiten door middel van observaties. Hier hebben we voor gekozen om zo toch iets meer te kunnen zeggen over de zorgdier activiteit. Daarbij is mondeling toestemming met getuige (in dit geval de verpleging) ook toestemming.

Week 25- 27

Natuurlijk bleef het werk staan zoals het verbeteren van de inleiding en methoden en het invoeren van de resultaten in spss. Daarnaast bleek dat het op afdeling 1 niet goed liep met zorgdierbezoek. Uiteindelijk is ervoor gekozen om zorgdier op te starten op afdeling 4. Een vrijwilliger was bereid gevonden om daar woensdagochtend voor heen te gaan. De patiënt op afdeling 1 die mee wilden doen aan de zorgdier activiteit werd opgehaald en naar afdeling 4 gebracht. Het hondenbezoek viel tegelijk met de activiteit de Soos, wat leidde tot ergernis bij de patiënten. Dit kon echter niet anders, vanwege de tijdsdruk. De laatste weken bestonden ook uit het afronden van de overige activiteiten en het afnemen van de eindmetingen. Ook werden interviews met de werknemers en patiënten afgenomen.

Week 28- 34

De zomervakantie was begonnen en de activiteit zorgdier was net op tijd afgerond. Zo konden we beginnen aan het verwerken van de resultaten in spss en ons onderzoeksverslag. Keuzes werden gemaakt voor bijvoorbeeld het gebruik maken van niet- parametrische toetsen, staafdiagrammen, tabellen en effect sizes.

Bijlage 7 Aangevulde Observatielijst Sociale Gedragingen Codenr: Metingnr:

1a	Mate van alertheid: ogen open		
b	ogen dicht		
2a	Kijken: naar hond		
b	naar activiteitenbegeleider		
c	naar anderen		

3a	Glimlachen: naar hond		
b	naar activiteitenbegeleider		
c	naar anderen		
4a	Lachen: naar hond		
b	naar activiteitenbegeleider		
c	naar anderen		
5a	Voorover buigen: naar hond		
b	naar activiteitenbegeleider		
c	naar anderen		
6a	Aanraken: hond (aaien)		
b	naar activiteitenbegeleider		
c	naar anderen		
d	aanraken met borstel		
e	aanraken met lap		
f	koekje geven aan hond		
7a	Zwaaien: naar hond		
b	naar activiteitenbegeleider		
c	naar anderen		
8	Knikken		
9	Nee schudden		
10a	Praten: tegen hond		
b	tegen activiteitenbegeleider		

c	tegen anderen		
11a	Verbaliseren: met klanken prettige gevoelens communiceren		
b	met klanken onlustgevoelens communiceren		
12a	Namen noemen: van hond		
b	van activiteitenbegeleider of anderen		
13	Andere activiteiten, namelijk: Drinken geven, Met bal spelen, Riem vasthouden, Klappen, Dansen Anders, namelijk:		
14	Schreeuwen		
15	Vloeken		
16	Schelden		
17	Neuriën		
18	Zingen		
19	Huilen		
20	Agressie, afpakken/vernielen voorwerp, automutilatie, lopen, grimasseren, maniërisme		

