

Effecten van zorgdierteambezoeken en reguliere activiteiten op het welzijn van gerontopsychiatrische patiënten

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

Masteronderzoek Klinisch en Gezondheidspsychologie

Anna van Bers

studentnummer: 3268632

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

Samenvatting

Door de steeds groter wordende groep ouderen is het financieel en maatschappelijk aantrekkelijk onderzoek te doen naar hoe het welzijn van ouderen verbeterd kan worden, zodat ouderen langer zelfstandig kunnen functioneren. Verschillende theorieën waaronder de activiteitentheorie (Longino & Kart, 1972; Deelman et al., 1999) en de 'Use it or lose it' theorie (Deelman et al., 1999) hebben dit vanuit verschillende kanten bekeken. In dit onderzoek wordt onderzocht of dierondersteunende activiteiten en vijf reguliere activiteiten een bijdrage leveren aan het welbevinden van 22 gerontopsychiatrische bewoners.

De patiënt verbeteren op depressie (gemeten met de MADRS), maar niet op alledaags functioneren (gemeten met ADL) en subjectief welbevinden (gemeten met 6 VAS schalen). Activiteiten verschillen onderling niet in de tijd als gekeken wordt naar subjectief welbevinden per persoon (gemeten met één VAS schaal) en sociale gedragingen (gemeten met de gedragingenlijst). Activiteiten verschillen echter niet als gekeken wordt naar gemiddeld subjectief welbevinden. Tijdens de muziekactiviteit en het zorgdier bezoek vonden gemiddeld meer positieve sociale gedragingen plaats.

Uit kwalitatieve gegevens bleken omgeving, motivatie en structuur vanuit de instelling, opzet van de activiteiten, invloeden van anderen en invloed van opname op een afdeling invloed te hebben op de participanten.

Ondanks dat de onderzoeksgroep te klein is en de looptijd te kort om de resultaten door te trekken naar de algehele bevolking, kan dit onderzoek gezien worden als pilot studie voor vervolgonderzoek.

With a growing group of elderly it is financially and socially appealing to investigate how the welfare of the elderly can be improved, in such a way that elderly can function on their own longer. Many theories including the activity theory (Longino & Kart, 1972; Deelman et al., 1999) and the 'Use it or lose it' theory (Deelman et al., 1999) looked at this from different sides. This study investigated whether animal supported activities and five regular activities contribute to the wellbeing of 22 gerontopsychiatric residents.

The wellbeing of the patient improved on depression (measured with the MADRS), but not on everyday functioning (measured with ADL) and subjective quality of life (measured by 6 VAS scales). Activities don't vary in time looking at quality of life per person (measured by one VAS scale) and social behaviors (measured with the behavior list). Activities do not differ when looking at the mean scores of subjective quality of life. During the music activities and animal supported activities more positive social behavior were observed.

Qualitative data show that environment, motivation and structure from the institution, design of activities, influences of others and impact of uptake on a department affects participants.

Although the study group is too small and the time space too short to put the results in the community, this study can be seen as a pilot study for future research.

Inleiding

We leven in een tijd waarin de bevolking voor een steeds groter deel uit ouderen bestaat (CBS, 2010). Mensen worden steeds ouder en de levensverwachting neemt toe. Ook ouderen willen zich graag goed voelen. Hoe iemand zich in het algemeen voelt, wordt ook wel welzijn of de mate van welbevinden genoemd. De mate van welbevinden is de subjectieve beoordeling van kwaliteit van leven en gezondheid en het vermogen om activiteiten en taken uit te voeren terwijl welzijn ook wel wordt gezien als geluksindicator (Diener, 2000). De mate waarin iemand zich goed voelt, hangt af van lichamelijke, psychische en sociale factoren. Een persoon kan zich lichamelijk goed voelen, maar toch ongelukkig zijn. De subjectieve beoordeling van de persoon is hier belangrijker dan de lichamelijke factoren. Over ouderen en de mate waarin ze zich goed voelen zijn een aantal theorieën gevormd. Twee hiervan zijn de activiteitentheorie en de 'use it or lose it' hypothese.

De activiteitentheorie gaat ervan uit dat de mens gelukkig is als deze actief is, iets presteert en iets kan betekenen voor de mensen om zich heen. Als je geen functie meer hebt in de maatschappij wordt je ongelukkig (Deelman, Eling, De Haan, Jennekens-Schinkel, & Van Zomeren, 1999; Longino & Kart, 1982; Van Schijndel, 1992). De 'use it or lose it' hypothese gaat ervan uit dat door het lichaam en/of de geest in te spannen, ouderen neuronaal verlies kunnen tegengaan of zelfs de groei van nieuwe neurale verbindingen kunnen stimuleren. Hultch Hertzog, Small, & Dixon (1999) en Salthouse (2006) hebben echter aangetoond dat deze hypothese niet in alle gevallen opgaat. De activiteitentheorie en de 'use it or lose it' hypothese worden beide meegenomen in onderzoek van Deelman et al. (1999). De auteurs vinden aanwijzingen voor beide theorieën. Op lichamelijk vlak kwamen Rovio et al. (2005) erachter dat zelfs als op middelbare leeftijd wordt begonnen met bewegen dit een verlaagde kans op Alzheimer geeft. Ook blijkt het lichamelijke activiteit een positieve invloed te hebben op stemming (Da Costa, Lowensteyn & Drista, 2003).

Maatschappelijk belang van onderzoek naar ouderen

Ouderen zijn door allerlei lichamelijke factoren psychisch kwetsbaarder dan jongere volwassenen (Oostervink, 2003). Door een enkele oorzaak of een aantal oorzaken tegelijk of na elkaar kan er een kettingreactie ontstaan die zichzelf versterkt. Zo kan artrose, slechtiendheid, incontinentie, en dergelijke een alleenstaande oudere aan huis kluisteren, waardoor sociale isolatie kan ontstaan. Door sociale isolatie kan onvoldoende zintuiglijke prikkeling (sensorische deprivatie) ontstaan, waardoor achterdocht, hallucinaties en zelfverwaarlozing kunnen optreden. Het contact met de buitenwereld kan verslechteren door vreemd gedrag, hallucinaties, stemmingsproblemen en gebrek aan motivatie (Oostervink, 2003).

Ernstige (levensbedreigende) ziekten en kwalen (bijvoorbeeld diabetes, reuma, hart- en vaatlijden) kunnen naast 'normale veroudering' de kwaliteit van leven van ouderen aantasten. Ook krijgen ouderen te maken met problemen bij de uitvoering van algemene dagelijkse

levensverrichtingen (ADL) en verminderde cognitieve vaardigheden (Enders-Slegers, 2000). Naast de gezondheidsproblemen vormen als negatief bevonden 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). Door de combinatie van veranderingen in gezondheid en sociale omstandigheden zijn ouderen kwetsbaar. Tevens kunnen 'levensgebeurtenissen' bijdragen aan de ontwikkeling van een variëteit aan psychosomatische en psychiatrische ziekten (Holmes & Masuda, 1974). Één van deze ziektes is depressie.

In voorgaand onderzoek naar de risicofactoren van depressie bij ouderen van Eisses, Kluiters, Jongenelis, Pot, Beekman en Ormel (2004) komen de auteurs tot een sociaal, emotioneel en cognitief niveau. Op sociaal niveau bleek (Eisses et. al., 2004) dat ouderen in tehuizen (en in de gemeenschap) die eenzaam zijn, functioneel slechtziend zijn, een hoger opleidingsniveau hebben en hoog scoren op de persoonlijkheidsdimensie neuroticisme een verhoogd risico hebben op het krijgen van depressieve symptomen. Daarbij bleken eenzaamheid en gebrek aan sociale steun op emotioneel niveau risicofactoren te zijn voor depressieve symptomen. Ook wanneer er wordt gekeken naar cognities bleken sociale, experimentele en ontwikkelingsactiviteiten een invloed te hebben op vier cognitieve functies; directe recall, leren, vloeiende intelligentie en informatieverwerkingssnelheid (Aartsen, 2003).

Het beleid en de klinische gevolgen van zowel medische en psychiatrische aandoeningen wordt in toenemende mate beoordeeld aan de hand van prevalentie, mortaliteit, de gevolgen voor het subjectieve welzijn van de patiënt en functionele status. Onderzoek van Wells, Stewart, Hays, Burnam, Rogers, Daniels, Berry, Greenfield & Ware (1998) liet al zien dat mensen met depressie en chronische lichamelijke ziektes ook meer klachten ervaren op andere vlakken in het algehele functioneren. Verminderd welzijn en functioneren hebben hoge kosten op maatschappelijk vlak en bij gezondheidsdiensten tot gevolg. Het verbeteren van het welzijn van ouderen zal ervoor zorgen dat ouderen minder gebruik maken van de gezondheidszorg en dus ook een minder grote financiële ondersteuning nodig hebben.

Op verschillende vlakken kunnen mensen zorg krijgen wanneer dit nodig is. Er valt hierbij te denken aan artsen, doktoren en psychologen, maar ook aan pedicure, fysiotherapie of schoonmaakhulp. Voor mensen die ook psychiatrische hulp nodig hebben is het verblijf binnen een instelling een optie. Hier is de zorg al geregeld, vaak een combinatie van medicatie, therapie en activiteiten. Om de zorg beter aan te laten sluiten op de cliënten wordt in sommige instellingen gebruik gemaakt van belevingsgerichte zorg.

Belevingsgerichte zorg

Belevingsgerichte zorg is zorg met als uitgangspunt de manier waarop de patiënt diens situatie, ziek-zijn en (on)mogelijkheden beleeft. 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 geraakt of dreigt te worden. Bij de behandeling worden zowel de patiënt als de omgeving betrokken in de besluiten die genomen worden (Pool, Kruyt & Walters, 2003). Hierin vormen activiteiten waaraan de patiënt deelneemt, een belangrijke rol. Van belang is om te kijken naar de behoeftes van de patiënt en of deze aansluiten bij het aanbod van de geboden activiteiten op de afdeling. Er valt dan te denken aan alle activiteiten die de cliënt zou doen als gekozen kon worden, zoals koken, wandelen, fietsen, muziek.

Uit onderzoek is gebleken dat ook dierondersteunde activiteiten onder bepaalde omstandigheden een positieve invloed kunnen hebben op het emotionele en lichamelijke welbevinden van ouderen.

Animal Assisted Interventions

Het gebruik van Animal Assisted Interventions (AAI) heeft een positief effect op het welbevinden van mensen. Animal Assisted Interventions zijn onder te verdelen in Animal Assisted Therapy (AAT), Animal Assisted Pedagogy (AAP) en Animal Assisted Activities (AAA) (ISAAT, 2011). AAI wordt ook wel gezien als een proces waarin de lichamelijke en/of emotionele behoefte van mensen vervuld worden door dieren. AAI kan zowel in groepen als individueel. Volgens het handboek Animal Assisted Therapy (Fine, 2010) is AAT een vorm van therapie die dieren gebruikt als fundamenteel deel in de behandeling. Animal Assisted Therapie is een doelgerichte interventie om de werking en/of het welzijn van een individuele patiënt of cliënt te bevorderen. Deze therapie wordt uitgevoerd onder supervisie van medische of therapeutische beroepsbeoefenaren. Animal Assisted Pedagogie kan ook plaatsvinden onder leiding van een remedial teacher, sociaal pedagoog of gespecialiseerd leraar. Animal Assisted activiteiten worden meestal uitgevoerd op vrijwillige basis door mensen en dieren (meestal honden), die inleidende opleiding en voorbereiding ontvangen voor bezoek aan sociale instellingen voor motivationele, educatieve en/of recreatieve redenen (ISAAT, 2011). Deze dierondersteunende activiteiten kunnen worden verdeeld in 4 categorieën: bezoek van een dier, buurtactiviteiten, serviceactiviteiten en buitenactiviteiten. Ook zijn er meer gestructureerde therapieessies mogelijk (ISAAT, 2011). In dit onderzoek wordt aandacht besteed aan de eerste categorie van dierondersteunende activiteiten: bezoek van een dier. Hierin worden dieren en mensen bij elkaar gebracht, wanneer de hond (in dit geval) een korte periode van tijd een bezoek brengt in een instelling, tehuis of een andere voorziening. Tijdens het bezoek wordt aandacht besteed aan de hond, geleerde trucjes, kameraadschap en de band tussen de hond en de patiënt. Vanuit verschillende theorieën en modellen kunnen de mogelijke effecten van AAI op het welbevinden van mensen

beschreven of verklaard worden. Één hiervan is het biopsychosociaal model (Engel, 1977) die ervan uitgaat dat lichamelijke, psychologische en sociale factoren elkaar wederzijds beïnvloeden. Als onderzoek naar AAI bekeken wordt kun je dit via het model van Engel doen, maar er zijn ook modellen met meerdere factoren zoals het model van Miller (2010). Hierin zitten onder andere de 3 factoren van het biopsychosociaal model.

Verdeling van AAI in acht dimensies

Miller (2010) heeft in een zeer recent onderzoek de invloed van AAI bekeken door het begrip welbevinden onder te verdelen in 8 dimensies. Hieronder worden deze dimensies uitgelegd met de daarbij behorende voordelen van AAI, gedocumenteerd uit verschillende onderzoeken.

Ten eerste wordt de fysieke/fysiologische 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 zorg voor de behoefte tot fysieke aanraking (Nathanson, de Castro, Friend, & McMahon, 1997, in Miller, 2010). Ook daalt de spierstijfheid, bloeddruk en hartslag (Harris, Rinehart, & Gertsman, 1993). Tevens werden verbeteringen in ADL-activiteiten bij schizofreniepatiënten gerapporteerd na een reeks hondenbezoeken (Barak, Savorai, Mavashev & Beni, 2001; Kovacs, Kis, Rosza & Rosza, 2004). Ook werd verbetering in mobiliteit aangetoond (Le Roux & Kemp, 2009) en vonden Barker & Wolen (2008) meerdere positieve effecten van interactie met dieren bij groepen variërend van kinderen, ouderen en mensen die leiden aan cardiovasculaire ziekten.

Ten tweede staat het sociale welzijnsdomein centraal. Sociaal welzijn wordt gekenmerkt door het hebben van bevredigende interpersoonlijke relaties, ondersteunend netwerk, goede communicatieve vaardigheden en positief sociaal gedrag (Miller, 2010). Uit onderzoek is gebleken dat AAI een bijdrage levert aan onder andere meer communicatie, spraak en taal (Nathanson et al., 1997, in Miller, 2010). Tevens zorgt AAI voor gezelschap, interactie, responsiviteit en verminderde sociale isolatie (Adams, 1997). Zo blijken dieren niet alleen een positieve bijdrage te leveren aan het plezier, maar zorgen ze ook voor steun, hoop en redenen om te leven en een betere verbinding met de buitenwereld (Fine en Eisen, 2008). Ouderen die zelf een huisdier hebben gehad beschouwen de relatie met het dier als even krachtig als een vriendschap (Peretti, 1990). Ook bij ouderen blijkt dat mensen met een huisdier meer gemotiveerd worden om activiteiten te ondernemen (Raina, Waltner-Toews, Bonnet, Woodward & Abernathy, 1999, Hart 2009). Dit werd ook gevonden door Enders-Slegers (2000) die eraan toevoegde dat het contact met dieren bij ouderen de communicatie gemakkelijker maakt en dat dieren afleiding en plezier bieden, herinneringen oproepen en een gezellige sfeer met zich mee brengen.

De derde dimensie omvat emotioneel en psychologisch welzijn. Gekeken wordt naar eigenwaarde, hoe we onszelf zien en het hebben van gezonde emotionele relaties. Uit onderzoek is

gebleken dat AAI zorgt voor verminderde angst voor afwijzing, verbeterde positieve stemming, liefdesgevoelens en eigenwaarde (Gammonley & Yates, 1991). Ook verbeterde houding, behoud van de emotionele balans, herinneringen aan voormalige huisdieren en gevoelens van rust en plezier werden gevonden (Banman, 1995). Van belang is dat patiënten bij AAI iets hebben om naar uit te kijken (Harris, Rinehart & Gertsman, 1993). Zodoende worden dieren gezien als vrienden, luisteraars, therapeuten, afleiders en worden ze beschouwd als onbevooroordeeld (Bardill & Hutchinson, 1997). Ook geven Le Roux & Kemp (2009) aan dat de deelnemers meer sociale interactie en communicatie hadden door het zorgdierteambezoek, dat het prettige herinneringen opriep aan vroeger en dat de bezoeken zelf nieuwe prettige herinneringen vormden. Bovendien bleek dat ouderen die in een verzorgingshuis wonen door dierondersteunde activiteiten of therapie mogelijk minder verwarring, depressie, boosheid en vermoeidheid vertonen, en meer kracht hebben dan mensen die geen dierinteractie hebben ondergaan (Fenwick & Blackshaw, In Crowley-Robinson 1996). Tevens werd in een onderzoek van Le Roux & Kemp (2009) een afname van depressie gevonden.

De vierde dimensie is cognitief en mentaal welzijn. Deze dimensie heeft betrekking op 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 et al. 1997) Ook verbetering in de mate van zelfrespect, kennis en controle over omgeving zijn de gunstige bijkomstigheden van AAI (Gammonley & Yates, 1991). Raina & Fellow (1998) vonden bovendien dat dieren kunnen helpen bij het omgaan met stressvolle omstandigheden. Hart (2009) vond ook een vermindering in stressniveau in het contact met dieren, samen met een verbeterde socialisatie en een volmaking van de identiteit.

De vijfde dimensie betreft omgevingsgezondheid. Dit houdt de kwaliteit van de omgeving in. 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 een verandering in de omgeving, waarbij de omgeving gezien wordt als meer huiselijk, vriendelijk, veilig en kalm tijdens het hondenbezoek (Bardill & Hutchinson, 1997).

Spirituele gezondheid, de zesde dimensie, kijkt naar betekenisgeving, geloof in een hogere macht en eenheid met de natuur (Miller, 2010). AAI zorgt voor eenheid met het leven en de schepping (Gammonley & Yates 1991). Ook wordt de mens-dier relatie verbeterd en zorgt het dier voor toenemende helende werking/genezing (Banman 1995; Harris et al. 1993).

Onder de zevende dimensie valt voldoening halen uit bezigheden. Uit onderzoek is gebleken dat dieren bezigheden zinvol maken voor hun baasjes/dierenverzorgers (Allen, Kellegrew & Jaffe, 2000).

Ten slotte de achtste dimensie. Deze heeft betrekking op het gedrag. AAI zorgt voor meer spelen en lachen (Banman, 1995). Ook wordt de agressie minder, de rust groter en leidt AAI tot het meer uiten van geluksexpressies (Walsh & Mertin, 1994). Tevens zorgt AAI voor meer

verantwoordelijk, verzorgend en affectief gedrag. Odendaal (2000) vond dat mensen in een rustige aanraking met een hond significant verbeterden gekeken naar de hoeveelheden oxytocine, prolactin, en beta-endorphin, norepinephrine, phenylethylamine, dopamine, and cortisol-levels. Deze neurochemicaliën staan erom bekend gevoelens van welzijn, stemming en relaxatie te verbeteren.

De bovenstaande dimensies van Miller (2010) geven een handvat om verschillende kanten van welzijn te bekijken. Het onderzoek van Miller kijkt alleen naar Animal Assisted Interventies. Het is echter niet bij elke instelling mogelijk om dieren op de afdeling te laten verblijven of mee te nemen in de activiteiten (Enders-Slegers, 2000). Het is dan ook interessant om via gecontroleerde experimenten (Beck & Katcher, 2003) te kijken naar andere activiteiten om het welzijn van ouderen te verbeteren. Zo kunnen het kijken naar de vogels, tuinieren of wandelen in het groen ook invloed hebben op het welzijn van mensen. Tevens kunnen andere opzichzelfstaande activiteiten een bijdrage leveren aan het welbevinden van ouderen. Wanneer het gebruik van bepaalde activiteiten een positieve invloed zal hebben op het welzijn van de patiënten, is continuering van deze activiteiten gunstig. Ook ter verruiming van het aanbod aan activiteiten is het zinnig om verschillende activiteiten met elkaar te vergelijken. Maatschappelijk gezien is het goed om te weten wat voor soort activiteiten een bijdrage kunnen leveren aan het welzijn van de ouderen en om deze af te wegen tegen de mogelijke kosten. Effecten van activiteiten zijn deels afhankelijk van motivatie van de deelnemers.

Motivatie

Zo menen Fabrigoule, Letenneur, Dartigues, Zarrouk, Commenges, and Barberger-Gateau (1995, in Heliker & Patterson) dat regelmatige deelname aan vrijetijds- of sociale activiteiten geassocieerd is met een lager risico op dementie. Ook Everard (1999, in Sujja, Pechter, Kalda, Tähepõld & Maaros.) vond een relatie tussen activiteit en welzijn. Wel kwam Everard tot de conclusie dat een activiteit alleen een positieve effect heeft op het welzijn als deze gevolgd wordt om sociale redenen. Als de activiteit echter gevolgd wordt om de tijd door te komen is dit effect negatief. Er is hier sprake van een andere motivatie.

Zo vonden Caro, Caspi, Burr & Mutchler (2009) dat globale activiteitsmotivatie alleen gerelateerd is aan 'working' en 'volunteering' activiteiten en niet 'exercising' en 'taking classes' activiteiten. In vervolgonderzoek beschrijven de auteurs 7 vormen van motivatie (Caro, Burr, Caspi & Mutchler, 2010): 'uitdaging zoeken', 'anderen helpen', 'moraal verbeteren', 'financiële situatie verbeteren', 'gezondheid verbeteren', 'sociale moment benutten' en 'cognitieve en functionele vaardigheden verbeteren'. Als er begrip is van het type motivatie dat de cliënt nodig heeft om profijt te hebben van activiteiten kan er gezocht worden naar de activiteit die aansluit bij de cliënt.

Activiteiten in dit onderzoek

In dit onderzoek is naast zorgdierteambezoeken gekeken naar vijf andere activiteiten.

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

Nordic walking, de tweede activiteit, is het lopen met aangepaste skistokken. Een loopprogramma heeft zowel fysieke als psychologische effecten op ouderen in een begeleid wonen complex (Taylor et al., 2003). Lopen wordt gezien als een plezierige activiteit die helpt bij de omgang met huidige gezondheidsproblemen en om algemene dagelijkse activiteiten te blijven doen. Ook Sujja et al. (2003) vonden een positief effect op fysieke activiteit bij nordic walking, evenals een verbeterde stemming. Kanttekening bij dit onderzoek is echter dat slechts een kwart van de participanten het programma heeft afgerond en slechts een vijfde was gemotiveerd om mee te doen met reguliere activiteiten.

Ten derde de activiteit bloemschikken. Volgens Heliker, Hollingsworth & Patterson (2003) zorgt tuinieren voor psychologische en spirituele verbetering bij ouderen.

Voor de vierde activiteit is gekeken naar de 'soos' (vorm van hersengymnastiek, en 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.

Als laatste is er gekeken naar koken. Hier is in de literatuur niets over te vinden.

Hypothesen

In dit onderzoek wordt onderzocht of verschillende activiteiten bijdragen aan het welbevinden van de bewoners.

Hypothese 1: Het welbevinden van de participanten zal verbeteren met de tijd. Deze hypothese is verdeeld in drie deelhypothesen:

- Depressie neemt af (1a). Gemeten aan het begin en het einde van het onderzoek door middel van de MADRS.
- Algemeen dagelijks functioneren neemt toe (1b). gemeten aan het begin en eind van het onderzoek aan de hand van de ADL lijst.
- Subjectief welbevinden neemt toe (1c). Gemeten aan het begin en eind van het onderzoek aan de hand van zes vragen uitgezet op een VAS.

Hypothese 2: De effecten van de diverse activiteiten op de participanten verschillen niet van elkaar. Deze hypothese is verdeeld in vier deelhypothesen:

- De verandering in het subjectief welbevinden van de participanten door activiteiten verschilt niet per activiteit in de tijd(2a). Gemeten door middel van 1 VAS vraag, aan de hand van drie voormetingen en de drie nametingen per activiteit.
- Het voorkomen in de tijd van sociale gedragingen verschilt niet per activiteit (2b). Gemeten door middel van een gedragsobservatielijst aan de hand van drie voormetingen en drie nametingen per activiteit.
- De gemiddelde verandering in subjectief welbevinden van de participanten verschilt niet per activiteit (2c). Gemeten met aan de hand van gemiddelde scores per activiteit.
- De gemiddelde score op de gedragingenlijst verschilt niet per activiteit (2d). Gemeten aan de hand van gemiddelde scores per activiteit.

Als extra toevoeging aan het onderzoek zijn er kwalitatieve gegevens meegenomen tijdens het verblijf op de afdelingen. Deze zullen bekeken worden aan de hand van de dimensies 'omgevingsgezondheid' en 'gedrag' van de theorie van Miller (2010). Andere dimensies van Miller die meegenomen worden zijn het fysieke/fysiologische welzijn, sociale welzijn, emotioneel welzijn en het psychologisch welzijn.

Methoden

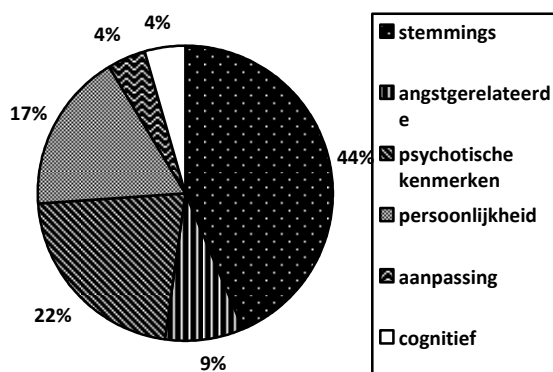
Design

Het onderzoek is een combinatie van kwantitatieve, kwalitatieve en observationele metingen. Bij drie verschillende afdeling werd gekeken naar participanten die deelnamen aan één of meerdere geobserveerde activiteiten.

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 waarbij de 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 afdeling voor psychogeriatric 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 wilde werken aan het onderzoek. Ook stond in de toestemmingsverklaring alle informatie omtrent 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 te allen tijde kon terugtrekken uit het onderzoek. De experimentele groep bestond uit 22 participanten in de leeftijd van 59 tot 86 jaar ($M = 67,73$). 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 ($M = 61,2$). De verdeling van de problematiek is te zien in grafiek 1.



Grafiek 1: Participanten opgedeeld naar problematiek.

Van de participanten hadden 10 personen stemmingsproblematiek, 2 personen angstgerelateerde problematiek, 5 personen psychotische kenmerken, 4 personen persoonlijkheidsproblematiek, 1 persoon aanpassingsproblemen en 1 persoon cognitieve problematiek.

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. Deze gegevens werden alleen verkregen als schriftelijke toestemming was gegeven. Er zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt voor depressieve gedachten (hypothese 1a), algemeen dagelijks functioneren (hypothese 1b), subjectief welbevinden (hypothese 1c, 2b en 2d) en sociale gedragingen (hypothese 2a en 2c). Ook zijn er meetinstrumenten gebruikt voor de kwalitatieve gegevens. Al deze worden hieronder besproken evenals de integratie van de meetinstrumenten in het model van Miller (2010).

Depressieve gedachten

Om symptomen van depressie te meten is bij de participanten de Montgomery Asberg Depression Rating Scale, kortweg MADRS (Montgomery & Asberg, 1979) afgenomen. De MADRS (bijlage 1) is de meest gebruikte schaal in de ouderenpsychiatrie om ernst en beloop van een depressie bij iemand die niet dementeert vast te stellen (Nederlands kenniscentrum voor ouderenpsychiatrie, 2007). De vragenlijst valt onder het emotioneel/psychologische domein van Miller (2010). De schaal bevat 10 vragen die betrekking hebben op 'zich direct tonende somberheid', 'vermelde somberheid', 'innerlijke gespannenheid', 'verminderde slaap', 'verminderde eetlust', 'concentratieproblemen', 'moehheid', 'afwezigheid van gevoel', 'pessimistische denkbeelden' en 'suïcidale gedachten'. 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).

Alledaags functioneren

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 aangepaste ADL vragenlijst afgenomen (Enders-Slegers, 2000). Deze lijst (bijlage 2) omvat 7 items over het alledaags functioneren en heeft betrekking op het fysieke/fysiologische domein van Miller (2010). De antwoordmogelijkheden lopen 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'.

Subjectief welbevinden

De subjectief welbevinden van de patiënten werd onderzocht aan de hand van 6 zelfgeconstrueerde vragen, uitgezet als Visual Analogue Scale (VAS, bijlage 3 en 4). Deze VAS vragen hadden betrekking op de subjectief welbevinden, dus in hoeverre iemand zich op het moment prettig en tevreden voelt. De participant moest een verticale streep zetten op een horizontale lijn van 10 cm breed die bij de vragen 1,2,3,4, en 6 van slecht tot goed liep en bij vraag 5 van onvoldoende tot voldoende. De zes vragen waren: 'Ik voel mij psychisch:' (emotioneel/ psychologisch domein), 'Ik voel me lichamelijk:' (fysiek/ fysiologisch domein), 'In het contact met andere voel ik me:' (sociale domein), 'De sfeer in de groep vind ik:' (omgevingsgezondheid domein), 'De grootte van mijn sociale netwerk (familie, kennissen, vrienden) beschouw ik als:' (omgevingsgezondheid domein) en 'De kwaliteit van mijn contact met anderen beschouw ik als:' (omgevingsgezondheid domein). De participanten vulden deze lijst zelfstandig of met hulp van de onderzoekers in. Tevens werd er voor en na de activiteit één vraag afgenomen. Deze vraag was: 'Ik voel me op dit moment:'. Ook deze had een lijn van 10cm van slecht naar goed. 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.

Sociale Gedragingen

Om interacties tussen de participanten en de sociale omgeving te meten is gebruik gemaakt van de Sociale Gedragingen Lijst (SGL, zie bijlage 5), die is gebaseerd op de lijsten van Kongable, Buckwalter & Stolley et al. (1989) en Mc Cann, Gilly, Hebert, Becket & Evans (1997). De SGL bevat 20 items die betrekking hebben op het gedragsdomein van Miller (2010). 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 restitem 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 de gedraging heeft plaatsgevonden. Dit wordt herhaald tot alle participanten vijf maal zijn gemeten.

Kwalitatieve gegevens

Tijdens het onderzoek zijn opvallende gebeurtenissen in de omgeving en het gedrag van de participanten en de omgeving opgeschreven. Dit is gedaan aan de hand van het boek 'kwalitatief onderzoek' van Baarda, De Goede & Teunissen (1997). Na afloop van het onderzoek werd bij de participanten met behulp van een aantal steekwoorden een semigestructureerd interview afgenomen (zie bijlage 6). Voorbeelden van 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 waar zij het meest van genoten hadden tijdens 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 zijn er korte interviews afgenomen bij de werknemers van de afdeling. Onder werknemers wordt verstaan verpleging, activiteitenbegeleiders, medewerkers en afdelingcoördinatoren. De interview onderwerpen zijn te vinden in bijlage 7.

Meetinstrumenten volgens het model van Miller

De door ons gekozen dimensies vanuit het model van Miller zijn als volgt onderverdeeld:

	Fysiek/ Fysiologisch	Sociaal	Emotioneel/ Psychologisch	Omgevings- gezondheid	Gedrag
VAS	x	x	x	x	
ADL	x				
MADRS			x		
SGL					x
Kwalitatief				x	x

- fysieke/fysiologische welzijn: ADL, VAS
- sociale welzijn: VAS, SGL
- emotioneel en psychologisch welzijn: MADRS, VAS
- omgevingsgezondheid: VAS, kwalitatieve gegevens
- gedrag: SGL, kwalitatieve gegevens

Procedure

Eerste contact

De dataverzameling begon met het contact maken met de patiënten. Hier is per afdeling drie weken voor uitgetrokken. Wanneer de patiënten voldoende op de hoogte waren gebracht van het onderzoek, werd hun toestemming gevraagd door middel van een toestemmingsverklaring. Bij het hondenbezoek werd dit door de geringe belangstelling aangevuld met mondelinge toestemming voor losse observaties bij het zorgdierbezoek. Voor de mondelinge toestemming was er iemand van de verzorging aanwezig als getuige. Aansluitend vond de dossieranalyse plaats bij de patiënten die een verklaring getekend hadden. Uit de elektronische patiëntendossiers (XM-care) werden demografische gegevens en informatie over de opname en indicatie verkregen. Voor de ontslagdatum werd contact gezocht met de verzorgende. Bij de patiënten die nog aanwezig waren bij het einde van het onderzoek wordt naar de verwachte vertrekdatum gevraagd.

Voormetingen

Na de dossieranalyse werd de voormeting uitgevoerd. Hierbij namen de onderzoekers verschillende vragenlijsten af: ADL, VAS en MADRS. De vragenlijsten werden mondeling afgenomen in een 1 op 1 gesprek op een locatie die de deelnemer prettig vindt.

Observaties

Wekelijks werd het gedrag van de participanten geobserveerd tijdens de hondenbezoeken 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 werd gevraagd bij 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. Bij nordic walking liep de onderzoeker op een positie waar hij de participant kon observeren zonder invloed uit te oefenen. Elk 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 van de items. Om de tijd bij te houden werd gebruik gemaakt van een horloge met secondewijzer. Één onderzoeker meet terwijl de tweede de minuut bijhoudt 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 en daarbuiten worden zo nauwkeurig mogelijk genoteerd.

Nameting

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.

Settingen

Het onderzoek vond plaats in het Centrum voor Ouderenpsychiatrie dat zich bevindt op het terrein van Feithenberg in Ermelo en Meerzicht in Lelystad. Dit is een onderdeel van de geestelijke gezondheidszorginstelling GGZCentraal. 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 vindt plaats in de woonkamer of buiten, afhankelijk van het weer. In de woonkamer zaten de patiënten meestal klaar in een kring. Als er tijdens het uur gewandeld werd met de hond en vrijwilliger, dan gebeurde dit op het terrein rondom de afdeling. Er kan gewandeld worden door een bosrijk gebied en de dierenweide kan bezocht worden. 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. De begintijd staat wel vast, de dagen en eindtijden wisselen.

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 woensdagochtend van 10.00 tot 11.00 uur. 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 meenemen waarvan ze een nummer uitzoeken. Dit onderdeel is afgenomen in Lelystad.

Bloemschikken is elke dinsdag middag (14.00-15.00 uur) voor de open afdeling en elke woensdagmiddag (14.15-15.30 uur) voor de langdurige opnameafdeling. Voor de open afdeling vindt het plaats in een kas op het terrein van de Meerkanten. Hier wordt naartoe gelopen. Mensen die slecht ter been zijn of in een rolstoel zitten, kunnen hier lastiger aan deelnemen aangezien het 10 minuten lopen is en er geen verzorgende mee gaat om de rolstoel te duwen. Voor de langdurige opname afdeling vindt het bloemschikken 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 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 uur en duurt meestal tot 11.00 uur. Deze activiteit is alleen voor mensen van de open afdeling. De activiteitenbegeleider zorgt voor het materiaal (stokken) en oefeningen voor het rekken en strekken. De route wordt in overleg besloten 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) hardgelopen.

Koken vindt plaats op de maandag van 10.30-12.30 uur 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. De begeleiders kiezen als de deelnemers geen ideeën hebben.

De Soos vindt elke woensdag van 10.00 tot 11.00 uur 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 activiteitenbegeleider van de afdeling voor langdurige opname heeft uitgezocht wat de activiteit inhoudt en heeft materialen mee en samen met de activiteitenbegeleider van de open afdeling geven ze sturing en hulp waar nodig tijdens de activiteit. De activiteit is een vorm van hersengymnastiek/braintraining. Dit kunnen oefeningen zijn in de vorm van een groepsspel, maar ook oefeningen die de cliënt persoonlijk maakt op papier om vervolgens in de groep na te bepreken. Voordat de activiteit begint en halverwege drinkt de groep een kopje koffie/thee met een koekje erbij.

Dataverwerking

Voorafgaand aan het meten is er een proefmeting gedaan met gedragsmetingen waarvoor een Cronbach's Alpha is uitgevoerd. Dit om de interbeoordelaars betrouwbaarheid te meten. Hierna is via statistische analyses 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. Aangezien onze testgroep niet voldoet aan de voorwaarden voor parametrische testen kon geen t-test gebruikt worden. Bij elk van de drie meetinstrumenten wordt daarom een Wilcoxon test uitgevoerd om te kijken of er verschil is tussen de personen. Voor de depressieve gedachten (1a) met de voor en na metingen van de MADRS, voor de score op subjectief welbevinden (1b) door de voor en na metingen op de 6 VAS vragen, en voor de algemene dagelijkse activiteiten (1c) via de voor en na metingen op de ADL.

Om het verschil tussen activiteiten weer te geven (hypothese 2) is voor het verschil in welbevinden bij de verschillende activiteiten (2a) is per activiteit een gemiddelde gemaakt van de VAS scores voor en na de activiteit. Om te kijken of er een verschil is in voor en na meting op de VAS is een Wilcoxon test uitgevoerd. Voor het gedrag per persoon per activiteit (hypothese 2b) is een gemiddelde 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. Vervolgens is een Wilcoxon uitgevoerd om te kijken of er een verschil is tussen voor en na metingen gekeken naar positieve en negatieve omgevingsgerichtheid.

Voor het verschil tussen activiteiten in welbevinden (2c) is gemiddelde berekend van VAS scores per activiteit voor alle meetmomenten samen. Een Kruskal Wallis toets wees uit of er verschillen in VAS scores zijn tussen activiteiten, indien nodig gevolgd door geplande post hoc Mann-Whitney toetsen om te bepalen welke activiteiten van elkaar verschillen in gemiddelde scores VAS. Voor het verschil tussen de activiteit in zichtbare gedrag (2d) is per cluster een gemiddelde berekend van SGL scores per activiteit voor alle meetmomenten samen. Ook hier is een Kruskal Wallis toets gebruikt om te kijken of er verschillen in sociale gedragingen zijn tussen activiteiten, indien nodig gevolgd door geplande post hoc Mann-Whitney toetsen om te bepalen welke activiteiten van elkaar verschillen. Naar aanleiding van de Mann-Whitney is in Excel 2007 een grafiek gemaakt om de verschillen in kaart te brengen.

De analyses zijn uitgevoerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 16.0. en versie 17.0.

De analyses van de kwalitatieve gegevens zijn verwerkt aan de hand van Baarda, De Goede & Teunissen (1997). Bij de analyse van de gegevens ten aanzien van het model van Miller zijn de vijf gekozen dimensies geanalyseerd aan de hand van het schema op pagina 13.

Resultaten:

Verwacht werd dat het welbevinden in het algemeen met de tijd zal verbeteren bij alle activiteiten. Dit onderzoek heeft zich gericht op de verbetering van het welbevinden en het verschil tussen activiteiten. Bij hypothese 1 werd gekeken naar het welbevinden vanuit drie deelhypothesen. Gekeken wordt naar depressieve gedachten (1a), algemeen dagelijks functioneren (1b) en subjectief welbevinden (1c). Bij hypothese 1a werd verwacht dat depressieve gedachten zullen afnemen. Depressieve gedachten zijn met de tijd inderdaad afgenomen ($Z = -2.74, p = < 0.05$). In de tabel zijn de beschrijvende gegevens te zien.

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

	Gem	SD
MADRS voor	10,73	9,8
MADRS na	5,33	4,32

Er werd verbetering verwacht op het niveau van ADL functioneren (1b) en op subjectief welbevinden (1c) gemeten met de VAS voor en nameting. Deze bleken echter beide niet significant te zijn ($Z = -1.581, p = .11$ (ADL); $Z = -.97, p = .33$ (VAS)).

Gesteld kan worden dat het welbevinden van participanten wel verbeterd gekeken naar depressieve gedachten maar dat deze onveranderd is op de punten alledaags functioneren en subjectief welbevinden.

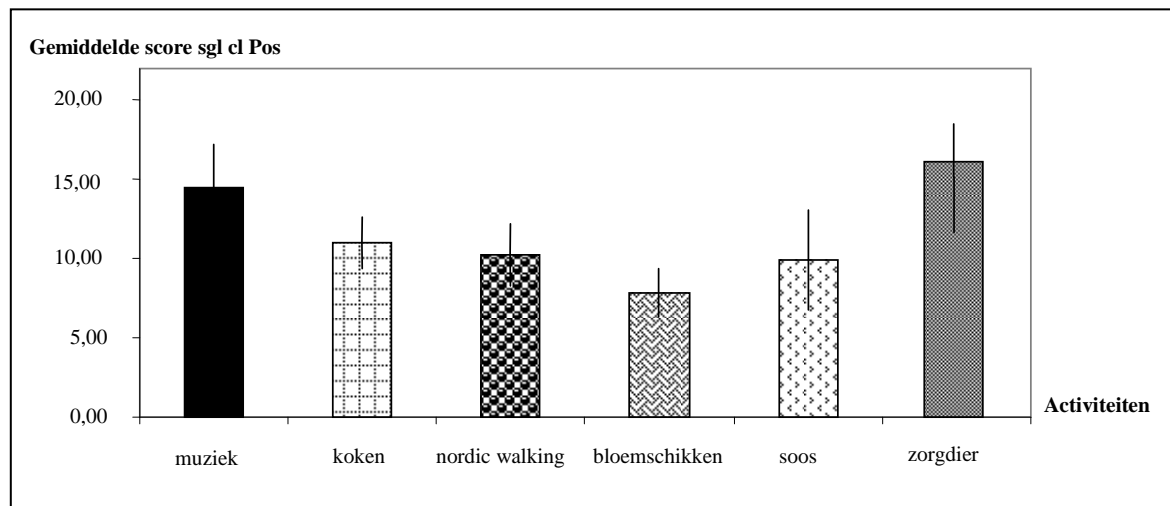
In de tweede hypothese werd verondersteld dat de effecten van activiteiten op de participanten niet van elkaar verschillen. Dit werd onderzocht met vier deelhypothesen. Voorafgaand aan de gedragsmetingen gaf de Cronbach's Alpha ($\alpha = 0.876$) aan dat de inter-beoordelaars betrouwbaarheid goed bevonden is.

Verwacht werd dat de persoon zich beter zal voelen na de activiteit (2a). De scores op de VAS meting bleken niet te verschillen. 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. Vasv3 M;8.25, SD 2.41). Dit betekent dat mensen bij de derde meting, op het moment van aanvang van de activiteit muziek een hogere score op subjectief welbevinden aangeven dan bij de aanvang van de eerste muziekmeting van het onderzoek.

Verwacht werd dat positief gedrag zal toenemen en negatief gedrag zal afnemen (2a). Dit werd niet terug gevonden in de resultaten. Uit de Wilcoxon signed rank test bleek zowel de positieve als de negatieve scores tussen de laatste meting en beginmeting niet van elkaar te verschillen.

De derde hypothese (2d) was dat de gemiddelde VAS metingen niet zouden verschillen. Dit werd bevestigd door de resultaten. De gemiddelde VAS scores waren niet significant en daarbij bleek de verschil score van de VAS ook niet te verschillen (p-waarden groter dan .05). Het subjectief welbevinden is niet anders bij verschillende activiteiten.

Als laatste werd verwacht dat de effecten van de activiteiten op participanten niet verschillen in gemiddelde scores op de gedragingenlijst (2c) in de clusters positief omgevingsgericht en negatief omgevingsgericht. Deze hypothese kan deels worden bevestigd. In grafiek 2 zijn de gemiddelde scores per activiteit te zien. Voor de negatieve gedragingen werd met een Kruskal Wallis aangetoond dat de activiteiten niet verschillen ($p > 0.05$), bij de positieve gedragingen (zie bijlage 8) is wel een verschil te vinden. De activiteiten muziek en zorgdier scoren hoger dan de andere activiteiten ($p < 0.01$) op positieve omgevingsgerichtheid.



Grafiek 2. Gemiddelde scores op de positieve gedragscluster van de SGL uitgezet per activiteit.

In zijn geheel kan hieruit opgemaakt worden dat subjectief welbevinden bij de aangeboden activiteit niet verschilt. Bij sociale gedragingen is er geen verschil in de tijd maar wel tussen activiteiten. Muziek en zorgdier zorgen voor een hogere score op positieve omgevingsgerichtheid.

Kwalitatieve gegevens:

Tijdens de aanwezigheid op de afdeling zijn door middel van observatie, gesprekken en interviews met bewoners en werknemers een aantal kwalitatieve gegevens verzameld. Na analyse van deze gegevens de methoden van Baarda, De Goede & Teunissen (1997) werden de volgende vijf onderwerpen onderscheiden.

Omgeving

Zoals genoemd bij de setting (bladzijde 15) zijn er open en gesloten afdelingen, waarbij de gesloten afdeling verdeeld is in een psychogeriatrische groep en een gerontopsychiatrische groep. De open afdeling is verdeeld in een afdeling waar patiënten zich voor bereiden op vertrek en een afdeling voor voortgezette behandeling. De meeste participanten kwamen uit de open afdeling die voorbereid op vertrek. De patiënten op de afdeling voor voortgezette behandeling bleken niet vaak mee te doen met de activiteiten die we wilden meten (bloemschikken, soos en zorgdier) of wilden geen toestemming geven tot afname van vragenlijsten. De gesloten afdeling bleek het minst toegankelijk om mee te doen aan het onderzoek. Dit werd vooral duidelijk bij het toestemming verkrijgen. Mensen op de gesloten afdeling gingen akkoord met observaties, maar niet met toestemming voor de vragenlijsten.

Motivatie en structuur vanuit de instelling

Het tweede gegeven dat naar voren is gekomen heeft te maken met motivatie en structuur. Deelname aan activiteiten hangt behalve van de motivatie van de patiënt ook af van 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 professional en is niet gebonden aan wie wel of niet meedoen. Ook bij de professionals is er verschil in de mate van motivering van patiënten. Doordat elke professional dan wel 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 waren of als de structuur van de dagindeling van patiënten hierdoor in het geding komt. Dit kwam onder andere 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 tussenin. Ook is het voorgekomen dat afspraken uitvielen doordat vrijwilligers niet kwamen opdagen. Als dit niet gecommuniceerd wordt tussen professionals, vrijwilligers en bewoners leidt dit tot ergernis en het afnemen van motivatie bij alle drie de partijen. Partijen weten dan niet goed waar ze aan toe zijn, wie er verantwoordelijk is en hoe het opgelost moet worden. Verwarring is een grote factor van demotivatie gebleken.

Ook het niet duidelijk maken van afspraken tijdens de activiteit kunnen hieraan bijdragen. Zo leidde het niet duidelijk aangeven hoeveel nummers de patiënten zelf mochten aandragen tijdens de muziektherapie tot een verminderde sfeer in de groep en tot het niet meer deelnemen van één van de patiënten.

Opzet activiteiten

Het derde dat naar voren kwam heeft te maken met de activiteiten zelf. 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 dichtbij het dier zijn, het dier aanraken en het dier bij zich houden. In een grote groep is dit echter niet mogelijk. De patiënten zouden het fijn vinden als deze activiteit individueel plaats zou vinden. De patiënten geven bovendien aan dat een aantal activiteiten anders vormgegeven kunnen worden. Zo vonden ze het keukentje voor het koken erg klein om in te werken. 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 kunnen richten op de leuke punten van de activiteit. Bij de Soos vonden de patiënten sommige opgaven te lastig. Dit zorgde ervoor dat mensen vroegtijdig afhaakten, iets anders gingen doen of gedemotiveerd raakten.

Invloed van anderen

Als vierde bleek de aanwezigheid van ons als onderzoekers ook al een effect te hebben op de patiënten. De aandacht die gegeven wordt door de onderzoekers zorgt in sommige gevallen op zich zelf al voor een verbeterde stemming bij de patiënten. Dit werd vooral duidelijk bij de gesloten afdelingen in Lelystad en in Ermelo. 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. De deelname van medebewoners vergrootte de kans op toestemming bij nieuwe patiënten.

Invloed opname op de afdeling

Als laatste bleek dat er bij opname veel gebeurt in het leven van de patiënt. Ze krijgen behandelingen, staan onder gezag van verzorgende en komen in een groep met voor hen onbekende mensen (bij eerdere opnames zijn een aantal bewoners bekend). Dit zorgt voor extra stof tot nadenken bij de bewoners. Vooral de controle verliezen aan anderen (bij ondertoezichtstelling bijvoorbeeld) zorgde bij sommigen voor een extra conflict, terwijl het bij anderen juist rust gaf.

Het viel op dat de bewoners vaak van elkaar beter zagen hoe iemand zich voelde dan de bewoner zelf. Dit werd duidelijk toen één van de bewoners meldde dat er al een aantal mensen naar haar toe gekomen waren met de opmerking dat ze meer opgewekt was en er beter uitzag dan een paar weken

terug. De bewoonster leek dit zelf nog niet door te hebben. De verbetering in het gedrag leek eerder aanwezig te zijn dat de cognitie.

Resultaten volgens het model van Miller:

Wanneer we de resultaten plaatsen in het dimensiemodel van Miller (2010) kan het volgende gezegd worden. Allereerst de fysieke/fysiologische dimensie. Deze werd gemeten met de ADL, en een item van de VAS. Bij de ADL kwam er echter niks uit terwijl deze alleen op de fysieke/fysiologische dimensie meet, en ook het item van de VAS ('Ik voel me lichamelijk') bleek niet significant veranderd. Hieruit kan aangenomen worden dat de fysieke dimensie niet verbetert door het deelnemen aan activiteiten.

De tweede dimensie is de sociale dimensie. Deze kwam terug in de VAS ('In het contact met andere voel ik me'). Bij de VAS bleek dit item echter niet significant veranderd.

De derde dimensie (emotioneel/psychologisch) is ook gemeten met een vraag uit de VAS ('Ik voel me psychische') in combinatie met de MADRS. De VAS vraag was ook hier niet significant. De MADRS was wel significant en aangezien deze vooral op deze dimensie meet kan aangenomen worden dat de participanten emotioneel/psychologisch verbeteren door het totale behandelaanbod, waaronder de activiteitendeelname.

Omgevingsgezondheid, de vierde dimensie, is gemeten met een vragen uit de VAS ('De sfeer in de groep vind ik', 'De grootte van mijn sociale netwerk beschouw ik als:', en 'De kwaliteit van mijn contacten met anderen beschouw ik als:') en kwalitatieve gegevens. Voor de VAS geldt hetzelfde als voor de voorgaande twee domeinen: deze is niet significant. Voor de kwalitatieve gegevens geldt dat er zoveel factoren meespelen die invloed uitoefenen op zowel de participant evenals vele andere partijen. Omgevingsfactoren hebben in dit onderzoek vooral een belemmerende rol gespeeld. De verschillende omgevingsinvloeden bleken veel effect te hebben op het algehele welzijn van de participant.

Het vijfde domein, gedrag, was gemeten met de SGL en de kwalitatieve gegevens. Uit de SGL bleken vooral muziek en zorgdierteambezoeken meer positieve gedragingen uit te lokken. Uit de kwalitatieve gegevens bleek dat het gedrag van de participanten en andere bewoners beïnvloed wordt door meerdere factoren.

Samengevat kan gesteld worden dat de participanten verbeteren op het emotioneel/psychologische domein, het omgevingsgezondheidsdomein en het gedragsdomein. Bij het sociale domein is dit niet zeker en bij het fysieke/fysiologische domein zijn geen veranderingen terug te vinden.

Discussie en conclusie

In dit onderzoek is gekeken naar het welzijn van een groep gerontopsychiatrische patiënten. In de eerste deelvraag werd gekeken of het welbevinden van de patiënt verbeterd op de punten depressieve gedachten (1a), alledaags functioneren (1b) en subjectief welbevinden (1c). Bij depressieve gedachten was dit het geval in overeenstemming met onderzoeken van Fenwick & Blackshaw, In Crowley-Robinson (1996) en Le Roux & Kemp (2009). Participanten ondervonden inderdaad minder depressie aan het eind van het onderzoek.

Het alledaags functioneren van de patiënten ondervond geen verbetering. Dit is tegenstrijdig met de onderzoeken van Barak et al. (2001); Kovacs et al. (2004) en Le Roux & Kemp (2009). De onderzoeken lieten namelijk zien dat mensen meer konden op het gebied van alledaags functioneren. Het kan verklaard worden doordat de meeste participanten bij aanvang van dit onderzoek al hoog dan wel maximaal scoorden op de ADL. Er blijft dan geen ruimte over om te verbeteren.

Ook subjectief welbevinden is bij de patiënten niet veranderd over de tijd. Dit betekent dat mensen zich voor het onderzoek even tevreden voelen als na het onderzoek. Dit zou kunnen komen doordat de cognities van de bewoners niet overeenstemmend zijn met het gedrag dat mensen vertonen. Het zou kunnen dat patiënten eerder laten blijken in hun gedrag dat ze zich anders voelen dan dat ze dit zelf beseffen. Dit is teruggekomen in de kwalitatieve gegevens maar is niet door metingen anders dan observatie en gesprekken naar voren gekomen.

Wel dient hierbij vermeld te worden dat 22 participanten te weinig is om een betrouwbare conclusie te trekken en 3 weken te weinig tijd geeft om een duidelijk verschil te laten zien. Om zeker te weten dat deze resultaten ook bij een volgende keer meten nog stand houden, dient het onderzoek langer te duren en zijn er meer participanten nodig.

De tweede hypothese richt zich op de vraag of activiteiten onderling verschillen in de tijd gekeken naar subjectief welbevinden (2a) en sociale gedragingen (2b) per persoon, en op gemiddelde scores op subjectief welbevinden (2c) en de gedragingenlijst (2d) per activiteit.

Bij de eerste deelhypothese werd verwacht dat de persoon zich beter zou voelen na de activiteit (2a) gekeken naar de verschillende activiteiten. Dit bleek in het algemeen echter niet terug te vinden in de resultaten. Er was alleen een verschil te vinden bij de voormeting van de activiteit muziek. Blijkbaar voelen participanten zich voordat de laatste meting bij de activiteit begint beter dan hetzelfde moment bij de eerste meting. Het is opmerkelijk dat dit zich alleen voordoet bij muziek en alleen bij de voormetingen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat muziek is afgenomen bij een groep waarbij we alleen kwamen meten bij de muziek activiteit. De groep bleek wat enthousiaster te zijn over onze komst dan de andere groepen. Dit verklaart echter niet waarom dit verschil dan niet te

vinden is bij de nametingen. Dit zou kunnen komen doordat bij onze laatste meting aandacht werd geschonken aan ons vertrek en dat van 3 medebewoners. Dit is bij de andere activiteiten niet gebeurd.

Ten tweede werd gekeken of er een toename was in het positieve gedrag en een afname in het negatieve gedrag (2b). Dit bleek niet het geval. De participanten leken gedragsmatig niet te verschillen tijdens de eerste keer en de laatste keer meten bij een activiteit. Dit is tegenstrijdig met onderzoek van Banman (1995) en van Walsh en Mertin (1994). Dit verschil zou verklaard kunnen worden doordat er in het onderzoek van Banman (1995) selectief is gekeken naar spelen en lachen. In dit onderzoek is meer het geheel van gedragingen bekeken en is spelen niet voorgekomen. Bij het onderzoek van Walsh en Mertin (1994) werd agressie verminderd en werden meer geluksexpressies geuit. Bij dit onderzoek kwamen negatieve emoties echter in de eerste meting al zeer weinig voor. Participanten kunnen hier dan ook weinig tot niet op verbeteren. Het afwezig zijn van een verbetering in positief gedrag en afname van negatief gedrag zou ook verklaard kunnen worden doordat onze meting maar een tijdsspanne van 3 weken meten betrof. Misschien heeft een gedragsmatige verandering meer tijd nodig om zich te kunnen laten zien.

Als derde deelhypothese werd gekeken of de gemiddelde scores op subjectief welbevinden verschillen per activiteit (2c). Overeenkomstig de hypothese bleek dat niet te verschillen tussen activiteiten.

Als laatste werd verwacht dat activiteiten niet van elkaar verschillen in de gemiddelde scores op de gedragingenlijst (2d). De gemiddelde scores per activiteit verschillen niet op de gemiddelde scores gekeken naar de negatieve gedragingen maar een aantal activiteiten verschillen wel op positieve gedragingen. Muziek en zorgdier zorgen voor hogere scores op sociale gedragingen vergeleken met andere activiteiten. De hogere score van muziek kan verklaard worden doordat deze is afgenomen bij een groep die heel duidelijk wist wanneer we kwamen en hoe lang. We kwamen daar met twee onderzoekers eenmaal in de week om koffie te drinken en de activiteit te volgen. Bij de andere locaties splitsten we op als onderzoekers, liepen heen en weer tussen de afdelingen en hadden we wisselende tijden. Hierdoor zagen ze ons meer als werknemers dan als gezelligheidsobject, iets wat wel het geval was in de muziek groep. De verhoogde score bij zorgdier zou verklaard kunnen worden doordat de zorgdieractiviteit zorgt voor een verbinding met het leven buiten de instelling. De eigenaar van de hond kennen ze alleen via het project en komt speciaal voor het project op de afdeling. Het zou ook verklaard kunnen worden door de zeven typen motivatie van Caro, Burr, Caspi en Mutcher (2010). Het zou kunnen dat zorgdier evenals muziek inspelen op andere motivatie onderdelen. Het ging echter te ver om dit mee te nemen in het onderzoek.

Naast de hypothesen is er in dit onderzoek ook nog gekeken naar kwalitatieve gegevens. Zo bleken de omgeving, de motivatie en structuur vanuit de instelling, de opzet van de activiteiten, de invloeden van anderen en de invloed van opname op een afdeling invloed te hebben op de

participanten. Bij een grote organisatie als deze zijn er meerdere partijen betrokken bij elke patiënt, zowel op de afdeling (bewoners, afdelingsleiders, afdelingsmedewerkers en activiteitenbegeleider) als overkoepelend (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, vrijwilligers, etc). Deze hebben alle invloed op elkaar en op de patiënt. De resultaten kunnen enigszins beïnvloed zijn door deze factoren. Voor het onderzoek was het echter niet mogelijk om deze invloeden te verkleinen. Bovendien dienden er een aantal problemen opgelost te worden alvorens te kunnen meten bij de dierteambezoeken. Ook dit had te maken met de betrokkenheid van meerdere partijen. Onder andere dubbele afspraken binnen en tussen partijen, slechte communicatie tussen partijen, afwezigheid van motivatie bij de vrijwilligers en onvoldoende belangstelling voor de dierteambezoek activiteit vormden hindernissen die genomen dienden te worden. Het kost echter tijd en inzet om al deze partijen op één lijn te krijgen.

Domeinen van Miller (2010)

Gekeken naar vijf van de acht domeinen van Miller kan gesteld worden dat er verandering is bij de participanten op de domeinen emotioneel/psychologische, omgevingsgezondheid en gedrag, geen verandering in het fysieke/fysiologische domein en bij het sociale domein is dit niet zeker.

De resultaten op het domeinen emotioneel/psychologische welzijn komt overeen met de literatuur (Le Roux & Kemp, 2009; Fenwick & Blackshaw, In Crowley-Robinson, 1996; Schmid en Osternann, 2010). Depressie neemt af. Ook op de domeinen omgevingsgezondheid (Bardill & Hutchinson, 1997) en gedrag (Banman, 1995; Walsh & Martin, 1994) treed verbetering op. Omgevingsgezondheid is vooral terug te vinden in de kwalitatieve gegevens waar mede door de activiteiten een positievere sfeer in de groep ontstond en in het gedragsdomein meer positieve sociale gedragingen plaatsvonden.

Dat er geen verandering is gevonden in het fysieke/fysiologische domein kan verklaard worden doordat er geen participanten deelnamen waar veel verandering mogelijk was. De participanten scoorden bij de beginmeting al hoog of maximaal en konden dus niet veel meer verbeteren. De resultaten op dit vlak kunnen hierdoor ook niet vergeleken worden met die van Le Roux & Kemp (2009), Barak et al. (2001) en Kovacs et al. (2004). Ook kan het zijn dat drie weken te weinig is om lichamelijke verschillen te vinden. De onzekerheid in het sociale domein kan verklaard worden doordat deze lastig los te meten is. De bewoners hebben met zoveel mensen contact, en elk contact beïnvloedt het sociaal functioneren van de bewoner op een andere manier.

Het blijft echter de vraag of activiteiten zorgen voor de invloed op de domeinen aangezien deze samengaan met vele andere factoren waaronder therapieën, opname en groepsprocessen.

Vervolgonderzoek

Dit onderzoek kan vooral gezien worden als proeftuin voor vervolgonderzoek. Door het geringe aantal participanten kan het niet als representatief bevonden worden voor de gehele patiëntgroep. Bovendien speelden er te veel factoren mee om met zekerheid te kunnen zeggen dat de resultaten zich ook voor zullen doen bij een herhaling van het onderzoek.

Bij het schrijven van het onderzoek zijn een aantal punten naar voren gekomen die belangrijk zijn voor vervolgonderzoek. Allereerst is gebleken dat bij volgend onderzoek meer tijd uitgetrokken dient te worden voor het meten. Er is gebleken dat je al een maand nodig hebt om kennis te maken met de te meten groep. Er dient een vertrouwensband opgebouwd te worden alvorens de bewoners toestemming geven tot meten. Ook tijdens het meten zou het goed zijn meer dan drie metingen te hebben. Tijdens het meetproces verandert de samenstelling van de groep en om genoeg mensen te meten en de invloed van de kwalitatieve gegevens te minimaliseren heb je minimaal tien meetmomenten nodig. Bij volgend onderzoek zou het goed zijn om er een langdurig onderzoek van te maken. Het liefst van een jaar of langer.

Ten tweede bleek het erg lastig om andere factoren uit te schakelen of los te koppelen. Door de combinatie van activiteiten met onder andere therapieën, groepsprocessen en invloeden van buitenaf is het lastig om betrouwbaar te meten. Het is echter niet mogelijk dit veel gestructureerder te doen aangezien je afhankelijk bent van een instelling voor de participanten. Instellingen willen de bewoners zo snel mogelijk weer gezond terug in de maatschappij hebben. Het stopzetten van behandelingen om één enkel aspect betrouwbaar te kunnen meten is dus financieel, ethische en maatschappelijk niet verantwoord.

Ten derde zou het interessant zijn om de motivatietypen van Caro, Burr, Caspi en Mutcher (2010) mee te nemen evenals belevingsgerichte zorg (Pool, Kruyt & Walters, 2003). Met de motivatietypen kun je bepalen welke activiteiten het best passen bij de bewoners. De resultaten hiervan kunnen dan weer ingepast worden in de belevingsgerichte zorg. Het was echter niet mogelijk dit mee te nemen in dit onderzoek.

Concluderend kan gezegd worden dat door de kleine onderzoeksgroep, de korte looptijd en de problemen bij de dierteambezoeken dit onderzoek slechts gebruikt kan worden als pilotstudie. De resultaten zullen waarschijnlijk niet in dezelfde mate teruggevonden worden bij herhaling van het onderzoek. Wel zijn er aanwijzingen gevonden dat depressie verminderd door deelname aan activiteiten en dat met name muziekactiviteiten en zorgdierteambezoeken kunnen bijdragen aan een toename in positieve sociale gedragingen.

Referenties

- Aartsen, M., 2003. On the interrelationship between cognitive and social functioning in older age. OPTIMA, Rotterdam.
- 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.
- Allen, J. M., Kellegrew, D. H., & Jaffe, D. (2000). The experience of pet ownership as meaningful occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 271–278.
- 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.
- Banman, J. K. (1995). Animal-assisted therapy with adolescents in a psychiatric facility. *The Journal of Pastoral Care*, 49(3), 168–172.
- 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.
- Bulliet, R.W. (2005). *Hunter, Herders, and Hamburgers*. Columbia University Press.
- 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
- CBS (2011) <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/D7D8F678-F22B-445F-8A6F-A635D376A344/0/2011demografievandevergrijzingart.pdf>. 4 september.
- Cohen J.(1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Da Costa, D., Lowensteyn, I., & Drista, M., (2003). Leisure-time physical activity patterns and relationships generalized distress among Canadians with arthritis or rheumatism. *Journal of Rheumatology*, 30 (11), 2476-84.
- Deelman, B.G., Eling, P., De Haan, E.H.F., Jennekens-Schinkel, A. and Van Zomeren, A.H. (1999) (Eds.) *Klinische Neuropsychologie*. Tweede druk. Amsterdam: Boom.
- Diener, E., (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Eisses, J., Kluiters, A.M.H., Jongenelis, H., Pot, K., Beekman, A.M., & Ormel, ATF. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 194 (7), 634-640.
- 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.
- Engel, G.L. (1977), *The Need for a New Medical Model*, Science 196, pag. 129-136.
- 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.
- Granger, B. P., Kogan, L., Fitchett, J., & Helmer, K. (1998). A human-animal intervention team approach to animal-assisted therapy. *Anthrozoos*, *11*(3), 172–176.
- 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
- Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., & Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging?. *Psychology and Aging*, *14*(2), 245-263.
- 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., Krieger R.A., Kshetry, V.R., Morris, K., Oz, M., Pichard, A., Sketch, M.H. Jr, Koenig, H.G., Mark, D., & Lee, K.L. (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.
- Longino, C.F., & Kart, C.S. (1972). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of gerontology*, *37*, 713-722.
- 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.

- Mc Nicholas, J., & Collis, G.M. (2004). *Pets and the Health of Older People*. Presentation from the 10th International Conference on Human-Animal Interactions, People and Animals: A Timeless Relationship, Glasgow, Scotland, October 6-9.
- 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.
- Money maker, J., & Strimple, E. (1991). Animals and inmates: A sharing companionship behind bars. *Journal of Offender Rehabilitation*, 16(3-4), 133-152.
- Montgomery SA, Asberg M (1979). "A new depression scale designed to be sensitive to change". *British Journal of Psychiatry* 134 (4), 382-89.
- 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](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 Sociology*, 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.
- Salthouse, T.A. (2006). Mental Exercise and mental aging: Evaluating the validity of the use it or lose it hypothesis. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 68-87
- 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.
- 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.
- 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: MADRS

MADRS - MONTGOMERY ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

(Vertaling J.G. Goekoop)

Naam patiënt(e) :

(+ voorletters en meisjesnaam)

Datum :

Tijdstip :

Geboortedatum :

Onderzoeker :

1. Zich direct tonende somberheid

Hieronder wordt verstaan: moedeloosheid, droefgeestigheid 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 onverbidelijke 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, wroeging 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. Waandenkeelden 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. Suïcidale gedachten | : |

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

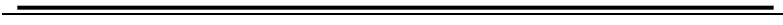
Vraag 2:Ik voel me lichamelijk:

slecht  goed

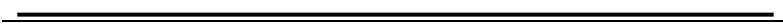
Vraag 3. In het contact met anderen voel ik me:

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) beschouw ik als:

slecht  goed

Bijlage 4: VAS

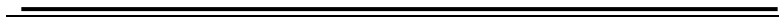
Gemeten voor en na de activiteit

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 5 Aangevulde Observatielijst Sociale Gedragingen Codenr: Metingnr:

1a	Mate van alertheid: ogen open		
b	ogen dicht		
2a	Kijken: naar hond		
b	naar bezoeker		
c	naar andere dingen		
3a	Glimlachen: naar hond		
b	naar bezoeker		
4a	Lachen: naar hond		
b	naar bezoeker		
5a	Voorover buigen: naar hond		
b	naar bezoeker		
6a	Aanraken: hond (aaien)		
b	bezoeker		
c	Aanraken met borstel		
d	Aanraken met lap		
e	Koekje geven aan hond		
7a	Zwaaien: naar hond		
b	naar bezoeker		
8	Knikken		
9	Nee schudden		
10a	Praten: tegen hond		
b	over hond		
c	tegen bezoeker (andere onderwerpen)		
11a	Verbaliseren: met klanken prettige gevoelens communiceren		
b	met klanken onlustgevoelens communiceren		
12a	Namen noemen: van hond		
b	van bezoeker of anders		
13	Andere activiteiten, namelijk: a Drinken geven b Met bal spelen c Riem vasthouden (d) Anders, namelijk:		
14	Schreeuwen		
15	Vloeken		
16	Schelden		
17	Neuriën		
18	Zingen		
19	Huilen		
20	Agressie, afpakken/vernielen voorwerp, automutilatie, lopen, grimassen, maniërisme		

Bijlage 6 Vragenlijst patiënt

1. Patiëntcode:

.....
.....

2. Datum:

.....
.....

3. Opleidingsniveau:

.....
.....

4. Heeft u een huisdier gehad? Heeft u muziekles gehad?

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

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

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

6. Wat vindt u van de hondenbezoeken? Wat vind u van muziektherapie?

(Steekwoorden: leuk, saai, prettig, eng, ontspannend)

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

7. Wat doet u het liefst met de hond als die 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 de hondenbezoeken/muziektherapie? (soort hond, frequentie, één op één bezoek, groeps grootte, activiteiten tijdens het bezoek)

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

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

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

Ja, namelijk

.....
.....

Nee

Bijlage 7: Vragenlijst werknemers

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 8: Significantie van verschillen tussen activiteiten.

Hogere score	Lagere score	Significantie
Zorgdier	Muziek	<.01
Zorgdier	Koken	<.01
Zorgdier	Nordic walking	<.01
Zorgdier	Bloemschikken	<.01
Zorgdier	Soos	<.01
Muziek	Koken	.11
Muziek	Nordic walking	.04
Muziek	Bloemschikken	<.01
Muziek	Soos	.03
Koken	Nordic walking	.59
Koken	Bloemschikken	<.01
Koken	Soos	.85
Nordic walking	Bloemschikken	.02
Nordic walking	Soos	.77
Soos	Bloemschikken	.16