



Een goede oude dag?

Bram Vermeulen & Anja Declercq

Achtergrond

De aandacht voor de kwaliteit van leven als uitkomst van de zorgverlening is de afgelopen decennia toegenomen. De Vlaamse overheid zet niet alleen in op kwaliteit van zorg, maar ook op de kwaliteit van leven en de psychosociale noden van ouderen. Zo wordt in het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 (BS 14 mei 2009, art. 3) en het dementieplan Vlaanderen 2010-2014 expliciet aangegeven dat de levenskwaliteit van de zorggebruiker moet worden gewaarborgd. De toename van de levensverwachting door het succes van de medische zorgverlening nodigt de overheid uit tot een beleid dat aandacht heeft voor de levenskwaliteit van (zorgbehoevende) ouderen in onze samenleving. In 2007 bedroeg de gemiddelde levensverwachting van een 65-jarige vrouw in België 21 jaar tegenover 17 jaar voor een 65-jarige man. De gezondheidsverwachting op 65-jarige leeftijd, dit is het aantal jaren in goede gezondheid en zonder beperkingen, bedraagt zowel voor mannen als vrouwen slechts 10 jaar (Eurostat, 2010). Juist in de jaren van slechte gezondheid komt het belang van het ondersteunen

van levenskwaliteit van de zorgbehoevende oudere meer op de voorgrond. De Vlaamse overheid wil daarom niet alleen 'jaren toevoegen aan het leven, maar ook leven aan de jaren'. Vooral in de zorg voor personen met dementie en voor chronisch zieken krijgt de aandacht voor de levenskwaliteit binnen de zorg- en hulpverlening een vaste plaats naast de medische of lichamelijke zorgverlening.

In het dagelijkse taalgebruik wordt het begrip levenskwaliteit intuïtief geïnterpreteerd. Het leunt aan bij begrippen zoals subjectief welzijn, geluk en levensvrede, maar deze naamsverwarring maakt een eenduidige definitie niet mogelijk (Verlet, 2010). 'De' kwaliteit van leven bestaat niet, juist omdat het multidimensionele centraal staat. Zo bestaat levenskwaliteit volgens de Wereldgezondheidsorganisatie uit vier brede dimensies: het fysieke, het psychische, het sociale en de omgeving (Skevington, 1999). Door deze verruiming naar een holistische visie worden andere domeinen zoals sociale participatie, mentaal welbevinden en zelfbeschikking ook uitkomsten waar

de dienstverlening oog moet voor hebben (Van Audenhove *et al.*, 2009). De beeldvorming rond kwaliteit van leven geeft weinig ruimte voor deze multidimensionaliteit en is daarom eerder gepolariseerd. Enerzijds heb je het deficit denken waarbij voortschrijdende achteruitgang, verlies, ziekte en afhankelijkheid centraal staan. Anderzijds leeft het ideaal van actief en gezond ouder worden. Deze twee denkwijzen domineren de beeldvorming en vormen niet alleen bij gerontologen en wetenschappers een spanningsveld voor de toekomst, maar ook voor de samenleving als geheel (Bengtson *et al.*, 2009).

Voorlopig is het nog een grote uitdaging om de efficiëntie van zorg in functie van levenskwaliteit te meten, en er een aangepast beleid rond op te zetten. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling trekt dit door naar de volledige langetermijnzorg en pleit voor meer evidence based onderzoek, o.a. door levenskwaliteit te meten. “*Evidence on what works best remains scarce*” (Colombo *et al.*, 2011). Het meten van kwaliteit van leven is daarom niet enkel waardevol in een absolute, maar ook in een relatieve context. Het vergelijken van levenskwaliteituitkomsten doorheen de tijd, tussen verschillende doelgroepen en tussen verschillende zorgsettings zal belangrijker worden. Dit maakt het mogelijk om na te gaan welke maatregelen of interventies de levenskwaliteit bij ouderen met specifieke zorgbehoeften of levenscontext het beste waarborgen.

Deze SWVG Feiten & Cijfers geeft op volgende vragen een antwoord:

1. Wat is de kwaliteit van leven bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken?
2. Wat is de relatie tussen depressieve gevoelens en levenskwaliteit?
3. Wat is de relatie tussen geheugenproblemen en levenskwaliteit?

De onderzoeksresultaten kunnen de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin inspireren bij zijn plannen om het ouderenbeleidsplan in de nabije toekomst verder te ontwikkelen en te optimaliseren.

Methodologie

Tussen december 2008 en september 2009 werden in 8 regio's in Vlaanderen gebruikers van thuiszorgvoorzieningen boven de 64 jaar door de thuisverpleegkundigen gescreend op de aanwezigheid van gevoelens van psychisch onwelbevinden en cognitieve problemen. De screeningsvragen zorgen voor een brede inclusie zodat ook ouderen met beginnende cognitieve problemen en depressieve gevoelens in het onderzoek worden opgenomen.

Deze personen komen in aanmerking voor inclusie in de studie indien ze:

- voldoende het Nederlands beheersen
- in 1 van de 8 geselecteerde regio's verblijven
- ouder dan 64 jaar zijn
- minstens psychisch onwelbevinden of geheugenproblemen ervaren (zie tabel 1)
- thuiszorg gebruiken

De 8 regio's die voor deze studie geselecteerd werden zijn: Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tiel-Winge, Geel en Antwerpen. Deze regio's werden gekozen om een zo groot mogelijke diversiteit te weerspiegelen naar: 1. socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking in deze regio; 2. de graad van stedelijkheid en 3. provinciale spreiding (Hermans *et al.*, 2008).

Tabel 1. Screeningsvragen voor psychisch onwelbevinden en cognitieve problemen

Psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997)			
	Enkel psychisch onwelbevinden		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heb je gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel? ▪ Heb je gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat je doet? 	Op minstens 1 van beide 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die psychisch onwelbevinden ervaart		
Geheugenproblemen		Zowel psychisch onwelbevinden als cognitieve problemen	Zowel op minstens 1 van de vragen over psychisch onwelbevinden 'ja' antwoorden als minstens 1 'ja' bij de vragen over 'geheugenproblemen'
	Enkel geheugenproblemen		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergeet de oudere steeds welke dag het is? ▪ <i>Vergeet de oudere regelmatig gebeurtenissen die zich kort geleden hebben voorgedaan?</i> ▪ <i>Valt de oudere vaak in herhalingen zonder het zelf te beseffen?</i> ▪ <i>Heeft de oudere moeite om een gesprek te begrijpen?</i> ▪ <i>Haalt de oudere tijden door elkaar?</i> 	Thuisverzorger antwoordt 'ja' op minstens 1 van deze vragen om beschouwd te worden als een persoon met geheugenproblemen		

In totaal zijn er 3829 ouderen met deze screeningsvragen benaderd door thuiszorgorganisaties in Vlaanderen tussen eind 2008 en eind 2009. Hiervan hebben 2600 ouderen de 7 screeningsvragen ingevuld en 1589 ouderen hebben een positieve screening. Dit wil zeggen dat ze minstens één “ja” hebben op de screeningsvragen. Iets meer dan de helft van deze ouderen stemde toe om mee te werken aan de Vlaamse Ouderen Zorg Studie. Zo ontvingen we van 873 ouderen een toestemmingsformulier. Door overlijdens, weigeringen, een te slechte gezondheidstoestand en een gebrek aan interviewers zijn er uiteindelijk 487 ouderen bevestigd. Een uitgebreide beschrijving over de selectie en afbakening van de steekproef is terug te vinden in een methodologisch rapport (Vermeulen *et al.*, 2011).

Aan de deelnemende ouderen is gevraagd of ze een mantelzorger hebben. Dit is de persoon die het meeste voor de oudere zorgt en geen professionele zorgverlener is. In totaal hebben we van 320 mantelzorgers een vragenlijst ontvangen. Er zijn 65 ouderen (13,4%) die aangeven dat ze geen mantelzorger hebben. Daarnaast duiden 16 ouderen (3,3%) een professionele zorgverlener als mantelzorger aan. Zo blijven er nog 84 mantelzorgers over die niet gevonden of bevestigd zijn.

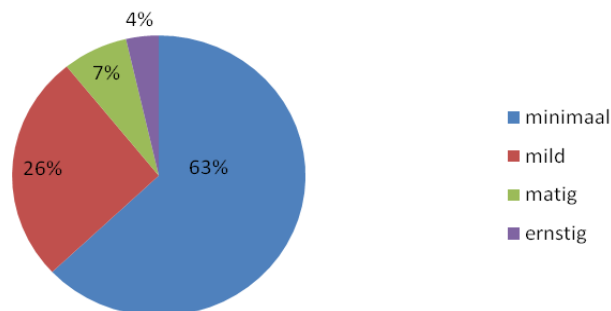
Operationalisering

De kwaliteit van leven wordt in kaart gebracht door de Qualidem (Quality of Life in Dementia). Dit is een instrument dat specifiek werd ontwikkeld om de kwaliteit van leven te meten bij ouderen met dementie (Ettema *et al.*, 2007; 2005). De vragenlijst (zie achteraan) geeft voor negen subschalen, namelijk zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen, en iets om handen hebben een valide en betrouwbare inschatting van de kwaliteit van leven. De subschalen mogen niet opgeteld worden omdat in een totaalscore voor levenskwaliteit de nuances van de verschillende dimensies verloren gaan. De subschalen mogen niet opgeteld worden omdat in een totaalscore voor levenskwaliteit de nuances van de verschillende dimensies verloren gaan.

Omdat ouderen zijn geïnccludeerd op de aanwezigheid van - onder meer - geheugenproblemen is het aangewezen om gebruik te maken van de antwoorden van een proxy, in dit geval de mantelzorger (Sangl *et al.*, 2007). Dit wil zeggen dat de subjectieve inschatting van de levenskwaliteit niet door de oudere zelf, maar door de centrale mantelzorger wordt gegeven. Deze inschatting van de kwaliteit van leven door de bril van de mantelzorger is niet noodzakelijk dezelfde als die van de oudere zelf (Edelman *et al.*, 2005).

Enkel voor die kwetsbare ouderen die een mantelzorger hebben en voor wie die mantelzorger de vragenlijst heeft ingevuld, hebben we informatie over de levenskwaliteit van de oudere. Dit is een specifieke groep, want ouderen zonder mantelzorger vallen hier buiten. Uit de VoZs-data blijkt dat ouderen zonder mantelzorger gemiddeld minder afhankelijk zijn voor de (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven, hun eigen gezondheid beter inschatten en minder depressieve gevoelens hebben.

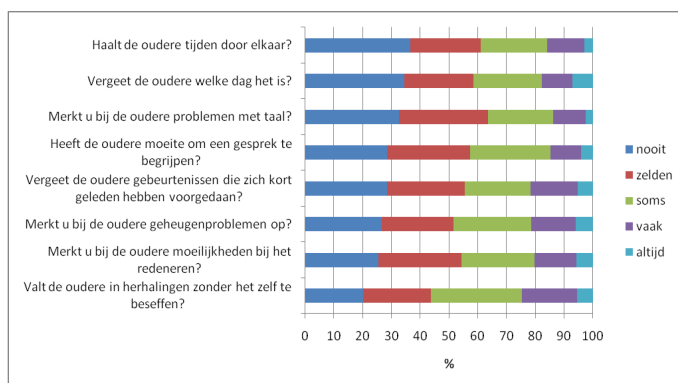
De operationalisering van de ernst van de depressieve gevoelens is gebaseerd op de Geriatrische Depressie Schaal met 15 items (Sheikh & Yesavage, 1986). Een volledige beschrijving van deze schaal is terug te vinden in de SWVG Feiten & cijfers over depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken (Vermeulen & Declercq, 2010). Meer dan 1 op 4 respondenten heeft een milde vorm van depressie, 7% een matige vorm en 4% een ernstige depressie.



Figuur 1: Ernst van depressieve gevoelens

Het operationaliseren van de ernst van de cognitieve problemen bij ouderen is niet eenvoudig. Uit verschillende reviews van de bestaande instrumenten voor dementie, blijkt dat er geen consensus bestaat over welk instrument de ‘single best test’ is (Shulman *et al.*, 2006; Brodaty *et al.*, 2006). De afgelopen decennia zijn er meer dan 50 instrumenten ontwikkeld voor verschillende doelstellingen en settings.

In VoZs ontbreekt een klinische diagnose rond de ernst van de geheugenproblemen. Om toch een idee te hebben over de ernst van de geheugenproblemen van de oudere, beantwoordt de mantelzorger de vragen in figuur 2. Deze eenvoudige, nieuwe schaal geeft enkel een idee over de mate van geheugenproblemen. We veronderstellen dat een hogere score duidt op ernstigere geheugenproblemen. Een principale componentanalyse geeft aan dat een oplossing met 1 factor voldoende sterk is. De schaal heeft een cronbach alpha van 0,95.



Figuur 2: Inschatting van de geheugenproblemen bij de oudere door de mantelzorger

Onderstaande resultaten beperken zich dus tot uitspraken over de gebruikers van thuiszorgdiensten met gevoelens van onwelbevinden en/of cognitieve problemen, zoals gedefinieerd in ons screeningsinstrument, en voor wie een mantelzorger zorgtaken op zich neemt.

Resultaten

1. Wat is de kwaliteit van leven bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken?

De mantelzorger beoordeelt de 'kwaliteit van leven' van de oudere op basis van zijn of haar observaties met betrekking tot de oudere in de afgelopen week. Op de stellingen over de oudere zijn 'nooit', 'hoogstens eenmaal per week', 'enkele keren per week' en 'vrijwel dagelijks' de antwoordmogelijkheden.

Tabel 2 geeft een overzicht van de antwoordverdelingen voor de subschalen zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociaal contact, sociale isolatie en iets om handen hebben. De antwoordverdelingen zijn herschaald tot een score van 0 t.e.m. 10, om vervolgens de gemiddelde score voor de subschalen te berekenen. Tabel 2 geeft de gemiddelde score weer voor de dimensies, gerangschikt van laag naar hoog. Een lagere score duidt op een minder goede levenskwaliteit. We bespreken deze informatie voor de verschillende dimensies.

Dimensies	N	gemiddelde	Std Dev
Iets om handen	255	4,5	3,3
Sociaal Contact	238	6,6	1,9
Rusteloos Gedrag	252	7,1	2,8
Positief Zelfbeeld	250	7,3	2,4
Positief Affect	240	7,4	2,4
Thuis Voelen	269	7,5	2,8
Negatief Affect	252	7,7	2,1
Zorgrelatie	254	8,7	1,6
Sociale Isolatie	266	9,2	1,5

Tabel 2: Gemiddelde score op de Qualidem subschalen (min.=0, max=10)

De dimensie 'iets om handen hebben' wordt met een score van 4,5 op 10 door de mantelzorger het minst goed ingeschat. Zo heeft een derde van de ouderen nooit bezigheden zonder de hulp van anderen. Het *sociale contact* scoort met gemiddeld 6,6 op 10 slecht in vergelijking met de andere dimensies. Zo heeft 4% van de ouderen nooit contact met anderen en 15% hoogstens eenmaal per week. Bijna een kwart van de ouderen sluit zich eenmaal per week of vaker af van de omgeving.

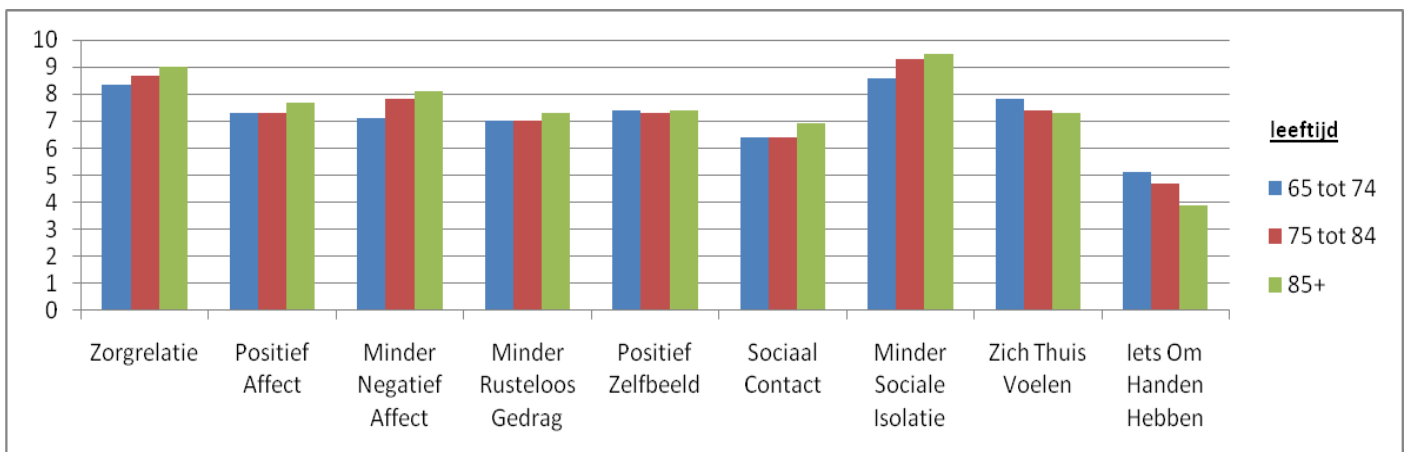
De evaluatie van de sociale contacten is niet negatiever bij de oudste ouderen. Het is een grote uitdaging om bij thuiswonende, kwetsbare ouderen zinvolle tijdsbesteding te voorzien.

Rusteloos gedrag scoort 7,1 op 10. Zo is 11% van de ouderen vrijwel dagelijks rusteloos. Het *positief zelfbeeld* krijgt een gemiddelde score van 7,3 op 10. Meer dan een derde van de ouderen laat eenmaal per week of vaker blijken zichzelf niets waard te vinden. Hier zijn geen verschillen merkbaar naar geslacht of leeftijdscategorie. *Positief affect* scoort met 7,4 op 10 eveneens gemiddeld. De helft van de ouderen kan vrijwel dagelijks genieten van dingen in het dagelijkse leven. *Thuis voelen* scoort ongeveer hetzelfde en 4 op 10 ouderen geeft aan zich in zekere mate opgesloten te voelen. Achter de gemiddelde score van 7,7 op *negatief affect* schuilt een verschil tussen mannen en vrouwen. Vrouwen scoren met 7,4 significant lager dan de 8,4 bij mannen. De jongste ouderen hebben vaker last van negatieve affecten. Zo maakt 9% van de 65 tot 74-jarigen vrijwel dagelijks een angstige indruk in vergelijking met 3% bij de 85+'ers.

De score voor *zorgrelatie* kent met een score van gemiddeld 8,7 en een standaarddeviatie van 1,6 een zeer beperkte spreiding. Extreem slechte zorgrelaties zijn dus eerder zeldzaam. Zo heeft 87% van de ouderen nooit conflicten met verzorgenden. *Sociale isolatie* is met een score van 9,2 het minst negatief beoordeeld. Bij 9 op 10 kwetsbare ouderen is er geen sprake van sociaal isolement. Ook hier gaat het beter met de oudste leeftijdscategorieën. Toch mag dit niet verwaarloosd worden, want 14% wijst eenmaal per week of vaker contact met anderen openlijk af en 1 op 10 wordt afgewezen door anderen. Opvallend is dat 85+'ers minder sociaal geïsoleerd zijn. Zo wijst 19% van de 65 tot 74-jarigen eenmaal per week of vaker openlijk contact met anderen af ten opzichte van 7% bij de 85-plussers.

Deze cijfers geven een heterogeniteit weer in de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen. Er is een onderscheid tussen de verschillende dimensies.

Figuur 3 geeft de gemiddelde score voor jonge en oudere ouderen op de verschillende dimensies van levenskwaliteit weer. De horizontale as bevat de verschillende dimensies weer. Een hogere score op de verticale as, met een maximum van 10, staat telkens voor een betere kwaliteit van leven. Zo vertonen 85-plussers gemiddeld



Figuur 3: Dimensies van kwaliteit van leven naar leeftijdscategorie

minder negatieve affecten, zijn ze minder sociaal geïsoleerd, maar hebben ze minder om handen zonder hulp van anderen in vergelijking met jongere ouderen. Voor de overige dimensies zijn er geen significante verschillen tussen de leeftijdscategorieën. Ouder worden op zich betekent dus niet dat de kwaliteit van leven automatisch afneemt.

Negatieve stereotypingen rond verouderen en een afnemende levenskwaliteit zijn problematisch omdat ouderen deze internaliseren. Experimenteel onderzoek heeft aangetoond dat dit leidt tot een lagere fysieke en mentale gezondheid en meer stressreacties zoals een hogere bloeddruk en hartslag. De 'Age Concern and the Mental Health Foundation' uit Leeds stelt daarom dat de "the most effective way to improve mental health and wellbeing would be to improve public attitudes to older people and mental health". Na controle voor de ernst van depressieve gevoelens, geheugenproblemen en zorgafhankelijkheid zorgt een hogere leeftijd inderdaad voor een lagere score op de dimensie 'positief zelfbeeld'.

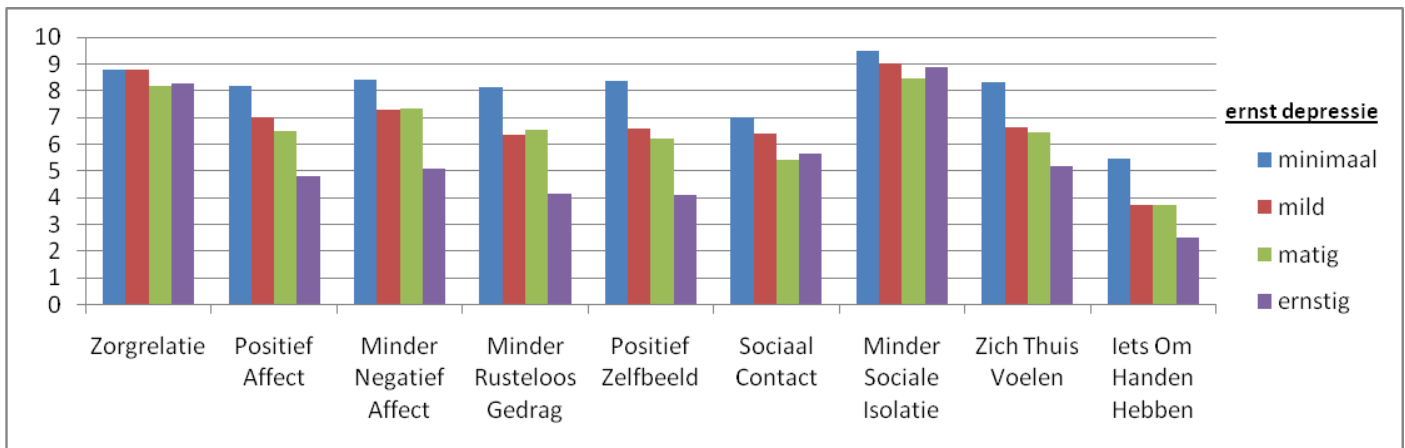
In Vlaanderen bestaat er momenteel weinig vergelijkingsmateriaal om de scores op de verschillende dimensies en de relatieve levenskwaliteit in te schatten. De Qualidem vragenlijst is in 2008 en 2009 wel in twee Belgische rusthuizen afgenomen bij 77 ouderen met een gemiddelde leeftijd van 86 jaar (de Rooij *et al.*, 2010). De opvallendste verschillen met de resultaten over zorgbehoevende thuiswonende ouderen uit de Vlaamse Ouderen Zorg Studie zijn de grotere problemen van sociale isolatie en rusteloos gedrag in een residentiële zorgsetting.

2. Wat is de relatie tussen de ernst van depressieve gevoelens en levenskwaliteit?

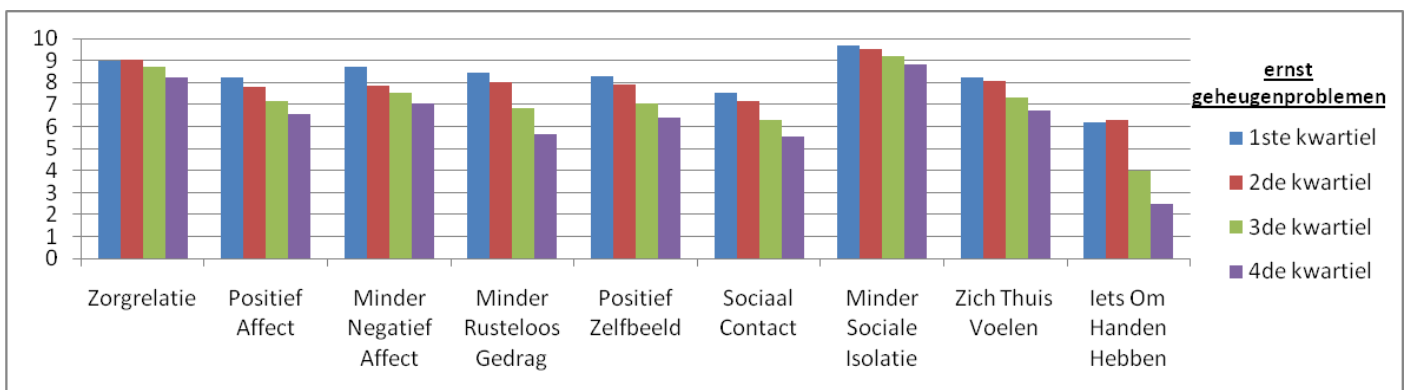
In een studie van Ettema (2007) werd een sterke negatieve correlatie gevonden tussen de ernst van depressieve gevoelens en de kwaliteit van leven bij ouderen in een verpleeghuis. Ook bij de groep van kwetsbare ouderen in de thuisituatie hebben ouderen met depressieve gevoelens een duidelijk lagere levenskwaliteit. Figuur 4 geeft de samenhang weer tussen de ernst van depressieve gevoelens en de score op de verschillende dimensies van levenskwaliteit.

Meer depressieve gevoelens gaan samen met minder positieve affecten, meer negatieve affecten, meer rusteloos gedrag, een minder positief zelfbeeld, minder sociale contacten, meer sociale isolatie, zich minder goed thuis voelen en minder om handen hebben. Dit onderstreept het belang van deskundigheid in enerzijds de preventie en anderzijds het herkennen van depressieve gevoelens. Oorzaak en gevolg zijn moeilijk uit elkaar te halen bij levenskwaliteit en depressieve gevoelens. Voorkomen dat minimale of milde depressieve problemen ernstiger worden, is nodig om de levenskwaliteit te waarborgen.

De zorgrelatie lijdt echter niet onder de toename van depressieve gevoelens ($r = -0.06$; $p = 0.31$). Dit is bemoedigend voor de relatie van de oudere met professionele en informele zorgverleners. Merk evenwel op dat dit de perceptie van de mantelzorger is en dat die niet noodzakelijk overeenkomt met de beleving van de oudere zelf.



Figuur 4: Samenhang tussen ernst depressieve gevoelens en levenskwaliteit



Figuur 5: Samenhang tussen ernst geheugenproblemen en levenskwaliteit

3. Wat is de relatie tussen de ernst van geheugenproblemen en levenskwaliteit?

Ernstigere geheugenproblemen hebben een negatieve invloed op alle dimensies van de levenskwaliteit. Figuur 5 geeft deze graduele, allesomvattende negatieve samenhang weer wanneer de geheugenproblemen opgedeeld zijn in kwartielen. Het vierde kwartiel bevat de ouderen met de ernstigste geheugenproblemen en de laagste levenskwaliteit. Ook al blijft dementie een ziekte die niet goed te behandelen is, toch zijn interventies mogelijk om het geheugen van ouderen, en zo hun levenskwaliteit, te verbeteren (Woods *et al.*, 2006).

Besluit

‘De’ levenskwaliteit van kwetsbare ouderen bestaat niet. Kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen ervaren niet allemaal ofwel een goede ofwel een slechte kwaliteit van leven. Een multidimensionele benadering door de ogen van de zorgverleners en de ogen van de mantelzorgers is nodig om de levenskwaliteit van de oudere op verschillende domeinen genuanceerd in te schatten.

Ernstigere geheugenproblemen en depressieve gevoelens hangen samen met de levenskwaliteit van thuiswonende ouderen. Ouderen met ernstigere geheugenproblemen en depressieve gevoelens hebben minder positieve affecten, meer negatieve affecten, meer rusteloos gedrag, een minder positief zelfbeeld, minder sociale contacten, zijn meer sociaal geïsoleerd, voelen zich minder goed thuis en hebben minder om handen.

Aanbevelingen voor het werkveld

Voor de professionele zorgverleners in de eerste lijn is het belangrijk om:

- Aandacht te hebben voor niet medische levenskwaliteit-uitkomsten waarbij er met de ernst van de geheugenproblemen en depressieve gevoelens rekening gehouden wordt.
- In de basis- en vervolgopleidingen voor zorgverleners is meer ruimte nodig voor het omgaan met (beginnende) dementie en depressie bij ouderen, en ethische reflectie.
- Naast generieke competenties is er ook nood aan functiedifferentiatie en specifieke competenties bij het personeel uit de thuiszorg. Zo zou men nog meer dan nu het geval is, kunnen werken met referentiedeskundigen voor dementie en depressie.
- Meer deskundigheid op te bouwen in de preventie, detectie en vroegsignalering van depressieve gevoelens.

Aanbevelingen voor de overheid

- De verschillende dimensies van kwaliteit van leven moeten meer als een uitkomst van een proces van zorgverlening gemeten en geïnterpreteerd worden. Het monitoren van kwaliteit van leven tussen zorgsettings en doorheen de tijd kan als een resultaatgerichte indicator bijdragen tot een efficiëntere en effectievere zorgverlening.

- Het waarborgen van de levenskwaliteit kan niet losgekoppeld worden van de bedreiging van toenemende depressieve gevoelens en geheugenproblemen.
- De reële problematiek van een beperkte zinvolle tijdsbesteding door onvoldoende sociale contacten en te weinig om handen hebben moet aangepakt worden (bv. door ergotherapie in de thuiszorg verder uit te bouwen).
- Een genuanceerde en realistische beeldvorming over de levenskwaliteit van kwetsbare, thuiswonende ouderen is nodig. De oudste ouderen hebben geen slechtere levenskwaliteit dan de jongste ouderen, dus negatieve stereotyperingen daaromtrent moeten bestreden worden.

Referenties

- Bengtson V., Daphna G., Norella M. Putney & Merrill S. (Eds.) (2009). *Handbook of Theories of Aging, 2nd Edition*. New York: Springer.
- Brodaty, H., Low, L. F., Gibson, L., & Burns, K. (2006). What Is the Best Dementia Screening Instrument for General Practitioners to Use? *American Journal of Geriatric Psych, 14*.
- Colombo, F. Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- de Rooij, A., Luijkx, K., Schols, J., Vermeulen, B., Declercq, A. (2010). Small-scale living facilities in the Netherlands and Belgium. A longitudinal study on patient outcome. Older Persons: the future of care. Rotterdam, The Netherlands, 4-7 October 2010.
- Edelman, P., Fulton, B. R., Kuhn, D. & Chang, C. (2005). A comparison of three methods of measuring dementia-specific quality of life: Perspective of residents, staff and observers. *The Gerontologist, 45*, 27-36.
- Ettema, T. P., de Lange, J., Droes, R. M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). Handleiding Qualidem. Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen.
- Ettema, T. P., Droes, R. M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*, 549-556.
- Eurostat (2010). Europe in figures: Eurostat yearbook 2010. Luxembourg: Eurostat. European Commission.
- Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vanderfaellie, J., Maes, L., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2008). *De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's*. (SWVG-rapport). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Sangl, J., Buchanan, J., Cosenza, C., Bernard, S., Keller, S., Mitchell, N., et al. (2007). Development of a CAHPS instrument for nursing home residents (NHCAHPS). *Journal of Aging and Social Policy, 19*, 63-82.
- Sheik, J.I., Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A guide to Assessment and Intervention*, pp.165-173, New York: The Haworth Press.
- Shulman, K. I., Herrmann, N., Brodaty, H., Chiu, H., Lawlor, B., Ritchie, K. et al. (2006). IPA survey of brief cognitive screening instruments. *International Psychogeriatrics, 18*, 281-294.
- Skevington, S.M. (1999). Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL- 100. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 449-459.
- Van Audenhove, C., Spruytte, N., Detroyer, E., De Coster, I., Declercq, A., Ylief, M., Squelard, G., Misotten, P. (2009). *De zorg voor personen met dementie: perspectieven en uitdagingen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Verlet, D. (2010). De kwaliteit van het leven in het vizier. Een inleidende situering. In: Verlet, D. & Callens, M. (red.). *De kwaliteit van het leven, een mozaïek van het dagelijks leven*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, 11-34
- Vermeulen, B., Declercq, A. (2010). Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken, SWVG Feiten & Cijfers 4 (VoZs).
- Vermeulen, B., Demaerschalk, M., Declercq, A. (2011). *De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport*. (SWVG-rapport). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Woods B, Thorgrimsen L, Spector A, et al. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging Mental Health 10*(3), 219-226.

Tabel 3: Antwoordverdelingen op de dimensies van Qualidem (in %)

Zorgrelatie	Nooit	Hoogstens eenmaal per week	Enkele keren per week	Vrijwel dagelijks
Wijst hulp van verzorgende af	87	7	3	3
Is boos	59	27	9	4
Heeft conflicten met verzorgenden	87	8	2	2
Beschuldigt anderen	82	11	5	2
Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	5	5	19	71
Accepteert hulp	1	7	19	73
Heeft kritiek op de gang van zaken	57	26	11	7
Positief affect				
Is vrolijk	7	14	39	39
Heeft een tevreden uitstraling	7	8	30	55
Kan genieten van dingen in het dagelijks leven	8	12	30	51
Is goed gestemd	5	8	33	54
Heeft een glimlach om de mond	9	9	30	52
Stemming is positief te beïnvloeden	9	18	31	42
Negatief affect				
Maakt een angstige indruk	64	19	12	5
Is verdrietig	34	37	24	5
Huilt	65	25	8	2
Rusteloos gedrag				
Maakt rusteloze bewegingen	53	16	20	12
Is rusteloos	47	26	16	11
Heeft een gespannen lichaamstaal	57	22	15	6
Positief zelfbeeld				
Geeft aan meer hulp te willen	61	20	15	4
Geeft aan niets te kunnen	43	18	20	19
Laat blijken zichzelf niets waard te vinden	63	20	12	6
Sociaal contact				
Heeft contact met anderen	4	15	32	48
Reageert positief bij toenadering	5	8	24	64
Zorgt voor anderen	66	10	10	13
Sluit zich af van de omgeving	77	11	5	7
Trekt vriendschappelijk op met één of meer vrienden, kennissen of familieleden	23	27	25	25
Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen	5	9	25	61
Sociale isolatie				
Wordt afgewezen door anderen	90	7	2	2
Wijst contact met anderen openlijk af	86	7	5	2
Roept	84	6	6	4
Zich thuis voelen				
Geeft aan dat hij of zij zich verveelt	51	22	18	10
Geeft aan zich opgesloten te voelen	61	21	13	5
Iets om handen				
Heeft bezigheden zonder hulp van anderen	34	11	21	34
Helpt graag mee met karweitjes	40	21	18	21

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove