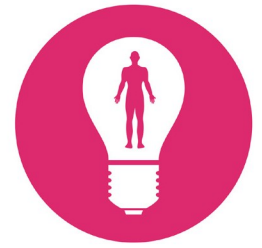


CASCADE



Gemeenschapsgebieden voor
duurzame zorg en uitmuntendheid op
het gebied van dementie in Europa

holistic person centred care
in the community

Positive public perception

Living live to the full

save environment for independent living

strengths based approach

Dignity

Communication, Autonomy, Respect
and Empowerment (CARE)



CASCADE

Interreg Europe / Operational 2014-2020

Eindrapport
Bevindingen van de
evaluatiestudie van het
CASCADE-model op
twee
implementatielocaties
in Nederland.
België

Irina Sangeorzan(1), Anne Martin(1),
Professor Eleni Hatzidimitriadou(1), Dr
Raymond Smith(1),
Dr Sabina Hulbert(2),
Dr Toni Wright(1)

(1)Faculty of Medicine Health and Social
Care, Canterbury Christ Church University
(2)Centre for Health Services Studies,
University of Kent

Voorwoord

Community Areas of Sustainable Care and Dementia Excellence in Europe (CASCADE) was een grensoverschrijdend samenwerkingsverband van zorgverleners, dementie-experts en academici uit België, Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Het CASCADE-project vond plaats tussen april 2017 en maart 2023. De

Het CASCADE-project bestond uit vier implementatiesites, waarvan twee in België en twee in het Verenigd Koninkrijk. In België implementeerden Holy Hart Elderly Care in de gemeente Kortrijk en Emmaüs (woonzorgcentrum Ten Kerselaere) in de gemeente Heist-op-den-Berg het CASCADE-model.

Dit rapport presenteert de outputs 2.2, 2.3, 2.4 en 2.5 van Werkpakket 3 'Evaluatie', met de nadruk op de implementatiesites in België.

Erkenningen

De auteurs zijn alle deelnemers aan het evaluatieonderzoek en de partners van Heilig Hart en Emmaüs dankbaar voor hun bijdragen en ondersteuning bij het verzamelen van de gegevens. De auteurs willen HZ University of Applied Sciences bedanken voor de instrumentele rol bij het faciliteren van de gegevensverzameling. De auteurs erkennen de steun van andere partners van de CASCADE-werkgroep: East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust, Vlaams Expertisecentrum Dementie, Medway Community Healthcare, The Health and Europe Centre, Universiteit Rijssel 3 en ZorgSaam.

Financiering

Dit werk werd gefinancierd door het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling in het kader van het Interreg 2 Zeeën Mers Zeeën Programma [2S02-038].

INHOUD

Voorwoord	2
Samenvatting	4
1. Inleiding	5
2. Evaluatiemethode	5
2.1 Opzet en methoden van gegevensverzameling	5
2.2 Gegevensanalyse	6
3. Bevindingen	8
3.1 Demografische kenmerken van de deelnemersgroepen	9
3.2 Sociaal-economische resultaten	12
3.3 Gedragsverandering bij belanghebbenden	12
3.4 Technologie Acceptatie	13
4. Conclusie	13
5. Peer-reviewed academische publicaties tot nu toe	13
6. Referenties	14
7. Bijlagen	16

LIJST VAN TABELLEN EN

Tabel 1. Methoden voor het verzamelen van gegevens en deelnemersgroepen	7
Figuur 1a. Geslachtsverdeling van de bewoners bij aanvang (T0)	8
Figuur 1b. Geslachtsverdeling van de bewoners bij aanvang (T0) per interventie- en controlegroep	8
Figuur 2. Leeftijdsverdeling van de bewoners bij aanvang (T0)	9
Figuur 3. Type dementiediagnose van de bewoners bij aanvang	9
Figuur 4. Aantal bewoners bij de uitgangssituatie (T0), (T1) en (T2)	10
Figuur 5. Gezondheidgerelateerde levenskwaliteit van bewoners	10
Figuur 6. EQ-5D-5L scores van bewoners per groep en onderzoekstijdstip	11
Figuur 7. Gezondheidsscores van bewoners per groep en studietijdstip	11
Figuur 8. Prevalentie van symptomen van depressie in de interventiegroep gemeten op de CSDD	12
Figuur 9. CSDD-scores van bewoners uit de interventiegroep per domein en tijdstip van onderzoek	12
Figuur 10. Scores van bewoners op de QoL-AD-schaal per studietijdstip	13
Figuur 11. Aantal gebruikte medicijnen per bewonersgroep en onderzoekstijdstip	14
Figuur 12. Aantal centraal zenuwstelsel modulerende medicatie gebruikt per bewonersgroep en studietijdstip	14
Figuur 13. Huisartsbezoeken van coassistenten per groep en studietijdstip	15
Figuur 14a. Scores van mantelzorgers op de domeinen van de AC-QoL-schaal naar studietijdstippen	15
Figuur 14b. Algehele veranderingen in de AC-QoL scores van mantelzorgers gedurende de onderzoekstijdstippen	16
Tabel 2. De incidentie van zorgveiligheids- en kwaliteitsindicatoren per bewonersgroep en onderzoekstijdstip	16
Figuur 15. Beoordeling van kwaliteit van interacties in de zorg per studietijdstip	17
Afbeelding 16. Feedback van gebruikers over de vakantie met zorg bij Emmaüs	18
Figuur 17. Scores van het personeel op de houding ten opzichte van gedragservaringen	18
Figuur 18. Personeelsscores op het domein spanning in het verlenen van zorg	19
Figuur 19. Personeelsscores op het domein emotionele reacties in de zorg	19
Figuur 20. Personeelsscores op de persoonsgerichte praktijkindex naar domein en tijdstippen	20

Samenvatting

De prevalentie van dementie in Europa, met inbegrip van dementie op jonge leeftijd, is de afgelopen tien jaar toegenomen (Alzheimer Europe, 2022), met de bijbehorende vraag naar geschoolde arbeidskrachten en goede zorgnormen. Dementie wordt slecht begrepen binnen de bestaande zorgmodellen en aan de behoeften van mensen met dementie wordt vaak niet voldaan (Smith et al, 2021). Het CASCADE-partnerschap, bestaande uit zorgverleners, academici en dementie-experts, heeft samen een communautair geïntegreerd model ontwikkeld om de uitdagingen in de zorgverlening aan te pakken en de autonomie van mensen met dementie te bevorderen. Dit rapport presenteert de evaluatiestudie van het proces en de resultaten van de implementatie van het CASCADE-model in twee woonzorgomgevingen in België. Er werd gebruik gemaakt van een gemengde methodologie met vragenlijsten bij volmacht, zelfgerapporteerde vragenlijsten, focusgroepen en interviews om gegevens te verzamelen op de baseline en twee follow-up tijdstippen.

De belangrijkste bevindingen wezen op verbeteringen in de resultaten van bewoners, personeel en mantelzorgers, met name:

- Bewoners die zorg kregen volgens het CASCADE-model (interventiegroep) ervoeren meer verbeteringen in de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven in vergelijking met de controlegroep.
- Deze positieve verandering bij de bewoners werd weerspiegeld in verbeteringen in de mate van depressie en een vermindering in het gelijktijdig gebruik van medicijnen.
- De indicatoren voor veiligheid en kwaliteit van zorg lieten goede zorgstandaarden zien voor de interventie- en controlegroepen.
- De door de CASCADE-partners ontwikkelde trainingsmiddelen werden gekoppeld aan gedragsveranderingen bij het personeel en de gemeenschappen rondom de twee tehuizen.
- Het CASCADE-trainingsprogramma voor personeel werd zeer geprezen en het effect ervan werd groter geacht als het een praktijkgerichte aanpak met interne begeleiding bevatte.
- Medewerkers meldden een herkenbare verschuiving naar een gerichte focus op persoonsgerichte zorg en verbeteringen in hun emotionele reacties.
- Het personeel waardeerde in grote mate het gebruik van technologie om de zorg te ondersteunen, maar zag ook de warmte van een menselijke aanraking als onvervangbaar.
- Een chronisch personeelstekort dat weerspiegeld wordt op de arbeidsmarkt en gefragmenteerde informatiesystemen in thuis-, ziekenhuis- en woonzorgomgevingen waren voortdurende uitdagingen.
- Uit de meningen van de gemeenschap blijkt dat het bewustzijn over dementie is verbeterd. Er is meer

1. Inleiding

Het rapport geeft inzicht in de effectiviteit van het CASCADE-model zoals dat in België is geïmplementeerd. Het personeel dat het CASCADE-model toepaste, kreeg een training die voorafging aan de implementatie. Vier groepen belanghebbenden namen deel aan het evaluatieonderzoek, waarbij een gemengde aanpak werd gebruikt om kwantificeerbare interventieresultaten en kwalitatieve 'doorleefde' ervaringen met de implementatie van het CASCADE-programma vast te leggen. De basisgegevens werden verzameld voorafgaand aan de kerntoertraining voor het personeel die was afgestemd op het CASCADE-model, getiteld 'You and Me, Together we are Human'. De evaluatie hield ook rekening met elementen van leren en ontwikkeling van het personeel, sociaal economische resultaten en de acceptatie van technologie in de dementiezorg.

In de volgende secties geven we een korte beschrijving van de evaluatiemethode, de belangrijkste bevindingen, conclusies en aanbevelingen.



2. Evaluatiemethode

2.1 Opzet en methoden van gegevensverzameling

De evaluatiestrategie bestond uit een gemengde methodenaanpak met kwantitatieve metingen van gezondheid, welzijn en serviceverbeteringen en kwalitatieve methoden die de ervaringen van het personeel tijdens de implementatie van het CASCADE-model onderzochten. Een quasi-experimenteel ontwerp waarin verpleeghuisbewoners werden ingedeeld in een interventie- en controlegroep werd gebruikt om de invloed van het model op de resultaten voor mensen met dementie te beoordelen. De interventiegroep ontving zorg die was afgestemd op het CASCADE-model, terwijl de controlegroep routinematige zorg ontving. De theorie van verandering (De Silva et al., 2014) die ten grondslag lag aan het quasi-experimentele ontwerp was gebaseerd op de aanname dat zorg op maat volgens het CASCADE-model resulteert in meetbare uitkomsten voor bewoners, personeel en mantelzorgers. De COVID-19 pandemie beïnvloedde het evaluatieplan, waardoor onvermijdelijke vertragingen in de gegevensverzameling ontstonden. De gegevens werden verzameld tussen september 2021 en juli 2022 met drie tijdstippen, waaronder de baseline (T0), eerste follow-up (T1) en tweede follow-up (T2). Elke deelnemer kreeg een unieke code toegewezen die consequent werd gebruikt tijdens de evaluatiestudie om gegevens over individuen te anonimiseren.

Tabel 1 toont de methoden die zijn gebruikt voor het verzamelen van gegevens en de deelnemersgroepen van

de evaluatiestudie. Gedetailleerde informatie over de instrumenten voor gegevensverzameling is opgenomen in Bijlage 1.

Tabel 1. Methoden voor het verzamelen van gegevens en deelnemersgroepen

Maatregelen	T0		T1		T2		Gebied van verandering	Voltooid door
Mensen met dementie (N=36) Interventiegroep (I) =20 Controlegroep (C) = 16								
Bekijk medische dossiers voor:	I	C	I	C	I	C		
• Vallen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kwaliteit van zorg- en serviceverbeteringen	Aangewezen klinisch personeel op projectlocatie
• Urineweginfectie	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
• Polyfarmacie	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
• Onbedoeld gewichtsverlies	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Gebruik van middelen bij dementie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Welzijn	Volmacht vragenlijst
Cornell-schaal voor Depressie bij dementie (CSDD)	✓		✓		✓		Welzijn	Klinisch personeel op projectuitvoeringslocatie
Kwaliteit van leven bij de ziekte van Alzheimer (QOL-AD)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Kwaliteit van leven	Volmacht ingevuld door personeel
EQ-5D-5L	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit	Volmacht ingevuld door personeel
Kwaliteit van Interactieschema			✓	✓	✓	✓	Serviceverbeteringen	Onderzoeker met personeel
Mantelzorgers (alleen interventiegroep) (N=8)								
Kwaliteitsschaal voor volwassen verzorgers (Ac-QoL)			✓		✓		Welzijn	Zelf ingevuld
Focusgroep discussies			✓		✓		Algemene ervaringen	Onderzoeker gefaciliteerd
Personeel (N=16)								
Persoonsgerichte praktijkindex voor personeel (PCPI-S)			✓		✓		Persoonlijke relaties	Zelf ingevuld
Spanning en emotioneel reactie bij dementie zorgschaal	✓		✓		✓		Houding en welzijn van personeel	Zelf ingevuld
Contactformulier	Tijdens de implementatie				✓	✓	Acceptatie van technologie	Personeel
Online enquête			✓		✓		Reacties en leren	Zelf ingevuld
Normalisatievragenlijst			✓		✓		Gedragsverandering na de training	
Interviews			✓		✓		Ervaringen met het leveren van CASCADE	Onderzoeker vergemakkelijkt

Focusgroep discussies	√	√	Algemene ervaringen	Onderzoeker gefaciliteerd
Lokale gemeenschap rondom woonhuizen (N=27)				
Online enquête	Tijdens de implementatie		Bewustwording en gedragsverandering	Zelf ingevuld

2.2 Gegevensanalyse

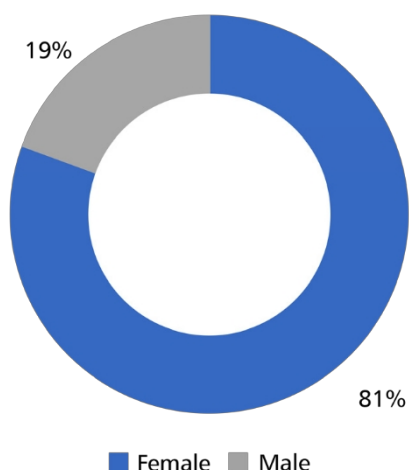
Kwantitatieve gegevens werden geanalyseerd met SPSS v.26 en Microsoft Office Excel (2016). Deelnemers met meer dan 20% ontbrekende gegevens werden verwijderd uit statistische analyses. Niet-parametrische toetsen werden gebruikt om verschillen tussen tijdstippen en tussen de interventie- en controlegroepen te vergelijken. Voor alle statistische analyses werd een significantieniveau van 5% ingesteld en de testresultaten werden gerapporteerd aan de hand van gemiddelden, medianen, standaarddeviaties en exacte p-waarden. Sjabloonanalyse (Brooks et al., 2015) werd gebruikt om tekstuele gegevens die met kwalitatieve methoden waren verzameld, te coderen en te analyseren. Een codeersjabloon met brede a priori codes, waaronder context, implementatie en mechanismen (Moore et al., 2015) begeleidde het in kaart brengen van de gegevens. Bijlage 1 bevat meer details over de instrumenten van het evaluatieonderzoek.

3. Bevindingen

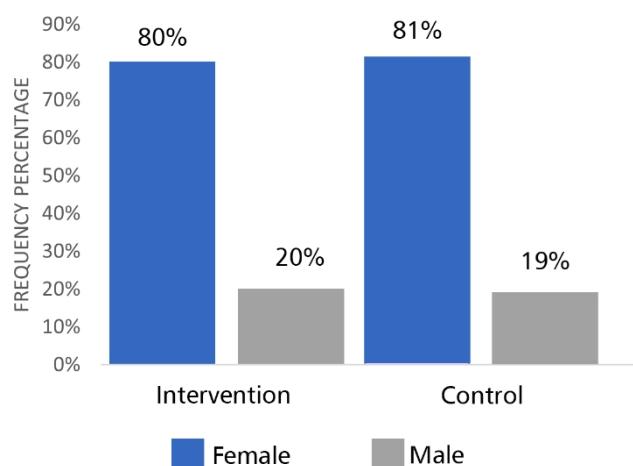
Dit hoofdstuk bevat demografische kenmerken van deelnemersgroepen. De kenmerken van de bewoners worden in meer detail gepresenteerd, inclusief de verdeling over geslacht, leeftijd, dementiediagnoses en veranderingen in de steekproefgrootte. Uitkomsten die worden gepresenteerd onder het aspect sociaaleconomische evaluatie omvatten veranderingen in gezondheid en algemene leefomstandigheden en verbeteringen in de dienstverlening. Bevindingen over de verandering in gezondheid en algemene levensomstandigheden hebben betrekking op de resultaten van bewoners op het gebied van gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven, niveaus van depressie, polyfarmacie, gebruik van middelen bij dementie en de kwaliteit van leven van mantelzorgers. Verbeteringen in de dienstverlening omvatten veiligheid en kwaliteit van zorg, kwaliteit van interacties in de zorg en gebruikerstevredenheid. De gedragsverandering bij belanghebbenden heeft betrekking op het leren en ontwikkelen voor personeel en lokale gemeenschappen. De bevindingen omvatten ook de acceptatie van technologie, die deel uitmaakt van het CASCADE-model.

Demografische kenmerken van deelnemersgroepen

- Alle (n=16) personeelsleden waren vrouwen, variërend van 31 - 60 jaar oud (gemiddelde leeftijd 40).
- Alle gezinsverzorgers (6 vrouwen en 2 mannen) waren kinderen van bewoners tussen 53 en 69 jaar oud (gemiddelde leeftijd 60,25 jaar).
- De meerderheid (92%) van de respondenten van het buurtonderzoek identificeerde zich als vrouw met een leeftijd variërend van 24 tot 83 jaar (gemiddelde leeftijd 43,96).
- Op de baseline waren er 36 bewoners verdeeld over de interventie- (n=20) en controlegroep (n=16).
- De meerderheid (81%) van de bewoners was vrouw, zoals geïllustreerd in Figuren 1a & 1b. Deze uitsplitsing naar geslacht weerspiegelt de bredere incidentie van dementie in de algemene bevolking wereldwijd, die groter is bij vrouwen in vergelijking met mannen (Beam et al., 2018).

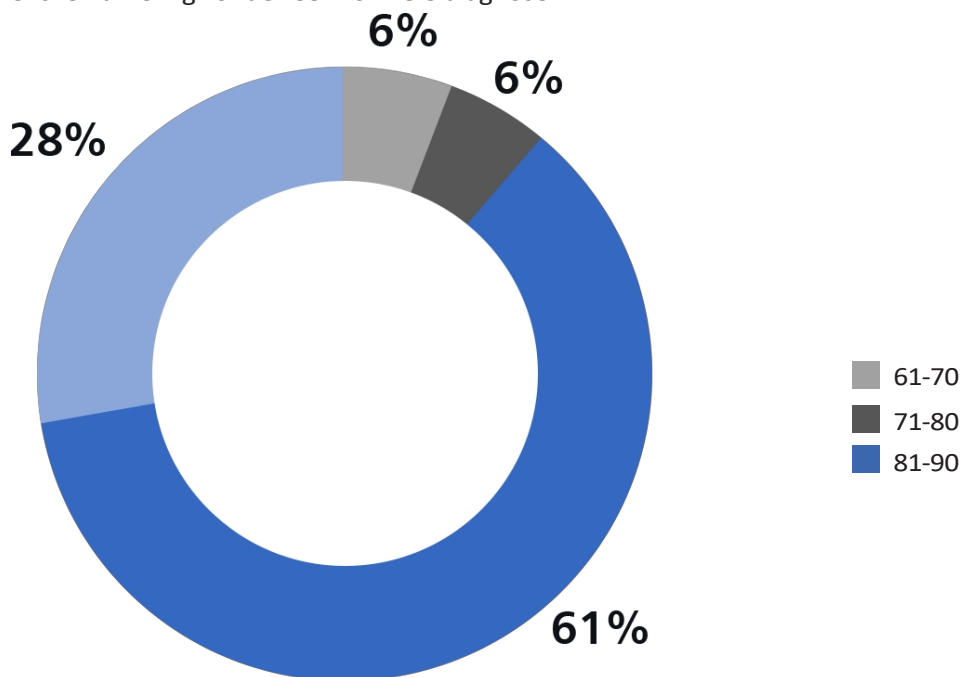


Figuur 1a. Geslachtsverdeling van de bewoners bij aanvang (T0)



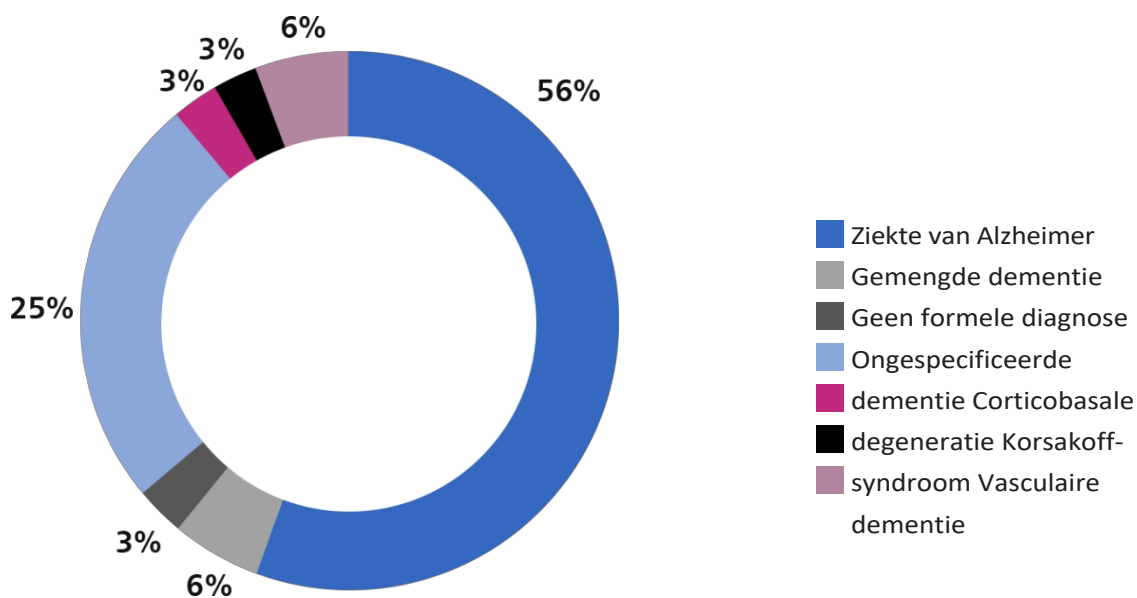
Figuur 1b. Geslachtsverdeling van de bewoners bij aanvang (T0) per interventie- en controlegroep

De meerderheid van de bewoners was tussen 81 en 90 jaar oud (Figuur 2) en was weduwe op het moment dat ze werden gerekruteerd voor het onderzoek. De meerderheid (97,2%) had een klinische diagnose van dementie op baseline, met uitzondering van één bewoner die symptomen vertoonde die overeenkwamen met dementie op het moment van gegevensverzameling zonder een formele diagnose.



Figuur 2. Leeftijdsverdeling van de bewoners bij aanvang (T0)

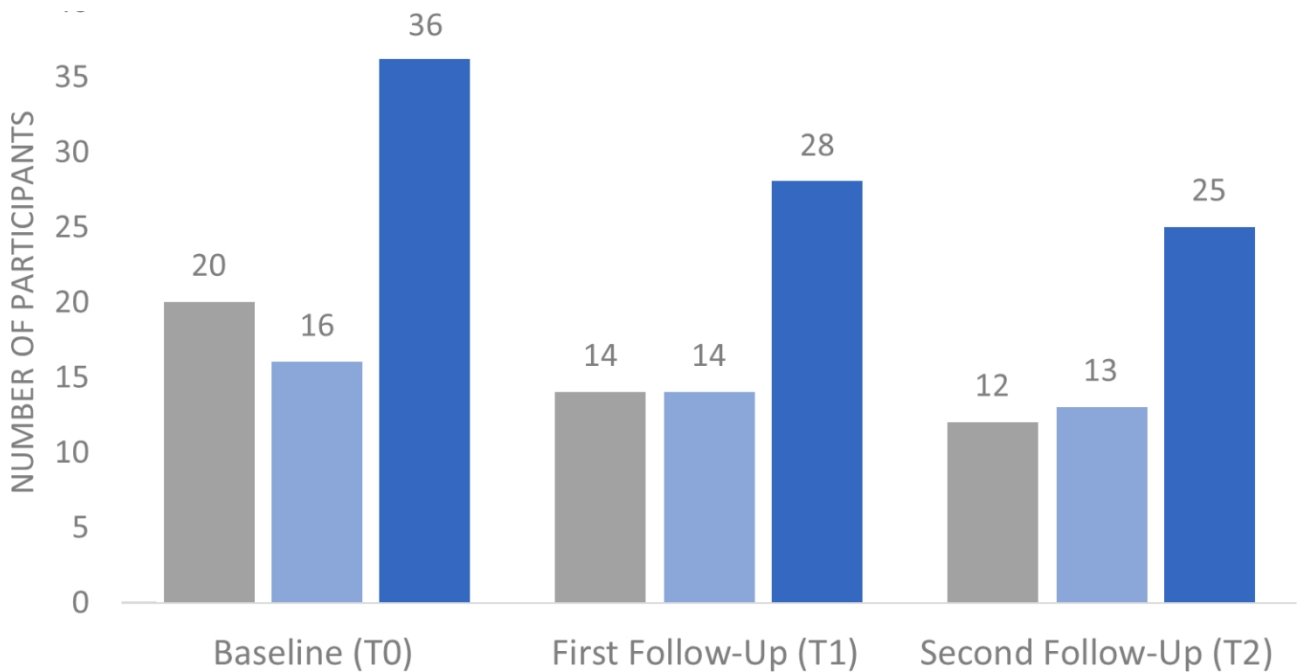
De ziekte van Alzheimer (AD) was de meest voorkomende diagnose met 56% van alle gevallen, gevolgd door ongespecificeerde dementie (25%). Gemengde en vasculaire dementie waren elk goed voor 6% van de totale steekproef van bewoners (figuur 3). Dit komt overeen met wereldwijde schattingen dat AD de meest voorkomende vorm van dementie is bij oudere volwassenen, wat suggereert dat de steekproef representatief was voor de bredere populatie.



Figuur 3. Type dementiediagnose van de bewoners bij aanvang

Uitval

- 25 coassistenten namen deel aan het onderzoek op alle drie de tijdstippen van de 36 coassistenten die bij aanvang werden geworven (Afbeelding 4).
- 11 coassistenten overleden tijdens het onderzoek, wat resulteerde in een uitval van 31% tussen T0 en T2.



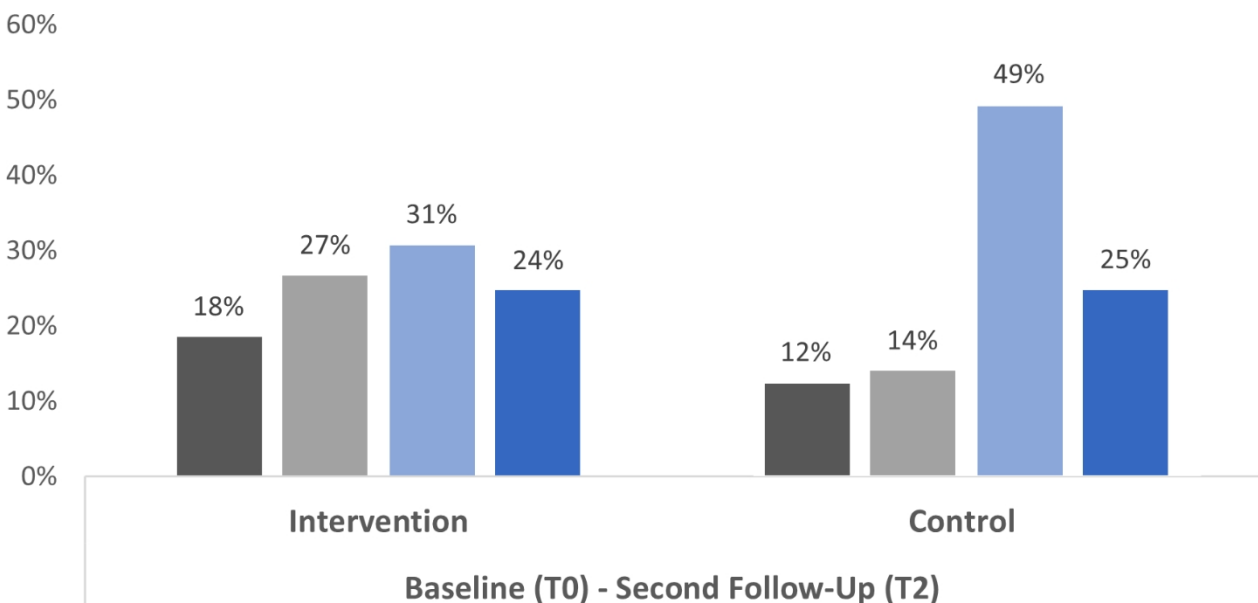
Figuur 4. Aantal bewoners bij de uitgangssituatie (T0), (T1) en (T2)

3.2 Sociaal-economische resultaten

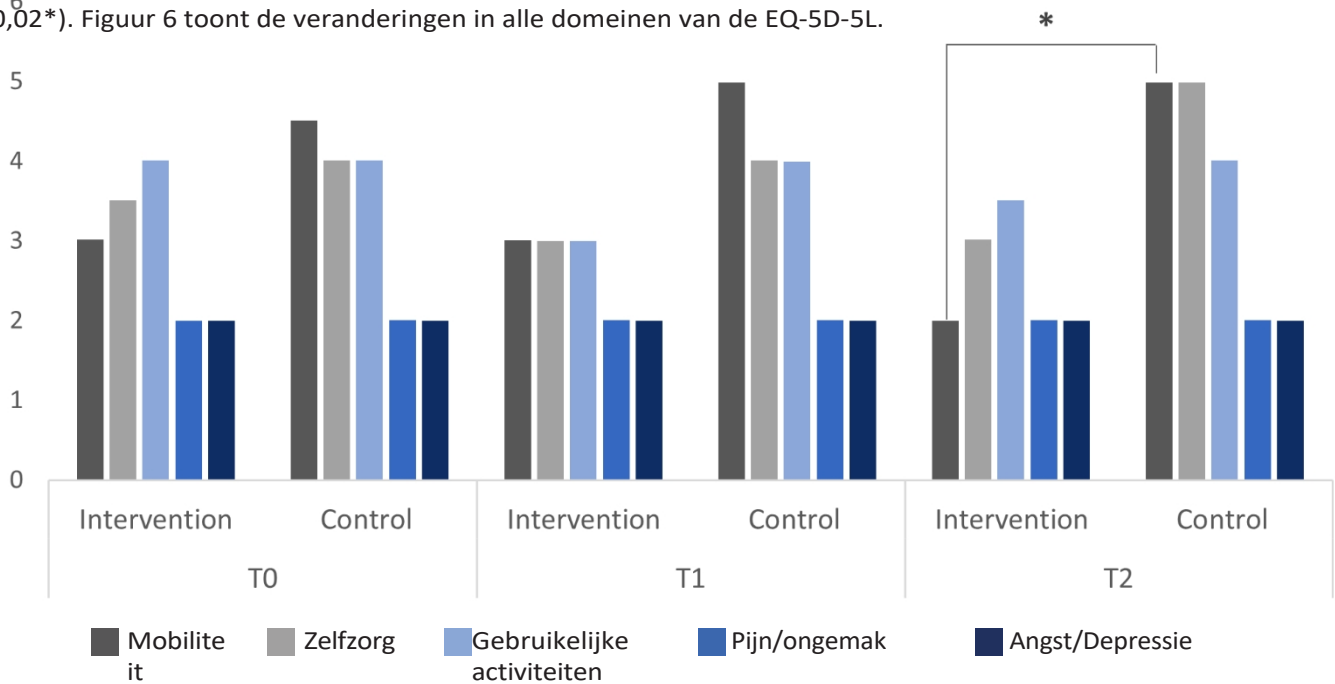
Verbeterde gezondheid en algemene levensomstandigheden

Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

De EQ-5D-5L vragenlijst werd gebruikt om de veranderingen van de bewoners in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te beoordelen. De Paretian Classification of Health Change (PCHC) analyse toonde aan dat bewoners in de interventiegroep vaker verbeteringen (18%) en gemengde veranderingen (27%) ervoeren dan de controlegroep (respectievelijk 12% en 14%) (figuur 5). De frequentie van verslechtering was vergelijkbaar tussen de interventie- (24%) en de controlegroep (25%). Bewoners in de controlegroep ervoeren echter vaker 'geen veranderingen' (49%) dan de interventiegroep (31%).

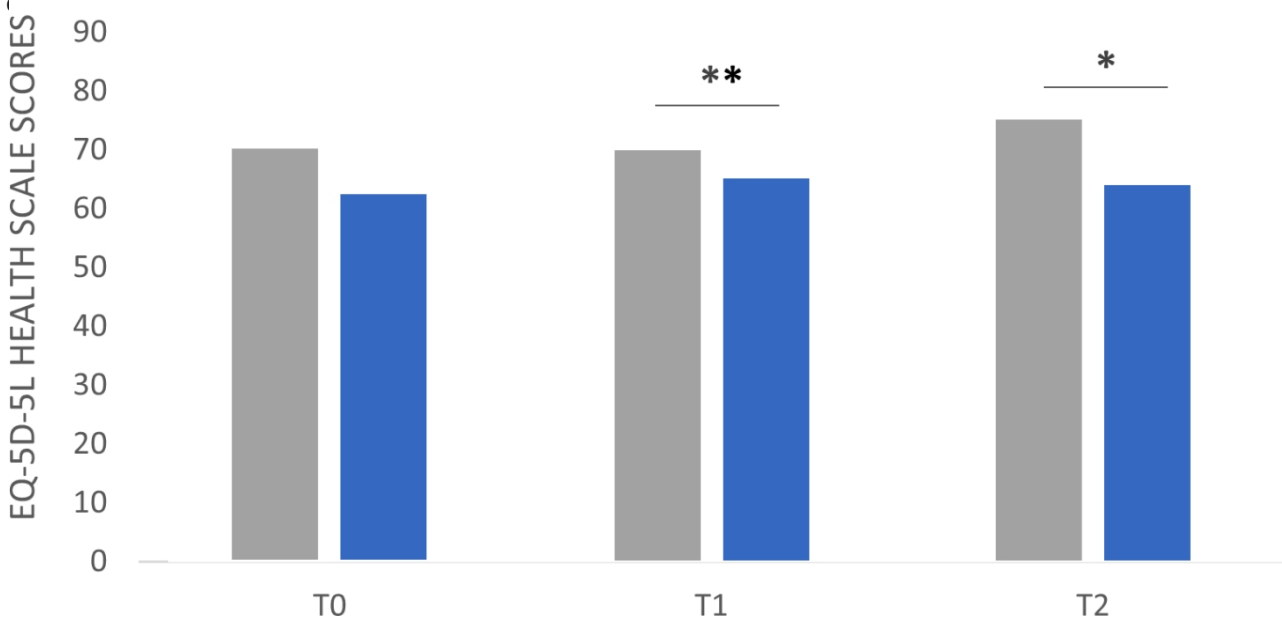


Waarneembare veranderingen wezen op een verbetering in 'mobiliteit' bij de bewoners in de interventiegroep die het CASCADE zorgmodel kregen tussen T1 en T2 (Figuur 6). Een vergelijkbare trend werd waargenomen in de dimensie 'zelfzorg' tussen T0 en T1. Omgekeerd lieten waarneembare verschillen zien dat deelnemers in de controlegroep een verslechtering ondervonden in 'mobiliteit' van T0 tot T1 en in 'zelfzorg' van T1 tot T2. Vergelijking tussen de interventie- en controlegroep liet zien dat bewoners in de controlegroep die routinezorg ontvingen op alle tijdstippen een slechtere 'mobiliteit', 'zelfzorg' en 'gebruikelijke activiteiten' hadden in vergelijking met hun tegenhangers uit de interventiegroep. Het verschil in mobiliteitsscores was statistisch significant op T2 ($p = 0,02^*$). Figuur 6 toont de veranderingen in alle domeinen van de EQ-5D-5L.



Opmerking: Lagere scores staan voor een betere kwaliteit van leven op een bepaalde dimensie. Figuur 6. EQ-5D-5L scores van bewoners per groep en onderzoekstijdstip.

Bewoners in de interventiegroep hadden statistisch significant hogere EQ-5D-5L gezondheidsscores op T1 ($p = 0,01^*$) en T2 ($p = 0,04^*$) vergeleken met die in de controlegroep. Aangezien gezondheidsindicatoren duidelijker zijn en daarom waarschijnlijk objectiever beoordeeld kunnen worden, suggereren deze resultaten een verbetering in de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven van de bewoners die de CASCADE-interventie kregen in vergelijking met

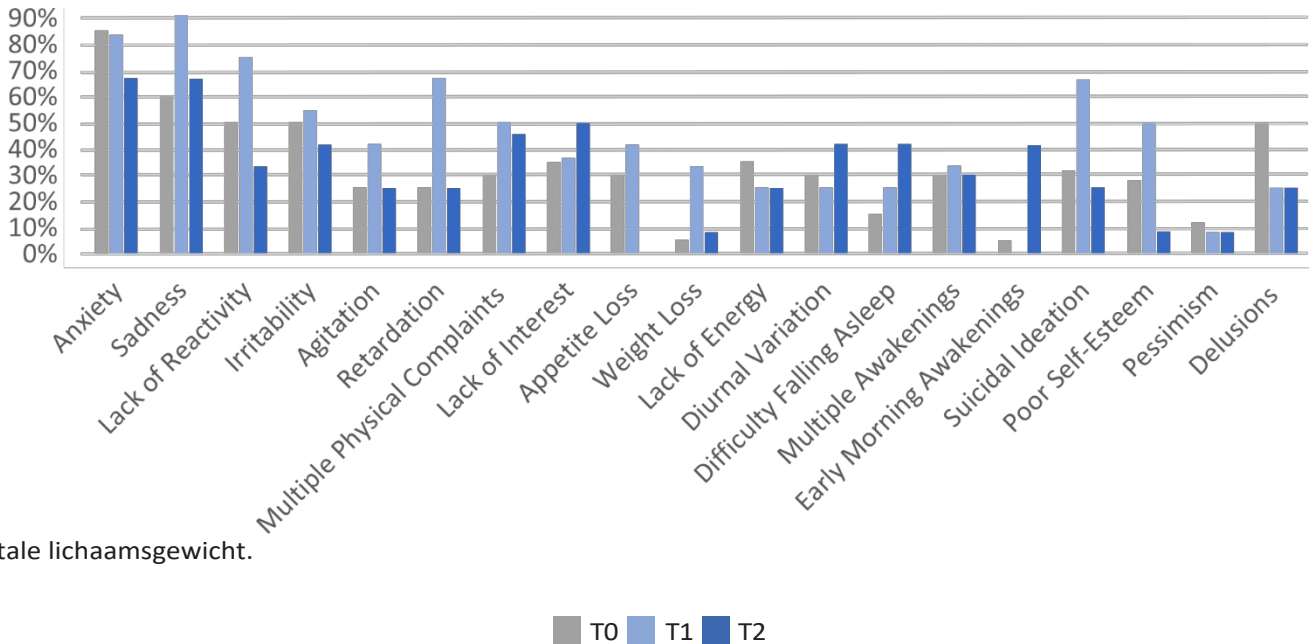


■ Interventie ■ Controle

Figuur 7. Gezondheidsscores van bewoners per groep en studietijdstip

Depressie en welzijn

Het welzijn van de bewoners in de interventiegroep werd beoordeeld door de prevalentie van symptomen van depressie te onderzoeken (figuur 8). Bij aanvang waren angst en somberheid de meest gerapporteerde symptomen (respectievelijk 60% en 85%), terwijl 's ochtends vroeg wakker worden en gewichtsverlies het minst werden gerapporteerd (respectievelijk 5% en 5%, respectievelijk). Met name angst en verdriet bleven de meest gerapporteerde symptomen van depressie op zowel T1 (respectievelijk 83% en 91%) als T2 (respectievelijk 67% en 67%). Het beoordelen van de ernst van dementie maakte geen deel uit van het evaluatieonderzoek. Het is echter waarschijnlijk dat de deelnemende bewoners matige tot ernstige dementie vertoonden, gezien het feit dat België in aanmerking kwam voor opname in langdurige residentiële zorg. Gewichtsverlies behoorde tot de symptomen die het minst werden ervaren op T0 en T2 (5,3% en 8,3%). Op T1 had 33% van de bewoners een onbedoeld gewichtsverlies van meer dan 15% van het

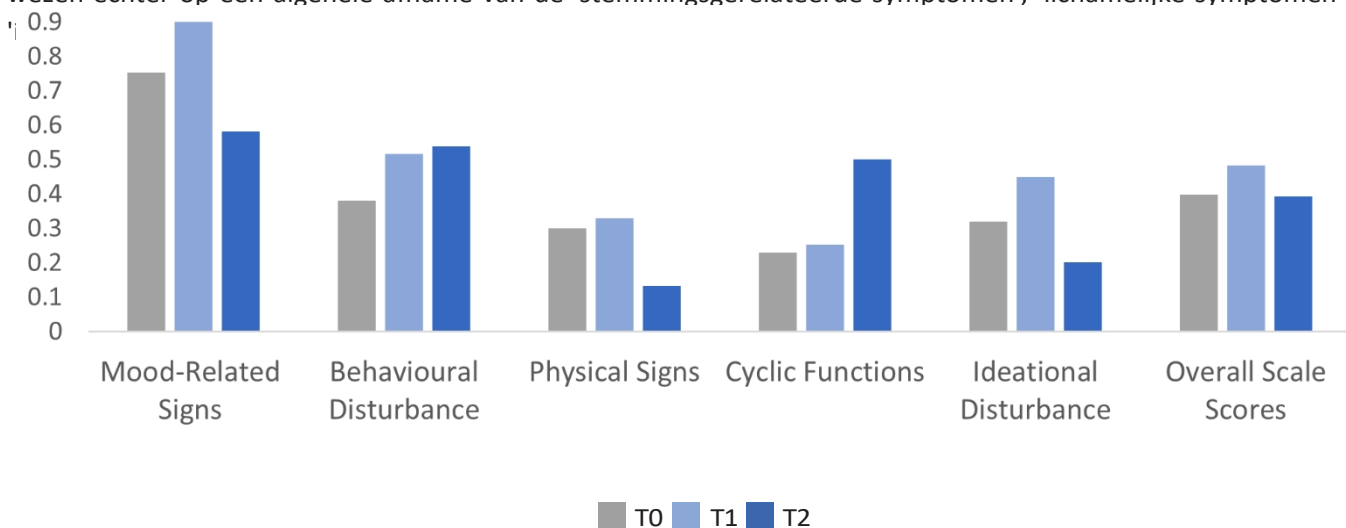


totale lichaamsgewicht.

Figuur 8. Prevalentie van depressiesymptomen in de interventiegroep gemeten op de Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

Het aantal bewoners met een klinische depressie (gemiddelde > 0,42) schommelde gedurende de onderzoeksperiode. Bij aanvang waren er zeven deelnemers met een klinische depressie. Op T1 waren vier van de zeven bewoners overleden. De proxy EQ-5D-5L scores van deze vier bewoners wezen op ernst in de domeinen mobiliteit, 'zelfzorg' en 'gebruikelijke activiteiten'. Het aantal bewoners met een klinische depressie nam af tot vijf voor zowel T1 als T2.

Er werden geen statistisch significante verschillen in depressiesymptomen van bewoners tussen de drie tijdstippen van het onderzoek vastgesteld. Dit kan te wijten zijn aan de kleine steekproefomvang. Waarneembare verschillen wezen echter op een algehele afname van de 'stemmingsgerelateerde symptomen', 'lichamelijke symptomen' en



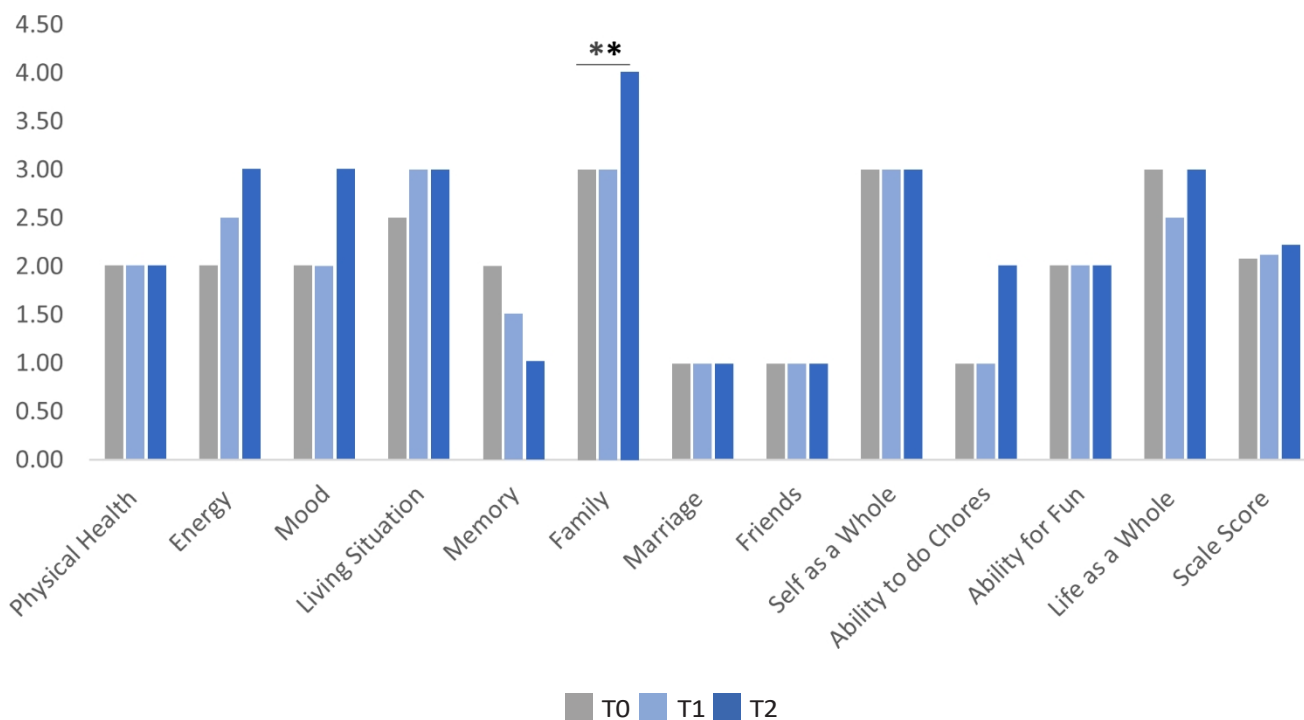
Figuur 9. CSDD-scores van bewoners uit de interventiegroep per domein en tijdstip van onderzoek

Correlatieanalyses tussen CSDD-scores van bewoners en scores voor de kwaliteit van leven bij de ziekte van Alzheimer (QoL-AD) wezen op een statistisch significant omgekeerd verband tussen de twee op T0 ($p=0,026^*$) en T2 ($p=0,009^{**}$). Dat wil zeggen,

bewoners in de interventiegroep een lagere kwaliteit van leven ervoeren wanneer symptomen van depressie meer voorkwamen. Deze resultaten tonen de validiteit aan van de maatregelen die werden gebruikt in de evaluatie, die aansluiten bij eerder onderzoek dat een verband legt tussen depressie en een verminderde kwaliteit van leven bij mensen met dementie (Chan et al., 2011; Stensvik et al., 2021).

Kwaliteit van leven van bewoners in de interventiegroep

Er werden enkele opmerkelijke verbeteringen waargenomen in de scores van de meeste bewoners van de interventiegroep op de QoL- AD schaal (Figuur 10). De scores voor het domein 'energie' verbeterden bijvoorbeeld geleidelijk tussen baseline en T2. Er werd een bescheiden verbetering van de algehele kwaliteit van leven van de bewoners waargenomen tussen baseline en T2. Deze resultaten komen overeen met de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit van de interventiegroep. Er werden ook verbeteringen waargenomen in het 'vermogen om huishoudelijke taken te doen', 'stemming' en 'woonsituatie' van de bewoners tussen baseline en T2. Er was een merkbare achteruitgang in de geheugenscores van de bewoners tussen T0 en T2, wat verwacht wordt bij een aandoening die gekenmerkt wordt door een progressieve achteruitgang in cognitieve functies.



Figuur 10. Scores van bewoners op de QoL-AD-schaal per studietijdstip

Vergelijkende analyses wezen op statistisch significante verbeteringen in het 'familieleven' van de bewoners van T0 tot T2 en tussen T1 en T2. Deze dimensie van de QoL-AD schaal is een belangrijke maatstaf voor de invloed van dementie op de familie van de persoon en hun vermogen om zorg en ondersteuning te bieden. Verbeteringen op dit gebied wijzen ook op meer sociale steun, minder belasting voor de mantelzorgers en verbeterde relaties tussen mensen met dementie en mantelzorgers. Uit de procesevaluatie bleek dat mantelzorgers de dagelijkse structuur van de bewoners waardeerden.

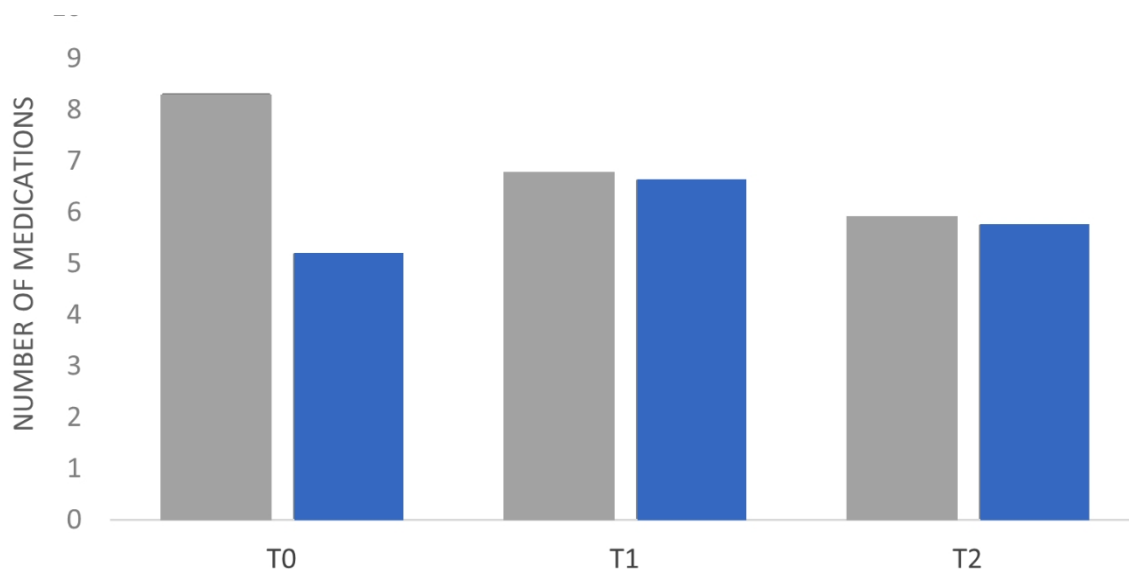
en sociale interacties die een zinvol leven boden in een levendige en veilige omgeving, zoals een gezinsverzorgers opmerkte:

Nou, ze is met mensen en dat was belangrijk voor haar omdat ze nooit op haar kamer zat. Ze was altijd in de woonkamer om met mensen te praten. Ze deed mee met activiteiten...voor onze moeder was dat een redding [Dochter van een bewoner].

Gelijktijdig gebruik van medicijnen (polyfarmacie)

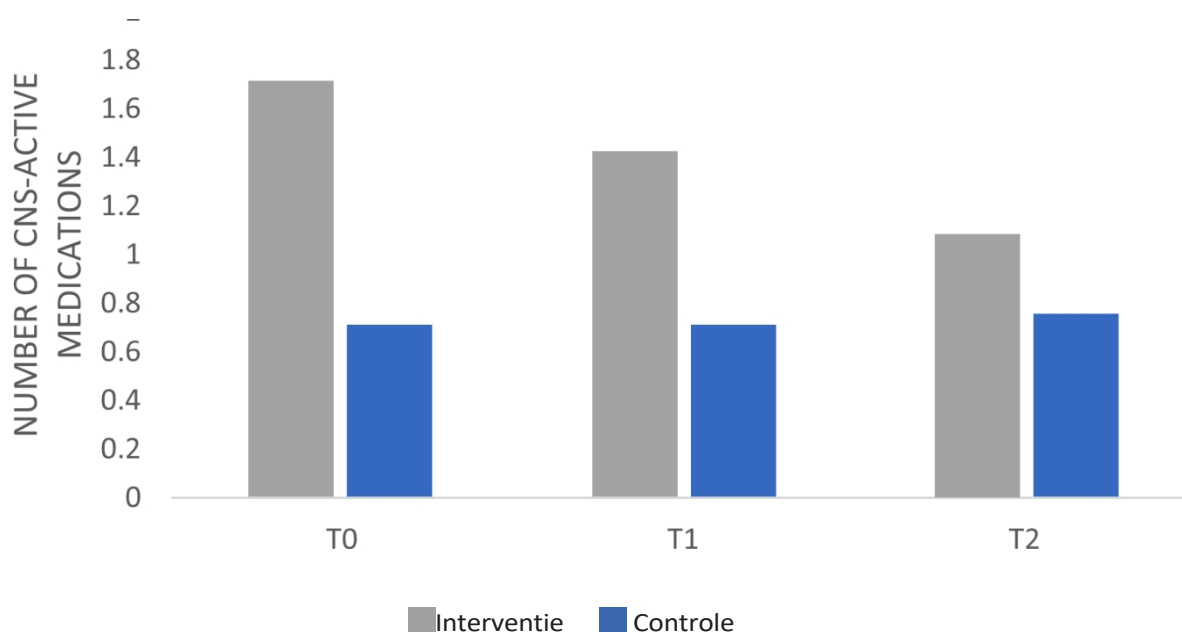
Gemiddeld gebruikten zowel de interventie- als de controlegroep meer dan vijf medicijnen tegelijkertijd op alle tijdstippen van de evaluatiestudie, wat wijst op polyfarmacie. Dit is niet ongevoen bij oudere volwassenen in langdurige woonzorg (Cioltan et al., 2017). Bij aanvang gebruikten de bewoners in de interventiegroep meer

verschillende soorten medicatie in vergelijking met de controlegroep en dit verschil was statistisch significant ($p < 0,01$) (figuur 11). Het gebruik van medicijnen daalde echter met 30,83% in de interventiegroep op T2 vergeleken met baseline.



Figuur 11. Aantal gebruikte medicijnen per bewonersgroep en onderzoekstijdstip

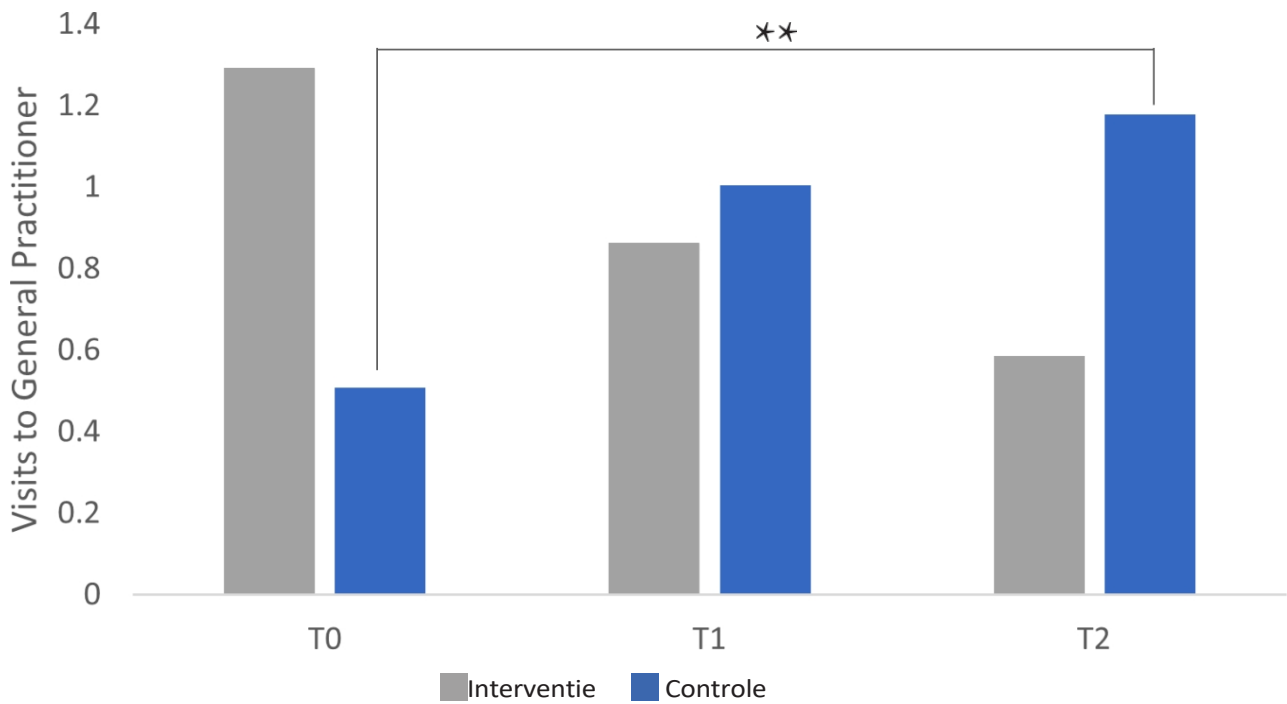
Vergelijkende analyses lieten ook een statistisch significante afname (37,42%) zien in het gebruik van medicatie voor het moduleren van het centrale zenuwstelsel in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep van T1 tot T2 ($p < 0,01$). Daarentegen was er in de controlegroep sprake van een lichte toename van het gebruik van medicatie die het centrale zenuwstelsel moduleert op T2, die niet statistisch significant was (Afbeelding 12). De significante afname in het gebruik van medicatie in de interventiegroep suggereert dat een gericht zorgmodel onnodig medicatiegebruik kan verminderen en veiliger voorschrijfgedrag kan bevorderen bij mensen met dementie.



Figuur 12. Aantal centraal zenuwstelsel modulerende medicatie gebruikt per bewonersgroep en studietijdstip

Gebruik van middelen bij dementie

Er werden geen opvallende veranderingen waargenomen tussen baseline en follow-up tijdstippen in ziekenhuisopnames en bezoeken aan spoedeisende hulp. Het gebruik van deze diensten bleef laag in beide groepen gedurende het onderzoek. Er werden geen bezoeken gebracht aan de geriater, neuroloog, psychiater, maatschappelijk werker of psycholoog. Bezoeken aan de huisarts namen echter met meer dan de helft (55,03%) af tussen baseline en T2 in de interventiegroep. Daarentegen was er een toename van 120,75% vastgesteld bij de bewoners van de controlegroep tussen baseline en T2 (figuur 13). Vergelijkende analyses toonden aan dat deze toename statistisch significant was. Het was niet mogelijk om verschillen in het gebruik van ergotherapie tussen groepen over de tijdstippen van het evaluatieonderzoek te analyseren vanwege variaties in de scores.



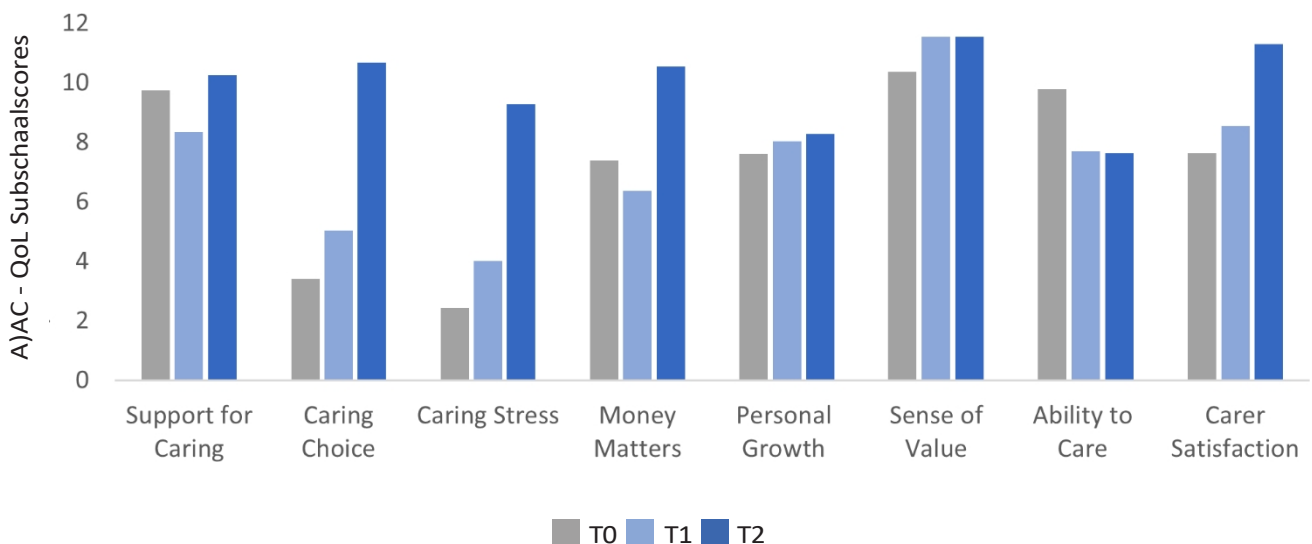
Figuur 13. Huisartsbezoeken van coassistenten per groep en studietijdstip

Kwaliteit van leven van mantelzorgers

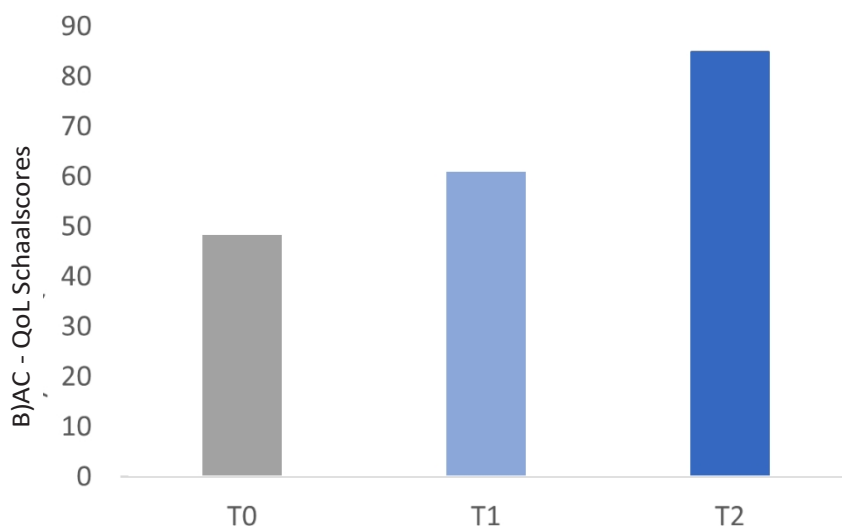
De scores van mantelzorgers op de schaal Kwaliteit van Leven voor Volwassenen (AC-QoL) worden geïllustreerd in Figuur 14a en Figuur 14b. De subschalen 'zorgstress' en 'zorgkeuze' werden het laagst beoordeeld op zowel T0 als T1. De dimensie 'steun bij het zorgen' werd op alle tijdstippen als 'matig' beoordeeld, wat aangeeft dat mantelzorgers vonden dat ze gemiddelde niveaus van steun ontvingen van emotionele, praktische en professionele ondersteuning. Deze resultaten worden weerspiegeld in de kwalitatieve bevindingen waar mantelzorgers aangaven dat ze minder steun kregen van het personeel, vooral in het weekend toen er weinig personeel aanwezig was. Een mantelzorgers zei

Wat ik mis is een contactpunt voor de familie of het personeel om te praten over onze zorgen en... nou ja... zorgen en angsten. En hoe het met je gaat. Dat krijgt niet veel aandacht... mensen hebben dat soms nodig [Dochter van een bewoner].

Tot slot verbeterden de algemene schaalesscores van de gezinsverzorgers aanzienlijk tussen baseline en T2. Dit suggereert dat de CASCADE-werkwijzen een positief effect hadden op het welzijn en de algemene levenskwaliteit van de gezinsverzorgers. Het is vermeldenswaard dat de feitelijke factoren die bijdragen aan deze verbetering niet concreet kunnen worden gemaakt zonder verder onderzoek, bij voorkeur op basis van een grotere steekproef.



Figuur 14a. Scores van mantelzorgers op de domeinen van de AC-QoL-schaal naar studietijdstippen



Figuur 14b. Algehele veranderingen in de AC-QoL scores van mantelzorgers gedurende de onderzoekstijdstippen

De zelfgerapporteerde scores van de gezinsverzorgers waren niet statistisch significant tussen de tijdstippen van de evaluatiestudie. De kleine steekproefomvang heeft echter waarschijnlijk het vermogen van de studie om significante effectgroottes te detecteren beïnvloed.

Dienstenverbeteringen

Veiligheid en kwaliteit van

zorg

De incidentie van indicatoren voor veiligheid en kwaliteit van zorg die werden beoordeeld, waren onder andere gewichtsverlies, vallen en urineweginfecties.

(UTI's). De incidentie van gewichtsverlies was lager onder bewoners in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep op T1 (respectievelijk 21% en 42%) en T2 (respectievelijk 25% en 9%). De totale percentages gewichtsverlies bleven relatief laag in beide groepen.

In de interventiegroep was het percentage bewoners dat bij aanvang viel hoger dan in de controlegroep (respectievelijk 44% en 31%). Hoewel het aantal valincidenten in beide groepen in de loop van de tijd afnam, was het aantal valincidenten in de interventiegroep op T1 (21% en 25%) en T2 (8% en 18%) lager dan in de controlegroep. De interventiegroep had ook een lagere incidentie van UTI's vergeleken met de controlegroep op T2 (respectievelijk 0% en 18%). In het algemeen suggereren de gegevens verbeteringen in de dienstverlening gerelateerd aan het CASCADE-model en goede zorgstandaarden voor beide groepen. Bewoners in de interventiegroep

een aantal positieve effecten op gewichtsverlies, vallen en UTI's (tabel 2). De kleine steekproef maakt het echter moeilijk om definitieve conclusies te trekken uit deze bevindingen.

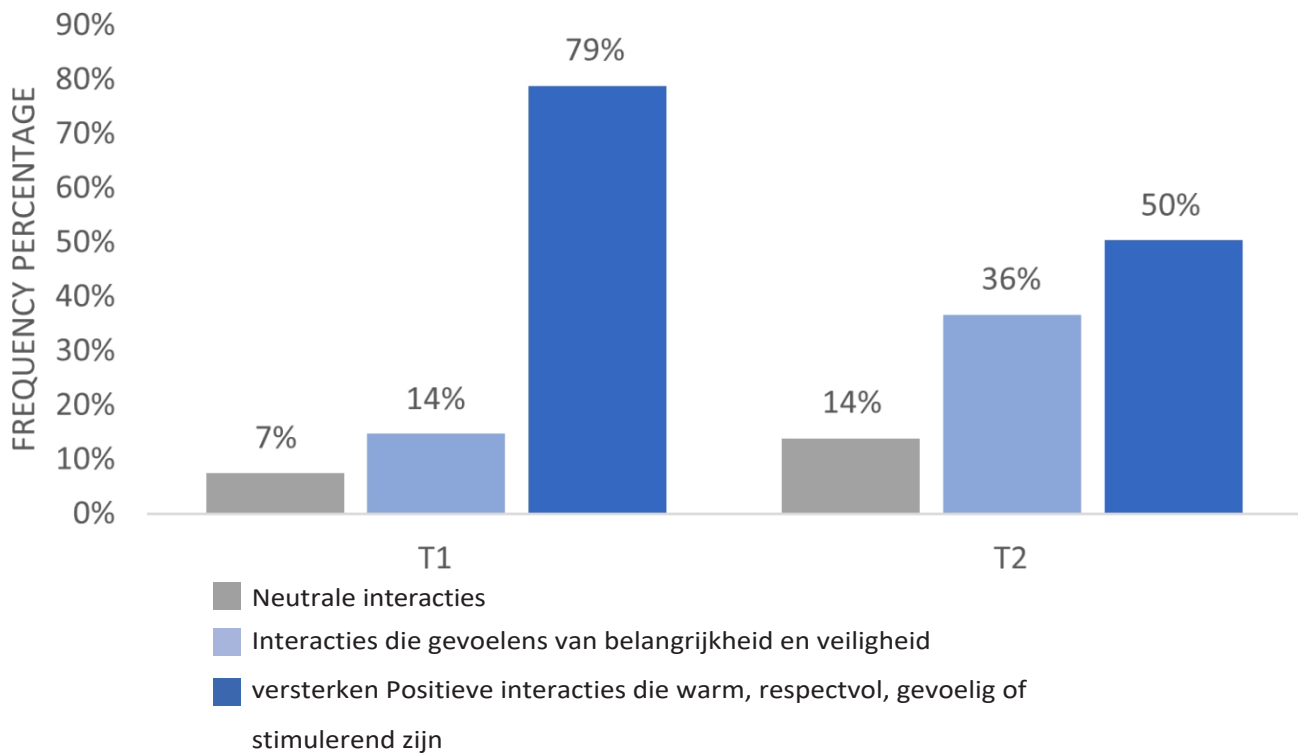
Tabel 2. De incidentie van zorgveiligheids- en kwaliteitsindicatoren per bewonersgroep en onderzoekstijdstip

	Interventiegroep			Controlegroep		
	T ₀ (n = 16)	T ₁ (n = 14)	T ₂ (n = 12)	T ₀ (n = 16)	T ₁ (n = 12)	T ₂ (n = 11)
Gewichtsverlies	1 (6%)	3 (21%)	3 (25%)	4 (25%)	5 (42%)	1 (9%)
Vallen	7 (44%)	3 (21%)	1 (8%)	5 (31%)	3 (25%)	2 (18%)
UTI's	3 (33%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (9%)	4 (33%)	2 (18%)

Kwaliteit van interacties in de zorg

Een totaal van 28 en 22 observaties werden geregistreerd op T1 en T2, respectievelijk op slechts één onderzoekslocatie met behulp van de Quality of Interactions Schedule (QUIS) voor het observeren van communicatie tussen personeel en bewoners. Gegevens van de tweede implementatielocatie in België waren niet beschikbaar op het moment van de analyse. De aard van de

Het aantal interacties dat werd waargenomen was overwegend verbaal op beide tijdstippen (respectievelijk 89,29% en 81,82%). De overgrote meerderheid van de interacties werd beoordeeld als 'positieve sociale zorg' op T1 (Figuur 15), wat aangeeft dat het personeel vaak een persoonsgerichte aanpak hanteerde met empathie, waardigheid, respect en inclusie. Bij T2 werd 50% van de waargenomen interacties beoordeeld als 'positieve sociale zorg', gevolgd door 'positieve zorg' (36,36%). Positieve zorginteracties versterkten het gevoel van belangrijkheid en veiligheid van de bewoners. Een paar interacties werden als neutraal (onverschillig) beoordeeld op T1 en T2. Er werden echter geen negatieve interacties gerapporteerd.



Figuur 15. Beoordeling van kwaliteit van interacties in de zorg per studietijdstip

De QUIS-beoordelingen toonden een lichte daling in de kwaliteit van interacties op T2 vergeleken met T1. Dit resultaat kan te maken hebben met de ervaringen van het personeel bij het implementeren van het CASCADE-model binnen de uitdagingen van het personeelstekort, dat nog verergerd werd door de COVID-19 pandemie. Het personeel verklaarde:

Ik denk dat... één medewerker per vier bewoners ideaal zou zijn, zodat je op die manier nog meer persoonsgericht kunt werken, want, uh, we doen al heel veel, maar toch, ergens zit je ook gevangen in het feit dat er voor mensen gezorgd moet worden. Het kan zijn dat iemand 's middags een uurtje nodig heeft om een maaltijd te eten. Iedereen wil dat met de beste wil van de wereld ondersteunen, maar het betekent wel dat je hele zorgpatroon in het gedrang komt [Medewerker].

Een aantal mensen [personeel] vertrok vanwege COVID en we moesten ze snel vervangen, maar je voelt niet de klik met dementiezorg ... en dan voel je dat het veel energie kost om die nieuwe mensen te krijgen.

[personeel] aan boord van de visie waarin dementiezorg anders is dan de zorg voor iemand zonder dementie [personeelslid].

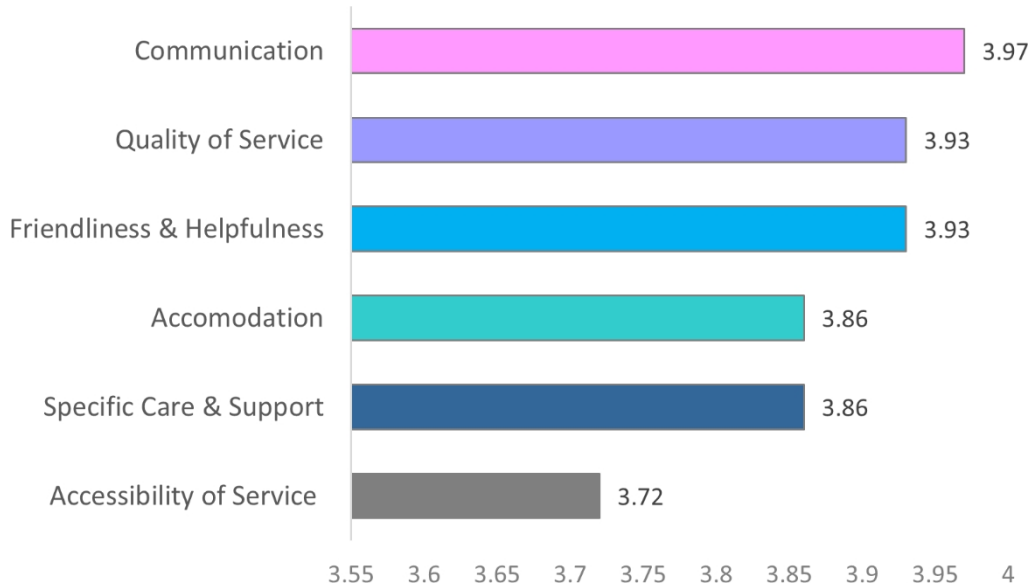
Veranderingen in gezondheids- en zorgsystemen die wereldwijd werden doorgevoerd om de verspreiding van COVID-19 te voorkomen en te beheersen, hielden weinig rekening met mensen met dementie (Martin, 2022). Sommige medewerkers die opgeleid waren om het CASCADE-model toe te passen, deelden hun ervaringen met de beperkingen van persoonsgerichte zorg tijdens de COVID-19 pandemie. en hoe het CASCADE-model het overwinnen van deze beperkingen vergemakkelijkte. Terwijl de zorgverlening verschoof van persoonsgerichte naar taakgerichte zorg, was het heroriënteren van processen naar wat goed werkt

in dementiezorg meer aanvaardbaar in implementatielocaties met bestaande voorzieningen dan in nieuwe vestigingen (Martin & Hatzidimitriadou, 2022).

Werkculturen waren met name flexibel in bestaande voorzieningen waar COVID-19 verbeteringen in multidisciplinair werken stimuleerde (Martin, 2022).

Feedback van gebruikers over de toeristische suite

Emmaüs breidde de langdurige woonzorgservice uit om vakantie met zorg aan te bieden aan mensen met dementie met diensten op maat van het CASCADE-model. De evaluatie van deze dienst is gebaseerd op de 11 ontvangen antwoorden. Gemiddeld beoordeelden de gebruikers van het Emmaüs-toerismepakket alle aspecten van de dienst als bijna 'uitstekend' [een beoordeling van 4] (figuur 16). Communicatie' scoorde het hoogst, gevolgd door de kwaliteit van de dienstverlening en vriendelijkheid en behulpzaamheid.



Opmerking: antwoordopties waren 1 (slecht), 2 (matig), 3 (goed), 4 (uitstekend) met een optie 'niet van toepassing' (5) Figuur 16. Feedback van gebruikers over de vakantie met zorg bij Emmaüs

De extra vakantie met zorgcomponent was een verbetering van de service voor mensen met dementie die vaak worden uitgesloten van de luxe recreatiefaciliteiten die de maatschappij ontwerpt.

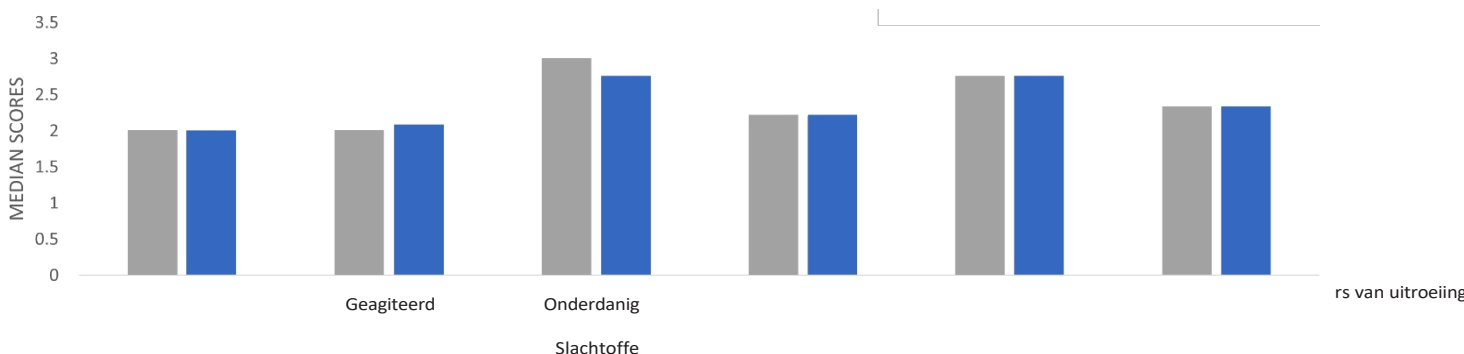
3.3 Gedragsverandering bij belanghebbenden

De gedragsverandering bij het personeel werd geëvalueerd aan de hand van de 'strain and emotional reactions in dementia care', de persoonsgerichte praktijkindex en normalisatieschalen. De houding van de gemeenschap werd beoordeeld aan de hand van een online enquête.

Spanning en emotionele reacties in de dementiezorg

De schaal voor spanning en emotionele reacties in de dementiezorg omvat drie domeinen, waaronder houdingen ten opzichte van gedragservaringen, spanning in het verlenen van zorg en emotionele reacties in de zorg.

Houding ten opzichte van gedragservaringen: de mening van het personeel over de gedragservaringen van bewoners was meestal positief met waarneembare verbeteringen op T2 vergeleken met T1 (Figuur 17). Het personeel vond de bewoners minder agressief (76,92% vs. 61,53%), minder angstig (76,92% vs. 66,66%) en meer de moeite waard om mee te werken (100% vs. 90,90%). Over het algemeen bleven de mediane scores voor de houding van het personeel ten opzichte van gedragservaringen consistent tussen T1 en T2.



Verantwoordelijk

Onhandelbaar

Gedwee

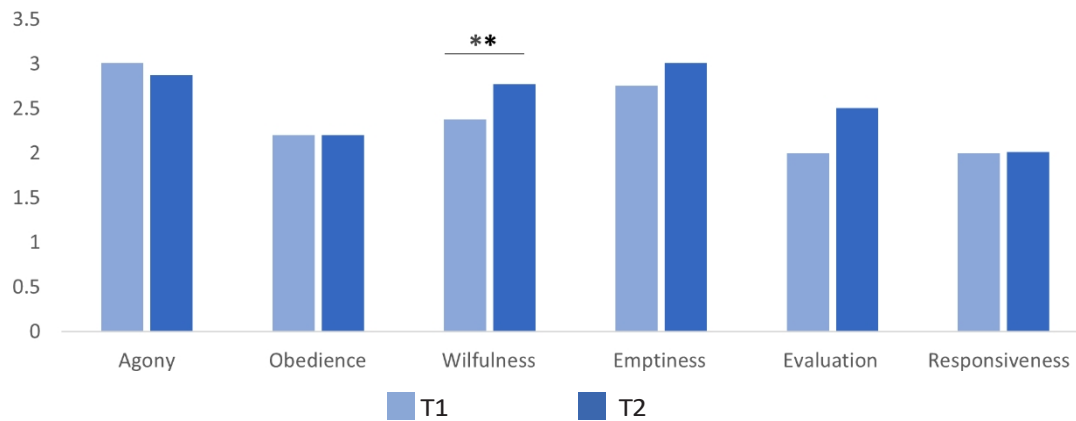
■ T1

■ T2

Opmerking: Lagere scores duiden op een hogere overeenkomst

Figuur 17. Scores van het personeel op de houding ten opzichte van gedragservaringen

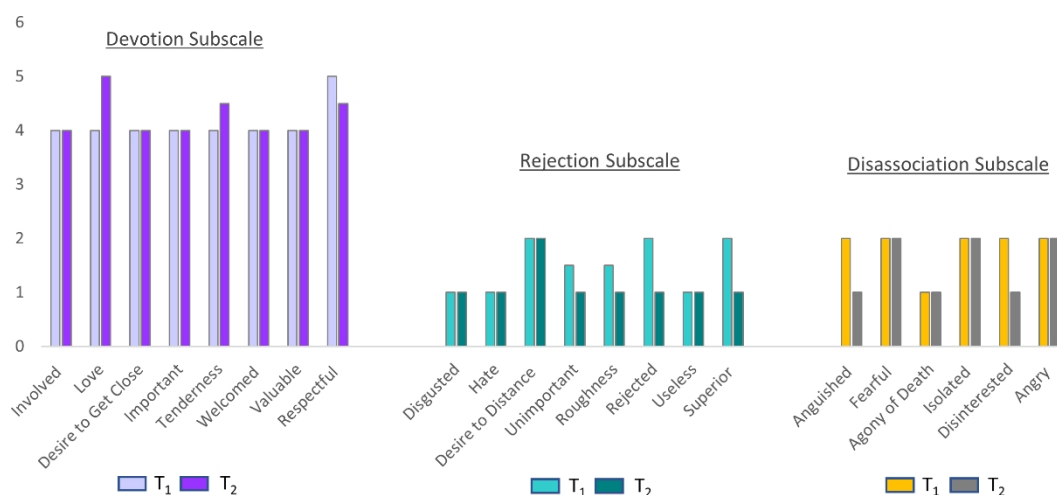
Spanning bij het verlenen van zorg: Medewerkers beschouwden 'eigengereidheid' als een belangrijke bron van spanning bij het verlenen van zorg en het verschil tussen de T1- en T2-scores was statistisch significant (figuur 18). De resultaten van de procesevaluatie wezen op een groot personeelsverloop en personeelstekorten op beide implementatielocaties. Deze factoren vormden een uitdaging voor de consistentie in het bieden van zorg volgens het CASCADE-model en voor het toewijzen van de juiste caseload aan het personeel, omdat zorgbehoeften niet generaliseerbaar zijn. De ervaren moeilijkheid in het omgaan met 'pijn' nam licht af tussen de twee tijdstippen, terwijl het omgaan met 'gehoorzaamheid', 'leegte', 'evaluatie' en 'responsiviteit' stabiel bleven. Deze bevindingen suggereren dat het personeel mogelijk herhalingstraining en voortdurende ondersteuning nodig heeft.



Opmerking: Hogere scores duiden op een hogere moeilijkheidsgraad in het omgaan met het gedrag. Figuur 18. Scores van het personeel op het domein spanning bij het verlenen van zorg.

Emotionele reacties in de zorg: De bevindingen wijzen op verbeteringen in de ervaringen van het personeel met emoties in de dementiezorg (Figuur 19). Zelfgerapporteerde scores toonden een toename in gevoelens van 'liefde' en 'tederheid' ten opzichte van bewoners tussen tijdstip T1 en T2. De resultaten wijzen ook op een afname van reacties als 'afwijzing' en 'verslagenheid'. Daarnaast nam de perceptie van negatieve emoties zoals het gevoel 'onbelangrijk', 'afgewezen' en 'superieur' af van 'af en toe' in T1 tot 'nooit' in T2. Figuur 19 illustreert verbeteringen in percepties van de

verschillende emoties. Sommige medewerkers waren slechts op één tijdstip aanwezig, wat resulteerde in een steekproef van slechts 10 deelnemers op beide tijdstippen op de twee locaties van het evaluatieonderzoek.

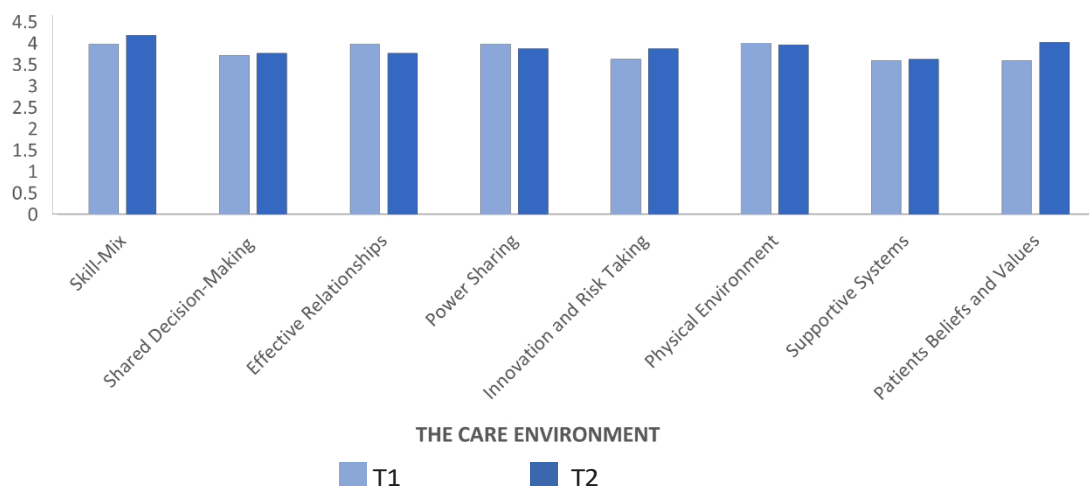


Figuur 19. Personeelsscores op het domein emotionele reacties in de zorg.

Persoonsgerichte praktijk

De persoonsgerichte praktijkindex (PCPI) werd gebruikt om de praktijk in interpersoonlijke relaties en systemen van ondersteuning in de zorg te beoordelen. Zestien medewerkers vulden de enquête in, waarvan negen

Tot de deelnemende medewerkers behoorden zorgassistenten (44%), logistiek/thuisassistenten (25%), vloercoördinatoren (13%), een muziektherapeut (6%), ergotherapeut (6%) en verpleegkundige (6%). Lichte verbeteringen op de vereisten voor het domein persoonsgerichtheid werden waargenomen op bijna alle gebieden, behalve voor professionele competentie, die afnam op T2 vergeleken met T1 (Figuur 20). Een afname werd waargenomen op 75% van het domein zorgomgeving. Er waren echter verbeteringen in de mix van vaardigheden en het werken met de waarden van de bewoners op T2. Er werden ook verbeteringen waargenomen in de elementen van het domein zorgprocessen.



Figuur 20. Personeelsscores op de persoonsgerichte praktijkindex naar domein en tijdstippen

Nieuwe praktijken implementeren

Het personeel vulde een normalisatievragenlijst in om de waarschijnlijkheid van het inbedden van de training in de dagelijkse praktijk te beoordelen. Over het algemeen rapporteerde het personeel een hoge mate van bekendheid met de CASCADE-training en beschouwde het als een waardevol hulpmiddel voor het verbeteren van zorgprocessen met het potentieel om een normaal onderdeel van hun werk te worden. De bevindingen suggereren dat de CASCADE-training goed ontvangen werd en het potentieel heeft om op lange termijn geïntegreerd te worden in de zorgpraktijk.

Wat betreft het begrip van het model, kon meer dan 50% van het personeel zien hoe CASCADE verschilt van de gebruikelijke manieren van werken, en ongeveer tweederde vond dat ze een gedeeld begrip van het model hadden en over het algemeen openstonden voor nieuwe manieren van samenwerken met collega's. De medewerkers vonden dat het management het model voldoende ondersteunde. Het personeel vond dat het management het model voldoende ondersteunde. Iets meer dan een derde uitte echter zijn bezorgdheid over het feit dat er onvoldoende middelen beschikbaar waren om CASCADE te ondersteunen. Kwalitatieve bevindingen identificeerden andere mechanismen die positieve uitkomsten bevorderden, waaronder:

- het levensverhaalboekje met informatie over de bewoner,
- de wensboom en aandacht persoon die bijdraagt aan de vervulling van de wensen van bewoners en
- de rustige en huiselijke omgeving die een gevoel geeft dat je erbij hoort en dat de zorg van goede kwaliteit is.



Standpunten van de Gemeenschap

Het onderzoek naar de invloed van het ontwikkelde CASCADE-informatiemateriaal op de houding ten opzichte van mensen die leven met

dementie toonde aan dat er een goed begrip van dementie ontstond in lokale gemeenschappen. Alle respondenten (n=27) waren het erover eens dat een diagnose helpt bij de planning, dat mensen met dementie betrokken moeten worden bij de besluitvorming en dat een reeks strategieën hen kan helpen in het dagelijkse leven. De meerderheid (81%) van de respondenten kende iemand met dementie.

met dementie en een gelijk percentage geloofde dat mensen die leven met dementie een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de

gemeenschap. 96% van de respondenten identificeerde correct dat mensen met dementie niet altijd hulp nodig hebben, terwijl 78% het ermee eens was dat het nuttig was om onafhankelijk te blijven. Een aanzienlijk deel (41%) van de respondenten kon communiceren met mensen met dementie, terwijl 26% het niet zeker wist.

ze het leven van mensen met dementie zouden kunnen verbeteren. Verdere betrokkenheid van de gemeenschap kan nodig zijn om de respons van de gemeenschap op mensen met dementie te verbeteren, in het bijzonder communicatievaardigheden en het engagement om dementievriendelijke gemeenschappen te ondersteunen.



Technologie-acceptatie

Het gebruik van technologie in de dementiezorg was meer ingeburgerd bij de Emmaüs toeristische suite dan elders in de langdurige woonzorgvoorzieningen. Een slimme lamp wordt gebruikt om gasten te monitoren om hun onafhankelijkheid en veiligheid te optimaliseren. Andere voorbeelden van technologie die werd gebruikt in de woonzorgcentra voor langdurig verblijf waren:

- Draagbare apparaten met GPS-tracker zoals wearables en telefoons die worden gebruikt om de onafhankelijkheid en veiligheid van bewoners te behouden.
- Toegangscontroles zoals tweestapsvergrendelingen en magnetische sleutels worden gebruikt om de privacy en veiligheid te verbeteren.
- Tover tafel voor het stimuleren van zinvolle interacties.
- Geautomatiseerde waarschuwingen voor noodzakelijke herladingen zoals geldkaarten en telefoonvergoedingen.
- Bewegingssensoren om dwalen te detecteren.

Over het algemeen was het personeel op beide implementatielocaties in België het erover eens dat de gebruikte technologie gebruiksvriendelijk en tijdbesparend was en werkte zoals verwacht. Uit de kwalitatieve resultaten bleek echter dat het personeel de warmte van levende wezens waardevoller vond in de dementiezorg dan de bijdrage van technologie, zoals blijkt uit onderstaande citaten:

Ik heb daar mijn bedenkingen bij [technologie die betere zorg ondersteunt] omdat ... het niet dat warme karakter behoudt. We hebben wel van die robothonden en zo, maar dat is nog steeds een robothond die een beetje beweegt... Ze proberen veel te doen, maar het blijft iets kunstmatigs [Medewerker].

... er gaat niets boven een menselijke relatie en een menselijke verbinding. Bijvoorbeeld, de belevenistafel is leuk, maar wat maakt het extra? ... het is niet de belevenistafel zelf maar met wie mensen contact maken. De belevenistafel is het middel en niet het doel... het gaat om de sfeer die je creëert waarin mensen met elkaar kletsen... en dat er interactie is [Medewerker].

4. Conclusie

De bevindingen suggereren dat het CASCADE-model over het algemeen effectief is in het verbeteren van de dementiezorg en dat het personeel het goed begrijpt. Na het volgen van het CASCADE trainingsprogramma 'jij en ik, samen zijn we mens', kreeg het personeel zowel individueel vertrouwen in dementiezorg als teameffectiviteit. Hoewel er verschillen waren in de instellingen van de twee implementatielocaties, werd de waarde van het respecteren van mensen die leven met dementie naast de neurologische verliezen van de aandoening gedeeld. Mantelzorgers waardeerden het respect, de autonomie en keuzevrijheid die bewoners ervaren en de levendigheid van de zorgomgeving die de CASCADE werkwijzen laten zien. De evaluatiestudie onderzocht kortetermijnresultaten binnen de beperkingen van een kleine steekproefomvang en onderbrekingen die werden ondersteund door de COVID-19 pandemie. Ook de implementatie van het CASCADE-model vond plaats te midden van verschillende uitdagingen.

De locaties van de evaluatiestudie kenden een hoog personeelsverloop tijdens de pandemie en chronische tekorten op de arbeidsmarkt beperkten de mogelijkheden om personeel te kiezen dat bekwaam is in dementiezorg. Versnipperde informatie- en communicatiesystemen in de gemeenschaps- en ziekenhuiszorg werden gerapporteerd als een belemmering voor advance care planning en het begrijpen van de zorgbehoeften van mensen met dementie. Personeel en mantelzorgers stelden enkele maatregelen voor om de doeltreffendheid van het CASCADE-model en de duurzaamheid van goede zorgnormen te verbeteren:

CASCADE-training

- Training in dementiezorg uitbreiden naar alle organisaties die zorg verlenen om gemeenschappelijke waarden te creëren.
- Voortdurende personeelstraining moet ingebed zijn in het bespreken van echte casussen, waarvoor interne trainers nodig zijn voor een praktijkgerichte aanpak van leren.
- Opleidingen en cursussen over dementiezorg moeten worden aangeboden in onderwijsinstellingen om het bewustzijn te vergroten en vooroordelen van stagiairs te minimaliseren.
- Levering van zorg
- Geïntegreerde systemen voor het delen van informatie zijn nodig voor effectieve contacten tussen thuiszorg en tehuiszorg.
- Een visuele weergave van de functies van het personeel is aan te raden zodat mantelzorgers vragen over bewoners aan de juiste personeelsleden kunnen stellen.
- Organisaties moeten voldoende personeel ter beschikking stellen om het zorgmodel te ondersteunen.
- Meer verbintenissen die een bredere verspreiding van dementievriendelijke gemeenschappen mogelijk maken, kunnen de impact van het CASCADE-model vergroten.



Peer-reviewed academische publicaties tot nu toe

Het CCCU projectteam dat CASCADE Work Package 3: Evaluation leidt, heeft tot nu toe 6 peer-reviewed artikelen gepubliceerd in internationale tijdschriften. De publicaties met meer dan 65 citaties vormden de basis voor CASCADE Work Packages en andere programma's die gericht zijn op het verbeteren van de zorg en ondersteuning van mensen met dementie. Enkele gebieden van impact omvatten het informeren van de curriculumontwikkeling voor interprofessionele dementiezorg in de Verenigde Staten; het beïnvloeden van de het ontwerpen van effectieve zorg- en ondersteuningstrajecten in de gemeenschap; en het stimuleren van de herbeoordeling van de veerkracht van nationale gezondheidszorgstelsels bij het reageren op wereldwijde gezondheids crises.

Hieronder vindt u een actuele lijst van door vakgenoten getoetste academische publicaties van WP3:

- Martin, A. (2022). Het overwinnen van COVID-19 beperkingen op persoonsgerichte dementiezorg: een narratief onderzoek van geleefde ervaringen van residentieel zorgpersoneel in België. *Tijdschrift voor langdurige zorg*.
- Martin, A., & Hatzidimitriadou, E. (2022). Optimising health system capacity: a case study of community care staff's role transition in response to the coronavirus pandemic. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e2147-e2156.
- Smith, R., Martin, A., Wright, T., Hulbert, S. en Hatzidimitriadou, E., (2021). Geïntegreerde dementiezorg: A qualitative evidence synthesis of the experiences of people living with dementia, informal carers and healthcare professionals. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 97, pp.104471.
- Smith, R., Wright, T., Martin, A., & Hatzidimitriadou, E. (2020). Het CASCADE-project: het verkennen van een 'guesthouse'-concept. *Tijdschrift voor dementiezorg*, 28(5), 20-21.
- Martin, A., O'Connor, S. J., & Jackson, C. (2018). A scoping review of gaps and priorities in dementia care in Europe. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*.
- Wright, T., & O'Connor, S. (2018). Reviewing challenges and gaps in European and global dementia policy. *Tijdschrift voor Openbare Geestelijke Gezondheid*.

6. Referenties

Beam, Christopher R., et al. "Verschillen tussen vrouwen en mannen in incidentiecijfers van dementie en de ziekte van Alzheimer." *Journal of Alzheimer's Disease* 64.4 (2018): 1077-1083.

Brooks, Joanna, et al. "Het nut van sjabloonanalyse in kwalitatief psychologisch onderzoek." *Kwalitatief Onderzoek in de Psychologie* 12.2 (2015): 202-222.

De Silva, M. J., et al.: Theory of change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials* 15(1), (2014): 1-13.

Chan, Ivy Wai-Ping, et al. "Effecten van cognitieve functie en depressieve stemming op de kwaliteit van leven bij Chinese Alzheimerpatiënten in Hong Kong." *Geriatrics & Gerontology International* 11.1 (2011): 69-76.

Cioltan H, Alshehri S, Howe C, et al. Variatie in het gebruik van antipsychotische medicatie in verpleeghuizen in de Verenigde Staten: Een systematisch overzicht. *BMC Geriatrics*. 2017/01/26 2017;17(1):32.

Dementieplan Vlaanderen 2021-2025. Alzheimer Europa (2022)
<https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies/belgium-flanders>

Martin, A. "Het overwinnen van COVID-19 beperkingen op persoonsgerichte dementiezorg: A Narrative Inquiry of Lived Experiences of Residential Care Staff in Belgium." *Tijdschrift voor langdurige zorg* (2022).

Martin, A., and Hatzidimitriadou, E. "Optimising health system capacity: a case study of community care staff's role transition in response to the coronavirus pandemic." *Health & Social Care in the Community* 30(5), (2022): e2147-e2156.

Moore, G. F., et al. "Procesevaluatie van complexe interventies: Richtlijnen van de Medical Research Council." *BMJ* 350 (2015).

Smith, R., Martin, A., Wright, T., et al. "Geïntegreerde dementiezorg: A qualitative evidence synthesis of the experiences of people living with dementia, informal carers and healthcare professionals". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 97, (2021): 104471.

Stensvik, Geir-Tore, et al. "Cornell's Depression for Dementia Scale: Een psychometrische studie onder Noorse verpleeghuisbewoners." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 93, (2021): 104325.

Bijlagen

Bijlage 1. Instrumenten voor het verzamelen van evaluatiegegevens

EQ - 5D - 5L

De EQ-5D-5L is een kort instrument dat vijf dimensies van gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit meet, waaronder mobiliteit, zelfzorg, pijn/ongemak, gebruikelijke activiteiten, angst/depressie. Er zijn vijf antwoorditems voor elke item variërend van (1) 'nee', (2) 'licht', (3) 'matig', (4) 'ernstig' en (5) 'extreme problemen/ niet in staat om'. De vragenlijst bevat een visuele analoge schaal (VAS) om de huidige gezondheid van een persoon te beoordelen, verankerd op 0 voor "de slechtste gezondheid die je je kunt voorstellen" en 100 voor "de beste gezondheid die je je kunt voorstellen". EQ-5D-5L scores werden bij volmacht verkregen.

Cornell Schaal voor Depressie bij Dementie

De Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) is een betrouwbaar en valide screeningsinstrument voor depressie bij mensen met dementie. De schaal heeft 19 items en de scores variëren van 0 (afwezig) tot 2 (ernstig), waarbij hogere scores duiden op een grotere depressieve symptomatologie. De vijf factoren in de CSDD-schaal zijn emotiegerelateerde symptomen, abnormaal gedrag, lichaamssymptomen, ritmefunctiestoornissen en denkstoornissen. De symptomen van depressie van de bewoners werden proxy beoordeeld door zorgprofessionals.

Kwaliteit van leven bij de ziekte van Alzheimer

De kwaliteit van leven bij de ziekte van Alzheimer (QoL-AD) meet de kwaliteit van leven op 13 domeinen met behulp van een vierpunts-Likertschaal (slecht tot uitstekend), waaronder lichamelijke gezondheid, energie, stemming, woonsituatie, geheugen, familie, huwelijk, vrienden, ikzelf, het vermogen om klusjes te doen, het vermogen om dingen te doen voor het plezier, geld en het leven als geheel. De scores variëren van 13 tot 52, waarbij hogere waarden duiden op een betere kwaliteit van leven. De QoL-AD meting werd gekozen omdat deze alle levensaspecten van mensen met dementie goed samenvat en aanvullende inzichten kan geven in hun ervaren gezondheid en welzijn op het moment van de meting.

Polyfarmacie

Polyfarmacie, zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie, verwijst naar de toediening van meerdere of een buitensporig aantal geneesmiddelen tegelijkertijd. Het meest gebruikte criterium voor polyfarmacie is de toediening van vijf of meer geneesmiddelen per dag gedurende een bepaalde periode. Polyfarmacie bij dementie wordt in verband gebracht met verschillende negatieve uitkomsten, waaronder sterfte. Psychofarmaca brengen specifiek risico's op bijwerkingen met zich mee.

Schaal voor levenskwaliteit van volwassen verzorgers

De Adult Carer Quality of Life Questionnaire (AC-QoL) is een kort, gevalideerd instrument dat de algehele kwaliteit van leven meet op acht domeinen: ondersteuning bij het zorgen, zorgkeuze, zorgstress, geld, persoonlijke groei, waarde, vermogen om te zorgen en tevredenheid. Scores op elk van de acht subschalen hebben een mogelijk bereik van 0 tot 15. Subschaalscores van 0 - 5 duidt op een lage gerapporteerde levenskwaliteit, 6 - 10 duidt op een gemiddelde gerapporteerde levenskwaliteit, terwijl 11+ duidt op een hoge gerapporteerde levenskwaliteit. Scores op de algemene vragenlijst hebben een mogelijk bereik van 0 tot 120, waarbij hogere scores duiden op een grotere kwaliteit van leven. Deze kunnen variëren van laag (0 - 40), middenklasse (41 - 80) tot hoog (81+).

Kwaliteit van interacties Schema

De Quality of Interactions Schedule (QUIS) is een instrument dat gebruikt wordt om de kwaliteit van interacties tussen personen met dementie en hun verzorgers in een zorgomgeving te evalueren. Het bestaat uit 16 items die verschillende aspecten van interactiekwaliteit meten. Elk item wordt beoordeeld op een 5-puntsschaal, waarbij een hogere score duidt op een betere interactiekwaliteit.

Tevredenheid van de gebruiker: Evaluatie van toerisme

Toerisme-gerelateerde activiteiten kunnen een veelbelovende aanpak zijn voor het verbeteren van het welzijn en de betrokkenheid bij de gemeenschap van mensen met dementie. De aanbieder van de vakantie met zorg kreeg directe feedback van gasten na hun verblijf. Aspecten die werden beoordeeld waren: communicatie, kwaliteit van de service, vriendelijkheid en behulpzaamheid, accommodatie, zorg en ondersteuning en toegankelijkheid van de service.

Gebruik van middelen bij dementie

De vragenlijst Resource Utilisation in Dementia (RUD) is een kwantitatieve batterij voor het evalueren van het gebruik van middelen in de gezondheidszorg en sociale diensten, evenals de tijd die professionals besteden aan verschillende activiteiten met betrekking tot dementiezorg. De RUD-vragenlijst bestaat uit verschillende onderdelen, waaronder vragen over het gebruik van gezondheidszorg (bijv. ziekenhuisopnames, polikliniekbezoeken), informele zorg (bijv. hulp bij dagelijkse levensverrichtingen) en andere kosten (bijv. apparatuur, vervoer).

Spanning en emotionele reacties in de dementiezorg

De meting Strain and Emotional Reactions in Dementia Care (SRDC) werd gebruikt om de percepties en aanpassingen van het personeel te meten. De SRDC heeft drie domeinen: (1) houding van het personeel ten opzichte van het gedrag van bewoners, (2) ervaren belasting van de zorg en (3) emoties die worden opgeroepen bij het verzorgen. De antwoorden op domein 1 en 2 werden gemeten op een vierpunts-Likertschaal, met antwoordmogelijkheden variërend van 'mee eens' tot 'niet mee eens' voor het domein Attitude, en 'heel gemakkelijk' tot 'heel moeilijk' voor het domein Strain. Domein 3 bestond uit 18 paren van bipolaire emoties, gemeten op een vijfpuntsschaal waarbij een score van 3 suggereert dat de negatieve dimensie even vaak voorkomt als zijn positieve tegenpool en 5 een voornamelijk positieve dimensie impliceert.

Index persoonsgerichte praktijk

De Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S) is een instrument dat gebruikt wordt om te meten in welke mate personeel in gezondheids- en zorginstellingen zich bezighoudt met persoonsgerichte praktijken. Het bestaat uit 17 items die worden beoordeeld op een 5-punts Likertschaal, variërend van "sterk mee oneens" tot "sterk mee eens". De items zijn ontworpen om zes sleuteldomeinen van persoonsgerichte praktijken te beoordelen: de persoon kennen, communicatie en het delen van informatie, de persoon betrekken, houding en gedrag van het personeel, organisatorische ondersteuning en de zorgomgeving. De PCPI-S kan gebruikt worden om gebieden voor verbetering

in de persoonsgerichte praktijk te identificeren en om de impact van interventies gericht op het promoten van persoonsgerichte zorg te evalueren.

Normalisatievragenlijst

Voor een succesvolle implementatie van nieuwe praktijken is gecoördineerd en collectief gedrag nodig van het personeel dat in zorginstellingen werkt. Om de integratie van de CASCADE-module en het daaropvolgende leren in het nieuwe model van dementiezorg te begrijpen, werd de Normalisatievragenlijst ontworpen. Respondenten werd gevraagd om in te schatten of ze het eens waren met stellingen die hun bekendheid met de CASCADE-leermodule en de efficiëntie van de CASCADE-leermodule onderzochten. en de waarde van het integreren van het leren in nieuwe manieren van werken. De antwoordopties voor algemene vragen over de CASCADE-lessen varieerden van 0 ('voelt nog steeds heel nieuw') tot 10 ('voelt helemaal vertrouwd'), terwijl alle andere antwoordopties varieerden van 'zeer mee eens' tot 'zeer mee oneens'.

Communautaire enquête

Er werd een enquête uitgevoerd in de lokale gemeenschap om de doeltreffendheid te evalueren van de CASCADE voorlichtings- en trainingsmaterialen om het bewustzijn over dementie en de waargenomen voordelen van voorzieningen voor dementiezorg in het gebied te vergroten. De enquête bevatte vragen om het niveau van kennis en begrip van dementie onder de leden van de gemeenschap te peilen. Er werd ook gevraagd naar hun perceptie van de voorzieningen voor dementiezorg die beschikbaar zijn in de buurt en hoe deze de gemeenschap ten goede zijn gekomen.

Evaluatie van technologie

Om de technologie die in het kader van het project werd gebruikt te evalueren, werd een contactformulier ontworpen om de functionaliteit en gebruiksvriendelijkheid ervan te beoordelen. Dit formulier werd gebruikt om feedback te verzamelen van medewerkers over hun ervaringen met de technologie, waaronder het gebruiksgemak en de effectiviteit bij het ondersteunen van hun werk. De antwoorden werden gebruikt om de acceptatie en algehele gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit van de technologie te beoordelen, met als doel deze waar nodig te verbeteren om beter tegemoet te komen aan de behoeften van de eindgebruikers.

Interreg 
2 Seas Mers Zeeën
CASCADE

