

**Welbevinden ondersteunen  
van ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte**  
Handreiking voor psychologen



Nijmegen, 2025  
**Handreiking voor psychologen**

## Colofon

Niets uit deze opgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

© februari 2025, UKON, Nijmegen

## Auteurs

Debby Gerritsen

Femke Muller

Lidwine Luijkx

Hermine de Bonth

Annette Plouvier

Het Expertteam Psychologen van het UKON

## Realisatie

Deze handreiking is ontwikkeld door het UKON Expertteam Psychologen.

Het figuur op pagina 7 is opgemaakt door Maaike Borsboom - [Inksight](#)

## Inhoudsopgave

|                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Achtergrondinformatie</b>                                                  | <b>4</b>  |
| 1.1 Doel handreiking                                                             | 4         |
| 1.2 Doelgroep                                                                    | 4         |
| 1.3 Leeswijzer                                                                   | 4         |
| 1.4 Aanleiding                                                                   | 5         |
| <b>2. Uitgangspunten van een welbevinden perspectief</b>                         | <b>7</b>  |
| 2.1 De SPF-ZMW theorie als uitgangspunt                                          | 7         |
| 2.2 Verhouding SPF-ZMW tot andere positieve benaderingen in de zorg              | 9         |
| <b>3. Aandachtspunten bij het vervullen van de welbevinden behoeften</b>         | <b>11</b> |
| 3.1 Comfort                                                                      | 11        |
| 3.2 Stimulatie                                                                   | 11        |
| 3.3 Affectie                                                                     | 12        |
| 3.4 Gedragsbevestiging                                                           | 12        |
| 3.5 Status                                                                       | 13        |
| 3.6 Hulpbronnen                                                                  | 14        |
| 3.7 Versterken van hulpbronnen                                                   | 15        |
| <b>4. Instrumenten voor het meten van welbevinden</b>                            | <b>16</b> |
| 4.1 Veelgebruikte, gevalideerde meetinstrumenten: zelfrapportage                 | 16        |
| 4.2 Veelgebruikte, gevalideerde meetinstrumenten: observatie of proxy-rapportage | 18        |
| 4.3 Veelbelovende meetinstrumenten                                               | 22        |
| 4.4 Veelbelovende meetinstrumenten voor interne hulpbronnen                      | 25        |
| <b>5. Bijlagen</b>                                                               | <b>27</b> |
| 5.1 Voorbeeldvragen verkenning welbevinden                                       | 27        |
| 5.2 Werkblad welbevinden actieplan                                               | 31        |
| 5.3 UKON Expertteam Psychologen                                                  | 32        |
| <b>6. Literatuurlijst</b>                                                        | <b>33</b> |

## 1. Achtergrondinformatie

### 1.1 Doel handreiking

Het doel van deze handreiking is het bieden van handvatten aan psychologen bij het denken vanuit een welbevinden perspectief in de dagelijkse zorgpraktijk. Dit draagt bij aan positieve ervaringen van ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte, in plaats van het alleen oplossen van problemen. Ook kan deze handreiking psychologen ondersteunen bij het toepassen van het begrip welbevinden in visie en beleid en helpen het belang van een positieve benadering bij deze doelgroep op de kaart te zetten.

### 1.2 Doelgroep

Deze handreiking is bedoeld als hulpmiddel voor psychologen die werken met ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte, waarbij de focus voorlopig ligt op de ouderen die wonen in een beschermde woonvorm. De psycholoog kan daar breed ingezet worden in de rol van (regie)behandelaar, consultant, onderzoeker en beleidsmaker om de nadruk te leggen op welbevinden als doel van zorg en als sturingsprincipe op het gebied van visie en beleid (Dekker et al., 2019).

### 1.3 Leeswijzer

Deze handreiking is een initiatief van het UKON Expertteam Psychologen (zie Bijlage III). Bij het opstellen van de handreiking is uitgegaan van kennis die op dit moment beschikbaar is. Kennis verwijst hierbij zowel naar wetenschappelijke kennis (evidence) als naar kennis die is opgedaan door middel van praktijkervaringen (best practices). Nieuwe ontwikkelingen, wetenschappelijke resultaten en praktijkervaringen vanuit een welbevinden perspectief zullen in een volgende versie worden geïntegreerd. Ook besteden we dan aandacht aan thuiswonende ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte.

In Hoofdstuk 2 staat een toelichting op het theoretisch kader van deze handreiking, Hoofdstuk 3 is een nadere uitwerking daarvan. Hoofdstuk 4 bevat een overzicht van bruikbare meetinstrumenten op het gebied van welbevinden.

In Bijlage I staan voorbeeldvragen voor de verschillende domeinen van welbevinden die de psycholoog kan stellen in gesprek met zorgteams en cliënten. Bijlage II is een werkblad voor een actieplan dat is gericht op welbevinden.

### 1.4 Aanleiding

Er zijn in Nederland circa 2400 (beschermde) woonvormen waar langdurige multidisciplinaire ondersteuning, zorg en behandeling worden geboden aan mensen met chronische en complexe gezondheidsproblemen zoals dementie, psychiatrische, neurologische en/of ernstige fysieke aandoeningen. Door vergrijzing van de populatie neemt de zorgvraag in Nederland toe, zonder dat er ruimte is om alle ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte een plek in een dergelijke woonvorm te kunnen bieden. Ouderen blijven, gewenst dan wel ongewenst, zo lang mogelijk thuis wonen. Het logische gevolg hiervan is dat degenen die wél in een beschermde woonvorm voor langdurige zorg (komen) wonen, een steeds complexere zorgvraag hebben (Kromhout et al., 2018, Rijcken et al., 2018).

Behalve een verschuiving in de populatie die verblijft in een (beschermde) woonvorm voor langdurige zorg en behandeling, heeft er in de afgelopen jaren ook een verschuiving plaatsgevonden in de visie op ondersteuning, zorg en behandeling in deze woonvormen. Waar in het verleden in de langdurige zorg vooral aandacht was voor de lichamelijke problematiek van cliënten, wordt nu aan de psychische, sociale en zingevingaspecten evenveel belang gehecht. Dit komt tot uitdrukking in het Generiek Kompas (2024), het WOZO-programma (2022) en de Zorgstandaard Dementie (2020) waarin diverse kernelementen van ondersteuning, zorg en behandeling genoemd worden die dit weerspiegelen: eigen regie/zelf doen, uniek zijn, en samen beslissen met aandacht voor wensen en behoeften van de cliënt, waarbij niet de ziekte maar de persoon centraal staat. Ook in de toekomstvisie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) over de inhoud en rol van psychologen in het kwaliteitskader in de langdurige zorg is deze paradigmashift zichtbaar, met niet alleen aandacht voor de blijvende medische problemen, maar ook voor positieve mogelijkheden (Dekker et al, 2019). De focus van de ondersteuning, zorg en behandeling verschuift naar **welbevinden**.



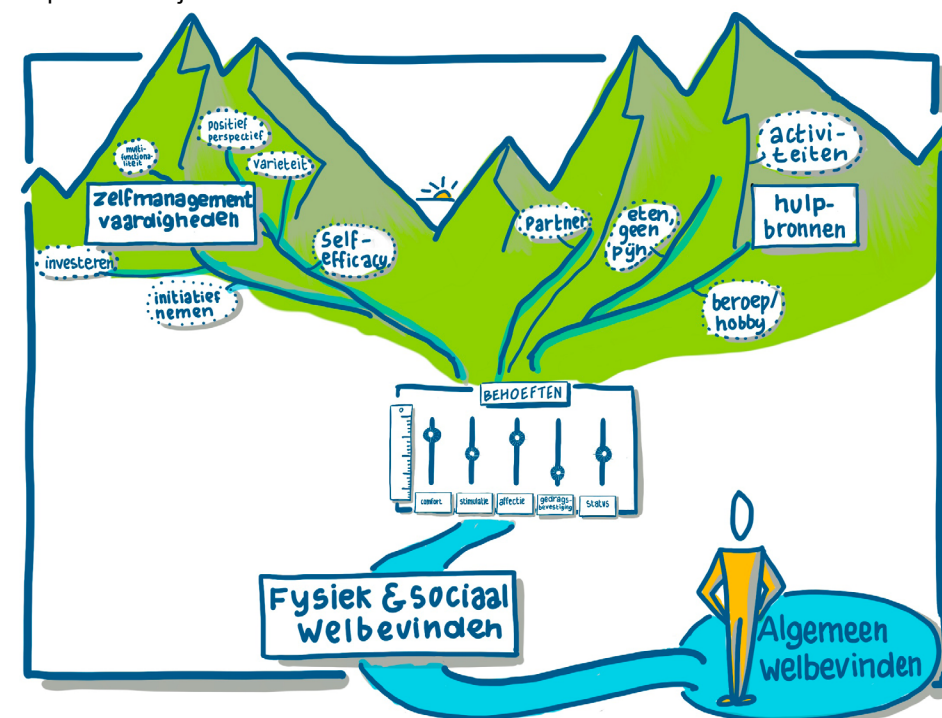
**Welbevinden** is een dynamische balans die wordt beïnvloed door lichamelijke, psychische en sociale factoren, en het samenspel hiervan, in de context van de uitdagingen in het dagelijkse leven (Gerritsen, 2020; Huber et al., 2011). Welbevinden is een positief concept, uitgaande van wat iemand wel kan en wie iemand is (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Het gaat bij het vergroten van welbevinden om het hebben van positieve ervaringen, en het streven naar de best passende balans onder de telkens veranderende omstandigheden en uitdagingen.

Ondanks de focus op welbevinden komt uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau naar voren dat een deel van de ouderen in een beschermde woonvorm zich op persoonlijk vlak vaak niet gelukkig, eenzaam en/of ongezond voelt. Er zijn ook cliënten die weinig doelen ervaren om voor te leven, of dingen waar zij echt van kunnen genieten (van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). Ook het veelvoorkomende signaalgedrag (probleemgedrag) kan in veel gevallen worden gezien als een uitdrukking van verminderd welbevinden (Cohen-Mansfield, 2000) en als een signaal worden beschouwd dat iemands welbevinden aandacht nodig heeft. Hoewel in de ontwikkeling van behandelingen en ondersteuningsprogramma's voor de langdurige zorg steeds meer nadruk ligt op psychosociale interventies, blijkt het concreet maken en ondersteunen van welbevinden in de dagelijkse zorgpraktijk, en in visie en beleid, best een uitdaging.

## 2. Uitgangspunten van een welbevinden perspectief

### 2.1 De SPF-ZMW theorie als uitgangspunt

Deze handreiking wordt onderbouwd door de theorie van de Sociale Productie Functies (SPF-theorie; Lindenberg, 1996), verder uitgewerkt in de theorie van Zelf-Management van Welbevinden (ZMW-theorie; Steverink et al., 2005). De SPF-ZMW theorie beschrijft het welbevindenproces. Ze legt uit hoe de verschillende behoeften en bronnen die bijdragen aan welbevinden met elkaar samenhangen. Door het inzetten van zowel interne hulpbronnen (zoals zelfmanagementvaardigheden) als externe hulpbronnen (zoals een partner) kan iemand diens behoeften vervullen, wat bijdraagt aan het bereiken van welbevinden (Gerritsen, 2017; zie Figuur 1). Ook legt deze theorie uit hoe behoeften voor elkaar kunnen compenseren bij het in stand houden van welbevinden ondanks verliezen.



Figuur 1. SPF-ZMW theorie

SPF-ZMW stelt dat ieder mens in essentie gemotiveerd is om zijn of haar welbevinden te verbeteren, al wil dat niet zeggen dat dit altijd lukt (Lindenberg, 1996; Lindenberg, 2013). Deze motivatie kan gezien worden als een algemene menselijke behoefte aan welbevinden, die kan worden vervuld door het vervullen van meer specifieke behoeften.

De welbevinden behoeften vormen een hiërarchie. Om optimaal subjectief (of psychisch) welbevinden te ervaren moeten eerst twee lageregelegen behoeften vervuld zijn: de behoefte aan fysiek welbevinden en de behoefte aan sociaal welbevinden. Deze twee behoeften worden op hun beurt weer vervuld als de vijf lageregelegen instrumentele behoeften zijn gerealiseerd (Steverink, 2009). Deze instrumentele behoeften zijn dus alle vijf basisbehoeften:

- **Comfort** verwijst naar basale fysieke behoeften zoals genoeg eten en drinken, beschutting en de afwezigheid van pijn of ziekte;
- **Stimulatie** gaat over een prettige balans in lichamelijke of geestelijke activering en rust;
- **Affectie** gaat over het ontvangen en geven van genegenheid en het je bekommeren om elkaar;
- **Gedragsbevestiging** gaat over de ervaring dat anderen jouw gedrag goedkeuren en je bevestigen, waardoor je voelt dat je erbij hoort;
- **Status** gaat over je positief onderscheiden van anderen, door specifieke kenmerken, talenten of verworvenheden: om 'uniek' zijn (Zorginstituut, 2021).

Comfort en stimulatie zijn behoeften voor fysiek welbevinden, affectie, gedragsbevestiging en status zijn behoeften voor sociaal welbevinden. Volgens deze theorie streven mensen dit allemaal steeds bewust of onbewust na en zetten daarbij allerlei persoonlijke hulpbronnen in. Deze hiërarchie van welbevinden behoeften is universeel en geldt dus ook voor ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte (Kitwood, 1997; Lindenberg, 1996). Wel hebben deze ouderen met meer uitdagingen te maken in het bereiken ervan, onder andere door verlies van hulpbronnen. De zorg- en ondersteuningsbehoeften en wensen van ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte zijn verschillend. Hun welbevinden is dan wel uit dezelfde behoeften opgebouwd, maar hoe belangrijk elke behoefte is, verschilt per persoon, net als de precieze inhoud van de behoeften.

De praktijk leert dat bovenstaande behoeften van ouderen in de langdurige zorg niet altijd goed te onderscheiden of af te grenzen zijn. Veel zaken hebben namelijk betrekking op meerdere behoeften. Denk bijvoorbeeld aan de inrichting van iemands fysieke omgeving. Deze inrichting kan bijdragen aan de behoefte aan comfort (bijv. veiligheid), stimulatie (bijv. omgevingsprikkel), en status (bijv. spullen gekoppeld aan iemands identiteit). Situatie en tijd spelen ook een rol: welke behoefte het zwaarst weegt kan per moment verschillen. Werken vanuit een welbevinden perspectief betekent daarom maatwerk om goed te kunnen aansluiten bij de wensen en behoeften van elk individu.

De bovengenoemde vijf basisbehoeften kunnen niet vervuld worden zonder het inzetten van hulpbronnen (zie Figuur 1). Dit kunnen hulpbronnen in de omgeving zijn – zogenoemde **externe hulpbronnen** – zoals voedsel, een huis, geld, gezondheidszorg, onderwijs, een partner, en vrienden. Daarnaast hebben mensen interne hulpbronnen nodig om behoeften te vervullen en vervuld te houden. De belangrijkste **interne hulpbronnen** zijn zelfmanagementvaardigheden, maar ook persoonlijkheid en spiritualiteit zijn te beschouwen als interne hulpbronnen. De zelfmanagementvaardigheden zijn verder uitgewerkt in de theorie 'Zelf-Management van Welbevinden' (Steverink, 2009; Steverink, 2014; Steverink et al., 2020). Deze vaardigheden zijn van groot belang voor het op peil houden en goed inzetten van externe hulpbronnen, en zo voor het vervullen en behouden van de vijf welbevinden behoeften.

Uit SPF-ZMW theorie volgt dat bij het verlenen van ondersteuning, zorg en behandeling vanuit een welbevinden perspectief belangrijk is te sturen op bovengenoemde behoeften en hulpbronnen zoals deze gelden voor een individuele cliënt. Dit is uitgewerkt in Hoofdstuk 3.

## 2.2 Verhouding SPF-ZMW tot andere positieve zorgbenaderingen

In de persoonsgerichte benadering staat de unieke persoon centraal, net als het belang van de relatie en interactie met anderen. Ook richt deze benadering zich op de kwaliteit van leven en het bevorderen van welbevinden. De grondlegger van de persoonsgerichte benadering, Tom Kitwood (1996), identificeerde vijf centrale psychologische behoeften van mensen met dementie die een opvallende overeenkomst vertonen met de vijf universele

basisbehoeften van SPF-ZMW: comfort (troost, bemoediging); bezig zijn; gehechtheid; erbij horen; en identiteit. Deze overeenkomst bevestigt de geldigheid en universaliteit van deze behoeften.

Positieve gezondheid is ook een belangrijke benadering in de huidige langdurige zorg. De definitie van positieve gezondheid van Huber et al (2011) spreekt van 'Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'. Met deze definitie wordt afstand genomen van het oude 'gezondheid als het ontbreken van ziekte' en er is aandacht voor diverse dimensies van het leven. Verwarrend in deze benadering is dat kwaliteit van leven/welbevinden als een van de dimensies van gezondheid wordt beschouwd, terwijl gezondheid in conceptuele benaderingen van kwaliteit van leven en welbevinden juist als een onderdeel wordt gezien. Overigens beschouwt SPF-ZMW kwaliteit van leven en welbevinden als synoniemen.

In sommige welbevinden benaderingen (zoals de Zelf Determinatie Theorie; Ryan & Deci, 2000) is autonomie/eigen regie een domein van welbevinden. Denkend vanuit het kader van SPF-ZMW zijn autonomie en eigen regie ook belangrijk, namelijk omdat zij helpen bij het optimaal inzetten van hulpbronnen voor het vervullen van behoeften (Gerritsen, 2004). Autonomie en eigen regie zijn daarmee een facilitator van welbevinden en geen onderdeel. Zo kunnen mensen door autonomie en eigen regie hun zelfmanagementvaardigheden inzetten volgens hun eigen strategie, of zelf kiezen welke hulpbronnen ze nastreven en vervolgens inzetten om hun welbevinden behoeften te vervullen.

Ook al zijn er verschillen in de genoemde benaderingen, ze hebben gemeen dat ze een positief kader hebben als uitgangspunt van de zorg in (beschermde) woonvormen: het kijken naar wat er wel kan en naar wie iemand is. In het volgende hoofdstuk hebben we enige aandachtspunten uitgewerkt bij het ondersteunen van welbevinden.

### 3. Aandachtspunten bij het vervullen van de verschillende welbevinden behoeften

#### 3.1 Comfort

Een vervulde behoefte aan **comfort** betekent dat iemand zich comfortabel voelt in zijn of haar eigen lichaam en omgeving. Wat dit precies inhoudt, verschilt per persoon. Denk bij comfortabel zijn bijvoorbeeld aan het ervaren van lichamelijk gemak door het bestrijden van pijn en het bevorderen van slaap, maar ook aan het hebben van een fijne, veilige en schone leefomgeving. Voor het vervullen van de behoefte aan comfort is multidisciplinaire samenwerking met arts, ergotherapeut, fysiotherapeut en/of diëtist van groot belang. Echter, niet alleen de objectieve lichamelijke toestand, maar ook de subjectieve ervaring van comfort - de 'eigen beleving' - is van belang om de fysieke behoefte aan comfort te vervullen. Het doel voor de psycholoog is het goed in kaart brengen van deze eigen beleving en ervoor te zorgen dat deze zo positief mogelijk is.

#### 3.2 Stimulatie

Optimale **stimulatie** wordt bereikt als iemand een prettige individuele balans ervaart in de hoeveelheid lichamelijke of geestelijke prikkels. Met het verlies van zelfstandigheid en cognitieve vermogens ervaren ouderen in de langdurige zorg vaak een gebrek aan levensdoel. Ze hebben behoefte aan een zinvolle dagbesteding, met individuele of groepsgewijze activiteiten. Om optimale stimulatie te bereiken is het belangrijk om samen met de cliënt te bekijken welke activiteiten het meest passend zijn bij diens persoonlijke achtergrond/ levensgeschiedenis en diens huidige wensen, behoeften en mogelijkheden. Daarnaast is het bij het kiezen van zinvolle activiteiten en het aanbieden van prikkels van groot belang om stil te staan bij de vaak verstoorde prikkelverwerking van mensen door ouderdom of een dementieproces. De zintuigen van ouderen met problemen in de sensorische informatieverwerking werken niet goed meer samen. Hierdoor kunnen prikkels sterker of juist minder sterk binnenkomen. Dit betreft prikkels uit de omgeving zoals geluiden (van de tv, radio, vaatwasser, beweging, gesprekken) of licht, maar ook prikkels als gevolg van menselijk contact zoals non-verbale prikkels in de communicatie (stemvolume, gezichtsmimiek, oogcontact, etc.). Mensen met problemen in de sensorische informatieverwerking

zijn vaak niet meer in staat om zelf een prettige hoeveelheid lichamelijke of geestelijke prikkels te doseren waardoor over- of onderprikkeling kan ontstaan. De hulp van zorgverleners is dan nodig voor het creëren van een optimale balans.

### 3.3 Affectie

De behoefte aan **affectie** is vervuld als iemand liefde en genegenheid kan geven en ontvangen op een manier die past bij zijn of haar behoeften. Ieder mens heeft in zekere mate behoefte aan genegenheid, waardering en verbinding. De invulling van de behoefte aan affectie is echter individueel bepaald. Niet iedereen heeft bijvoorbeeld evenveel behoefte aan positieve woorden of fysiek contact. Het belang van intimiteit en seksualiteit als behoefte voor welbevinden van ouderen met een intensieve langdurige zorgbehoefte wordt steeds meer onderkend. Bij verhuizing naar een (beschermd) woonvorm zoals een zorginstelling horen affectie, én daarmee de behoefte aan intimiteit en seksualiteit, bespreekbaar te zijn. Alleen dan kan er goed invulling geven worden aan deze behoeften (bijv. een arm om iemand heen, passende mate van privacy, of een koppelbed zodat de partner kan blijven slapen). De sociale omgeving speelt een grote rol in het vervullen van de behoefte aan affectie. Het sociaal welbevinden van ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte wordt voor een groot deel bepaald door hun persoonlijke sociale relaties (Carstensen et al., 1999; Rinnan et al., 2018). De redenering hierbij is dat veel van hen zich meer gaan richten op hun nauwe relaties en minder geïnteresseerd zijn in de bredere maatschappelijke verbanden als de levenshorizon korter wordt (Carstensen et al., 1999). Bij persoonlijke sociale relaties kan gedacht worden aan het contact tussen een cliënt en diens naasten, maar het wordt ook steeds duidelijker dat de kwaliteit van de relatie en het gedrag van verzorgenden nauw samenhangen met het sociaal welbevinden van ouderen in de langdurige zorg (Custers et al., 2010, McGilton et al., 2012, Nakanishi et al., 2017, Willemse et al., 2015). In de relaties tussen zorgprofessionals en een cliënt is het daarom van groot belang dat zorgprofessionals deze zien als individu en aansluiten bij zijn of haar ervaringen en belevingen, met vriendelijke communicatie en een open houding.

### 3.4 Gedragsbevestiging

De behoefte aan **gedragsbevestiging** is vervuld als mensen het gevoel hebben dat anderen hun gedrag goedkeuren, zij bevestigd worden, zij ergens bij horen, en zij gelijkwaardig

behandeld worden. Andere mensen in de sociale omgeving zijn dus nodig om deze behoefte te helpen vervullen. Ergens bij horen betekent voor veel ouderen ook het gevoel nog 'mee te kunnen doen' en van nut te zijn. Het is daarom waardevol dat iemand zo lang mogelijk zelf dingen doet en daarin wordt uitgedaagd en geactiveerd. Op deze manier voelt iemand zich nuttig, kan iets betekenen voor een ander, en heeft het gevoel te kunnen bijdragen (van Corven et al., 2022). Sociale uitsluiting verdient in dit kader extra aandacht (Baumeister et al., 2005). Ouderen in een (beschermd) woonvorm behoeven hierin extra bescherming. Gedragsbevestiging komt onder druk te staan als iemand sociaal uitgesloten wordt, bijvoorbeeld door pesten, afkeuring, sociale afwijzing of uitsluiting. Als dit herhaaldelijk gebeurt, ontstaat bovendien vaak een vicieuze cirkel, waarin iemand zich zo gaat gedragen dat de kans op vervulling van de behoefte aan gedragsbevestiging steeds kleiner wordt, in plaats van groter, bijvoorbeeld door defensief of agressief gedrag of zich terugtrekken. Het is belangrijk deze negatieve spiraal te vermijden. Bij het voorkomen van sociale uitsluiting is het belangrijk om expliciet stil te staan bij gedeelde normen en waarden binnen bepaalde geloofsovertuigingen. Dit geldt ook voor de LHBTIQ+ (Lesbisch, Homoseksueel, Biseksueel, Transgender, Intersekse en Queer) community. Onder veel ouderen is heteroseksualiteit nog steeds de norm en zijn heterorelaties en kinderen belangrijke gespreksonderwerpen. Oudere LHBTIQ+'ers ervaren vaker eenzaamheid, afwijzing en discriminatie en worden vaker genegeerd. Op oudere leeftijd gaan LHBTIQ+'ers daarom soms weer 'de kast in'. Het is voor ouderen belangrijk dat zij uit kunnen komen voor hun geaardheid en genderidentificatie en dat zij geaccepteerd en gelijkwaardig behandeld worden. Het is waardevol om dit soort thema's onder de aandacht te brengen binnen zorgorganisaties (bijv. [De Roze Loper voor uw organisatie - RozeZorg.nl](https://www.therozezorg.nl/)). Dit geldt ook voor het kunnen uitdragen van de eigen geloofsovertuiging.

### 3.5 Status

De behoefte aan status is vervuld als mensen ervaren dat ze zich positief kunnen onderscheiden van anderen, ze ergens in uitblinken, en gerespecteerd worden als mens met unieke kenmerken. Het gevoel van het hebben van een eigen identiteit, en de ruimte ervaren om daar een eigen invulling aan te geven, zijn belangrijk. Mensen in iemands omgeving dragen eraan bij dat deze zich bijzonder voelt. Dit zorgt voor het behoud van eigenwaarde. Om bij te dragen aan de sociale behoefte aan status is het belangrijk om na te

gaan wat essentiële onderdelen zijn van de identiteit van een persoon en op welke manier zijn of haar individualiteit tot uitdrukking komt. Denk daarbij bijvoorbeeld aan positieve karaktereigenschappen, culturele achtergrond, interesses, talenten, kledingkeuzes of het bezit van spullen die van betekenis zijn, zoals sieraden of meubelstukken. Om iemand te ondersteunen in diens sociale behoefte aan status is het wenselijk deze unieke kenmerken regelmatig te benadrukken en hier in de zorgverlening bij aan te sluiten, bijvoorbeeld door iemands talenten of specifieke vaardigheden te benoemen. Ook kan het voor een persoon belangrijk zijn om stil te staan bij diens rollen of posities. Denk hierbij aan allerlei rollen: ouder, grootouder, vrijwilliger, koorlid, collega, vriend, etc. Dit kan een rol of positie uit het verleden zijn, maar ook uit het hier en nu. Status kan worden ondersteund door cliënten bewust te maken van en/of te bevestigen in de rol die zij nog steeds hebben of die zij hebben gehad, en het behouden van bestaande rollen te faciliteren voor zover mogelijk. Bijvoorbeeld door iemand die goed kan zingen en regelmatig optrad ook te laten optreden voor medecliënten.

### 3.6 Hulpbronnen

Iemand heeft de beschikking over externe en interne hulpbronnen om welbevinden behoeften mee te vervullen. Externe hulpbronnen zijn bronnen uit de omgeving en zijn bijvoorbeeld dingen, zoals een huis of geld, of mensen, zoals een partner of vrienden. Sommige bronnen kunnen slechts één behoefte helpen vervullen, maar veel bronnen, zoals het hebben van een partner, kunnen bijdragen aan bijvoorbeeld zowel affectie, als comfort als stimulatie.

Interne bronnen zijn psychologische bronnen van de persoon zelf en betreffen naast zelfmanagementvaardigheden bijvoorbeeld persoonlijkheid en spiritualiteit. De SPF-ZMW theorie onderscheidt zes centrale zelfmanagementvaardigheden. Om deze vaardigheden uit te leggen, is vriendschap een goed voorbeeld. Vriendschap is een belangrijke bron voor welbevinden, maar gebeurt niet vanzelf. Iemands zelfmanagementvaardigheden zijn de interne bronnen die daarbij helpen: het nemen van initiatief is noodzakelijk om de stap te zetten om een vriend te maken. Verder ben je bereid te investeren in de vriendschap om vrienden te blijven. Om dat te doen, moet je geloven dat je in staat bent om vrienden te maken en een vriend te zijn. Bovendien heb je de positieve inschatting dat deze

vriendschap potentieel heeft. Verder is het handig om meerdere vrienden te hebben (variëteit) of vrienden met wie meer dan één behoefte kan worden vervuld (multifunctionaliteit, bijvoorbeeld stimulatie en affectie) (Gerritsen, 2020).

### 3.7 Versterken van hulpbronnen

Met het ouder worden verliezen mensen hulpbronnen. Als iemand zich goed kan aanpassen aan veranderingen en verliezen is deze nog steeds in staat veel welbevinden te ervaren. Wanneer mensen kwetsbaar worden betekent dit dat zij in zo'n mate hulpbronnen verliezen dat zij zich niet meer (volledig) kunnen aanpassen en dat hun welbevinden onder druk komt te staan. Vaak zijn zij ook zelfmanagementvaardigheden verloren, zijn externe hulpbronnen kwijtgeraakt of zijn onvoldoende in staat om deze te gebruiken. Daarmee worden zij in grote mate afhankelijk van de hulp van mensen in hun omgeving om hun welbevinden te realiseren en op peil te houden. Het ervaren welbevinden van ouderen met een intensieve, langdurige zorgbehoefte wordt daarmee voor een groot deel het resultaat van de kwaliteit van ondersteuning en zorg die zij krijgen (van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017).

Het welbevinden ondersteunen kan door het ondersteunen in verschillende lagen van de behoeftehiërarchie (zie Figuur 1), afhankelijk van de mogelijkheden van de persoon. Allereerst door te ondersteunen bij zelfmanagementvaardigheden, door bijvoorbeeld in de persoonlijke benadering bij te dragen aan self-efficacy en samen te zoeken naar manieren om multifunctionaliteit en variëteit te vergroten. Ook het signaleren dat een specifieke zelfmanagementvaardigheid ontbreekt en daarop inspelen, kan bijdragen. Iemand kan bijvoorbeeld ondersteund worden in het zelf aanboren van nieuwe bronnen (bijv. door deze te stimuleren naar een bijeenkomst te gaan om nieuwe contacten op te doen) of kan ondersteund worden door nieuwe bronnen aan te reiken (bijv. door als dagbestedingscoach iemand samen te brengen met een andere cliënt met een vergelijkbare interesse en samen een activiteit te doen). Als het zelf inzetten van hulpbronnen te moeilijk is geworden voor een cliënt, kan het vervullen van behoeften door een zorgprofessional aan de orde zijn. Deze kan bijvoorbeeld de behoefte aan comfort vervullen door pijnmedicatie toe te dienen en de persoonlijke verzorging volledig over te nemen.

## 4. Instrumenten voor het meten van welbevinden

Het meten van welbevinden helpt de psycholoog bij het inzetten en evalueren van interventies. Momenteel is er nog geen meetinstrument op basis van SPF/ZMW dat geschikt is voor ouderen met een intensieve, langdurige zorgvraag en de vijf welbevinden behoeften meet. Er bestaan echter wel verschillende meetinstrumenten die bruikbaar zijn. Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van een aantal hiervan. De beschrijving betreft het meetdoel, de doelgroep, het aantal items en scoringsinformatie, evenals informatie over validiteit, zodat de psycholoog kan bepalen welk instrument in een specifieke situatie in te zetten. Indien beschikbaar is een link naar de vragenlijst opgenomen.

De hieronder beschreven meetinstrumenten zijn opgedeeld in vier categorieën. Paragraaf 4.1 en 4.2 beschrijven veelgebruikte meetinstrumenten voor concepten die dicht bij welbevinden liggen, gevalideerd voor ouderen met een langdurige zorgbehoefte. Dit zijn zowel zelfrapportage instrumenten (4.1) als observatie of proxy-rapportage instrumenten (4.2). Paragraaf 4.3 is een overzicht van veelbelovende instrumenten die nog niet voor de doelgroep zijn gevalideerd. De laatste paragraaf, 4.4, betreft veelbelovende instrumenten die interne hulpbronnen meten. Zelfrapportage instrumenten kunnen door een cliënt zelf kunnen worden ingevuld of in interviewvorm worden afgenomen. Observatie instrumenten worden door verzorgenden zelf ingevuld of kunnen in interviewvorm worden afgenomen door de psycholoog bij een (eerst verantwoordelijke) verzorgende.

### 4.1 Veelgebruikte, gevalideerde meetinstrumenten: zelfrapportage

#### 4.1.1 PGCMS

De Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) is ontwikkeld voor het meten van levenstevredenheid bij ouderen. Deze bestaat uit 3 subschalen: agitatie, houding tegenover het ouder worden en ontevredenheid met eenzaamheid. Er zijn 17 items die met ja of nee beantwoord kunnen worden. Voor een totaalscore worden het aantal ja-antwoorden op positief geformuleerde items en het aantal nee-antwoorden op negatieve items opgeteld en getransformeerd naar een schaal van 0 tot 100, waarbij 0 weinig tevredenheid met het leven aangeeft en 100 zeer grote tevredenheid (Lawton, 1975; van Campen et al., 1997).

Link vragenlijst: [PGCMS.pdf](#)

#### Validiteit/betrouwbaarheid

De PGCMS werd gebruikt als onderdeel van een meetinstrument voor de ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuiscliënten, waarbij de items het domein psychosociaal functioneren weergaven. De andere domeinen uit deze schaal zijn zintuiglijk functioneren (Nottingham Health Profile Pijnschaal), lichamelijk functioneren (Sickness Impact Profile en Somatische Autonomie), ervaren veiligheid en ervaren autonomie. Bij het ontwikkelen en valideren onder verpleeghuiscliënten werd een interne consistentie (KR-20) van 0.73 gevonden (van Campen et al., 1997).

#### 4.1.2 QOL-AD

De Quality of Life- Alzheimer's Disease (QOL-AD) schaal is ontworpen voor het beoordelen van de kwaliteit van leven van mensen met dementie, door zowel de persoon met dementie als een naaste (Gibbons et al., 1999). De schaal bestaat uit 13 items: lichamelijke gezondheid, energie, stemming, woonsituatie, geheugen, familie, huwelijk, vrienden, het beeld van uzelf als geheel, het huishouden kunnen doen, leuke dingen kunnen doen, geld en uw leven in zijn geheel. Elk item wordt gescoord op een vierpunts Likertschaal (1 is slecht en 4 uitmuntend) en de totale score varieert tussen de 13 en 52, waarbij een hogere score een hogere kwaliteit van leven weergeeft. Er zijn 3 varianten: een interview met de persoon met dementie, een vragenlijst over de persoon met dementie, ingevuld door familielid of mantelzorger, en een vragenlijst over de eigen kwaliteit van leven van familielid of mantelzorger. Voor de combinatiescore van de kwaliteit van leven van de persoon met dementie wordt de score van de persoon met dementie zelf 2 keer zo zwaar gewogen als die van de naaste.

Link vragenlijst: [QOL-AD-.pdf](#)

#### Validiteit/betrouwbaarheid

Bij het ontwikkelen en valideren voor mensen met dementie en hun naasten werd een goede betrouwbaarheid gevonden voor zowel de versie voor persoon met dementie als naaste (Cronbach's alpha tussen de 0.83 en 0.90). De overeenkomst tussen de scores van de persoon met dementie en de naaste was lager met een ICC consistency van 0.28 en ICC

absolute agreement van 0.19. Voor validiteit werd gekeken naar de correlatie tussen QOL-AD scores en andere schalen met domeinen van kwaliteit van leven. De meeste hypothesen werden bevestigd, waarbij hogere kwaliteit van leven gerelateerd was aan minder beperkingen in gedragscompetentie, betere psychologische status, minder verminderd fysiek functioneren en een betere interpersoonlijke omgeving (Gibbons et al., 1999).

#### 4.1.3 DQOL

De Dementia Quality of Life Instrument (DQOL) is ontwikkeld om kwaliteit van leven bij mensen met dementie te meten in een interviewvorm. De vragenlijst bestaat uit 29 items, die verdeeld zijn in 5 thema's: zelfvertrouwen, positieve kijk/humor, negatieve kijk, gevoelens van erbij horen en gevoel voor esthetiek. Voor elk item kan op een 5-punts schaal worden gescoord van 'helemaal niet' tot 'zeer'. Daarnaast is er nog een laatste, losstaande, vraag over het algehele oordeel over de kwaliteit van leven, waarbij de antwoorden lopen van slecht tot uitstekend (Brod et al., 1999).

**Link vragenlijst:** [DQOL.pdf](#)

#### Validiteit/betrouwbaarheid

Bij de ontwikkeling werd een interne consistentie betrouwbaarheid tussen de 0.67 en 0.89 gevonden. Coëfficiënten van test-hertest betrouwbaarheid na twee weken lagen tussen 0.64 en 0.90. Eerste bewijs voor validiteit werd gevonden in significante verschillen in kwaliteit van leven tussen personen met en zonder een depressie (Brod et al., 1999).

## 4.2 Veelgebruikte, gevalideerde meetinstrumenten: observatie of proxy-rapportage

### 4.2.1 DS-DAT

De Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT) is een meetinstrument voor het meten van onwelbevinden (discomfort) bij mensen met vergevorderde dementie door observatie (Hurley et al., 1992). Tijdens 5 minuten observatietijd worden 9 gedragskenmerken gescoord: Hoorbaar/luidruchtig ademen, negatief stemgebruik, tevreden gelaatsuitdrukking, bedroefde gelaatsuitdrukking, angstige gelaatsuitdrukking, gefronst gelaat, ontspannen lichaamstaal, gespannen lichaamstaal en zenuwachtige bewegingen/bewegingsonrust. De score per item loopt van 0 tot 3 en is afhankelijk van de frequentie,

duur en intensiteit van het gedragskenmerk (geen, minimaal, matig, extreem en niet van toepassing). De totaalscore loopt van 0 tot 27 (van der Steen et al., 2003).

**Link vragenlijst:** [DS-DAT.pdf](#)

#### Validiteit/betrouwbaarheid

Bij het ontwikkelen van de DS-DAT werd een hoge inter-rater betrouwbaarheid gevonden (correlaties tussen 0.86 en 0.98). Cronbach's alpha was tussen de 0.86 en 0.89. Daarnaast werd het eerste bewijs voor construct validiteit gevonden doordat er verschillen in discomfort veroorzaakt door koorts werden gevonden (Hurley et al., 1992).

In de Nederlandse validatiestudie bij mensen met dementie met een pneumonie werd een Cronbach's alpha tussen de 0.82 en 0.84 gevonden. Voor constructvaliditeit werd de hypothese gesteld dat onwelbevinden hoog zou zijn tijdens de ziekteperiode en lager na genezing, dit bleek het geval. Daarnaast werd er een correlatie van 0.28 gevonden tussen onwelbevinden en het oordeel van de arts over de mate van ziek zijn bij het maken van een behandelbesluit over de pneumonie. De Nederlandse versie van de DS-DAT is niet vergeleken met andere meetinstrumenten. Daarnaast werd ten tijde van dit onderzoek aangegeven voorzichtig te zijn met het gebruik in de praktijk, omdat scores sterk kunnen fluctueren. Meermaals afnemen kan helpen bij interpretatie van de scores (van der Steen et al., 2003).

### 4.2.2 Qualidem

De Qualidem is ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van leven bij mensen met dementie op basis van observatie. Het instrument bestaat uit 9 subschalen die door verzorgenden worden ingevuld: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben. Daarnaast zijn er nog 3 items die niet onder een van de subschalen vallen: wil niet eten, geniet van de maaltijd en wil graag (in bed) liggen. Per item wordt gescoord van nooit (0) tot vaak (3) (of omgekeerd bij een negatieve formulering). Per subschaal kan de score worden opgeteld, waarbij een hogere score een hogere kwaliteit van leven aangeeft. Er kan geen totaalscore worden berekend (Ettema et al., 2007a).

**Link vragenlijst:** [Qualidem-NL.pdf](#)

**Validiteit/betrouwbaarheid**

Bij de ontwikkeling en validatie bij verpleeghuiscliënten met dementie werd een betrouwbaarheidscoëfficiënt Rho tussen de 0.60 en 0.90 gevonden (Ettema et al., 2007a). Bewijs voor convergente en discriminante validiteit werd gevonden in het feit dat 90.5% van de hypothesen over verwachte correlaties werd bevestigd (Ettema et al., 2007b). Bewijs voor concurrent validiteit werd gevonden in bevestigde hypothesen over correlaties met beoordeling van kwaliteit van leven door de hoofdverpleegkundige. Er werd echter geen correlatie gevonden met het grootste deel van de familiebeoordelingen (Ettema et al., 2007b). Initieel werd geadviseerd om bij mensen met zeer ernstige dementie (GDS 7) slechts 21 van de items te gebruiken. Een later validatieonderzoek liet echter zien dat het mogelijk is om alle Qualidem items te gebruiken bij mensen met vergevorderde dementie (Arons et al., 2017).

**4.2.3 QUALID**

De Quality of Life in Late-Stage Dementie (QUALID) is ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van leven bij mensen met ernstige dementie (Weiner et al., 2000). Afname gaat door middel van een interview met een verzorgende over de situatie in de afgelopen week. De schaal bestaat uit 11 observeerbare items: glimlacht; maakt een verdrietige indruk; huilt; heeft een uitdrukking van ongemak op zijn/haar gezicht – lijkt ongelukkig of last te hebben van pijn (kijkt bezorgd, grimast, frons); maakt lichamelijk een oncomfortabele indruk – hij/zij zit te draaien, verandert steeds van houding; zegt dingen of maakt geluiden die ontevredenheid, ongeluk of ongemak suggereren (klaagt, kreunt, schreeuwt); is geïrriteerd of agressief (wordt boos, vloekt, duwt of probeert anderen te bezeren); geniet van eten; geniet van aanraken / aangeraakt worden; geniet van het contact of het samen zijn met anderen; lijkt emotioneel rustig en comfortabel. Voor elk item zijn er antwoordopties van 1 tot en met 5 en de totaalscore kan berekend worden door de score van elk item op te tellen. De totaalscore gaat van 11 tot en met 55, waarbij een lagere score een hogere kwaliteit van leven aangeeft.

**Link vragenlijst:** [QUALID.pdf](#)

**Validiteit/betrouwbaarheid**

Bij het ontwikkelen werd een hoge interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en overeenkomst tussen beoordelaars gevonden (Weiner et al., 2000).

Bij een Nederlandse validatiestudie met verzorgenden van mensen met ernstige dementie in verpleeghuizen werd een Cronbach's alpha tussen de 0.62 en 0.76 gevonden. Daarnaast werd er een goede test-hertest betrouwbaarheid gevonden (concordantie correlatie coëfficiënt (CCC) van 0.82). De interbeoordelaars betrouwbaarheid was matig met een CCC van 0.49. Daarom wordt geadviseerd om bij longitudinaal onderzoek dezelfde observator te laten scoren. Er was een significante maar lage correlatie van 0.32 tussen de QUALID en de DS-DAT (Schalkwijk et al., 2009).

**4.2.4 QOL-AD proxy versie voor naasten**

De Quality of Life- Alzheimer's Disease (QOL-AD) schaal is ontworpen voor het beoordelen van de kwaliteit van leven van mensen met dementie, door zowel de persoon met dementie als een naaste (Gibbons et al., 1999). Als niet meer mogelijk is om de persoon met dementie zelf te bevragen, kan ook alleen de proxy-versie worden afgenomen. Zie 4.1.2 voor de verdere beschrijving.

**Link vragenlijst:** [QOL-AD.pdf](#)

**4.3 Veelbelovende meetinstrumenten****4.3.1 LWIG**

De Laurens Well-Being Inventory for Gerontopsychiatrie (LWIG) is ontwikkeld voor het meten van welbevinden bij gerontopsychiatrische verpleeghuisbewoners (van der Wolf et al., 2018). Het is een zelf-rapportage lijst bestaande uit 30 items, verdeeld over de domeinen fysiek welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Er zijn 3 antwoordschalen voor verschillende type vragen: 'niet, soms, vaak, altijd'; 'helemaal mee eens, grotendeels mee eens, grotendeels mee oneens, helemaal mee oneens' en 'niet, zelden, soms, vaak'. Alle antwoordschalen worden in groot lettertype uitgeprint voor gebruik tijdens het interview. Er kunnen deciel scores per subschaal en per dimensie worden berekend.

**Link vragenlijst:** [LWIG.pdf](#)

**Validiteit/betrouwbaarheid**

Bij ontwikkeling en validatie werd een Cronbach's alpha tussen de 0.68 en 0.84 gevonden. Voor constructvaliditeit werd er gekeken naar correlaties tussen de LWIG en Cantril's ladder (relatief hoog) en de Qualidem (zwak tot gematigd). Daarnaast werden er significant lagere scores op alle subschalen gevonden voor de groep die binnen criteria viel voor depressieve symptomen, vergeleken met de niet-depressieve groep. Voor het bepalen van test-hertest betrouwbaarheid en responsiviteit is meer onderzoek nodig (van der Wolf et al., 2018).

**4.3.2 SPF-IL**

De Social Production Function Instrument for the Level of well-being (SPF-IL) is een zelf-rapportage vragenlijst die is ontwikkeld voor het meten van welbevinden op basis van de SPF-theorie (Nieboer et al., 2005). De domeinen zijn de 5 basisbehoeften uit de SPF-theorie: comfort, stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status. De initiële versie bestond uit 58 vragen, maar de ingekorte versie (SPF-ILs) bestaat uit 15 vragen; 3 vragen per domein. Antwoordopties zijn nooit, soms, vaak of altijd. Er kunnen zowel totaalscores per subschaal als een totaalscore van de gehele schaal worden berekend.

**Link vragenlijst:** [SPF-IL.pdf](#)

**Validiteit/betrouwbaarheid**

Bij het valideren van de SPF-ILs bij de algemene oudere bevolking, kwetsbare ouderen en Turkse migranten werden acceptabele waardes voor Cronbach's alpha gevonden (0.62-0.87 voor de algemene oudere bevolking, 0.63-0.84 voor kwetsbare ouderen en 0.62-0.86 voor Turkse migranten) (Nieboer & Cramm, 2018). Bewijs voor constructvaliditeit werd gevonden in grotendeels bevestigde hypothesen over SPF-ILs scores voor subgroepen met verschillende sociaal-demografische kenmerken. Het instrument werd in deze studie niet vergeleken met alternatieve meetinstrumenten voor welbevinden.

**4.3.3 SWON**

De Social Well-being Of Nursing home residents-scale (SWON-schaal) is een 9-item observatieschaal die ontwikkeld is voor het meten van sociaal welbevinden van verpleeghuiscliënten (Gerritsen et al., 2010). De schaal richt zich op de 3 basisbehoeften voor sociaal welbevinden zoals geformuleerd in de SPF-theorie: affectie, gedragsbevestiging en status.

De behoeften worden gemeten met 3 items per subschaal, via het observeren van sociaal gedrag en interacties. Antwoordopties zijn 'ja, vaak- ja, soms - nee' en 'ja, bij de meesten- ja, bij sommigen- nee'. Er kunnen zowel totaalscores per subschaal als een totaalscore van de gehele schaal worden berekend.

**Link vragenlijst:** [SWON.pdf](#)

**Validiteit/betrouwbaarheid**

Bij ontwikkeling en validatie werd voor de gehele schaal een Cronbach's alpha van 0.74 gevonden (Gerritsen et al., 2010). Inter-beoordelaarbetrouwbaarheid was gematigd (ICC 0.52-0.55) en test-hertest betrouwbaarheid hoog (ICC 0.74-0.83).

Hoewel de strategie die werd toegepast bij de ontwikkeling van de schaal de contentvaliditeit ondersteunt, is verder onderzoek nodig om de constructvaliditeit te bepalen.

**4.3.4 LWOOG**

De Laurens Well-being Observations for Gerontopsychiatrie (LWOOG) is een observatieschaal voor het meten van welbevinden in de gerontopsychiatrie. De schaal bestaat uit 12 items, verdeeld over 2 subschalen: sociaal welbevinden (7 items) en psychologisch welbevinden (5 items).

Per item kan gescoord worden van 1 t/m 4 (Niet, zelden, soms, vaak) en de totaalscore loopt van 12 tot 48, waarbij een hogere score een hoger niveau van welbevinden aangeeft (van der Wolf et al., 2018).

**Link vragenlijst:** [LWOOG.pdf](#)

**Validiteit/betrouwbaarheid**

Bij de validatie onder verpleeghuiscliënten van een gerontopsychiatrie afdeling werd een voldoende hoge betrouwbaarheid gevonden met McDonalds Omega's voor de totale schaal en subschalen variërend tussen 0.80 en 0.82. Bewijs voor construct validiteit werd gevonden in adequate correlaties tussen 0.39 en 0.69 met de observatie subschaal van de Qualidem en zelf beoordeelde kwaliteit van leven met Cantril's Ladder (van der Wolf et al., 2018).

#### 4.3.5 Interact

Interact is een observationele beoordelingsschaal voor gedrag en stemming, te gebruiken tijdens het uitvoeren van een activiteit, ontwikkeld om het effect van Snoezelen bij mensen met dementie te bepalen (Baker et al., 1997). Er zijn 22 items verdeeld over de volgende thema's: stemming, spraak, gerelateerd aan de persoon, gerelateerd aan de omgeving, behoefte voor aanmoediging en niveau van stimulatie. Antwoordopties gaan van 'helemaal niet' tot 'bijna de gehele tijd'. Ook kan er worden aangegeven of er tijdens een therapiesessie veranderingen zijn waargenomen. De Interact-Short is een ingekorte versie, met 12 van de 22 originele items.

**Link vragenlijst:** [INTERACT.pdf](#)

#### Validiteit/betrouwbaarheid

Informatie over validiteit en betrouwbaarheid lijkt niet beschikbaar.

### 4.4 Veelbelovende meetinstrumenten voor interne hulpbronnen

#### 4.4.1 SMAS

De Self-Management Ability Scale-30 (SMAS-30) is een zelf-rapportage instrument voor het meten van zelfmanagementvaardigheden bij ouderen (Schuurmans et al., 2005). De 6 domeinen (initiatief nemen, self-efficacy, investeren, positief perspectief, multifunctionaliteit en variëteit) komen voort uit de theorie van zelfmanagement van welbevinden (Steverink et al., 2005). Per domein zijn er 5 items die gescoord worden op een 5- of 6-puntschaal. Voor de scoring worden de itemscores getransformeerd zodat ze allemaal lopen van 0-20. Subschaalscores worden berekend door het gemiddelde van de 5 items per subschaal te nemen en dit te vermenigvuldigen met 5, zodat de range van elke subschaal loopt van 0-100. De totaalscore wordt berekend als het gemiddelde van de totaalscores van de 6 subschalen en loopt dus ook van 0-100.

**Link vragenlijst:** [SMAS.pdf](#)

#### Validiteit/betrouwbaarheid

Bij het ontwikkelen en valideren bij 65-plussers werd een hoge interne consistentie gevonden (Cronbach's alpha 0.91). Daarnaast werd er een goede reproduceerbaarheid na 16 weken gevonden (ICC 0.76). Zoals verwacht werden er matige correlaties gevonden tussen zelfmanagementvaardigheden en leeftijd, kwetsbaarheid, ervaren gezondheid en welbevinden (Schuurmans et al., 2005).

#### 4.4.2 EID-Q

De Engagement and Independence in Dementia Questionnaire (EID-Q) is een meetinstrument voor zelfstandigheid en sociale betrokkenheid van mensen met dementie (Stoner et al., 2017). Afname kan door middel van een interview, maar de persoon met dementie kan de vragenlijst ook zelf invullen. Het instrument bestaat uit 26 items, verdeeld over 5 domeinen: Algemene dagelijkse levensverrichtingen, besluitvorming, betrokkenheid bij activiteiten, ondersteuning en wederkerigheid. Elk item wordt gescoord op een 5-puntschaal van helemaal niet (0) tot bijna altijd waar (4). Er kan een totaalscore worden berekend door alle punten op te tellen.

**Link vragenlijst:** [EID-Q.pdf](#)

**Validiteit/betrouwbaarheid**

Bij een Engelse validatiestudie bij mensen met dementie werd een hoge interne consistentie gevonden (Cronbach's alpha 0.92) en een redelijke test-hertest betrouwbaarheid (ICC 0.77). Voor convergente validiteit werden significante correlaties gevonden met het instrument en kwaliteit van leven ( $r = 0.68$ ) en depressie ( $r = 0.74$ ) (Stoner et al., 2018).

**4.4.3 HAP(-T)**

De Hetero-anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) is een vragenlijst waarmee onderzoek gedaan kan worden naar persoonlijkheidskenmerken en trekken van persoonlijkheidsstoornissen van ouderen met een langdurige zorgbehoefte (Barendse et al., 2013). De lijst bestaat uit 62 items die worden ingevuld met ja, nee of min of meer door een naaste of eventueel zorgverlener. Het instrument bestaat uit 10 inhoudsschalen: sociaal afzijdig gedrag, onzeker gedrag, kwetsbaar in de omgang, somatiserend gedrag, wanordelijk gedrag, rigide gedrag, perfectionistisch gedrag, moeilijk in de omgang, zelfingenomen gedrag, grillig en impulsief gedrag. De HAP meet persoonskenmerken voor een eventuele tegenwoordige psychische stoornis of hersenaandoening. Daarnaast is er de HAP-t, die een beeld geeft van de persoonskenmerken op dit moment.

**Link vragenlijst:** De HAP en HAP-t zijn niet vrij beschikbaar. Bekijk [www.hapsite.nl](http://www.hapsite.nl) voor meer informatie.

**Validiteit/betrouwbaarheid**

In een validatiestudie in Nederland en België onder populaties verpleeghuis en psychiatrie werden gemiddelde inter-itemcorrelaties tussen 0.23 en 0.53 gevonden voor de HAP, boven het vereiste niveau voor interne consistentie. Correlaties voor interbeoordelaarsbetrouwbaarheid waren tussen 0.63 en 0.85 en test-hertestbetrouwbaarheid was goed tot uitstekend (ICC tussen 0.60 en 0.98). Correlaties tussen de HAP en Quick Big Five-persoonlijkheidsvragenlijst waren boven de 0.50 en in de logische richting (Barendse et al., 2013).

## 5. Bijlagen

### 5.1 Voorbeeldvragen verkenning welbevinden

Naast het gebruik van meetinstrumenten voor een algemene inschatting van welbevinden is het belangrijk om voor elke cliënt de vijf verschillende welbevinden behoeften én hulpbronnen goed in kaart te brengen aan de hand van een gesprek/interview met de cliënt en/of diens naasten. Hieronder staan voorbeeldvragen die toegepast kunnen worden.

#### 5.1.1 Comfort

Onderwerpen en/of vragen die extra aandacht verdienen bij de subjectieve ervaring van **comfort** zijn:

- Is er sprake van mogelijke visus- en gehoorproblemen bij de cliënt, die invloed kunnen hebben op het ervaren comfort?
- Zijn er aanwijzingen voor pijn of andere lichamelijke ongemakken? Bij mensen met dementie kan het discomfort ook al in kleine dingen zitten; een stoel die niet lekker zit of kleren die niet goed zitten.
- Wordt er goed aangesloten bij wensen en mogelijkheden met betrekking tot eten en drinken van de cliënt (e.g., fingerfood, of wensdieet)? Wordt regelmatig nagevraagd of bepaalde eet- en drinkwensen misschien zijn veranderd?
- Is er sprake van rouw/rouwverwerking of andere mentale of emotionele stemmingen die invloed kunnen hebben op het ervaren comfort?
- Zijn er aanwijzingen of klachten die duiden op een delier? Valt de cliënt in een risicogroep voor het ontstaan van een delier?
- Sluit de persoonlijke verzorging die gegeven wordt goed aan bij hoe de cliënt verzorgd wil worden?
- Woont de cliënt – voor zover mogelijk – in zijn/haar optimale leefomgeving? Heeft de cliënt een gevoel van veiligheid en geborgenheid? Hoe spelen eventuele medecliënten hier een rol in?
- Wat ervaart de cliënt als wenselijk of onwenselijk gedrag van de zorgprofessionals in zijn leefomgeving? Sluiten de zorgprofessionals bij dit wenselijke gedrag aan? Het is belangrijk dat zorgprofessionals zich bewust zijn van het feit dat zij werken in de leefomgeving van de cliënt, de cliënt hoeft niet zijn/haar weg te vinden in de systeemwereld van de zorginstelling.

### 5.1.2 Stimulatie

Onderwerpen en/of vragen die extra aandacht verdienen bij de subjectieve ervaring van **stimulatie** zijn:

- Zijn de activiteiten/prikkels die aangeboden worden aan de cliënt passend bij zijn/haar behoefte aan stimulatie? Wordt er bij het aanbieden van activiteiten/prikkels voldoende rekening gehouden met de fysieke en cognitieve mogelijkheden en beperkingen van de cliënt?
- Zijn de betrokken medewerkers op de hoogte van de bezigheden en activiteiten die de cliënt op een dag heeft en houden zij hier rekening mee?
- Zijn medewerkers flexibel als de wensen van de cliënt niet helemaal in het afdelingsprogramma passen? (moet iemand om 12 uur terug zijn voor de lunch of kan de wandeling met vrijwilliger wat langer duren en kan de cliënt een half uurtje later lunchen?)
- Weten betrokken vrijwilligers hoe zij de cliënt het beste kunnen benaderen en activeren? Weten zij ook wanneer het genoeg is voor de cliënt?
- Betrekken medewerkers de cliënt, als die dat wil, op een passende manier bij de dagelijkse bezigheden op de afdeling?
- Wat valt op als het gaat om het verwerken van omgevingsprikkels (licht, geluid, kleuren, geuren en gevoelsprikkels)? Op welke prikkels reageert de cliënt goed en op welke minder goed? Is er sprake van probleemgedrag dat het resultaat kan zijn van sensorische informatieverwerkingsproblemen?
- Moeten er daarom meer/minder prikkels aangeboden worden of op een ander manier? Heeft de cliënt de mogelijkheid om zich ergens terug te trekken als hij of zij te veel prikkels ervaart? Heeft de cliënt de mogelijkheid om zelf meer prikkels op te zoeken of te kunnen ervaren? Wat kan hierbij helpend zijn? Denk ook aan specifieke prikkels, zoals voldoende licht (e.g., daglichtlampen) maar ook (omgevings)geluiden.
- Wat zijn dingen die de cliënt helpen met ontspannen? Zijn deze dingen in voldoende mate aanwezig in de omgeving van de cliënt?
- Is de benadering door medewerkers passend bij de behoefte van de cliënt? Is er aandacht voor het non-verbale aspect in de communicatie?

### 5.1.3 Affectie

Onderwerpen en/of vragen die extra aandacht verdienen bij de subjectieve ervaring van **affectie** zijn:

- In hoeverre heeft de cliënt behoefte aan affectie?
- Welke vormen van affectie vindt de cliënt (on)prettig? Hoe merk je dat aan de cliënt? Wanneer is er sprake van positief contact met de cliënt? Hoe was dat vroeger en hoe is dat nu? In hoeverre wordt er aangesloten bij de gewenste vormen van affectie? Hoe kan dit nog beter?
- Ervaart de cliënt beperkingen in het maken van emotioneel contact met anderen? Hoe kan de cliënt daarbij ondersteund worden?
- Hoe gaat de cliënt om met intimiteit en seksualiteit? Wat ervaart de cliënt als intimiteit en seksualiteit? En in hoeverre heeft de cliënt er behoefte aan? Hoe uit de cliënt dit? Denk bijvoorbeeld aan wel/niet ergens over praten, de manier waarop over iets gepraat wordt, de manier waarop de cliënt er vorm en uiting aan geeft. In hoeverre wordt hier in de zorg bij aangesloten? Hoe wordt dit vormgegeven?

### 5.1.4 Gedragsbevestiging

Onderwerpen en/of vragen die extra aandacht verdienen bij de subjectieve ervaring van **gedragsbevestiging** zijn:

- In hoeverre heeft de cliënt behoefte aan gedragsbevestiging? Op welke gebieden? Heeft iemand behoefte aan steun en aanmoediging (bijv. vanuit onzekerheid) of aan erkenning en bevestiging?
- Wat zijn mogelijkheden voor de cliënt om ergens bij te horen? Zijn er cliënten met overeenkomsten op het gebied van interesses of hobbies?
- Kan de cliënt een taak of rol krijgen die goed bij hem past, die haar voldoening geeft? Denk aan hulp bieden bij activiteiten en dagelijkse bezigheden, assisteren van de technische dienst, etc.
- Is het mogelijk om bij de 'oude' reguliere sport of hobbyclub mee te blijven doen? Of kan een vroeger sport of hobbymaatje samen met de cliënt meedoen aan een groepsactiviteit van de zorginstelling?
- Letten medewerkers er op dat ze niet afkeurend praten over (gedrag van) de cliënt?

- Heeft de cliënt bepaalde gewoontes, rituelen of een bepaalde geloofsovertuiging waar rekening mee gehouden kan worden?

5.1.5 Status

Onderwerpen en/of vragen die extra aandacht verdienen bij de subjectieve ervaring van **status** zijn:

- Wat maakt deze cliënt uniek? Hoe onderscheidt deze cliënt zich van anderen?
- Waar is deze cliënt goed in?
- Waar is deze cliënt trots op?
- Heeft iemand de mogelijkheid om diens specifieke vaardigheden of kennis in te zetten?
- Kan er in de kamer van de cliënt iets tastbaars liggen wat verwijst naar waar de cliënt trots op is, uniek in is? Denk aan een foto van die mooie taart die ze heeft gebakken, diploma of oorkonde, muziekinstrument, sportschoenen, medaille van de 4-daagse, etc.
- Heeft iemand de mogelijkheid om de dagelijkse dingen op eigen wijze te doen, in eigen tempo en naar eigen tevredenheid? Ook als dat wat langer duurt?

5.2 Werkblad welbevinden actieplan

Bedenk samen hoe je er ondanks mogelijke knelpunten/belemmeringen voor kunt zorgen dat de vijf behoeften optimaal vervuld worden. Wat is er nodig om voor deze cliënt in de behoefte te voorzien? Ondersteunen bij zelfmanagementvaardigheden? Hulpbronnen aanreiken? Wie doet wat? En op welke momenten (dag/tijdstip) worden de acties uitgevoerd?

|                     | Wat gaat goed? | Wat kan beter?<br>Waarom gaat het niet goed? | Actieplan |      |          |
|---------------------|----------------|----------------------------------------------|-----------|------|----------|
|                     |                |                                              | Wat?      | Wie? | Wanneer? |
| Comfort             |                |                                              |           |      |          |
| Stimulatie          |                |                                              |           |      |          |
| Affectie            |                |                                              |           |      |          |
| Gedrags bevestiging |                |                                              |           |      |          |
| Status              |                |                                              |           |      |          |

### 5.3 UKON Expertteam Psychologen

Het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) is een samenwerkingsverband tussen 18 zorgorganisaties in de langdurige zorg en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc. Het doel van het UKON is het verbeteren van het welbevinden van mensen met dementie en mensen met chronische ziekten die een complexe zorgvraag hebben. Vaak zijn zij afhankelijk van intensieve ondersteuning, zorg en behandeling. Dit is tegenwoordig steeds vaker thuis of in de wijk, maar dit kan ook in een verpleeghuis/woonzorglocatie zijn. Het UKON beoogt professionals, naasten, vrijwilligers, en andere betrokkenen uit het sociaal netwerk handvatten aan te reiken die bijdragen aan het welbevinden van mensen met een complexe zorgvraag en bijdragen aan het werkplezier van professionals in de huidige en toekomstige zorgpraktijk. UKON wil dit realiseren door kennis te ontwikkelen, deze kennis te verspreiden en te vertalen in praktische tools en deze te helpen implementeren in de zorgpraktijk.

Het UKON heeft meerdere expertteams op verschillende gebieden. [Het expertteam Psychologen](#) richt zich op deskundigheidsontwikkeling, intervisie en visieontwikkeling over de positie van psychologen in de langdurige zorg in het algemeen, en bij implementatie in het bijzonder. De leden van het Expertteam nemen deel op basis van persoonlijke expertise en betrokkenheid.

## 6. Literatuurlijst

- Arons, A. M. M., Wetzels, R. B., Zwijsen, S., Verbeek, H., van de Ven, G., Ettema, T. P., Koopmans, R., & Gerritsen, D. L. (2017). Structural validity and internal consistency of the Qualidem in people with severe dementia. *Int Psychogeriatr*, 1-11.
- Baker, R., Dowling, Z., Wareing, L. A., Dawson, J., & Assey, J. (1997). Snoezelen: Its Long-Term and Short-Term Effects on Older People with Dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 213-218.
- Barendse, H. P., Thissen, A. J., Rossi, G., Oei, T. I., & van Alphen, S. P. (2013). Psychometric properties of an informant personality questionnaire (the HAP) in a sample of older adults in the Netherlands and Belgium. *Aging Ment Health*, 17(5), 623-629.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., & Ciarocco, N. J., & Twenge, J.M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 589-604.
- Bouwman, L.I., Koelen, M.A., & Swan, E. C. (2012). An appetite for change. *Public Service Review: European Science & Technology*, 16.
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-36.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Theoretical Frameworks for Behavioral Problems in Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 8-21.
- Custers, A. F., Westerhof, G. J., Kuin, Y., & Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging & mental health*, 14(6), 731-739.
- Dekker, J., Geus, R., van de Laar, M., de Moor, Penninx, J., & Salden, C. (Reds.). (2019). Psycholoog binnen de Wet langdurige zorg. Toekomstvisie op inhoud, rol en kwaliteitskader. Nederlands Instituut van Psychologen.
- Ettema, T. P., Dröes, R. M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007a). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument--validation. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(5), 424-430.

- Ettema, T. P., Dröes, R. M., de Lange, J., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007b). QUALIDEM: development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability and internal structure. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(6), 549-556.
- Gerritsen, D. (2017). Mensen zoals wij. *Tijdschrift Gerontologie Geriatrie*, 48(3), 97-99.
- Gerritsen, D. (2020). Ode aan kwetsbaarheid [Oratie] Radboud Universiteit
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Frijters, D. H. M., Ooms, M. E., & Ribbe, M.W. (2010). Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON scale. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1243-1251.
- Gibbons, L., McCurry, S., & Teri, L. (1999). Quality of Life in Alzheimer's disease: Patient and Caregiver Reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 21-32.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ* 343: d4163.
- Hulscher, M. E. J. L., Wensing, M. J. P., & Grol, R. P. T. M. (2000). Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën. ZON.
- Hurley, A. C., Volicer, B. J., Hanrahan, P. A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Res Nurs Health*, 15(5), 369-377.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered, the Person Comes First*. Open University Press, Maidenhead.
- Kromhout, M., Kornalijslijper, N., & de Klerk, M. (2018). Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J Gerontol*, 30(1), 85-89.
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the Theory of Social Production Functions. In S. M. Lindenberg and H. B. G. Ganzeboom (Eds), *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler* (pp. 169-184). Amsterdam: Thesis Publishers
- Lindenberg, S. (2013). Social rationality, self-regulation and well-being: The regulatory significance of needs, goals, and the self. In R. Wittek, T. A. B. Snijders, & V. Nee (Eds.), *Handbook of Rational Choice Social Research* (pp. 72-112). Stanford: Stanford University Press

- Madsø, K. G., Pachana, N. A., & Nordhus, I. H. (2023). Development of the Observable Well-Being in Living With Dementia-Scale. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 38, 15333175231171990.
- McGilton, K. S., Sidani, S., Boscart, V. M., Guruge, S., & Brown, M. (2012). The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging & Mental Health*, 16(4), 507-515.
- Nakanishi, M., Hirooka, K., Morimoto, Y., & Nishida, A. (2017). Quality of care for people with dementia and professional caregivers' perspectives regarding palliative care in Japanese community care settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1342-1351.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Bruggen, A. C. V. (2005). Dimensions Of Well-Being And Their Measurement: The Spf-Il Scale. *Social Indicators Research*, 73(3), 313-353.
- Nieboer, A. P., & Cramm, J. M. (2018). How do older people achieve well-being? Validation of the Social Production Function Instrument for the level of well-being-short (SPF-ILs). *Social Science & Medicine*, 211, 304-313.
- Nieboer, A. P., & Cramm, J. M. (2020). Validation of the SPF-Q, an instrument to assess the quality of production functions to achieve well-being, among multimorbid patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 321.
- Rijcken, S., Halfens, R.J.G., Schols, M.G.A., & Everink, I. (2018). Care Dependency of Nursing Home Residents in the Netherlands: 2010-2017. *Nursing Home Research International Working Group & Long-Term Care Research* (Conference abstract).
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag. Geraadpleegd van Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag | Volksgezondheid Toekomst Verkenning (vtv2018.nl) op 16 december 2022.
- Rijksoverheid. (2022). WOZO. Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen. Geraadpleegd op 28 oktober 2022, van wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen.pdf (overheid.nl)
- Rinnan, E., André, B., Drageset, J., Garåsen, H., Espnes, G. A., & Haugan, G. (2018). Joy of life in nursing homes: a qualitative study of what constitutes the essence of joy of life in elderly individuals living in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1468-1476.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Schalkwijk, D., Verlare, L. R., Muller, M. T., Knol, D. L., & van der Steen, J. T. (2009). Het meten van kwaliteit van leven bij ernstig demente verpleeghuisbewoners: psychometrische eigenschappen van de QUALID-schaal. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 40(5), 184-191.
- Schuurmans, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B. P., Slaets, J. P., & Lindenberg, S. (2005). How to measure self-management abilities in older people by self-report. The development of the SMAS-30. *Qual Life Res*, 14(10), 2215-2228.
- Selbaek, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161-169.
- Seligman, M.E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*, 55(1), 5-14.
- Steverink, N. (2014). Chapter: Successful development and ageing: Theory and intervention. In, *The Oxford handbook of clinical geropsychology* (pp. 84-103). Oxford University Press; US, New York, NY.
- Steverink, N. (2016). De kracht van sociale relaties: De invloed van sociale relaties op zelfmanagementvaardigheid, gezondheid en welbevinden. Rijksuniversiteit Groningen.
- Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardigheden. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 40(6), 244-252.
- Steverink, N., Lindenberg, S., & Slaets, J. P. J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *Eur J Ageing*, 2(4), 235-244.
- Steverink, N., Lindenberg, S., Spiegel, T., & Nieboer, A.P. (2020). The Associations of Different Social Needs with Psychological Strengths and Subjective Well-Being: An Empirical Investigation Based on Social Production Function Theory. *Journal of Happiness Studies*, 21(3), 799-824.
- Stoner, C. R., Orrell, M., Long, M., Cspike, E., & Spector, A. (2017). The development and preliminary psychometric properties of two positive psychology outcome measures for people with dementia: the PPOM and the EID-Q. *BMC Geriatrics*, 17(1), 72.

- Stoner, C. R., Orrell, M., & Spector, A. (2018). Psychometric Properties and Factor Analysis of the Engagement and Independence in Dementia Questionnaire (EID-Q). *Dement Geriatr Cogn Disord*, 46(3-4), 119-127.
- Teri, L., & Logsdon, R.G. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: the pleasant events schedule-AD. *Gerontologist*, 31(1), 124-127.
- Verbeek-Oudijk, D., & van Campen, C. (2017). Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/2016. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- van Campen, C., Kerkstra, A., & Taes, C. G. J. (1997). Het meten van ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten: ontwikkeling van een meetinstrument. NIVEL, Utrecht.
- van Campen, C., & Verbeek-Oudijk, D. (2017). Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- van der Steen, J., Ooms, M., van der Wal, G., & Ribbe, M. (2003). Measuring discomfort in patients with dementia - Validity of a Dutch version of the Discomfort Scale - Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT). *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 33, 257-263.
- van der Wolf, E., van Hooren, S. A. H., Waterink, W., & Lechner, L. (2018). Measurement of Well-Being in Gerontopsychiatric Nursing Home Residents: Development of the Laurens Well-Being Inventory for Gerontopsychiatry. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 31(3), 136-148.
- van Klaveren, S., van de Werfhorst, K.J., Meys, N., Brouwer, L., van der Harg, A., & Cazemier, G. (2017). Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg: Ervaringen van aanvragers en professionals. BMC Advies, Amersfoort.
- Weiner, M. F., Martin-Cook, K., Svetlik, D. A., Saine, K., Foster, B., & Fontaine, C. S. (2000). The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *J Am Med Dir Assoc*, 1(3), 114-116.
- Westerhof, G.J., Korte, J., Eshuis, S., & Bohlmeijer, E.T. (2018). Precious memories: a randomized controlled trial on the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging Mental Health*, 22(11), 1494-1501.

- Willemse, B. M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J., & Pot, A. M. (2015). Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging & mental health*, 19(5), 444-452.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental wellbeing in older age? A systematic review. *Aging Mental Health*, 14(6), 652-669.
- Zorginstituut. (2021). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en ontwikkelen. Diemen
- Zorgstandaard Dementie. (2020). Zorgstandaard Dementie 2020 Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers. Geraadpleegd op 28 oktober 2022, van [zorgstandaard-dementie.pdf](https://www.zorgstandaard-dementie.nl/) ([dementiezorgvoorelkaar.nl](https://www.dementiezorgvoorelkaar.nl/))

