

**“Is de koffie mislukt, dan is de koffie mislukt.
Daar is niets aan verloren.”**

Kwalitatief onderzoek naar adaptatie en coping bij ouderen met Mild Cognitive Impairment

Promotor: Prof. Dr. P. De Vriendt
Dr. A. Velghe
Academiejaar: 2012 – 2013

Bachelorproef voorgedragen door:
Anneleen VAN DE WIELE
tot het bekomen van
de graad van Bachelor in de ergotherapie

“Is de koffie mislukt, dan is de koffie mislukt.

Daar is niets aan verloren.”

Kwalitatief onderzoek naar adaptatie en coping bij ouderen met Mild Cognitive Impairment

Promotor: Prof. Dr. P. De Vriendt
Dr. A. Velghe
Academiejaar: 2012 – 2013

Bachelorproef voorgedragen door:
Anneleen VAN DE WIELE
tot het bekomen van
de graad van Bachelor in de ergotherapie

ABSTRACT

“Is de koffie mislukt, dan is de koffie mislukt. Daar is niets aan verloren”	
Kwalitatief onderzoek naar adaptatie en coping bij ouderen met Mild Cognitive Impairment	
Promotiejaar:	2013
Student:	Anneleen Van de Wiele
Externe promotor:	Dr. Anja Velghe
Interne promotor:	Prof. Dr. Patricia De Vriendt
Trefwoorden:	Mild Cognitive Impairment, adaptatie, ouderen
Mild Cognitive Impairment is een minder gekende geheugenaandoening, ondanks het verband met dementie. Het leidt tot problemen op vlak van advanced activities (bv. recreatie) en instrumental activities of daily living (bv. huishouden). Deze studie gaat na welke vormen van adaptatie personen met Mild Cognitive Impairment toepassen om met deze beperkingen om te gaan. In een kwalitatief design werden vijf personen via purposive sampling geïnccludeerd. Diepte-interviews werden van hen afgenomen. De narratieve data werd geanalyseerd volgens de constant comparative methode. Om te anticiperen op hun beperkingen hanteerden de onderzoekspersonen passende adaptatievormen. Hieronder vielen emotionele adaptatie, op een positieve of negatieve manier, en effectieve adaptatie. Door toepassing van deze adaptatievormen konden zij hun zinvolle activiteiten blijven uitvoeren. Deze resultaten zijn nieuw in het gebied van Mild Cognitive Impairment. Ze bieden hulpverleners inzicht in hoe deze personen kunnen omgaan met hun aandoening. Dit kan hen helpen om hun behandelplan hieraan aan te passen.	

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF	4
1 INTRODUCTIE	5
2 PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN	8
2.1 PROBLEEMSTELLING	8
2.2 ONDERZOEKSVRAGEN.....	8
3 ONDERZOEKSMETHODE	9
3.1 ONDERZOEKSDESIGN	9
3.2 ONDERZOEKSPERSONEN EN SAMPLING	9
3.2.1 <i>Inclusiecriteria</i>	9
3.2.2 <i>Exclusiecriteria</i>	10
3.3 ETHISCHE ASPECTEN.....	10
3.4 DATAVERZAMELING	10
3.5 DATA-ANALYSE.....	11
4 RESULTATEN	12
4.1 BESCHRIJVING VAN DE ONDERZOEKSPERSONEN	12
4.2 AANMELDINGSKLACHT: DE PROBLEMEN DIE ZICH VOORDEDEN BIJ DE ONDERZOEKSPERSONEN	14
4.3 ANALYSE VAN DE INTERVIEWS: VORMEN VAN ADAPTATIE DIE DE ONDERZOEKSPERSONEN TOEPASTEN	15
4.4 EMOTIONELE ADAPTATIE.....	16
4.4.1 <i>Omgaan met een probleem op een positieve manier</i>	16
4.4.1.1 Probleembesef.....	16
4.4.1.2 Zoeken naar de oorzaak van het probleem.....	17
4.4.1.3 Aanpakken van het probleem.....	18
4.4.2 <i>Omgaan met een probleem op een negatieve manier</i>	19
4.4.2.1 Diagnose (nog) niet aanvaard/gebrek aan adaptatie	19
4.4.2.2 Bagatelliseren	19
4.4.2.3 Zichzelf laten gaan	20
4.4.2.4 Vermijding.....	21
4.5 EFFECTIEVE ADAPTATIE	21
4.5.1 <i>Inschakelen van hulp</i>	21
4.5.1.1 Professionele hulp	21
4.5.1.2 Niet-professionele hulp	22
4.5.2 <i>Gebruik van hulpmiddelen</i>	22
4.5.2.1 Hulpmiddelen zelfstandig aangewend	22
4.5.2.2 Hulpmiddelen aangebracht door anderen	23
4.5.3 <i>Aangepast handelen</i>	24
4.5.3.1 Structuur aanbrengen.....	24
4.5.3.2 Zaken vereenvoudigen	25
5 DISCUSSIE	26
6 CONCLUSIE	33
LITERATUURLIJST	35

WOORD VOORAF

Bij het tot stand komen van deze bachelorproef heb ik mogen rekenen op de steun en hulp van een aantal personen.

Allereerst gaat mijn dank uit naar mijn promotoren, mevrouw De Vriendt en mevrouw Velghe. Zij hebben mij gedurende het volledige traject begeleid en bijgestuurd. Zij waren telkens bereid om feedback en tips te geven waar nodig.

Als volgende wil ik de diensten danken waar ik mijn onderzoek heb mogen uitvoeren. Hierbij wil ik mevrouw Rosseel danken om mij te begeleiden tijdens mijn bachelorproefgebonden stage in het Universitair Ziekenhuis te Gent.

Mijn dank gaat daarnaast ook uit naar mevrouw Cornelis voor het helpen zoeken naar meerdere participanten binnen het Universitair Ziekenhuis te Brussel.

Mijn ouders wil ik graag bedanken voor hun morele steun, hun geloof in mijn mogelijkheden en de kans die ze mij gegeven hebben om mijn eindwerk en mijn opleiding tot een goed einde te brengen.

Ten slotte nog een speciaal woord voor Sven D’heer en Karine Cleemput voor het nalezen van mijn bachelorproef en het geven van de nodige feedback.

“Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd”.

Gent, juni 2013

1 INTRODUCTIE

Mild Cognitive Impairment (MCI) is een cognitieve aandoening die niet gekend is bij het brede publiek. Het is echter een interessant gegeven voor onderzoekers, aangezien er nog heel wat rond te ontdekken is. Mariani, Monastero en Mecocci (2007) wezen op een voorkomen van MCI van 11 à 17 % bij zestigjarigen.

Het onderzoek naar het verband tussen MCI en dementie is veelvoorkomend. Wanneer verschillende studies bekeken worden, kan hieruit geconcludeerd worden dat MCI een mogelijke risicofactor is voor conversie naar dementie. Deze kans varieert namelijk van 2 tot 31% (Bruscoli & Lovestone, 2004).

MCI werd door Perneczky, et al. (2006) beschreven als een tussenstadium, een grijze schemerzone, tussen een fase van geheugenachteruitgang die leeftijdsgebonden is, en een fase van dementie. Het cognitief probleem horende bij MCI heeft geen invloed op de Basic Activities of Daily Living (b-ADL). Voorbeelden hiervan zijn zelfzorg, kleden en eten. Hiervoor kunnen zij nog zelf instaan. Dit zorgt ervoor dat ze in staat zijn om alleen te blijven wonen, eventueel mits ondersteuning. Daarentegen is wel de uitvoering van complexe activiteiten verstoord. Hieronder worden Advanced Activities of Daily Living (a-ADL-activiteiten) zoals recreatieve activiteiten, hobby's ... als eerste aangetast. Pas daarna daalt de kwaliteit van de Instrumental Activities of Daily Living (i-ADL-activiteiten). Voorbeelden hiervan zijn het huishouden, boodschappen doen, gebruik van openbaar vervoer ... (Perneczky, et al., 2006). De aantasting van i-ADL komt echter niet bij elke persoon met MCI voor. Daar b-ADL intact blijft bij MCI, is een belangrijk criterium om het onderscheid te maken tussen MCI en dementie dan ook de aantasting van de b-ADL-activiteiten (Perneczky, et al., 2006).

Naast aantasting van a-ADL en i-ADL gaat MCI gepaard met subjectieve geheugenklachten. Deze klachten moeten ten minste zes maanden aanwezig zijn, vooraleer de diagnose gesteld mag worden. Daarnaast worden deze klachten in de meeste gevallen ook opgemerkt door de omgeving. De cognitieve achteruitgang horende bij MCI is beperkt, in vergelijking tot de achteruitgang die hoort bij een dementieel beeld (Chertkow, 2002). De geheugenklachten bij MCI worden niet veroorzaakt door andere medische, psychiatrische of neurologische aandoeningen (Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tangalos, & Kokmen, 1999). Aandoeningen zoals delirium, verstandelijke beperking of depressie kunnen immers ook cognitieve achteruitgang met zich meebrengen. In het onderzoek van Yaffe et al. (1999) is duidelijk te zien dat niet-dementerende vrouwen met depressieve symptomen lager scoorden op cognitieve tests.

Naar de meningen en ervaringen van personen gediagnosticeerd met MCI is nog niet veel onderzoek gedaan. Dit is echter wel noodzakelijk om de aandoening te kunnen begrijpen. De mate van aantasting van het dagelijkse leven bepaalt hoe een persoon omgaat met zijn aandoening. De reacties van cliënten met MCI kunnen dan ook erg uiteenlopend zijn.

Het is dus belangrijk dat ergotherapeuten en andere hulpverleners weten dat adaptatie van de ene tot de andere persoon kan verschillen (Carlson, Clark, & Young, 1998).

Zoals vooraf vermeld, zorgt MCI met zijn cognitieve klachten voor een aantal moeilijkheden in de activiteiten van het dagelijkse leven.

Het is belangrijk om met deze moeilijkheden op weg te gaan en dus beroep te doen op het eigen adaptatief vermogen. Op deze manier kan de persoon zo lang mogelijk autonoom functioneren en leidt dit tot een betere kwaliteit van leven (Janowski, et al., 2012).

Coping en adaptatie zijn termen die vaak door elkaar gebruikt worden, maar ze betekenen echter niet volledig hetzelfde. Volgens Goretti, Portaccio, Zipoli, Razzolini, en Amato (2010) kunnen copingstrategieën worden omschreven als hoe iemand omgaat met problemen en de stress die hiermee gepaard gaat. Deze strategieën kunnen ofwel emotieregulerend of probleemoplossend zijn. Coping is als het ware een reactie op een fysieke, emotionele of psychische belasting. Het is eerder een manier waarop met een specifieke situatie omgegaan wordt (Snyder, 1999).

Adaptatie houdt daarentegen het volledige aanpassingsverloop in dat de persoon doormaakt vanaf de diagnosestelling, om zich aan te passen aan de veranderde, blijvende situatie. Het is een breder leerproces dat eveneens routine inhoudt (Zeidner & Endler, 1996). Coping is hiervan een onderdeel en is de manier waarop omgegaan wordt met onaangename effecten die bij de pathologie horen (Gregório, Stapert, Brands, & Van Heugten, 2011).

Adaptatie is een breder concept dat psychologische termen inhoudt: perceptie, leren, motivatie en emotie spelen een rol wanneer de persoon zich aanpast aan veranderde omstandigheden (Zeidner & Endler, 1996).

Adaptatie kan ruimweg gezien worden als een proces van aanpassing (Kielhofner G. , 1999). In de literatuur wordt het beschreven als het aspect waardoor personen in staat zijn zich te ontwikkelen, zich kunnen aanpassen aan vereisten van de omgeving en hierdoor een gevoel van welbevinden kunnen bereiken (Kielhofner G. , 2008). Janowski et al. (2012) ziet adaptatie als het leren omgaan met een aandoening op ruim vlak: het vinden van emotioneel welzijn, vervullen van sociale rollen en aanvaarden van de aandoening (Janowski, et al., 2012).

Volgens von Glasersfeld (1982) bestaat adaptatie daarentegen ook uit assimilatie (bv. gebruik van hulpmiddelen om het doel te bereiken) en accommodatie (bv. het doel wordt vereenvoudigd). Adaptatie is een manier om het leven weer leefbaar te maken. De kwaliteit van leven wordt positief beïnvloed doordat doelen meer bereikbaar zijn en levenskansen worden vergroot (von Glasersfeld, 1982).

Adaptatie kan enerzijds gezien worden als fysiologische aanpassingen, maar ook als het bijsturen van het zelfbeeld, veranderende afhankelijkheid van anderen en het aanpassen van sociale rollen (Roy, 2011).

Om de kwaliteit van leven te optimaliseren zijn twee criteria noodzakelijk: ten eerste een ideale toestand voor het bereiken van doelen.

Ten tweede telt het concept van de gedrags- en handelingsaanpassingen. Dit houdt dus het vermogen in om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan. Ouderen zijn continu op zoek naar vormen om het adaptief vermogen bij te sturen. Bij het vinden van een nieuwe manier van adaptatie is het bijkomstig effect echter wel zo dat het een verlies van toekomstige mogelijkheden met zich meedraagt. Anderzijds is het wel zo dat verlies van adaptief vermogen een proces is, dat gerelateerd is aan de veroudering. Door dit verlies zullen de ouderen dan nood hebben aan vormen van compenserende steun (Baltes & Baltes, 1993).

In de literatuur is veel onderzoek te vinden rond adaptatie bij dementie. Bij dementie wordt naast het geheugen ook het dagelijks leven ernstig aangetast. Dementie kent echter verschillende stadia. Afhankelijk van die stadia zal de manier waarop de ziekte ervaren wordt, verschillen. Personen met dementie hebben volgens Dröes, van der Roest, van Mierlo, & Meiland (2011) een aantal adaptatieve taken: omgaan met eigen beperkingen, emotioneel evenwicht trachten te behouden, positief zelfbeeld behouden, leren omgaan met een onzekere toekomst en onderhouden van sociale relaties. Dit zorgt er voor dat de personen hier op volgende manieren mee omgaan: ze gaan hun problemen ontkennen, gaan confabuleren, vermijden sociale contacten en trekken zich terug om niet tot confrontatie te komen, gaan overcompenseren en gebruiken humor of lachen problemen weg (Dröes, van der Roest, van Mierlo, & Meiland, 2011).

Zoals reeds vermeld, is er weinig onderzoek gedaan naar hoe mensen zich gedragen na hun diagnosestelling van MCI. Uit kwantitatieve studies is gebleken dat de kans tot depressieve neiging slechts klein is, dat personen met MCI zichzelf 20 % kans geven om te evolueren naar een vorm van dementie en dat er meer sprake is van emotiegerichte coping (Mc Ilvane, Popa, Robinson, Houseweart, & Haley, 2008). Lin en Heidrich (2012) leverden eveneens kwantitatief onderzoek naar dit onderwerp. Via afname van diverse schalen verzamelden zij cijfermatige gegevens. Zij onderscheidde drie categorieën: probleemgerichte adaptatie, emotiegerichte adaptatie en dysfunctionele coping. Over het algemeen zagen zij dat de participanten vooral gedrag vertoonden waarbij zij probeerden om de conversie naar dementie te vermijden of uit te stellen. Emotiegerichte adaptatie werd het meest gebruikt door de onderzoekspersonen met MCI. Een veelvoorkomend fenomeen hierbij was aanvaarding. Verder vielen onder emotiegerichte adaptatie ook nog emotionele steun, cognitieve herstructurering, geloof en het gebruik van humor. Probleemgerichte adaptatie uitte zich eerder in actieve coping, plannen en gebruik van hulpmiddelen. Dysfunctionele coping kwam erg weinig voor. Voorbeelden hiervan waren afleiding zoeken, zich afreageren, zichzelf de schuld geven, gedragsverandering, ontkenning en middelenmisbruik.

Door het gebrek aan kwalitatieve data is het de bedoeling om via dit onderzoek meer gegevens te verzamelen rond adaptatie in MCI.

2 PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

2.1 Probleemstelling

Om inzicht te verwerven in de problematiek van MCI is het van belang om te onderzoeken op welke manier deze personen omgaan met hun aandoening. Het onderzoek naar de persoonlijke ervaringen van personen met MCI is echter nog beperkt tot kwantitatief onderzoek. Om meer gedetailleerde resultaten te verwerven rond de vormen van adaptatie die personen met MCI aanwenden, is er dus nog nood aan een kwalitatief onderzoek. Op deze manier kan geëxploreerd worden hoe zij anticiperen op hun cognitieve achteruitgang en bijkomende problemen op vlak van i-ADL en a-ADL.

2.2 Onderzoeksvragen

Op welke vlakken ervaren personen met MCI problemen ten gevolge van hun cognitieve stoornis?
Welke vormen van adaptatie passen zij toe om deze problemen te benaderen?

3 ONDERZOEKSMETHODE

3.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign.

Door interviewafname kon meer waardevolle en gedetailleerde informatie verzameld worden. Er was ruimte om dieper in te gaan op de concrete adaptatievormen die de onderzoekspersonen met MCI aannamen. Specifieke voorbeelden van adaptatie konden hierdoor aan het licht komen en besproken worden. De onderzoekspersonen konden hun ervaringen delen op een meer uitgebreide manier.

Gegevens voor dit onderzoek werden verzameld volgens semigestructureerde open interviews bij ouderen gediagnosticeerd met MCI. De gevonden data werd geanalyseerd en met elkaar vergeleken op basis van de constant comparative analysemethode.

3.2 Onderzoekspersonen en sampling

De dataverzameling gebeurde via purposive sampling bij vijf personen. Er werd een doelgerichte, selectieve steekproef getrokken. Deze sampling gebeurde ten eerste tijdens de integratiestage voor de bachelor in de ergotherapie in het Universitair Ziekenhuis te Gent. Aangezien het gewenste aantal onderzoekspersonen nog niet bereikt was, werden personen in het Universitair Ziekenhuis te Brussel aangesproken. De samplingperiode liep van oktober 2012 tot februari 2013. De onderzoekspersonen behoorden voor het onderzoek aan een aantal criteria te voldoen.

3.2.1 Inclusiecriteria

- Zowel mannen als vrouwen;
- Vanaf 75 jaar (tot geboortjaar 1937);
- Gediagnosticeerd met MCI door het multidisciplinair team;
- Gekende cliënten binnen het UZ Gent en UZ Brussel;
- Nog thuiswonend, al dan niet mits ondersteuning van professionelen of mantelzorgers;
- Nederlandstalig.

3.2.2 Exclusiecriteria

- (beginnende) dementie;
- Geheugenproblemen veroorzaakt door andere oorzaken, bv. psychiatrische stoornis, verstandelijke beperking, hersentumor;
- Verblijf in een zorginstelling;
- Zware fysieke beperking;
- Anderstalig.

Personen die aan deze criteria voldeden, kregen een voorstelling van het onderzoek en werden gevraagd om deel te nemen.

Vooraleer het interview afgenomen werd, moest zekerheid gewaarborgd worden dat er wel degelijk sprake was van MCI. Dit zou blijken uit de bekomen resultaten van het multidisciplinaire team van het geriatriesch dagziekenhuis: neuropsychologisch onderzoek door de psycholoog, geriatriesch bilan door de ergotherapeut en geriatriesch consult door de geriater.

3.3 Ethische aspecten

Van elke deelnemende onderzoekspersoon werd de toestemming gevraagd aan de hand van een schriftelijke informed consent. Dit document werd samen met de onderzoekspersonen overlopen voor de aanvang van het interview. De deelnemers werden hierbij gewezen op hun rechten en kregen ruimte voor het stellen van vragen. Het belang van de afname van het interview en het bachelorproefonderzoek over het algemeen werd geduid.

Toestemming van het ethisch comité werd verworven via het algemene onderzoek waaraan deze studie gekoppeld is.

3.4 Dataverzameling

De informatie werd verzameld via semigestructureerde diepte-interviews. Dit hield in dat vooraf een aantal open richtvragen op papier gezet werden in de vorm van een interviewgids. Deze interviewgids vormde een leidraad voor het interview. Op deze manier kwamen alle gewenste thema's aan bod. Het was van groot belang dat de vragen uit de interviewgids niet suggestief waren. De onderzoekspersonen werden hierdoor aangespoord en gestimuleerd om vooral veel uit zichzelf te vertellen. Wanneer de onderzoekspersonen opmerkelijke en voor het onderzoek interessante zaken aanbrachten, werd hierop ingepikt. Er werd een veilige, aangename sfeer gecreëerd zodat de onderzoekspersonen zich comfortabel voelden. De interviews vonden in één-op-één-verhouding plaats in een aparte ruimte binnen de afdeling geriatrie of het dagziekenhuis.

Bij aanvang van het interview werd de aanmeldingsreden nagevraagd. Dit werkte als een soort aanknopingspunt. De onderzoekspersoon werd vrij gelaten in wat hij op dat moment reeds graag kwijt wou. Nadien werd de persoon geleid naar het vertellen over de uitvoering van i-ADL- en a-ADL-activiteiten.

De interviews namen ongeveer dertig tot zestig minuten in beslag. De duur werd beperkt zodat de onderzoekspersonen geen interesseverlies zouden ondervinden en zodat de afname van het interview geen nadelige invloed zou hebben op onderzoeken die nog tijdens de consultatie van het dagziekenhuis zouden plaatsvinden.

Elk interview werd geaudiotaped voor latere analyse.

3.5 Data-analyse

De opgenomen interviews werden meermaals beluisterd en letterlijk uitgetypt. Deze uitgeschreven data werd gelezen en herlezen voor een grondig begrip. Uit deze data werden fragmenten geselecteerd die te maken hadden met adaptatie bij geheugenproblemen. Binnen dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de constant comparative methode. Alle betekenisvolle fragmenten werden gedurende het gehele proces met elkaar vergeleken. De bruikbare fragmenten die geselecteerd werden uit de interviews kregen een in-vivocode toegekend. Zo werden de fragmenten herleid tot kleinere werkbare deeltjes. Nadien werden de in-vivocodes die met elkaar te maken hadden, geclusterd tot open codes. Deze open codes werden op hun beurt gegroepeerd in ruime, overkoepelende vormen van adaptatie. Na verloop van tijd werd er dus als het ware een soort boomstructuur gecreëerd. Deze boomstructuur wordt verder weergegeven. Uit een analyse van de gegevens kon afgeleid worden welke manieren van adaptatie werden toegepast door de geïnccludeerde onderzoekspersonen.

4 RESULTATEN

4.1 Beschrijving van de onderzoekspersonen

Tabel 1 geeft de kenmerken weer van de vijf onderzoekspersonen die geïnccludeerd werden binnen dit onderzoek (één man, vier vrouwen; gemiddelde leeftijd 80,4 met minimum 76 en maximum 83 jaar). Allen voldeden aan de criteria voor MCI, al dan niet met comorbiditeiten.

Tabel 1: Demografische en testgegevens van onderzoekspersonen (n=5)

Kenmerken (n)	n	Gemiddelde	Range
Leeftijd		80,4	[76 – 83]
Geslacht, vrouw	4		
Sociale status			
<i>Gehuwd</i>	3		
<i>Weduwe</i>	2		
Opleidingsniveau			
<i>Lager secundair onderwijs, 9 jaar</i>	4		
<i>Lager onderwijs, 6 jaar</i>	1		
Aantal comorbiditeiten		2,5	[1 – 7]
Medicatie-aantal		5,4	[2 – 11]
MMSE-score		27,3	[25 – 29]
CamCog-score (n=3)		88,67	[81 – 100]
Subjectieve geheugenklachten	4		
Lawton-score		22,8	[18 – 26]
Katz-score		10	[6 – 15]
TNA (n=2)		25,5	[24 – 27]
aADL-DI (n=2)		37,61	[35,41 – 39,81]
aADL-CDI (n=2)		26,21	[13,54 – 38,88]
aADL-PDI (n=2)		11,25	[2,7 – 19,79]

MCI: Mild Cognitive Impairment; MMSE: Mini Mental State Examination; CamCog: Cambridge Examination for mental disorders of the elderly; Lawton-schaal: meten van iADL – UZ Gent: hoe zelfstandiger, hoe lager de score – UZ Brussel: hoe zelfstandiger, hoe hoger de score; Katz-schaal: meten van bADL; TNA: Total number of Activities; a-ADL-DI: advanced Activities of Daily Living-Disability Index ;a-ADL-CDI: advanced Activities of Daily Living-Cognitive Disability Index; a-ADL-PDI: advanced Activities of Daily Living-Physical Disability Index

Onderzoekspersoon 1 (MAV) is een 83-jarige vrouw. Zij is weduwe en alleenwonend. Ze is naar school geweest tot de leeftijd van veertien jaar. Achteraf was ze werkzaam in een spinnerij en in de keuken van een basisschool. MAV werd geïnccludeerd in UZ Gent.

Haar MMSE-score bedroeg 27/30. Er was vooral sprake van concentratieverlies en problemen met het werkgeheugen bij serieel aftrekken en spellen. Ook bij de recall scoorde ze zwakker. Uit haar CamCog-score (85/105) was af te leiden dat het oproepen van nieuwe, eenmalig aangeboden informatie voor haar moeilijk is. De klinische diagnose van MAV werd beschreven als MCI met gedragsproblematiek en vasculaire hersenletsels. De gedragsproblematiek uitte zich vooral in weerspanning tegenover haar kinderen en het verzinnen van leugens. Voor haar cognitieve achteruitgang nam ze geen geheugenmedicatie. MAV ervaarde subjectieve geheugenklachten. Ze koppelde dit zelf vooral aan haar ouderdom.

De tweede onderzoebspersoon (SE) is een vrouw van 81 jaar, die op regelmatige basis op consult komt in het dagziekenhuis van UZ Gent. Ook zij is weduwe en woont alleen in een appartement. Zij heeft haar lager onderwijs afgewerkt en werkte daarna als verkoopster.

Op de MMSE scoorde ze 28/30. Ze meldde zelf achteruitgang op cognitief vlak. Ze gaf aan dat ze moeite had met het onthouden en het oproepen van informatie. Ook verloor ze vaak de draad van een gesprek. Bij de test was er aarzeling omtrent de tijdsoriëntatie merkbaar, ze kwam hierbij vrij onzeker over. Het werkgeheugen was aangetast, dit kwam bij het serieel aftrekken naar voren. SE werd gediagnosticeerd met MCI met comorbiditeit van de ziekte van parkinson sinds 2008. De medicatie die ze innam, was specifiek voor de ziekte van parkinson, en niet gericht op de geheugenklachten.

Onderzoebspersoon 3 (MT) is een 76-jarige vrouw die samenwoont met haar echtgenoot. MT werd geïnccludeerd in het UZ Gent. Ze heeft onderwijs gevolgd tot de leeftijd van veertien jaar. Achteraf was ze kort werkzaam als bejaardenhelpster. Nadien vervulde ze de rol van huisvrouw en vrijwilliger binnen het Rode Kruis.

De uitkomst van de MMSE-test was bij MT 27/30. Uit het cliëntenverslag was af te leiden dat er sprake was van verstoorde concentratie en een verlaagd taalbegrip. Bij het oproepen van de woorden scoorde MT 2/3. MT gaf subjectieve geheugenklachten aan. Ze lijdt aan MCI met comorbiditeit van diabetes mellitus type 2, polyneuropathie, macroangiopathie, cataract en vertigo. Polyfarmacie deed zich voor bij MT, maar zij nam geen medicatie voor haar geheugenklachten.

Er was een risicofactor tot depressie. Uit de GDS 15 bleek dat bij MT sprake is van vlak affect en interesseverlies.

JM (onderzoebspersoon 4) is een man van tachtig jaar, die op consultatie komt in het UZ Brussel. Hij is gehuwd en samenwonend. JM volgde onderwijs tot de leeftijd van veertien jaar en hielp nadien zijn vader die werkzaam was als aannemer. Later volgde hij avondschoon bouwkundig tekenen en werd hij werfleider.

JM werd gediagnosticeerd met MCI. Er was geen sprake van evolutie naar Alzheimer dementie. Bij de MMSE bereikte hij een score van 29/30. Het enige deficit deed zich voor in de recall: 2/3. Verder was hij goed georiënteerd en waren er geen taal- of praxisproblemen. Hij gaf zelf aan dat geheugenklachten aanwezig waren. Hij ondervond daarin achteruitgang en maakte zich zorgen.

Op de CamCog behaalde hij een score van 100/105. De cognitieve achteruitgang was bij JM dus erg subtiel.

Bij het assessment van de a-ADL was te zien dat hij nog 24 voor hem zinvolle activiteiten uitoefende. Hij benoemde onder andere het bijwonen van een vergadering van zijn toneelkring en gebruikmaken van een handleiding. Hij is een erg actief en sociaal persoon.

LJ is de vijfde en laatste onderzochspersoon. Zij is een 82-jarige vrouw die samenwonend is. Ze volgde negen jaar lang onderwijs en vervulde nadien haar taak als huisvrouw. LJ heeft MCI, haar geheugen scoorde onder de norm, maar daarnaast was er geen sprake van andere verstoorde cognitieve functies. Bij LJ was er een conversie naar dementie mogelijk, waardoor opvolging zeker aangeraden is.

Haar MMSE-score bedroeg 25/30. Uitval was vooral merkbaar op vlak van geheugen. Ze was niet in staat om de woorden op te roepen uit haar geheugen.

LJ gaf geen subjectieve geheugenklachten aan en zei zelf dat haar toestand stabiel was. Uit heteroanamnese bleek dat er zich vooral problemen voordeden in het korte termijngeheugen van LJ: ze vergat gauw wat de inhoud van een gesprek was, raakte voorwerpen kwijt ... Ook had ze soms woordvindingsproblemen.

Haar vader en broer werden in het verleden gediagnosticeerd met dementie. Op vraag van haar dochter en kleinzoon gaat zij dan ook op controle naar het geriatriesch dagziekenhuis van UZ Brussel.

LJ scoorde net boven de cut-off op de CamCog. Vooral in het onderdeel voor geheugen was achteruitgang merkbaar.

Bij het in kaart brengen van de a-ADL voerde LJ nog 27 zinvolle activiteiten uit, o.a. gebruik van een kalender en autorijden.

4.2 Aanmeldingsklacht: De problemen die zich voordeden bij de onderzochspersonen

Alle geïnccludeerde onderzochspersonen hadden een concrete vraag waarvoor ze beroep deden op het dagziekenhuis. Vier van de bevroegde onderzochspersonen vermeldten subjectieve geheugenklachten na bevragen tijdens het interview. Een vijfde onderzochspersoon minimaliseerde haar geheugenklachten. Deze klachten werden dan ook vooral opgemerkt door haar nabije omgeving. Op vraag van deze naasten ging zij regelmatig op controle. De aanmeldingsklacht van deze persoon kwam dus niet uit zichzelf.

Bij bevraging toonden de deelnemers aan in welke situaties zij geheugenklachten ondervonden: woordvindingsproblemen, vergeten waar men iets gelegd had, moeilijkheden in het aanleren van nieuwe vaardigheden, problemen bij het oproepen van namen of informatie ... De cognitieve klachten belemmerden de onderzochspersonen bovendien in het uitvoeren van een aantal i-ADL- (bv. openbaar vervoer nemen, boodschappen doen) en a-ADL-activiteiten (bv. uitvoeren van hobby's). Beperkingen in b-ADL-activiteiten werden bij de participanten niet veroorzaakt door geheugenproblemen.

4.3 Analyse van de interviews: Vormen van adaptatie die de onderzoekspersonen toepasten

Wanneer de onderzoekspersonen vermeldden welke problemen zij ondervonden in hun dagelijks leven, kon hierop dieper ingegaan worden. Er werd gevraagd welke oplossingen zij aanwendden om op deze problemen te anticiperen. Dit leidde tot voorbeelden van adaptatie die werden toegepast door de participanten. Deze vormen van adaptatie maakten het voor hen nog mogelijk om hun dagelijkse activiteiten te blijven uitvoeren.

In tabel 2 is te zien dat er twee grote vormen van adaptatie naar voren kwamen bij de bevraging: emotionele adaptatie en effectieve adaptatie. Er werd geopteerd voor dezelfde onderverdeling van probleemgerichte coping en emotiegerichte coping zoals te zien binnen het onderzoek van Goretti et al. (2010).

Tabel 2: Vormen van adaptatie om het handelen te vereenvoudigen weergegeven in boomstructuur

Gerapporteerde vormen van adaptatie aan problemen in het dagelijkse leven	
Emotionele adaptatie	
	Omgaan met de diagnose of het probleem
	Op een positieve manier
	Aanpakken van het probleem
	Zoeken naar de oorzaak
	Probleembesef
	Op een negatieve manier
	Diagnose (nog) niet aanvaard
	Bagatelliseren
	Zich laten gaan
	Vermijding
Effectieve adaptatie	
	Inschakelen van hulp
	Professionele hulp
	Niet-professionele hulp
	Hulpmiddelen
	Zelfstandig aangewend
	Aangebracht door anderen
	Aangepast handelen
	Structuur aanbrengen
	Zaken vereenvoudigen

4.4 Emotionele adaptatie

Wanneer de participanten hun diagnose te horen kregen, bleek dit voor hen een zware emotionele klap te zijn. Ieder van hen ging - onbewust - op zoek naar een bepaalde manier om deze zware klap te boven te komen. Eén van de vormen die sterk naar voren kwam in de interviews was emotionele adaptatie. Bij emotionele adaptatie draaide het vooral rond het gevoelsmatige aspect van het probleem en hoe men ermee omging. Emotionele adaptatie werd door de onderzoekspersonen op verschillende wijzen uitgevoerd. Enerzijds kwam dit op een positieve manier tot uiting, anderzijds op een eerder negatieve manier.

4.4.1 Omgaan met een probleem op een positieve manier

4.4.1.1 Probleembesef

De onderzoekspersonen gaven probleembesef aan als een emotionele adaptatievorm. Dit hield voor hen in dat ze inzicht hadden in de heersende problemen. Ze kenden hun eigen mogelijkheden en beperkingen, en konden aantonen op welke vlakken zij hinder ondervonden. Net doordat zij inzicht hadden in hun problematiek, konden zij inschatten wanneer er zich problemen zouden voordoen. Dit zorgde ervoor dat zij er op de gepaste manier mee konden omgaan.

MCI is te zien als een prodromale fase voor dementie. Het verloop van MCI ziet er echter bij elke persoon volledig anders uit. Één participant gaf aan te beseffen dat zich reeds een cognitieve achteruitgang voordeed, en dat dit later tot meer zou kunnen leiden.

“Zo begint het hé, ik ben ook niet dom.” (MAW)

Ze gaf ook aan dat ze bang was om fouten te maken en dat ze hierdoor belemmerd werd in het nemen van het openbaar vervoer.

“Ik ben bang dat ik ergens fout zou terecht komen. Dat ik het zou vergeten ofzo”. (MAW)

Ze besepte dus waar het probleem voor haar persoonlijk lag en kon hierdoor naar een geschikte oplossing zoeken.

De participanten gaven aan dat hun geheugenklachten konden variëren van dag tot dag. De ene dag ervaarden ze praktisch geen problemen, de andere dag kon bij wijze van spreken alles tegengaan.

“De ene keer is het beter dan de andere keer. De ene keer kan je beter onthouden.” (SE)

“Of ik schrijf het op. Maar dan valt het voor dat ik mijn briefje vergeet.” (SE)

“Bijvoorbeeld kruiswoordraadsels (...) Vroeger ging dat heel vlot. Maar nu moet ik al eens zoeken, en het woord dat ik de dag voordien heb ingevuld, ken ik dan plots niet meer, enzovoort.” (SE)

De onderzoekspersonen vermeldde na bevraging dat ze moeilijkheden ervaarden in het aanleren van nieuwe vaardigheden op vlak van i-ADL of a-ADL. Zij beseften dat dit voor hen moeizamer verliep.

“Ja, soms wel. Die TV of de gsm ofzo.” (LJ)

“Alles is moeilijker geworden (...) Hetgeen dat ik met mijn hoofd kan, dat mag je mij nog vragen hoor. Maar bijvoorbeeld zo van die speciale recepten uitproberen, dat is moeilijker. (...) Nieuwe dingen zijn moeilijker.” (MT)

Een onderzoekspersoon besepte dat zijn diagnose voor moeilijkheden bij het oproepen van informatie uit het geheugen zorgde.

“Vorige zondag kwam er nog iemand naar mij: ken je mij nog? Ik zei: ik herken u, maar kan u niet thuisbrengen. Dan zei ze wie ze was, maar het zei me niets. Soms kan ik ook later nog denken: die naam, wie was dat nu weer?” (JM)

4.4.1.2 Zoeken naar de oorzaak van het probleem

Als tweede vorm van emotionele adaptatie kwam er uit de interviews het zoeken naar een reden waaraan het probleem toe te schrijven is, naar voor. Dit was voor de participanten een manier om hun probleem beter te begrijpen en te kunnen zoeken naar een oplossing of hulp in te schakelen. De onderzoekspersonen schreven verschillende oorzaken toe aan hun geheugenprobleem:

Ouderdom werd al gauw gekoppeld als oorzaak van de achteruitgang van hun geheugen.

“Maar ik ben 83, dus je begint al eens te vergeten, hé (...) Een beetje oud worden, hé. Maar zo begint het (...) De ouderdom is daar hé. Je begint te vergeten.” (MAV)

“De ene persoon onthoudt makkelijker dan de andere. Het is maar met ouder te worden dat het begint. Als je ziet, hoeveel mensen van mijn leeftijd al niet dement zijn (...) Je hebt die ouderdom, je kan er niets aan veranderen.” (JM)

Een participant zag haar comorbiditeit als oorzaak voor haar geheugenproblemen.

“Kijk, dat is nu de ziekte van parkinson, vergeten.” (SE)

4.4.1.3 Aanpakken van het probleem

Deze adaptatievorm werd geschetst als zich op een actieve manier gaan inzetten om met het probleem om te gaan. Dit werd door de deelnemers op verschillende manieren toegepast.

Een duidelijk voorbeeld dat hiervan vermeld werd, was het investeren van extra tijd. Door zichzelf meer tijd te gunnen om bijvoorbeeld nieuwe vaardigheden aan te leren, leidde dit bij de onderzoekspersonen vaker tot succes.

“Dat vergt wat meer tijd.” (LJ)

“Bijvoorbeeld rekenen. Vroeger kon ik dat uit mijn hoofd, nu vraagt dat al eens meer tijd of maak ik fouten.” (JM)

Wanneer belangrijke zaken moesten onthouden worden, maakten bepaalde onderzoekspersonen gebruik van een methode om hen daarbij te helpen.

“Ik probeer het zo goed mogelijk te onthouden.” (SE)

“En denken van: dat moet ik zeker onthouden, maar je vergeet het dan.” (JM)

Ze gaven hierbij zelf wel aan dat deze methode niet altijd even efficiënt was en niet telkens tot succes leidde.

Wanneer ze iets vergaten, zeiden enkele onderzoekspersonen dat het hielp om er even bij stil te staan of het probleem net los te laten. Op die manier kwamen ze dan tot een oplossing, en werd de kans dat zich dit nogmaals voordeed mogelijks iets kleiner.

“Soms ga ik naar de kelder iets halen en kan ik denken: wat kwam ik nu ook weer halen? Dan ga je terug de trap op en krijg je ineens een ingeving.” (JM)

“Maar ik zou naar de keuken gaan en in de keuken zijn en denken ‘wat moest ik nu weer hebben?’. Ik keer dan terug, en dan valt het mij plots weer in.” (MAV)

De ondervraagden merkten dat het aanleren van nieuwe vaardigheden minder vlot verliep. Hierbij gunden enkelen zichzelf wat meer tijd. Dit was hun manier om het probleem aan te pakken.

“Ik begin ergens aan, en als het mislukt probeer ik het op een andere manier.” (JM)

Een andere deelnemer pakte het probleem op nog een andere manier aan. Ze ging het omzeilen. Voor haar was dit een geschikte vorm van adaptatie bij haar woordvindingsproblemen.

“We omzeilen dat. Dus, je zoekt bijvoorbeeld naar een ander woord.” (MT)

Het zoeken van afleiding om niet aan de geheugenproblemen te hoeven denken, gaven de personen eveneens aan als geschikte aanpassingsmethode.

“Maar ik ga wel 3 dagen per week naar de opvang in Assenede. Je bent er dan eens tussenuit. (...) Er worden spelletjes gespeeld, we gaan soms wandelen, een optreden. Je hebt er compagnie.” (MAV)

“En daarom lees ik dus veel hé. En een beetje puzzelen.” (MAV)

Als laatste was op regelmatige basis op consultatie komen naar het dagziekenhuis voor de follow-up van de cognitieve achteruitgang een belangrijke zaak voor de deelnemers. Het multidisciplinair team kon hierdoor bekijken of de problematiek gestabiliseerd was, of dat er eerder achteruitgang merkbaar was. Op die manier kon ook het behandelplan bijgestuurd worden wanneer er nood aan was.

“(...) Hij had mij aangeraden om eens naar geriatrie langs te gaan. Hij zei: Als er iets moest zijn, genezen kunnen ze niet, maar ze kunnen het wel stabiliseren. En daarom kom ik al drie jaar.” (JM)

4.4.2 Omgaan met een probleem op een negatieve manier

4.4.2.1 Diagnose (nog) niet aanvaard/gebrek aan adaptatie

Over het algemeen hadden de onderzoekspersonen zich wel bij hun diagnose neergelegd. Ze vermeldde dat de cognitieve problemen ups en downs kenden.

Er was echter in een aantal gevallen sprake van een gebrek aan adaptatie of het feit dat men niet goed om kon met de diagnose.

Wanneer ze vaardigheden niet meer zelfstandig konden uitvoeren wegens cognitieve achteruitgang, leidde dit tot gevoelens van onmacht en onzekerheid over de evolutie van het probleem en de toekomst.

“Beschaamd. Ik kan het niet verdragen dat mijn man in de keuken staat.” (MT)

“Ik gebruik er niets specifiek voor.” (JM)

“Als je ziet, hoeveel mensen van mijn leeftijd al niet dement zijn. Dan denk ik bij mijzelf: hoe is dat toch mogelijk dat ze er nog geen middel voor gevonden hebben?” (JM)

4.4.2.2 Bagatelliseren

Een aantal deelnemers gingen hun probleem bagatelliseren. Ze gingen als het ware hun beperkingen minder erg voorstellen dan ze waren. Dit betekende echter niet altijd dat ze er minder waarde aan schonken. Het was voor hen een manier om met de gevoelens horende bij de diagnose om te gaan. De onderzoekspersonen bagatelliseerden op volgende manieren:

De deelnemers zeiden dat er twee opties zijn wanneer men iets vergeten is: enerzijds bij de pakken blijven zitten en zich er slecht over voelen, of er anderzijds iets mee doen, zoals het probleem gaan relativeren en bedenken dat het altijd nog erger kan.

“Ik vergeet soms een potje koffie erin te doen, dan heb ik niets anders dan klaar water. (...) Ik kan er eens mee lachen. Mijn man niet hoor. Maar ja, dat is een kleintje, daar is niets aan verloren hé. De koffie is er nog (...) Is de koffie mislukt, dan is de koffie mislukt.” (MT)

“Meestal lacht ze het gewoon weg wanneer we zeggen dat ze iets vergeten is.” (dochter van LJ)

“Ik word een beetje dement, ik weet dat. Maar zolang het geen kwaad kan.” (MAV)

Een participant wees erop dat vergeetachtigheid zich bij iedereen al eens kon voordoen. Ze zag dit als haar manier om haar geheugenprobleem te minimaliseren.

“Iets vergeten doet iedereen toch al eens? Dat doen jonge mensen toch ook?” (LJ)

Een aantal deelnemers maakten het probleem van geheugenachteruitgang kleiner door niet teveel tijd te investeren in ergernissen of piekeren. Zij investeerden hun tijd dan ook in andere zaken.

“Ik denk er niet lang over na. Ik ga 's avonds slapen, ik leg mij neer en ik ben vertrokken. Ik lig er niet van wakker. Ik trek mij niet veel aan.” (JM)

4.4.2.3 Zichzelf laten gaan

Door de diepte-interviews werd duidelijk dat de diagnose van MCI frustratie met zich kon meebrengen. De bevrageden lieten merken dat de geheugenklachten een zekere invloed hadden op hun gemoedstoestand. Dit resulteerde in het zichzelf laten gaan.

“ (...) Ik had mijzelf een beetje verwaarloosd.” (MAV)

“Ik maak mij geen zorgen, ik zal het wel zien, hé. Ik ben een beetje onverschillig, denk ik.” (MAV)

“Soms heb ik wel eens van die dagen dat ik denk: wat loop ik hier nog te doen?” (MAV)

“Wel, een beetje triestig. Dat je dat niet meer kan. (...) Dat vind ik triestig.” (SE)

Een deelnemer liet weten dat ze liever geen hulp zocht wanneer ze zich slecht voelde.

“Nee, daar doe ik niets aan.” (SE)

Een gevoel van onmacht kwam naar voren bij de onderzoekspersonen. Een participant zei dat hij weet dat de kans bestaat dat de geheugenproblemen uitbreiden naar dementie.

“Dan denk ik bij mijzelf: hoe is dat toch mogelijk dat ze er nog geen middel voor gevonden hebben? En het gebeurt allemaal zo op korte tijd. Daar heb ik schrik voor.” (JM)

4.4.2.4 Vermijding

Vermijding uitte zich bij de onderzoekspersonen vooral in het niet meer uitvoeren, het verminderd uitvoeren of het uitstellen van een activiteit.

Zoals vooraf vermeld, ervoeren de deelnemers moeilijkheden op vlak van i-ADL en a-ADL. Bij hen was duidelijk te zien dat het aanleren van de werking van nieuwe elektrische apparaten moeizaam verliep. Dit leidde ertoe dat ze het toestel uit de weg gingen.

“De TV soms, maar dat is voor mijn echtgenoot, dat doe ik niet hoor. Nee, dat kan ik niet, omdat ik het niet doe. Als ik mij ermee moest amuseren zou het wel gaan, maar het interesseert mij niet.” (LJ)

“Bwa, nu recent, sinds we die digicorder hebben is het moeilijker. Ik heb me er nog niet echt mee bezig gehouden. Maar mijn vrouw doet dat nu, ik heb geen zin om er mee bezig te zijn. Maar ik zou er wel mee kunnen werken. Je moet het leren en het onderhouden. Dat is hetzelfde als met een gsm, als je er niet mee bezig bent verleer je het.” (JM)

“Voor het ogenblik kan ik niet zo goed meer met de microgolfoven werken. Sinds ik opgenomen was in het ziekenhuis kan ik er niet meer mee werken. Het is een nieuwe. Het is moderner altijd hé.(...) Ik laat hem staan, ik gebruik hem gewoon niet meer. Als ik zeg: ik ga mij eraan zetten, dan doe ik dat wel tot als ik het kan.” (MT)

Naast het aanleren van nieuwe vaardigheden werden ook andere activiteiten niet meer uitgevoerd. Een voorbeeld hiervan was het gebruik van het openbaar vervoer.

“Het openbaar vervoer gebruik ik zeker niet meer. Ik ben bang dat ik ergens fout zou terecht komen. Dat ik het zou vergeten ofzo.” (MAV)

4.5 Effectieve adaptatie

Na data-analyse bleek dat het toepassen van effectieve adaptatie inhield dat personen probleemgericht gingen handelen. Dit was een meer praktische vorm van omgaan met een probleem. Er werden meer tastbare middelen aangewend om het handelingsprobleem te minimaliseren en om op een actieve manier om te springen met het probleem.

Bij de onderzoekspersonen resulteerde dit in volgende concrete voorbeelden.

4.5.1 Inschakelen van hulp

Wanneer een probleem te omvangrijk werd om het zelf aan te pakken, deden de participanten beroep op derden. Dit kon enerzijds een vraag rond adviesverlening zijn, anderzijds kon dit ook draaien rond materiële hulpverlening.

4.5.1.1 Professionele hulp

Personen

De onderzoekspersonen waren gekend binnen het geriatriesch dagziekenhuis van het UZ Gent of het UZ Brussel. Op regelmatige basis werden zij verzocht om langs te komen voor een verdere follow-up. Tijdens deze dagopname stonden professionelen van het multidisciplinaire team hen bij.

Spontaan vermeldden zij dat zij werden bijgestaan door de professor van het dagziekenhuis en de psycholoog.

Naast het team van het dagziekenhuis deden zij ook beroep op hun huisarts. Deze wees hen op zijn beurt door naar het dagziekenhuis voor verder onderzoek van hun geheugenklachten.

Verder werd door een deelnemer nog beroep gedaan op thuiszorg. Een thuisverpleegkundige kwam dagelijks langs voor hulp bij het ochtendtoilet en bloedtesten voor diabetes. Ook schakelde zij een poetsvrouw in om haar bij te staan bij een aantal huishoudelijke taken.

Voorzieningen

De onderzoekspersonen deden voor follow-up van hun geheugenklachten zoals reeds vermeld beroep op het dagziekenhuis geriatrie van het ziekenhuis in hun buurt (UZ Gent of UZ Brussel). Verder werd door een participant ook driemaal per week beroep gedaan op een dagverzorgingscentrum.

Zoals eveneens hierboven vermeld werd er thuishulp ingeschakeld, meer bepaald de organisatie Familiehulp.

4.5.1.2 Niet-professionele hulp

Mantelzorg

Mantelzorg werd uitgevoerd door naasten van de persoon in kwestie. Mantelzorgers zijn niet-professionelen die de zorg onbezoldigd uitvoeren. Zij bieden zorg omdat ze een persoonlijke band hebben met de persoon. De onderzoekspersonen gaven aan dat ze regelmatig hulp inschakelden van hun mantelzorgers. Zij werden ingeschakeld voor hulp bij bankregelingen, boodschappen, vervoer, het maken van afspraken en ondersteuning in het huishouden. Mantelzorgers waren meestal de kinderen, maar ook bijvoorbeeld een echtgenoot werd gezien als mantelzorger.

4.5.2 Gebruik van hulpmiddelen

Hulpmiddelen werden door de onderzoekspersonen gebruikt om ervoor te zorgen om nog zo zelfredzaam mogelijk te kunnen handelen. Het vulde hun gebreken aan en zorgde ervoor dat ze de bemoeilijkte activiteiten nog konden uitvoeren.

De onderzoekspersonen wendden zelf hulpmiddelen aan of kregen hulpmiddelen van derden aangeboden.

4.5.2.1 Hulpmiddelen zelfstandig aangewend

Als hulpmiddel vermeldden de onderzoekspersonen een kalender om afspraken niet uit het oog te verliezen. Ze hingen deze kalender op een zichtbare plaats, bij voorkeur in de keuken. Belangrijke zaken werden hierop genoteerd.

“Maar als er iets is wordt het bij ons op de kalender geschreven. Hij hangt omhoog in de keuken. Afspraken worden daar op gezet, je bent er dagelijks en je ziet dat dan hangen en wordt eraan herinnerd. Bellen ze? Dan ga ik snel eens gaan kijken op de kalender.” (JM)

“Ik schrijf daar alles op, wie er verjaart enzo. En mijn afspraken zet ik er ook allemaal op.” (LJ)

Ook schriftelijke hulpmiddelen werden vermeld: boodschappenlijstjes, een boekje met alle belangrijke telefoonnummers, en handleidingen.

“We hadden een nieuwe (telefoon) aangekocht waarin 150 contacten kunnen zitten. Die nummers daarin zetten, dat kan mijn vrouw niet. Maar ik neem de handleiding erbij, ik heb daar het geduld voor. Als ik iets doe moet het perfect zijn.” (JM)

Daarnaast kwamen eerder praktische hulpmiddelen aan bod tijdens het interview. Hieronder vielen bijvoorbeeld de GPS om zich naar minder gekende streken te verplaatsen, een aangepaste gsm voor ouderen, en een medicatiedoosje. Dit medicatiedoosje was voorzien van een vakje voor de medicatie 's ochtends, en de medicatie 's avonds.

“Mijn dochter legt die per week klaar in een potje. Ik vind dat wel makkelijk. Één keer heb ik vroeger mis ingenomen, maar dat wist ik zelf niet. Dat was een slaappil. Ik heb soms moeite met die namen en de hoeveelheden die ik moet innemen.” (LJ)

4.5.2.2 Hulpmiddelen aangebracht door anderen

De onderzoekspersonen kregen eveneens hulpmiddelen aangeboden door anderen. Dit gebeurde zowel door de mantelzorgers als door professionelen.

“Ik heb een grote kalender thuis. Die hebben mijn kinderen daar gehangen. Daar staat alles op in grote letters, dus daar kan ik niet over kijken. Als er iets is schrijven mijn kinderen het op de kalender. Ik wist het zelfs niet dat ik vandaag naar hier moest komen, ik was het alweer vergeten. Maar het was wel al een afspraak van lang geleden. Maar ze hadden het dan in het rood op mijn kalender gezet.” (MAV)

“Ik heb wel een nachtalarm. Dus als er iets is zijn mijn kinderen verwittigd. Ik heb dat gekregen omdat ik al een paar keer gevallen ben.” (MAV)

“Mijn echtgenote schrijft vaak zaken op. Ik gebruik regelmatig lijstjes.” (JM)

“De kleinkinderen hebben haar duidelijk opgeschreven en met afbeeldingen weergegeven hoe ze met de digicorder moet werken.” (dochter van LJ)

“Ik heb aan haar telefoon een groot blad omhoog gehangen met alle belangrijke telefoonnummers.” (dochter van LJ)

4.5.3 Aangepast handelen

4.5.3.1 Structuur aanbrengen

De participanten maakten gebruik van een bepaalde structuur om zaken overzichtelijk te maken. Het bood hen duidelijkheid over bijvoorbeeld het verloop van een dag of over de volgorde van verschillende deelhandelingen.

Structuur uitte zich bij de onderzoekspersonen op drie gebieden:

- op vlak van tijd- of dagindeling;
- op vlak van opbouwen van structuur door iets neer te schrijven;
- orde scheppen in geheugenprocessen.

De participanten legden zichzelf een duidelijke dag- of weekstructuur op om zich aan vast te houden.

“Om 8 uur sta ik op. Ik zet mijn kofffiezet aan, en ondertussen ga ik me wassen. En tegen dat ik terugkeer is mijn koffie klaar. Dan eet ik mijn sandwiches met mijn tas koffie. Mijn bed heb ik dan al open gelegd en dan daarna leg ik het weer toe. Dan doe ik een beetje stof af. (...) Dan 's middags brengen ze mijn eten. (...) En donderdag komt er iemand poetsen, om de boel wat op te kuisen.” (MAV)

“Opstaan, wassen, ontbijten. En dan mijn bloedtesten, dat duurt ook wel eventjes (...) Dan begin ik aan de soep, de groenten. Mijn man schilt de aardappelen, daar moet ik niet aankomen. Om 11u komt mijn man zijn soep drinken, tot 12u. Dan is het middagmaal. (...) Ons middagdutje. Bij mijn man een uurtje, bij mij kan dat iets langer zijn. Dan wordt er koffie gezet, dat de thermoskannen vol zijn voor de hele namiddag.” (MT)

Verschillende deelnemers ondersteunden zichzelf in hun geheugenproblemen door een aantal zaken op te schrijven. Op deze manier konden ze belangrijke zaken (bv. boodschappen of verjaardagen) beter onthouden.

Als laatste vorm van structuur werd het gebruik van geheugensteuntjes vermeld. Een voorbeeld hiervan was het leggen van linken. Dit werd gebruikt om orde te scheppen in het geheugen.

“Je krijgt altijd dezelfde testen, en daarmee zien ze dan of je nog goed onthoudt of niet. Ik herinner mij nog goed de envelop: Ludwig Peeters, Sterstraat 57, Antwerpen? Weet je waarop ik mij baseer? Er is een Ludwig die in de keuken werkt, en dat is een buurman van mijn zus. Ook de naam van mijn zus kan ik linken aan de Sterstraat. En daarom onthoud ik dat.” (JM)

4.5.3.2 Zaken vereenvoudigen

De deelnemers gingen bepaalde zaken vereenvoudigen om met hun geheugenprobleem te kunnen omgaan. Ze deden dit bijvoorbeeld aan de hand van methodeveranderingen of het aanpassen van een handeling.

“Soms doe ik mijn ogen eens toe en loop ik er gewoon voorbij (...) Mijn rug er eens een keer meer naartoe draaien, want het helpt toch niet.” (SE)

“Je kan het niet allemaal onthouden.” (JM)

“(…) En ik rijd niet zo ver meer en niet meer naar plaatsen waar ik nog niet geweest ben.” (LJ)

5 DISCUSSIE

Aan de hand van interviews met personen met MCI werd een zicht verkregen op welke specifieke problemen zij ervaarden door hun geheugenklachten, en hoe zij daarmee omgingen.

Alle geïnccludeerde onderzoekspersonen hadden een specifieke aanmeldingsklacht. Zij ervaarden elk problemen op specifieke gebieden, en schakelden hiervoor hulp in van het geriatriesch dagziekenhuis. Subjectieve geheugenklachten kwamen sterk naar voren bij de participanten. Dit was vaak de reden waarom zij beroep deden op het geriatriesch dagziekenhuis. Deze geheugenklachten uitten zich echter bij elke persoon op een andere manier. Enerzijds kon dit subtiel zijn en zich vertonen in af en toe eens vergeten wat men bijvoorbeeld in de keuken wou gaan halen, of vergeten waar men iets had neergelegd. Woordvindingsproblemen werden eveneens beschouwd als een gevolg van geheugenklachten. Problemen bij het aanleren van nieuwe vaardigheden (bv. werken met een nieuwe microgolfoven) kwamen naar voren bij de onderzoekspersonen. Daarnaast was het niet kunnen oproepen van informatie uit het geheugen (bv. namen) een vervelende bijkomstigheid van de geheugenklachten.

Na de bevraging viel te besluiten dat elke onderzoekspersoon zich op zijn eigen manier aanpaste aan zijn beperkingen veroorzaakt door de geheugenproblemen. Er werden dus tal van voorbeelden aangebracht door de onderzoekspersonen.

Er konden twee hoofdthema's van adaptatie weerhouden worden: emotionele adaptatie en effectieve adaptatie.

Onder emotionele adaptatie vielen omgaan met een probleem op ofwel een positieve of eerder een negatieve manier. Positieve emotionele adaptatievormen waren het aanpakken van het probleem op een actieve manier (bv. meer tijd investeren of op consultatie gaan), zoeken naar de oorzaak van het probleem (bv. oorzaak van geheugenklachten is veroudering, of comorbiditeit) en probleembesef (bv. besef dat MCI kan leiden tot dementie, of dat de geheugenklachten kunnen variëren). Negatieve emotionele adaptatie hield het bagatelliseren (bv. problemen weglachen), zich laten gaan (bv. zelfverwaarlozing), vermijding (bv. elektrische apparaten niet meer of minder gebruiken) en gebrek aan copingstijl of diagnose nog niet aanvaard (bv. zich beschaamd voelen, of onzekerheid over de toekomst), in.

Effectieve adaptatie bestond uit het inschakelen van hulp. Dit kon enerzijds professionele hulp (bv. professor van het dagziekenhuis, huisarts), of anderzijds mantelzorg (bv. voor hulp bij financiële zaken, boodschappen, vervoer ...) zijn. Het gebruik van hulpmiddelen was een tweede vorm van effectieve adaptatie. Hulpmiddelen werden zelf aangewend (bv. kalender of boodschappenlijstjes) of aangebracht door anderen (bv. blad met belangrijke telefoonnummers of het noteren van afspraken).

Een laatste vorm van effectieve adaptatie was het aangepast handelen door het aanbrengen van structuur (bv. dag- of weekstructuur aanhouden of geheugen structureren) of door zaken te vereenvoudigen (bv. methodeverandering of aanpassen van een handeling).

Daarnaast was te zien dat dysfunctionele adaptatiestijlen niet aan bod kwamen bij deze onderzoekspersonen.

Binnen dit kwalitatief onderzoek vermeldde de onderzoekspersonen het gebruik van hulpmiddelen (bv. kalender en lijstjes) als adaptatievorm om hun geheugen te ondersteunen. Daarnaast werden er ook linken gelegd in het geheugen om zaken beter te onthouden. Wanneer het kwantitatief onderzoek van Lin en Heidrich (2012) bekeken werd, kwam het gebruik van geheugensteuntjes eveneens naar voren. Zij zagen het binnen hun onderzoek eerder als linken leggen in het geheugen.

Deze onderzoekspersonen schakelden hulp in van anderen. Zij deden beroep op professionele personen, maar ook op mantelzorgers. Zij vroegen aan hun mantelzorgers hulp bij het huishouden, bij financiële regelingen en voor vervoerdiensten. Lin en Heidrich (2012) beschreven dat ook hun onderzoekspersonen hulp inschakelden van derden.

Na het analyseren van de data viel te besluiten dat er praktisch geen sprake was van dysfunctionele adaptatie bij de onderzoekspersonen. Dit was in tegenstelling tot het onderzoek van Lin en Heidrich (2012). Zij ontdekten dat een aantal van hun 63 onderzoekspersonen wel aan dysfunctionele adaptatie deden, zoals middelenmisbruik of zichzelf de schuld geven. Het feit dat de onderzoekspopulatie van dit kwalitatief onderzoek geen dysfunctionele adaptatie toepasten, kan mogelijk te wijten zijn aan de kleine steekproef.

Opvallend was dat de onderzoekspersonen bij Lin en Heidrich (2012) aangaven dat ze gedrag toepasten om de conversie naar dementie te vermijden of minder groot te maken. Dit kwam naar voren als de meest gebruikte adaptatiestijl. Binnen dit kwalitatief onderzoek vermeldde de onderzoekspersoon soortgelijk gedrag helemaal niet. Wel vermeldde zij dat ze bang waren voor de conversie naar dementie, en dat dit leidde tot onzekerheid. Het feit dat er binnen de onderzoekspopulatie geen soortgelijk gedrag was, kan eveneens te wijten zijn aan het gebrek aan saturatie.

De informatie voor dit onderzoek werd mondeling verzameld, aan de hand van diepte-interviews. Door in de diepte in te gaan op de problemen bij MCI en hoe ermee omgegaan werd, werden tal van adaptatievoorbeelden verzameld. Lin en Heidrich (2012) verzamelden hun informatie aan de hand van diverse vragenlijsten en schalen. Omdat het een kwantitatief onderzoek betrof, werden vooral cijfermatige gegevens verzameld. Er was weinig ruimte voor persoonlijke invulling door de onderzoekspersonen.

Aangezien MCI in sommige gevallen een prodromale fase voor dementie is, is de vergelijking tussen adaptatie in MCI en in dementie voor de hand liggend. Bij MCI is er sprake van geheugenklachten, maar daarnaast blijven de overige cognitieve functies intact.

In hun review beschreven Droës et al. (2011) dat er bij dementie vaak naast geheugenproblemen ook aanwezigheid is van andere cognitieve stoornissen, zoals problemen met het abstract denken, talige problemen en apraxie. Deze problemen doen zich voor, afhankelijk van het stadium van dementie waarin de persoon zich bevindt.

De onderzoekspersonen met MCI lieten bij de bevraging blijken dat er sprake was van probleeminzicht. Probleembesef kan bij dementie daarentegen sterk variëren: sommigen zijn zich volledig bewust, anderen iets minder of zijn zich net van niets bewust. Dit is afhankelijk van het stadium van dementie waarin men zich bevindt (Droës et al., 2011).

Zoals in de introductie vermeld, ervaren personen met MCI problemen op vlak van i-ADL en a-ADL. B-ADL-activiteiten blijven echter wel intact. Wanneer een persoon met MCI hulp inschakelde bij het wassen, lag de oorzaak hiervan eerder bij bijvoorbeeld fysieke achteruitgang, en niet cognitieve achteruitgang. Bij dementie zijn zowel i-ADL als a-ADL verstoord, maar daarnaast wordt ook b-ADL aangetast: men kan het huishouden niet meer managen, zich zelfstandig wassen lukt niet meer ... (Droës et al., 2011).

Het ontkennen van de geheugenklachten bij MCI kwam slechts in kleine mate naar voren binnen dit kwalitatief onderzoek. Deze ontkenning is echter wel veelvoorkomend bij dementie. Droës et al. (2011) verklaarde dat adaptatie bij de onderzoekspersonen met dementie vooral gericht was op het bekomen van een gevoel van controle en evenwicht. Hierdoor gingen deze bijvoorbeeld hun probleem ontkennen.

De onderzoekspersonen van dit onderzoek vermeldde dat er bij hen sprake was van verminderd sociaal contact, maar dit had echter vaak andere oorzaken dan cognitieve achteruitgang. Vermijden van sociale contacten is veelvoorkomend bij dementie. Dit zorgt er immers voor dat de personen niet telkens geconfronteerd worden met hun geheugenproblemen, bijvoorbeeld wanneer ze namen of conversaties vergeten (Droës et al., 2011).

Manieren om met de dementieproblematiek om te gaan, werden meestal door derden aangereikt. Droës et al. (2011) beschreef het aanbieden van medicatie om het geheugen te stabiliseren en psychosociale behandelvormen (Realiteitsoriëntatietraining (ROT), beweging, groepstherapie rond geheugen ...) als veelvoorkomende vormen door derden aangeboden. Alle MCI-onderzoekspersonen namen medicatie in en werden hierin ook ondersteund. Niemand nam echter medicatie specifiek voor het geheugen. Het grootste deel van de andere adaptatievormen hebben zij allen zelfstandig aangewend.

Dirkse, Kessels, Hoogeveen en van Dixhoorn (2011) hebben onderzoek uitgevoerd naar het lerend vermogen van personen met dementie. Bij de onderzoekspersonen van dit onderzoek was te zien dat er nog sprake was van een lerend vermogen. Hierbij konden zij nog gebruik maken van hun bewust geheugen. Zij konden deelhandelingen uitvoeren en konden deze ook aaneenschakelen zodat een volledige activiteit ontstond. We zagen echter dat er door de geheugenstoornis zich bij MCI reeds problemen voordeden in het uitvoeren van activiteiten. Men wist bijvoorbeeld de weg

naar de supermarkt, wist bij welke afdeling men bepaalde producten kon vinden, wist waar men moest betalen ...

Maar door het cognitief probleem verliep het winkelen niet altijd naar behoren. Men ging bijvoorbeeld boodschappen vergeten. Een ander voorbeeld hiervan is dat de onderzoekspersonen met MCI er mits gebruik van een handleiding wel in konden slagen om een nieuw apparaat te beheren.

Bij de participanten was ook merkbaar dat foutloos leren geen voorwaarde was. Zij waren nog in staat om te leren via het trial-and-errorprincipe. Zij konden inzien waar ze in de fout gingen, en stuurden zichzelf bijgevolg bij.

Het lerend vermogen bij personen met dementie werd bestudeerd door Dirkse, Kessels, Hoogeveen en van Dixhoorn (2011). Zij ontdekten dat personen met dementie nog nieuwe informatie kunnen opdoen. Dit kan ervoor zorgen dat zij zo lang mogelijk in hun thuisomgeving kunnen verblijven. Het leren verloopt echter op een andere manier. Zij gebruiken hun onbewuste geheugen om zo op een meer automatische manier te leren. Zij leren dus meer afgaand op het emotiegeheugen (bv. het opslaan van indrukken) en het associatieleren (bv. wanneer ik storend gedrag vertoon, krijg ik aandacht van het personeel). Personen met dementie hebben echter nood aan foutloos leren, in tegenstelling tot personen met MCI, om tot succes te komen. Anders leidt dit tot frustratie (Dirkse et al., 2011).

Vanuit dit onderzoek werden enkele sterktes en zwaktes weerhouden.

Adaptatie in MCI is een gebied waarnaar slechts beperkt onderzoek gedaan was. Enkel Lin en Heidrich (2012) gingen hier dieper op in. Zij voerden echter een kwantitatief onderzoek uit, waardoor er niet ingegaan werd op de specifieke manieren van adaptatie waarvan personen met MCI gebruikmaakten. Met dit kwalitatief onderzoek werd er dus tegemoet gekomen aan het tekort aan informatie hierrond.

Door afname van semi-gestructureerde diepte-interviews werd tijd genomen om de onderzoekspersonen hun verhaal te laten doen. Er werden niet-suggestieve open vragen gesteld zodat de ondervraagde eigen oplossingen kon aanbrengen. Wanneer opmerkelijke gegevens aan bod kwamen, werd er dieper op ingegaan. De verkregen informatie was bijgevolg gedetailleerd en uniek per persoon.

De interviewafname kon binnen het UZ Gent en UZ Brussel afgenomen worden tijdens de dagopname van de onderzoekspersonen. Dit gebeurde in een kalm moment tussen de consulten door. Op deze manier hoefden de personen zich niet meermaals te verplaatsen naar het dagziekenhuis. De interviews vonden plaats in een rustig kader waarbinnen enkel de onderzoekspersoon en de onderzoeker zich bevonden. Dit zorgde voor een vertrouwelijke sfeer en bijgevolg eerlijke antwoorden.

De resultaten konden op versterkte wijze neergeschreven worden door gebruik te maken van citaten.

Een zwakte van het onderzoek was dat slechts vijf personen bevestigd werden. Bij het laatste interview kwam nog nieuwe informatie boven. Bijgevolg was er dus geen saturatie van de gegevens. Uit de resultaten kon dan ook geen algemene conclusie getrokken worden voor de gehele populatie met MCI.

De afname van een interview was slechts een momentopname. Er kon enkel nagegaan worden op welke manier de onderzoekspersonen in de periode van het onderzoek adapteerden op hun geheugenproblemen. De evolutie van de adaptatie en het proces van MCI kon op die manier niet nagegaan worden. Elke onderzoekspersoon voldeed namelijk aan de criteria voor MCI, maar hadden mogelijks elk een andere prognose.

Het is bij een populatie ouderen over het algemeen niet eenvoudig om oorzaken toe te schrijven aan de afname van activiteiten.

Van de problemen die de personen aangaven was het soms moeilijk te bepalen of ze al dan niet veroorzaakt werden door de cognitieve stoornis. Zo was er bij een participant bijvoorbeeld voor een deel sociale problematiek te zien, en voerde een andere deelnemer bepaalde huishoudelijke taken niet meer uit wegens fysieke problemen. Oorzaken konden soms samenhangend zijn. Wanneer een persoon bijvoorbeeld apathisch is, kan dit zich ook gaan uiten in het verminderd uitvoeren van activiteiten. De onderzoekspersonen stonden er ook niet altijd bij stil waarom ze iets niet meer deden. Het was voor hen niet altijd eenvoudig om dit in woorden om te brengen.

Het probleem bij MCI is ook dat het moeilijk is om te weten wanneer er sprake is van zuiver MCI, of wanneer er reeds conversie optreedt. MCI is dan ook een soort fase tussen normale ouderdomsvergeetachtigheid en dementie. Er is sprake van een continuüm, het verschil tussen ouderdomsvergeetachtigheid en MCI kan namelijk erg klein en subtiel zijn. Dit zorgt ervoor dat het niet evident is om de diagnose te stellen (Petersen R. , 2004).

Verder was het binnen het onderzoek ook zo dat de context en de omgeving ook een rol kon spelen bij de cognitieve stoornis. De omgeving kon namelijk voor de persoon gaan bepalen wat kon of mocht, en kon dus beperkend zijn. Maar anderzijds konden personen in de omgeving van de participanten ook net mogelijkheden bieden.

Enkel de personen met MCI werden bevestigd. Een meerwaarde zou zijn om eveneens de mantelzorgers van deze personen bij het onderzoek te betrekken. Zij kunnen dan beschrijven op welke gebieden zij MCI tot uiting zien komen en op welke gebieden zij hierbij hulp bieden.

Het interview werd oorspronkelijk afgenomen bij zes personen. Tijdens een bepaalde interviewafname was echter te merken dat de persoon in kwestie ontremd gedrag vertoonde, en dat er eerder sprake was van een conversie naar dementie. Dit bleek ook zo uit het multidisciplinair overleg dat nadien plaatsvond. Bijgevolg werd deze persoon niet geïncorporeerd in het onderzoek. Het nadeel bij MCI is echter dat het erg moeilijk te bepalen is wanneer er nog sprake is van MCI, en wanneer er reeds een conversie opgetreden is. De populatie met MCI is namelijk een heterogene groep met een verschillende prognose.

Dit onderzoek biedt informatie rond de specifieke adaptatievormen gehanteerd door personen met MCI. Daar dit onderzoek enkele zwaktes inhoudt en er nog verder onderzoek naar geleverd kan worden, zijn er enkele indicaties voor toekomstig onderzoek.

Zoals reeds vermeld zou het een meerwaarde kunnen betekenen om naast de personen met MCI ook hun mantelzorgers te ondervragen. Op die manier zou de dynamiek tussen de onderzoekspersoon en zijn mantelzorger duidelijk worden. Dit kan immers ook een beperking zijn in het uitvoeren van activiteiten.

Een soortgelijk onderzoeksopzet zou kunnen georganiseerd worden met meer onderzoekspersonen. Door voldoende informatie te verzamelen kan een saturatie van gegevens bereikt worden. Op die manier zouden meer algemene uitspraken kunnen gedaan worden. Dit was namelijk niet het geval binnen dit onderzoek. Bij elk interview dook nog nieuwe informatie op. Aangezien MCI bij elke persoon een verschillend verloop kent, kan het een meerwaarde zijn om een vervolgonderzoek op te zetten.

In een verder onderzoek kan men dieper ingaan op de gevoelens die gepaard gaan bij het aanwenden van adaptatiemethodes. Eveneens kan gevraagd worden of men zelf tevreden is over de gebruikte methodes.

Men kan nagaan in welke mate de onderzoekspersonen educatie gekregen hebben rond hun problematiek, en wat hiervan de invloed is op hun adaptatiemethode.

Eveneens het verband tussen de termijn waarbinnen de diagnosestelling gebeurd is en op welke manier de personen dan omgaan met hun aandoening zou verder onderzocht kunnen worden.

Dit onderzoek leidde tot enkele implicaties voor de praktijk. Het biedt op mesoniveau een meerwaarde voor de discipline ergotherapie. Ergotherapeuten komen hoofdzakelijk in contact met personen met MCI binnen het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in een ziekenhuis. In samenwerking met andere disciplines brengen zij de functionele status en woonsituatie van de cliënt in kaart. Via afname van assessment en gesprek komt de ergotherapeut te weten bij welke activiteiten de persoon problemen ervaart.

Wanneer voldoende kennis verkregen is rond adaptatie binnen MCI, kan de ergotherapeut bestuderen welke vormen van adaptatie de cliënt toepast. De ergotherapeut kan onderzoeken welke vorm van adaptatie die de cliënt toepast het meest efficiënt is. Hierbij kan de therapeut in zijn adviserende rol de cliënt voorstellen welke vormen van adaptatie passend zijn. De reeds bestaande, persoonlijke strategieën kunnen hierbij versterkt worden. Dit kan leiden tot het ervaren van minder beperkingen, wat kwaliteit van leven in de hand werkt. Wanneer er sprake is van dysfunctionele adaptatie kan de cliënt gewezen worden op de risico's ervan en kan er gezocht worden naar een passende oplossing. Hierbij kunnen eventueel methodeveranderingen of hulpmiddelen geadviseerd worden.

Daarnaast kan er in de toekomst eventueel een meetinstrument voor dit concept ontworpen worden. Op die manier kan een ergotherapeut op een efficiënte manier de adaptatiestijl van zijn cliënten in kaart brengen.

Kortweg, ergotherapeuten kunnen dankzij deze resultaten inzicht krijgen in hoe personen met MCI mogelijks omgaan met hun aandoening en waar ze moeilijkheden ervaren. Dit kan hen ertoe helpen om hun behandelplan hieraan aan te passen, waardoor ze hun cliënten kwaliteitsvolle hulp kunnen bieden.

6 CONCLUSIE

MCI is een geheugenaandoening die een risicofactor voor dementie kan zijn. Er valt echter nog heel wat rond te ontdekken. Voorheen was er nog niet veel informatie omtrent de manier waarop personen met MCI zich aanpassen aan hun aandoening. Wanneer we dit gaan vergelijken met dementie, is te zien dat wel al geweten is hoe deze personen adapteren aan hun aandoening. Het is echter van belang om te weten hoe personen omgaan met MCI. Kwalitatief onderzoek in dit gebied was beperkt. Met deze resultaten werd het tekort aan informatie aangevuld.

Het gebrek aan informatie leidde in de probleemstelling tot volgende vragen:

- Op welke vlakken ervaren personen met MCI problemen ten gevolge van hun cognitieve stoornis?
- Welke vormen van adaptatie passen zij toe om deze problemen te benaderen?

Om dit na te gaan werd gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoeksdesign. Van vijf personen werden diepte-interviews afgenomen. Hierin werd gepeild naar de problemen in hun dagelijkse leven, veroorzaakt door de geheugenachteruitgang. Hierop werd dieper ingegaan door te vragen op welke manier zij hiermee omgingen.

Dit onderzoek resulteerde in een aantal interessante resultaten. De onderzoekspersonen maakten enerzijds gebruik van emotionele adaptatie, en anderzijds van effectieve adaptatie. Men kan aan emotionele adaptatie doen op een positieve manier. Na analyse van de interviews vonden hieronder volgende vormen van adaptatie plaats:

- probleembesef;
- zoeken naar de oorzaak;
- aanpakken van het probleem.

Emotionele adaptatie kan zich ook op een eerder negatieve manier voordoen:

- bagatelliseren;
- zich laten gaan;
- gebrek aan adaptatie, of diagnose nog niet aanvaard;
- vermijding.

Zoals vooraf vermeld werd er ook gebruik gemaakt van effectieve adaptatie. Onder deze categorie vonden drie concrete adaptatievormen plaats. Als eerste is er het inschakelen van hulp. Enerzijds schakelden de participanten professionele hulp in, anderzijds deden ze beroep op hun mantelzorgers. Een tweede vorm van adaptatie was het gebruik van hulpmiddelen. Deze hulpmiddelen werden zelfstandig aangewend, of aangebracht door anderen.

De laatste vorm van effectieve adaptatie was het aangepaste handelen. Hieronder verstaan we het aanbrengen van structuur, of het vereenvoudigen van zaken.

Elke participant gebruikte een eigen verzameling van adaptatievormen die voor hem het meest passend waren. Het toepassen van deze vormen zorgde ervoor dat zij voor hen zinvolle activiteiten konden blijven uitvoeren. Ze vonden een manier om met hun beperkingen om te gaan.

Uit dit onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan worden. Eenzelfde onderzoeksopzet met meerdere participanten is aangewezen. Op deze manier is saturatie van gegevens haalbaarder. Naast personen met MCI kunnen ook hun mantelzorgers bevraagd worden.

Een opvolgingsonderzoek kan een meerwaarde bieden, aangezien elke persoon met MCI een andere prognose heeft en het verloop van MCI erg gevarieerd is. Op die manier kan bestudeerd worden op welke manier zij zich blijven aanpassen aan hun geheugenproblemen.

De focus kan ook meer gelegd worden op het emotionele aspect. Het verband tussen hoe een persoon reageert op zijn diagnose en de adaptatievormen die hij toepast, kan bestudeerd worden. Er valt nog heel wat te ontdekken omtrent MCI. Dit onderzoek kan leiden tot een aantal aanzetten van mogelijks toekomstig onderzoek, al zij het al alleen maar op het vlak van adaptatie bij de aandoening op grotere schaal.

Tot slot kunnen deze resultaten ergotherapeuten helpen in hun begeleiding van personen met MCI. Zij kunnen door bevraging nagaan welke vormen van adaptatie worden aangewend door hun cliënt. Wanneer er sprake is van dysfunctionele adaptatie, kan de ergotherapeut wijzen op de mogelijke risico's. Hij kan de cliënt dan oriënteren naar een beter passende adaptatiestijl. Dit is een positieve zaak, want door te adapteren aan zijn beperking, kan de cliënt voor hem zinvolle activiteiten blijven uitvoeren. Dit kan namelijk tot een verhoging van de kwaliteit van leven leiden.

LITERATUURLIJST

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Bruscoli, M., & Lovestone, S. (2004). Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. *International Psychogeriatrics* , 129-140.
- Carlson, M., Clark, F., & Young, B. (1998). Practical contributions of occupational science to the art of successful ageing: how to sculpt a meaningful life in older adulthood. *Journal of Occupational Science* , 107-118.
- Chertkow, H. (2002). Mild Cognitive Impairment. *The Canadian Alzheimer Disease Review* , 15-20.
- Dröes, R.-M., van der Roest, H. G., van Mierlo, L., & Meiland, F. J. (2011). Memory problems in dementia: adaptation and coping strategies and psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics* , 1769-1782.
- Goretti, B., E. Portaccio, E., Zipoli, V., Razzolini, L., & Amato, M. P. (2010). Coping strategies, cognitive impairment, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurological Sciences* , 227-230.
- Gregório, G. W., Stapert, S., Brands, I., & Van Heugten, C. (2011). Copingstijlen van patiënten met hersenletsel en familieleden in een revalidatiesetting. *Neuropraxis* , 67-75.
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, L., Gradus, I., et al. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research* , 421-432.
- Kielhofner, G. (1999). *Grondbeginselen van de ergotherapie*. Leuven: Garant.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lin, F., & Heidrich, S. M. (2012). Role of older adult's illness schemata coping with mild cognitive impairment. *Journal of Psychosomatic Research* , 357-363.
- Mariani, E., Monastero, R., & Mecocci, P. (2007). Mild cognitive impairment: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease* , 23-35.
- Mc Ilvane, J. M., Popa, M. A., Robinson, B., Houseweart, K., & Haley, W. E. (2008). Perceptions of Illness, Coping, and Well-being in Persons With Mild Cognitive Impairment and Their Care Partners. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* , 284-292.
- Perneczky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Tosic, N., Grimmer, T., et al. (2006). Impairment of activities of daily living requiring memory or complex reasoning as part of the MCI syndrome. *International Journal of Geriatric Psychiatry* , 158-162.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome. *Archives of Neurology* , 303-308.

- Petersen, R. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine* , 183-194.
- Roy, C. (2011). Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nursing Science Quarterly* , 312-320.
- Snyder, C. (1999). *Coping : The Psychology of What Works*. New York: Oxford University Press.
- von Glasersfeld, E. (1982). An Interpretation of Piaget's Constructivism. *Revue Internationale de Philosophie* , 612-635.
- Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V., & Browners, W. S. (1999). Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women. *American Medical Association* , 425-430.
- Zeidner, M., & Endler, N. S. (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Canada: John Wiley & Sons.

