

Eindwerk rond rouw en verlies

Sensibiliseren van het zorgpersoneel aan de hand van vormingen

Opleiding: Bachelor Ergotherapie

Academiejaar: 2022-2023

Student: Vuits Quinthen

Interne promotors: Empsten Kathleen en Suykens Sara

Externe promotor: Gévas Annick

Samenvatting

Inleiding: Rouw wordt gezien als een biopsychologische reactie op verschillende vormen van verlies. Ouderen in woonzorgcentra worden constant met verlieservaringen geconfronteerd en vereisen vaak, door eigen waarden, normen en culturele achtergrond, een specifieke aanpak (Pop-Jordanova N., 2021). Personen met dementie vereisen, naargelang de zwaarte van hun dementieproces, nog een andere aanpak (Watanabe, A., & Suwa, S., 2017). Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat niet iedere discipline over dezelfde mate van kennis beschikt inzake rouw en verlies (Ober, A.M. et al., 2012). Daarom wil het woonzorgcentrum Hof De Beuken het zorgpersoneel sensibiliseren rond dit thema, zodat beter kan worden ingespeeld op de individuele noden van de ouderen.

Methode: Het eindwerk richt zich op het zorgpersoneel van Hof De Beuken, die in direct contact gaan met bewoners. Gesprekken met de buurtzorgmanager, teamcoach en ergotherapeut werden gevoerd om de manier van presenteren en de exacte noden rond het thema in kaart te brengen. Uit deze gesprekken bleek dat het samenstellen van een vorming een gepaste manier is om de informatie aan te bieden.

Resultaat: Om het zorgpersoneel te sensibiliseren, werden zelf samengestelde vormingen gegeven met zowel informatieve als praktische onderdelen op basis van wetenschappelijke bronnen en methodieken uit de verlieskoffer. Uit bevestigingen blijkt dat de deelnemers positief zijn over het krijgen van de vormingen. Naast vormingen werden ook draaiboeken aangeboden om de vorming meermaals te kunnen geven en om concrete handvaten aan te bieden wanneer een oudere in een rouwproces belandt.

Discussie: De uiteindelijke vorming werd gegeven aan de palliatieve werkgroep van Hof De Beuken, zodat zij de vorming kunnen geven aan de andere zorgverleners. Enkele methodieken van de verlieskoffer wensden ze graag toe te passen in de praktijk, terwijl andere als te abstract werden gezien en dus op cognitief vlak te moeilijk voor de doelgroep in het woonzorgcentrum.

Conclusie: De vormingen werden door de palliatieve werkgroep als positief ervaren. In het kader van dit eindwerk heeft zich voor de palliatieve werkgroep nog geen gelegenheid voorgedaan om de aangeboden methodieken naar de praktijk om te zetten. Om een conclusie te kunnen trekken uit de mate van bruikbaarheid in de praktijk, dienen de draaiboeken en methodieken verder te worden onderzocht en uitgetoet.

Abstract

Introduction: Grief is seen as a biopsychological response to various forms of loss. Elderly in residential care facilities are constantly dealing with loss experiences and often, require a specific approach, due to their own values, norms and cultural background (Pop-Jordanova N., 2021). Persons with dementia require yet another approach, depending on the severity in their dementia process, (Watanabe, A., & Suwa, S., 2017). Scientific research shows that not every discipline has the same level of knowledge about grief and loss (Ober, A.M. et al., 2012). Therefore, the Hof De Beuken residential care center wants to sensitize its care staff around this topic in order to better address the individual needs of the elderly.

Method: The thesis focuses the members of the care staff at Hof De Beuken, who go into direct contact with residents. Discussions were held with the community care manager, team coach and occupational therapist to identify the method of presentation and the exact needs around the topic. These conversations revealed that putting together a training session is an appropriate way to offer the information.

Results: To raise awareness among the care staff, self-composed trainings were given with both informative and practical components based on scientific sources and methodologies from the 'mourning box'. Surveys show that participants were positive about receiving the trainings. In addition to training sessions, scripts were also provided so that the training could be given repeatedly and to offer concrete tools when an elderly person enters a grieving process.

Discussion: The definitive training was given to the palliative work group of Hof De Beuken so that they can give the training to the other caregivers. There are certain methodologies of the 'mourning box' they wish to apply in practice, while others are seen as too abstract and thus cognitively too difficult for the target group in the residential care center.

Conclusion: The trainings were perceived positively by the palliative work group. As part of this thesis, no opportunity has yet arisen for the palliative work group to put the methodologies offered into practice. In order to draw a conclusion about the degree of usefulness in practice, the scripts and methodologies need to be further researched and tried out.

Voorwoord

Na drie jaar hard werken voor de opleiding ergotherapie, is de eindstreep bijna in zicht. Al die jaren hebben ervoor gezorgd dat ik nu mijn eindwerk kan voorleggen over “Het sensibiliseren van het zorgpersoneel rond rouw en verlies aan de hand van vormingen”. Van februari tot en met mei 2023 heb ik mij hard ingezet om zowel op schriftelijk als praktisch vlak tot dit eindresultaat te komen.

Al vanaf het eerste jaar lag het vak ‘ Ergotherapie in de geriatrie’ voor mij op de hoogste plank. De doelgroep en manier van werken ligt me nauw aan het hart. Daarom ben ik oprecht dankbaar dat ik mijn eindwerk en laatste stage met deze doelgroep heb kunnen doen. Zelf ben ik ook enkele keren met verlies en rouwen geconfronteerd, dus heb ik een idee over de impact van dit onderwerp.

Graag wil ik mijn dank betuigen aan iedereen die me heeft gesteund tijdens het maken van dit eindwerk. Zonder hun bijzijn was dit een veel zwaardere uitdaging geweest.

Ten eerste wil ik graag mijn externe promotor, Annick Gévas, bedanken. Zij heeft me zowel tijdens de stage als tijdens het eindwerk erg hard geholpen door adequaat feedback, tips en adviezen te geven. Ook maakte zij het deels mogelijk om de vorming in praktijk te kunnen geven. Tijdens mijn moeilijkere momenten kon ik bij haar altijd terecht.

Daarnaast mag ik zeker niet mijn twee interne promotoren, vergeten te bedanken, Sara Suykens en Kathleen Empsten, die wegens Sara’s zwangerschap de toorts van haar heeft overgenomen. Allebei hebben ze mij optimaal begeleid, zowel op inhoudelijk als structureel vlak. Tijdens de begeleidingsmomenten kon ik altijd met mijn vragen bij hen terecht en waren ze een enorm steunpunt. Zonder de directe feedback van Kathleen zou dit eindwerk nooit de vorm hebben gekregen die het nu heeft.

De stageplaats WZC Hof De Beuken krijgt ook zeker een bedanking. Dankzij het hardwerkend zorgpersoneel kon ik mijn vorming twee keer geven aan verschillende disciplines. De buurtzorgmanager en teamhoofd stonden altijd voor me klaar. Hun bereidheid was ongelofelijk.

Tot slot wil ik mijn ouders, broer, vriendin en haar moeder bedanken. Zij waren er altijd om mij te steunen en namen mijn eindwerk meerdere keren door om feedback te geven waar nodig.

Ik wens u alvast veel leesplezier!

Quinthen Vuits

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Abstract	2
Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
1 Inleiding	1
2 Methode.....	8
2.1 Setting	8
2.2 Doel van eindwerk.....	8
2.3 Betrokkenen	8
2.4 Uitwerking van een vorming in samenspraak met buurtzorgmanager	9
2.4.1 Gesprek over vorming.....	9
2.4.2 Opdeling van de vorming:	10
3 Resultaten	14
3.1 Opbouw naar resultaat	14
3.2 Resultaten uit bevraging met Google Forms voor de vorming.....	15
3.3 Beschrijving informatief onderdeel.....	16
3.4 Beschrijving praktisch onderdeel (verlieskoffer)	18
3.5 Resultaten uit bevraging met Google Form na de vorming.....	20
3.6 Beschrijving draaiboek EHBR.....	21
3.7 Beschrijving draaiboek intervisiemomenten.....	22
4 Discussie	23
4.1 Bevindingen in dit eindwerk in relatie tot de onderzoeksvraag	23
4.2 Beperkingen van dit eindwerk.....	23
4.3 Toekomstig onderzoek	24
4.4 Belang van de ergotherapeut	24
5 Conclusie.....	25
6 Referenties	26
7 Bijlage.....	31

1 Inleiding

In maart 2020 spoelde COVID-19 aan in België. Het werd door velen gezien als een verkoudheid of griep uit China. Later in dat jaar en de twee opvolgende jaren versterkte het virus zijn greep over het land. Naast besmettingen bracht het virus veel sterfgevallen met zich mee. Vooral de oudere bevolking was hier het slachtoffer van. Voor ouderen in de woonzorgcentra (WZC) zorgde dit voor 50 procent van de Belgische sterfgevallen of 12.899 ouderen (Callies M. et al., 2021).

Om de verspreiding van het virus tegen te gaan in WZC, verplichtte de overheid om het contact tussen bewoners, familie en vrienden te vermijden. Dit resulteerde in hogere cijfers van eenzaamheid. Uit een bevraging in Franse WZC bij personen met Alzheimer blijkt dat het overgrote deel van de bewoners een grotere mate van eenzaamheid ervaarde. Dit heeft op zijn beurt een effect op de cognitieve vermogens van dit soort bewoners (El Haj, M., & Gallouj, K., 2022).

Daarnaast zorgden de vele sterfgevallen ervoor dat de overgebleven personen in een rouwproces belandden. Rouw wordt gezien als een biopsychologische reactie op verschillende vormen van verlies zoals sterfte, verlies van een baan, verlies van functies, enzovoort. Het is dus een menselijke/natuurlijke reactie, die individueel en onvermijdelijk is. Ieder individu heeft zijn eigen waarden, normen en culturele achtergrond die een effect hebben op de manier waarop deze persoon met verlies omgaat. Zaken zoals de duur en frequentie zijn zeer verschillend, maar toch zijn er een aantal universele emoties die optreden. In onderstaande tabel 1: de mogelijke reacties op sterfgeval of verlies, worden enkele van deze emoties/reacties beschreven, wat niet wil zeggen dat iedereen al deze emoties zal ervaren (Pop-Jordanova N., 2021).

Tabel 1: De mogelijke reacties op een sterfgeval of verlies

Affectief	Cognitief	Gedrag	Fysiologisch
Depressie, wanhoop	Bezig met gedachten over dood en verlies	Onrust, agitatie, gespannen	Verlies van eetlust
Angst, ongerustheid	Herhaaldelijk langdurig denken over verlies en verleden	Vermoeid	Slaaponderbrekingen of slaapproblemen
Zelfverwilt, schuldgevoel	Ontkenning en onderdrukking	Hyperactief	Verlies van energie, vermoeidheid
Niet voelen van vreugde	Gevoel van hulpeloosheid, geen hoop, verminderd gevoel van eigenwaarde	Zoekend (naar betekenis, duidelijkheid)	Somatische klachten
Eenzaamheid	Zelfmoordgedachten	Verdriet	Hormonale en immuunveranderingen
Verlangen naar weerzien persoon, object, enz.	Gevoel van onechtheid	Treuren	Meer vatbaar voor ziektes
Schok, ontkenning, vermijden	Geheugenproblemen	Sociale terugtrekking	Mortaliteit of sterfte

(Pop-Jordanova N., 2021)

Wanneer het gaat over de periode waarin die reacties worden getoond, wordt er gesproken van rouwen. De rouwende persoon zal tijdens deze periode doorheen verschillende psychologische processen, zoals ontkenning, hulpeloosheid, depressie, enzovoort gaan om uiteindelijk tot acceptatie te komen. Om beter vat te krijgen op de universele emoties en processen, maakte de psychiater Elisabeth Kübler Ross een rouwverwerkingscurve, cfr. Bijlage 1 (Pop-Jordanova N., 2021). Recent werd de curve toegepast door Canadese onderzoekers om verduidelijking te krijgen op de COVID-19 pandemie. De onderzoekers gebruikten de curve als meetinstrument om een beeld te vormen hoe de Canadese bevolking omging met de veranderingen veroorzaakt door het virus (Abebe, R. G., Bakombo, S., & Konkle, A. T. M., 2023).

In de rouwverwerkingscurve worden emoties omgezet in zeven fases of categorieën, nl. (1) schok, (2) ontkenning, (3) woede, (4) depressie, (5) experimenteren, (6) aanvaarding en (7) integratie.

Als iemand plotseling in contact komt met verlies of een onverwachte verandering, kan dit leiden tot een schok. Deze initiële fase van het proces wordt al snel gevolgd door

ontkenning. De persoon, die het plotselinge nieuws krijgt, wil de realiteit niet accepteren. Dit leidt tot ongeloof en wordt gezien als een natuurlijke reactie van het lichaam. Omdat de schok vaak groot is en dit negatieve gevolgen kan hebben, wil het lichaam zichzelf beschermen. Als derde fase, wanneer de persoon de waarheid onder ogen kan zien, komt woede als emotie op. Rouwende personen reageren agressiever naar de omgeving toe en hebben, door de onzekerheid, weinig tot geen begrip voor de omgeving. Mensen in deze fase nemen vaker een defensieve houding om niet nog meer te worden gekwetst.

In de vierde fase, depressie, ervaart het individu de meeste gevoelens. Verdriet, spijt, angst, schuld, apathie,... komen naar boven en het is vaak moeilijk om in contact te komen met anderen. De overgebleven persoon denkt vaak dat hij/zij er alleen voor staat en ervaart het gevoel van machteloosheid. Deze emoties zorgen vaak voor onderdrukte woede, dit kan leiden tot een depressie. Vervolgens komt de experimentele fase. De persoon begint geleidelijk meer in interactie te gaan met de omgeving en experimenteert met verschillende zaken op zoek naar een toepasselijke coping strategie. Het individu begrijpt dat deze negatieve gevoelens niet voor altijd het voortouw kunnen nemen. Wanneer de persoon, gedurende een periode, in interactie is gegaan met nieuwe contexten of activiteiten en een beter toekomstbeeld krijgt, start de zesde fase. Hier begint de persoon het verlies te aanvaarden. Het doemdenken vermindert en gedachten zoals zelfmoord, de valse realiteit, enzovoort vallen weg. De laatste fase, integratie, is persoonsgebonden. Dit is wanneer een persoon de situatie volledig aanvaardt en terug kan deelnemen aan het maatschappelijk leven. De persoon heeft de gebeurtenis een plaats kunnen geven en herneemt oude gewoontes. Dit kan voor iedereen verschillen in duur (Abebe, R. G., Bakombo, S., & Konkle, A. T. M., 2023).

William Worden is een Amerikaanse psycholoog en auteur, die spreekt over vier rouwtaken. Deze rouwtaken moeten dienen als een houvast of steunpunt tijdens het rouwen, zodat de persoon actief iets kan doen ter adaptatie aan het verlies. Deze taken zijn het antwoord op het rouwproces. Vlak nadat de acceptatiefase begint, kan de rouwende persoon de eerste taak initiëren. Volgens Worden gebeurt dit actief en kunnen de taken overlappen, nl. (1) de realiteit van het verlies aanvaarden, (2) het ervaren van gevoelens gekoppeld aan rouw, (3) aanpassen aan een veranderd leven en (4) de band met de verloren persoon heroprichten.

De eerste taak waarover Worden sprak, was de realiteit van het verlies aanvaarden. De persoon moet de realiteit aanvaarden en accepteren dat een overleden persoon niet meer leeft en nooit meer zal terugkomen. De duur en de zwaarte is voor iedereen verschillend en wie niet slaagt in het aanvaarden, komt vast te zitten in de eerste taak. De tweede taak gaat over het ervaren van gevoelens gekoppeld aan rouw. Deze zijn, volgens Worden, van belang

tijdens het rouwen en voor iedereen verschillend. Dit onderdrukken heeft negatieve gevolgen voor het mentaal welzijn. In de derde taak moet de persoon zich aanpassen aan een nieuw en veranderd leven. Worden spreekt hier over 3 verschillende niveaus van aanpassing; externe (opnemen van nieuw verantwoordelijkheden en vaardigheden en leren leven in een wereld zonder de overledene), interne (aanpassen aan nieuwe rollen en identiteit) en spirituele aanpassingen (vragen aan derden of God rond zingeving en geloof). De laatste taak gaat over het heroprichten van de band met de overleden persoon. Mensen geloven in het feit dat de overledene op een manier nog bestaat, ook al is die niet meer fysiek aanwezig. Die band geeft mensen ook hoop en spoort hen aan het leven terug in handen te nemen (Worden, J. W., 2018; Pacaol N. F., 2021).

Rouw is iets dat iedereen kan meemaken, ook personen met dementie. Onderzoek werd gedaan rond het verlies van een naaste, maar er zijn nog maar weinig studies gedaan rond rouw van een persoon met dementie bij overlijden van de levenspartner. Volgens Watanabe et al. (2017) blijkt dat het voor ouderen met dementie moeilijk kan zijn om de dood van een naaste te vatten of de emoties een plaats te kunnen geven. Tevens blijkt de ernst van de dementie een invloed te hebben op de manier waarop de persoon omgaat met een overleden naaste. Aan de hand van de FAST (Reisberg Functional Assessment Staging Scale van B. Reisberg 1984) kan er een algemene indicatie worden gegeven hoe ouderen met verschillende gradaties van dementie zullen reageren op rouw en verlies.

Personen met een FAST schaal van 2 ondervinden moeilijkheden met het zoeken van objecten of locaties, wat vergelijkbaar is met de bedreigde fase. Overlijden en rouwen wordt begrepen en geaccepteerd. Het rouwproces is, algemeen gezien, gelijklopend als bij iemand zonder dementie. Jaren na het overlijden erkennen en begrijpen deze mensen nog steeds dat de partner niet meer aanwezig is. FAST schaal 4 (verminderd vermogen om complexe taken uit te voeren, zoals financiële zaken of maaltijden voorbereiden) zit tussen de bedreigde en verdwaalde fase. Het besef en begrip van de situatie was aanwezig, maar de exacte dag van overlijden was voor velen onbekend. Jaren na de begrafenis hadden die personen de gedachte dat de partner in leven was en langdurig weg was door een zakenreis. Het gemis en verlangen bleef wel sterk aanwezig. In FAST schaal 5 zitten mensen in de verdwaalde fase. Activiteit Dagelijks Leven (ADL)-taken zoals eten, wassen en aankleden vereisen ondersteuning. In het onderzoek werd de persoon bewust niet geïnformeerd over de dood van de partner. De familie en de onderzoekers waren ervan overtuigd dat de persoon dit niet zou kunnen vatten. Personen met FAST schaal 6 bevinden zich nog een gradatie hoger in de verdwaalde fase. ADL-taken vereisen constante ondersteuning. Personen in het onderzoek vertoonden veel gelijkenissen met de personen in FAST schaal 4. Ze begrepen dat de partner

niet meer aanwezig was, maar konden dit niet accepteren. Bij actieve bevraging gaf de persoon één keer aan dat de partner was gestorven. Bij FAST schaal 7 zitten personen in de verzonken fase ik en zijn gevoelens, gedachten en taal zo goed als verdwenen. Het concept rouw en verlies wordt niet begrepen en brengt geen veranderingen weer in het dagelijks handelen (Watanabe, A., & Suwa, S., 2017).

Nieuws aankondigen aan personen met dementie, is vaak een moeilijke stap voor de omgeving. Volgens de National Institute for Health and Care Excellence guidelines zou nieuws moeten worden weerhouden, wanneer het gaat over een uitzonderlijk geval van dementie. Het gaat dan vaak over personen die in de zwaarste fase zitten. Bij andere personen met een mindere intensiteit van dementie zou het nieuws moeten worden gedeeld. Meteen daarna zou een moment van overleg moeten plaatsvinden. Dit kan voor de persoon een manier zijn om te leren leven met het nieuws. Uit een onderzoek is een model opgesteld hoe de omgeving best slecht nieuws kan delen aan of personen met dementie. Het is belangrijk om eerst een duidelijk beeld te krijgen van de persoon en zijn kennis over verlies, overlijden, enzovoort. Tevens moet er rekening gehouden worden met het effect op korte en lange termijn. Vervolgens is het aangeraden om de complexe informatie op te delen in korte en concrete delen, zodat de persoon met dementie de boodschap kan begrijpen. De nieuwe stukken informatie worden best 1 per 1 gedeeld, zodat deze passen in het huidige referentiekader. Delen van informatie kunnen meermaals worden herhaald en kunnen op non-verbale manier worden gegeven, om uiteindelijk te blijven controleren of de persoon de informatie daadwerkelijk heeft begrepen en hoe de persoon reageert op de gegeven informatie (Tuffrey-W. I & Watchman K., 2015).

Mannen en vrouwen ervaren het proces verschillend, maar in de meeste gevallen leidt dit tot eenzaamheid. Ouderen zoeken dan als oplossing naar derden. In een WZC worden de zorgverleners gezien als extern steunpunt tijdens het rouwen (Meichsner F., et al, 2020). De nood dringt zich op om ouderen in het woonzorgcentrum te begeleiden tijdens het doormaken van rouwprocessen. Uit een kwalitatief onderzoek blijkt dat in de huidige WZC geen algemene routine of beleid aanwezig is om optimaal rouwzorg te geven. Daarnaast gaven verplegers en zorgpersoneel aan dat er ook geen tijd en voldoende kennis is om de ouderen in dit proces te ondersteunen. Een bijkomend probleem situeert zich in het feit dat ieder personeelslid ook zijn/haar eigen techniek toepast, die niet altijd werkt bij iedere oudere. Het zorgpersoneel in de WZC heeft dus extra nood aan ondersteuning wanneer het gaat over omgaan met rouw en verlies bij ouderen die hun naaste hebben verloren. Iedere oudere heeft zijn eigen achtergrond en persoonlijkheid, wat maakt dat de aanpak cliënt gecentreerd moet zijn. Omdat iedere

zorgverlener zijn/haar eigen aanpak heeft, kan het aanbieden van een algemene methodiek een houvast zijn (Van Humbeeck L. et al, 2016).

De gedachte zou opkomen dat deze diverse doelgroep verschillende interventies nodig heeft en dat iedere doelgroep een verschillende zorgervaring nodig heeft. Een cross-onderzoek bij zorgverleners toont echter aan dat de zorgervaring gelijk is bij personen met Lewy Body dementie, Alzheimer en Parkinsons dementie. Karaktereigenschappen van de zorgverlener hebben wel een groter effect op de hulpverlening. Hulpverleners die meer zelfvertrouwen en een betere QoL (quality of life) hebben, vertonen een grote correlatie tot betere hulpverlening (Rigby, T. et al., 2021). Niet alleen karaktereigenschappen hebben een effect op de zorgverlening, maar ook de mate van kennis is belangrijk. Het blijkt dat de mate waarin een persoon geïnformeerd is over rouw en verlies, reflecteert op de manier van handelen. Dit werd aan de hand van een onderzoek bekeken bij counselors die training rond het onderwerp kregen. Hieruit bleek dat deze counselors zich meer competent voelden en betere coping mechanismes konden aanbrengen bij de cliënten. Als conclusie stelden de onderzoekers dat vormingen of trainingen rond rouw nuttig zijn om meer op de specifieke noden van de cliënten in te spelen. Bovendien helpen trainingen om vroegere en minder toepasbare behandelplannen aan de kant te zetten om plaats te maken voor de meer hedendaagse (Ober, A.M. et al., 2012).

Vanuit de Vlaamse onderwijsraad zijn meerdere taakgebieden van een ergotherapeut opgemaakt. Eén hiervan is dat een ergotherapeut informatie, advies en voorlichting geeft. Dit gebeurt met oog op kwaliteitsvolle samenwerking met het multidisciplinair team en gericht naar cliënt gecentreerde dienstverlening. Dit wil zeggen dat een ergotherapeut informatie kan verstrekken aan de andere disciplines, die nuttig kunnen zijn voor de ouderen van het centrum. De ergotherapeut heeft de taak om de palliatieve persoon en de familie te ondersteunen. Dit kan door oog te hebben voor: de rituelen van ouderen, zoals een foto van de overledene op de kamer of afdeling, herdenkingsmomenten organiseren, enz. Daarnaast kan een ergotherapeut er zijn voor steun zonder dat de rouwende persoon hiervoor iets moet doen. Dankzij die nabijheid kan het rouwproces soepeler verlopen. De ergotherapeut kan zoeken naar persoonsgebonden kanalen om de emoties van het rouwen te uiten, zoals tekenen, sporten, werken, het maken van een fotoalbum, zoeken van materiaal met emotionele waarde, enzovoort. Toch is de hoeveelheid wetenschappelijke literatuur rond ergotherapie en rouwen beperkt. (De Coninck, 2019).

Ergotherapeuten bieden ook constant ondersteuning en gedurende hun therapieën krijgen bewoners de kans om over hun emoties en dagelijks leven te praten. Zo leren de

ergotherapeuten sneller hoe het individu zich gedraagt en handelt in de dagelijkse context. Wanneer een cliënt in een rouwproces zit, kunnen ze bij de ergotherapeut of bij andere disciplines terecht. Ergotherapeuten leren wel een bepaald concept dat wordt gestimuleerd gedurende hun schoolcarrière. Dit concept noemt 'het empathisch begrip', wat betekent: de situatie interpreteren, zoals de cliënt deze ook interpreteert. De ergotherapeut wordt hiervoor speciaal opgeleid. Er kan ook gebruik worden gemaakt van handelingen of activiteiten om personen te helpen tijdens het rouwproces. Deze kunnen ervoor zorgen dat een persoon het verlies gemakkelijker kan verwerken of even niet passief bezig is met rouwen. Dit maakt dat ergotherapeuten in staat zijn workshops of vormingen rond het onderwerp van rouw en verlies te geven. Zij kunnen hun kennis, ervaringen en eventuele methodieken/ behandelingen met het team delen, zodat iedere zorgverlener op een gepaste manier met een rouwende oudere kan omgaan (Roberts, 2016; Dahdah, 2018).

In het beroepsprofiel ergotherapie wordt beschreven hoe een ergotherapeut personen moet begeleiden, adviseren, coachen, enzovoort. Tijdens het rouwproces kan een ergotherapeut zorgzaam contact leggen met de bewoner. Dit kan gebeuren aan de hand van betrokkenheid tonen, waken over het welzijn van de ouderen, enzovoort. Vanuit deze verbondenheid begeleidt en ondersteunt een ergotherapeut de oudere zonder hierbij concreet te werken rond doelen en met vaste technieken of behandelmethodes (Ergotherapie Vlaanderen, z.d.).

2 Methode

2.1 Setting

De uitwerking van dit eindwerk gebeurt in WZC Hof De Beuken te Ekeren. Daar kunnen 157 personen genieten van een woonplaats, waar de bewoners multidisciplinaire ondersteuning krijgen. Er zijn 4 verschillende afdelingen, waarvan 1 beschermde. Hier streeft het multidisciplinair team er naar de levenskwaliteit van iedere bewoner te garanderen. Dit gebeurt met betrekking tot de waarden, normen en noden van de bewoners. De zorgverleners hebben allemaal een visie die samenhangendheid promoot. Door zo veel mogelijk in te zetten op participatie en het creëren van een hechte band, wordt deze visie nageleefd. Dit wil zeggen dat het zorgpersoneel adequaat dient te reageren op de hulpvraag, ook wanneer deze gaat over het helpen verwerken van een verlieservaring of gedurende een rouwproces.

2.2 Doel van eindwerk

Het doel van dit eindwerk is om het zorgpersoneel te informeren over rouw en verlies en om handvaten aan te bieden om beter om te gaan met een rouwende oudere. Iedere discipline heeft de taak om de kwaliteit van leven van de oudere zo goed mogelijk te houden, dus is sensibilisering rond rouw en verlies noodzakelijk. Het thema wordt ook meer bespreekbaar onder het zorgpersoneel en meer specifiek de disciplines die deel uitmaken van de palliatieve groep.

2.3 Betrokkenen

Dit eindwerk richt zich op het zorgpersoneel van Hof De Beuken, die in direct contact gaan met bewoners, zoals ergotherapeuten, verpleegkundigen, zorgkundigen, animatoren, psychologen en de pastorale medewerkster/medewerkers. De werkgroep in het WZC rond palliatieve zorg is ook zeker een kandidaat voor deze vorming, want zij hebben al ervaring met het onderwerp. Zij zullen worden gecontacteerd en uitgenodigd. In onderstaande tabel 2: inclusiecriteria van de deelnemers, wordt een overzicht gemaakt van de inclusiecriteria voor de deelnemers.

Tabel 2: Inclusiecriteria van de deelnemers

Inclusiecriteria
- Zorgverleners die tewerkgesteld zijn op één of meerdere afdelingen in Hof De Beuken
- Zorgverleners met een medische of paramedische functie
- Nauw contact hebben met de bewoners
- Zorgverleners van de palliatieve werkgroep

2.4 Uitwerking van een vorming in samenspraak met de buurtzorgmanager

2.4.1 Gesprek over de vorming

De bekendmaking van de vorming zal gebeuren in samenspraak met de buurtzorgmanager en de teamcoach van Hof De Beuken. De buurtzorgmanager is verantwoordelijk voor administratieve, organisatorische en overige taken, die een manager op zich moet nemen in het WZC. Er werd een ongestructureerd interview gehouden rond zowel praktische als organisatorische zaken. De besproken onderwerpen zijn terug te vinden in tabel 3: topiclijst tijdens ongestructureerd interview met buurtzorgmanager. De teamcoach maakt deel uit van de palliatieve werkgroep en is verantwoordelijk voor het onderhouden van de bijscholingsuren. Ter bekendmaking en voorbereiding op de vorming krijgen de deelnemers een online formulier om in te vullen, waarin de ervaringen en kennis rond het thema bevraagd worden, cfr. Bijlage 3. De resultaten van deze baseline meting worden besproken in onderdeel 3: Resultaten.

Tabel 3: Topiclijst tijdens ongestructureerd interview met buurtzorgmanager

Onderwerpen	Subonderwerpen
Communicatie en bekendmaking	<ul style="list-style-type: none">- Communicatie naar de zorgverleners toe- Gebruik van medium of media- Voorwaarden opbouw affiche
Tijdsduur en locatie	<ul style="list-style-type: none">- Locatie vorming- Duur onderdelen vorming- Data van vorming in verband met huidig uurrooster- Haalbaarheid plaats en duur (intern als extern)
Deelnemers	<ul style="list-style-type: none">- Bespreking doelgroep- Voorwaarden doelgroep- Aantal deelnemers
Vorming	<ul style="list-style-type: none">- Te nemen voorbereidingen- Vormgeving van de vorming- Doel van de vorming- Gewenst resultaat van de vorming- Wat na de vorming
Materialen	<ul style="list-style-type: none">- Benodigdheden voor vorming vanuit WZC- Benodigdheden voor vorming extern

2.4.2 Opdeling van de vorming:

2.4.2.1 Informatief onderdeel

Iedereen heeft zijn eigen visie en interpretatie over rouw en verlies. Dit geldt ook voor het zorgpersoneel. Het doel van het informatieve onderdeel is om iedere deelnemer, ongeacht hun eventuele voorkennis over het onderwerp, dezelfde kennis aan te bieden of hun huidige kennis te verruimen. Deze informatie kan een algemeen beeld verstrekken aan de zorgverleners en met dat gelijkend beeld kunnen de deelnemers de technieken en methodieken verwerken. Informatie zal worden gebruikt van verschillende wetenschappelijke bronnen, die in onderstaande tabel 4: geraadpleegde bronnen voor opstelling vorming, worden weergegeven.

Tabel 4: Geraadpleegde bronnen voor opstelling vorming

Onderdeel vorming (informatief)	Geraadpleegde (wetenschappelijke) bronnen
Toelichting algemene betekenis rouw en verlies	Grief: Aetiology, Symptoms and Management. (Pop-Jordanova N., 2021)
Toelichting rouwcurve en rouwtaken	Understanding the Response of Canadians to the COVID-19 Pandemic Using the Kübler-Ross Model: Twitter Data Analysis. (Abebe, R. G., Bakombo, S., & Konkle, A. T. M., 2023) Helpen bij verlies en verdriet. (Keirse, M., 2017) Grief counseling and grief therapy (5de editie.). (Worden, J.W., 2018) Acceptance, Endurance, and Meaninglessness: A Qualitative Case Study on the Mourning Tasks of Parental Death From Childhood Experience to Adolescence. (Pacaol N. F., 2021)
Toelichting rouw en dementie	The mourning process of older people with dementia who lost their spouse. (Watanabe, A., & Suwa, S., 2017) Breaking bad news to people with learning disabilities and dementia. (Tuffrey-W. I & Watchman K., 2015)

Toelichting taak zorgpersoneel	<p>Grief Counseling: An Investigation of Counselors' Training, Experience, and Competencies. (Ober, A.M. et al., 2012)</p> <p>Comparison of the Caregiving Experience of Grief, Burden, and Quality of Life in Dementia with Lewy Bodies, Alzheimer's Disease, and Parkinson's Disease Dementia. (Rigby, T. et al., 2021)</p> <p>Grief and loss in older people residing in nursing homes: (un)detected by nurses and care-assistants? (Van Humbeeck L. et al, 2016)</p>
Toelichting technieken/aanpakken	<p>Helpen bij verlies en verdriet. (Keirse, M., 2017)</p>

Deze vorming wordt gegeven aan de hand van een AHA-Slides presentatie. Dit is een vorm van presenteren, waarmee deelnemers actief kunnen participeren aan de presentatie. Dit maakt dat gegeven informatie actief wordt verwerkt en langer in het geheugen blijft. Ook zorgt een interactieve presentatie ervoor dat het aangenamer is voor beide partijen. Deze wijze van presenteren werd uitgetest op studenten, die aangaven dat het gebruik van interactieve presentaties een positief effect heeft op het memoriseren van bepaalde concepten of gegeven informatie. De betrokkenheid was ook hoger dan traditionele vormen van presenteren (Shatri K., Shala L., 2022).

2.4.2.2 Praktisch onderdeel

In het tweede onderdeel van deze vorming komen de technieken en fysieke methodieken aan bod. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat er geen waaier van verschillende technieken zal worden besproken. Het is de bedoeling dat het zorgpersoneel een techniek kan toepassen. Door te veel technieken aan te bieden, is er minder ruimte voor de nodige diepgang. De technieken zijn afkomstig van het boek van Manu Keirse. Hierin staat beschreven wat de rol van de hulpverlener kan zijn tijdens de rouwtaken, hoe een attente brief op te stellen, hoe tot een waardevolle ontmoeting te komen en hoe op een ondersteunende manier erkenning te bieden (Keirse M, 2017).

Vanuit het regionaal expertisecentrum dementie (ECD) Orion in samenwerking met (i.s.m.) psychogeriatrisch Netwerk (PGN) is het mogelijk om een verlieskoffer, waarvan de fysieke

methodieken een onderdeel zijn, te ontlene n voor 4 weken. Hier hangt wel een waarborg van 50 euro aan vast, maar na teruggave van de koffer wordt het bedrag teruggegeven. Het expertisecentrum dient wel op voorhand te worden gecontacteerd en de koffer is ter plekke op te halen. Op voorhand wordt iedere methodiek kort beschreven en mogen de deelnemers deze zelf ervaren of observeren. De tijd wordt bewaakt om niet te lang bij dezelfde methodiek te blijven (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d).

Met dit praktisch onderdeel kunnen de deelnemers aan de slag in het werkveld. Zorgverleners kunnen tijdens groeps gesprekken of individuele gesprekken de verlieskoffer of principes of technieken toepassen. Het effect van deze toepassing zal blijken na meerdere afnames bij verschillende bewoners. De deelnemers kunnen bovendien hun bevindingen bespreken met de andere hulpverleners.

2.4.2.3 Slot van de vorming en verdere opvolging

Ten slotte volgt nog een korte bespreking over hoe de deelnemers de vorming ervaren. Dit gebeurt aan de hand van enkele vragen in de presentatie en een aparte vragenlijst via Google Forms die de deelnemers vlak na de vorming via mail krijgen toegestuurd, cfr. Bijlage 4. Deze kunnen ze iedere moment invullen en later doorsturen. Hierin wordt naar hun algemene mening gepolst en welke zaken meer of minder aan bod mochten komen. Na de vorming gaat de palliatieve werkgroep afspreken om samen te komen en te vergaderen over de mogelijkheden en beperkingen die worden ervaren tijdens het toepassen van de gegeven informatie.

2.4.2.4 Na de vorming

2.4.2.4.1 Informatie rond vorming

Wanneer hulpverleners nood hebben aan extra informatie of indien ze de methodieken zelf willen gebruiken, kunnen ze alles terugvinden in een aparte map die wordt achtergelaten in het WZC. Hierin zitten draaiboeken over de vorming, EHBR en de intervisiemomenten. Iemand die minder gekend is met het onderwerp, kan de draaiboeken lezen en meteen toepassen. De vorming kan op die manier ook door iedereen worden gegeven, cfr. Bijlage 2.

Dit draaiboek bestaat uit tabellen met hierin de onderdelen van de vorming met de bijhorende tijdsduur, eventuele materialen, de bijhorende uitleg en dia's van de presentatie. De hand-outs en volledige uitleg van beide onderdelen zijn hier ook aanwezig.

2.4.2.4.2 Eerste Hulp Bij Rouwen (EHBR)

Het 'EHBR' draaiboek start met een korte introductie gevolgd door noodnummers van zowel de ergotherapeut, pastoraal medewerkster en buurtzorgmanager. Daarna volgen tabellen waarin de fases van dementie worden gekoppeld aan de FAST schaal en MMSE score, ook een algemene omschrijving, mogelijke methodieken en een concrete casus zijn aanwezig. Dit is bedoeld om adequaat te reageren op een rouwende bewoner, cfr. Bijlage 5.

2.4.2.4.3 Intervisiemomenten

Een vorming op zich is niet voldoende om zeker te zijn dat het hulpmiddel, de principes of de technieken worden toegepast. Hierdoor zal om de 8 weken een intervisiemoment worden ingepland. De intervisiemomenten volgen de structuur van de vijfstappenmethode nl. (1) vraagintroductie, (2) probleemverkenning, (3) kern van het probleem, (4) adviesronde en (5) evaluatie. De intervisiemomenten duren ongeveer 30 min-1uur en gaan door met de leden van de palliatieve werkgroep. De aanwezigen delen hun ervaringen en concrete casussen, die aan ieder lid worden bevroegd.

In het begin van het moment zal de gespreksleider, na een korte introductie, een casus kiezen van een persoon uit het WZC en hierover doorvragen. De deelnemers proberen de vragen samen te vatten en tot de kern te komen van het onderwerp. Wanneer alle vragen zijn gesteld en samengebundeld geven de deelnemers hun mening en adviezen rond betere aanpakken. Deze kunnen ter plekke worden bedacht of op voorhand onderzocht zijn. De gespreksleider zal dan het proces evalueren en zien of de gegeven adviezen nuttig zijn om in de praktijk te gebruiken, cfr. Bijlage 6.

3 Resultaten

Het eindresultaat van dit eindwerk is een vorming, die kan worden gegeven aan de palliatieve werkgroep van WZC Hof De Beuken met als doel de werkgroep te sensibiliseren rond rouw en verlies bij ouderen en aanbieden van concrete handvaten en draaiboeken. De vorming, cfr. Bijlage 2, Google formulieren, cfr. Bijlage 3 en 4, draaiboek EHBR, cfr. Bijlage 5, draaiboek intervisiemomenten, cfr. Bijlage 6 en de affiches, cfr. Bijlage 7 staan in de bijlagen uitgebreid beschreven.

3.1 Opbouw naar resultaat

Overleg met buurtzorgmanager:

Ter voorbereiding op de vorming vonden enkele overlegmomenten plaats met zowel de buurtzorgmanager en teamcoach om praktische en organisatorische zaken te regelen. Uit het overleg is gebleken dat het opstellen van een A3 affiche een goede manier zou zijn om het zorgpersoneel aan te spreken. Dit is in het geval dat de zorgkundigen van de palliatieve werkgroep niet aanwezig zouden kunnen zijn op de vorming. Dit affiche moet aan enkele voorwaarden voldoen, die terug te vinden zijn in onderstaande tabel 5: voorwaarden affiche voor bekendmaking vorming, cfr Bijlage 7.

Tabel 5: Voorwaarden affiche voor bekendmaking vorming

De affiche heeft volgende condities: <ul style="list-style-type: none">- Een A3 formaat voor de leesbaarheid- De data en uren van de vorming- Korte beschrijving van de vorming (thema/doel)- Manier van inschrijven- Contactgegevens van organisator

Naast besprekingen over de affiche werden ook enkele organisatorische punten besproken met de buurtzorgmanager, de antwoorden zijn terug te vinden in onderstaande tabel 6: conclusies uit gesprek met buurtzorgmanager.

Tabel 6: Conclusies uit gesprek met buurtzorgmanager

Onderwerpen	Conclusies uit gesprek
Communicatie en bekendmaking	<ul style="list-style-type: none">- Communicatie aan de hand van een affiche, die wordt opgehangen bij de verpleegpost.- Communicatie via de teamcoach, die via mail alle deelnemers contacteert.
Tijdsduur en locatie	<ul style="list-style-type: none">- De vorming wordt gegeven in zaal 'De Beuken', waar de hoofdenvergaderingen worden gehouden.- Ieder onderdeel duurt ongeveer 1 uur.- De vorming wordt gegeven op 10 en 11 mei van 13u00 -15u00.

Deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> - De deelnemers maken deel uit van de palliatieve werkgroep. - Het aantal deelnemers per vorming bedraagt maximum 7.
Vorming	<ul style="list-style-type: none"> - Wordt beschreven in het draaiboek, cfr. Bijlage 2 en 6.
Materialen	<ul style="list-style-type: none"> - Wordt beschreven in het draaiboek, cfr. Bijlage 2.

Overleg met teamcoach:

De teamcoach in Hof De Beuken is onder andere verantwoordelijk voor de regelingen rond vormingen/workshops, enzovoort. Uit het gesprek kwam naar boven welke doelgroep ideaal is voor de vorming, wat de palliatieve werkgroep blijkt te zijn. Hij was verantwoordelijk voor de data, het reserveren van de zaal, uitnodigen van de deelnemers en de aanvraag van de vormingsuren bij het leercenter. Dit maakte dat het uithangen van een affiche niet meer noodzakelijk was. Er is ook gebleken dat het opstellen van een Google Forms document een handig alternatief is om op voorhand de kennis en ervaring van de deelnemers te polsen, cfr. Bijlage 3.

3.2 Resultaten uit bevraging met Google Forms voor de vorming

Voorafgaand op de vorming konden deelnemers vrijblijvend een online formulier invullen, die hun ervaringen en kennis bevroegen. Zo wordt er een representatie gemaakt van het kennisniveau van de leden uit de palliatieve werkgroep en worden de verwachtingen over de vorming duidelijk. Antwoorden gegeven door de leden van de werkgroep blijven anoniem om sociaal wenselijke antwoorden tegen te gaan, cfr. Bijlage 3.

Algemene kennis en ervaringen over het thema:

De algemene kennis over het thema was over de deelnemers verschillend. 42,9% van de deelnemers gaf aan dat ze veel kennis hebben over het thema. Zij gaven aan zowel professionele als persoonlijke ervaringen te hebben meegemaakt.

“In het werkveld ben ik al veel in contact gekomen met rouw en verlies, dit ter ondersteuning van bewoners en hun naasten. Zelf ben ik er ook mee geconfronteerd geweest. Ik ben beide ouders verloren op amper twee jaar tijd (quote anonieme deelnemer)”.

28,6% van de deelnemers gaf aan kennis te hebben over het onderwerp, terwijl de andere 28,6% aangeeft weinig tot geen kennis te hebben.

“Ik heb, tot mijn grote geluk, weinig tot geen ervaring met verlies (quote anonieme deelnemer)”.

Het woord verdriet komt iedere keer terug wanneer de deelnemers gevraagd worden om te beschrijven wat in hen opkomt als ze aan rouw en verlies denken.

Gekende technieken, hulpmiddelen of aanpakken:

Deelnemers gaven aan dat luisteren, steun bieden en in gesprek gaan hun voornaamste aanpak is om met een rouwende oudere om te gaan. Eén deelnemer is gekend met Manu Keirse.

“Ik heb ondertussen bijna alle boeken van Manu Keirse gelezen en hoop nog enkele nieuwe tegen te komen tijdens de vorming (quote anonieme deelnemer)”.

Technieken zoals handen insmeren met bodylotion, muziek op maat, lava cubes, enzovoort worden al door enkele deelnemers toegepast.

“Zo geef je soms een extra dimensie, zingeving aan het bezoek en rouwproces (quote anonieme deelnemer)”.

Informatie die de deelnemers hopen bij te leren uit de vorming:

Graag wensen de deelnemers nieuwe technieken, ideeën en kennis op te doen, zowel in het informatieve als praktische onderdeel.

“Persoonlijk ben ik wel nieuwsgierig naar de verlieskoffer en de complete opleiding. Ik hoop veel nieuwe tips en visies mee te krijgen die toepasbaar zijn (quote anonieme deelnemer)”.

3.3 Beschrijving informatief onderdeel

Het informatieve onderdeel bestaat uit verschillende subcategorieën, nl. (1) introductiemoment en verwachtingen vorming, (2) actieve bevraging aan de deelnemers, (3) toelichting algemene betekenis rouw en verlies, (4) toelichting rouwcurve en rouwtaken, (5) toelichting rouw en dementie, (6) toelichting taak zorgverleners, (7) toelichting technieken/ aanpakken en (8) toelichting hulpmiddel.

(1) Introductiemoment en verwachtingen vorming

In het eerste deel wordt een korte introductie gegeven over de vorming. Aan de hand van een inhoudstafel worden alle onderdelen van de vorming duidelijk gemaakt, dit geeft de deelnemers een duidelijk beeld wat er te wachten staat gedurende twee uur. Naast de inhoudstafel krijgen de zorgverleners een korte toelichting over het doel en belang van de vorming. In de introductie zal een QR-code staan waarmee de deelnemers kunnen meedoen met de presentatie.

(2) Actieve bevraging aan de deelnemers

Ten tweede volgt een korte vragenronde met als doel een beeld te krijgen over de persoonlijke kennis en ervaringen met het thema in het WZC. Hierrond kan kort even in overleg worden gegaan waarom een bepaald antwoord werd gegeven. Deze vragen kunnen de deelnemers beantwoorden met behulp van een smartphone of computer, cfr. Bijlage 2. Als alternatief wordt er een Google Forms document verspreid naar alle deelnemers, waar ze op voorhand hun antwoorden kunnen geven. Voor dit eindwerk is gekozen voor het gebruik van online formulieren. De resultaten van deze baseline meting zijn te vinden in 3.2 en 3.5.

(3) Toelichting algemene betekenis rouw en verlies

Daarna wordt een toelichting gegeven over de algemene betekenis van rouw en verlies. Deze informatie is onderbouwd aan de hand van een wetenschappelijk artikel van Shear (2012). Hierin worden duidelijk beide termen, met hun verschillen, uitgelegd. Kort worden de verschillende soorten van rouw uitgelegd. De presentator vraagt daarna aan de deelnemers om reacties op te noemen die tijdens rouw en verlies aanwezig kunnen zijn. Waar nodig worden extra reacties gegeven door de presentator.

(4) Toelichting rouwcurve en rouwtaken

Ten derde komt de rouwcurve van Kübler Ross naar voren. De deelnemers krijgen een lege curve aangeboden, die ze zorgverleners moeten vervolledigen. Nadien wordt de uitleg rond de curve met de fases gegeven. De informatie van de rouwcurve wordt gegeven uit een onderzoek van Abebe R. et al. (2023). Nadien komen de vier rouwtaken van de Amerikaanse psycholoog William Worden aan bod. Deze kunnen dienen als steunpunt tijdens een rouwproces. De deelnemers kunnen deze rouwtaken mogelijks toepassen tijdens gesprekken met de bewoners (Worden, 2018).

(5) Toelichting rouw en dementie

Vervolgens wordt een toelichting gegeven rond rouwen bij personen met dementie. Dit heeft als doel om dieper in te gaan op de eigenlijke doelgroep die aanwezig is in het WZC. De verschillende fases in een dementieproces worden kort aangekaart ter inleiding op het onderdeel en worden dan gekoppeld aan het rouwen en omgaan met verlies. Aan de hand

van casussen met de FAST schaal uit het onderzoek van Watanabe et al. (2017) krijgen de deelnemers voorbeelden aangeboden over wat zich mogelijks kan manifesteren bij personen met dementie tijdens rouwen .

(6) Toelichting taak zorgverleners

Dan volgt een korte uitleg met de taken die de zorgverleners kunnen opnemen bij rouw en verlies. De rol die een zorgverlener heeft, is sterk bepalend voor het verdere verloop van het rouwproces, ook naar preventie, identificatie en ondersteunen van het rouwproces (Hashim S.M. et al., 2013).

(7) Toelichting technieken/ aanpakken

Als voorlaatste onderdeel worden de technieken uitgelegd. Informatie van dit onderdeel is afkomstig uit de richtlijnen van de palliatieve zorg 'Pallialine'. Ook wordt er beroep gedaan op het boek van psycholoog Manu Keirse 'Helpen bij verlies en verdriet'. Dit zal een goede basis vormen voor de technieken en kan dienen als een duidingsmiddel.

(8) Toelichting hulpmiddel

Ten slotte wordt het hulpmiddel uitgelegd. Hier wordt dan specifiek de verlieskoffer en alle onderdelen besproken. De informatie van dit stuk komt voort uit het regionaal expertisecentrum dementie Orion i.s.m. PGN. Deelnemers krijgen de informatie aangeboden om deze straks gemakkelijker te kunnen verwerken met behulp van de verlieskoffer.

3.4 Beschrijving praktisch onderdeel (verlieskoffer)

De verlieskoffer bevat verschillende methodieken die elk een andere manier hebben van omgaan met rouw en verlies, nl. (1) sterrenkaartjes, (2) gevoelsmonsters, (3) mandala, (4) brief aan een rouwende collega / rouwend familielid, (5) rouwkubus, (6) documentmagazine, (7) krachtbronnen (8) symbolieken en (9) rouwstenen.

(1) Sterrenkaartjes

De sterrenkaartjes zijn bedoeld als herinneringskaartjes om het verleden en gedachten over de overleden persoon op te halen. Een set bestaat uit 40 kaartjes met elk een unieke, luchtige en speelse vraag. De vragen kunnen worden afgenomen in groep met andere bewoners of familie of alleen. Dit, net zoals de tijdsduur, worden zowel door de begeleider als de rouwende persoon beslist (Luiten D., 2012).

(2) Gevoelensmonsters

Naast de sterrenkaartjes zijn er ook kaartjes met gevoelsmonsters. Op ieder kaartje staat een unieke emotie of gemoedstoestand, zoals eenzaamheid, verliefd, moe, angst, plezier, enzovoort. Door in contact te komen met de gevoelens, kunnen deze bespreekbaar worden gemaakt (Höch-Corona J., 2005).

(3) Mandala's

Mandala's inkleuren kan een rustgevend effect hebben dat de aandacht of concentratie kan verbeteren. In de verlieskoffer zit een boek met verschillende patronen, zodat er voldoende variatie is (Liu C. et al, 2020).

(4) Brief aan een rouwende collega / rouwend familielid

Ook biedt de verlieskoffer de mogelijkheid tot het schrijven van een brief aan een rouwende collega/familielid. Hier kan een persoon alles in zetten dat kan worden meegedeeld aan de rouwende persoon en wordt zo het medeleven getoond. In de koffer zijn ook enkele voorbeelden aanwezig ter inspiratie (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

(5) Rouwkubus

Daarnaast bevat de koffer een rouwkubus. Deze dobbelsteen heeft gekleurde vlakken met een woord op dat gekoppeld is aan een serie van vragen. Hierdoor wordt het praten over rouw en verlies gefaciliteerd (Amerpoort, z.d.).

(6) Docu-magazine 'Dementie, omgaan met verlies'

In de koffer is ook een docu-magazine 'Dementie, omgaan met verlies' aanwezig. Hierin zijn getuigenissen van rouwende ouderen met dementie, antwoorden van deskundigen en kaders vol met tips te vinden. Op deze manier kunnen de mantelzorgers van personen met dementie beter omgaan met het verlies dat die persoon ervaart (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

(7) Krachtbronnen

In de koffer zijn fiches te vinden met hierop foto's van allerlei verschillende voorwerpen. Naast de fiches is er ook een blad met hierop een foto van een volle en lege batterij. Hierop moeten de fiches worden gelegd met de vraag: 'Welke voorwerpen laden voor mij de batterijen op en van welke lopen ze leeg?' Hetgeen dat bij de opladende batterij ligt, zijn de krachtbronnen (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

(8) Symbolieken

Symbolieken kunnen gebruikt worden om te zien wat de overleden persoon voor de nabestaande betekent (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

(9) Rouwstenen

Ten slotte zijn er rouwstenen aanwezig om emoties op een letterlijke en creatieve manier te uiten. De stenen worden op tafel gelegd en een citaat wordt voorgelezen. Iedereen neemt een steen die bij hem/haar en het citaat past en kan erover vertellen (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

3.5 Resultaten uit bevraging met Google Form na de vorming

Om een duidelijk beeld te krijgen op hoe de deelnemers de vorming ervaren, werd een tweede online formulier verzonden naar de mailadressen. Het was vrijblijvend om dit formulier in te vullen en de antwoorden waren anoniem, cfr. Bijlage 4.

De vorming in het algemeen:

66,7% van de deelnemers waardeerden de vorming met 4 op 5, terwijl de andere 33,3% van de deelnemers de vorming een cijfer 5 op 5 toekenden. 50% van de deelnemers gaf aan tevreden te zijn en de andere 50% gaf aan zeer tevreden te zijn. De opleiding werd gezien als zeer interessant met vernieuwende technieken, die op een toegankelijke manier werden gebracht.

“De verlieskoffer en het bespreekbaar maken van de rouwfases bleef mij het meeste bij (quote anonieme deelnemer)”.

Toch vonden enkele deelnemers dat de vorming nog langer mocht duren, om op die manier het thema nog meer naar boven te brengen en langer tijd te hebben om de methodieken uit te proberen.

Informatieve onderdeel:

66,7% van de deelnemers vond de gegeven uitleg boeiend en de andere 33,3% vond het zeer boeiend. Bij alle deelnemers had het onderdeel betrekking op hun vakgebied. Het informatief gedeelte werd positief ervaren en het interactieve aspect viel ook in de smaak.

“De warmte in een virtuele en digitaal georganiseerde opleiding was ongelooflijk. De verschillende meningen, de diversiteit van alle deelnemers, zowel in ervaring, kennis, discipline/functie als nationaliteit (quote anonieme deelnemer)”.

Het feit dat Manu Keirse meerdere malen als bronvermelding aan bod kwam, vonden de deelnemers ook aangenaam. Het zorgde, volgens hen, voor meer professionele diepgang. Toch was de confrontatie met de dood en de open vragen in de presentatie voor sommigen een struikelblok.

“Het was soms moeilijk om over de dood te praten, juist omdat het zo een zwaar thema is (quote anonieme deelnemer)”.

Technieken, aanpakken en hulpmiddel:

De verlieskoffer werd door iedere deelnemer als zeer positief ervaren. Ze vonden het een ideaal middel om het onderwerp aan te kaarten en het gaf volgens hen duidelijke handvaten, hoe je zou kunnen omgaan met een rouwende persoon. Van alle methodieken vielen de sterrenkaartjes het meeste in de smaak en maakte deze methodiek het meeste kans om toegepast te worden in de praktijk.

“De sterrenkaartjes omvat zeer diverse vragen en de persoon in kwestie kan deze in stilte lezen en eventueel onbeantwoord laten indien gewenst. Als de vraag door iemand anders wordt gesteld, kan met zich misschien verplicht voelen om te antwoorden (quote anonieme deelnemer)”.

De gevoelensmonsters, symbolieken en rouwstenen vielen niet in de smaak en werden als te abstract gezien. Deelnemers gaven aan dat dit te complex zou zijn voor de huidige doelgroep in het WZC. Tot slot vonden de deelnemers het goed om nog eens stil te staan bij een moeilijk onderwerp en te kijken naar de impact die het op iedereen kan hebben.

3.6 Beschrijving draaiboek EHBR

Wanneer een persoon wordt geconfronteerd met een verlies, is de omgeving vaak niet zeker hoe ze het beste erop kunnen reageren. Aan de hand van het draaiboek ‘Eerste Hulp Bij Rouwen’ kunnen zorgverleners terugvallen op de fases van dementie gekoppeld aan de FAST schaal en de verwante MMSE score om bewoners in te schatten. Daarover staan de mogelijke methodieken en aanpakken van Manu Keirse, die een mogelijk effect kunnen hebben. Bij ieder onderdeel staat een korte beschrijving van de schaal en hoe een persoon kan reageren op verlies en het rouwproces. Onder iedere fase staat een casus van een persoon in die fase met een methodiek aan gekoppeld, cfr. Bijlage 5.

3.7 Beschrijving draaiboek intervisiemomenten

Naast het geven van een vorming is het belangrijk om het gegeven onderwerp in team te bespreken aan de hand van intervisiemomenten. Tijdens deze momenten kunnen knelpunten, vragen, ideeën, enzovoort worden gedeeld. Dit gebeurt aan de hand van de vijfstappenmethode, waar een gesprekleider een casus of probleem op tafel brengt. Naast uitleg over de methode zijn ook concrete tips om het gesprek soepeler te laten verlopen, cfr. Bijlage 6.

4 Discussie

4.1 Bevindingen in dit eindwerk in relatie tot de onderzoeksvraag

Het doel van dit eindwerk was het zorgpersoneel van WZC Hof De Beuken te sensibiliseren rond rouw en verlies aan de hand van vormingen, om zo het effect hiervan te zien op het personeel en later op de bewoners. In de vormingen en draaiboeken staan concrete informatie en praktische handvaten, die meteen kunnen worden toegepast wanneer een oudere in een rouwproces belandt. De vorming werd uiteindelijk gegeven aan de leden van de palliatieve werkgroep. Deze groep kan met behulp van de draaiboeken zelf de vorming geven aan de rest van het zorgpersoneel. De personen, die deelnamen aan de vorming, gaven uit bevragingen aan dat ze enkele methodieken, zoals de sterrenkaartjes, muziek, attente brief en rouwkubus in praktijk willen toepassen of ter inspiratie willen gebruiken om eigen methodieken op te stellen. De gevoelensmonsters, symbolieken en rouwstenen vielen niet in de smaak en werden als te abstract gezien. Door het geven van de vorming is de heropstart van de palliatieve werkgroep begonnen en leeft het thema meer op de afdelingen. Door de coronapandemie werd de groep stopgezet, waardoor kennis en ervaringen minder kon worden vergaard. Ook krijgt niet iedere discipline evenveel informatie rond het thema vanuit hun opleiding waardoor er, zoals in de literatuur werd beschreven, niet veel kennis is (Ober, A.M. et al., 2012).

4.2 Beperkingen van dit eindwerk

De beperkende factor in het proces was het langdurige wachten op de communicatie tussen de hoofden in het WZC. Hun toestemming was noodzakelijk om de vorming te mogen geven tijdens de werkuren. Tijdens meerdere hoofdenvergaderingen werd de vorming aangekaart, maar werd niets concreet afgesproken. De verdere communicatie verliep via mail, wat resulteerde in het afwachten op antwoorden. Door mee aanwezig te zijn tijdens de vergaderingen, kon sneller worden geopteerd voor vaste data. Het teamhoofd heeft ervoor kunnen zorgen dat het contact toch beter is kunnen verlopen en dat meteen contact kon worden gelegd met het leercentrum om de vorming te bevestigen en goed te keuren. Naar een volgende vorming toe, zou alles organisatorisch al in orde moeten zijn nog voor de vorming afgemaakt is. Zo blijft er genoeg tijd om het langdurig effect van de vorming te zien. Een andere beperking aan het eindwerk is de wetenschappelijke onderbouwing. Wetenschappelijke literatuur rond rouw en verlies is voldoende verkrijgbaar. Maar wanneer ergotherapie eraan wordt gekoppeld, is er weinig literatuur te vinden. Dit maakt dat onderzoeken rond beide thema's weinig tot geen aandacht en financiering van buitenaf krijgen.

4.3 Toekomstig onderzoek

De palliatieve werkgroep beschikt over de draaiboeken en de nodige achtergrondkennis om in praktijk aan de slag te gaan. Toch moet de effectiviteit van die kennis, bovenop de methodieken, nog worden bewezen. Enkele methodieken zijn al eens toegepast, maar het effect op lange termijn is nog onduidelijk en kan niet worden onderzocht in de tijdspanne van dit eindwerk. Rouw is een proces dat heel lang kan duren en veranderingen in dit proces nemen ook tijd in beslag (Abebe, R. G., Bakombo, S., & Konkle, A. T. M., 2023). Naar een volgend eindwerk of onderzoek toe kan dit effect verder worden onderzocht, alsook de bruikbaarheid van de draaiboeken en intervisiemomenten in de praktijk.

4.4 Belang van de ergotherapeut

Ondanks het beperkte aanbod aan wetenschappelijke literatuur rond rouw, verlies en ergotherapie, spelen ergotherapeuten een belangrijke rol in het proces. Zij zijn verantwoordelijk voor onder andere, het terug mogelijk maken van dagelijks handelen. Dit handelen kan een manier zijn om te helpen het rouwproces te verwerken of te leren leven zonder de naaste. Daarnaast kan een ergotherapeut tijdens het proces een open oor en oog zijn of helpen omgaan met de emoties van verlies aan de hand van creatieve middelen, zoals tekenen, schrijven, enzovoort. Een ergotherapeut kan met zijn visie bijdragen aan een betere educatie omtrent rouw en verlies van het multidisciplinair team zodat iedereen de methodieken en technieken in de praktijk kan toepassen (De Coninck, 2019; Roberts, 2016; Dahdah, 2018).

5 Conclusie

Om het thema rouw en verlies weer te laten leven in Hof De Beuken, werd voor dit eindwerk besloten om een vorming te geven aan het zorgpersoneel. Het doel hiervan was het personeel sensibiliseren rond het thema en concrete handvaten aan te bieden, die in de praktijk kunnen worden toegepast. De vorming was bedoeld voor iedere zorgverlener vanuit verschillende disciplines, maar werd uiteindelijk gegeven aan de palliatieve werkgroep. Deze werkgroep omvat ook verschillende disciplines en heeft betrekking op de rouwende ouderen met een verlieservaring.

Verschiedende draaiboeken werden opgesteld om nog concretere handvaten aan te bieden. De palliatieve werkgroep kan zo de vorming aan de andere zorgverleners geven of specifieke methodieken lezen, die meteen kunnen worden toegepast op een rouwende oudere. Door tijdsgebrek is de effectiviteit van de draaiboeken en de methodieken nog niet uitgetest en vonden er nog geen intervisiemomenten plaats. Het is dus belangrijk dat de draaiboeken en methodiek in de toekomst worden uitgetest en onderzocht.

6 Referenties

Abebe, R. G., Bakombo, S., & Konkle, A. T. M. (11 februari 2023). *Understanding the Response of Canadians to the COVID-19 Pandemic Using the Kübler-Ross Model: Twitter Data Analysis*. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3197. Geraadpleegd op 25 februari 2023, via <https://doi.org/10.3390/ijerph20043197>

Alzheimer's Society (2021). *Supporting a person with dementia during a bereavement*. Geraadpleegd op 27 november 2022, via <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/help-dementia-care/supporting-person-dementia-during-bereavement>

Amerpoort (z.d.). *Handleiding rouwkubus*. Geraadpleegd op 21 april 2023, van <https://www.amerpoort.nl/binaries/content/assets/amerpoort/brochures/17056-rouwkubus-handleiding.pdf>

Auer, S., & Reisberg, B. (1997). The GDS/FAST staging system. *International psychogeriatrics*, 9 Suppl 1, 167–171. Geraadpleegd op 28 april 2023 <https://doi.org/10.1017/s1041610297004869>

Blankestijn & partners (8 januari, 2021). *Methodiek: Intervisie Methode 5 Stappen*. Geraadpleegd op 12 april 2023, van <https://www.bpopleidingen.nl/e-learning-methodiek-intervisiemethode/>

Callies M., Panis Int L., Dequeker S., Latour K., Gonzalez Rebolledo J. & Vandael E. (Augustus 2021). *Covid-19 Surveillance in woonzorgcentra*. Geraadpleegd op 25 november 2022 via https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Surveillance_WZC.pdf

Compassus. (17 juni 2022). *Functional Assessment Staging Tool (Fast Scale) for Dementia*. Geraadpleegd op 28 februari 2023, via <https://www.compassus.com/healthcare-professionals/determining-eligibility/functional-assessment-staging-tool-fast-scale-for-dementia>

Dahdah, D. F., & Joaquim, R. H. V. T. (2018). *Occupational Therapy in the bereavement process: A meta-synthesis*. *South African Journal of Occupational Therapy*, 48(3), 12–18. Geraadpleegd op 7 mei 2023, via <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2017/vol48n3a3>

De Coninck et al (2019). *Ergotherapie in de gerontologie. Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. p. 109-115, 118-121 en 122-124. Acco.

De Nationale Adviesbalie (2017). *Rouwproces na scheiding*. Geraadpleegd op 24 november 2022, via <https://www.scheidingswijzer.nl/nieuws/rouwproces-na-scheiding.html>

De Rijbel, H. (2022). *Rouwcurve, verlies van een baan*. Frame BV. Geraadpleegd op 24 november 2022, via

El Haj, M., & Gallouj, K. (12 juni 2021). *Loneliness of residents in retirement homes during the COVID-19 crisis*. *L'Encephale*, 48(4), 477–479. Geraadpleegd op 20 februari 2023, via <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.05.001>

Ergotherapie Vlaanderen vzw (z.d.). *Beroepsprofiel ergotherapie*. Geraadpleegd op 28 november 2022, via <https://www.ergotherapie.be/content/Beroepsprofiel/Ergotherapie-Beroepsprofiel-2018.pdf>

Geenen, K. (2011). *Ergotherapie in de geriatrie*. Leuven: Acco.

Gemeente Wevelgem (2018) *Functie en competentieprofiel ergotherapeut*. Geraadpleegd op 26 november 2022, via https://www.wevelgem.be/sites/wevelgem/files/media/profiel_ergo_1.pdf

Hashim, S. M., Eng, T. C., Tohit, N., & Wahab, S. (2013). *Bereavement in the elderly: the role of primary care*. *Mental health in family medicine*, 10(3), 159–162. Geraadpleegd op 16 maart 2023, via <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3822663/>

Hötch-Corona J. (2005). *Gefühlsmonsters*. Geraadpleegd op 21 april 2023, van <https://www.gefuehlsmonster.de/>

Keirse, M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet*. Tiel: Lannoo.

Liu, C., Chen, H., Liu, C. Y., Lin, R. T., & Chiou, W. K. (9 oktober 2020). *Cooperative and Individual Mandala Drawing Have Different Effects on Mindfulness, Spirituality, and Subjective Well-Being*. *Frontiers in psychology*, 11, 564430. Geraadpleegd op 21 april 2023, van <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.564430>

Luiten D. (2012). *Sterrenkaartjes*. Geraadpleegd op 21 april 2023, van <https://www.daisyluiten.nl/kaartensets/sterrenkaartjes>

Meichsner F., O'Conner M., Skritskaya N., Shear K. (11 januari 2020). *Grief Before and After Bereavement in Elderly: An Approach to Care*. Geraadpleegd op 11 november 2022, via [https://www.ajgonline.org/article/S1064-7481\(19\)30590-1/fulltext](https://www.ajgonline.org/article/S1064-7481(19)30590-1/fulltext)

MFN-Register (30 september 2022). *Richtlijnen voor intervisie – MfN-registermediator*. Geraadpleegd op 2 mei 2023, via <https://mfregister.nl/>

Mohamed, K., Rzymiski, P., Islam, M. S., Makuku, R., Mushtaq, A., Khan, A., Ivanovska, M., Makka, S. A., Hashem, F., Marquez, L., Cseprekal, O., Filgueiras, I. S., Fonseca, D. L. M., Mickael, E., Ling, I., Arero, A. G., Cuschieri, S., Minakova, K., Rodríguez-Román, E., Abarikwu, S. O., ... Rezaei, N. (10 december 2021). *COVID-19 vaccinations: The unknowns, challenges, and hopes*. *Journal of medical virology*, 94(4), 1336–1349. Geraadpleegd op 21 februari 2023, via <https://doi.org/10.1002/jmv.27487>

Ober A. M., Granello D. H., Weathon J. E. (april 2012). *Grief Counseling: An Investigation of Counselors' Training, Experience, and Competencies*. Geraadpleegd op 12 maart 2023, via <https://doi:10.1111/j.1556-6676.2012.00020.x>

Pacaol N. F. (14 juni 2021). *Acceptance, Endurance, and Meaninglessness: A Qualitative Case Study on the Mourning Tasks of Parental Death From Childhood Experience to Adolescence*. *Omega*, 302228211024465. *Advance online publication*. Geraadpleegd op 27/02/2023, via <https://doi.org/10.1177/00302228211024465>

Pallialine (30 september 2018). *Rol zorgverleners*. Geraadpleegd op 13 februari 2023, via <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/zingeving-en-spiritualiteit/diagnostiek,-rapportage-en-verwijzing/rol-zorgverleners>

Pathways (2022). *Dementia Patients and Grief*. Geraadpleegd op 27 november 2022, via <https://pathwayshealth.org/dementia-care/dementia-patients-and-grief/#:~:text=People%20with%20dementia%20who%20are,memory%20of%20loss%20from%20childhood.>

Pop-Jordanova N. (2021). *Grief: Aetiology, Symptoms and Management*. *Prilozi (Makedonska akademija na naukite i umetnostite. Oddelenie za medicinski nauki)*, 42(2), 9–18. Geraadpleegd op 24 februari 2023, via <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0014>

Regionaal expertisecentrum Tandem (z.d.). *Verlieskoffer – Een hulpmiddel voor mensen met dementie, mantelzorgers,* Geraadpleegd op 13 februari 2023, via

<https://www.dementie.be/tandem/verlieskoffer-een-hulpmiddel-voor-mensen-met-dementie-mantelzorgers/>

Remember Me (24 april 2018). *Fases van het rouwproces*. Geraadpleegd op 24 november 2022, via <https://www.remembermebelgium.be/inspiratie/home-1/de-fases-van-het-rouwproces>

Rigby, T., Johnson, D. K., Taylor, A., & Galvin, J. E. (2021). *Comparison of the Caregiving Experience of Grief, Burden, and Quality of Life in Dementia with Lewy Bodies, Alzheimer's Disease, and Parkinson's Disease Dementia*. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 80(1), 421–432. Geraadpleegd op 27 november 2022, via <https://doi.org/10.3233/JAD-201326>

Roberts G.W. (2016, 5 november (online gepubliceerd)). *Trauma following Major Disasters: The Role of the Occupational Therapist*. Geraadpleegd op 12 november 2022, via <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802269505800505>

Rouwbehandeling.nl (2022). *Het rouwproces: 7 rouwfases, of 4 rouwtaken?* Geraadpleegd op 26 november 2022, via <https://rouwbehandeling.nl/nieuws/rouwproces-7-rouwfases-rouwtaken/>

Sciensano (25 november 2022). *Covid-19 Wekelijkse Epidemiologische Bulletin*. Geraadpleegd op 25 november 2022 via https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_report_NL.pdf

Shatri K., Shala L. (3 oktober 2022). *Evaluating the Effect of Interactive Digital Presentations on Students' Performance during Technology Class*. *Education Research International*, vol. 2022 Article ID 3337313, 9 pages. Geraadpleegd op 16 maart 2023, via <https://doi.org/10.1155/2022/3337313>

Statbel (16 juni 2022) *Diversiteit naar herkomst in België*. Geraadpleegd op 22 november 2022 via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/herkomst#:~:text=Diversiteit%20naar%20herkomst%20in%20Belgi%C3%AB&text=Op%2001%2F01%2F2022%20was, van%20Statbel%2C%20het%20Belgische%20statistiekbureau.>

Tuffrey-W. I & Watchman K. (2 juli 2015). *Breaking bad news to people with learning disabilities and dementia*. *Learning Disability Practice*, 18(7), 16–23. Geraadpleegd op 28 februari 2023 -, via <https://doi:10.7748/ldp.18.7.16.e1672>

Van Humbeeck L., Dillen L., Piers R. & Van Den Noortgate N. (2016, juli). *Grief and loss in older people residing in nursing homes: (un)detected by nurses and care-assistants?* *PubMed*. Geraadpleegd op 13 oktober 2022 via <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27377839/>

Watanabe, A., & Suwa, S. (22 februari 2017). *The mourning process of older people with dementia who lost their spouse*. *Journal of advanced nursing*, 73(9), 2143–2155. Geraadpleegd op 28 februari 2023, via <https://doi.org/10.1111/jan.13286>

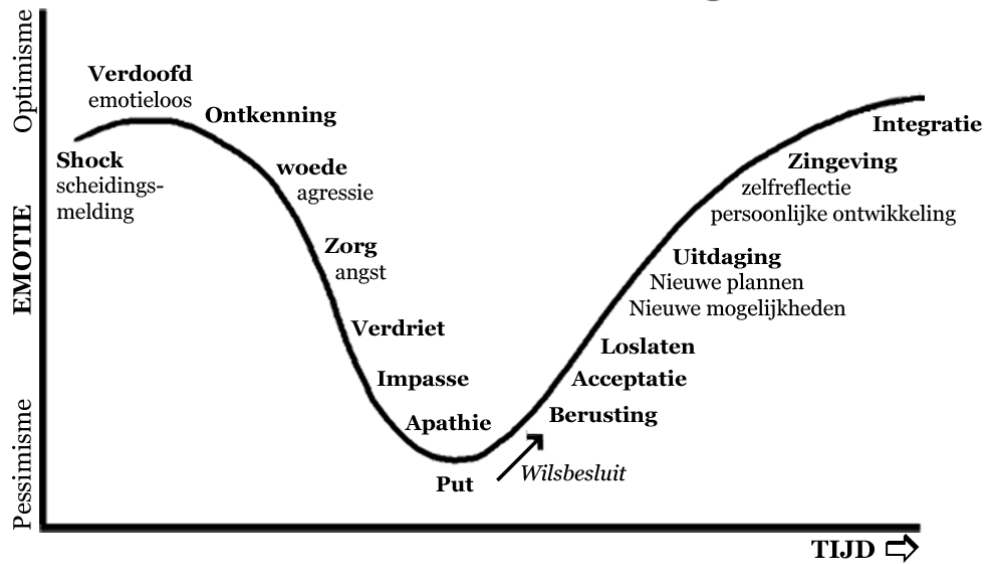
Weijers E. (z.d.). *Intervisie/Carrièretijger*. Geraadpleegd op 12 april 2023, van <https://www.carrièretijger.nl/functioneren/ontwikkelen/jezelf-ontwikkelen/intervisie>

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy (5de editie.)*. Springer.

7 Bijlage

Bijlage 1 rouwverwerkingscurve Kübler-Ross:

De Kübler-Ross rouwverwerkingscurve



(H. De Rijbel, 2022)

Bijlage 2 draaiboek vorming:

Draaiboek: Vorming rouw en verlies

Datum vorming:

Tijdstip:

Duur: 2 uur

Locatie: Hof De Beuken (Cafetaria of animatielokaal of vergaderzaal)

Welkom in dit draaiboek voor de vorming rond rouw en verlies. Aan de hand van deze vorming wordt het thema duidelijk besproken en praktisch uitgevoerd. Dit om zo het zorgpersoneel te sensibiliseren en uiteindelijk de levenskwaliteit van de oudere te verbeteren door rouw en verlies bespreekbaarder te maken. In deze vorming wordt eerst ingegaan op de educatie rond rouw en verlies. Daarna zullen handvaten, technieken en hulpmiddelen worden aangeboden, die praktisch kunnen worden uitgetoond.

Noodnummers:

Functie	Contactpersoon	Telefoonnummer	E-mail
Ergotherapeute	Annick Gévas	04 75 94 15 40	Annick.Gevas@zorgbedrijf.be
Buurtzorgmanager	Sigerd Van Laer	04 73 40 93 58	Sigerd.vanlaer@zorgbedrijf.antwerpen.be
Pastoraal werkster	Christine Guiette	04 74 55 73 87	christine.guiette@scarlet.be

Vorbereidingen op vorming:

Wat	Extra ondersteuning
<u>Naar aanvang van de vorming:</u> <ul style="list-style-type: none">- Ophangen van de poster/affiche- Inschrijvingen verzamelen voor de deelnemers	<ul style="list-style-type: none">- Affiche is te vinden in bijlage van draaiboek (datum dient wel te worden aangepast)- Inschrijvingen gebeuren aan de hand van een gemaakte poll (te vinden in bijlage draaiboek)
<u>Ruimte aanpassen aan de vorming:</u> <ul style="list-style-type: none">- Stoelen en tafels plaatsen naargelang het aantal deelnemers- 1 tafel voorzien voor het plaatsen van de beamer	
<u>Klaarleggen van benodigdheden:</u> <ul style="list-style-type: none">- Laptop, beamer en scherm- Presentatie op laptop of externe USB-stick- Verlieskoffer	<ul style="list-style-type: none">- Verlieskoffer aan te vragen in expertisecentrum Orion i.s.m. PGN

Tijdens vorming:

Tijd	Activiteit	Materialen	Doel/Extra info
5 min	<p>1. Introductiemoment en verwachtingen vorming</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introductie - Vragen aan deelnemers om QR code in te scannen - Beknopte toelichting vorming - Uitleg doel van vorming 	<p>AHA-Slides Powerpoint</p>	
5 min	<p>2 Start informatieve onderdeel</p> <p>2.1 Vragen aan deelnemers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat weten jullie over rouw en verlies? - Wat zijn jullie ervaringen rond dit thema? <p>De eerste vraag wordt beantwoord door middel van een woordweb, dat is aangemaakt op de presentatie. De tweede open vraag wordt ook beantwoord via AHA-Slides. Hier kunnen deelnemers een volledige zin of tekstje ingeven. Als alternatief op dit onderdeel kan er vooraf een formulier worden afgenomen bij de deelnemers</p>		Zie uitleg 1.1
10 min	<p>2.2 Toelichting algemene betekenis rouw en verlies</p> <p>Dia's 7-9 hebben betrekking tot de algemene betekenis van de termen en het verschil tussen beiden.</p> <p>De begeleider vraagt kort aan het publiek welke reacties rouw en verlies kunnen teweeg brengen en geeft vervolgens enkele andere reacties op verschillende niveaus.</p> <p>2.3 Toelichting rouwcurve, rouwtaken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dia's 10-15 lichten de rouwverwerkingscurve van Kübler Ross toe. Dit gebeurt aan de hand van een raadspel. 		Zie uitleg 1.2

10 min	<ul style="list-style-type: none"> - Deelnemers plaatsen de fases van rouwen in de juiste volgorde, tot de presentator het sein geeft dat het juist is. - Dia's 16-17 geven meer duiding rond de aanpak van Manu Keirse bij de rouwtaken. Dit geeft extra info over het rouwproces. 		
10 min	<p>2.4 Toelichting rouw en dementie Dia's 18-21 lichten de verschillende vormen van dementie toe gekoppeld aan het rouwproces en de verschillen met het algemene rouwproces.</p>		Zie uitleg 1.3
5 min	<p>2.5 Toelichting onze taak Dia's 22-23 geven meer duidelijkheid rond hoe iedere discipline van het zorgpersoneel een nut heeft in het verhaal van rouw en verlies.</p>		Zie uitleg 1.4
10 min	<p>2.6 Toelichting technieken/aanpakken Dia's 24-26 geven meer uitleg over de technieken en tips van Manu Keirse. Eerst hoe een hulpverlener een rouwtaak kan ondersteunen en dan enkele technieken.</p>		Zie uitleg 1.5
10 min	<p>2.7 Toelichting hulpmiddel Dia's 27-28 lichten de verlieskoffer toe. Deze worden uitgelegd met behulp van de verlieskoffer.</p>	Verlieskoffer	Zie uitleg 1.6

<p>50 min</p>	<p>3 Start praktisch onderdeel 3.1 Werkvorm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groep wordt verdeeld in subgroepen van elk min. 2 personen, ze zitten naast of bij elkaar. <p>Opdracht per subgroep: Iedere subgroep krijgt 1 onderdeel van de verlieskoffer, dat ze kunnen uitproberen. Om de 5-10 min wordt er een onderdeel gewisseld met een andere subgroep</p> <p>Als alternatief kan de koffer in groep worden besproken, waar 1 per 1 de technieken kort worden getoond/uitgeprobeerd/verklaard</p>	<p>Verlieskoffer</p>	
<p>5 min</p>	<p>4 Afronding vorming</p> <ul style="list-style-type: none"> - Op de presentatie worden nogmaals dezelfde vragen gesteld als in het begin van de vorming. Dit om een beeld te krijgen van de verandering in gedachten. - De vraag wordt gesteld wat ze mogelijk willen toepassen in het werkveld. - Kort wordt de vorming besproken en bevindingen bevestigd. 		

Hyperlink en QR code voor vorming:

Korte link (deelnemers): <https://ahaslides.com/GHV57>

Permanente link (deelnemers): <https://audience.ahaslides.com/3h5iwr9n4i>

QR code deelnemers:



Link voor vorming (beheerder): <https://presenter.ahaslides.com/share/vorming-rouw-en-verlies-1682174888062-3h5iwr9n4i>

Hand-outs presentatie



1



2



3



4



5



6

Welke emoties denken jullie dat teweeg komen bij rouw en verlies?

7

Nog andere emoties

Affektief	Opvattend	Gevoel	Fysiologisch
Depressie, wanhoop	Beleg met gedachten over dood en zelfdoding	Oversch, agitatie, gespannen	Verlies van eetlust
Angst, ongerustheid	Verbaasdheid, langzame denken over verlies en verdriet	Verbaasd	Stevendrukverhoging of diepgerekenen
Zelfwaard, onbegrip	Onderbrenging onbegrip	Hyperactief	Verlies van energie, versuftheid
Haar voelen van energie	Oversch van hulpeloosheid, geen houvast, versuftheid gevoel van ongerustheid	Ziekte (naar behalven, duizeligheid)	Sensitieve knippen
Gevoelheid	Zelfwaardigheden	Verbaas	Hartritmische en onregelmatigheden
Verlangen naar anderen personen, plaats, etc	Oversch van onbegrip	Trouw	Mees verlaar voor ziektes
Chok, ontkenning, weeneden	Gevoelgerekenen	Sociale terugtrekking	Mortaliteit of sterfte

8

Wie is de bedenker van de rouwcurve?

01:50

9

Rouwverwerkingscurve van Kübler Ross

- Zwitsers-Amerikaanse psychiater
- Periode waarin reacties/ emoties voorkomen
- Emoties beter vatten



10

Wat is de volgorde van de emoties op de verwerkingscurve?

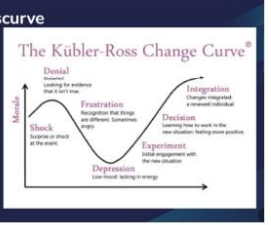
01:58

Integratie Schok Weede Depressie Experimenteer en Aanvaardig

11

Rouwverwerkingscurve

- Schok
- Ontkenning
- Weede
- Depressie
- Experimenteren
- Aanvaardig
- Integratie



12

Rouwtaken William Worden

- Amerikaanse psycholoog en auteur
- Rouwtaken als steunpunt
- Gevolgd op rouwproces



13

Rouwtaken en aanpak volgens Manu Keirse

- Realiteit van verlies aanvaarden
-> Aanmoedigen om afscheid te nemen
- Ervaring gevoelens gekoppeld aan rouw
-> Onderwerp aanraken en praten
- Aanpassen aan nieuw leven
->Noden, zorgen... in kaart brengen
- Heroprichten band overleden persoon
-> Focussen op wat nog mogelijk is

14

Wat zijn de fases van dementie?



15

Rouw en dementie

- Onderzoek rond dementie (FAST schaal)
- Indicatie rouwen met dementie
- FAST en dementiefases

16

Hoe zou je slecht nieuws aankondigen bij een persoon met dementie?



17

Nieuws aankondigen aan personen met dementie

- Waar trekt men de grens?
- Waarmee rekening houden?
- Hoe brengen?

18



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31

Omschrijving bij onderdelen:

1.1 Toelichting algemene betekenis rouw en verlies:

Rouw wordt gezien als een biopsychologische reactie op verschillende vormen van verlies zoals, sterfte, verlies van een baan, verlies van functies, enz. Het is dus een menselijke/natuurlijke reactie, die individueel en onvermijdelijk is. Ieder individu heeft zijn eigen waarden, normen en culturele achtergrond die een effect hebben op hoe een persoon met verlies omgaat. Zaken zoals de duur en frequentie zijn zeer verschillend, maar toch zijn er een aantal universele emoties die optreden. Enkele van deze emoties/reacties zullen kort worden opgenoemd, wat niet wil zeggen dat iedereen al deze emoties zal ervaren.

Artikel Shear K.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384440/>

(Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief)

Naast de gegeven emoties van de deelnemers zijn er nog meer in onderstaande tabel:

Affectief	Cognitief	Gedrag	Fysiologisch
Depressie, wanhoop	Bezig met gedachten over dood en verlies	Onrust, agitatie, gespannen	Verlies van eetlust
Angst, ongerustheid	Herhaaldelijk langdurig denken over verlies en verleden	Vermoeid	Slaaponderbrekingen of slaapproblemen
Zelfverwilt, schuldgevoel	Ontkenning en onderdrukking	Hyperactief	Verlies van energie, vermoeidheid
Niet voelen van vreugde	Gevoel van hulpeloosheid, geen hoop, verminderd gevoel van eigenwaarde	Zoekend (naar betekenis, duidelijkheid)	Somatische klachten
Eenzaamheid	Zelfmoordgedachten	Verdriet	Hormonale en immuniteitsveranderingen
Verlangen naar weerzien persoon, object, enz.	Gevoel van onechtheid	Treuren	Meer vatbaar voor ziektes
Schok, ontkenning, vermijden	Geheugenproblemen	Sociale terugtrekking	Mortaliteit of sterfte

1.2 Toelichting rouwcurve, rouwtaken

Wanneer het gaat over de periode waarin die reacties worden getoond, wordt er gesproken van rouwen. De rouwende persoon zal tijdens deze periode doorheen verschillende psychologische processen gaan om uiteindelijk tot acceptatie te komen. Om beter vat te krijgen op de universele emoties en processen, maakte de psychiater Elisabeth Kübler Ross een rouwverwerkingscurve.

Rouwcurve:

In de rouwverwerkingscurve worden emoties omgezet in zeven fases of categorieën, nl. (1) schok, (2) ontkenning, (3) woede, (4) depressie, (5) experimenteren, (6) aanvaarding en (7) integratie.

Ten eerste komt de initiële fase van het proces. Wanneer iemand plotseling in contact komt met verlies of een onverwachte verandering, kan dit leiden tot een schok.

Deze wordt al snel gevolgd door ontkenning. De persoon, die het plotselinge nieuws krijgt, wil de realiteit niet accepteren. Dit leidt tot ongeloof en wordt gezien als een natuurlijke reactie van het lichaam. Omdat de schok vaak groot is en dit negatieve gevolgen kan hebben, wil het lichaam zichzelf beschermen.

Als derde fase, wanneer de persoon de waarheid onder ogen kan zien, komt woede als emotie op. Rouwende personen reageren agressiever naar de omgeving toe en hebben, door de onzekerheid, weinig tot geen begrip voor de omgeving. Mensen in die fase nemen vaker een defensieve houding om niet nog meer te worden gekwetst.

De vierde fase is depressie. In deze fase ervaart het individu de meeste gevoelens. Verdriet, spijt, angst, schuld, apathie,... komen naar boven. In deze periode is het vaak moeilijk voor de persoon om in contact te komen met anderen. De overgebleven persoon denkt vaak dat hij/zij er alleen voor staat en ervaart het gevoel van machteloosheid. Deze emoties zorgen vaak voor onderdrukte woede. Wanneer deze woede onderdrukt blijft, kan dit leiden tot een depressie.

Vervolgens komt de experimentele fase. De persoon begint geleidelijk meer in interactie te gaan met de omgeving en experimenteert met verschillende zaken om tot een toepasselijke coping strategie te bekomen. Het individu begrijpt dat deze negatieve gevoelens niet voor altijd het voortouw kunnen nemen.

Wanneer de persoon, gedurende een periode, in interactie is gegaan met nieuwe contexten of activiteiten en een beter toekomstbeeld krijgt, start de zesde fase. In deze fase begint de persoon het verlies te aanvaarden. Het individu heeft een verminderd doemdenken en gedachten zoals zelfmoord, de valse realiteit, enzovoort vallen weg.

De laatste fase, integratie, is persoonsgebonden. Dit is wanneer een persoon de situatie volledig aanvaardt en terug kan deelnemen aan het maatschappelijk leven. De persoon heeft de gebeurtenis een plaats kunnen geven en herneemt oude gewoontes. Dit kan voor iedereen verschillen in tijd. Bij de ene persoon duurt dit enkele dagen tot weken en bij andere kan dit jaren duren (Abebe, R. G., Bakombo, S., & Konkle, A. T. M., 2023).

Rouwtaken van W. Worden en aanpak volgens Manu Keirse:

William Worden is een Amerikaanse psycholoog en auteur, die spreekt over vier rouwtaken. Deze rouwtaken moeten dienen als een houvast of steunpunt tijdens het rouwen, zodat de persoon actief iets kan doen ter adaptatie van het verlies. Volgens Worden gebeurt dit actief en kunnen de taken overlappen, nl. (1) de realiteit van het verlies aanvaarden, (2) het ervaren van gevoelens gekoppeld aan rouw, (3) aanpassen aan een veranderd leven en (4) de band met de verloren persoon heroprichten (Pacaol N. F., 2021).

Een eerste taak waarover Worden sprak, was de realiteit van het verlies aanvaarden. Om deze realiteit te kunnen aanvaarden, moet de persoon accepteren dat de andere niet meer leeft en nooit meer zal terugkomen (Worden, J. W., 2018). Die acceptatie is vaak moeilijk en vraagt zowel op cognitief als emotioneel vlak veel van een persoon. De duur van deze acceptatie is persoonsgebonden en kan zowel kortdijdig als langdijdig zijn. Vaak gaan rouwenden in contact met anderen of zoeken andere coping strategieën. Personen die niet slagen in het aanvaarden van de realiteit, blijven volgens Worden vast in deze eerste taak (Pacaol N. F., 2021).

Hier moet de zorgverlener de rouwende persoon helpen de realiteit onder ogen te zien. Een zorgverlener zal dus de omgeving moeten aanspreken om nauwkeurig informatie te bieden over de recente gebeurtenissen. Dit moet op meerdere momenten gebeuren, zodat het kan binnendringen. De rouwende persoon zal zo veel mogelijk worden aangemoedigd om afscheid te nemen van een overledene. Er komt hier niet alleen verstandelijke, maar ook emotionele acceptatie aan te pas (Keirse M, 2017).

De tweede taak gaat over het ervaren van gevoelens gekoppeld aan rouw. Zoals in tabel 1 vermeld, zijn er veel emoties die een persoon kan ervaren tijdens het rouwproces. Worden gelooft in het feit dat deze gevoelens nodig zijn tijdens een rouwproces. Wanneer deze worden onderdrukt, kan dit negatieve gevolgen hebben voor het mentaal welzijn. De intensiteit van deze gevoelens zijn voor iedereen anders en de manier van omgaan met deze gevoelens verschilt van persoon tot persoon (Pacaol N. F., 2021; Worden, J. W., 2018).

In deze taak is de rol van de zorgverlener om zo veel mogelijk het onderwerp aan te raken en op die manier mogelijkheden te creëren om erover te praten. Hierbij is de gedachte belangrijk om niet bang te zijn een ander pijn te doen door het verlies terug op te roepen. Het is belangrijk de persoon het gevoel te geven dat alle emoties en reacties normaal zijn en kunnen voorkomen in een rouwproces (Keirse M, 2017).

In de derde taak moet de persoon zich aanpassen aan een nieuw en veranderd leven. Worden spreekt hier over 3 verschillende soorten van aanpassing: externe, interne en spirituele aanpassingen (Worden, J. W., 2018).

Bij externe aanpassingen gaat het vooral over het uitvoeren van nieuwe handelingen, opnemen van nieuwe verantwoordelijkheden en nieuwe vaardigheden aanleren. De persoon moet als het ware leren omgaan met een omgeving zonder de overledene. Het daadwerkelijk uitvoeren van deze nieuwe handelingen, kan volgens Worden helpen als coping strategie.

Bij interne aanpassingen moet de achterblijvende persoon zich aanpassen aan zijn nieuwe identiteit. De identiteit en rollen die voordien van toepassing waren, vallen weg. Deze waren vaak verbonden door de relatie met de andere en de persoon moet die nu loslaten.

Spirituele aanpassingen komen naar voren wanneer een persoon zich vragen begint te stellen rond zingeving en geloof. Vragen kunnen variëren van persoon tot persoon, maar typische vragen zijn: Wat is de zin van het leven? Wat is de rol van een God in het verhaal? Is er iets na de dood (Worden, J. W., 2018; Pacaol N. F., 2021)?

Bij deze taak is het nodig om telkens opnieuw naar het verhaal te luisteren. Zo kunnen de noden, moeilijkheden en zorgen in kaart worden gebracht. Zo kan een hulpverlener zien welke nieuwe vaardigheden kunnen worden aangeleerd en waarmee de bewoner kan worden geholpen (Keirse M., 2017).

De laatste taak gaat over het heroprichten van de band met de overleden persoon. Mensen geloven in het feit dat hoewel een persoon niet fysiek meer aanwezig is, deze op een manier nog bestaat. Deze gedachte creëert een soort band met de overleden persoon en geeft vaak een gevoel van geruststelling. Die band geeft mensen ook hoop en spoort hen aan het leven terug in handen te nemen. De zorgverlener zal tijdens een gesprek bewust moeten kiezen om de indruk die de overledene nalaat in het leven van de nabestaande te versterken. Bovendien kunnen persoonlijke spullen van de overledene aangeboden worden aan de persoon. Dit helpt tijdens het heroprichten van de band. Laat de persoon ook terug activiteiten van het dagelijks leven uitvoeren of helpen met kleine taken in het WZC. Leg de focus op hetgeen dat de persoon wel nog kan en heeft in plaats van hetgeen dat verloren is (Keirse M., 2017).

1.3 Toelichting rouw en dementie

Rouw is iets dat iedereen kan meemaken, ook personen met dementie. Onderzoek werd gedaan rond het verlies van een naaste, maar er zijn nog maar weinig studies gedaan rond rouw van een persoon met dementie bij overlijden van de levenspartner. Volgens Watanabe et al. (2017) blijkt dat het voor ouderen met dementie moeilijk kan zijn om de dood van een naaste te vatten of de emoties een plaats te kunnen geven. Tevens blijkt de ernst van de dementie een invloed te hebben op de manier waarop de persoon omgaat met een overleden naaste. Aan de hand van de FAST (Reisberg Functional Assessment Staging Scale van B. Reisberg 1984) kan er een algemene indicatie worden gegeven hoe ouderen met verschillende gradaties van dementie zullen reageren op rouw en verlies.

Personen met een FAST schaal van 2 ondervinden moeilijkheden met het zoeken van objecten of locaties, wat vergelijkbaar is met de bedreigde fase. Overlijden en rouwen wordt begrepen en geaccepteerd. Het rouwproces is, algemeen gezien, gelijklopend als bij iemand zonder dementie. Jaren na het overlijden erkennen en begrijpen deze mensen nog steeds dat de partner niet meer aanwezig is. FAST schaal 4 (verminderd vermogen om complexe taken uit te voeren, zoals financiële zaken of maaltijden voorbereiden) zit tussen de bedreigde en verwaalde fase. Het besef en begrip van de situatie was aanwezig, maar de exacte dag van overlijden was voor velen onbekend. Jaren na de begrafenis hadden die personen de gedachte dat de partner in leven was en langdurig weg was door een zakenreis. Het gemis en verlangen bleef wel sterk aanwezig. In FAST schaal 5 zitten mensen in de verwaalde fase. Activiteit Dagelijks Leven (ADL)-taken zoals eten, wassen en aankleden vereisen ondersteuning. In het onderzoek werd de persoon bewust niet geïnformeerd over de dood van de partner. De familie en de onderzoekers waren ervan overtuigd dat de persoon dit niet zou kunnen vatten. Personen met FAST schaal 6 bevinden zich nog een gradatie hoger in de verwaalde fase. ADL-taken vereisen constante ondersteuning. Personen in het onderzoek vertoonden veel gelijkenissen met de personen in FAST schaal 4. Ze begrepen dat de partner niet meer aanwezig was, maar konden

dit niet accepteren. Bij actieve bevraging gaf de persoon één keer aan dat de partner was gestorven. Bij FAST schaal 7 zitten personen in de verzonken fase ik en zijn gevoelens, gedachten en taal zo goed als verdwenen. Het concept rouw en verlies wordt niet begrepen en brengt geen veranderingen weer in het dagelijks handelen (Watanabe, A., & Suwa, S., 2017).

Nieuws aankondigen aan personen met dementie, is vaak een moeilijke stap voor de omgeving. Volgens de National Institute for Health and Care Excellence guidelines zou nieuws moeten worden weerhouden, wanneer het gaat over een uitzonderlijk geval van dementie. Het gaat dan vaak over personen die in de zwaarste fase zitten. Bij andere personen met een mindere intensiteit van dementie zou het nieuws moeten worden gedeeld. Meteen daarna zou een moment van overleg moeten plaatsvinden. Dit kan voor de persoon een manier zijn om te leren leven met het nieuws. Uit een onderzoek is een model opgesteld hoe de omgeving best slecht nieuws kan delen aan of personen met dementie. Het is belangrijk om eerst een duidelijk beeld te krijgen van de persoon en zijn kennis over verlies, overlijden, enzovoort. Tevens moet er rekening gehouden worden met het effect op korte en lange termijn. Vervolgens is het aangeraden om de complexe informatie op te delen in korte en concrete delen, zodat de persoon met dementie de boodschap kan begrijpen. De nieuwe stukken informatie worden best 1 per 1 gedeeld, zodat deze passen in het huidige referentiekader. Delen van informatie kunnen meermaals worden herhaald en kunnen op non-verbale manier worden gegeven, om uiteindelijk te blijven controleren of de persoon de informatie daadwerkelijk heeft begrepen en hoe de persoon reageert op de gegeven informatie (Tuffrey-W. I & Watchman K., 2015).

1.4 Toelichting onze taak

Mannen en vrouwen ervaren het proces verschillend, maar in de meeste gevallen leidt dit tot eenzaamheid. Ouderen zoeken dan als oplossing naar derden. In een WZC worden de zorgverleners gezien als extern steunpunt tijdens het rouwen (Meichsner F., et al, 2020). De nood dringt zich op om ouderen in het woonzorgcentrum te begeleiden tijdens het doormaken van rouwprocessen. Uit een kwalitatief onderzoek blijkt dat in de huidige WZC geen algemene routine of beleid aanwezig is om optimaal rouwzorg te geven. Daarnaast gaven verplegers en zorgpersoneel aan dat er ook geen tijd en voldoende kennis is om de ouderen in dit proces te ondersteunen. Een bijkomend probleem situeert zich in het feit dat ieder personeelslid ook zijn/haar eigen techniek toepast, die niet altijd werkt bij iedere oudere. Het zorgpersoneel in de WZC heeft dus extra nood aan ondersteuning wanneer het gaat over omgaan met rouw en verlies bij ouderen die hun naaste hebben verloren. Iedere oudere heeft zijn eigen achtergrond en persoonlijkheid, wat maakt dat de aanpak cliënt gecentreerd moet zijn. Omdat iedere zorgverlener zijn/haar eigen aanpak heeft, kan het aanbieden van een algemene methodiek een houvast zijn (Van Humbeeck L. et al, 2016).

De gedachte zou opkomen dat deze diverse doelgroep verschillende interventies nodig heeft en dat iedere doelgroep een verschillende zorgervaring nodig heeft. Een cross-onderzoek bij zorgverleners toont echter aan dat de zorgervaring gelijk is bij personen met Lewy Body dementie, Alzheimer en Parkinsons dementie. Karaktereigenschappen van de zorgverlener hebben wel een groter effect op de hulpverlening. Hulpverleners die meer zelfvertrouwen en een betere QoL (quality of life) hebben, vertonen een grote correlatie tot betere hulpverlening (Rigby, T. et al., 2021). Niet alleen karaktereigenschappen hebben een effect op de zorgverlening, maar ook de mate van kennis is belangrijk. Het blijkt dat de mate waarin een persoon geïnformeerd is over rouw en verlies, reflecteert op de manier van handelen. Dit werd aan de hand van een onderzoek bekeken bij counselors die training rond het onderwerp kregen. Hieruit bleek dat deze counselors zich meer competent voelden en betere coping mechanismes konden aanbrengen bij de cliënten. Als conclusie stelden de onderzoekers dat vormingen of trainingen rond rouw nuttig zijn om meer op de specifieke noden van de cliënten in te spelen. Bovendien helpen trainingen om vroegere en minder toepasbare behandelplannen aan de kant te zetten om plaats te maken voor de meer hedendaagse (Ober, A.M. et al., 2012).

1.5 Toelichting technieken/aanpakken

Techniek 1 attente brief:

Het aanbieden van een attente brief is een vorm van eerbetuiging die vaak als een troostbron wordt gezien door de overlevende. Dit is iets dat kan gegeven worden door 1 persoon of vanuit het hele team. Dit kan dienen als een manier om toch troost te bieden zonder dat je als zorgverlener aanwezig hoeft te zijn.

Een attente brief

Probeer de volgende zeven gedachten voor ogen te houden. Dit zijn geen rigide regels, maar suggesties om je gevoelens van sympathie en medeleven op papier te zetten.

Begin met hoe je het nieuws hebt vernomen en met wat er in je omgaat. Schrijf iets over je verslagenheid. Die erkenning zet meteen de toon van je brief. Noem de overledene bij zijn naam.

Druk je oprechte medeleven uit en toon je bezorgdheid en je betrokkenheid bij het verdriet van de andere. Wees open en eerlijk en vermijd de woorden 'dood' of eventueel 'zelfdoding' niet. Als je de overleden persoon persoonlijk kent, kan het een steun zijn ook je eigen gemis en verdriet te verwoorden. Het geeft de familie het gevoel niet alleen te staan in hun verdriet.

Noem enkele kwaliteiten en kenmerken van de overledene die je waardeert, zoals zijn moed, zijn inzet of zijn integriteit. Ook de manier waarop hij zich heeft geëngageerd in allerlei initiatieven. Het doet goed te lezen dat je dierbare geliefd is en gewaardeerd wordt. Als je de persoon niet persoonlijk kende, kun je schrijven wat je over hem hebt gehoord.

Beschrijf enkele herinneringen of korte anekdotes. Een moment of een daad die je waardeerde, iets over hoe je respect en je genegenheid zijn gegroeid, hoe deze persoon je leven heeft geraakt of beïnvloed. Concrete waardering wordt vaak lang onthouden. Humoristische anekdotes hoeft je niet vermijden. Even kunnen lachen in tijden van verdriet brengt verlichting.

Vermeld wat je bij de rouwenden waardeert. Wanneer een dierbare sterft, voel je je vaak zo overweldigd dat je aan je eigen capaciteiten begint te twijfelen. In rouw is het soms moeilijk om van jezelf te houden en jezelf te waarderen. Op dat moment uitdrukkelijk je persoonlijke kwaliteiten neergeschreven zien, doet deugd. Schrijf over hoeveel waardering je hebt voor de zorgende manier waarop de rouwende er was tijdens de laatste dagen. Het versterkt je boodschap als je ook een positieve appreciatie kunt uitdrukken die je uit de mond van de overledene hebt gehoord.

Bied, als je daartoe in staat bent, hulp aan. Vermijd voorstellen als: 'Laat me weten als ik iets kan doen.' Mensen in rouw hebben vaak de kracht niet om zoiets zelf te vragen. Je doet beter een concreet en specifiek aanbod, zonder opdringerig te zijn, zoals enkele dagen op de kinderen passen, boodschappen meebrengen, bedankkaartjes helpen schrijven ... Een aanbod aanreiken is niet hetzelfde als opdringen.

Sluit af met een attente zin waaruit de echtheid van je gevoelens blijkt of waarin je je medeleven herhaalt. 'Ik denk in deze dagen aan je', 'Wij voelen ons erg verbonden met je familie', 'Je liefde en genegenheid voor hem en wat jullie samen voor ons hebben betekend, zal in onze herinnering altijd verder leven.'

(Keirse M., 2017)

Aanpak 1 Onbevooroordeeld luisteren:

In onderstaande bijlage staat een manier van gespreksgang met een rouwende persoon. Het is belangrijk om te luisteren zonder vooroordelen. Enkele tips staan in onderstaande kader vermeld.

Begin je ontmoeting niet met: 'Hoe gaat het?' of 'Hoe is 't?', want hoe kun je daarop antwoorden als je boordevol verdriet zit? Open het gesprek met: 'Vertel eens hoe je de voorbije uren, dagen bent doorgekomen. Ik weet niet wat ik zeggen moet.'

Luister zonder te oordelen. Vermijd oordelen, veroordelen en moraliseren. Zelfs als je denkt dat wat de rouwende voelt niet meer juist is, vertel je hem beter niet hoe hij zich moet voelen. Blijf alert aanwezig, receptief, en trek geen conclusies.

Denk niet aan wat je zo meteen wilt antwoorden, maar geef onverdeelde aandacht aan de persoon en wat hij zegt. Zorg ervoor dat je lichaamshouding toegewend is en betrokkenheid uitdrukt, dat je oogcontact onderhoudt en moedig de persoon aan om zich te uiten, zonder ongeduld en onbewogenheid uit te stralen.

Onderbreek niet en laat de ander uitspreken, ook al heeft hij moeite om zijn woorden te vinden of zich uit te drukken. Kom niet tussen. Maak geen onvoltooide zinnen zelf af. Laat stiltes ook stiltes zijn. De stilte van de rouw kan heel sprekend zijn.

Help een positieve kijk op het leven te behouden. In het gesprek komt meestal meer aan bod dan droefheid, maar ook gewone dingen van het leven. Het feit dat je luistert naar positieve ervaringen en die af en toe aanvult met wat de overledene en zijn familie voor jou betekenen, kan helpen om opnieuw een positieve kijk op het leven op te bouwen.

Vermijd rationele verklaringen of antwoorden op waaromvragen. Rouw is vooral een emotioneel gebeuren. Rationele verklaringen betekenen zelden hulp, ook al vragen rouwendenden er zelf naar.

Kom niet met raadgevingen, maar help de andere tot persoonlijke keuzes te komen die helpen in zijn situatie. De beleving van verdriet is altijd een persoonlijke ervaring. Je kunt af en toe een bescheiden suggestie doen, zonder je op te dringen en zonder jezelf tot een autoriteit te verheffen.

In uitzonderlijke gevallen kan het delen van ervaringen, zonder te vergelijken, helpen. Soms kan weten dat je niet de enige bent die dit meemaakt helpen. In het delen van ervaringen kun je erkenning vinden, maar die erkenning gaat verloren als je begint te vergelijken of verwacht dat de persoon zich op dezelfde manier gedraagt.

Vermijd uitspraken als: 'Wees dankbaar dat je nog andere kinderen hebt', 'Het leven gaat verder', 'Je bent niet de enige die dat meemaakt', 'Probeer je in de hand te houden', 'Je bent nog jong. Je kunt nog kinderen krijgen', 'Ik weet precies wat je meemaakt', 'Hij heeft een mooie leeftijd gehad', 'Het is voor hem het beste.' Ze illustreren je eigen onmacht om te luisteren, eerder dan je medeleven.

(Keirse M., 2017)

Tips voor een betere omgang met rouwende mensen

- Ga naar de mensen toe.
- Praat niet over je eigen ervaringen. Ga niet vergelijken, want je kunt verlies niet weten of meten.
- Mensen hebben er behoefte aan om steeds opnieuw hun verhaal te vertellen aan iemand die hen niet onderbreekt en die geduldig is. Ze willen worden gehoord zonder raad of wijze uitspraken.
- Aanvaard dat mensen hulpeloos zijn en niets goed vinden.
- Zeg niet: 'Bel als je me nodig hebt', want in verdriet heb je daar de kracht niet voor.
- Vraag niet: 'Hoe kan ik helpen?' Het enige antwoord hierop is: 'Breng hem terug.'
- Bied praktische hulp aan: bezoekers ontvangen, de telefoon beantwoorden, koffie zetten, de vaat doen, een warme maaltijd brengen, boodschappen doen,...
- Breng verhalen mee over de persoon die gestorven is. Mensen horen graag wat hij voor een andere heeft betekend.
- Dring niets op en word niet boos als je voorstellen worden afgewezen.
- Breng begrip op wanneer mensen onverwacht afspraken moeten afzeggen. De golven van pijn kunnen het ineens onmogelijk maken.
- Zeg niet hoe iemand zich moet voelen, luister naar hoe een persoon zich voelt.
- Dwing mensen niet om te praten. Stilte betekent vaak meer.
- Probeer mensen niet op te beuren, laat gebeuren wat er gebeurt. Erken dus hun pijn.
- Valideer het verlies, minimaliseer het niet

(Keirse M., 2017)

Erkenning is ondersteuning

Informatie helpt normaliseren wat vaak als abnormaal wordt beschouwd.

Wat heel ondersteunend kan zijn als je moet leven met 'een levend verlies' is om wat je meemaakt te erkennen en te benoemen als verlies, zodat je de betekenis die het heeft herkent. Informatie helpt om te normaliseren wat vaak als abnormaal wordt beschouwd. (Harris, 2011)

- **Het probleem in de situatie leggen en niet op de persoon.** Het probleem is dat je in een abnormale situatie ben terechtgekomen. Dat wil niet zeggen dat er iets mis is met je persoon. De onbekwaamheid om het verdriet op te lossen of te verwerken is niet te wijten aan persoonlijke tekorten, maar aan het feit dat het verlies nooit eindigt. De schuld bij jezelf leggen heeft een verlamrend effect.
- **De aanwezige emoties erkennen en benoemen.** Het is belangrijk om te verkennen hoe je familie doorgaans omgaat met gevoelens. In bepaalde families is het bijvoorbeeld niet gebruikelijk om hevige emoties te uiten. Vaak bestaan er onderliggende opvattingen over wat je als man en als vrouw mag laten zien, en over hoe anderen verwachten dat je je gedraagt. Mensen, vooral mannen, hebben vaak toelating nodig om emoties te hebben en te uiten, zeker als het gaat om negatieve emoties zoals boosheid, agressie, ...
- **Het verlies erkennen maar ook bepalen wat niet verloren is.** Je hebt de neiging om alle aandacht te richten op het verlies en hoe het je leven negatief heeft geraakt, maar er zijn ook aspecten van je leven die niet zijn verloren. Het gaat hier om het benadrukken van je sterke kanten, waarop je kunt bouwen om verder te leven. Dat is niet bedoeld als een vorm van afleiding of ontkenning van de zware tol die het verlies betekent. Het gaat erom dat je je richt op de keuzes die nog mogelijk zijn binnen de beperkingen die zijn ontstaan. (Boss, 1999)

(Keirse M., 2017)

- De mogelijkheid voor betekenisgeving en groei toelaten. Periodes van grote pijn en verdriet zijn ook momenten waarop je ervaart wat het belangrijkste is in je leven en waarop je positieve aspecten van jezelf ontdekt die je vroeger nooit zo hebt gerealiseerd. Je voelt bijvoorbeeld dat je meer inleving kunt opbrengen voor mensen in moeilijke situaties.
- **Zoeken naar rituelen.** Bij chronische rouw zijn er geen rituelen zoals na een overlijden, maar je kunt als vorm van ritueel wel een herdenking organiseren of een symbolisch teken aanbrengen. Dat kan een vorm van publieke erkenning zijn, maar ook een moment van samenhang, dat je helpt om de betekenis van het verlies voor anderen duidelijk te maken. Zo kun je bijvoorbeeld een soort feestelijke bijeenkomst organiseren voor je kind met beperkingen – een kind dat niet kan deelnemen aan het lentefeest, de eerste communie of een proclamatie op school – ter gelegenheid van een kleine vooruitgang of een keerpunt.
- **Loslaten van de tijdgebonden assumpties.** Mensen zijn geneigd zich te richten op eindpunten en tijdsaders. Maar het idee dat er een natuurlijke progressie is naar afsluiting, oplossing, aanvaarding of verzoening leent zich natuurlijk niet voor levend verlies. Hier zit je met cyclische en altijd terugkerende golven van verdriet, een leven lang. Bovendien is de continuïteit van de rouw vaak complex omdat je tegelijkertijd vreugde en verdriet voelt. Als je een druk ervaart omdat je rouw binnen een bepaalde tijd voorbij zou moeten zijn, kun je het gevoel hebben dat je ergens gefaald hebt of dat je niet juist rouwt. Het is belangrijk voor ogen te houden dat iedere persoon verschillend is, elke situatie uniek.
- **Focussen op je sterkten en je natuurlijke veerkracht eerder dan op pathologie.** Het kan helpen om als zorgverstrekkers een taal te gebruiken die mogelijkheden opent en die je helpt om je capaciteiten te ontdekken. Je voelt je tot meer in staat als de focus wordt gericht op je sterktes en je veerkracht dan op je 'niet verwerkt hebben of niet accepteren'. Misschien heb je het wel moeilijk om je sterkten nog te zien omdat je zo bepaald bent door de negatief getinte oordelen van de buitenwereld, die verwacht dat je probleem na enige tijd is opgelost. Ze beseffen niet dat dat probleem er elke dag weer opnieuw is.

Zorgverstrekkers doen er goed aan om zich eerder te gedragen als een getuige van je ervaring dan als een autoriteit op het gebied van je ervaringen. Empowerment begint als je je gehoord, gezien, gerespecteerd en erkend voelt. Dat vraagt om een andere grondhouding dan die waarbij de klinische focus louter op interpretatie en diagnose is gericht. Een zorgverstrekker die zich in een dergelijke benadering ten volle wil engageren kan niet puur objectief blijven. Dat staat haaks op de affectieve neutraliteit, waarbij alle emoties worden onderdrukt wat door het medisch model wordt aangemoedigd. (Dietz, 2000)

(Keirse M., 2017)

1.6 Toelichting hulpmiddel

De verlieskoffer is een hulpmiddel voor personen met dementie, mantelzorgers en hulpverleners en zit vol met verschillende methodieken, ideeën en liedjes om op een toegankelijker manier te praten over rouw en verlies. De koffer is gedurende vier weken uit te lenen bij het 'Expertisecentrum Dementie Tandem', waarvoor alleen een waarborg van 50 euro moet worden betaald.

De methodieken

- Sterrenkaartjes
In de verlieskoffer zit een set dat bestaat uit 40 sterrenkaartjes. Op die kaartjes staan open en luchtige vragen, die als doel hebben om het verleden en gedachten over de overleden persoon op te halen. De vragen kunnen worden afgenomen in groep met andere bewoners of familie of alleen. Dit, net zoals de tijdsduur, worden zowel door de begeleider als de rouwende persoon beslist. Op ieder kaartje staat een ster geplaatst waar de naam van de overleden persoon komt, wat het gesprek meer persoonlijk maakt en omdat het gesprek een zware emotionele impact kan hebben, werden regels opgesteld:
 - Zorgvuldig omgaan met hetgeen dat wordt gezegd.
 - Alle gevoelens mogen, zolang ze respectvol zijn, worden getoond.
 - Geen enkele persoon is verplicht iets te zeggen.
 - Een persoon krijgt alle nodige tijd om iets te zeggen, terwijl de anderen luisteren (Luiten D., 2012).
- Gevoelensmonsters
Jutta Höch-Corona is de bedenker van de gevoelensmonsters. Dit is een set van 25 kaarten waarop een bepaalde emotie, zoals droevig, actief, vergeetachtig, enz., staat. Die kunnen gebruikt worden om de verschillende emoties van een persoon duidelijk en bespreekbaar te maken, zonder dat de persoon te veel moeite moet doen met gevoelens te benoemen. De gevoelensmonsters kunnen op verschillende manieren worden ingezet. Ze kunnen worden gebruikt voor zelfontplooiing, coaching, geweldloze communicatie, mediatie en het aanleren van sociale vaardigheden (Höch-Corona J., 2005).
- Mandala
De verlieskoffer bevat een kaft met verschillende mandala's, die een persoon kan inkleuren. Dit kan een rustgevend effect hebben dat ook de concentratie kan verbeteren. De persoon is vrij in het aantal dat wordt ingekleurd, zolang het voldoening geeft. Uit onderzoek blijkt dit daadwerkelijk een positief effect te hebben op het subjectief welbevinden en is deze activiteit een gemakkelijke methode om aan plezier te werken (Liu C. et al, 2020).
- Brief aan een rouwende collega / rouwend familielid
Wanneer een collega, familielid, naaste aan het rouwen is, voelen ze zich vaak alleen of onbegrepen. In de verlieskoffer zijn voorbeelden te vinden van brieven die kunnen worden toegepast om medeleven te tonen. Deze voorbeelden kunnen dienen als inspiratie, maar hoeven niet op die manier te worden geschreven. Zo een brief kan zeer persoonlijk gemaakt zijn, wat vaak nog een groter effect kan hebben (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

- **Rouwkubus**
Naast de andere methodieken bevat de verlieskoffer ook een rouwkubus. Dit is een dobbelsteen met gekleurde vlakken met op ieder vlak een woord dat gekoppeld is aan een serie van vragen. De woorden en vragen zijn terug te vinden in de handleiding van de rouwkubus, die ervoor zorgt dat op een luchtige manier kan gesproken worden over rouw. De rouwkubus kan worden aangepast aan de doelgroep door in de insteekmapjes aan iedere zijde een blad, foto of pictogram naar keuze te steken (Amerpoort, z.d.).
- **Docu-magazine 'Dementie, omgaan met verlies'**
In iedere verlieskoffer is een magazine toegevoegd dat vooral bedoeld is voor mantelzorgers en zorgkundigen van personen met dementie. Hierin zitten verhalen van mantelzorgers en deskundigen rond dementie en verlies. Ook zijn er overzichtelijke kaders met nuttige tips die kunnen helpen met het bieden van draagkracht (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).
- **Krachtbronnen**
Niet iedereen weet meteen waaraan ze zich kunnen optrekken tijdens het rouwen. Hiervoor zijn kleine fiches aanwezig met verschillende voorwerpen op. Naast de fiches is er ook een blad met hierop een foto van een volle en lege batterij. Hierop moeten de fiches worden gelegd met de vraag: 'Van welke voorwerpen laden voor mij de batterijen op en van welke lopen ze leeg?' Hetgeen dat bij de opladende batterij ligt, zijn de krachtbronnen (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).
- **Symbolieken**
Personen kunnen aan de hand van een symbool aangeven wat de overleden persoon voor hun betekende. De specifieke eigenschappen van die persoon worden meteen duidelijk en kan steun of kracht geven voor de rouwende persoon, bv. een rouwende vrouw neemt een kaartje van de zon en zegt dat haar man net zoals de zon was, iemand die altijd het lichtpunt in haar leven was (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).
- **Rouwstenen**
De rouwstenen zijn bedoeld om op een creatieve manier emoties letterlijk te kunnen uiten. De stenen worden dan op tafel gelegd, zodat iedereen deze kan zien. Een citaat wordt voorgelezen en dan wordt gevraagd welke steen de persoon wil nemen om te schilderen met waterverf (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

Afscheid muziek

In de verlieskoffer zitten 2 bundels en een USB-stick met liedjes als ondersteuning in een rouwproces om bepaalde emoties naar boven te halen. Het kan ook een manier zijn om troost en houvast te bieden zonder dat je iets in woorden hoeft te uiten (Regionaal expertisecentrum Tandem, z.d.).

Bijlage 3 Google Formulier bevraging kennis en ervaringen

Meting van de algemene kennis voor de vorming

Hartelijk dank voor je deelname. Via deze weg zou ik graag eens willen polsen wat jullie kennis, ervaringen of visie is rond rouw en verlies bij ouderen.

Gelieve de volgende vragen eerlijk te beantwoorden. (Indien u zich niet comfortabel voelt om een antwoord te geven, is dit volledig begrijpelijk.)

1. Hoe gekend ben je met het thema rouw en verlies?

Markeer slechts één ovaal.

Geen kennis

1

2

3

4

5

Weet er alles van

2. Wat zijn jouw ervaringen met het thema rouw en verlies?

3. Wat zijn zaken die als eerste bij je opkomt als je over rouw en verlies denkt?

4. Welke technieken/hulpmiddelen/aanpakken ken je of heb je al eens mee gewerkt?

5. Hoe ervaarde je deze middelen?

6. Wat zou je hopen bij te leren van deze vorming?

Deze content is niet gemaakt of goedgekeurd door Google.

Google Formulierien

Bijlage 4 Google Formulier feedback na vorming

Korte bevraging na bijwonen vorming

De vorming is officieel achter de rug. Hopelijk zijn er zaken bijgebleven of zullen zaken worden toegepast in de praktijk. Als afsluiter zou ik graag nog willen vragen om (vrijblijvend) een kort feedbackformulier in te vullen. Hierin kan je jouw mening, bedenkingen,... anoniem delen. De antwoorden zijn zeer nuttig voor latere aanpassingen,...

Nogmaals bedankt voor jouw aanwezigheid.

De vorming in het algemeen

1. In welke mate was de vorming voor jou nuttig?

Markeer slechts één ovaal.

Nutteloos

1

2

3

4

5

Zeer zinvol

2. In welke mate ben je tevreden over de vorming?

Markeer slechts één ovaal.

Helemaal niet

1

2

3

4

5

Zeer tevreden

3. Welke indruk had de vorming op jou?

4. Wat blijft je het meeste bij van deze vorming?

5. Wat zou je anders doen aan deze vorming?

6. Welk onderdeel was te weinig verklaard of te kort van duur?

7. Heb je nog iets aan te merken over de vorming in het algemeen?

Informatieve onderdeel

8. In welke mate vond je de uitleg boeiend?

Markeer slechts één ovaal.

Helemaal niet

1

2

3

4

5

Zeer boeiend

9. In welke mate heeft dit onderdeel betrekking op jou?

Markeer slechts één ovaal.

Helemaal niet

1

2

3

4

5

Volledig

10. Wat vond je goed aan dit onderdeel?

11. Wat vond je minder goed aan dit onderdeel?

12. Wil je nog iets kwijt over dit onderdeel?

Technieken, aanpakken en hulpmiddel

13. Welke techniek, aanpak, methodiek sprak jou het meeste aan en waarom?

14. Welke techniek, aanpak of methodiek zou je zelf toepassen waarom?

15. Wat vond je goed aan dit onderdeel?

16. Wat vond je minder goed aan dit onderdeel?

17. Wil je over bovenstaande titel nog iets kwijt?

Bijlage 5 Draaiboek EHBR

Draaiboek: EHBR

Wanneer een persoon iemand verliest, kan dit een zware klap geven aan het leven van die persoon. Weten hoe je hierop kan reageren als omgeving/zorgverlener is belangrijk. In onderstaande kaders staat bij iedere fase een beschrijving van het dementieproces met daaraan gekoppeld de Functional Assessment Staging Tool (FAST schaal) en MMSE score. Daarnaast volgt een korte omschrijving van de fase, de persoon en hoe ze reageren op verlies en rouw. Ten slotte volgen mogelijke methodieken of aanpakken, die bij de eerste fase bijna allemaal een effect kunnen hebben. Bij latere fases zijn deze methodieken eerder genuanceerd. Het blijft belangrijk om rekening te houden met de wil van de rouwende persoon. Rouw is iets individueel, dus moet de hulp persoonsgebonden zijn. Voor verdere uitleg over de methodieken wordt er verwezen naar de het draaiboek van de vorming en de handleiding bij de verlieskoffer.

Contactpersonen:

Buurtzorgmanager	Sigerd Van Laer	04 73 40 93 58	Sigerd.vanlaer@zorgbedrijf.antwerpen.be
Pastoraal werkster	Christine Guiette	04 74 55 73 87	christine.guiette@scarlet.be
Ergotherapeut	Annick Gévas	04 75 94 15 40	Annick.Gevas@zorgbedrijf.be

Inhoudstafel

Verskillende indicaties dementie gekoppeld aan verlieskoffer.....	Error! Bookmark not defined.
Bedreigde fase	63
Verdwaalde fase.....	65
Verborgen fase.....	66
Verzonken ik fase	67
In gesprek met de rouwende oudere	Error! Bookmark not defined.
Ondersteunende bijlage 'Helpen bij verlies en verdriet'	68
Do's en Don'ts	69
Erkenning is ondersteuning.....	69
Ondersteunende bijlage 'Helpen bij verlies en verdriet'	Error! Bookmark not defined.

Verschillende indicaties dementie gekoppeld aan verlieskoffer

Bedreigde fase			
FAST schaal	MMSE score	Algemene omschrijving schaal en persoon	Mogelijke methodieken/aanpakken
1	29-30	De persoon heeft geen cognitieve achteruitgang en vertoont geen symptomen van dementie. Het rouwproces is, algemeen, gezien gelijklopend als iemand zonder dementie.	<ul style="list-style-type: none"> - Sterrenkaartjes - Rouwkubus - Docu-magazine (voor persoon) - Krachtbronnen - Rouwstenen - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
2	28-29	Er komen klachten over het vergeten van locaties en plaatsen van objecten. Soms is het vinden van bepaalde woorden moeilijk. Het rouwproces verloopt idem als de eerste schaal.	<ul style="list-style-type: none"> - Sterrenkaartjes - Rouwkubus - Docu-magazine (voor persoon) - Krachtbronnen - Rouwstenen - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
3	24-28	Er vertonen zich lichte tekenen van cognitieve beperkingen. De persoon kan moeilijkheden ervaren met concentratie en het uitvoeren van concrete en praktische handelingen. Het rouwproces gaat hier ook duidelijk van start, maar de persoon zal vaker zijn verhaal aan dezelfde persoon herhalen.	<ul style="list-style-type: none"> - Sterrenkaartjes - Rouwkubus - Docu-magazine (voor persoon) - Krachtbronnen - Rouwstenen - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
4	19-20	Duidelijke tekenen van cognitieve beperkingen worden door omgeving opgemerkt en verminderd vermogen om complexe handelingen uit te voeren. Oriëntatie in tijd en ruimte is vervaagd, maar de persoon blijft in goede mate zelfstandig; Het besef van het overlijden is aanwezig, maar de exacte dag is vaak onbekend. Enkele maanden later vergeten sommigen dat de partner niet meer aanwezig is.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Rouwkubus - Docu-magazine (voor omgeving) - Krachtbronnen - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
<p>Concrete casus: Catharina (MMSE 26/30) woont al een tijdje in Hof De Beuken. Ze heeft enkele jaren geleden haar kamergenoot verloren, waar ze tot het laatste ogenblik bijbleef. Ze is heel mondig en reageert soms ongeremd op naasten en het zorgpersoneel. Ze zegt dat ze meer wil doen in het WZC, maar wanneer haar wordt gevraagd om mee te doen aan een activiteit wil ze soms niet mee. Het was duidelijk dat deze gebeurtenis een zware emotionele impact op haar had.</p>			

Tijdens gesprekken kwamen ook veel emoties naar boven en had ze nog steeds veel verdriet. Door onbevooroordeeld met haar in gesprek te gaan, kan ze haar verhaal brengen zonder raad of wijze uitspraken te krijgen. Ook kunnen de krachtbronnen een manier zijn om te zien waar ze nog zingeving uit kan halen of wat haar zou motiveren.

(Auer, S., & Reisberg, B, 1997)

Verdwaalde fase			
FAST schaal	MMSE score	Algemene omschrijving schaal en persoon	Mogelijke methodieken/aanpakken
5	15	Basistaken zijn nog mogelijk, maar vereisen ondersteuning, zoals de voorbereidingen. Psychosociaal probleemgedrag komt meer voor en personen kunnen niet meer zelfstandig leven. Het langetermijngeheugen hapert en het kortetermijngeheugen is beperkt. Over het algemeen kan het concept rouw en verlies worden begrepen, maar ze kunnen vaak de afwezigheid van de naaste niet plaatsen. Overwegingen worden gedaan om het nieuws daadwerkelijk te brengen.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Rouwkubus - Docu-magazine (voor omgeving) - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
6a	9	Schaal 6 bestaat uit verschillende subtypes voor specifieke handelingen die een persoon niet meer kan uitvoeren. De persoon is voor de meeste handelingen afhankelijk van derden, vooral bij het aan- en uitkleden. Er is geen vooropgezet plan aanwezig, want personen kunnen dit cognitief niet vatten. Rouwen wordt hier moeilijk om te beseffen en/of te aanvaarden. Het verlies wordt dan al vaak niet meer met deze personen gedeeld.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
6b	8	Idem als 6a en als toevoeging kunnen personen zich niet meer zelfstandig wassen. De meeste deelstappen moeten worden uitgevoerd met hulp van derden.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek

Concrete casus:

Stephanie (FAST 6a) heeft op 91 jarige leeftijd haar man moeten afgeven aan lymfoom. Gedurende het overlijden zat ze naast hem. Na het overlijden heeft ze ervoor gekozen om naar de begrafenis te gaan, maar beide gebeurtenissen lieten geen indruk op haar en ze heeft hierop niet emotioneel gereageerd. Maanden na de gebeurtenis aanvaardde ze niet dat haar man was overleden. Hierdoor werd ze agressief en reageerde ze negatief op de omgeving. Gevoelensmonsters kunnen een manier zijn om haar emoties te uiten zonder daarmee de omgeving en haarzelf in gevaar te brengen.

(Auer, S., & Reisberg, B, 1997)

Verborgen fase			
FAST schaal	MMSE score	Algemene omschrijving schaal en persoon	Mogelijke methodieken/aanpakken
6c	5	Idem als 6a en als toevoeging kunnen personen niet meer zelfstandig gebruik- maken van het toilet. Ze zijn wel nog continent, maar vergeten door te trekken en toiletpapier correct te gebruiken. Zowel het lange- als kortetermijngeheugen zijn ernstig beperkt.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
6d	3	Idem als 6a en als toevoeging dat personen vaak urinaal incontinent zijn.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
6e	1	Idem als 6a en als toevoeging dat personen (bijna altijd) fecaal incontinent zijn.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Onbevooroordeeld luisteren - Erkenning is ondersteuning - Afscheid muziek
<p>Concrete casus: Emanuel (FAST 6d) heeft al een tijdje zijn vrouw verloren. Hij was aanwezig bij het overlijden en dit had een impact op hem. Hij vroeg zich af waar zijn vrouw naartoe ging. Achteraf had hij geen besef meer dat hij een vrouw had en werd hij afstandelijker. Foto's van zijn vrouw stonden op zijn kamer, waardoor hij vaak de vraag stelde wie die persoon was en waar deze heen is. Mandala's inkleuren kunnen helpen om hem uit die gedachten te halen en zinvoller bezig te zijn. Moesten emoties naar boven komen, kunnen de gevoelensmonster een manier zijn om zijn gevoelens weer te geven.</p>			

(Auer, S., & Reisberg, B, 1997)

Verzonken ik fase			
FAST schaal	MMSE score	Algemene omschrijving schaal en persoon	Mogelijke methodieken/aanpakken
7a	0	Personen in deze fase bestaan uit meerdere subtypes voor de verschillende gradaties van verminderd motorisch en cognitief handelen. Spraak valt bijna volledig weg. Soms komen enkele gekende zinnen of woorden naar boven. Volledig gedesoriënteerd in tijd en ruimte, plaats en persoon. Het concept rouw en verlies wordt niet begrepen en brengt geen veranderingen weer in het dagelijks handelen.	<ul style="list-style-type: none"> - Gevoelensmonsters - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Afscheid muziek
7b	0	Idem als 7a. Spraak is gelimiteerd tot 1 woord per dag. Dit kan gaan over een stopwoord of ja.	<ul style="list-style-type: none"> -Gevoelensmonsters - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Afscheid muziek
7c	0	Idem als 7b. De persoon kan niet meer wandelen. Er wordt dus gebruikgemaakt van externe hulpmiddelen, zoals een rollator of rolwagen.	<ul style="list-style-type: none"> - Mandala - Docu-magazine (voor omgeving) - Afscheid muziek
7d	0	Idem als 7c. De persoon beschikt niet meer over de rompstabiliteit en posturale controle om rechtop te zitten.	<ul style="list-style-type: none"> - Docu-magazine (voor omgeving) - Afscheid muziek
7e	0	Idem als 7d. Personen verliezen de mogelijkheid om te glimlachen en reageren op externe prikkels.	<ul style="list-style-type: none"> - Docu-magazine (voor omgeving) - Afscheid muziek
7f	0	Idem als 7e. Persoon kan niet meer het hoofd rechtop houden en heeft hiervoor externe hulpmiddelen nodig.	<ul style="list-style-type: none"> - Docu-magazine (voor omgeving) - Afscheid muziek

Concrete casus:

Toen Johannes (FAST 7a) zijn vrouw verloor, werd geen enkele verandering gemerkt in zijn handelen en gedrag naar anderen toe. Hij was niet aanwezig tijdens het overlijden en bij de begrafenis. Wanneer de persoon werd geïnformeerd dat zijn vrouw gestorven was, bracht dit geen interne en externe veranderingen weer. Voor hem ging het leven gewoon door. Zolang de persoon niets van klachten vertoont, is er weinig nood om verder in te gaan op het verlies en het rouwproces.

(Auer, S., & Reisberg, B, 1997)

In gesprek met de rouwende oudere

Het nieuws van het verlies kan aan personen in de eerste vijf fases van FAST worden gedeeld, hoewel er rekening moet worden gehouden met de vijfde fase. In deze fase is het belangrijk om te kijken naar de cognitieve capaciteiten van de persoon op dat moment en moet de overweging in team worden gemaakt of het verantwoord is om het nieuws te delen (Watanabe et al., 2017). Met deze vijf fases is het mogelijk om actief in interactie te gaan. Het is belangrijk om niet de eigen gevoelens of gedachten te forceren op de rouwende, dus is onbevooroordeeld luisteren noodzakelijk. Hiervoor heeft M. Keirse aanpakken ontworpen met aanvullend do's en don'ts:

Ondersteunende bijlage 'Helpen bij verlies en verdriet'

Begin je ontmoeting niet met: 'Hoe gaat het?' of 'Hoe is 't?', want hoe kun je daarop antwoorden als je boordevol verdriet zit? Open het gesprek met: 'Vertel eens hoe je de voorbije uren, dagen bent doorgekomen. Ik weet niet wat ik zeggen moet.'

Luister zonder te oordelen. Vermijd oordelen, veroordelen en moraliseren. Zelfs als je denkt dat wat de rouwende voelt niet meer juist is, vertel je hem beter niet hoe hij zich moet voelen. Blijf alert aanwezig, receptief, en trek geen conclusies.

Denk niet aan wat je zo meteen wilt antwoorden, maar geef onverdeelde aandacht aan de persoon en wat hij zegt. Zorg ervoor dat je lichaamshouding toegewend is en betrokkenheid uitdrukt, dat je oogcontact onderhoudt en moedig de persoon aan om zich te uiten, zonder ongeduld en onbewogenheid uit te stralen.

Onderbreek niet en laat de ander uitspreken, ook al heeft hij moeite om zijn woorden te vinden of zich uit te drukken. Kom niet tussen. Maak geen onvoltooide zinnen zelf af. Laat stiltes ook stiltes zijn. De stilte van de rouw kan heel sprekend zijn.

Help een positieve kijk op het leven te behouden. In het gesprek komt meestal meer aan bod dan droefheid, maar ook gewone dingen van het leven. Het feit dat je luistert naar positieve ervaringen en die af en toe aanvult met wat de overledene en zijn familie voor jou betekenen, kan helpen om opnieuw een positieve kijk op het leven op te bouwen.

Vermijd rationele verklaringen of antwoorden op waaromvragen. Rouw is vooral een emotioneel gebeuren. Rationele verklaringen betekenen zelden hulp, ook al vragen rouwendenden er zelf naar.

Kom niet met raadgevingen, maar help de andere tot persoonlijke keuzes te komen die helpen in zijn situatie. De beleving van verdriet is altijd een persoonlijke ervaring. Je kunt af en toe een bescheiden suggestie doen, zonder je op te dringen en zonder jezelf tot een autoriteit te verheffen.

In uitzonderlijke gevallen kan het delen van ervaringen, zonder te vergelijken, helpen. Soms kan weten dat je niet de enige bent die dit meemaakt helpen. In het delen van ervaringen kun je erkenning vinden, maar die erkenning gaat verloren als je begint te vergelijken of verwacht dat de persoon zich op dezelfde manier gedraagt.

Vermijd uitspraken als: 'Wees dankbaar dat je nog andere kinderen hebt', 'Het leven gaat verder', 'Je bent niet de enige die dat meemaakt', 'Probeer je in de hand te houden', 'Je bent nog jong. Je kunt nog kinderen krijgen', 'Ik weet precies wat je meemaakt', 'Hij heeft een mooie leeftijd gehad', 'Het is voor hem het beste.' Ze illustreren je eigen onmacht om te luisteren, eerder dan je medeleven.

(Keirse M., 2017)

Do's en Don'ts

Do's	Don'ts
Ga naar de mensen toe en luister geduldig naar hun verhaal zonder de persoon te onderbreken.	Praat niet over je eigen ervaringen. Ga niet vergelijken met anderen, want je kunt verlies niet weten of meten.
Aanvaard dat mensen op die moment het gevoel van hulpeloosheid ervaren en niets goed meer vinden aan het leven.	Zeg niet: 'Bel als je me nodig hebt' of 'Kom maar naar mij om eens erover te babbelen'. Tijdens het verdriet hebben mensen die kracht niet om zelf initiatief te nemen.
Bied praktische hulp aan: laat de persoon bezoekers ontvangen, koffie zetten, de vaat doen of andere taken. Deze hoeven niet eens betekenisvol te zijn.	Vraag niet: 'Hoe kan ik helpen?' Het enige antwoord hierop is: 'Breng hem/haar terug.'
Breng verhalen mee over de persoon die gestorven is. Mensen horen graag wat hij voor een ander heeft betekend.	Dring niet op en word niet boos als je voorstellen worden afgewezen.
Breng begrip op wanneer mensen onverwachte afspraken moeten afzeggen, zoals kapper, pedicure,... De golven van pijn kunnen het ineens onmogelijk maken.	Zeg niet hoe iemand zich moet voelen, luister naar hoe een persoon zich voelt.
Valideer het verlies, minimaliseer het niet.	Dwing mensen niet op praten. Stilte betekent vaak meer.
Bied een plek aan waar de persoon zich comfortabel voelt.	Probeer mensen niet op te beuren, laat gebeuren wat er gebeurt. Erken dus hun pijn.

Erkenning is ondersteuning

Het probleem niet op de persoon leggen, maar in de situatie.

De aanwezige emoties erkennen en benoemen.

Het verlies erkennen maar ook bepalen wat niet verloren is.

De mogelijkheid voor betekenisgeving en groei toelaten.

Zoek naar rituelen.

Loskomen van tijdsgebonden assumpties

Focussen op de sterktes en de natuurlijke veerkracht eerder dan de pathologie

(Keirse M., 2017)

Erkenning is ondersteuning

Informatie helpt normaliseren wat vaak als abnormaal wordt beschouwd.

Wat heel ondersteunend kan zijn als je moet leven met 'een levend verlies' is om wat je meemaakt te erkennen en te benoemen als verlies, zodat je de betekenis die het heeft herkent. Informatie helpt om te normaliseren wat vaak als abnormaal wordt beschouwd. (Harris, 2011)

- **Het probleem in de situatie leggen en niet op de persoon.** Het probleem is dat je in een abnormale situatie ben terechtgekomen. Dat wil niet zeggen dat er iets mis is met je persoon. De onbekwaamheid om het verdriet op te lossen of te verwerken is niet te wijten aan persoonlijke tekorten, maar aan het feit dat het verlies nooit eindigt. De schuld bij jezelf leggen heeft een verlamrend effect.
- **De aanwezige emoties erkennen en benoemen.** Het is belangrijk om te verkennen hoe je familie doorgaans omgaat met gevoelens. In bepaalde families is het bijvoorbeeld niet gebruikelijk om hevige emoties te uiten. Vaak bestaan er onderliggende opvattingen over wat je als man en als vrouw mag laten zien, en over hoe anderen verwachten dat je je gedraagt. Mensen, vooral mannen, hebben vaak toelating nodig om emoties te hebben en te uiten, zeker als het gaat om negatieve emoties zoals boosheid, agressie, ...
- **Het verlies erkennen maar ook bepalen wat niet verloren is.** Je hebt de neiging om alle aandacht te richten op het verlies en hoe het je leven negatief heeft geraakt, maar er zijn ook aspecten van je leven die niet zijn verloren. Het gaat hier om het benadrukken van je sterke kanten, waarop je kunt bouwen om verder te leven. Dat is niet bedoeld als een vorm van afleiding of ontkenning van de zware tol die het verlies betekent. Het gaat erom dat je je richt op de keuzes die nog mogelijk zijn binnen de beperkingen die zijn ontstaan. (Boss, 1999)

(Keirse M., 2017)

- De mogelijkheid voor betekenisgeving en groei toelaten. Periodes van grote pijn en verdriet zijn ook momenten waarop je ervaart wat het belangrijkste is in je leven en waarop je positieve aspecten van jezelf ontdekt die je vroeger nooit zo hebt gerealiseerd. Je voelt bijvoorbeeld dat je meer inleving kunt opbrengen voor mensen in moeilijke situaties.
- **Zoeken naar rituelen.** Bij chronische rouw zijn er geen rituelen zoals na een overlijden, maar je kunt als vorm van ritueel wel een herdenking organiseren of een symbolisch teken aanbrenge. Dat kan een vorm van publieke erkenning zijn, maar ook een moment van samenhang, dat je helpt om de betekenis van het verlies voor anderen duidelijk te maken. Zo kun je bijvoorbeeld een soort feestelijke bijeenkomst organiseren voor je kind met beperkingen – een kind dat niet kan deelnemen aan het lentefeest, de eerste communie of een proclamatie op school – ter gelegenheid van een kleine vooruitgang of een keerpunt.
- **Loslaten van de tijdgebonden assumpties.** Mensen zijn geneigd zich te richten op eindpunten en tijdsaders. Maar het idee dat er een natuurlijke progressie is naar afsluiting, oplossing, aanvaarding of verzoening leent zich natuurlijk niet voor levend verlies. Hier zit je met cyclische en altijd terugkerende golven van verdriet, een leven lang. Bovendien is de continuïteit van de rouw vaak complex omdat je tegelijkertijd vreugde en verdriet voelt. Als je een druk ervaart omdat je rouw binnen een bepaalde tijd voorbij zou moeten zijn, kun je het gevoel hebben dat je ergens gefaald hebt of dat je niet juist rouwt. Het is belangrijk voor ogen te houden dat iedere persoon verschillend is, elke situatie uniek.
- **Focussen op je sterkten en je natuurlijke veerkracht eerder dan op pathologie.** Het kan helpen om als zorgverstrekkers een taal te gebruiken die mogelijkheden opent en die je helpt om je capaciteiten te ontdekken. Je voelt je tot meer in staat als de focus wordt gericht op je sterktes en je veerkracht dan op je 'niet verwerkt hebben of niet accepteren'. Misschien heb je het wel moeilijk om je sterkten nog te zien omdat je zo bepaald bent door de negatief getinte oordelen van de buitenwereld, die verwacht dat je probleem na enige tijd is opgelost. Ze beseffen niet dat dat probleem er elke dag weer opnieuw is.

Zorgverstrekkers doen er goed aan om zich eerder te gedragen als een getuige van je ervaring dan als een autoriteit op het gebied van je ervaringen. Empowerment begint als je je gehoord, gezien, gerespecteerd en erkend voelt. Dat vraagt om een andere grondhouding dan die waarbij de klinische focus louter op interpretatie en diagnose is gericht. Een zorgverstrekker die zich in een dergelijke benadering ten volle wil engageren kan niet puur objectief blijven. Dat staat haaks op de affectieve neutraliteit, waarbij alle emoties worden onderdrukt wat door het medisch model wordt aangemoedigd. (Dietz, 2000)

(Keirse M., 2017)

Bijlage 6 Draaiboek intervisiemoment

Draaiboek: Intervisiemomenten

Naast het geven van een vorming is het belangrijk om het gegeven onderwerp met het team te bespreken. Aan de hand van intervisiemomenten wordt er een beroep gedaan op het team om na te denken over de effectiviteit, knelpunten en eventuele vragen rond het onderwerp van de vorming. Intervisiemomenten kunnen aan de hand van verschillende methodes worden gegeven en in dit geval wordt er gebruik gemaakt van de vijfstappenmethode. De gespreksleider brengt een casus vanuit het WZC in de groep, die zal worden besproken. Stap voor stap wordt de casus verkend, geanalyseerd en wordt er nagedacht over mogelijke oplossingen. Op deze manier staat de casus of het onderwerp centraal en kan iedereen zijn eigen inbreng geven. In dit draaiboek staat naast de methode ook praktische tips voor zowel de gespreksleider als de andere leden van de palliatieve werkgroep, om op een zinvolle manier intervisiemomenten te houden.

Vooraf aan het intervisiemoment moeten enkele voorbereidingen getroffen worden:

Praktische voorbereidingen	Inhoudelijke voorbereidingen
Vergaderverzoek sturen via mail Bepalen van locatie en tijdstip	Bepalen wie welke rol op zich neemt (notulist, gespreksleider,...)
Alle nodige materialen klaar hebben (computer, nota's, draaiboek indien nodig,...)	Casus/gespreksonderwerp bepalen

De opbouw van het intervisiemoment wordt hieronder verder verklaard:

Stappen	Beschrijving	Tijd
1. Vraagintrodactie	De gespreksleider brengt de casus/vraag naar voren en geeft een korte toelichting.	5 min
2. Probleemverkenning	De groepsleden verhelderen de casus door in overleg te gaan met behulp van open vragen.	15 min
3. Kern	De groepsleden herformuleren de casus tot de kern en formuleren het eigenlijke probleem.	10 min
4. Adviesronde	De groepsleden formuleren elk een advies, waarop de gespreksleider reageert en oordeelt.	15 min
5. Evaluatie	De gespreksleider evalueert het gehele moment en geeft aan welke adviezen, ervaringen handig zijn.	5 min

Aandachtspunten en eventuele aanvullende informatie bij de verschillende stappen

Stap 1: Vraagintrodactie

De casus kan gaan over verschillende situaties, dilemma's, vragen, enz. zolang het te maken heeft met het onderwerp van de eerdere vorming. De gespreksleider moet ermee rekening houden dat iedereen begrijpt wat wordt meegedeeld. Na de korte toelichting kan de casus worden samengevat in enkele zinnen.

Als gespreksleider is het belangrijk dat de casus voldoet aan enkele voorwaarden:

- Het moet gaan over een situatie die zich afspeelt of heeft afgespeeld in het WZC. De groep bij wie het afspeelt kan gaan over de bewoners, het cliëntsysteem of het zorgpersoneel.
- Indien het gaat over een specifiek geval, is het nodig om de situatie zo duidelijk mogelijk te beschrijven. Dit kan gaan van betrokkenen tot plaats en factoren die mogelijks een invloed hebben gehad.

Stap 2: Probleemverkenning

Het is beter om open vragen te stellen om zo de meeste informatie te kunnen krijgen om echt de situatie te kunnen begrijpen. De beschikbare tijd gaat een invloed hebben op de hoeveelheid vragen en de diepgang. Toch is het stellen van reflectievragen handig om een andere kijk op de casus te krijgen, zoals:

- Wat maakte dat de situatie zich voordeed?
- Wat werd er goed of slecht gedaan?
- Wat waren de opinies van de anderen bij deze situatie?
- Wat waren gevolgen van de situatie?
- Welke dingen hebben wel of niet gewerkt en wat waren de gevolgen hiervan?

Stap 3: Kern

Na het herformuleren van de casus tot de kern, is het de taak van de gespreksleider om te zien of de herformulering klopt en waarom.

Stap 4: Adviesronde

Het lijkt hier best dat iedereen minstens één advies heeft om zo voldoende inbreng in totaal te hebben. Een groot aantal adviezen zorgt ervoor dat er meer variatie is. De gespreksleider moet dan oordelen over de haalbaarheid van de adviezen en aan de anderen vertellen wat de volgende stap is.

Stap 5: Evaluatie

De gespreksleider evalueert het gehele proces en houdt dus rekening met de gegeven adviezen, ervaringen. Achteraf kunnen de deelnemers ook onderling bespreken hoe het voor hen is verlopen. Hier mag de gespreksleider ook actief aan deelnemen, zolang het de mening van de andere niet in bedwang houdt. De casus wordt door de gespreksleider bewaard en kort herbekeken of de opgestelde adviezen hebben gewerkt.

Tips naar deelnemers van de palliatieve werkgroep voor de intervisiemomenten

- Maak gebruik van de O.E.N. techniek (Open Eerlijk en Nieuwsgierig)
- Probeer de tijdsframes op te volgen
- Spreek de personen aan die minder zeggen om de algemene betrokkenheid te verhogen
- Respecteer iedere vraag die wordt gesteld, zelfs degene die op het eerste zicht minder diepgaand zijn
- Zeg wat op je hart ligt, het kan een grote meerwaarde hebben tot het moment
- Vermijd discussies
- Bied voldoende veiligheid en structuur

(MFN-Register, 2022)

Bijlage 7 Voorbeeld van affiches



*Informatie op
theoretische en
praktische basis.*



DATUM

Vorming: Rouw en verlies

Sensibiliseren van het zorgpersoneel
over de zwaardere onderwerpen in
een WZC.



*Laat gerust weten of
je erbij kan zijn.*

quinthen.vuits@student.ap.be



Vorming: Rouw en verlies

Sensibiliseren van het zorgpersoneel

Datum

uur

Geef gerust een seintje
als je interesse hebt!

quinthen.vuits@student.ap.be

