

## Als

Als ik de dingen  
niet meer weet

Als ik de namen  
niet meer ken

En wat ik zeg  
meteen vergeet

Zodat ik on-  
herkenbaar ben,

Begin dan aan  
een heel oud lied.

Dan zing ik mee  
en aarzel niet.

Geert Boogaard

(Slosse, T.; Van Oers, J, 2005)

## WOORD VOORAF

Na veel lezen en opzoeken is dit de uiteindelijke realisatie van het harde werken tijdens het voorbije academiejaar. En ik ben trots op het resultaat van deze eindwerkscriptie.

Doch de realisatie ervan zou niet mogelijk geweest zijn zonder de steun van een aantal mensen uit mijn omgeving. Langs deze weg wil ik hen daarvoor van harte bedanken.

In de eerste plaats zou ik mijn ouders mijn erkentelijkheid willen betuigen. Ze hebben mij gedurende deze opleiding enorm gesteund. Dank zij hen kon ik mij voor honderd procent inzetten om deze opleiding met succes te voltooien en zo mijn toekomst verzekeren.

Ook wil ik alle medewerkers, van de woongemeenschap Zilverberk uit het WZC Sint – Rafaël te Liedekerke, bedanken voor de steun en hun vrijwillige medewerking bij het mede tot stand brengen van het stappenplan.

Ik zou graag mijn volgpatiënte en haar partner willen bedanken voor de informatie die ik via hen heb verkregen.

Verder wil ik mijn promotor, mevrouw Vrancken, en mijn inhoudsdeskundige, de heer Vermoesen, mijn dank betuigen voor de vele tips en nuttige informatie, maar vooral voor de steun en de vele momenten waarbij deze scriptie op theoretisch en praktisch vlak grondig werd doorgesproken en onder de loep werd genomen. Eveneens een woord van dank aan Prof. Blommaert voor het nalezen van deze scriptie.

Tevens wil ik alle docenten van de opleiding Bachelor in de geriatrische verpleegkunde aan de Katholieke Hogeschool, Campus Dirk Martens te Aalst bedanken voor de ondersteuning en begeleiding gedurende de voorbije drie academiejaren.

**WOORD VOORAF****INLEIDING****DEEL 1: LITERATUURSTUDIE**

<b>1 DEMENTIE.....</b>	<b>9</b>
1.1	BEGRIPSOMSCHRIJVING ..... 9
1.2	ENKELE STATISTISCHE GEGEVENS ..... 10
1.3	HET DEMENTERINGSPROCES ..... 11
1.4	VORMEN VAN DEMENTIE ..... 11
1.4.1	<i>Primaire dementie</i> ..... 11
1.4.1.1	De ziekte van Alzheimer ..... 12
1.4.1.2	Lewy Body dementie ..... 13
1.4.1.3	De ziekte van Pick (frontotemporale dementie) ..... 13
1.5	SECUNDAIRE DEMENTIE ..... 14
1.5.1	<i>De vasculaire dementie</i> ..... 14
1.6	DE DRIE BELEVINGSFASEN VAN DEMENTERING..... 15
1.6.1	<i>Milde dementie of het bedreigde ik</i> ..... 15
1.6.2	<i>Matige dementie of het verdwaalde ik</i> ..... 16
1.6.3	<i>Ernstige dementie of het verzonken ik</i> ..... 17
<b>2 WAT IS ROEPGEDRAG?.....</b>	<b>18</b>
2.1	DEFINITIE ..... 18
2.2	ROEPGEDRAG: BIJ WIE?..... 18
2.3	SOORTEN ROEPGEDRAG ..... 19
2.3.1	<i>Doelloos of ontremd roepgedrag</i> ..... 19
2.3.2	<i>Doelgericht of functioneel roepen</i> ..... 20
2.3.2.1	Appèlroepen ..... 20
2.3.2.2	Interactieroepen ..... 20
2.3.2.3	Hardop in zichzelf praten ..... 21
2.3.2.4	Chatterboxen ..... 21
2.4	WAT IS AFWIJKEND GEDRAG IN FUNCTIE VAN HET ROEPGEDRAG? ..... 22
2.4.1	<i>Definitie van afwijkend gedrag</i> ..... 22
2.5	MOGELIJKE OORZAKEN VAN ROEPGEDRAG ..... 22
2.6	STAPPENPLAN ROEPGEDRAG ..... 23
<b>3 ROEPGEDRAG BETEKENIS GEVEN.....</b>	<b>25</b>
3.1	VOORWAARDEN OM BETEKENIS TE GEVEN ..... 25
3.2	HOE EEN WAARHEIDSGETROUWE ANALYSE MAKEN? ..... 25

3.2.1	<i>A = Antecedenten</i> .....	26
3.2.2	<i>B = Behaviour</i> .....	26
3.2.3	<i>C = Consequenzen</i> .....	26
3.2.4	<i>Resultaat van de probleemanalyse volgens het ABC - model</i> .....	26
3.3	DE ‘ABC - ANALYSE’ IN DE PRAKTIJK .....	27
3.4	PATROON HERKENNEN.....	27
3.5	CONSEQUENT OBSERVEREN EN REGISTREREN: WAT? .....	27
3.6	CONSEQUENT OBSERVEREN EN REGISTREREN: BELANG? .....	28
3.7	CONSEQUENT OBSERVEREN EN REGISTREREN: HYPOTHESE?.....	28
<b>4</b>	<b>ROEPGEDRAG: WIE BEÏNVLOEDT WIE?.....</b>	<b>29</b>
4.1	ENKELE STATISTISCHE GEGEVENS BETREFFENDE ROEPGEDRAG .....	29
4.2	VOOR WIE IS ROEPGEDRAG EEN PROBLEEM?.....	29
4.2.1	<i>De roepende bewoner zelf</i> .....	29
4.2.2	<i>Medebewoners</i> .....	30
4.2.3	<i>Hulpverleners</i> .....	30
4.2.4	<i>De familie</i> .....	30
4.3	ROEPGEDRAG: WAAROM EEN SLOPEND PROBLEEM? .....	30
4.4	HET ROEPGEDRAG: EEN HOPELOZE SITUATIE? .....	31
4.5	WELKE INVLOED HEEFT HET ROEPGEDRAG OP DE LEVENSKWALITEIT VAN DE ROEPENDE DEMENTERENDE PERSOON?.....	31
<b>5</b>	<b>OMGAAN MET ROEPGEDRAG? .....</b>	<b>33</b>
5.1	ROEPGEDRAG; EEN NOODSIGNAAL?.....	33
5.2	OMGAAN MET ROEPGEDRAG: UITGANGSPUNTEN IN BEGELEIDING? .....	33
5.4	OMGAAN MET ROEPGEDRAG: GEDRAGSREGELS VOOR TEAMBESPREKING .....	34
5.5	OMGAAN MET ROEPGEDRAG: EEN METHODISCHE AANPAK .....	35
5.6	MOGELIJKE VALKUILEN VOOR HET TEAM .....	40
<b>6</b>	<b>MEDICATIE EN ROEPGEDRAG .....</b>	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>ETHISCH OMGAAN MET ROEPGEDRAG .....</b>	<b>44</b>
7.1	HET PERSONALISTISCH MODEL VOOR ETHIEK IN DE ZORG.....	44
7.1.1	<i>Personalistische mensvisie</i> .....	44
7.1.2	<i>Een ethische methodiek</i> .....	44
7.1.2.1	De 3 voorwaarden .....	45
7.1.2.2	De evaluatiemomenten .....	45
7.1.2.3	De 4 aandachtspunten .....	46

**DEEL 2: PRAKTIJSTUDIE**

<b>1 VOORSTELLING BEWOONSTER VOLGENS DE PATRONEN VAN GORDON.....</b>	<b>49</b>
1.1 PERSOONLIJKE EN ADMINISTRATIEVE GEGEVENS ZORGVRAGER.....	49
1.2. MEDISCHE GEGEVENS .....	49
1.3. VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS:.....	53
1.3.1 <i>Patroon van gezondheidsbeleving en instandhouding</i> .....	53
1.3.2 <i>Voedings- en stofwisselingspatroon</i> .....	54
1.3.3 <i>Uitscheidingspatroon</i> .....	56
1.3.4 <i>Activiteitenpatroon</i> .....	57
1.3.5 <i>Slaap- en rustpatroon</i> .....	58
1.3.6 <i>Cognitie- en waarnemingspatroon</i> .....	59
1.3.7 <i>Zelfbelevingspatroon</i> .....	60
1.3.8 <i>Rollen- en relatiepatroon</i> .....	60
1.3.9 <i>Stressverwerkingspatroon</i> .....	60
1.3.10 <i>Waarden- en levensovertuigingspatroon</i> .....	61
1.3.11 <i>Eigen ervaring tijdens de eindwerkstage</i> .....	61
<b>2 TE HANTEREN STAPPENPLAN BIJ ROEPGEDRAG .....</b>	<b>63</b>
<b>3 TE HANTEREN STAPPENPLAN UITGEWERKT NAAR MIJN BEWOONSTER.....</b>	<b>66</b>
<b>ALGEMEEN BESLUIT</b>	
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	
<b>BIJLAGE</b>	

## INLEIDING

Ik heb voor dit onderwerp gekozen omdat ik wilde proberen een werkinstrument te ontwerpen om beter te kunnen omgaan met roepende dementerende personen.

Daar ik reeds enkele jaren gewerkt heb in rust- en verzorgingstehuizen, ben ik zelf al een aantal keer geconfronteerd geweest met roepende dementerende personen. Ook toen viel mij op dat roepgedrag soms zeer zenuwslopend kan zijn voor alle personen die met deze dementerende persoon in contact komen.

Deze scriptie bestaat uit twee delen, een theoretisch en een praktisch deel. In het theoretisch deel, dat zeven hoofdstukken omvat, werk ik een aantal onderwerpen uit die als basis zullen dienen om later in het praktische deel te kunnen nagaan hoe het beste kan omgegaan worden met roepgedrag.

Vooraleer ik echt aan deze scriptie ben beginnen schrijven, ben ik op zoek gegaan naar de nodige informatie via internet, bibliotheken, gesprekken met medewerkers van de woongemeenschap, ... .

Ik heb mijn theoretische basis opgebouwd uit een eerste hoofdstuk waarin ik de verschillende vormen van dementie bespreek, evenals de belevingsfasen van een dementerende persoon, want roepgedrag komt vaak voor bij personen die lijden aan een dementieel syndroom. Hierbij wil ik verduidelijken dat ik de problematiek van roepgedrag enkel bij bejaarden heb besproken die een dementieel syndroom vertonen.

In het tweede hoofdstuk licht ik de definitie van roepgedrag toe om van daaruit over te stappen naar de soorten roepgedrag die kunnen optreden.

Om zeker te zijn dat iedereen steeds dezelfde definitie hanteert, werd deze gekoppeld aan wat afwijkend gedrag is in functie van roepgedrag. Ik probeer hier al een aantal mogelijke oorzaken te beschrijven van het roepgedrag.

Eens we weten wat roepgedrag juist is, kunnen we aan dit gedrag betekenis geven. Dit geven van betekenis aan de hand van een ABC – analyse en het interpreteren ervan, wordt beschreven in hoofdstuk drie.

Zoals ik eerder al schreef, heeft het roepgedrag op iedereen die met de dementerende roepende persoon geconfronteerd wordt een invloed. Daarom wijd ik hoofdstuk vier aan de beïnvloeding door het roepgedrag op de betrokken partijen.

Van hieruit beschrijf ik in hoofdstuk vijf hoe men kan proberen omgaan met roepgedrag.

In hoofdstuk zes blijf ik even stil staan bij wat de invloed van medicatie op het roepgedrag kan zijn.

In hoofdstuk zeven heb ik aandacht besteed aan het ethisch omgaan met het roepgedrag wanneer de betrokken dementerende oudere een zodanige beïnvloeding heeft op de medebewoners waardoor deze op de kamer dient geplaatst te worden.

Hier moet worden bekeken wat op het moment van het roepgedrag als beste actie naar de bewoner en naar de groep moet overwogen worden.

Het tweede deel is een praktisch deel dat uit drie onderdelen bestaat.

In deel één stel ik de bewoonster voor die ik geobserveerd heb aan de hand van de patronen van Gordon.

In het tweede deel heb ik een stappenplan ontworpen om beter te leren omgaan met roepgedrag.

En ten slotte in deel drie heb ik dit stappenplan uitgewerkt in functie van de bewoonster die ik gevolgd heb tijdens mijn eindwerkstage.

# DEEL 1

## LITERATUURSTUDIE



# 1 Dementie

In dit hoofdstuk zal ik kort toelichten wat dementie is. Ik wil dit niet te uitgebreid doen, daar ik mij meer wil toespitsen op het uitwerken van wat roepgedrag juist is.

## 1.1 Begripsomschrijving

Om wat meer zicht te krijgen op dementie, wijd ik dit eerste hoofdstuk aan het duiden van het begrip dementie en de verschillende fasen van dementie.

Dementie betekent in het Latijn letterlijk ontgeesting, ontdaan van geest. Het is een progressieve hersenziekte met aantoonbare afwijkingen in de hersenen. Iemand die aan dit dementieel syndroom lijdt, verliest steeds meer de grip op het leven. Het aftakelingsproces gaat meestal gepaard met veel verdriet, angst, onmacht en strijd. Zowel de persoon zelf als de directe omgeving ervaart dit als een zeer pijnlijk proces.

Dementie is geen ziekte, maar een klinisch syndroom, of met andere woorden een geheel van symptomen dat door verschillende ziekten kan veroorzaakt worden. Dementie is steeds het gevolg van een hersenaandoening. Dementie komt meer voor naarmate men ouder wordt, maar is nooit het gevolg van oud worden op zich. Dementie kan ook bij jongere mensen (onder 65 jaar) voorkomen. Trouwens zeker 75% van de hoogbejaarden wordt gelukkig niet dement.

Men spreekt dus al dan niet van dementie afhankelijk van de symptomen. Men onderscheidt twee soorten symptomen: symptomen van eerste rang en symptomen van tweede rang. (Omgaan met dementerende bewoners binnen WZC St. Rafaël, 2006)

### **Symptomen van eerste rang:**

Deze symptomen moeten er zijn om van een dementieel syndroom te kunnen spreken.

Het gaat o.m. om:

- ✓ geheugenstoornissen;
- ✓ dysfagie, dyspraxie, dysgnosie;
- ✓ desoriëntatie in tijd, plaats en persoon;
- ✓ stoornissen in intellect.

De waargenomen stoornissen moeten een duidelijke negatieve invloed hebben op het sociaal

functioneren en/of de relaties van de dementerende persoon tot de andere.

### **Symptomen van tweede rang:**

Dit zijn alle andere tekens/symptomen die kunnen optreden. Deze symptomen worden toegeschreven aan dementie, maar ze zijn niet essentieel. Ze belasten het ziekteproces en zijn vaak de oorzaak van breekpunten bij de omgeving. Ze kunnen ook optreden bij andere ziektebeelden.

Deze tekens/symptomen kunnen zijn:

- ✓ decorumverlies;
- ✓ angst en onveiligheidsgevoel;
- ✓ incontinentie;
- ✓ achterdocht;
- ✓ agressie;
- ✓ wegloupedrag;
- ✓ roepgedrag;
- ✓ depressiviteit;
- ✓ confabuleren;
- ✓ emotionele labiliteit.

Dat enkele functies wat trager verlopen, is niet voldoende om te spreken over een persoon met dementie. Ook al zegt men vlug van een ‘verwarde’ oudere dat hij dementerend is, zonder daar eerst een uitgebreid onderzoek aan te koppelen, kan men dit niet met zekerheid bepalen. Wel kunnen de eerste symptomen veroorzaakt worden door een acute verwardheid of een depressie.

## **1.2 Enkele statistische gegevens**

Schatting van het aantal dementerenden in België:

- > 65 jaar: 6,3 – 9,3 %
- > 85 jaar: 26,4 %
- > 90 jaar: 34,8 %

Aantal ouderen > 60 jaar:

- 2000: 2.249.411 of 21,9 %
- 2050: 3.500.000 of 32,5 %

Aantal dementerenden:

- 2000: 152.000

➤ 2010: 276.000

(Van Broeckhoven C., 2006)

### 1.3 Het dementeringsproces

Iedereen kan het dementieel syndroom ontwikkelen, ongeacht leeftijd, geslacht, intellect, maatschappelijke rang of stand. Het dementieel syndroom heeft dus weinig met ouderdom te maken, maar dit proces staat wel het “normaal” oud worden in de weg.

#### Wat houdt het dementeringsproces dan wel in?

In dit stuk geef ik een theoretische uiteenzetting van het dementieel syndroom, met zijn meest voorkomende vormen, zijn kenmerken en een indeling van het dementeringsproces met zijn betekenis naar zorgverlening en beleving van de dementerende toe.

Wanneer iemand dementerend is, brengt dit bij de omgeving gevoelens mee van verbazing, medelijden en angst. Ook de dementerende zelf ervaart, zeker in het begin, de dementie als een groot verlies. Dit eindwerk is vooral gebaseerd op de beleving die de dementerende oudere zelf heeft in de verschillende fasen van het dementeringsproces. Omdat dementie niet zomaar een toestand is, maar een proces, wordt er van fasen gesproken.

Om dit te duiden ga ik hoofdzakelijk uit van de visie die de psychogerontoloog en psychotherapeut Rien Verdult weergeeft in zijn boeken, in artikels en op studiedagen.

(Verdult R., 1993).

### 1.4 Vormen van dementie

Wanneer er in de volksmond over dementie wordt gepraat, denkt men meteen aan de ziekte van Alzheimer. Dit is wel de meest voorkomende vorm van dementie, maar zeker niet de enige. In het volgende stuk zal ik stilstaan bij vier andere vormen van dementie die worden opgesplitst in twee groepen namelijk primaire – en secundaire dementie.

(Van Broeckhoven C., Immegeers V., 2006)

#### 1.4.1 Primaire dementie

Hierbij is het dementieel syndroom de belangrijkste ziekte.

Hiertoe behoren verschillende vormen van dementie:

### 1.4.1.1 De ziekte van Alzheimer



(Dhr. Alois Alzheimer)

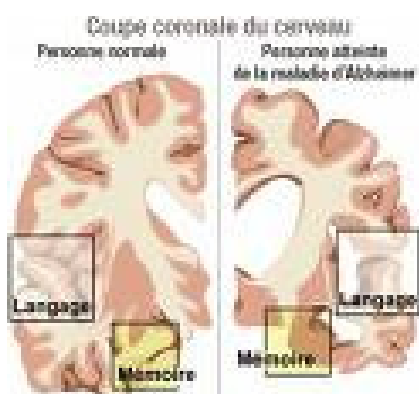
De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende oorzaak van dementie. Deze komt vooral bij ouderen voor en nauwelijks bij mensen jonger dan 60 jaar. Bij jongere mensen gaat het vooral om de erfelijke vorm van de ziekte van Alzheimer. Bij deze personen wordt de ziekte veroorzaakt door een erfelijke fout die wordt doorgegeven *door één van de ouders*. Dit komt slechts voor in een heel klein aantal families. De ziekte treedt in deze families op vrij jonge leeftijd op. Meestal voor de leeftijd van 65 jaar.

Bij oudere Alzheimerpatiënten wordt het risico op de ziekte veroorzaakt door een samenspel van erfelijke en omgevingsfactoren. Hier spreekt men over verschillen in het erfelijke materiaal dat door *de beide ouders* wordt doorgegeven. Het gaat dan om een erfelijke variatie in de gevoeligheidsgenen.

De ziekte van Alzheimer zal pas definitief gediagnosticeerd kunnen worden na overlijden (= post mortem).

De ziekte kan wel voorlopig gediagnosticeerd worden door:

- klinisch onderzoek: uitgebreid lichamelijk onderzoek en bevraging van de patiënt en zijn familieleden;
- geheugentesten: voornamelijk het korte (werk)geheugen;
- hersenscan (CT, MRI): verlies van hersencellen.



Hersenen aangetast door de ziekte van Alzheimer

Al deze microscopische veranderingen komen ook voor bij normale veroudering, maar dan in kleiner aantal. Enkele van deze veranderingen worden bovendien gezien bij andere vormen van dementie, echter minder vaak en op andere plaatsen in de hersenen.

#### 1.4.1.2 *Lewy Body dementie*

Deze vorm van dementie wordt zo genoemd omdat, verspreid door de gehele hersenen, abnormale eiwitneerslagen worden gevonden in een karakteristieke vorm. De arts die deze karakteristieke vorm van neerslag het eerst beschreven heeft was dokter Lewy. De Lewy body's worden ook gezien bij patiënten met de ziekte van Parkinson.



Hersenen van een persoon die lijdt aan Lewy Body dementie

Deze vorm is pas sinds 1961 als apart ziektebeeld erkend.

De volgende symptomen komen bij deze vorm voor: wisselende verwardheid, hallucinaties (zoals het zien van mensen en dieren) en loopstoornissen die veel op de ziekte van Parkinson lijken. De verwardheid wordt gekenmerkt door geheugen- en oriëntatiestoornissen, een zeer wisselende aandacht en concentratie, onrust en soms "plukken" aan dekens of kleding.

Andere (begeleidende) symptomen kunnen zijn: flauwvallen, wanen en depressie, slaapstoornissen en gehoorshallucinaties.

Vaak reageren de patiënten anders en/of met veel bijwerkingen op de gebruikelijke medicijnen die bij hallucinaties en onrust gegeven worden (klassieke neuroleptica) of op medicijnen die bij de ziekte van Parkinson worden gegeven.

Patiënten met het vermoeden van een Lewy body dementie moeten verwezen worden naar specialistische centra. Dit omdat door ervaring de symptomen eerder herkend worden, maar de behandeling vaak lastig is.

#### 1.4.1.3 *De ziekte van Pick (frontotemporale dementie)*

Deze vorm van dementie kan omschreven worden als: 'Een progressieve dementie die begint in het midden van het leven (meestal tussen 50 - 60 jaar). Deze wordt gekenmerkt door langzame veranderingen in het karakter en sociale desoriëntatie met als gevolg dat verstand,

geheugen en taalgebruik afnemen.'



Hersenen van een persoon die lijdt aan de ziekte van Pick

In tegenstelling tot de ziekte van Alzheimer waarbij de hersencellen over de volledige hersenen afsterven, is dit niet het geval bij deze vorm. De hersencellen voornamelijk vooraan in de frontaalkwab sterven af. Daarom wordt er ook gesproken van frontotemporale dementie. Tevens bleek dat de overgebleven hersencellen in de frontaalkwab abnormaal en opgezwollen zijn. Deze abnormale cellen zijn het teken van de ziekte van Pick en daarom Pick's cellen genaamd.

## 1.5 Secundaire dementie

Hierbij is het dementieel syndroom een gevolg van een andere ziekte. Hieronder valt de vasculaire dementie.

### 1.5.1 De vasculaire dementie

Vasculaire dementie is een gevolg van doorbloedingsstoornissen die in de hersenen kunnen ontstaan. Dit leidt tot een vermindering van het mentaal functioneren. Afhankelijk van waar in de hersenen de stoornis plaatsvindt, zal het klachtenpatroon anders zijn.

Behalve de hersencellen zelf, kan ook de verbinding tussen hersencellen onderling minder goed gaan werken. Als de verbinding tussen de hersencellen minder goed is, dan gaat alles langzamer. Soms valt het geheugen wel mee, maar zijn de patiënten zo traag, dat zij geen initiatief meer nemen om iets te doen (vroeger ziekte van Binswanger genoemd). Uiteindelijk zijn de stoornissen van bloedvaten en witte stof zo ernstig dat er van een dementie gesproken wordt.

Tegenwoordig weten wij dat bij sommige patiënten met vasculaire dementie ook kenmerken in de hersenen aanwezig zijn, die bij de ziekte van Alzheimer horen. Men kan dan spreken van een "mengbeeld dementie". In zo een situatie worden er zowel kenmerken gezien van de

ziekte van Alzheimer als van vasculaire dementie. Soms zijn bij een patiënt met alle kenmerken van de ziekte van Alzheimer deze vasculaire "kenmerken" alleen maar zichtbaar op een hersenscan.

Primaire en secundaire dementie verklaren samen 90 % van de oorzaken van dementie.

(Van Broeckhoven C., (2006))

## 1.6 De drie belevingsfasen van dementering

De theorie van R. Verdult betreffende de drie belevingsfasen van dementering in het dementeringsproces is gebaseerd op de humanistische psychologie. Deze is ontstaan aan het einde van de jaren vijftig. Het menselijke gedrag wordt niet beschouwd als een reactie op bepaalde prikkels. Neen, ook motieven, wensen, gevoelens, verlangens en behoeften spelen een rol. De mens is een totaliteit en dient in zijn samenhang begrepen te worden.

Over het algemeen wordt er vanuit gegaan dat dementie een ziektebeeld is. In het humanistische model wordt dement worden primair niet gezien als een ziektebeeld, maar wordt het dement zijn benaderd als een zijnswijze.

Dement worden is een proces van geleidelijke achteruitgang, waarin cognitieve mogelijkheden verloren gaan, maar ook de persoonlijkheid van de dementerende mens verdwijnt stilaan.

Laten we nu even dieper ingaan op de drie belevingsfasen van dementering.

(Verdult R., 1997)

### 1.6.1 Milde dementie of het bedreigde ik

Dikwijls is deze fase enkel te herkennen door terug te blikken. Men wijt het gedrag aan de ouderdom, stress, luiheid, en dergelijke. Het begin van de dementie is sterk gegradueerd en het is onmogelijk om een exact tijdstip te bepalen.

De persoon kan volgend gedrag vertonen:

- Hij/zij is apathisch;
- Hij/zij is minder geïnteresseerd in hobby's en activiteiten;
- Hij/zij kan zich onmogelijk aanpassen aan veranderingen;
- Hij/zij begrijpt trager complexe ideeën;
- Hij/zij verwijt anderen dingen gestolen te hebben die hij zelf ergens weglegde;

- Hij/zij is meer zelfbetrokken, minder bezorgd om de gevoelens van anderen;
- Hij/zij vergeet vlugger details van pasgebeurde dingen;
- Hij/zij herhaalt veel of verliest de draad van het gesprek;
- Hij/zij is vlugger geïrriteerd of opgewonden als hij in iets niet slaagt.

Vaak ervaart de persoon in kwestie deze fase als een periode van rouw: een periode tussen ontkennen en toelaten. Hier is het de hulpverlener te doen om het bieden van steun. Steun bieden door in te gaan op de gevoelens van de persoon en mee te gaan in de herinneringen.

### **1.6.2 Matige dementie of het verdwaalde ik**

Hier komen de problemen nadrukkelijk tot uiting.

De persoon kan

- sterk vergeetachtig worden voor recente gegevens;
- het onthouden van dingen uit een ver verleden lijkt doorgaans beter te gaan, maar sommige details vergeet hij/zij of zijn troebel;
- verward zijn betreffende tijd en plaats, het uur van de dag, dag en nacht verwisselen;
- zich vlug verloren voelen eenmaal buiten de vertrouwde omgeving;
- de namen van vrienden of familieleden vergeten, het ene familielid met het andere verwarren;
- veel herhalen;
- zaken horen of zien die er niet zijn;
- vergeetachtig worden qua eten of hygiëne (zeggen dat ze al hebben gegeten of al gewassen zijn als dit niet zo is);
- gemakkelijk kwaad of opgewonden raken.

Hier zien we bij de dementerende bejaarde dat door het verlies van de controle, de angst toeneemt. Het is dan ook nuttig houvast te bieden via personen, situaties, rituelen en voorwerpen.

Ook merken we dat hij/zij meer en meer gaat herbeleven, d.w.z. leven in het verleden. Het is de taak van de hulpverlener hierin mee te gaan, zowel op inhouds- als op gevoelsniveau.



### 1.6.3 Ernstige dementie of het verzonken ik

Hierbij is de persoon erg afhankelijk, hij/zij kan:

- zijn weg niet meer vinden en verdwalen;
- zichzelf na enkele minuten niet meer herinneren dat hij bijvoorbeeld al gegeten heeft;
- constant enkele geluiden of zinnen herhalen;
- incontinent zijn voor urine en/of faeces;
- geen herkenning tonen als hij familieleden of vrienden ziet;
- hulp nodig hebben bij het wassen, het eten, bij het in bad gaan en het aan- en uitkleden;
- gewone dagdagelijkse dingen niet meer herkennen;
- het moeilijk hebben te begrijpen wat tegen hem/haar gezegd wordt en het kan gebeuren dat zijn taal nog weinig zinvol is;
- 's nachts onrustig zijn;
- rusteloos zijn, misschien op zoek naar een overleden familielid of naar een klein kind dat nu opgegroeid is;
- agressief zijn;
- moeilijk lopen, eventueel moet hij/zij zich in een rolstoel bewegen.

Tijdens deze periode leeft de persoon volledig op zichzelf, hij/zij is als het ware geïsoleerd van de wereld rondom zich. Dit gaat dus gepaard met verlies van contact.

Het komt er voor de hulpverlener op neer toch nog contact mogelijk te maken door dit aan te bieden: zowel zintuiglijk als lichamelijk/affectief contact. Meegaan in de herbeleving blijft belangrijk. In deze fase is de bejaarde meer specifiek gericht op de vroegkinderlijke behoeften, wat echter niet betekent dat we hem/haar mogen behandelen als een kind.

We willen hier nog eens stellen dat een bejaarde niet al deze problemen zal ervaren. Ze zijn enkel een soort checklist, een gids voor de aard van de problemen waarmee hulpverleners geconfronteerd kunnen worden. Er is ook een variatie mogelijk, afhankelijk van iemands persoonlijkheid. Sommige bejaarden kunnen echter een totale verandering vertonen, dingen doen die echt buiten hun karakter liggen. Zo kan bijvoorbeeld de stille, kalme echtgenoot agressief worden.

## 2 Wat is roepgedrag?

### 2.1 Definitie

Aanhoudend luidruchtig gebruik maken van de stem waarbij er geen sprake is van pijn of duidelijke reden voor alarm. Waarbij verzoeken om stil te zijn geen invloed hebben. Het kan zijn dat de verwarde oudere schreeuwt, zingt, roept of gilt.

Uit deze definitie leiden we af dat een verwarde, schreeuwende oudere én zijn familie een geëigende aanpak vereisen waarin kennis (erkennen van roepgedrag) en kunde (gepast erop inspelen) van essentieel belang zijn om de impact op de omgeving aanvaardbaar te maken. Dit moet men steeds in het achterhoofd houden.

(Stokes, G., 1996)

Roepgedrag komt als onderdeel van gedragsstoornissen bij dementie veelvuldig voor. Tot 90% van de dementerenden stelt in de loop van zijn ziekteproces gedragsproblemen en bij 11 tot 35% van de patiënten komt dit onder meer tot uiting via roepgedrag. Bij 1 op 4 dementerende mensen kan roepgedrag als een gedragsprobleem gezien worden dat vrij veel kan voorkomen.

Vocaal storend gedrag (VSG) omvat niet alleen het roepen, maar het repetitief herhalen, het ongeremd spreken, het gebruik van ongepaste taal. Het roepgedrag of vocaal storend gedrag omvat dus grommen, krijsen, mompelen, luid zingen/praten, zuchten, huilen, gebruik van ongepaste storende taal en dergelijke meer.

(Estercam S., Engelborghs S., De Deyn P.P., 2005)

### 2.2 Roepgedrag: bij wie?

Roepgedrag komt niet geïsoleerd voor. Vele onderzoekers zochten naar frequent voorkomende factoren die met roepgedrag gepaard gaan.

Draper en medewerkers (2000) kwamen tot de vaststelling dat roepgedrag veel voorkwam bij patiënten die tevens meer functionele stoornissen hadden dan bij ouderen die geen roepgedrag vertonen, en dat zij meer communicatiemoeilijkheden en een grotere sociale isolatie kennen. Het algemeen cognitief niveau van roepende dementerenden blijkt in zijn studie laag te zijn. Men ziet ook meer andere gedrags- en emotionele problemen bij deze groep personen: hier

gaat het veelal om dementerende personen in een verder stadium van hun ziekte, waarbij dit dikwijls gepaard gaat met depressie en/of angststoornissen, fysieke agressie en slaapstoornissen. Het verband met depressie is nauwkeurig onderzocht en een duidelijke correlatie met roepgedrag is gevonden. (Dwyer and Byrne, 2000). Hoe dit te interpreteren is, is niet duidelijk.

(Lorent G., 2005)

Na contactname met twee experten terzake, Prof. Dr. J.P. Baeyens en Prof. C. Van Broeckhoven, kan ik zeggen dat er voor roepgedrag nog geen echte oorzaak achterhaald is. Wat men wel constateert, is dat roepgedrag het meest voorkomt in de derde belevingsfase van dementering. Dit komt doordat de frontale gebieden steeds meer uitvallen met als gevolg dat de dementerende steeds minder controle heeft over wat hij/zij zegt en doet.

## 2.3 Soorten roepgedrag

(Verdult R.,2004)

### 2.3.1 Doelloos of ontremd roepgedrag

Het doelloos, herhalend roepen lijkt binnen een patroon van ontremming te passen.

*Voorbeelden: een dementerende dame die vanaf het moment dat zij 's morgens haar ogen opent tot wanneer ze gaat slapen onafgebroken een gebed luidop afdreunt; een dementerende man die gedurende de hele dag eenzelfde melodietje "zingt".*

Bij ontremd gedrag zijn de remmingen op het gedrag buiten werking gesteld.

Roepgedrag kenmerkt zich door

- het ontbreken van een duidelijke oorzaak/aanleiding;
- het roepen lijkt niet in verband te staan met een gebeurtenis voorafgaand aan of volgend op het roepen;
- de roepende dementerende heeft er zelf geen controle over;
- het roepgedrag lijkt een soort automatisme te zijn;
- het heeft een sterk herhalend karakter;
- het roepen lijkt niet op iets/iemand gericht;
- het roepen is nauwelijks of zeer moeilijk te beïnvloeden.

Dit ontremd gedrag vraagt zoveel energie en aandacht dat de inhoud van de beleving naar de

achtergrond wordt verdrongen. Met andere woorden de ontremming verdringt de beleving als het ware naar de achtergrond.

Doordat de controle over aspecten van eigen persoonlijkheid en eigen gedrag steeds meer afbrokkelen, ontstaat er een basale vorm van angst.

Het roepen duikt het meest op in de fase van het verzonken ik.

### 2.3.2 Doelgericht of functioneel roepen

Dit zijn de vormen van roepgedrag die worden gekenmerkt door

- het hebben van een emotionele functie;
- waarbij er een min of meer duidelijke oorzaak of aanleiding is;
- dat dit roepen op iemand/iets gericht lijkt te zijn;
- dat dit roepen een verband vertoont met een gebeurtenis.

Functioneel gedrag is een reactie op iets/iemand, het is doelgericht van aard. Het heeft per definitie een psychologische betekenis die gezocht dient te worden in de belevingswereld van (ernstig) dementerende mensen. De verschillende vormen van functioneel roepgedrag hebben een andere achtergrond.

Soorten functioneel roepen:

#### 2.3.2.1 Appèlroepen

Is een vorm van roepgedrag die erop gericht is één of andere reactie uit de omgeving te verkrijgen. Het is een manier van aandacht vragen of een appèl doen op de omgeving, een signaal geven dat er sprake is van één of andere behoefte.

Boodschap van de bewoner die hierachter schuilgaat, is de volgende: “Hoor mij, zie mij, ik ben hier en ik heb iets, maar vooral iemand nodig!”

De bewoner kan zowel een fysieke als een psychische behoefte kenbaar willen maken. Via dit appèlroepen kan hij ook een emotionele behoefte of een behoefte aan veiligheid willen uiten.

#### 2.3.2.2 Interactieroeppen

Is een vorm van roepgedrag die wordt uitgelokt door de omgeving.

In de omgeving is er iets onaangenaams of een onaangenaam iemand die aanleiding geeft tot het roepen. Het roepgedrag staat hier niet op zichzelf, maar in interactie met iets of iemand.

De dementerende voelt zich al snel overprikkeld daar zijn mentaal functioneren niet meer alle

binnenkomende prikkels kan verwerken/plaatsen! De persoon wordt hierdoor angstig, voelt zich onveilig en onzeker. Hierdoor kan dit bij ernstig dementerende personen leiden tot veel angst, wat op zijn beurt kan leiden tot (hevig) roepen.

Hiermee rekening houdende weet men dat er in een ziekenhuis of RVT zeer veel prikkels aanwezig zijn, waardoor de bewoner enorm overprikkeld kan geraken. Deze overprikkeling kan bij de dementerende persoon meer angst ontwikkelen, waardoor deze bewoner kan gaan roepen.

Boodschap van de bewoner die hierachter schuil gaat, is die van: “Er is iets in mijn situatie dat mij dwarszit, wat mij stoort, waar ik last van heb.”

### *2.3.2.3 Hardop in zichzelf praten*

Bij deze vorm zou de oorzaak eerder in de persoon zelf liggen.

Waar we het bij het interactieroeppen hebben over overprikkeling, kan men in andere gevallen ook spreken van onderprikkeling. Deze onderprikkeling kan aanleiding zijn om hardop te gaan praten. Door een ernstig isolement ten opzichte van zichzelf, kunnen ernstig dementerende personen eigenlijk vele zaken niet meer aanvoelen, gedachten niet meer herkennen en erkennen. De innerlijke dialogen met zichzelf verstommen steeds meer. Maar soms kunnen gevoelens en gedachten zo sterk zijn, dat ze op de één of andere manier toch geuit moeten kunnen worden. Als de persoon dan niemand heeft om die gedachten/gevoelens mee te delen, kan het zijn dat deze persoon luidop gaat praten.

### *2.3.2.4 Chatterboxen*

Dit is een vorm van roepgedrag waarbij de dementerende mens onafgebroken praat, woorden of klanken uitbrengt, ongeacht of erop dit praten gereageerd wordt of niet.

Ook deze vorm van roepen is een poging om de vervreemding in zichzelf op te heffen.

Bij al deze vormen gaat men er wel van uit dat de ernstig dementerende persoon nog altijd ervaart wat hij nodig heeft. Voor deze vormen van functioneel roepgedrag moet de betekenis van het roepgedrag gezocht worden in de beleving van de betrokken dementerende persoon zelf. Hierbij is het doel een signaal te geven. Hierbij heeft het roepgedrag een functie, namelijk een bepaald signaal geven aan de zorgverleners.

## 2.4 Wat is afwijkend gedrag in functie van het roepgedrag?

### 2.4.1 Definitie van afwijkend gedrag

Het gedrag dat sterk afwijkt van wat personen in een bepaalde situatie op grond van de geldende sociale omgangsvormen van elkaar (mogen) verwachten. Afwijkend gedrag is dat gedrag dat afwijkt van wat wenselijk is, of het gedrag waarbij men op een sociaal onwenselijke manier reageert op de cognitieve verwerking van een bepaalde situatie.

Afwijkend gedrag is dus gedrag waarbij de bejaarde op een afwijkende manier reageert op de gedachten en de gevoelens die deze specifieke situatie bij die specifieke persoon oproepen.”

*Voorbeeld: een bewoner schreeuwt steeds zeer hard wanneer een hulpverlener hem een kop soep aanreikt. Dit gedrag is niet in verhouding met wat de hulpverlener doet.*

Dit roepgedrag dat als afwijkend gedrag wordt beschouwd, kan wel een probleem worden met grote sociale gevolgen. En eens je dit hebt vastgesteld, is het belangrijk te zoeken en te leren begrijpen waarom dit gedrag zich voordoet.

Moeilijk hanteerbaar gedrag (uit nota's bijscholing omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag) kan een vorm van communicatie inhouden. Het kan een noodsignaal zijn naar de omgeving toe, waarbij het probleemgedrag het gevolg is van een combinatie van intra - psychische en relationele processen dikwijls terugkerend in de tijd, met angst als basisgevoel, en waarbij dit probleemgedrag als een vorm van zelfbescherming kan bekeken worden.

## 2.5 Mogelijke oorzaken van roepgedrag

Men heeft een vermoeden dat er meerdere oorzaken aan de basis liggen van roepgedrag.

1. *Sensorische deprivatie:* het kan zijn dat de dementerende persoon een gebrek of een overstimulering aan sensorische stimulatie(s) ervaart. Hij begint te schreeuwen en te gillen omdat hij zichzelf wil stimuleren.
2. *Overstimulering:* in tegenstelling tot het gebrek aan prikkels kunnen er teveel prikkels aanwezig zijn. Deze overstimulering kan een bron van frustratie zijn en tot schreeuwen leiden.
3. *Aandacht trekken:* als je meer aandacht wil, kan je dit doen door lawaai te gaan maken.

4. *Nachtelijke onrust*: hier kan opnieuw zelfstimulering aan de basis liggen van het nachtelijke geschreeuw. Wanneer een verwarde persoon 's nachts wakker ligt in het donker, kan hij/zij zichzelf zintuiglijk stimuleren door lawaai te gaan maken.
5. *Scheidingsangst*: zij kunnen niet meer onthouden dat een geliefde persoon er niet meer is. Dan kan het zijn dat de dementerende persoon constant roept om deze persoon.
6. *Stress*: opgewonden geschreeuw kan het gevolg zijn van verwarring of het uit zijn doen zijn.
7. *Neurologische veranderingen* en schade verbonden met de dementie die leidt tot desinhibitie of de onmiddellijke oorzaak is van het roepen. Lawaai maken kan het gevolg zijn van schade aan de frontale kwab en/of door onderbrekingen van het fronto-subcorticaal circuit.
8. *Pijn* komt voor bij mensen wier mogelijkheden tot communicatie zijn afgenomen of verminderd zijn. Zij proberen hun lijden te communiceren of emotioneel te maken.
9. Een *hersensletsel* van welke aard dan ook waardoor zij minder prikkels kunnen verwerken, of gewoon meer tijd nodig hebben om informatie te verwerken. Wanneer er teveel prikkels aanwezig zijn, zullen deze personen al snel overgestimuleerd worden.
10. *Povere communicatiemogelijkheden* die leiden tot sociale isolatie wat aanleiding kan geven tot angst, verveling, maar ook tot eenzaamheid en depressie.
11. *Aangeleerd gedrag*: wanneer men op het storende gedrag op welke manier dan ook ingaat, zal dit gedrag gestimuleerd en versterkt worden.

(Stokes, G. 1996; Lorent, G. 2005)

## 2.6 Stappenplan roepgedrag

Om het roepgedrag effectief te kunnen analyseren, kan men volgend stappenplan gebruiken:

**Stap 1:** controleren of er mogelijke somatische oorzaken van pijn of ongemak aanwezig zijn. Een grondig medisch onderzoek en een eventuele daaropvolgende behandeling behoren tot de manieren om te achterhalen of er al dan niet een somatische oorzaak is.

**Stap 2:** men gaat controleren of de dementerende persoon overgestimuleerd wordt, en of er sprake is van sensorische deprivatie.

Wanneer er een vermoeden is van sensorische deprivatie, zijn er verschillende mogelijkheden

om dit te achterhalen. Via tactiele -, auditieve - of visuele stimulatie.

Wanneer er een vermoeden is van overstimulering, moet men trachten de prikkels, die de persoon krijgt, te beperken.

**Stap 3:** controleren van de mate waarin iemand sociaal geïntegreerd is en aldus de sociale isolatie aanpakken.

**Ten slotte** mag men niet uit het oog verliezen dat het gedrag aangeleerd kan zijn. Dan tracht men via allerhande technieken de bekrachtiging van het roepgedrag op te heffen of af te bouwen. Dit vraagt consequent handelen en discipline van ieder teamlid. Je moet er wel over waken dat er aan de noden van de persoon tegemoet wordt gekomen. Zelden verdwijnt het roepen volledig, meestal blijft er sprake van rest - roepen.

Vooraleer we kunnen achterhalen wat de betekenis van het roepgedrag is, moet er aan drie voorwaarden voldaan zijn. (Zie hoofdstuk 3)

(Lorent, G., 2005)



## 3 Roepgedrag betekenis geven

### 3.1 Voorwaarden om betekenis te geven

Om de betekenis te zien of te begrijpen moet er aan drie voorwaarden voldaan zijn:

1. **Weten wat afwijkend gedrag is:** vandaag de dag spreekt men vrij snel over afwijkend gedrag bij ouderen. Maar wat is dit nu juist? (zie 2.4.1)

*Voorbeeld: een bewoner die roept wanneer je hem aan het verzorgen bent!*

2. **Afwijkend gedrag in de praktijk kunnen herkennen en erkennen:** velen onder ons weten misschien wel wat afwijkend gedrag is, maar hebben wellicht moeite om afwijkend gedrag in de praktijk te zien en te herkennen, waarbij problemen van gewenning en normalisatie de kop opsteken, met als een tweede mogelijke probleem dat men een bepaald gedrag als eigen aan die persoon gaat beschouwen, waarbij dit gedrag uiteindelijk niet als normaal kan worden beschouwd.

*Voorbeeld: roepen wordt niet meer als abnormaal beschouwd omdat men dit soms al zodanig gewoon is en men weet dat Mr. X altijd roept. Toch blijft dit afwijkend gedrag dat soms zeer storend is voor de omgeving en voor de persoon zelf nadelige gevolgen kan hebben op verschillende vlakken. (zie 4.2 en verder)*

3. **Afwijkend gedrag op een objectieve en filmische manier kunnen observeren en registreren:** misschien wel de belangrijkste voorwaarde om tot een betekenis van dit gedrag te komen. Van zodra het observeren of het registreren vertekend wordt door om het even welke vorm van subjectiviteit of interpretatie kan men in een volgende stap niet langer een correcte en waarheidsgetrouwe analyse van het gedrag of het probleem maken. Subjectiviteit en interpretaties zijn binnen de gedragstherapie volledig uit den boze daar ze een degelijke en waarheidsgetrouwe analyse van het probleem verhinderen.

### 3.2 Hoe een waarheidsgetrouwe analyse maken?

Eerst dient er een degelijke, waarheidsgetrouwe en zo volledig mogelijk analyse van het probleemgedrag te worden gemaakt. Hierbij kan men vanuit de gedragspsychologie de methodiek van het ABC - model hanteren. Dit houdt een methodisch handelen in om zo tot een analyse van dit gedrag te komen. Het methodisch handelen duidt op het hanteren van een

structuur om zo het gedrag in kaart te brengen om vervolgens het probleemgedrag op een efficiënte en effectieve manier aan te pakken en te benaderen.

De ABC - analyse laat toe een zicht te krijgen op de uitlokkende factoren van het afwijkende gedrag enerzijds en de in stand houdende factoren van het afwijkende gedrag anderzijds. Eens we via deze manier van analyseren een zicht hebben op hoe het gedrag tot stand komt en hoe het gedrag in stand wordt gehouden, kunnen we in een volgende stap op zoek gaan naar manieren om de uitlokkende en/of in stand houdende factoren te beïnvloeden.

### 3.2.1 A = Antecedenten

De “A” staat voor ‘Antecedenten’ of m.a.w. *de prikkels die aan het gedrag voorafgaan*.

Wat gebeurt er net voor het probleemgedrag in de omgeving? Waar gebeurde het probleemgedrag? Wat doet de persoon die het probleemgedrag stelt net voor het incident? Wat doen anderen in de omgeving net voor het incident?

### 3.2.2 B = Behaviour

De “B” staat voor de afkorting van ‘Behaviour’ of gedrag in de psychologische betekenis van het woord. Wat *doet* de betreffende persoon die afwijkend gedrag stelt, wat *denkt* en voelt die persoon vermoedelijk?

### 3.2.3 C = Consequenzen

De “C” staat voor Consequenzen, of welke stimuli ( i.e. prikkels) volgen er op het gedrag? Wat zijn de consequenties van het gedrag? Wat gebeurt er in de omgeving net na het incident? Wat doet de persoon die het probleemgedrag stelde, net na het incident? Wat deden anderen in de omgeving net na het incident?

### 3.2.4 Resultaat van de probleemanalyse volgens het ABC - model

Wanneer we een ABC - analyse van het probleem hebben gemaakt, hebben we niet alleen een zicht op de situaties waarbinnen het probleemgedrag zich voordoet, maar dan hebben we ook een zicht op het probleemgedrag enerzijds en de zaken die op het probleemgedrag volgen anderzijds.

Deze ABC - analyse leert ons met andere woorden iets over de *betekenis* die dat gedrag heeft. Met ‘betekenis’ bedoelen we eigenlijk zowel een zicht hebben op de mogelijke redenen

waarom een bepaald probleemgedrag zich voordoet, als een zicht hebben op de vermoedelijke redenen waarom een bepaald probleemgedrag blijft bestaan. Aan de hand van de ‘ABC - analyse’ kunnen we met andere woorden de ‘betekenis’ van een bepaald afwijkend gedrag leren zien.

### 3.3 De ‘ABC - analyse’ in de praktijk

De ABC - analyse kan men toepassen wanneer men het gedragsobservatieblad als werkinstrument gaat gebruiken. Aan de hand van dit werkinstrument kunnen we het geobserveerde op een gestructureerde manier gaan registreren. We moeten trachten te achterhalen wat die specifieke situatie voor die specifieke persoon zou kunnen betekenen. En het is deze specifieke situatie die aanleiding kan geven tot het roepgedrag.

### 3.4 Patroon herkennen

We dienen de verschillende situaties waarin het incident zich voordoet naast elkaar te leggen en te kijken wat gelijk is over de verschillende situaties heen.

Welke stimuli we m.a.w. over de diverse situaties heen steeds terugvinden. In de gedragspsychologie noemt men dit de ‘essentiële stimulus’ of die stimulus/prikkel die dient aanwezig te zijn, wil de situatie die specifieke betekenis bij die specifieke persoon oproepen, die dan uiteindelijk tot het afwijkende gedrag leidt.

Dit betekent dat we op zoek moeten gaan naar een patroon dat telkens terugkeert binnen de antecedenten. Willen we een patroon gaan herkennen in het probleemgedrag dat de bewoner stelt, is het noodzakelijk dat we bij elk incident zo’n gedragsobservatieblad invullen. Dit om na verloop van tijd een bepaald patroon in het gedrag van de bewoner te zien.

Hierbij is het consequent observeren van zeer groot belang.

### 3.5 Consequent observeren en registreren: wat?

Consequent observeren en registreren betekent dat van elk incident van afwijkend gedrag dat zich voordoet, hoe klein of hoe onbenullig het ook lijkt, men een observatie en een registratie zou moeten maken. Dit omwille van het feit dat elk incident, hoe klein en onbenullig het ook lijkt, kan helpen bij het zoeken naar een patroon.

De ‘essentiële stimulus’ kan soms zo subtiel en verdoken zijn, dat men die kleine en onbenullige voorvalletjes zelfs nodig heeft om de betekenis van het afwijkend gedrag te

kunnen achterhalen.

### **3.6 Consequent observeren en registreren: belang?**

Het belang van consequent observeren en registreren is dat we als hulpverlener de schijnbaar meest onbenullige zaken kunnen observeren en registreren. Waardoor we op een meer efficiënte manier kunnen achterhalen wat het patroon kan zijn, dat zich verstoort in al deze situaties.

### **3.7 Consequent observeren en registreren: hypothese?**

We dienen een hypothese te stellen over mogelijke gedachten en gevoelens die deze specifieke situatie bij die specifieke persoon oproept als we een patroon herkennen.

## 4 Roepgedrag: wie beïnvloedt wie?

In elke relatie beïnvloeden mensen elkaar, dit zowel bewust als onbewust. Dit zal zeker ook zo zijn wanneer we een dementerende benaderen tijdens een verzorgingsmoment, eetmoment, ontspanningsmoment, ... . We zullen dus op sommige tijdstippen, door ons gedrag als hulpverlener, de dementerende persoon onbewust meer aanzetten tot schreeuwen. Vandaar dat het zeer belangrijk is te achterhalen hoe we kunnen omgaan met roepgedrag.

### 4.1 Enkele statistische gegevens betreffende roepgedrag

Roepgedrag wordt dikwijls aangehaald wanneer we het hebben over moeilijk hanteerbaar gedrag.

Storend roepgedrag zou zich naar schatting bij 10 à 30% van de dementerende bewoners van instellingen manifesteren. Wat echter wel zeer hoopgevend is, is dat er zich bij 70 à 90% van de dementerende bewoners geen roepgedrag voordoet.

Uit de enquête, van R. Verdult, blijkt dat roepgedrag bij bijna alle disciplines op de derde plaats komt te staan na onrust en dwalen. Maar het staat wel op de eerste plaats in de top 5 van moeilijk hanteerbare zorgsituaties.

Alle disciplines zijn het erover eens dat roepgedrag van dementerende mensen voor alle betrokken partijen leidt tot zeer problematische en zenuwslopende situaties.

(Verdult R., 2004)

### 4.2 Voor wie is roepgedrag een probleem?

#### 4.2.1 De roepende bewoner zelf

R. Verdult gaat ervan uit dat roepgedrag op de eerste plaats door de dementerende zelf als probleem wordt “ervaren”. In die zin dat deze persoon zelf lijdt onder zijn gedrag.

In de tweede plaats wordt roepgedrag ook als probleem ervaren door de omgeving. Hierbij houdt de omgeving dan in: de medebewoners, de hulpverleners, de bezoekers zoals familie en andere personen. Met andere woorden kan het roepgedrag voor deze mensen ook zeer zenuwslopend zijn.

### 4.2.2 Medebewoners

Het is zelfs zo dat medebewoners vaak weinig tolerantie vertonen ten aanzien van de roepende bewoner. Dit is te begrijpen want roepen is voor de medebewoners zeer stressvol. Dit komt mede door het feit dat medebewoners zelf minder mogelijkheden hebben om zich aan de situatie te onttrekken of er zich van af te sluiten. Dit kan dan op zijn beurt bij de medebewoners leiden tot onrust en irritatie.

### 4.2.3 Hulpverleners

Roepgedrag kan door de hulpverleners als storend en sterk belastend worden ervaren. Hierdoor wordt het moeilijker om begrip en sympathie op te brengen voor de mens achter dit storende gedrag. Roepende dementerende personen stoten af. Het roepgedrag kan hulpverleners in een lastig parket brengen. Ze worden gedwongen om te kiezen tussen de belangen van de groep medebewoners en die van de roepende bewoner zelf.

*Voorbeeld: moeten we de roepende bewoner op zijn kamer plaatsen om zo de medebewoners wat meer rust te gunnen? Maar dit is zielig voor de roepende bewoner!*

### 4.2.4 De familie

Voor hen is het roepgedrag van hun familielid een zeer groot probleem. Het wordt voor hen door de dementering al moeilijker om op bezoek te komen bij hun dementerende vader/moeder/broer/zus/ ... . Als deze persoon dan ernstig storend gedrag vertoont, wordt de emotionele belasting van een bezoek aan deze persoon nog groter dan ze al was. Ook de familie kan hierdoor geïrriteerd worden. Bovendien kan een schaamte – en/of schuldgevoel de kop opsteken betreffende het storende gedrag van hun familielid.

## 4.3 Roepgedrag: waarom een slopend probleem?

- Het is een vorm van probleemgedrag met grote emotionele gevolgen;
- Het roept bij dementerende mensen sterke gevoelens op, die op hun beurt ontstaan uit machteloosheid;
- Het lijkt heel moeilijk te beïnvloeden of om er vat op te krijgen;
- Men kan er zich moeilijk aan onttrekken/het is vaak indringend;
- Men moet het ondergaan;
- Als men de oren sluit of als men er zich emotioneel probeert aan te onttrekken, zelfs

dan nog komt het binnen!

Pas wanneer de bewoner van de afdeling is verdwenen en de rust weerkeert, ervaart men hoe zenuwslopend het roepen wel was.

#### **4.4 Het roepgedrag: een hopeloze situatie?**

Dikwijls worden deze situaties als hopeloos beschouwd. Waarbij de reactie vaak twee houdingen kan omvatten, vechten of vluchten = fight or flight. Deze houdingen worden regelmatig gehanteerd in het omgaan met conflictsituaties. De vechtreactie omvat allerlei pogingen om de situatie te forceren of om een oplossing af te dwingen. Meestal is hier de kern van de oplossing dat de bewoner moet leren zwijgen. Dit kan gebeuren door medicatiegebruik, door bestraffen, door separeren en/of overplaatsen. Volgens mij wordt hier het probleem van het roepgedrag gewoon doorgegeven aan een ander team.

De vluchtreactie omvat het wegvluchten van de roepende bewoner en omgaan met de “gemakkelijke” bewoners, een autoritaire houding aannemen, vluchten in contact met een collega, ... . Hierbij is het doel de roepende bewoner zoveel mogelijk te ontvluchten of te vermijden. Dit heeft niets te maken met niet gemotiveerd zijn of een slechte hulpverlener zijn, maar gewoon met het hebben van grenzen als hulpverlener in functie van wat je kunt dragen en tolereren. Dit omdat deze situatie ook bij hen een gevoel van machteloosheid teweegbrengt. Door deze vluchtreactie doet men niets aan het roepgedrag van de dementerende. Zowel vechten als vluchten zijn een uitdrukking van deze machteloosheid.

#### **4.5 Welke invloed heeft het roepgedrag op de levenskwaliteit van de roepende dementerende persoon?**

Deze vraag is bij een dementerende persoon zeer moeilijk te achterhalen. Een dementerende kan niet meer gericht antwoorden op vragen die hem gesteld worden. Hierdoor is het dus zeer moeilijk uit te maken hoe het roepgedrag de levenskwaliteit van een dementerende persoon beïnvloedt.

Waar wij als hulpverleners wel kunnen bijilstaan zijn de volgende gegevens:

- Hoe kunnen wij een dementerende persoon met roepgedrag benaderen om zijn levenskwaliteit te bewaren?

- Als hulpverlener aandacht schenken aan het roepgedrag door te observeren wanneer deze persoon roept en hier een betekenis aan geven door te kijken om welk soort roepgedrag het gaat.
- Uitsluitingcriteria gebruiken: zijn er psychische, fysieke en/of omgevingsfactoren die een rol spelen? Wat is de medische voorgeschiedenis van deze persoon en wat is zijn levensgeschiedenis?
- Door als hulpverlener op te komen voor een dementerende persoon met roepgedrag kan je de levenskwaliteit gaan beïnvloeden. Roepgedrag volledig doen verdwijnen is zeer moeilijk, maar door erbij stil te staan en na te gaan wanneer het optreedt, over welke soort roepgedrag het gaat, welke invloed dit gedrag heeft op de bewoner zelf en op andere personen en door een benaderingswijze te zoeken die door iedereen kan uitgevoerd worden bij deze persoon, kan men de levenskwaliteit gaan behouden.



## 5 Omgaan met roepgedrag?

### 5.1 Roepgedrag; een noodsignaal?

Het roepgedrag is een noodsignaal van een bewoner, dat sterk gekoppeld is aan zijn dementie.

- de draagkracht van de bewoner om moeilijke situaties of gebeurtenissen het hoofd te bieden neemt af door het verlies aan sociale en cognitieve mogelijkheden, maar tegelijk neemt de draaglast toe;
- alles wordt een last, zelfs de meest eenvoudige routinezaken zoals zich wassen, zich kleden, eten, ... .

(Lorent, G. 2005)

### 5.2 Omgaan met roepgedrag: uitgangspunten in de begeleiding?

Om te proberen om te gaan met roepgedrag moet men twee uitgangspunten in acht nemen voor het begeleiden:

- elke vorm van begeleiding staat of valt met het kennen van de bewoner (zicht op de levensgeschiedenis) en de invloed op nu en de relatie die men heeft weten op te bouwen met de bewoner;
- de combinatie van het appèl dat uitgaat van de bewoner (afhankelijkheid, verzorging) met de (bedekte) agressie die aanwezig is, kan de behandelrelatie gemakkelijk gaan ontregelen.

In het vorige hoofdstuk werd het belang al aangekaart van het goed observeren en registreren. Eens we aan het gedrag een betekenis hebben gegeven, kunnen we overgaan tot het leren omgaan met het roepgedrag.

(Inleiding in het leren omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag, De Smet S., 2006)

(Drewel, A. & Hazlhof, T, 1998)

### 5.3 Multidisciplinaire aanpak van het roepgedrag

Het is niet zo eenvoudig meteen de juiste benaderingswijze te vinden. Het omgaan met het roepgedrag van een dementerende bewoner vergt veel inspanning van alle disciplines die bij

de hulpverlening van deze persoon betrokken zijn. Daarom is het zeer belangrijk het probleem van het roepgedrag via een multidisciplinaire aanpak te benaderen.

Het is zeer belangrijk, dat iedereen die bij de hulpverlening van een persoon met roepgedrag betrokken is, deze oudere op dezelfde manier benadert. Er moet een continuïteit ontstaan in de hulpverlening van de bejaarde. Maar voordat men de meest geschikte benaderingswijze heeft gevonden, zal er heel wat tijd verstreken zijn. Het duurt soms een tijd vooraleer men de meest geschikte benaderingswijze zal vinden.

Volgende disciplines kunnen hierbij betrokken zijn: huisarts, familie, ergotherapeut(e), kinesist, zorgkundige, verpleegkundige, logistiek assistent, pastoraal medewerker, coördinerend raadgevend arts (CRA), diensthoofd, vrijwilliger.

## 5.4 Omgaan met roepgedrag: gedragsregels voor teambespreking

Wanneer iets een probleem wordt voor een hulpverlener heeft dit niet per se iets te maken met het niet gemotiveerd zijn of een slechte hulpverlener zijn, maar gewoon met het hebben van grenzen als hulpverlener in functie van wat je kunt dragen en tolereren.

Enkele gedragsregels waarmee we rekening kunnen houden als we het probleem in team bespreken:

1. Verdeel het probleem in kleinere subproblemen:
  - spreek maar over één probleem tegelijk;
  - neem één probleem aan en niet meerdere tegelijk.
2. Probeer niet de oudere totaal te veranderen, maar werk aan het probleem dat je ervaart in de omgang met hem.
3. Beschrijf steeds wat de oudere probeert te zeggen of te bereiken met zijn roepgedrag.
4. Wat zou jij doen als je in de schoenen van deze dementerende zou staan?
5. Wat is je eigen invloed op het gedrag van de oudere? Lok je – onbewust – wel eens het verkeerde gedrag uit? M.a.w soms werk je onbewust het roepgedrag in de hand?
6. Wijs oplossingen die slechts in bepaalde gevallen werken niet meteen van de hand, probeer met deze oplossingen aan een nieuwe oplossing te bouwen.
7. Wanneer een gekozen oplossing tot een verergering leidt, verwerp deze dan niet meteen. Bekijk eerst of je voor dit verergeren van het roepen een oplossing kent?

8. Bedenk voor elke oplossing/nieuwe benadering die je kiest hoe je je collega's daarvoor zal motiveren!
9. Wanneer je het oneens bent met een oplossing zeg dit dan, maar werk wel mee ondertussen. Als we de benadering consequent uitvoeren kunnen we vlugger zien of de benadering werkt of niet.
10. Beweer alleen iets als je het zeker weet. Zoniet laat je het uitzoeken door een deskundige.
11. Steek je energie niet in het uitleggen van de hopeloosheid van de situatie, maar wel in het zoeken van een andere benadering voor het probleem.
12. Lach nooit om oplossingen of problemen die door anderen worden aangedragen (zie eigen tolerantiedrempel).
13. Streef naar overeenstemming in plaats van je eigen mening door te drukken.
14. Wanneer teamleden verschillende zaken beweren met betrekking tot hetzelfde gedrag, verzamel dan opnieuw informatie of schakel een deskundige in, doe de observaties nog eens opnieuw!

(Drewel A., Hazelhof T., Methodisch begeleiden; 1998)

## 5.5 Omgaan met roepgedrag: een methodische aanpak

Hiervoor kan men verschillende stappen doorlopen:

- 1. Informatie verzamelen met als doel de totale situatie in beeld te brengen.**
  - Dit kan aan de hand van observaties (zie hoofdstuk3: 3.5, 3.6 en 3.7) of een 24-uren observatie;
  - Via een vragenlijst;
  - Door een gesprek met de betrokken oudere persoon of met de familie;
  - Door andere disciplines: huisarts, psycholoog, activiteitenbegeleider, ...
  - Welke gevoelens roept het gedrag op bij mezelf en bij mijn collega's?
  - Wanneer doet het gedrag zich voor?
  - Welk gedrag vertoont de betrokken oudere persoon precies?
  - Welke disciplines zijn er al bij betrokken en welke denk ik nog nodig te hebben?
  - Welke gegevens ontbreken er nog om het probleemgedrag volledig in kaart te brengen en over welke hulpmiddelen beschik ik daarvoor?
  - Deze informatie dient correct en actueel te zijn!

**Teambegeleiding:**

- Welk probleem is er aan de orde?
- Hoe reageren de teamleden op het huidige gedragsprobleem?
- Is het probleem al eerder voorgekomen?
- Is de mening van de betrokken oudere persoon gevraagd over het probleem? (Als deze mening nog kan achterhaald worden)
- Heeft het probleem te maken met een psychische ziekte of het heropleven ervan?
- Werd er een observatieschaal ingevuld?

**2. Het probleem formuleren**

Dit gebeurt aan de hand van alle verzamelde informatie. Het gedragsprobleem moet men helder en concreet formuleren. Wel oppassen als je het gedrag verklaart dat dit niet leidt tot je neerleggen bij dit gedrag! We dienen te kijken naar de gedragsfactoren die kunnen worden veranderd om zo het ongewenste gedrag te verbeteren, of minstens te leren begrijpen om er zo adequater te kunnen op inspelen.

**Teambegeleiding:**

- Is iedereen het eens over het probleem?
- Zijn er teamleden die geen probleem hebben en teamleden die wel een probleem hebben met het gedrag van de betrokken oudere persoon?
- Zo ja, hoe steunen we de teamleden die er problemen door ervaren?
- Erover praten.

**3. Doelstelling formuleren**

Dit is wat de hulpverleners en de betrokken oudere persoon wensen te bereiken.

Hierbij kan het hanteren van het SMART - principe (Van Rampelberg, S., 2006.) bruikbaar zijn:

S = specifiek; helder en concreet zijn;

M = meetbaar; er is nadien verbetering te zien;

A = aanvaardbaar; men moet er aan willen werken;

R = realistisch; haalbaar zijn;

T = tijd; tijdslimiet bevatten.

**Teambegeleiding:**

- Heb je voldoende informatie voor het formuleren van de doelstelling?
- Is het doel reëel?
- Werd de mogelijkheid besproken om het probleem door een deskundige aan te pakken?
- Gaat iedereen akkoord met de gekozen doelstelling?

**4. Brainstormen over ideeën en oplossingen:**

Een inventarisatie van alle ideeën en oplossingen waarmee het doel bereikt zou kunnen worden! Hierbij kan het handig zijn om gebruik te maken van een flap - over bord. Het is zeer belangrijk dat er naar elkaar geluisterd wordt en dat iedereen aan het woord komt. Er mag geen enkele remming zijn bij het bedenken van de mogelijke benaderingswijzen. In deze fase dienen echt alle denkbare oplossingen verzameld te worden.

**Teambegeleiding:**

- Is er een goede sfeer om te brainstormen?
- Worden alle suggesties opgeschreven?
- Durven we suggesties te combineren?
- Wordt het positieve gedrag beloond en het negatieve gedrag bestraft?
- Zijn het steeds dezelfde personen die zich moeten neerleggen bij een methode die ze niet steunen?

**5. Een benaderingsmethode kiezen en een plan van aanpak opstellen, waarin vermeld staat:**

- Wat is het probleem?
- Wat is het doel?
- Wat is de gekozen benaderingswijze?
- Wie doet wat, wanneer, hoe laat?
- Of er rekening wordt gehouden met de voor- en nadelen van de gekozen benaderingswijze;
- Welke benaderingswijzen komen er op grond van de nadelen niet in aanmerking?
- Is de gekozen benaderingswijze voldoende bewonersgericht?
- Wat zijn de eigen ervaringen met de gekozen benaderingswijze?

- Kan ieder teamlid zich vinden in de gekozen benaderingswijze?
- Zijn er resultaten gekend van een soortgelijke benaderingswijze?
- Wegen de voordelen voldoende op tegen de nadelen?
- Is deze benaderingswijze voor iedereen uitvoerbaar?

**Teambegeleiding:**

- Is iedereen akkoord met de gekozen methode?
- Zijn de mensen die niet akkoord gaan, bereid om mee te werken?
- Hoe lang wordt de methode uitgeprobeerd?
- Zijn er interventies van andere deskundigen nodig?
- Werd de aanpakmethode goed besproken?
- Zijn er concrete afspraken gemaakt?
- Zijn er afspraken in verband met tussentijdse evaluaties gemaakt?
- Zijn er afspraken gemaakt over het stoppen van de methode? Wanneer stopt men met de benadering en wie adviseert hierbij?

**6. Uitvoering van het plan:**

Het plan is uitvoerbaar als het gedragsprobleem, de doelstelling, de benaderingswijze en de evaluatiemomenten nauwkeurig omschreven zijn.

Tijdens deze fase is de begeleiding van en de omgang met de betrokken oudere persoon zeer belangrijk.

Het plan dient ook vierentwintig uur per dag te worden aangewend. Hiervoor is een goede en duidelijke rapportage van de afspraken nodig en van de resultaten van de nieuwe aanpak.

Hulpmiddelen bij de rapportage zijn:

- observeren van de reacties van de betrokken oudere persoon en het team op de nieuwe aanpak;
- rapportage van de gegevens;
- overdracht aan elkaar;
- vaste evaluatiemomenten.

**Teambegeleiding:**

- Wordt er eerst proefgedraaid met de nieuwe methode?
- Van wie krijgen de teamleden ondersteuning bij de nieuwe benaderingswijze?

- Wie bespreekt de nieuwe benadering en de effecten ervan?
- Worden de effecten gerapporteerd?

## 7. Evaluatie

Evaluatie vindt gedurende het gehele proces plaats. Evalueren omvat in deze situatie het beoordelen van het opgestelde verpleegplan en het handelen van de hulpverleners.

Er wordt door het team tijdens deze evaluatie besproken of het doel bereikt is aan de hand van de volgende vragen:

- Waren alle nodige gegevens verzameld?
- Waren observaties correct en waarheidsgetrouw?
- Was het gedragsprobleem correct, concreet, eenduidig en actueel geformuleerd?
- Was de benaderingswijze voor iedereen uitvoerbaar?
- Functioneerde het verpleegplan echt?
- Moest het verpleegplan bijgestuurd of herzien worden?
- Was de reactie van de betrokken oudere persoon op het plan positief of negatief?
- Zijn er fouten/vergissingen in het plan geslopen?

Wanneer er aan de hand van deze vragen blijkt dat er zaken zijn fout gegaan, hoe is dat dan kunnen gebeuren?

- Waarom werden de doelen niet bereikt?
- Was de doelstelling niet realiseerbaar/te hoog gegrepen?
- Was het doel niet nauwkeurig genoeg omschreven?
- Hadden de hulpverleners moeite met de aanpak?
- Was het plan verkeerd of onvoldoende precies uitgevoerd?
- Ontbraken er observatiegegevens?
- Waren er te weinig gegevens gerapporteerd?
- Waren er conflicten tussen de hulpverleners onderling of tussen de betrokken oudere persoon en de hulpverleners?

### **Teambegeleiding:**

- Werden de gedragsdoelstellingen bereikt?
- Zo niet, is er dan wel een positieve ontwikkeling?
- Leidt de ontwikkeling tot meer vertrouwen binnen het team?
- Is iedereen tevreden over de aanpak?

## 5.6 Mogelijke valkuilen voor het team

Bij het opstellen van een verpleegplan kunnen er valkuilen ontstaan waar het team kan intrappen.

Ik haal hier kort even enkele mogelijke valkuilen aan.

### 1. Informatie verzamelen en beeldvorming van het probleemgedrag:

- We houden ons met teveel problemen bezig;
- We verzamelen alleen gegevens in verband met het negatieve gedrag van de betrokken oudere persoon en de keren dat het fout gaat, we kijken weinig naar de keren dat het goed gaat;
- We vergeten te kijken naar wat de bedoeling is van de betrokken oudere persoon via het stellen van het probleemgedrag;
- We vergeten te kijken naar het effect van ons eigen gedrag.

### 2. Het formuleren van het probleemgedrag:

- We denken te snel dat we weten wat precies de oorzaak is van het probleemgedrag;
- We overtuigen elkaar vaak van de onoplosbaarheid van het probleem, terwijl we soms via kleine oplossingen toch kunnen helpen bij het probleem.

### 3. Het formuleren van de doelstelling:

- We stellen onze doelen te hoog; hierdoor zegt men dikwijls dat het probleem niet op te lossen is.
- Is het vooropgestelde doel wel het doel van de betrokken oudere persoon?

### 4. Brainstormen:

- Zeg niet steeds bij elk voorstel dat we dit al geprobeerd hebben.
- Werk aan één probleem tegelijk.

### 5. Het maken van een planning:

- We werken aan alle problemen tegelijk.



**6. Uitvoeren van het plan:**

- Er wordt niet snel genoeg geëvalueerd.
- Er wordt niet stil gestaan bij de mening van de teamgenoten over de nieuwe aanpak.

**7. Evaluatie van het plan en de benaderingswijze:**

- Werd het doel al dan niet bereikt?
- Er is geen evaluatie wanneer het goed gaat, alleen wanneer het minder goed gaat!
- Wanneer het niet meteen goed gaat, willen we te snel evalueren!

## 6 Medicatie en roepgedrag

Wanneer men iets opzoekt betreffende roepgedrag, wordt dit gedrag meteen gekoppeld aan personen die lijden aan het dementieel syndroom. Dikwijls wordt bij het optreden van roepgedrag gebruik gemaakt van medicatie die voorgeschreven wordt tegen het verder uitbreiden van de dementie. Medicatie die specifiek werkt tegen het optreden van roepgedrag is er niet. Hieromtrent is verder nog heel wat onderzoek nodig.

Ik baseer mij voor de informatie betreffende medicatiegebruik op het medicatieformularium dat gehanteerd wordt in het WZC St. Rafaël.

Er wordt zeer veel gebruik gemaakt van antipsychotica met daarin de subklasse van andere neuroleptica.

Voorbeelden van neuroleptica zijn:

- Risperidon = Risperdal® → wordt in het WZC 28,1% voorgeschreven.
- Quetlapine → wordt in het WZC 0,41% voorgeschreven.
- Olanzapine = Zyprexa® → wordt in het WZC 4,45% voorgeschreven.

Voorschrijfgedrag wordt als % eenheidsdoses uitgedrukt. Dit wil zeggen dat men van de aangegeven psychofarmaca het totaal aantal afgeleverde comprimés gaat bepalen (dus van Risperdal® en ...) en van dat totaal gaat men bekijken hoeveel procent (vb. Risperdal®) men daarvan inneemt.

Voorkeur binnen de subklasse is vooral beperkt wegens een gebrek aan studies bij dementerenden die het effect van antipsychotica bij deze populatie beschrijven. Alleen voor Haloperidol®, Risperidon® en Olanzapine® zijn er studies voorhanden.

Er zijn verschillende indicaties voor het voorschrijven van Risperidon® aanwezig. Eén van deze indicaties is het gebruik bij dementie. Uit de literatuur blijkt dat een antipsychoticum gebruikt wordt bij een psychose. De (positieve) symptomen van een psychose zijn: wanen, hallucinaties en incoherentie.

De reden om een antipsychoticum voor te schrijven in het rusthuis is vaak niet zozeer de aanwezigheid van deze positieve symptomen, maar wel het storende gedrag zoals roepen, rondlopen, onrust, agressie naar medebewoners en hulpverleners.

Uit literatuuronderzoek van gebruik van antipsychotica bij de indicatie storend gedrag bij dementerenden blijkt dat deze geneesmiddelen (drie antipsychotica: Haloperidol®, Risperidon® en Olanzapine®) zonder veel evidentie worden voorgeschreven.

Aanbevelingen bij het gebruik van antipsychotica voor gedragsstoornissen bij dementie:

1. Eerst niet-medicamenteuze aanpak overwegen.
2. Gebruik van antipsychotica mag alleen overwogen worden als er ernstige problemen zijn met het gedrag.
3. Start low and go slow. De bijwerkingen zijn talrijk. Haloperidol® en Olanzapine® kunnen QT verlengen (= de tijd tussen de Q en T golf op het ECG. Wanneer men de tijd tussen deze twee golven verlengt dan kan men ritmestoornissen uitlokken.)
4. Beperk de tijd van het gebruik van antipsychotica. Tardieve dyskinesie kan voorkomen worden.
5. Verminder de dosis bij nierinsufficiëntie.
6. Antipsychotica hebben talrijke interacties waarbij opgemerkt kan worden dat Risperidon als enige niet - anticholinerg is.

Er wordt in België wel onderzoek naar dementie gedaan. België heeft hierin zelfs een grote rol gespeeld. Maar met de behandeling van dementie door medicatie wil het minder goed lukken. De medicijnen zoals Reminyl® of Aricept® die nu gegeven worden hebben hun werkzaamheid bewezen bij beginnende vormen van dementie. Zij zijn niet in staat om de verdere verslechtering van dementie te voorkomen. Dementie verslechtert altijd ondanks de behandeling. Bij de ernstigere vormen van dementie heeft men vastgesteld dat hier het geven van medicijnen geen voordelen voor het geheugen meer oplevert. Wat blijft zijn de bijwerkingen. Medicijnen die inwerken op het gedrag zoals Risperdal worden toegepast zonder dat er overtuigend bewijs van werkzaamheid is bij personen met gedragstoornissen passend bij dementie. Er bestaat wel een bewezen werking bij personen met psychiatrische klachten en symptomen, maar deze personen hebben een andere aandoening dan dementie. (Dr. Van Venrooij, A.)

Ik had contact met Apotheker Wakker die eigenlijk ook aangaf dat men medicamenteus niet ver staat met de behandeling van roepgedrag en hij betwijfelde of daar wel degelijk passend medicamenteus kan op gereageerd worden. Heel veel wordt bepaald door de omgeving die rust uitstraalt en mensen laat zijn zoals ze zijn, behandelt men hun angst op de juiste wijze en dergelijke meer. (Apotheker Wakker)

## 7 Ethisch omgaan met roepgedrag

### 7.1 Het personalistische model voor ethiek in de zorg

Uitgangspunten van dit model zijn de personalistische mensvisie en de ethische methodiek.

#### 7.1.1 Personalistische mensvisie

Dit betekent dat we de persoon centraal stellen én hem/haar integraal in al zijn aspecten beschouwen. We houden met andere woorden rekening met alle dimensies van het mens-zijn. De mens is een lichamelijk en psychisch, relationeel en sociaal, natuurlijk en cultureel en een spiritueel en historisch wezen.(7 dimensies)

Lichamelijk en psychisch houdt in dat de mens wordt bekeken als individu, een op zichzelf staand wezen met een eigen innerlijkheid en zelfstandigheid én onderscheiden van anderen.

Relationeel, sociaal, natuurlijk en cultureel verwijzen naar de mens als persoon, in zijn openheid voor en betrokkenheid op anderen en het andere. De mens kan alleen leven in relatie tot zijn omgeving en deze omgeving bestaat uit andere personen, een gemeenschap, de natuur en de cultuur.

Spiritueel betekent in deze visie dat de mens een existentieel, spiritueel, geestelijk of religieus wezen is, dat op zoek is naar de zin in het leven.

Het historische wijst op het feit dat mens-zijn een dynamische ontwikkeling inhoudt vanuit het verleden, naar het heden en met een kijk op de toekomst!

De mens wordt hier niet alleen beschouwd als individu, maar als persoon in zijn omgeving. Dit brengt consequenties voor de zorg met zich mee, namelijk dat tijdens de hulpverlening de relaties tussen de personen centraal staan. Het gaat in deze visie ook over de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners én de cliënt en zijn naasten.

Het personalisme wijst ons op het radicaal relationeel karakter van zorg en ethiek.

#### 7.1.2 Een ethische methodiek

Vanuit deze relationele visie (zie 7.1.1) werd er gekozen voor een ethisch model waarin de dialoog centraal staat.

Dit model bestaat uit drie voorwaarden, vier aandachtspunten en twee evaluatiemomenten.

### 7.1.2.1 De 3 voorwaarden

- ✓ **Voorwaarde 1: het voeren van een dialoog tussen de betrokken partners in de zorg.**

De dialoog is de beste wijze om keuzes in de zorg te maken. De kwaliteit van de dialoog is sterk afhankelijk van de grondhouding van de verschillende gesprekspartners.

- ✓ **Voorwaarde 2: het aannemen van een grondhouding**

Hieronder schuilt een fundamenteel inzicht uit de theologische ethiek over de structuur van de menselijke handeling. Het menselijk handelen is niet alleen een “uiterlijke act”, maar deze volgt uit een innerlijke act, een intentie of de gezindheid. Het is datgene wat de betrokkenen motiveert en inspireert in de reflectie. Men beschikt vanuit zijn levenscontext over een intuïtief moreel aanvoelen van wat goed en waardevol is. Van hieruit is voorwaarde 3 ontstaan.

- ✓ **Voorwaarde 3: het uitspreken van de intuïties**

De kern van de ethische reflectie is het afwegen van waarden.

### 7.1.2.2 De evaluatiemomenten

Er zijn 2 evaluatiemomenten in de ethische reflectie.

- ✓ **Evaluatiemoment 1:**

Het afwegen van waarden en normen om tot een nieuwe keuze te komen. Hierdoor komen de hulpverleners tot de kern van de ethische reflectie. Evaluatie door het afwegen van de verschillende waarden. Men kan de onderliggende waarden die bij de aandachtspunten al dan niet impliciet aanwezig zijn, expliciteren en tegenover elkaar gaan afwegen. Belangrijke waarden zijn: autonomie, privacy, zorgverlening, beschermwaardigheid, rechtvaardigheid, participatie, vertrouwensrelatie, solidariteit. Deze waarden kunnen niet steeds samen worden verwezenlijkt. Er moet een evenwicht zijn tussen de waarden die men zal respecteren en bevorderen enerzijds, en de waarden die men zal bedreigen of schenden.

*Op basis waarvan kunnen de hulpverleners de waarden afwegen?* Dit is het kernprobleem van de ethiek. Om waarden te kunnen afwegen, moet men over een mensvisie beschikken. Een goede grondhouding en volhouden van een open dialoog kunnen in de meeste situaties leiden tot consensus.

✓ **Evaluatiemoment 2:**

Na verloop van tijd moet men de gemaakte keuze opnieuw gaan evalueren. Deze evaluatie kan mogelijk tot een nieuw uitgangspunt voor een ethische reflectie leiden.

*7.1.2.3 De 4 aandachtspunten*

✓ **Aandachtspunt 1: het analyseren van de situatie**

Het reflectieproces start bij het analyseren van de situatie. Hiervoor moet men over de juiste en volledige informatie beschikken vanuit een correcte analyse. De zorgverleners dienen de situatie in haar complexiteit en context te analyseren.

Wat is de voorgeschiedenis, de actuele situatie, het relationele netwerk en wat zijn de mogelijkheden en beperkingen? Hoe ziet de oudere dit zelf? Wat zijn zijn/haar wensen? Hoe ziet hij/zij zijn/haar opvattingen over het leven? Wat is de kijk op het leven van de omgeving en naasten? Hoe zien de verschillende hulpverleners zijn situatie? Wat zijn de opvattingen vanuit de verschillende zorgvisies en praktijkmodellen betreffende deze situatie?

Door te luisteren naar elkaar wat betreft de zorgvisies en perspectieven kan men tot een juiste analyse komen.

✓ **Aandachtspunt 2: het zoeken naar handelingsmogelijkheden**

Vanuit die analyse zoekt men naar verschillende handelingsmogelijkheden. Dikwijls bestaat hier de neiging om zwart-wit te gaan denken en veelal maar twee tegengestelde oplossingen te zien: ofwel gaat men sanctioneren ofwel niet. Hierbij zijn de volgende vragen belangrijk: Welke handelingen zijn er mogelijk? Zijn er alternatieven voor het sanctioneren?

Hoe groter de keuze aan handelingsmogelijkheden, hoe rijker de ethische reflectie wordt en hoe groter de kans om tot een verantwoorde keuze te komen.

De hulpverleners hebben als opdracht creativiteit aan de dag te leggen en nieuwe perspectieven op de situatie te zoeken.

✓ **Aandachtspunt 3: het verhelleren van de motieven**

Bij elke handelingsmogelijkheid wordt een motief aangehaald ter verheldering. Men zal gaan handelen vanuit bepaalde motieven. Die motieven zijn ontstaan vanuit vroegere belevingen, de opvoeding en verwachtingen. Meestal speelt hierbij niet één motief een rol, maar meerdere motieven. Waarom roept een bewoner? Hoe gaat de omgeving daarmee om?

Hierbij kunnen onderliggende sluimerende psychische conflicten, het sociale milieu en levensbeschouwelijke overtuigingen en nog andere motieven een rol spelen.

Ook hulpverleners gaan vanuit hun eigen motieven handelen. Het is belangrijk als hulpverlener te weten vanuit welke motieven je bepaalde handelingen stelt. Ga je handelen vanuit persoonlijke, subjectieve motieven of vanuit zorggerichte motieven? Je moet je bewust zijn van de doelstellingen die je wilt bereiken en weten of de motieven van de naasten in het verlengde daarvan liggen.

Je moet als hulpverlener in staat zijn de motieven voor jezelf te verhelderen en na te gaan of het emotionele of redelijke motieven zijn, en of het gaat om persoonlijke of zorggerichte motieven?

✓ **Aandachtspunt 4: het inschatten van de gevolgen**

Welke gevolgen kunnen deze bepaalde handelingen met zich meebrengen? Verhelder deze op voorhand en hou daar rekening mee. Als hulpverlener is men wel verantwoordelijk voor de voorziene gevolgen, maar niet voor de onvoorziene gevolgen. Tenzij men door eigen nalatigheid geen kennis had van deze gevolgen. Men houdt rekening met de bedoelde/gewenste effecten en met de niet-bedoelde/ongewenste effecten van de behandeling. Men kan eveneens een onderscheid maken tussen de gevolgen op sociaal en individueel vlak; op korte en lange termijn; op lichamelijk en psychisch vlak en existentieel vlak. Uiteindelijk kan er een spanning/tegenstelling ontstaan tussen de gevolgen op deze verschillende vlakken. Men vraagt zich af welke keuzemogelijkheid de meeste positieve gevolgen biedt en welke de meest negatieve gevolgen vermijdt.

(Liégeois, A., 2005)

# DEEL 2

## PRAKTIJKSTUDIE



# 1 Voorstelling bewoonster volgens de patronen van Gordon

## 1.1 Persoonlijke en administratieve gegevens zorgvrager

Geslacht: vrouwelijk

Leeftijd: Mevrouw is geboren op 16 augustus 1931 te Iddergem. Zij is 75 jaar.

Gezinssituatie: Mevrouw is gescheiden van haar eerste man. Uit dit huwelijk heeft zij 2 kinderen. Mevrouw heeft reeds jaren een nieuwe partner. Met deze persoon heeft zij geen kinderen.

Beroep: Zij werkte als koffiedame bij Distrigas

Opname - datum: Mevrouw werd op 18/08/06 opgenomen in het woon - en zorgcentrum Sint-Rafaël op de woongemeenschap Zilverberk. Dit is één van de drie woongemeenschappen voor dementerende personen. Voorheen kwam zij al naar de dagopvang voor dementerende personen, die verbonden is aan deze woongemeenschap.

Hoofdbehandelaar - medebehandelaar(s): huisarts, kinesitherapeut, ergotherapeut, logistiek assistent, zorgkundigen, verpleegkundigen.

## 1.2. Medische gegevens

(Uit: Medisch dossier van Mevrouw; uit verschillende gesprekken met haar partner)

Reden van opname: Mevrouw kwam al een tijdje naar het dagopvangcentrum dat verbonden is aan de woongemeenschap waar zij nu verblijft. Maar door de felle achteruitgang werd zij opgenomen in de residentiële setting.

Voorgeschiedenis: Mevrouw heeft al zeer lang ( ongeveer 20 jaar) last van artrose ter hoogte van haar schouders. Zij heeft hierdoor zelfs een poosje op ziekte - invaliditeit gestaan.

Medische anamnese (!): multipathologie: er is een vermoeden van de ziekte van Alzheimer (3<sup>de</sup> belevingsfase, de fase van het verzonken ik), artrose, osteoporose, frozen shoulder.

Familiale anamnese: Haar moeder leed ook aan de ziekte van Alzheimer.

Diagnose: Er is een vermoeden van de ziekte van Alzheimer, osteoporose, artrose en een frozen shoulder rechts.

Het definitief diagnosticeren van de ziekte van Alzheimer kan pas post mortem gebeuren.

Daarom wordt er gesproken van een vermoeden van deze ziekte.

De ziekte kan wel voorlopig gediagnosticeerd worden door:

- Klinisch onderzoek: uitgebreid lichamelijk onderzoek en bevraging van patiënt en haar familieleden. Dit werd bij mevrouw uitgevoerd door haar huisarts.
- Geheugentesten: voornamelijk het korte (werk)geheugen. Deze testen werden door de ergotherapeut uitgevoerd wanneer zij naar het dagopvangcentrum kwam.
- Hersenscan (CT, MRI): verlies van hersencellen. Deze test werd niet uitgevoerd daar dit te belastend is voor haar.

Ik heb geen verdere gegevens gevonden over het diagnosticeren van de ziekte van Alzheimer bij mevrouw. Haar partner weet wel dat de dokter met hem gesproken heeft over de symptomen en dat het mogelijk de ziekte van Alzheimer is.

Bij haar moeder was er ook een vermoeden van de ziekte van Alzheimer. Hier kan dus sprake zijn van het feit dat er een verhoogd risico was voor het ontstaan van de ziekte. Dit risico is er door een samenspel van erfelijke - en omgevingsfactoren.

Mevrouw bevindt zich in de fase van het verzonken ik. Dit uit zich in de volgende symptomen:

- Mevrouw is sterk afhankelijk (van anderen);
- Zij is volledig haar weg kwijt en leeft voor het overgrote deel van de tijd in haar eigen leefwereld;
- Zij kan zich na enkele minuten niet meer herinneren dat zij al gegeten heeft;
- Zij kan regelmatig roepen, geluiden maken;
- Mevrouw is incontinent voor urine en faeces;
- Zij toont geen herkenning wanneer haar partner/kinderen/vrienden/ ... op bezoek komen;
- Mevrouw heeft hulp nodig voor haar hygiënische zorgen, tijdens de verschillende eetmomenten, bij het aan- en uitkleden, bij het verplaatsen, ... Mevrouw is volledig afhankelijk van de hulp van anderen;
- Mevrouw herkent de gewone dagelijkse dingen niet meer;
- Zij begrijpt nog weinig van wat tegen haar wordt gezegd en haar taal is nog weinig zinnig;
- Zij is rusteloos in die mate dat zij kan roepen of enorm geagiteerd kan zijn;
- Zij kan agressief zijn door de manier waarop zij zaken vastgrijpt;
- Mevrouw zit overdag in haar rolstoel.

Zij leeft voor het grootste deel van de tijd volledig in zichzelf gekeerd. Zij is als het ware geïsoleerd van de wereld rondom zich. Dit gaat gepaard met een enorm verlies aan contact.

Misschien kan hiermee rekening worden gehouden wanneer er naar de betekenis van het roepgedrag wordt gezocht.

Uitgevoerd onderzoek:

- Blaassondage: deze werd op 28/11/06 uitgevoerd. Dit om te achterhalen of er al dan niet een infectie aanwezig was. Er bleek toch een infectie aanwezig te zijn waarvoor mevrouw medicatie (Furadantine® MC®: 4 keer/dag) kreeg toegediend.

Ingestelde behandeling:

- medicamenteuze behandeling (zie schema)

((1999), *Gecommentarieerd geneesmiddelen repertorium*, Belgisch Centrum voor farmacotherapeutische informatie.)

((2003), *Medex - Medasso, Uitgave voor geneesheren*, MediMedia Belgium .)

- De familie is op de hoogte van het ziektebeeld van mevrouw. Haar echtgenoot weet dat zijn vrouw zich al in een vergevorderd stadium van dementie bevindt. Hij heeft het er moeilijk mee wanneer zijn partner zo hard roept.

Naam medicatie	Vorm en toedieningwijze	Frequentie en tijdstip van toedienen	Werking	Aandachtspunten
1. Fosamax® 70mg (bifosfonaat)	1 co, Per os	8u, elke maandagmorgen	Bifosfonaat: Belangrijk om botontkalking tegen te gaan.	Moet nuchter worden ingenomen om een zo hoog mogelijke biologische beschikbaarheid te behalen.
2. Risperdal® 1mg	¼ co, per os	8u, 11u, 20u	Neurolepticum: dit zou effect hebben op zowel de positieve als negatieve kanten van schizofrenie. Bij hallucinaties zal het de	Dit geneesmiddel mag enkel worden toegediend wanneer men ten opzichte van de

			extrapiramidale verschijnselen doen dalen.	andere neuroleptica immuun is. Regelmatige controle van het bloedbeeld is nodig.
<b>3. Zopiclone®</b> 7,5mg	1 co, per os	20u	Hypnoticum: om wat rustiger te worden. Sedativum: om wat agitatie weg te nemen. Anxiolyticum. om de angst te verminderen.	Nooit zomaar stoppen, maar steeds afbouwschemata gebruiken.
<b>4. Sandoz Ca D®</b> 600mg	1 bruistablet, per os	8u,	Kalktablet: voor de correctie van gecombineerde calcium- en vitamine D deficiënties. Aanvulling van Calcium en vitamine D ter ondersteuning van specifieke behandeling van osteoporose.	Bij langdurige behandeling nierfunctiecontrole om nierinsufficiëntie te voorkomen.
<b>5. Dafalgan Forte®</b> 1g	1 Bruistablet, per os	8u, 17u en soms nog één extra bij teveel pijn.	Symptoombehandeling bij pijn en koorts.	Opgepast voor leverinsufficiëntie, niet te lang innemen ter voorkoming van ontwikkeling van nefropathie.
<b>6. Furadantine®</b>	1 co, per os	8u, 11u, 17u,	Ter behandeling van	Opgepast voor

MC 100		20u	acute lagere urine­weginfecties.	nausea en braken.
7. Uri – cran® 500mg (veenbessenextract)	1 co, per os	8u, 17u	Ter preventie van acute lagere urine­weginfecties.	
8. Laxoberondruppels®	7 druppels, per os	8u	Symptomatische behandeling van constipatie.	Goede opvolging van het stoelgangpatroon en correcte rapportage.
9. Corsodyl® mondspoeling	Wordt via een oorstokje of via een compres op het tandvlees aangebracht, oraal	8u, 20u	Om de tandvleesontsteking op te heffen.	

### 1.3. Verpleegkundige gegevens:

Deze verpleegkundige gegevens heb ik verzameld tijdens de periode van 09/12/06 tot en met 11/12/06.

Ik wil vanuit de zorgzaamheid voor mevrouw als het ware een spreekbuis worden, voor haar, naar de hulpverleners/familie/ ... toe. Ik wil proberen te denken en te handelen in functie van het welzijn van mevrouw.

Via deze patronen wil ik proberen een beeld te geven van mijn volgpatiënte. Ik wil proberen te achterhalen welke invloed dit roepgedrag heeft voor mevrouw op de verschillende dimensies. Ook wil ik proberen uit te zoeken hoe het roepgedrag in bepaalde situaties kan verminderd worden: ochtendtoilet, mictietraining, kinesitherapie, ... .

#### 1.3.1 Patroon van gezondheidsbeleving en instandhouding

De gezondheidsparameters zoals pols, temperatuur en bloeddruk worden in de residentiële setting niet automatisch gecontroleerd. Dit zal gecontroleerd worden indien dit specifiek wordt gevraagd of in acute situaties. Dit is totaal anders dan bij een ziekenhuisopname.

De ademhaling wordt ook niet automatisch gecontroleerd. Dit zal eveneens op vraag van de huisarts gebeuren, in specifieke situaties. De gelaatskleur van Mevrouw is normaal.

Mevrouw krijgt dagelijks een Dafalgan® Forte 1g. Ze krijgt dit voor de pijn ten gevolge van de artrose waaraan zij lijdt. In februari 2007 werd dit opgetrokken naar twee keer per dag en indien nodig wordt er een derde Dafalgan® bijgegeven.

Bij mevrouw is het meten van pijn niet mogelijk daar je niet kan vaststellen in hoeverre zij de vraag heeft begrepen. Maar bij het manipuleren van haar arm/schouder heeft zij duidelijk aan, door te roepen, dat ze pijn heeft. Mevrouw roept vooral wanneer zij door de kinesist wordt behandeld én bij de ochtendverzorging. Ze heeft soms een zeer gespannen gelaatsuitdrukking. Komt dit door afweerspanningen/door pijn/ander ongemak/schaamte/machteloosheidsgevoel/...?

Mevrouw krijgt drie maal per week kinesitherapie ter hoogte van haar rechter schouder waar zij last heeft van een frozen shoulder en artrose in beide schouders.

### **1.3.2 Voedings- en stofwisselingspatroon**

Het eet- en drinkpatroon is sterk veranderd. Mevrouw eet de laatste weken zeer moeilijk en heeft last van een tandvleesontsteking. Hierdoor heeft zij pijn wanneer er iets van voeding in de mond wordt gebracht. De voedingsconsistentie wordt aangepast aan haar noden. Het middagmaal wordt gemixt en de brokjes die toch nog aanwezig zijn in de voeding worden verwijderd. Indien deze brokjes toch worden toegediend, blijft zij daarmee in haar mond zitten of spuwt zij deze uit. Mevrouw krijgt 's morgens en 's avonds een broodmaaltijd toegediend, ook in gemixte vorm. Zij krijgt dagelijks drie keer een Nutridrink® (zie foto hieronder) toegediend om zo haar gewicht en calorie-inname op peil te houden.



Mevrouw weigert soms om eten tot zich te nemen door haar lippen fel op elkaar te persen. Ze krijgt drinken aangeboden in een beker met neusuitsparing (zie foto hierboven). Bovendien weet ze niet altijd hoe ze moet slikken en blijft met haar eten in haar mond zitten. Dit is een gevolg van het afsterven van het aantal hersencellen door het lijden aan een dementieel syndroom. Mevrouw dient tijdens de eetmomenten enorm gestimuleerd te worden om te drinken én te slikken. De eetmomenten nemen bij haar zeer veel tijd in beslag. Haar partner komt haar iedere avond haar broodmaaltijd toedienen wat ongeveer een uur in beslag neemt. En soms lukt het niet om alles toe te dienen.

Dit brengt met zich mee dat ook haar gewicht regelmatig gecontroleerd moet worden. Het gewicht van mevrouw is in het begin van de opname wat afgenomen. Op een bepaald moment in 2006 weegt ze ongeveer 51kg. Haar lengte is 1,64m. Haar gewicht blijft op dat moment vrij stabiel.

Tussen december 2006 en februari 2007 is haar gewicht met vijf kilogram toegenomen. Zij weegt nu 55,4 kg. Dit wordt toegeschreven aan het feit dat haar mondontsteking volledig genezen is. Toch wordt er nog dagelijks een mondtoilet gedaan zodat de ontsteking wordt vermeden. Ook gaat men nu steeds bij haar broodvoeding een nutridrink toevoegen zodat de broodvoeding een andere smaak krijgt. Hierdoor drinkt ze haar broodmaaltijd volledig leeg en duurt het minder lang om haar de maaltijd toe te dienen.

Via een gezonde én evenwichtige voeding tracht men een zo normaal mogelijke voeding aan te bieden. Mevrouw krijgt 's middags ook een warme maaltijd aangeboden waarvan de consistentie volledig gemixt is.

Gedurende de periode van begin april tot begin mei at zij deze maaltijd bijna dagelijks volledig leeg.

Vroeger at en dronk zij graag. De patiënt heeft nog geen vals gebit. Daar zij momenteel last heeft van een tandvleesontsteking wordt haar mond regelmatig gereinigd met Corsodyl®. Dit reinigen gebeurt tijdens de ochtendverzorging en voor het slapen gaan. Dit reinigen wordt na het verdwijnen van de ontsteking preventief verder gezet, maar één keer per dag in plaats van twee maal.

Mevrouw heeft een vrij droge huid die regelmatig eens wordt ingewreven met bodylotion.

Zij heeft geen last van wondjes. Er wordt dagelijks een vochtblad bijgehouden om haar vochtinname op de voet te volgen.

Haar huid toont aan dat zij voldoende vocht opneemt. Zij reageert veel alerter. Dit wordt toegeschreven aan het feit dat zij meer vocht en voeding tot zich neemt. Haar voeding wordt berekend door de diëtiste van het WZC en zij berekende wat haar gewicht zou moeten zijn op basis van de BMI berekening.

Aan de hand van haar lengte zou mevrouw haar gewicht tussen de 52 en 53kg liggen. Zij heeft hier zeer lange tijd onder gezeten, maar sinds februari 2007 heeft ze dit gewicht toch overschreden door haar verbeterde voedingsstatus.

Haar hongergevoel kan niet gemeten worden. Het is namelijk zo als je een dementerende persoon niets aanbiedt, deze uit zichzelf, niet(s) zal eten. Het is aan de omgeving, hulpverleners, familie om te zien of deze persoon voldoende eten en drinken tot zich neemt of voldoende krijgt toegediend.

### **1.3.3 Uitscheidingspatroon**

Mevrouw is zowel voor het urineren, als voor het defaeceren afhankelijk van hulp. Ze werd vorige week gesondeerd omdat er een vermoeden was van een urinaire infectie. Deze werd op 28/11/06 uitgevoerd. Ze voelt niet meer wanneer ze moet urineren of defaeceren. De kleur én geur van de urine zijn opnieuw normaal. Zij kreeg hiervoor Furadantine® MC 100 toegediend evenals Uri-Cran® 500mg. Deze bewoonster transpireert af en toe. Het stoelgangpatroon van mevrouw is verstoord, want ze defaeceert niet veel. Daarom is het van groot belang duidelijk te registreren wanneer zij stoelgang heeft gemaakt. Hiervoor krijgt ze dagelijks



Laxuberondruppels® toegediend, en ze krijgt indien nodig een Fleet® toegediend. Dit ter bevordering van het defaeceren.

Mevrouw draagt zowel overdag als 's nachts een tweedelig incontinentiesysteem. Zij draagt een netbroekje met een inlegluier van het zwaardere type.

### **1.3.4 Activiteitenpatroon**

Mevrouw wordt na de ochtendverzorging in haar rolstoel geplaatst. Zij komt dus iedere dag uit haar bed. Zij wordt naar de leefruimte gebracht waar zij alles rondom haar kan volgen. Maar door haar dementieel syndroom heeft deze persoon weinig of geen contact meer met haar omgeving. De kinesist komt langs voor massage van haar rechterschouder, waar zij last heeft van artrose en een frozen shoulder. Naarmate mevrouw verder wegzinkt door haar dementering wordt de mobiliteit steeds minder. Zij heeft geen stapfunctie meer, maar wel nog een stafunctie.

Ze heeft tijdens haar vroegere werkzaamheden veel rondgestapt.

Haar echtgenoot komt dagelijks langs. Hij geeft haar dagelijks een voetmassage waardoor haar geagiteerd-zijn voor even afneemt. Haar echtgenoot kan nu met haar eens rondwandelen op de woongemeenschap daar zij sinds kort in een rolstoel zit. Deze werd aangeschaft omdat die een kantelfunctie heeft. Hierdoor kan ze zich niet meer uit haar bejaardenstoel met voorzettafel laten glijden . De rolstoel (zie foto hieronder) werd aangeschaft als middel ter preventie van het vallen.



### 1.3.5 Slaap- en rustpatroon.

Mevrouw ligt niet zoveel in bed. Zij wordt na de ochtendverzorging in haar rolstoel geplaatst, waarna zij dan naar de leefruimte wordt gereden. Ze stapt niet meer rond zoals in het begin van haar opname. Zij zit veel te suffen in haar rolstoel. Dit kan een stukje komen door de medicatie, maar dit is zeker ook een gevolg van het dementieel syndroom waaraan ze lijdt.

Echte ontspanning is voor haar het rustig worden door de voetmassage die ze krijgt van haar echtgenoot en het genieten van een relaxatiebad volgens de PDL – principes (Actin Pass).

Mevrouw heeft geen problemen met slapen én doorslapen. Dit dankzij de medicatie. Zij wordt in bed gedekt met een “hoesslaapkleed” (zie foto hieronder).



Daarbovenop bevindt zich nog een extra laken met deken.

Kan een zachte benadering haar roepgedrag bij het aanraken verminderen of is de temperatuur in haar kamer soms een uitlokkende factor? Men laat tevens rustgevende muziek horen om te proberen haar roepgedrag te verminderen.

### **1.3.6 Cognitie- en waarnemingspatroon**

Mevrouw heeft moeite om bijna alles wat rondom haar gebeurt, waar te nemen. Zij kan zich niet goed meer uitdrukken, begrijpt weinig of niet wat men haar vraagt of zegt. Ze draagt geen hoorapparaat en geen bril.

De communicatie met haar verloopt moeilijk. Zij kan wel nog praten, maar niet meer gericht en dit geldt ook voor het beantwoorden van vragen die aan haar worden gesteld. Er is hier sprake van afasie waardoor verbaal contact maken met mevrouw zeer moeilijk wordt. Door haar toestand van dementering is contact met haar omgeving zeer moeilijk geworden. Tijdens haar ochtendverzorging viel mij op dat ze zeer angstig is, zich zeer snel opspant bij de minste aanraking. Wanneer bij haar de ochtendverzorging start, start ook het roepen/schreeuwen.

Doordat ze zeer fel in zichzelf gekeerd is, is het ook zeer moeilijk om te achterhalen waarom ze roept.

### **1.3.7 Zelfbelevingspatroon**

Mevrouw voelt waarschijnlijk wel dat ze volledig in isolatie geraakt ten opzichte van de omgeving.

Misschien is ze zeer angstig door het isolement ten opzichte van zichzelf en haar omgeving. Waardoor zij alle prikkels die op haar afstevenen niet kan plaatsen. Hierdoor zal haar angst nog vergroten waardoor dit haar roepgedrag kan stimuleren.

Hoe zij uiteindelijk zichzelf beleeft, is zeer moeilijk te achterhalen. Haar gelaatsuitdrukking kan heel verkrampd zijn. Zou het kunnen dat zij zich zeer machteloos voelt ten opzichte van de hele situatie?

Haar partner, waar zij een hechte band mee heeft, komt dagelijks op bezoek.

### **1.3.8 Rollen- en relatiepatroon**

Mevrouw is gepensioneerd. Samen met haar huidige partner heeft zij geen kinderen. Zij heeft wel twee kinderen uit haar eerste huwelijk. Haar partner komt dagelijks op bezoek. Ze krijgt af en toe bezoek van vrienden en kennissen.

Maar deze mensen komen steeds minder op bezoek, daar zij hen niet meer herkent en de communicatie zeer moeilijk geworden is. Of haar roepgedrag hier iets mee te maken heeft, heb ik niet kunnen achterhalen.

### **1.3.9 Stressverwerkingspatroon**

Of mevrouw zich op dit ogenblik nog realiseert hoe het met haar gaat, betwijfel ik. (Zij zal zelf wel op de één of andere manier aanvoelen dat zij vervaagt van contacten met de buitenwereld en zichzelf!)

Haar partner is op de hoogte van haar ziekte-toestand. Maar mijnheer is ook ziek en lijdt aan prostaat-kanker. Hij heeft echt een nuchtere kijk op de eventuele verdere gevolgen. Maar desondanks heeft hij het zeer moeilijk om met haar roepen om te gaan.

Dit roepen brengt bij alle partijen die met haar roepgedrag geconfronteerd worden een gevoel van machteloosheid teweeg.

Waarom roept zij zo? Zit er een boodschap in het roepgedrag of toch niet?

### 1.3.10 Waarden- en levensovertuigingspatroon

Om deze gegevens te achterhalen, heb ik enkele keren gesproken met haar partner. Maar daar dit voor hem zeer gevoelig ligt, ben ik eigenlijk niet meer te weten gekomen.

Welke waarden/normen waren voor haar vroeger belangrijk? Een goed sociaal leven waarin een goed contact met haar partner en vrienden zeer belangrijk was. Wat zeer belangrijk is naar het omgaan met deze dementerende dame is het **respectvol blijven omgaan** met haar ondanks haar roepgedrag. Ook als hulpverlener je **verantwoordelijkheid blijven opnemen** naar mevrouw toe. Dit houdt ook in dat je zou moeten kunnen vragen aan een collega om haar op een bepaald ogenblik niet te verzorgen omdat het voor jou op dat moment teveel wordt. En gedurende dit gehele proces de **zorgzaamheid** naar mevrouw toe blijven opnemen.

Bij alles wat je doet voor haar en met haar, moet je steeds deze belangrijke waarden in het achterhoofd houden.

### 1.3.11 Eigen ervaring tijdens de eindwerkstage

Toen ik mevrouw voor de allereerste keer zag, was zij wel geagiteerd, maar toen heb ik haar stem niet gehoord.

Zij greep meteen de handen van de hoofdverpleegkundige vast die mij aan haar voorstelde. Hij reageerde hierop door zijn arm niet bruusk weg te trekken, maar door zijn arm als het ware aan haar te geven, waardoor zij ook spontaan losliet.

Wat mij opviel, tijdens de eerste keer dat ik haar mee verzorgde, was de soms angstige, verkrampde blik die op haar gelaat verscheen. Waardoor bij mij meteen de vraag ontstond: “Wat doen wij waardoor die gelaatsuitdrukking plots verschijnt, maar ook even plots weer verdwijnt?”

Tijdens deze eerste verzorging was ze volgens de verpleegkundige vrij stil. Ze had zo nu en dan een angstige blik, begon soms wat te jammeren, maar dit viel uiteindelijk heel goed mee. Het rare is dat ze niet roept wanneer je haar op de rand van haar bed plaats en haar voeten op de grond brengt. Zij stapt niet meer, maar steunt nog goed. Wanneer ze verplaatst wordt van bed naar de zitorthese, roept zij minder. Het is alsof zij weet dat de verzorging op zijn einde loopt. Mevrouw roept wanneer ze wordt aan- en uitgekleeft. Bij het wassen op zich valt het roepgedrag mee. Maar ze roept bij heel veel manipulaties die worden gedaan bij haar. De tweede keer dat ik haar mee mocht verzorgen was ze niet echt stil. Haar gelaatsuitdrukking was anders dan de eerste keer. Ze was meer geagiteerd. Haar gezichtsuitdrukking was vrij

gespannen en verkrampd. Vanaf het ogenblik dat we haar begonnen uit te kleden werd het roepgedrag aangewakkerd.

## 2 Te hanteren stappenplan bij roepgedrag

**Probleem:** een bewoner die roepgedrag stelt

### Stap 1: Beschrijving van het roepgedrag:

- Het roepgedrag is een probleem!!
- Probleem: afwijkend gedrag specifiek voor die bewoner die het roepgedrag vertoont.
- Voor wie is het een probleem? Voor de bewoner zelf, familie, medebewoners of de hulpverleners?
- Welk aspect van het roepgedrag vormt een probleem? Gevoelens van onmacht, het schreeuwen op zich, ... ?
- Hanteren van de ABC - analyse om te observeren en te registreren: beschrijving van het roepgedrag: waar, wanneer, hoe, hoelang, bij wie? (Duur/Frequentie, Plaats/Omstandigheden).
- Beschrijf de al ondernomen acties (wanneer het gedrag zich voordeed), zowel van de hulpverleners als van de medebewoners.
- Hoe was de reactie van de bewoner hierop?

### Stap 2: Het belang van de hetero anamnese (voorgeschiedenis):

- Op de verschillende vlakken?
  - Psychisch: depressie/delir/dementieel syndroom/hersenletsel ...
  - Fysisch: medische voorgeschiedenis: vroegere fracturen/allergische reacties op medicatie/artrose/frozen shoulder ...
  - Sociaal: eenzaam/lid van verschillende verenigingen/vriendenkring .... Hoe verliepen sociale contacten (= manier van communiceren)? Karakter en persoonlijkheid: veeleisend/onzeker/angstig/... Vroegere communicatie – cultuur: werd binnen het gezin veel geroepen/... ? Hoe waren de communicatieve vaardigheden van deze persoon? Introvert/extravert, mondig/onmondig, ...Hoe was de persoonlijkheid van deze persoon voordien? Sterk/zwak? Doorzetter/Opgever? Optimist/Pessimist?
  - Spiritueel/existentieel: wat was de functie van deze persoon vroeger (vroegere werkomstandigheden, beroep, ...)?/Hoe werd er in het begin stadium met dementie omgegaan?/Wat maakte hem/haar gelukkig?/Waaruit bestond de zorg thuis?/... .

### **Stap 3: Uitsluitingsdiagnosen:**

- Psychisch: depressie/delier/dementieel syndroom/hersenletsel ...
- Fysisch: pijn/verhoogde temperatuur/controle bloeddruk/neurologisch onderzoek/wijzigende labresultaten (Creatinine, Ureum)/verandering in stoelgangpatroon/urineproblemen ...
- Medicatiegebruik: beïnvloedende medicatie/veranderingen in medicatie ...
- Sociaal: interpersoonlijke relaties ...
- Omgevingsfactoren: te veel/te weinig lawaai, overstimulering/onderprikkeling, architectonisch te grote/te kleine leefruimte, meubilair (aangepaste rolstoel/zetel/bed/bad) ...
- Spiritueel/existentieel: ik roep om aan te geven dat ik er ondanks mijn dementeringsproces ook nog ben. Ik wil gewoon aangeven dat ik nog altijd leef ?

### **Stap 4: Betekenis geven aan het roepgedrag:**

Wanneer er na het uitvoeren van de vorige stap nog roepgedrag blijft bestaan, komt men tot het eigenlijke roepgedrag. Nu kan men proberen te achterhalen over welke vorm van roepgedrag het gaat:

- Doelloos of ontremd roepgedrag enerzijds,
- Doelgericht of functioneel roepgedrag anderzijds:
  - Appélroepen;
  - Interactieropen;
  - Hardop in zichzelf praten;
  - Chatterboxen.
- Trachten betekenis te geven vanuit de belevingsaspecten van het roepgedrag: dit via gissen & missen.

### **Stap 5: Acties plannen = gissen & missen:**

- Interdisciplinair overleg;
- Multidisciplinair overleg;
- Muziektherapie;
- Snoezelen;
- Actin Pass (=PDL);



- Aromatherapie;
- Massage;
- Aandachtspersonenwerking;
- Attitude van de hulpverleners: Tijd maken, zachte benadering, warme zorg, rust brengen;
- Aanpassen geneesmiddelen: Veranderen/verminderen/vermeerderen, pijntherapie.

### **Stap 6: Evalueren:**

- Wat was het resultaat van de uitgevoerde acties?
- Zijn er andere acties nodig?
- Moeten de huidige acties bijgestuurd worden?

**Het is een continu proces van evalueren en herevalueren. En is uniek voor elke bejaarde met roepgedrag**

### **(Stap 7: Mentale palliatieve fase):**

Het roepgedrag blijft in die mate bestaan dat de situatie als mensonwaardig wordt aanzien en ethisch overleg moet plaatsvinden.

### 3 Uitgewerkt stappenplan

**Probleem:** Mevrouw die roepgedrag stelt

#### Stap 1: Beschrijving van het roepgedrag:

- Het roepgedrag is een probleem!: *Ja, het roepgedrag vormt een probleem.*
- Probleem = afwijkend gedrag specifiek voor die bewoner die het roepgedrag vertoont. *Mevrouw roept wanneer men haar aanraakt tijdens de ochtendverzorging, bij het eten geven, bij het verschonen, bij het hogerop brengen in haar rolstoel en hogerop brengen in bed. Ze roept soms wanneer zij helemaal alleen is op de kamer of wanneer er niemand in de buurt is.*
- Voor wie is het een probleem? Voor de bewoner zelf, familie, medebewoners of de hulpverleners? *Het is een probleem voor haar partner, medebewoners, medewerkers en voor haarzelf.*
- Welk aspect van het roepgedrag vormt een probleem? (Gevoelens van onmacht, het schreeuwen op zich, ...). *Ik denk dat het bij haar partner vooral gaat om schaamtegevoelens wanneer zij dit gedrag stelt in het bijzijn van anderen, of wanneer hij haar eten geeft. Het gaat ook om de onmacht die dit gedrag met zich mee brengt, daar men zeer moeilijk kan achterhalen waarom zij dit doet.*
- Hanteren van de ABC - analyse om te observeren en te registreren: beschrijving van het roepgedrag: waar, wanneer, hoe, hoelang, bij wie? (Duur/Frequentie, Plaats/Omstandigheden). *Mevrouw roept in haar kamer wanneer zij alleen in haar bed ligt. Dit roepen kan plots ontstaan zonder enige aanleiding en zonder dat er iemand in de buurt is. Ze roept wanneer men haar aanraakt voor de verzorging, maar wordt rustiger wanneer men haar hoofd masseert/voeten aanraakt/over haar rug wrijft. De frequentie is steeds vrij kort. Waar zij roept is verschillend. Zij kan ook in de leefruimte roepen zonder enige aanleiding of wanneer men haar voeding toedient. De omstandigheden waarin mevrouw roept kunnen zeer wisselend zijn.*
- Beschrijf de al ondernomen acties (wanneer het gedrag zich voordeed), zowel van de hulpverleners als van de medebewoners. *Mevrouw krijgt als laatste bewoonster haar ochtendtoilet toegediend bij de ochtendverzorging om zo meer tijd te kunnen besteden aan haar verzorging. Ze krijgt steeds een bedbad toegediend met op de achtergrond*

*relaxatiemuziek, een warme omgeving, een aromastream die een lekker geurtje verspreidt doorheen de kamer. Ze wordt heel voorzichtig aan- en uitgekleed om zo weinig mogelijk pijn te veroorzaken bij het manipuleren van de Frozen Shoulder. Ze krijgt pijnmedicatie (Dafalgan®Forte 1g) toegediend om zo bij de verzorgingsmomenten de pijn te reduceren.*

- *Hoe was de reactie van de bewoner hierop? Mevrouw reageert zeer verschillend. De ene dag stelt ze bijna geen tot zeer weinig roepgedrag bij de verschillende verzorgingsmomenten. Op andere momenten stelt ze weer meer roepgedrag. Soms roept zij wanneer er niemand anders bij haar op de kamer is, zonder enige aanraking of contact met iemand anders. Zij kan beginnen roepen wanneer zij eten krijgt toegediend of toch niet.*

## **Stap 2: Het belang van de hetero anamnese (voorgeschiedenis):**

- *Op de verschillende vlakken?*
  - *Psychisch: depressie/delir/dementieel syndroom/hersenletsel .... Bij Mevrouw is er sprake van een dementieel syndroom.*
  - *Fysisch: medische voorgeschiedenis: Vroegere fracturen/allergische reacties op medicatie/artrose/frozen shoulder ... . Bij Mevrouw is er sprake van een vroegere fractuur van haar elleboog, zij heeft last van artrose en van een Frozen Shoulder langs de linkerkant. Ze heeft soms last van urineweginfecties waarvoor zij nu preventief Uri-Cran® 500mg krijgt toegediend.*
  - *Sociaal: eenzaam/lid van verschillende verenigingen/vriendenkring .... Hoe verliepen sociale contacten (= manier van communiceren?). Karakter en persoonlijkheid: veeleisend/onzeker/angstig/... Vroegere communicatie - cultuur: werd binnen het gezin veel geroepen/... Hoe waren de communicatieve vaardigheden van deze persoon? Introvert/extravert, mondig/onmondig, ...Hoe was de persoonlijkheid van deze persoon voordien? Sterk/zwak? Doorzetter/Opgever? Optimist/Pessimist? Mevrouw was vroeger koffiedame en zeer sociaal. Zij had zeer verschillende contacten. Ze kwam al ruim één jaar naar het dagopvangcentrum dat verbonden is aan de woongemeenschap waar zij nu verblijft. Uit gesprekken met medewerkers bleek dat zij blijkbaar zeer boos/opvliegend kon zijn wanneer er iets niet lukte zoals zij het wou. Was dit misschien haar manier van omgaan met het dementieel syndroom? Zij was zeer*

*mondig en hield van een praatje maken met anderen. Volgens haar partner was zij eerder een optimistisch iemand.*

- Spiritueel/existentieel: wat was de functie van deze persoon vroeger (vroegere werkomstandigheden, beroep, ...)?/Hoe werd er in het begin stadium met dementie omgegaan?/Wat maakte hem/haar gelukkig?/Waaruit bestond de zorg thuis?/... .  
*Mevrouw ging veel weg samen met haar partner en hield enorm van reizen maken. Zij kon opvliegend/boos zijn tijdens de dagen dat zij in het dagopvangcentrum verbleef. Mijnheer heeft haar zo lang hij kon thuis verzorgd. Maar wanneer voor hem het evenwicht tussen draagkracht en draaglast verdween, werd mevrouw opgenomen in het woon- en zorgcentrum.*

### **Stap 3: Uitsluitingsdiagnosen:**

- Psychisch: depressie/delir/dementieel syndroom/hersenletsel ... . *Bij mevrouw is er sprake van een dementieel syndroom, waarschijnlijk de ziekte van Alzheimer.*
- Fysisch: pijn/verhoogde temperatuur/controle bloeddruk/neurologisch onderzoek/wijzigende labresultaten (Creatinine, Ureum)/verandering in stoelgangpatroon/urinewegproblemen ... . *Bij mevrouw wordt er specifiek geobserveerd dat zij genoeg drinkt ter preventie van urinewegproblemen, tegen uitdroging en om haar alertheid op peil te houden. Er wordt voor haar een vochtinname-rapportage bijgehouden. Bij haar wordt er regelmatig gekeken in samenspraak met de arts, het team en haar familie of de pijnstilling voldoende is. Neurologisch onderzoek werd er bij haar niet uitgevoerd. Er wordt goed geobserveerd of er geen stoelgangproblemen zijn door dagelijkse rapportage ervan.*
- Medicatiegebruik: beïnvloedende medicatie/veranderingen in medicatie .... *Bij haar werd de pijnstilling opgedreven van één keer 1g Dafalgan® Forte per dag naar twee keer 1g per dag en indien nodig wordt er nog een derde Dafalgan® bijgegeven. Ook werd de Risperdal® opgedreven van twee keer per dag naar drie keer per dag.*
- Sociaal: interpersoonlijke relaties ...
- Omgevingsfactoren: te veel/te weinig lawaai, overstimulering/onderprikkeling, architectonisch te grote/te kleine leefruimte, meubilair (aangepaste rolstoel/zetel/bed/bad) ... . *Mevrouw verblijft op een eenpersoonskamer waar er niet echt veel ruimte is voor de rolstoel waar zij overdag in zit.'s Morgens, na het ochtendtoilet, wordt zij uit bed gehaald en in haar rolstoel geplaatst. Zij wordt dan*

naar de leefruimte gebracht. Mevrouw zit in een op maat aangepaste rolstoel (zie foto p55). Ze kan enorm genieten van het alleen op haar kamer zitten met relaxatiemuziek op de achtergrond en sfeerverlichting. In de leefruimte geniet zij van de aandacht die ze krijgt door de medewerkers.

- Spiritueel/existentieel: ik roep om aan te geven dat ik er ondanks mijn dementeringsproces ook nog ben. Ik wil gewoon aangeven dat ik nog altijd leef? *Ik denk soms dat mevrouw tijdens de verzorgingsmomenten wil zeggen dat ze zich niet graag bloot geeft elke dag opnieuw, dat er in het roepgedrag een soort van schaamtegevoel schuilt wanneer zij uitgeteeld en verzorgd wordt. En wanneer haar partner bij haar is roept ze ook, maar misschien is dit om zijn aandacht te vragen?*

#### **Stap 4: Betekenis geven aan het roepgedrag:**

Wanneer er na het uitvoeren van de vorige stap nog roepgedrag blijft bestaan, komt men tot het eigenlijke roepgedrag. Nu kan men proberen te achterhalen over welke vorm van roepgedrag het gaat:

- Doelloos of ontremd roepgedrag enerzijds,
- Doelgericht of functioneel roepgedrag anderzijds:
  - Appélroepen;
  - Interactieroepen;
  - Hardop in zichzelf praten;
  - Chatterboxen.

*Ik denk dat het bij mevrouw om beide soorten roepgedrag gaat. Wanneer er niemand in de buurt is, kan men spreken van doelloos of ontremd roepgedrag. Dit roepgedrag verschijnt zonder enige aanleiding en verdwijnt soms heel snel. Het is alsof het ongecontroleerd is.*

*Soms is er ook sprake van doelgericht roepgedrag: waarbij het gaat om appélroepen (zie je mij en hoor je mij) en interactieroepen (zij geeft aan dat het voor haar veel te druk is).*

- Trachten betekenis te geven vanuit de belevingsaspecten van het roepgedrag: dit via gissen & missen. *Mevrouw bevindt zich in de derde fase van het dementeringsproces( = de verzonken ik fase). Hierbij kan het roepgedrag dus een boodschap zijn van:” hoor mij, zie mij”.*

#### **Stap 5: Acties plannen = gissen & missen:**

- Interdisciplinair overleg: *werd al uitgevoerd op 19/09/2006.*

- *Multidisciplinair overleg: er wordt regelmatig overleg gepleegd over het roepgedrag van mevrouw waarbij dan ook de diëtiste, de kinesist, de medewerkers, huisarts, partner en medewerkers aanwezig zijn.*
- *Muziektherapie: bij het ochtendtoilet zal er bij mevrouw steeds relaxatiemuziek worden opgezet.*
- *Snoezelen: mevrouw wordt niet meegenomen naar de snoezelruimte.*
- *Actin Pass (=PDL): Ze krijgt wekelijks een relaxatiebad volgens de PDL - principes, met de bijbehorende muziek, sfeerverlichting en geurverspreider.*
- *Aromatherapie: er staat dagelijks een aromastream op de kamer die een lekker geurtje verspreidt in haar kamer.*
- *Massage: mevrouw wordt rustig wanneer zij een hoofd - of voetmassage krijgt. Haar partner doet dit dagelijks na het avondmaal.*
- *Aandachtspersonenwerking: iedere bewoner heeft op deze woongemeenschap enkele bewoners als aandachtspersoon. Deze medewerker zal dan tijdens vergaderingen / overlegmomenten het woord nemen voor zijn aandachtspersonen.*
- *Attitude van de hulpverleners: Tijd maken, zachte benadering, warme zorg, rust brengen: bij de contactmomenten met haar wordt zij echt met een heel zachte benadering aangesproken en benaderd. Er wordt warme zorg toegediend door zorg op maat aan te bieden. En via sfeerverlichting en rustgevende muziek probeert men de verschillende verzorgingsmomenten zo rustig en aangenaam mogelijk te maken voor haar.*
- *Aanpassen geneesmiddelen: Veranderen/verminderen/vermeerderen, pijntherapie: de pijnstilling van mevrouw werd opgedreven evenals de medicatie om wat rustiger te zijn. (zie p65, stap3: medicatiegebruik)*

### **Stap 6: Evalueren:**

- *Wat was het resultaat van de uitgevoerde acties? Soms hebben de acties het beoogde resultaat en roept ze een periode minder of zeer weinig. Mevrouw is dan zeer alert, volgt de bewegingen rondom haar. Wanneer zij dan een verzorging krijgt toegediend roept zij nauwelijks. Op andere momenten wanneer er hetzelfde wordt gedaan, kan zij toch veel roepen. Misschien speelt bij mevrouw ook de stem van de persoon die haar verzorgt, een rol?*

- Zijn er andere acties nodig? *De acties worden voortdurend bijgestuurd en besproken. Wat werd er misschien toch anders uitgevoerd? Wie heeft de verzorging uitgevoerd, hoe wordt ze gewassen, welke muziek was er te horen op de achtergrond, welke geur was er op de aromastream aangebracht, ...?*
- Moeten de huidige acties bijgestuurd worden? *Bij mevrouw worden de acties regelmatig besproken en bijgestuurd. Er wordt bijna dagelijks nagegaan hoe de verzorgingsmomenten zijn verlopen. En blijkt dat mevrouw zeer weinige periodes heeft waarin ze bijna geen roepgedrag vertoont. Voor haar geldt echt de uitdrukking die hieronder staat. En is het een continu proces.*

**Het is een continu proces van evalueren en herevalueren, en is uniek voor elke bejaarde met roepgedrag**

**(Stap 7: Mentale palliatieve fase):**

Het roepgedrag blijft in die mate bestaan dat de situatie als mensonwaardig wordt aanzien en ethisch overleg moet plaatsvinden.

*Dit is nog niet van toepassing bij mevrouw.*

## ALGEMEEN BESLUIT

Om tot dit resultaat te komen, heb ik mogen ervaren dat de informatie betreffende roepgedrag zeer beperkt is én moeilijk te vinden. Er wordt wél veel onderzoek gedaan naar dementie in het algemeen, maar er wordt zeer weinig onderzoek naar roepgedrag gedaan. Het zoekwerk naar informatie was het moeilijkst. Wanneer ik dan verder zocht naar een mogelijke oplossing of mogelijke medicatie die specifiek werkt tegen het roepgedrag, dan zat ik helemaal vast. Hierdoor ontstond vrij snel de idee om samen met de medewerkers van de woongemeenschap een werkbaar stappenplan uit te werken.

Ik wou niet zomaar een eindwerk schrijven. Maar een eindwerk dat nadien nog bruikbaar is en een handleiding kan betekenen bij het hanteren van het stappenplan bij roepgedrag.

Het stappenplan kan een werkbaar instrument worden in het leren omgaan met roepgedrag en het zoeken naar een oplossing voor dit gedrag. Maar wat vaststaat is dat het een opdracht is die zeer veel tijd, geduld en continu inzet vergt van iedereen. Het is een zoektocht met vallen en opstaan, die kan leiden tot het verminderen van het roepgedrag of het geven van betekenis aan het roepgedrag of soms enkel het op de best mogelijke wijze leren omgaan met het roepgedrag.

Gezien de beperkte resultaten qua onderzoek en dito literatuur is het een bevestiging dat het vooral de benadering van de persoon is die mee zal bepalen hoe men kan reageren op roepgedrag. Het zal dus iets zeggen over de cohesie van een team, wanneer men kan aangeven van: “het lukt goed bij mij om rust te brengen bij die bewoner”, dus ik neem die bewoner over om verder te verzorgen.

Het stappenplan is bedoeld om gebruikt te worden in de residentiële settings waar het roepgedrag vrij veel voorkomt.

Voor mij was het schrijven van dit eindwerk een uitdaging die ik met beide handen heb aangegrepen om iets concreets te doen aan een probleemgedrag dat voor al de personen die met roepgedrag geconfronteerd worden enorm zwaar is.

Hopelijk kan het stappenplan in de toekomst hiervoor een hulpmiddel zijn



## BIBLIOGRAFIE

### Uitgegeven bronnen:

#### Boeken:

- Drewel, A., Hazelhof, T., (1998), *Methodisch begeleiden van ouderen met gedragsproblemen*. Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen
- Krook K., van Straaten G., (2003), *Hoezo lastig! Omgaan met probleemgedrag van ouderen*. HB uitgevers, Baarn
- Pot A.M., Broek P., Kok R., (2001), *Gedrag van slag. Psychologie en ouderen 5*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem: p19
- Stokes, G., (1996), *Probleemgedrag bij demente ouderen 2: Schreeuwen en gillen; signalering, preventie en aanpak*; Intro, Baarn.
- Verdult, R., (1993), *Dement worden: een kindertijd in beeld. Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen*. Intro, Baarn,
- Verdult, R., (2004), *De pijn van dement zijn. De belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag*, HB uitgevers, Baarn: p153 – p 162
- (1999), *Gecommentarieerd geneesmiddelen repertorium*, Belgisch Centrum voor farmacotherapeutische informatie.
- (2003), *Medex - Medasso, Uitgave voor geneesheren*, MediMedia Belgium .

### Onuitgegeven bronnen:

- De Smet, S. (2006), *Inleiding in het leren omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag*,
- Een personalistisch model voor ethiek in de zorg, Axel Liégeois, TGE jaargang 15 – nr3, 2005, p75 - 79
- Immegeers, V. (2006). *Pathofysiologie: klinische beelden in de geriatrie*: hoofdstuk dementie. Derde jaar Bachelor in de Verpleegkunde afstudeerrichting Geriatrie verpleegkunde Campus Dirk Martens Aalst
- *Medisch dossier* van Mevrouw (in het WZC)
- Nota's omgaan met moeilijk hanteerbaar gedrag na het volgen van een informatie –avond omtrent dit thema.
- PPT presentatie: (2006), *Dementie en verdere de gegevens*, in het kort van 1ste blz presentatie
- PPT presentatie: (2006), *Omgaan met dementerende bewoners binnen WZC St. Rafaël*
- Tekst: *Roepen bij dementerenden*, Guy Lorent, PC Caritas, Melle
- Tekst: *Roepgedrag bij dementie: epidemiologie, pathofysiologie en behandeling*, Estercam S., Engelborghs S., De Deyn P.P.(2005)
- Tekst: *Therapy and management of frontal lobe dementia patients*, artikel toegestuurd gekregen. Auteur onbekend.

- Van Rampelberg, S. (2006). *Organisatietechnieken*: p12. Derde jaar Bachelor in de Verpleegkunde afstudeerrichting Geriatrische Verpleegkunde Campus Dirk Martens Aalst.

### Internet:

<http://www.dementia.nl/>

Uitleg in verband met dementie

<http://www.dementia.nl/alzheimer/index.htm>

Uitleg in verband met dementie

<http://www.dementia.nl/vormen/verwardheid.htm>

Verschillende vormen van dementie

<http://www.dementia.nl/dementie/diagnose.htm>

Verschillende vormen van dementie

[http://www.neurology.org/cgi/content/full/56/suppl\\_4/S41](http://www.neurology.org/cgi/content/full/56/suppl_4/S41)

Therapy and management of frontal lobe dementia patients

[http://www.vvn-vvp.be/library/documents/vvp/abstracts\\_lentevergadering\\_vvp\\_2005.doc](http://www.vvn-vvp.be/library/documents/vvp/abstracts_lentevergadering_vvp_2005.doc)

tekst: roepgedrag bij dementie

[www.deutsche-alzheimer.de/.../A\\_Alzheimer.jpg](http://www.deutsche-alzheimer.de/.../A_Alzheimer.jpg)

Foto Aloïs Alzheimer

[www.linternaute.com/.../images/alzheimer.gif](http://www.linternaute.com/.../images/alzheimer.gif)

Foto Alzheimerhersenen

[www014.upp.so-net.ne.jp/.../Gehirn-gif/GK36.gif](http://www014.upp.so-net.ne.jp/.../Gehirn-gif/GK36.gif)

Foto Lewy body dementie hersenen

Foto Hersenen ziekte van Pick

### Mondelinge informatie:

- Apotheker Wakker: samenwerkende apotheker voor het WZC.
- Haar echtgenoot
- Immegeers, V.: gastdocente CDM Aalst
- Medewerkers van de woongemeenschap Zilverberk
- Pitteurs, F. : coördinator bewonerszorg, WZC Sint – Rafaël, Liedekerke
- Van Londersele, C.: docente verpleegkunde CDM Aalst
- Van Venrooi, A.: coördinerend raadgevend arts (CRA) van het WZC Sint – Rafaël
- Vermoesen, D.: Afdelingshoofd woongemeenschap Zilverberk, WZC Sint – Rafaël, Liedekerke
- Vrancken, T.: docente verpleegkunde CDM Aalst
- Prof. Dr. J.P. Baeyens
- Prof. C. Van Broeckhoven

BIJLAGE

BIJLAGE 1: abstract eindwerk

## BIJLAGE 1



*KaHo Sint-Lieven*

*Opleiding verpleegkunde*

**Campus Dirk Martens**

**Campus Waas**

**Campus Dirk Martens**

Kwalestraat 92-94, B -9320 AALST  
Tel.: 053 72 71 70 - Fax: 053 72 71 00  
E-mail: [info.aalst@kahosl.be](mailto:info.aalst@kahosl.be)

**Campus Waas**

Hospitaalstraat 23, B-9100 Sint-Niklaas  
Tel. : 03 776 43 48 – Fax 03 766 34 62  
E-mail: [info.himm@kahosl.be](mailto:info.himm@kahosl.be)

**Roepgedrag bij dementerenden: een mogelijke aanpak.**

Vanmulders N.

Studiegebied Gezondheidszorg, Bachelor in de Verpleegkunde: optie geriatrie, Katholieke hogeschool Sint – Lieven, Campus Dirk Martens, 2006 – 2007.

**Situering van het probleem:** Roepgedrag is een probleem dat bij ¼ van de dementerende bejaarden optreedt. Dit gedrag vormt een probleem voor alle betrokken partijen, van de persoon zelf tot zijn familie, de medebewoners en de hulpverleners. Voor dit probleem wou ik proberen een stappenplan uit te werken dat bruikbaar is in residentiële settings.

**Doelstelling:** Het doel van deze eindwerkscriptie, tot het behalen van het diploma bachelor in de geriatrische verpleegkunde aan de KaHo Sint Lieven - Campus Aalst, was het ontwerpen van een stappenplan dat voor de residentiële settings een hulpmiddel kan zijn wanneer men met roepgedrag geconfronteerd wordt.

**Onderzoeksoepzet:** Gedurende de periode van september 2006 tot december 2006 heb ik informatie opgezocht en verzameld in verband met roepgedrag bij dementerenden. Hieruit kwam duidelijk naar voor dat dit een probleem is dat regelmatig voorkomt, maar waar nog niet echt veel over geweten is. Er is zeer weinig informatie beschikbaar over het omgaan met dit fenomeen. Uit mijn eindwerkstage bleek nog maar eens dat op de woongemeenschap waar ik stage liep ¼ van de dementerende bewoners roepgedrag vertoont. Door mondelinge bevraging van zowel personeel als familie werd duidelijk dat roepgedrag een moeilijk hanteerbaar probleem is.

**Resultaten:** Ik heb in eerste instantie een goed onderbouwde theoretische achtergrond willen schetsen van het probleem, om van daaruit aan de slag te gaan en te komen tot het stappenplan. Dit stappenplan omvat 7 stappen: Stap 1: Beschrijving van het roepgedrag; Stap 2: Het belang van de hetero - anamnese (voorgeschiedenis); Stap 3: Uitsluitingsdiagnosen; Stap 4: Betekenis geven aan het roepgedrag; Stap 5: Acties plannen = gissen & missen; Stap 6: Evalueren en indien nodig Stap 7: Mentale palliatieve fase.

**Algemeen besluit:** Het stappenplan kan een werkbaar instrument worden in het leren omgaan met roepgedrag en het zoeken naar een oplossing voor dit gedrag. Maar wat vast staat is dat het een opdracht is die zeer veel tijd, geduld en continu inzet vergt van iedereen. Het is een zoektocht met vallen en opstaan, die kan leiden tot het verminderen van het roepgedrag of het geven van betekenis aan het roepgedrag of soms enkel het op de best mogelijke wijze leren omgaan met het roepgedrag.