

Hogeschool West- Vlaanderen
Departement Hiepso
Studiegebied gezondheidszorg
OPLEIDING ERGOTHERAPIE
R. De Rudderlaan, 6
8500 Kortrijk



GEBRUIK VAN HET ‘QUALIDEM- MEETINSTRUMENT’ ALS INDICATIE VOOR DE KWALITEIT VAN LEVEN BIJ DEMENTERENDE PERSONEN OPGENOMEN IN HET RVT

BIJDRAGEN TOT DE KWALITEIT VAN LEVEN DOOR INDIVIDUELE
ERGOTHERAPEUTISCHE THERAPIESSESSIES, AANGEPAST AAN DE BEHOEFTE VAN DE
DEMENTERENDE PERSOON

Scriptie aangeboden tot het
behalen van de titel van
bachelor in de ergotherapie

Onder begeleiding van:
Stefaan Lozie
Griet Vandenbroucke

Sarah Boudry

Juni 2007

DANKWOORD

Alvorens u begint met het lezen van dit eindwerk zou ik graag iedereen willen bedanken die een bijdrage, hoe klein ook, heeft geleverd tot het realiseren van mijn eindwerk.

In de eerste plaats wil ik graag de directie van het Woon- en Zorgcentrum 'De Ruyschaert' bedanken. Zij hebben het mogelijk gemaakt dat ik daar mijn eindwerk kon uitwerken.

Daarnaast wil ik ook in het bijzonder Dhr. Stefaan Lozie en Mevr. Griet Vandenbroucke, mijn promotoren bedanken voor de steun en inzet gedurende het maken van dit eindwerk. Ook wil ik de andere medewerkers, personeelsleden en bewoners bedanken voor de aangename sfeer gedurende mijn stageperiode.

Tevens wil ik ook mijn dank betuigen aan Mevr. Nuyttens, mijn stagemonitrice. Zij stond steeds klaar om mij tips en hulp te verstrekken voor de uitwerking van mijn eindwerk.

Dank aan mijn vader, die het voor mij mogelijk maakte om de opleiding ergotherapie te volgen.

Dank aan mijn broers, die mij steeds hebben bijgestaan met raad en daad.

Ik wil ook mijn vriend Pieter bedanken voor de hulp en steun in de momenten waarop ik het wat moeilijker had tijdens mijn studie ergotherapie. Hij gaf mij steeds de moed om terug door te gaan.

Als laatste wil ik ook Mevr. Ilse Masselis van het Expertisecentrum dementie Sophia bedanken, voor het overlezen van dit eindwerk op inhoud, terminologie en juistheid.

Graag had ik onderstaand gedicht nog willen toevoegen, wat mij persoonlijk erg aansprak:

Ik ben een mens
Ik ben een volledige mens
Ik leef op een eigen- geaarde manier
Dat kan soms eigen- aardig zijn
Maar ... Ik wil mezelf blijven
Mijn waardigheid behouden
Waar ik ook woon
Met wie ik ook samenleef:
Krijg ik mijn kans, van jou ?

Cois De Vleeschouwer

INHOUDSTAFEL

Dankwoord	1
Inhoudstafel.....	2
Lijst met gebruikte afkortingen.....	8
Verklarende woordenlijst.....	8
Algemene inleiding.....	10
1 Dementie	12
1.1 Inleiding.....	12
1.2 Wat is dementie	12
1.3 Symptomen van dementie	14
1.3.1 Cognitieve stoornissen	14
1.3.2 Niet- cognitieve stoornissen	17
1.3.3 Beperkingen in het functioneren	21
1.3.4 Bijkomende neurologische en lichamelijke klachten	21
1.4 Soorten dementie	22
1.4.1 De ziekte van Alzheimer	22
1.4.2 Vasculaire dementie	23
1.5 Besluit	23
2 De beleving van dementie bij de dementerende persoon zelf.....	24
2.1 Inleiding.....	24
2.2 De verschuivingen in het beleven	24
2.2.1 Van openheid naar verstarring	24
2.2.2 Van gevoel naar emotie	25
2.2.3 Van reactie naar actie.....	25
2.3 De fundamentele aspecten in de beleving	26
2.3.1 Verlies en rouw	26
2.3.2 Angst als basisgevoel.....	26
2.3.3 Toenemend isolement.....	27
2.4 Hoofdfactoren in de beleving	27

2.4.1	Persoonlijkheid en levensloop	27
2.4.2	De ervaring van het dement worden	28
2.4.3	De omkering van de levensloop.....	28
2.4.4	Institutionalisering	29
2.4.5	Fysieke conditie	30
2.5	De fasen in de beleving	31
2.5.1	Fase 1 : Het bedreigde- ik	31
2.5.2	Fase 2 : Het verdwaalde- ik	32
2.5.3	Fase 3 : Het verborgen- ik.....	32
2.5.4	Fase 4 : Het verzonken- ik	33
2.6	De Behoeften van de dementerende persoon	33
2.7	Besluit	35
3	Belevingsgerichte begeleiding	36
3.1	Inleiding	36
3.2	Uitgangspunten van belevingsgerichte begeleiding	36
3.3	Doelstelling van belevingsgerichte begeleiding verstrekt door de ergotherapeut.....	37
3.4	Belevingsgerichte begeleiding als leerproces	38
3.5	Belevingsgerichte benaderingen	39
3.6	Functies van de Ergotherapie bij de begeleiding van dementerende personen in het RVT ..	39
3.6.1	Het gevoel van eigenwaarde verhogen	39
3.6.2	Huiselijkheid.....	39
3.6.3	Voorzien in een zinvolle dagbesteding	40
3.6.4	Onderhouden van de motoriek.....	40
3.6.5	Stimuleren van het sociaal contact.....	40
3.6.6	Mentaal stimuleren.....	40
3.7	Besluit	40
4	Kwaliteit van Leven	41
4.1	Inleiding	41
4.2	Definitie: Wat is kwaliteit van leven?.....	41
4.2.1	Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie	41
4.2.2	Volgens de 'Qualidem' handleiding, eerste versie Mei 2005, Utrecht: Trimbos- instituut	

4.3	Eigenschappen van de levenskwaliteit	42
4.4	Persoonlijke bedenkingen over de levenskwaliteit bij een diep dementerende persoon.....	42
4.5	Besluit	43
5	kwaliteitszorg	44
5.1	Inleiding	44
5.2	Wat wordt onder ‘kwaliteit’ en ‘kwalitatief goede zorg’ begrepen?	44
5.3	Kwaliteitscriteria voor de ergotherapie vanuit cliëntenperspectief.....	45
5.4	Kwaliteitsvolle beroepsuitoefening door de ergotherapeut.....	46
5.5	Besluit	47
6	Het meetinstrument ‘Qualidem’	48
6.1	Inleiding	48
6.2	Doelstelling en doelgroep	48
6.3	Theoretisch kader.....	49
6.4	Opbouw van de ‘Qualidem’	50
6.5	Afname en scoring van de ‘Qualidem’	51
6.6	Besluit	52
7	Opzet van dit eindwerk	54
8	Mijn stageplaats : Woon- en zorgcentrum ‘De Ruyschaert ’	56
8.1	Inleiding	56
8.2	Afdeling: De Wende	56
8.3	Afdeling: De Parel	56
8.4	Afdeling: De Ark	56
8.5	Dagverzorgingscentrum: De Pendel	56
8.6	De visie van het Woon- en zorgcentrum ‘De Ruyschaert’	57
8.6.1	De manier van werken	57
8.6.2	Doelstellingen	58
8.7	Doelpubliek en afdeling voor het uitwerken van mijn eindwerk.....	58
8.8	Besluit	58
9	Voorstelling van de vier volgcliënten voor het uitwerken van mijn eindwerk.....	59

9.1	Inleiding	59
9.2	Probleemdefiniëring van volgcliënt 1:	59
9.3	Probleemdefiniëring van volgcliënt 2:	60
9.4	Probleemdefiniëring van volgcliënt 3:	62
9.5	Probleemdefiniëring van volgcliënt 4:	63
10	Eerste afname van het meetinstrument ‘Qualidem’	65
10.1	Inleiding	65
10.2	Scores van de ‘Qualidem’ per subschaal voor mijn vier volgcliënten.....	66
10.2.1	Volgcliënt 1: T.F.....	66
10.2.2	Volgcliënt 2: G.V.....	66
10.2.3	Volgcliënt 3: A.C.....	67
10.2.4	Volgcliënt 4: M.-T. M.....	67
10.3	Algemeen Besluit.....	68
11	Individuele therapie sessies/activiteiten	69
11.1	Inleiding	69
11.2	Volgcliënt 1: T.F.....	69
11.2.1	Activiteit: Fotoalbum met foto’s van vroeger.....	69
11.2.2	Voorlezen van gedichten en teksten uit ‘De Rustbank’	70
11.2.3	Projectie film: ‘Maria van Lourdes’	72
11.2.4	Activiteit: Snoezelactiviteit.....	73
11.2.5	Activiteit: Wandeling door Marke	74
11.2.6	Activiteit: Bezoek aan het kerkhof in Marke	75
11.2.7	Poetsen van het goudwerk van mijn volgcliënt	76
11.3	Volgcliënt 2: G.V.....	78
11.3.1	Activiteit: Fotoboek: Baby’s.....	78
11.3.2	Activiteit: Breien.....	79
11.3.3	Activiteit: Maken van parelketting	80
11.3.4	Activiteit: Huishoudelijk werk.....	81
11.3.5	Activiteit: Hulp bij maaltijdbegeleiding	82
11.3.6	Activiteit: Wandelen naar afdelingen in het rusthuis.....	83
11.3.7	Activiteit: Gezichtsverzorging en het lakken van de vingernagels.....	84
11.3.8	Activiteit: Babypop.....	85

11.4	Volgcliënt 3: A.C.....	87
11.5	Volgcliënt 4: M.-T. M.....	88
11.5.1	Activiteit: Fotoboek: Bloemen.....	88
11.5.2	Activiteit: Validation: Spiegelen + oogcontact.....	89
11.5.3	Activiteit: Voelborden	90
11.5.4	Activiteit: Handmassage	91
11.5.5	Activiteit: Planten van bloemen in de bloembak	92
11.5.6	Activiteit: Snoezelbad.....	93
11.5.7	Activiteit: Zintuigactivering: snoezelruimte: massagematras, projectie van aquarium op witte muur	94
11.6	Besluit	95
12	Tweede afname van het meetinstrument ‘Qualidem’, na individuele Therapiesessies / activiteiten.....	96
12.1	Inleiding	96
12.2	Volgcliënt 1: T.F.....	96
12.3	Volgcliënt 2: G.V.....	96
12.4	Volgcliënt 3: A.C.....	97
12.5	Volgcliënt 4: M.-T.M.....	97
12.6	Besluit	97
13	Conclusies: vergelijking scores eerste en tweede afname, na individuele therapiesessies.	98
13.1	Inleiding	98
13.2	Volgcliënt 1: T.F.....	98
13.2.1	Besluit	99
13.3	Volgcliënt 2: G.V.....	99
13.3.1	Besluit	100
13.4	Volgcliënt 4: M.-T.M.....	101
13.4.1	Besluit	101
14	Conclusies omtrent het gebruik van het meetinstrument ‘Qualidem’	103
14.1	Inleiding	103
14.2	Mijn bevindingen en aanbevelingen betreffende het gebruik van het meetinstrument ‘Qualidem’	103

14.3	Hoe kan het meetinstrument 'Qualidem' verder gebruikt worden binnen mijn stageplaats?	104
14.4	Verdere bedenkingen	105
	Algemeen besluit	107
	Lijst met figuren.....	109
	Lijst met tabellen	109
	Lijst met grafieken.....	109
	Bronvermelding	110
	Bronvermelding	110
	Boeken.....	110
	Artikelen	110
	Cursussen opleiding ergotherapie	110
	Infobrochures	111
	Internetsites	111
	Afbeelding.....	111
	Gedicht.....	111

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

- **WZC:** Woon- en zorgcentrum
- **RVT:** Rust- en verzorgingstehuis
- **DSM-IV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition
- **KTG:** Kortetermijngeheugen
- **LTG:** Langetermijngeheugen
- **PDL:** Passiviteiten van het dagelijkse leven
- **ADL:** Activiteiten van het dagelijkse leven
- **WHO:** World Health Organisation
- **VUmc:** VU medisch centrum
- **VZW:** Vereniging Zonder Winstoogmerk
- **m.b.t.:** met betrekking tot
- **etc.:** et cetera

VERKLARENDE WOORDENLIJST

- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV):** ¹

Dit is de vierde uitgave van een medische handleiding, verschenen in juni 1994 onder de verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. Het is een classificatie van de psychische stoornissen, ontwikkeld voor gebruik bij hulpverlening, opleiding en onderzoek.

- **Persistentie:** ²

Persistentie betekent dat iets lang in stand blijft. In mijn eindwerk betekent dit dat de prikkels die via de zintuigen worden opgenomen in het zenuwstelsel daar enige tijd aanwezig blijven om geïnterpreteerd te worden. In het kader van mijn eindwerk wordt deze persistentie ook het zintuiglijk of sensorisch geheugen genoemd.

- **Neurofibrillaire tangles:** ³

Neurofibrillair heeft betrekking op de microscopische vezelstructuren binnen zenuwcellen en hun uitlopers. Tangles zijn komvormige structuren die bestaan uit een slecht oplosbare kluwen eiwitten, die in het cellichaam van het neuron voorkomen.

¹ Dr. DE COCK, L., Antwoorden op al uw vragen over dementie, Davidsfonds, Leuven, 1997, blz. 19.

² WIKIPEDIA, Persistentie, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Persistentie>

³ Expertisecentrum Dementie, bundel: Basisvorming Dementie: verklarende woordenlijst, blz. 28-30.

- Seniele Plaques: ¹

Seniele plaques zijn opeenhopingen van amyloïd, een bepaald eiwit; ze spelen een essentiële rol bij de afsterving van zenuwcellen in de hersenen.

- Deficiëntie: ²

Een deficiëntie is een tekort. In het medisch vakgebied wordt het woord deficiëntie gebruikt om een tekort aan een bepaalde stof of een tekort van een bepaalde functie aan te duiden. In het kader van mijn eindwerk wordt gesproken over 'deficiëntie- behoeften'. Dit zijn de eerste vier behoeften binnen de behoeftehiërarchie van Maslov.

- Regressie: ³

Regressie is een begrip uit de psychologie. Bij regressie keert iemand als het ware terug naar een eerdere fase van levensontwikkeling. In mijn eindwerk wordt gesproken over 'regressieve krachten'. Dit wil zeggen dat deze krachten ervoor zorgen dat de dementerende persoon zich niet verder ontwikkelt maar terugkeert naar een eerdere fase van levensontwikkeling

- Musculus Supraspinatustendinitis: ⁴

Musculus Supraspinatustendinitis is een ontsteking van de pees van de Musculus Supraspinatus. De functie van deze spier is abductie. De spier zorgt ervoor dat de kop van de bovenarm op zijn plaats blijft in het schoudergewricht.

- Osteoporose: ⁵

Osteoporose is een syndroom dat de dichtheid van de botten beïnvloedt, waardoor deze brozer worden en makkelijk breken. Het belangrijkste mineraal waar het bot uit opgebouwd is bestaat uit een verbinding van calcium en fosfaat. Osteoporose wordt vastgesteld door middel van het meten van de mineraalbotdichtheid.

- Refluxoesophagitis: ⁶

Reflux betekent 'terugvloeien'. De oesofagus is een synoniem voor de slokdarm, die een onderdeel vormt van het spijsverteringsstelsel. Refluxoesophagitis verwijst dus naar een ontsteking van de slokdarm, waardoor maagzuur terugvloeit.

¹ Expertisecentrum Dementie, bundel: Basisvorming Dementie: verklarende woordenlijst, blz. 29.

² WIKIPEDIA, Deficiëntie, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Defici%C3%ABntie>

³ WIKIPEDIA, Regressie, http://nl.wikipedia.org/wiki/Regressie_%28psychologie%29

⁴ WIKIPEDIA, Musculus Supraspinatustendinitis, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Supraspinatus>

⁵ WIKIPEDIA, Osteoporose, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Osteoporose>

⁶ WIKIPEDIA, Refluxoesophagitis, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Reflux> & <http://nl.wikipedia.org/wiki/Oesophagus>

ALGEMENE INLEIDING

Lang heb ik nagedacht over een onderwerp die mij zou boeien, zodanig dat ik er een scriptie zou kunnen over brengen. Uiteindelijk besloot ik om mij te verdiepen in de problematiek van dementie en de levenskwaliteit van de dementerende oudere, opgenomen in het rust- en verzorgingstehuis.

Naarmate de leeftijd stijgt, krijgt de ouder wordende mens vaak te kampen met een daling van de mogelijkheden en capaciteiten. Wanneer deze persoon dan wordt geconfronteerd met dementie, zorgen de bijkomende stoornissen ervoor dat zijn/haar leven er ook echt onder gaat lijden. Naargelang het dementeringsproces vordert, raakt de persoon steeds meer afhankelijk van anderen om aan zijn/haar behoeften tegemoet te kunnen komen. Wanneer het moment dan aanbreekt dat de zorg niet meer kan worden opgevangen door de partner of naasten, is een opname in het RVT vaak noodzakelijk.

Terwijl de dementerende persoon over steeds minder capaciteiten beschikt, moet deze zich toch opnieuw aanpassen aan een nieuwe omgeving. Als toekomstig ergotherapeut en hulpverlener is het belangrijk om de dementerende persoon te begeleiden binnen dit dementeringsproces en ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk tegemoet kan worden gekomen aan de behoeften van de oudere dementerende persoon. Dit weliswaar binnen de eigen grenzen en mogelijkheden.

Daarom ben ik, als studente ergotherapie, de uitdaging aangegaan om een eindwerk te schrijven omtrent de verbetering van de levenskwaliteit van de dementerende rusthuisbewoner. Meer bepaald heb ik ervoor gekozen om aan de hand van een bestaand meetinstrument: 'Qualidem', de kwaliteit van leven na te gaan en individuele aangepaste interventies toe te passen ter verbetering hiervan. Net omdat het voor de dementerende mens zo moeilijk is om de eigen wensen en verlangens te uiten, wil ik een bijdrage leveren aan zijn/haar dagelijkse bestaan en de kwaliteit ervan.

Ik sluit mij aan bij de visie dat leven met dementie nog wel degelijk kwaliteit kan bezitten. In dit eindwerk wil ik dan ook nagaan hoe de kwaliteit van leven met dementie kan worden verbeterd.

Gedurende een periode van twaalf weken heb ik in het WZC 'De Ruyschaert' te Marke mijn scriptie uitgewerkt. Dit binnen de afdeling 'De Ark', waar zich onder andere dementerende bejaarden bevinden die hun hulpvraag niet of héél moeilijk kunnen verwoorden.

**GEBRUIK VAN HET 'QUALIDEM- MEETINSTRUMENT' ALS INDICATIE VOOR DE KWALITEIT VAN
LEVEN BIJ DEMENTERENDE PERSONEN OPGENOMEN IN HET RVT**

-

Bijdragen tot de kwaliteit van leven door individuele ergotherapeutische therapie sessies, aangepast aan de
behoeften van de dementerende persoon

DEEL 1:
THEORIE



SARAH BOUDRY

Scriptie aangeboden tot het
behalen van de titel van
bachelor in de ergotherapie

1 DEMENTIE

1.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk van dit theoretisch deel zal ik eerst en vooral het ‘dementieel syndroom’ schetsen met de belangrijkste symptomen en vormen. Wanneer het ouder worden gepaard gaat met dementie heeft dit een grote impact op de persoon en gaat dit samen met allerlei symptomen. In het komende hoofdstuk bespreek ik eerst de voornaamste symptomen om daarna over te gaan naar de toelichting van de vormen van dementie. Binnen dit eindwerk heb ik mij bewust beperkt tot deze vormen van dementie die voorkomen bij mijn vier volgccliënten.

Binnen de rangschikking in de vormen van dementie zijn er tal van classificaties en indelingen beschikbaar. Ikzelf heb ervoor geopteerd om de types in te delen volgens de ordening van Dr. L. Demey, Opleiding referentiepersoon dementie.

1.2 Wat is dementie ¹

Dementie is een verzamelnaam voor verschillende aandoeningen. Het is geen ziekte op zichzelf maar een syndroom dat verwijst naar een onderliggende ziekte.

Het begrip dementie, is afgeleid van het Latijnse dementia en bestaat uit twee delen: de (= ont-) en mens (= geest). Strikt genomen kan er dus worden gesproken van ‘ontgeesting’ of ‘ontdaan van de geest’.

Bij dementie staan meervoudige cognitieve functiestoornissen centraal. Deze invaliderende ziekte brengt naast de cognitieve ook affectieve, gedragsmatige en functionele symptomen met zich mee.

“Dementie betekent een toenemende vermindering van de mogelijkheid tot onthouden, denken en redeneren: een gaandeweg aftakelen van wat werd aangeleerd en het toenemende onvermogen om iets nieuws aan te leren.” ²

Om te kunnen spreken van dementie, moet de persoon in kwestie aan bepaalde criteria voldoen. Dementie wordt opgevat als een syndroom, gekenmerkt door klinisch observeerbare symptomen. Deze symptomen worden omschreven in diagnostische criteria. Deze werden opgesteld door de American Psychiatric Association en gepubliceerd in de beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV.

¹ Dr. DE COCK, L., Antwoorden op al uw vragen over dementie, Davidsfonds, Leuven, 1997, blz. 13-16.

² CONSTANDT - DE VISSCHER, C., MOERAERT, R., Kwaliteitsvolle zorg voor dementerende ouderen: deel 1, Kluwer, Diegem, 2000, blz. 54.

Hier volgt een overzicht van de vastgelegde criteria waaraan alle dementies moeten voldoen: ¹

A. *“Er moeten meerdere cognitieve stoornissen aanwezig zijn:*

1. *Er moeten noodzakelijke geheugenstoornissen (amnetische stoornissen) aanwezig zijn. Zoniet is er zelfs geen sprake van dementie. Die geheugenstoornissen blijken uit een verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren.*
2. *Daarnaast moet er minstens een van de vier volgende cognitieve stoornissen aanwezig zijn:*
 - a) *afasie of taalstoornissen;*
 - b) *apraxie of het verminderde vermogen om motorische handelingen uit te voeren ondanks het feit dat de motorische functies intact zijn;*
 - c) *agnosie of het onvermogen om objecten te herkennen of thuis te brengen ondanks het feit dat de sensorische functies intact zijn;*
 - d) *stoornis in de uitvoerende functies, dat wil zeggen:*
 - *plannen maken;*
 - *organiseren;*
 - *opeenvolgend handelen;*
 - *abstraheren.*

B. *De vermelde cognitieve stoornissen moeten:*

een significante beperking in het sociale of beroepsmatige functioneren veroorzaken;

én een significante beperking ten opzichte van het vroegere niveau van functioneren betekenen.

C. *De vermelde cognitieve stoornissen mogen niet uitsluitend voorkomen tijdens het verloop van een delirium.*

D. *Wanneer men het soort dementie (ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, secundaire dementie) wil aanduiden zijn er voor elke soort nog één of meer criteria vastgelegd.”*

Binnen dit eindwerk beperk ik mij tot het geven van de vastgelegde criteria waaraan alle dementies moeten voldoen. In punt 1.4. ‘Soorten dementie’ bespreek ik wel de vormen van dementie die zich voordoen bij mijn volgclicënten voor het uitwerken van het praktisch gedeelte van deze scriptie.

¹ Dr. DE COCK, L., o.c., blz. 14.

1.3 Symptomen van dementie ¹

Het dementeringsproces is een proces dat voor elke dementerende persoon individueel is. Naast de essentiële cognitieve stoornissen hebben niet-cognitieve stoornissen ook een aandeel binnen het dementeringsproces. Bij de dementerende persoon is er niet enkel sprake van louter cognitieve deficits, maar zijn er ook vaak andere neurologische en somatische symptomen aanwezig.

1.3.1 Cognitieve stoornissen ^{2 3}

“Onder cognitie wordt verstaan: het geheel van processen dat betrokken is bij de verwerking van informatie. Waarneming, aandacht en concentratie, denken, geheugen, taal en handelen zijn functies die betrokken zijn bij het ontvangen, verwerken, opslaan, ophalen en gebruiken van informatie.” ⁴

De cognitieve achteruitgang is een duidelijk symptoom van dementie. Het verval van cognitieve capaciteiten heeft bijgevolg een grote invloed op de persoon, voornamelijk op het gedrag en de emoties. De ernst en uitval van bepaalde cognitieve vermogens is afhankelijk van de plaats van hersenbeschadiging.

a. Stoornissen van de zintuigen

Zintuigen zijn heel belangrijk voor het opdoen van informatie uit de omgeving. Bij ouderen functioneren deze zintuigen vaak niet meer naar behoren, waardoor tevens problemen met het geheugen kunnen ontstaan. De toestand van de zintuigen speelt een belangrijke rol bij het geheugen.

b. Aandachts- en concentratiestoornissen

De werking van het geheugen vereist een goede aandacht en concentratie. Prikkels uit het milieu moeten opgemerkt kunnen worden, om vervolgens in het geheugen vastgelegd te kunnen worden. Beperkingen in de aandacht of stoornissen in de concentratie kunnen resulteren in een geringere registratie van deze prikkels in het geheugen.

c. Geheugenstoornissen (amnesie) ⁵

Het geheugen bestaat uit verschillende subsystemen, die samen een complex geheel vormen. Informatie bereikt de zintuigorganen en gaat via het zenuwstelsel naar de hersenen. Daar blijven de prikkels enige tijd in het zenuwstelsel hangen en worden ze geïnterpreteerd. Deze persistentie wordt het sensorisch of zintuiglijk geheugen genoemd. Onder dit sensorisch geheugen behoren: het iconisch, echoïsch en haptisch geheugen. Het iconisch geheugen is de sensorische opslagplaats voor het zicht. Het sensorische opslagsysteem voor het gehoor wordt het echoïsch geheugen genoemd. Het haptisch

¹ Dr. DE COCK, L., o.c., blz. 23- 37

² Ibidem, blz. 23-28.

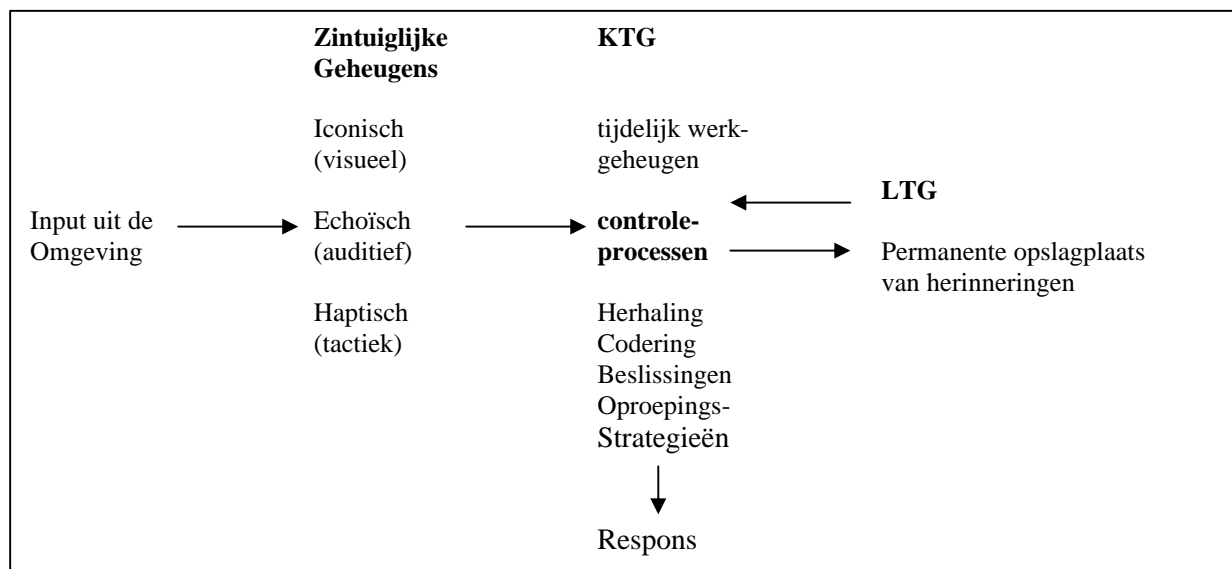
³ VAN DER KOOIJ C., Gewoon lief zijn?, Lemma, Utrecht, eerste druk, 2002, blz. 78- 79.

⁴ VERDULT, R., Dement worden: een kindertijd in beeld: Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen, Intro, Nijkerk, 1993, blz. 49.

⁵ ROEDIGER, CAPALDI, PARIS, POLIVY, HERMAN, BRYLSBAERT, Psychologie een inleiding, Academia Press, Gent, 2004, blz. 267-270.

geheugen verwijst naar de opslagplaats voor de tactiek.

Vanuit het zintuiglijke geheugen gaat de informatie naar het kortetermijngeheugen (KTG). Informatie in het KTG kan worden vastgehouden zolang deze wordt herhaald. Via controleprocessen kan de informatie van het KTG naar het langetermijngeheugen (LTG) worden overgedragen. Het KTG bevat ook de informatie die uit het LTG wordt opgeroepen. Het LTG is de permanente opslagplaats van herinneringen en informatie.



Figuur 1: Het model van Atkinson en Shiffrin over het geheugen

Bij dementie is er steeds sprake van geheugenstoornissen, maar niet elke geheugenstoornis betekent dementie. Bij dementie moeten geheugenstoornissen twee specifieke kenmerken vertonen:

- Een verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren (falen van het recente geheugen of KTG).
- Zich eerder geleerde informatie niet meer kunnen herinneren (falen van het oude geheugen of LTG).

In de vroege fase wordt voornamelijk het eerste kenmerk opgemerkt bij de dementerende persoon. In een latere fase is ook het falen van het oude geheugen duidelijk aanwezig.

In een ver gevorderd beeld van dementie is er sprake van globaal geheugenverlies. Hier falen zowel het recente als het oude geheugen. Uiteindelijk raakt vrijwel het volledige geheugen verloren, ook de herinnering van eigen verjaardag, woonplaats, naam, etc.

Er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen geheugenstoornissen enerzijds en ouderdomsvergeetachtigheid of andere voorbijgaande, weinig verontrustende verschijnselen anderzijds.

d. Oriëntatiestoornissen

▪ Desoriëntatie in tijd

De dementerende persoon krijgt vaak te kampen met een verlies van tijdsbesef. Dit verlies kan op te merken zijn in verschillende situaties. Zo kan het gebeuren dat de dementerende persoon niet meer weet in welk tijdstip hij/zij leeft. Er kan worden teruggekeerd in het verleden of bepaalde herinneringen kunnen opnieuw herbeleefd worden. Desoriëntatie in tijd kan verschillen inzake ernst en uiting, waarbij een zwaar dementerende persoon totaal geen besef meer heeft van maand of jaartal.

▪ Desoriëntatie in plaats

Wanneer de dementerende persoon niet meer weet op welke plaats hij/zij leeft, is er sprake van een desoriëntatie in plaats. Deze stoornis kan worden opgedeeld in verschillende gradaties:

- Er is besef van plaats, zolang de dementerende persoon zich bevindt in een bekende omgeving.
- De oriëntatie in vertrouwde milieu is goed, maar zodra de dementerende persoon zich buiten deze ruimte vertoeft, loopt het fout met de ruimtelijke oriëntatie.
- Indien een dementerende persoon in een nieuwe omgeving wordt ondergebracht, kan alle houvast voor hem/haar verdwijnen. Nieuwe oriëntatiepunten van de omgeving kunnen niet meer in het geheugen worden opgenomen en soms is de nieuwe situatie voor de dementerende persoon totaal onbegrijpelijk.
- Zwerfneigingen waarbij de persoon doelloos ronddoelt.

▪ Desoriëntatie in persoon

Indien desoriëntatie optreedt met betrekking tot personen, spreekt men van persoonsdesoriëntatie. Ook hier zijn verschillende gradaties van ernst te onderscheiden:

- De naam van de partner, van kinderen of van bekenden wordt vergeten.
- Bekende personen worden niet meer herkend of verward met andere personen.
- De dementerende persoon kent de eigen naam niet meer of herkent zichzelf niet langer in de spiegel.

e. Stoornissen in de taal (afasie)¹

Afasie is een stoornis in het gebruik en het begrijpen van de taal. De ernst van de afasie is afhankelijk van de plaats van hersenbeschadiging. Er is sprake van sensorische afasie waarbij het onmogelijk is om gesproken taal te begrijpen. Motorische afasie verwijst naar het onvermogen om te spreken. Gemengde afasie omvat het onvermogen om gesproken taal te spreken en te begrijpen. Bij afasie wordt het communiceren met de dementerende persoon bemoeilijkt, alhoewel in een ver gevorderd stadium nieuwe benaderingsvormen kunnen worden gebruikt voor communicatie en contact.

¹ HAZELHOF, T., Dementie en psychiatrie in woord en beeld, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2004, blz. 29.

f. Stoornissen in het handelen (apraxie)¹

Apraxie is het onvermogen om doelbewuste handelingen uit te voeren, zonder locomotorische beperkingen. Er is een onderverdeling in ideomotorische, ideatoire, visuoconstructieve en kledingsapraxie:

- Ideomotorisch: het onvermogen om eenvoudige handelingen uit te voeren.
- Ideatoir: het onvermogen om complexe samengestelde bewegingen uit te voeren.
- Visuoconstructief: problemen bij het uitvoeren van ruimtelijk georiënteerde handelingen.
- Kledingsapraxie: problemen bij het zich zelf aan- en uitkleden.

g. Stoornissen in het herkennen (agnosie)

Agnosie is het onvermogen om zich bewust te worden van voorwerpen en zaken die worden waargenomen. Wanneer de dementerende persoon de voorwerpen die hij/zij ziet niet meer herkent, is er sprake van visuele agnosie. Bij akoestische agnosie worden geluiden minder of niet meer herkend. Tenslotte is er tactiele agnosie, waarbij de persoon door aanraking niet meer tot herkennen komt.

h. Stoornissen in het eigen lichaamsschema (somato- topo- agnosie)

Bij het dementeringsproces kunnen stoornissen optreden in het lichaamsschema. Er kan een stoornis zijn in het besef over de grootte/houding/stand of onderlinge verhoudingen van het lichaam als één geheel. Stoornissen kunnen ook optreden in de links- en rechtsoriëntatie en in het idee over de verhouding van het lichaam tot de ruimte of omgeving.

i. Executieve disfuncties²

Hieronder vallen de moeilijkheden bij het maken en organiseren van plannen, het verrichten van opeenvolgende handelingen en het abstraheren of abstractievermogen.

1.3.2 Niet- cognitieve stoornissen^{3 4}

a. Gedragsveranderingen

Tijdens het dementeringsproces spelen veranderingen in het gedrag van de dementerende persoon een zeer belangrijke rol. Deze gedragsveranderingen kunnen ten opzichte van zichzelf of anderen zijn, irriterend of storend werken en kunnen gevaarsituaties voor de omgeving creëren. Vaak vormen deze gedragswijzigingen een zware belasting voor de zorgverleners. De emoties van de dementerende persoon zijn moeilijker te bedwingen, wat zich ook toont in het gedrag. Voor zorgverleners is het gedrag van een bepaalde oudere soms moeilijk te begrijpen. Doordat een dementerende persoon steeds meer gaat leven in het verleden, kunnen deze gevoelens ook teweeg worden gebracht door associaties met gebeurtenissen uit de levensgeschiedenis.

¹ PFIZER, werkmap: Geriatrie een dagelijkse praktijk, tweede editie, 2002, blz. 248.

² Ibidem, blz. 248.

³ Dr. DE COCK, L., o.c., blz. 28- 32.

⁴ VAN DER KOOIJ, C., o.c., blz. 80-82.

Gedragsproblemen zijn een vaak optredend en belastend aspect van dementie. Apathie is frequent aanwezig tijdens het dementeringsproces en belastend voor de zorgverlener. Andere factoren zoals wanen, hallucinaties, motorische onrust, angst, somberheid, ontremming en prikkelbaarheid kunnen probleemgedrag in de hand werken. In de zorg voor de dementerende persoon zijn diverse zorgstrategieën te onderscheiden. De wijze van omgang met de dementerende persoon heeft een effect op het probleemgedrag van de oudere.

Omgangsvormen of zorgstrategieën kunnen zijn: ¹

– Zorgend

Dit houdt in dat de dementerende persoon heel nauwkeurig in de gaten wordt gehouden. De dementerende persoon wordt bemoederd en er worden overdreven zorgen verstrekt. Het gevaar van deze zorg is dat de bewoner steeds minder de kans krijgt om zelf activiteiten uit te voeren, waardoor de nog resterende mogelijkheden ook gaan afnemen.

Een voorbeeld hiervan kan zijn: Aan de ontbijttafel in de leefgroep worden de boterhammen van de dementerende bewoners gesmeerd door het personeel, zodanig dat iedereen zijn/haar boterham op tijd krijgt.

– Ondersteunend

Deze manier van omgang vormt naar mijn mening de beste zorgstrategie. Op die manier wordt de dementerende persoon ondersteund tijdens het dementieproces, maar heeft hij/zij toch nog het gevoel competent en bekwaam te zijn voor het uitvoeren van activiteiten.

Praktijkvoorbeeld: Aan de ontbijttafel in de leefgroep worden de dementerende bewoners gestimuleerd om zelf hun boterhammen te smeren. Op elke tafel wordt een broodmand gezet met wit en bruin brood, een koffiethermos, boter en enkele soorten beleg. Wanneer het voor een bewoner niet lukt om de boterhammen zelf te smeren, wordt hulp aangeboden zodanig dat de bewoner dit wel kan. Wanneer bewoner J. zelf niet in staat is om koffie uit de koffiethermos te verkrijgen, vul ik voor hem een kleine koffiekkan zodanig dat hij zijn koffie zelf kan uitschenken.

– Niet- adaptief

Bij deze zorgstrategie gaat de begeleider niet mee in de belevingswereld van de dementerende persoon. De dementerende persoon wordt onderbroken of gewezen op de realiteit. Gevolgen van deze aanpak kunnen bij de dementerende persoon emotionele labiliteit, onbegrip en depressiviteit veroorzaken.

Een voorbeeld hiervan kan zijn: Een dementerende bewoonster roept elke avond om haar moeder. In plaats van mee te gaan in de belevingswereld, wordt haar gezegd dat haar moeder al lang gestorven is.

¹ DE VUGT, M., Workshop 6: gedragsstoornissen bij dementie, Universiteit Maastricht, internet, http://www.ouderenspsychiatrie.nl/download.asp?link=files/151/presentatie_m_de_vugt.pdf&objectID=151

Gedurende de begeleiding van de dementerende persoon zijn ook agressie en boosheid veel voorkomend. Verdult ¹ stelt dat agressie en boosheid signalen zijn die problemen aangeven bij de dementerende persoon.² Dit gedrag kan gesteld worden als teken van onvrede of bedreiging. Deze onvrede kan met zichzelf zijn of uitgaan van de omgeving. De bedreiging vormt een reactie op gevaar, dat zowel van binnen- als van buitenaf kan komen. Bij boosheid ligt frustratie meestal aan de basis, terwijl agressie ontstaat bij angst en bedreiging. Om geschikt te reageren op zowel boosheid als agressie, is er keuze uit vier interventiestrategieën. Een voorwaarde voor het gebruik van een bepaalde strategie is dat de hulpverlener zichzelf ook goed voelt bij de gebruikte strategie.

Afhankelijk van de persoonlijkheid van de dementerende persoon, de situatie en inschatting van de hulpverlener wordt gekozen voor één van de volgende interventiestrategieën:

– Wapenvrije communicatie

Deze interventie is gebaseerd op een empathische tussenkomst. De begeleider luistert actief naar hetgeen de dementerende persoon vertelt. Er wordt begrip opgebracht voor de ondervinding van de zorgvrager en er wordt niet geprobeerd om een eigen mening door te drijven. Chantage, overdrijven, belachelijk maken of spotten wordt vermeden.

Praktijkvoorbeeld: Een dementerende bewoner J. komt tijdens een besprekingsmoment met een personeelslid bij ons zitten. J. is heel erg bezig met het oorlogsverleden. Ik ga mee in de belevingswereld van J. en luister naar zijn verhaal. Ik tracht J. gerust te stellen door hem ervan te overtuigen dat het nu geen oorlog meer is. Alhoewel J. mij niet gelooft, drijf ik mijn mening niet door. Ik luister naar zijn verhaal en probeer hem te ontmoeten in zijn belevingswereld.

– Alliantievorming

Het woord alliantie wijst op een verbond of een bondgenootschap. Binnen deze interventie gaat de begeleider samen met de dementerende persoon zoeken naar een oplossing. De begeleider laat merken dat hij naast de dementerende persoon staat en hem/haar kan helpen indien nodig.

Praktijkvoorbeeld: Volgcliënt G. is heel onzeker over haar eigen kunnen. Ze heeft steeds nood aan bevestiging en heeft een laag zelfbeeld. Bij de aanvang van een individuele activiteit, aangepast aan haar mogelijkheden en beperkingen, zegt ze dat ze dit niet zal kunnen. Ik vertel G. dat ik haar zal helpen en dat we er samen wel in zullen slagen. G. is gerustgesteld en brengt de activiteit tot een goed einde.

¹ Rien Verdult studeerde ontwikkelingspsychologie aan de universiteit van Groningen met als specialisatie gerontologie. Hij volgde een opleiding tot clientcentered psychotherapeut. Momenteel is hij samen met een andere collega werkzaam als zelfstandig psychotherapeut en gerontoloog in hun eigen praktijk 'Perspektief' te Kessel-Lo in Leuven. Hij verzorgt ook lezingen en trainingen op het gebied van belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen. Verder werkt hij als organisatie- adviseur in verschillende instellingen voor dementerende ouderen.

² VERDULT, R., *o.c.*, blz. 218-225.

– Vermindering van bedreiging

Hier komt de hulpverlener tussen door de bedreiging te verminderen of ongedaan te maken. Er worden maatregelen genomen, waardoor de situatie niet meer als bedreigend wordt ervaren voor de dementerende persoon.

Praktijkvoorbeeld: Een dementerende bewoner R. vertoont verbale agressie tegenover een medebewoner met motorische afasie tijdens de koffietafel. Ik neem R. apart en luister naar zijn verhaal. Vanuit R. zijn beleving voelt hij zich uitgelachen en aangevallen, aangezien hij niet begrijpt wat de medebewoner met afasie hem allemaal vertelt. Vervolgens zorg ik ervoor dat R. een andere plaats krijgt aan de koffietafel.

– Begrenzing

Deze interventie wordt het best gehanteerd wanneer de agressie een gevaar vormt voor zowel de dementerende persoon zelf als voor de begeleider. Hierbij is het de taak om het agressief gedrag te begrenzen, zonder dat de dementerende bewoner wordt veroordeeld of bestraft. Er zijn twee mogelijkheden om agressie te begrenzen:

- Directe begrenzing door concrete opdrachten te geven aan de dementerende bewoner.
- Indirecte begrenzing door de dementerende bewoner een gering aantal keuzemogelijkheden aan te bieden.

Praktijkvoorbeeld: Een dementerende bewoner T. heeft een conflict met een medebewoner. Bewoner T. slaat op de handen van de medebewoner. Ik begrens het gedrag en zeg tegen T.: “Ik zie dat je het niet gemakkelijk hebt, maar ik zou willen dat u zich verontschuldigt tegen medebewoner P.”

b. Stemmingsstoornissen

Wanneer iemand te verduren krijgt met dementie, wordt deze persoon geconfronteerd met tal van onzekere en onveilige gevoelens. Bij dementerende personen komen in 10- 40 % van de patiënten tekenen van een depressie voor.¹

Er zijn dementerende mensen bij wie negatieve gevoelens de bovenhand nemen. Bij anderen kunnen dan gevoelens van vreugde en harmonie worden opgemerkt. Als toekomstig ergotherapeut is het niet steeds eenvoudig om adequaat te reageren op het gemoed van de zorgvrager.

c. Wanen, hallucinaties

In de loop van het dementeringsproces kunnen zowel wanen, hallucinaties als delirium voorkomen.

“Een hallucinatie is een zintuiglijke perceptie, die als werkelijkheid wordt ervaren door degene die hallucineert, maar die niet overeenkomt met wat er in de realiteit gebeurt.”²

Een voorbeeld van een hallucinatie kan zijn dat de dementerende persoon een vreemde vrouw ziet staan in de hoek van zijn/haar kamer.

¹ NUYTTENS, L., Ergotherapie en geriatische problematiek, niet gepubliceerde cursus HOWEST, 2005-2006, blz. 40.

² WIKIPEDIA, Hallucinatie, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Hallucinatie>

“Een waan is het koesteren van denkbeelden die niet overeenkomen met algemeen geaccepteerde opvattingen en/of ideeën waarvan de patiënt niet af te brengen is met logisch redeneren.”¹

Een voorbeeld van een waan kan zijn dat de dementerende persoon denkt dat alle hulpverleners een complot tegen hem/haar vormen. Tijdens een waan ziet of hoort de dementerende persoon precies hetzelfde als iedereen, maar hij/zij verbindt andere conclusies hieraan die niet overeenstemmen met de werkelijkheid. Een hallucinatie en/of waan heeft bij dementie vooral betrekking op het visuele of akoestische.

d. Angst

Tijdens het dementeringsproces is angst één van de belangrijkste gevoelens waarmee de dementerende persoon wordt geconfronteerd. Angst is in feite een soort zelfverdedigingsmechanisme.² Wanneer een dementerende persoon met angstgevoelens wordt geconfronteerd is deze niet meer in staat om een gepast verdedigingsmechanisme op te bouwen en deze angst uit te schakelen. De schrik kan hierbij langdurig aanhouden, waardoor bijkomende klachten de angst nog meer kunnen versterken. Iedere oudere reageert anders op de angst en uit dit ook op verschillende manieren. Het is belangrijk dat er op een aangepaste manier met deze vrees wordt omgegaan. Als zorgverlener is het mogelijk om deze angst te beperken en een steun te betekenen voor de angstige dementerende oudere. Dit kan ondermeer door mee te gaan in de belevingswereld van de dementerende persoon.

1.3.3 Beperkingen in het functioneren³

In de loop van het dementeringsproces zal de dementerende persoon evolueren van onafhankelijkheid naar afhankelijkheid. Het niveau van zelfredzaamheid zal dalen en activiteiten zullen steeds minder adequaat uitgevoerd kunnen worden.

De beperkingen in het functioneren hebben voornamelijk betrekking op de zorg voor het eigen lichaam, de relatie met de onmiddellijke omgeving en de deelname aan het maatschappelijke leven.

1.3.4 Bijkomende neurologische en lichamelijke klachten⁴

Wanneer iemand lijdt aan het dementiesyndroom zijn er bijkomende neurologische en somatische verschijnselen op te merken. Frequent voorkomende neurologische verschijnselen kunnen zijn: - verlamningsverschijnselen; - spraakstoornissen; - onwillekeurige bewegingen; - spieraandoeningen; - foetale houding; - spastisch huilen of lachen; - epilepsie en de terugkeer van primaire reflexen. Enkele van de belangrijkste somatische verschijnselen zijn: - pijn; - hoofdpijn; - slikmoeilijkheden; - gewichtsverlies; - obesitas; - incontinentie; - decubitus en problemen bij het lopen.

¹ WIKIPEDIA, Hallucinatie, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Waan>

² PREUSCHOFF, G., Omgaan met angst: Ouderenzorg, Elsevier / De Tijdstroom, 1996, blz. 4.

³ Dr. DE COCK, L., o.c., blz. 32-33.

⁴ Ibidem, blz. 33-37.

1.4 Soorten dementie^{1 2 3}

Eerder werd reeds vermeld dat dementie geen ziekte op zichzelf is, maar een syndroom uitgelokt door een onderliggende aandoening. Om te kunnen spreken van dementie moet voldaan zijn aan bepaalde criteria. Tijdens mijn literatuurstudie heb ik verschillende indelingen gevonden voor de verscheidene soorten van dementie. Binnen dit theoretisch gedeelte van mijn eindwerk heb ik mij beperkt tot het bespreken van de soorten dementie die aan bod komen in mijn praktisch gedeelte. Na vergelijkende studie heb ik beslist om deze vormen van dementie kort toe te lichten volgens de classificatie vanuit de powerpoint van Dr. L. Demey en de samenvatting van de presentatie van Dr. Veerle Mertens.

1.4.1 De ziekte van Alzheimer⁴

“De ziekte van Alzheimer is een aandoening waarbij delen van de hersenen verschrompelen, op vele plaatsen ‘plaque’-vorming optreedt en de patiënt soms in snel tempo dementeert.”⁵

De dementie van het Alzheimerstype is een vorm van corticale dementie. De ziekte van Alzheimer heeft een langzaam verloop, waarbij de cognitieve mogelijkheden progressief verminderen. Er wordt gesteld dat de dementerende persoon zich bewust zou zijn van deze cognitieve problemen en het controleverlies.

De ziekte van Alzheimer verwoest de zenuwcellen in de hersenen, waardoor deze vervolgens gaan afsterven. Dit zorgt ervoor dat de persoon in kwestie uiteindelijk de eenvoudige, dagelijkse taken niet meer kan verrichten. In de beginfase zijn er voornamelijk geheugenstoornissen op te merken. Later is er ook sprake van afasie, agnosie en apraxie. Bij deze ziekte wordt gesproken van twee types, afhankelijk van de leeftijd waarop de persoon de ziekte verkrijgt. Type 1 van het Alzheimerstype verwijst naar patiënten jonger dan 65 jaar. Type 2 van het Alzheimerstype betreft de personen ouder dan 70 jaar. Naarmate de personen ouder worden, stijgt de kans voor het ontwikkelen van de ziekte van Alzheimer. De leeftijd vormt dan ook de grootste risicofactor voor het krijgen van de ziekte van Alzheimer.

Neuropathologisch zijn volgende verschijnselen aan te treffen:

- atrofie van de hersenschors;
- verlies aan zenuwcellen in de verschillende delen van de hersenen;
- intracellulair gelegen neurofibrillaire tangles;
- extracellulair gelegen seniele plaques.

¹ Dr. DEMEY, L., Opleiding referentiepersoon dementie, module 09 Nuytens, L., niet gepubliceerde powerpointpresentatie.

² EXPERTISECENTRUM DEMENTIE, bundel: Basisvorming Dementie, blz. 6-10.

³ Dr. MERTENS V., samenvatting presentatie: vormen van dementie, Wintermeeting Geriatrie 2007

⁴ Dr. DE COCK, L., o.c., blz. 188-196.

⁵ WIKIPEDIA, Ziekte van Alzheimer, Internet, http://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekte_van_Alzheimer

1.4.2 Vasculaire dementie¹

De tweede meest voorkomende vorm van dementie is vasculaire dementie. Dit is het gevolg van één of meerdere aandoeningen in de bloedvaten van de hersenen. Deze vorm van dementie ontstaat als gevolg van problemen met de bloedcirculatie in de hersenen. In vergelijking met de ziekte van Alzheimer heeft de dementerende persoon met vasculaire dementie een beter ziektebesef. Vasculaire dementie heeft een plots begin gevolgd door een sprongsgewijs verval. Enkele kenmerken bij vasculaire dementie zijn: -verlamming, -verlies van het gezichtsvermogen en moeite met het spreken en taalgebruik. In het begin van het dementeringsproces treden ook vaak loop- en mictiestoornissen op alvorens cognitieve stoornissen ontstaan.

1.5 Besluit

Dementie is een syndroom met veel verschillende oorzaken en symptomen. Kennis omtrent dit ziektebeeld is onontbeerlijk om op een goede manier om te gaan met personen met deze problematiek. Het dementeringsproces is een individueel proces dat voor elke persoon verschillend is. Als toekomstig ergotherapeut is het dan ook van essentieel belang dat elke dementerende persoon goed wordt geobserveerd om zo de mogelijkheden en beperkingen individueel na te gaan. Binnen dit besluit kan worden gesteld dat dementie een syndroom is dat iedere persoon op een andere manier beleeft.

¹ Dr. DE COCK, L., o.c., blz. 196-201.

2 DE BELEVING VAN DEMENTIE BIJ DE DEMENTERENDE PERSOON ZELF

2.1 Inleiding

Gedurende het dementeringsproces gebeuren er heel wat veranderingen in de innerlijke wereld van de dementerende persoon. Deze wijzigingen zijn ingrijpend en beïnvloeden het gedrag op belangrijke wijze. Dementerend worden houdt een confrontatie in met toenemende onmogelijkheden en identiteitsverlies. Niet enkel de dementerende persoon zelf, maar ook de omgeving lijdt onder deze pijnlijke realiteit. Binnen dit hoofdstuk leg ik de nadruk op de beleving en de behoeften van de dementerende persoon.

Allereerst sta ik even stil bij de verschuivingen in de beleving van de persoon met dementie. Vervolgens belicht ik de fundamentele aspecten die optreden bij het dementeringsproces. Ik onderscheid ook vijf hoofdaspecten die belangrijk zijn bij de bepaling van de interne gevoelswereld van de dementerende persoon. Alhoewel het proces van dementie voor elke mens anders is, zijn er toch een aantal fases te onderscheiden. Deze fases komen in dit hoofdstuk uitgebreid aan bod. Als laatste geef ik een overzicht van de behoeften van dementerende persoon, waarbij ook de zorgdoelen worden geformuleerd voor de zorgverleners.

2.2 De verschuivingen in het beleven ¹

Wanneer een persoon wordt geconfronteerd met dementie treden in de loop van het dementeringsproces verschuivingen op in de beleving of in ‘het voelen’.

“De beleving van ouderen met dementie verschuift van ‘openheid’ naar ‘verstarring’, van ‘gevoel’ naar ‘emotie’ en van ‘reactie’ naar ‘actie’.” ²

2.2.1 Van openheid naar verstarring

Het normale groei- en ontwikkelingsproces naar zelfactualisatie verloopt bij een gezond individu van ‘verstarring’ naar ‘openheid’. Een open persoon wordt door Verdult beschreven als iemand die kan ervaren wat hier- en- nu in hem/haar omgaat. Zijn/haar manier van ervaren is niet gebonden aan vroegere ervaringen. De dementerende oudere maakt een omgekeerd groeiproces door, die door Verdult ook het proces van de ‘aftakeling’ wordt genoemd. Hierbij verloopt het beleven van ‘openheid’ naar ‘verstarring’.

Met ‘verstarring’ wordt bedoeld dat de ervaringen van een dementerende oudere steeds meer worden bepaald door starre patronen, die gebonden zijn aan vroegere ervaringen. Een beginnend dementerende persoon ervaart gevoelens steeds meer op afstand, waarbij deze gevoelens wel nog worden erkend, maar ervaren worden als iets dat ver buiten de oudere ligt.

¹ VERDULT, R., o.c., Intro, Nijkerk, 1993, blz. 93-98.

² Ibidem, blz. 93.

Voorbeeld: Een dementerende persoon heeft verdriet omdat hij/zij zich in de steek gelaten voelt door zijn/haar kinderen. Het verdriet wordt hier op afstand gehouden door de volgende uitspraak van de dementerende oudere: ‘Tegenwoordig heeft de jeugd geen tijd meer voor de eigen ouders.’

Bij de verder gevorderde dementerende persoon is er sprake van een meer structuurgebonden beleving.

“Met structuurgebonden beleving wordt bedoeld dat de actuele beleving wordt gedomineerd door vroegere ervaringen.”¹

De dementerende persoon reageert op een actuele situatie van nu, door deze gelijk te stellen aan een vroegere situatie. In de beleving treedt weinig differentiatie op, waarbij gevoelens beperkt en globaal worden. Uiteindelijk raakt de dementerende persoon steeds meer emotioneel in de knoop met zichzelf.

2.2.2 Van gevoel naar emotie

“Gevoel verwijst naar een echt, lijfelijk ervaren van wat de betekenis van een bepaalde gebeurtenis is. Deze lijfelijke ervaring wordt geleidelijk uitgedrukt in woorden, die het gevoel weergeven. Het in woorden of beelden omzetten van gevoelens vindt bij emoties steeds minder plaats op basis van wat nu wordt beleefd, maar steeds meer op basis van oude patronen. Emoties zijn dus veel meer structuurgebonden, zijn veel meer gekoppeld aan ervaringen uit het verleden, dan gevoelens.”²

Bij de dementerende persoon vindt een verschuiving plaats van gevoel naar emotie. Het verwoorden of verbeelden van lijfelijke ervaringen vindt steeds meer plaats vanuit vroegere ervaringen. Deze lijfelijke ervaringen worden steeds minder getoetst aan de realiteit van de actuele beleving. Het zijn voornamelijk de oude en starre patronen die richting gaan geven aan emoties.

“Gevoelens zijn hier- en- nu; emoties zijn uitdrukking van wat daar- en- toen niet geuit kon worden (Stroecken, 1993).”^{3 4}

2.2.3 Van reactie naar actie

Wanneer een persoon wordt geconfronteerd met dementie, vervagen de grenzen tussen de innerlijke en uiterlijke wereld steeds meer. Wanneer een dementerende persoon iets innerlijk ervaart, projecteert hij/zij dit naar de buitenwereld zonder dat hij/zij dit eerst zal toetsen aan de realiteit. De dementerende persoon zet lijfelijke gewaarwordingen onmiddellijk om in acties, waarbij hij/zij deze steeds minder gaat verwoorden naarmate het dementeringsproces vordert. Vervolgens nemen ook de actie-mogelijkheden af en vervlakt de emotionele beleving. De ernstig dementerende persoon handelt dan

¹ VERDULT, R., o.c., blz. 95.

² Ibidem, blz. 96.

³ Ibidem, blz. 96.

⁴ Gaby Stroecken studeerde criminologie en psychologie, volgde een opleiding tot cliëntgericht psychotherapeute, en heeft haar eigen praktijk. Bron: http://www.unieboek.nl/index.php?start=/auteurs/show.php%3Fid%3D165%26cat_id%3D3

bijna enkel nog in stereotiepen. Wanneer de oudere een lijfelijke gewaarwording ondervindt, gaat hij/zij er steeds minder bij stilstaan, waardoor de vertaling in woorden steeds vaker gaat ontbreken.

Hiermee bedoel ik dat de dementerende persoon zijn/haar gevoel steeds minder onder woorden kan brengen en dus niet kan reageren op een bepaalde situatie, waardoor hij/zij overgaat op actie. *Voorbeeld: Een vrouw moet in bad en onbewust wordt ze herinnerd aan het feit dat ze vroeger bijna is verdrongen. Deze herinnering roept bij haar slechte emoties op, die ze niet kan verwoorden. Ze kan niet reageren door de emotie te verwoorden, maar gaat over tot actie. Ze wordt onrustig en slaat overal in het rond om zichzelf te beschermen.*

2.3 De fundamentele aspecten in de beleving¹

Tijdens het dementeringsproces zijn er naast de verschuivingen ook enkele nauwgezette aspecten te onderscheiden. Het is zo dat in een bepaalde fase van het dementeringsverloop één aspect meer op de voorgrond staat dan een ander aspect.

2.3.1 Verlies en rouw

Volgens Verdult verliest de dementerende persoon zichzelf door verlieservaringen. De oudere krijgt te maken met lichamelijke, persoonlijke en sociale verliezen. De persoon verliest de controle over zijn/haar lichaam. De sociale contacten nemen af en het gevoel niet meer mee te tellen steekt vaak de kop op. Op persoonlijk vlak is het voor de dementerende persoon vaak hard om zichzelf niet te herkennen in zijn of haar gedrag. Wanneer iemand een verlies ervaart, treedt er als gevolg hiervan een rouwproces op. De dementerende persoon rouwt om wat al is verloren gegaan en wat hij/zij nog zal verliezen. In feite rouwt deze wel, maar komt de dementerende persoon niet tot de verwerking ervan omdat er steeds meer wordt geleefd in het verleden.

In het rouwproces zijn drie fasen te onderscheiden: schok en verdooving, desorganisatie en reorganisatie. Als reactie op de ontdekking op dementie volgt meestal de fase van de schok en verdooving. Na verloop van tijd treedt de fase van desorganisatie op, omdat de dementerende persoon enerzijds de dementie toelaat, maar anderzijds ook ontkent. Uiteindelijk is er nooit sprake van een echte reorganisatie, omdat tijdens het rouwproces het verlangen blijft bestaan naar een normale ouderdom. Hoe verder het dementeringsproces vordert, hoe minder hevig rouwreacties worden. Dit gebeurt als gevolg van het afnemend zelfbewustzijn en de toenemende angst en isolement.

2.3.2 Angst als basisgevoel

Naarmate het dementeringsproces verder verloopt, neemt de angst toe. Deze angst is een gevoel die bij de matig dementerende persoon continu aanwezig is. De angst wordt veroorzaakt door controleverlies en identiteitsverlies. Het controleverlies heeft betrekking op de omgeving, waardoor de persoon zich steeds onveiliger gaat voelen in zijn/haar leefwereld. Het identiteitsverlies heeft te maken met het feit

¹ VERDULT, R., o.c., blz. 98-104.

dat de dementerende persoon verandert van persoonlijkheid. Het gedrag van een dementerende persoon kan onbegrijpelijk zijn voor de persoon zelf, alsook het verlies van het contact met de eigen levensgeschiedenis is onverbiddelijk. Door dit verlies raakt de dementerende persoon ook een deel van zijn/haar identiteit kwijt.

2.3.3 Toenemend isolement

Bij de dementerende persoon treedt aanvankelijk sociaal isolement op. De dementerende persoon kan niet voldoen aan de eisen van de omgeving, verliest sociale contacten en begint zich anders te gedragen met betrekking tot omgangsvormen. Naast de sociale eenzaamheid leeft de dementerende persoon ook steeds meer in zichzelf gekeerd. Hij/zij leeft alsmaar meer in een innerlijke wereld, waarbij het contact met de buitenwereld verloren raakt. Het eindstadium van dementie leidt tot volledig isolement waarbij het contact met de buitenwereld vrijwel geheel is verloren.

2.4 Hoofdfactoren in de beleving¹

Het is zo dat elke dementerende persoon een individuele beleving heeft, die bovendien verandert naarmate het dementeringsproces vooruitgaat. Om goede begeleiding en zorg te verstrekken, is het essentieel dat je als hulpverlener op de hoogte bent van de belevingen van elke bewoner individueel. Verdult ontwikkelde hiervoor een schematisch model, dat de vijf elementen van de belevingsdiagnose omvat.² Het gebruik van de belevingsdiagnose blijkt een gunstig effect te hebben. Het brengt met zich mee dat het gedrag van de dementerende persoon beter kan worden geplaatst. Het zijn de elementen uit de belevingsdiagnose, die mede de hoofdfactoren zijn, waardoor de interne gevoelswereld van de dementerende persoon wordt bepaald. Deze zijn: de ervaring van het dementeringsproces, de omkering van de levensloop, de invloed van de institutionalisering, de persoonlijkheid en levensloop en als vijfde factor de fysieke conditie.

2.4.1 Persoonlijkheid en levensloop

De persoonlijkheid is één van de factoren die een rol speelt bij de belevingswereld van de dementerende persoon. Verdult gaat ervan uit dat de persoonlijkheid voornamelijk wordt gevormd door de ervaringen in het leven en slechts in geringe mate wordt bepaald door de genetische aanleg. De aangeboren aanleg is aanwezig, maar de ervaringen die worden beleefd tijdens het leven zijn de bepalende stimulans voor de vorming van de identiteit. Deze ervaringen vormen de levensloop van de persoon. De persoonlijkheid en levensloop staan in wisselwerking met elkaar. Wanneer een persoon aan dementie lijdt, wordt de persoonlijkheid of identiteit aangetast. Volgens Verdult zou de persoonlijkheid tijdens het dementeringsproces verscherpen, waarbij de controle over deze verborgen kantjes verloren zou gaan. Deze aspecten van het karakter komen dan zichtbaar te staan voor de

¹ VERDULT, R., De pijn van dement zijn: De belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag, 1e druk, HB uitgevers, Baarn, 2003, blz. 37-51.

² VELDHUIS, M., Belevingsgerichte zorg op maat, Denkbeeld februari 2006, blz. 16.

omgeving, wat voor hen voornamelijk lijkt als een verandering van persoonlijkheid. Een tweede aantasting van de persoonlijkheid is op te merken bij de afweermechanismen. Doordat bij dementie de autonomie en identiteit verloren raakt, groeit de angst bij de dementerende persoon. Afweermechanismen zijn onbewuste processen, die de mens helpen om de angst in te perken. Deze verdedigingsmechanismen kunnen helpen om de persoonlijkheid in balans te houden, maar mogen zich niet vastzetten in de persoonlijkheid. Wanneer dit toch gebeurt, kan de dementerende persoon de werkelijkheid niet beleven zoals deze is, de oudere verweert zich tegen gevoelens en sluit zich er ook voor af.

Binnen deze afweermechanismen is er ook een verschuiving op te merken naarmate het dementeringsproces vordert. De verschuiving van hogere naar eenvoudige verdedigingsmechanismen is het gevolg van de omkering van de levensloop van de dementerende persoon. De hogere mechanismen ontwikkelen zich later in de kindertijd, dus deze zullen ook eerst verdwijnen naarmate het dementeringsproces zich uitbreidt. De beginnend dementerende persoon is wegens zijn/haar beperkte cognitieve achteruitgang nog in staat om gebruik te maken van afweermechanismen van een hoger niveau. Voorbeelden hiervan zijn: rationalisatie, projectie en verplaatsing. De matig en diep dementerende persoon beschikt over steeds minder cognitieve mogelijkheden waarbij de afweermechanismen steeds primitiever worden. Zich afscheiden van de omgeving lijkt voor de ernstig dementerende persoon het afweermechanisme tegen de onuitstaanbare angst.

2.4.2 De ervaring van het dement worden

Een dementerende persoon is er zich van bewust dat er iets niet in orde is. De persoon ervaart zijn/haar achteruitgang en voelt deze aan. Binnen het dementeringsproces en de beleving ervan is er sprake van vier fasen die verder in de loop van dit hoofdstuk worden uitgelegd.

2.4.3 De omkering van de levensloop

Binnen het dementeringsproces is er sprake van een omkering in de levensloop. Een dementerende persoon gaat steeds meer functioneren op 'kinderlijk' niveau. Naarmate het dementeringsproces vooruitgaat, is er een verschuiving op te merken m.b.t. de verhouding tot het verleden. Allereerst treedt de verschuiving op van herinneren naar herbeleven en van leven met het verleden naar leven in het verleden. De diep dementerende persoon herinnert zich zijn/haar verleden niet, maar herbeleeft gebeurtenissen uit het verleden en gedraagt zich er ook naar. De actuele realiteit wordt zo ingekleurd vanuit het voorbije verleden, dat dit verleden tegenwoordig wordt. Er gebeurt een vermenging van aspecten uit het heden, die emotioneel worden gekoppeld aan gebeurtenissen uit het verleden. Deze ervaringen uit het verleden komen dan op de voorgrond van de beleving te staan. Het is zo dat de licht dementerende persoon eerst oude rollen terug opneemt. Als het dementeringsproces vordert, gaan bij de matig dementerende persoon oude, ingrijpende veranderingen actief worden in hun beleving. De diep dementerende persoon lijkt in het eindstadium terug te vallen op zijn/haar vroegkinderlijke

ervaringswijze, waarbij onderwerpen zich kunnen herhalen uit zijn/haar persoonlijkheidsontwikkeling. In feite betekent dementerend worden dat de kindertijd alsmear meer in beeld verschijnt.

2.4.4 Institutionaliserig

Voor de dementerende persoon betekent het opgenomen worden in een instelling een ingrijpend gebeuren. De persoon moet zijn/haar vertrouwde omgeving verlaten en zich opnieuw aanpassen aan een gloednieuw milieu. Voor de dementerende persoon betekent een verandering ook onzekerheid en crisis. Hij/zij moet met steeds minder mogelijkheden zichzelf toch nog aanpassen aan een nieuwe situatie, alsook de confrontatie met andere dementerende mensen is niet simpel.

De reactiepatronen als gevolg van een langdurig verblijf in een instelling worden samengebracht onder de naam '*hospitalisatiesyndroom*'.¹ (Van Eeckelen, 1977)² Dit syndroom verwijst naar alle ongewenste verschijnselen die worden waargenomen bij langdurige gehospitaliseerden. Barton³ maakt hiervoor gebruik van de term '*institutionele neurose*'.⁴ Deze neurose wordt gekenmerkt door: apathie, gebrek aan initiatiefname, interesseverlies, geen interesse in de toekomst, verdwijnen van persoonlijke gewoontes, geen uitdrukking van gevoelens ten aanzien van oneerlijke of brute eisen, verlies van individualiteit en berustend accepteren. Het is belangrijk voor de dementerende persoon dat hij/zij terecht komt in een therapeutisch georiënteerde zorginstelling. Instellingen met een bewakingsfunctie, waar ouderen zich bevinden op louter gesloten afdelingen blijken overigens meer chronische institutionele reacties te veroorzaken bij de dementerende persoon.

Alhoewel zorginstellingen zoveel mogelijk pogen om een huiselijk sfeer te creëren, blijven de negatieve effecten min of meer bestaan. Niettegenstaande dat instellingen de privacy en autonomie respecteren en de dementerende persoon individueel benaderen, versterkt institutionalisering het proces van afnemende autonomie.

¹ VERDULT, R., *o.c.*, 1e druk, HB uitgevers, Baarn, 2003, blz. 47.

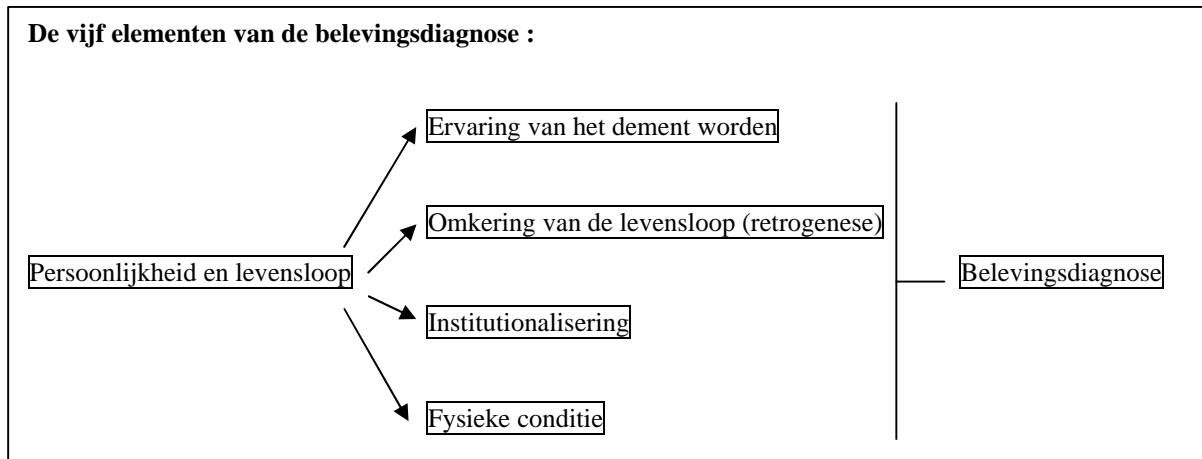
² Van Eeckelen is één van de vele auteurs die zijn bijdrage leverde voor de ontwikkeling van het boek: Grondslagen van de ergotherapie, 2^e druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2006.

³ Ook Barton leverde als auteur zijn bijdrage aan het boek: Grondslagen van de ergotherapie, 2^e druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2006.

⁴ VERDULT, R., *o.c.*, 1e druk, HB uitgevers, Baarn, 2003, blz. 47.

2.4.5 Fysieke conditie ¹

Als vijfde factor kan worden gesteld dat de fysieke conditie ook een invloed heeft op de belevings - en gevoelswereld van de dementerende persoon. Bepaalde medicatie, pijn of vermoeidheid kunnen gevolgen met zich meebrengen op het vlak van beleving. Het is dan ook noodzakelijk dat alle leden van het multidisciplinair team op de hoogte zijn van dergelijke omstandigheden en de gevolgen ervan op de beleving van de bewoner.



Figuur 2: De vijf elementen van de belevingsdiagnose volgens R. Verdult ²

¹ VELDHUIS, M., Belevingsgerichte zorg op maat, Denkbeeld februari 2006, blz. 19.

² VELDHUIS, M., Belevingsgerichte zorg op maat, Denkbeeld februari 2006, blz. 19.

2.5 De fasen in de beleving^{1 2}

Naarmate het dementeringsproces vordert, doorloopt de dementerende persoon een aantal belevingsfasen. Er is een indeling in vier fasen : het bedreigde-ik, het verdwaalde- ik, het verborgen-ik en het verzonken- ik. Het was Cora Van der Kooij³ die de fase van de ‘verborgen- ik- beleving’ toevoegde tussen de ‘verdwaalde- en de verzonken- ik- beleving’.

Binnen dit eindwerk kies ik ervoor om gebruik te maken van de indeling in de fasen van de beleving beschreven door Rien Verdult. Vaak is de afbakening tussen de onderlinge fasen niet geheel duidelijk en verschilt de evolutiesnelheid van persoon tot persoon. Afhankelijk van de belevingsfase, is het de taak van de hulpverlener om te opteren voor een bijhorende benadering.

2.5.1 Fase 1 : Het bedreigde- ik

In het begin van het dementeringsproces verliest de dementerende persoon steeds meer de controle over zijn/ haar leven. Details worden vergeten, de dementerende persoon herinnert zich niet meer waar de portefeuille is gebleven etc. Er treden problemen op in het geheugen en de oriëntatie verloopt steeds moeilijker. Er ontstaat een gevoel van angst en onzekerheid, wat wordt ervaren als een bedreiging. De beginnende dementerende persoon weet niet wat er hem/haar nog te wachten staat en vreest ook voor de toekomst. Er ontstaan veranderingen in de taal en handelingen, wat resulteert in een twijfel aan zichzelf of aan de eigen persoonlijkheid.

Enkele voornamelijk kenmerken binnen deze fase zijn: onzekerheid, twijfel en onveiligheid. De dementerende persoon staat als het ware machteloos tegenover de veranderingen die hij/zij ondergaat.

Veel voorkomende reacties en gevoelens binnen deze fase kunnen zijn: prikkelbaarheid, gespannenheid, nervositeit, ontkenning, depressiviteit, woede, etc. Vaak tracht de dementerende persoon zijn/haar gevoelens zo lang mogelijk verborgen te houden voor de buitenwereld. Meestal worden deze echter toch zichtbaar in het gedrag en de lichaamstaal. De dementerende persoon beschikt nog over voldoende energie en handelt nog doelgericht. Op allerlei manieren tracht hij/zij een zo normaal mogelijk leven te leiden en overzicht te houden over zijn/haar leefwereld.

Binnen deze fase is het belangrijk dat de dementerende persoon een houvast ervaart, wat kan door middel van duidelijk gestructureerde dagindelingen. Verder is het ook belangrijk dat de dementerende persoon doelgericht bezig kan blijven. Wanneer hij/zij een bezigheid als zinvol ervaart, kan de energie op een positieve manier worden besteed.

¹ VERDULT, R., Dement worden: een kindertijd in beeld: Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen, Intro, Nijkerk, 1993, blz. 104-107.

² VAN DER KOOIJ, C., o.c., blz. 91-100.

³ Cora van der Kooij is verpleegkundige en historicus. Zij is bekend van vele voordrachten en publicaties, voornamelijk op het gebied van psychogeriatrische zorgverlening. Zij is hoofd Ontwikkeling en Onderzoek van het Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk (IMOZ) te Appeldoorn.

2.5.2 Fase 2 : Het verdwaalde- ik

De matig dementerende oudere wordt binnen deze fase voornamelijk geconfronteerd met verwardheid. Het handelen, het communiceren en het geheugen raken steeds meer verstoord. De dementerende persoon heeft niet alleen meer problemen met onthouden en denken, maar het kunnen benoemen en ordenen van de waarnemingen en de werkelijkheid waarin hij/zij zich nu bevindt, raakt ook verloren. Het verleden speelt een steeds grotere rol voor de dementerende persoon, waarbij deze vaak terug in het verleden leeft. De grens tussen het heden, het verleden en de toekomst vervaagt alsmaar meer. Het verschil tussen de innerlijke werkelijkheid en de werkelijkheid buiten de dementerende persoon wordt steeds kleiner. Gebeurtenissen die de oudere in het verleden meemaakte, kunnen elk moment terug worden herbeleefd. Hierbij worden de bijhorende gevoelens en ervaringen met elkaar verbonden, maar bepaalde feiten of een logische ordening kan ontbreken of verdraaid worden. Hetgeen de dementerende persoon waarneemt, krijgt betekenis in de interne belevingswereld. Bij een dementerende persoon kunnen waarnemingen eenvoudig tot foute besluiten leiden. Als zijn/haar conclusies zijn ingegeven door negatieve emoties, dan kunnen deze vervolgens boosheid en achterdochtigheid teweeg brengen. In de fase van de verdwaalde- ik- beleving beschikt de oudere nog over voldoende energie om actief bezig te zijn. Wanneer er beroep wordt gedaan op zijn/haar mogelijkheden, neemt de dementerende persoon graag deel aan bezigheden. In tegenstelling tot de vorige fase, probeert de oudere veelal zijn/haar achteruitgang niet meer verborgen te houden voor de omgeving. De oudere is meer ontspannen, maar dit kan enkel wanneer deze zich bevindt in een omgeving dat hem/haar veiligheid biedt. Als dit niet zo is, dan wordt er doorgaans gedrag waargenomen zoals in de fase van de bedreigde- ik- beleving.

2.5.3 Fase 3 : Het verborgen- ik

Het primaire kenmerk binnen deze fase is de schijnbare afgeslotenheid en ontoegankelijkheid. De dementerende persoon geeft de indruk aan anderen dat hij/zij niemand nodig heeft en toelaat, maar toch is contact bij deze oudere mogelijk. De dementerende persoon binnen dit stadium herhaalt stevast dezelfde bewegingen, waarbij ook vaak dezelfde klanken worden uitgebracht. De persoon binnen deze fase is zich veelal niet meer bewust van zijn/haar cognitieve vermogens of hulpbehoefte. Het is wel zo dat gevoelens van schaamte wel nog ervaren kunnen worden. Deze gevoelens worden dan kenbaar gemaakt met afwerende gebaren en/of woorden. Voor het verwoorden van dergelijke gevoelens is de persoon afhankelijk van anderen. Binnen deze fase kan de dementie nog vele vormen aannemen. Bepaalde personen kunnen gedrag vertonen dat moeilijk hanteerbaar is, terwijl anderen de ganse dag in een voorovergebogen houding blijven stilzitten. De dementerende persoon die zich in de fase van de verborgen- ik- beleving bevindt, vertoont teruggetrokken en in zichzelf gekeerd gedrag als gevolg van het progressief dementeringsproces.

2.5.4 Fase 4 : Het verzonken- ik

In deze laatste fase van het dementeringsproces is de dementerende persoon geëvolueerd tot een volledig afhankelijk persoon. Hij/zij is compleet hulpbehoevend geworden. In deze fase lijkt de dementerende persoon als het ware totaal verzonken in zichzelf. Hij/zij is afgesloten van de omgeving en leeft in zichzelf gekeerd. Er is geen sprake meer van wisselwerking van gevoelens. Vaak is er contractuurvorming in de spieren waar te nemen, waarbij de spieren en gewrichten stijf zijn. Zijn/haar bestaan wordt beperkt tot een primitief bestaan dat hoofdzakelijk bestaat uit de primaire levensbehoeften zoals eten, drinken, rust en warmte. Het enige contact met de omgeving bestaat uit sensorische en motorische prikkels. Een dementerende persoon in deze vierde fase van het dementeringsproces ervaart de omgeving nog. De dementerende persoon lijkt heel afwezig en weg van de realiteit, maar toch is hij/zij nog enigszins in contact met de omgeving.

Bijpassend praktijkvoorbeeld: Wanneer in de leefzaal nieuw meubilair wordt geplaatst, wordt op een gegeven moment geboord. De rust in de leefzaal wordt verstoord en ik merk hierbij duidelijk op dat wordt gereageerd op deze veranderingen. Een dementerende persoon G. start met het maken van aanhoudende huilgeluiden en nog een andere bewoonster begint binnensmonds te vloeken.

2.6 De Behoeften van de dementerende persoon ¹

Volgens Maslow is er een hiërarchische ordening terug te vinden binnen de verschillende basisbehoeften van de mens. Er zijn vijf basisbehoeften in stijgende belangrijkheid:

- de fysiologische of lichamelijke behoeften;
- de veiligheidsbehoefte en behoefte aan zekerheid;
- de behoefte aan sociaal contact of om erbij te horen;
- de behoefte aan waardering en erkenning;
- de behoefte aan zelfactualisatie of zelfontplooiing.

De eerste vier behoeften worden de deficiëntie- behoeften genoemd. Maslow beweert dat de vervulling van een lagere behoefte automatisch leidt tot het verlangen om aan een hogere behoefte te voldoen. Onvervulde behoeften brengen emotionele problemen met zich mee.

Binnen elke mens zijn er twee krachtenstelsels te onderscheiden: de groeiende krachten en de regressieve krachten. De groeiende krachten zijn de drijfveren die de mens aanzetten tot zelfactualisatie en zelfontwikkeling. De regressieve krachten komen voort uit onvervulde behoeften en zijn gedreven door angst. Deze krachten neigen tot schijnveiligheid en schijnzekerheid, waarbij de mens zichzelf wil beschermen tegen pijn, angst, verlies en bedreiging. Deze krachten zorgen ervoor

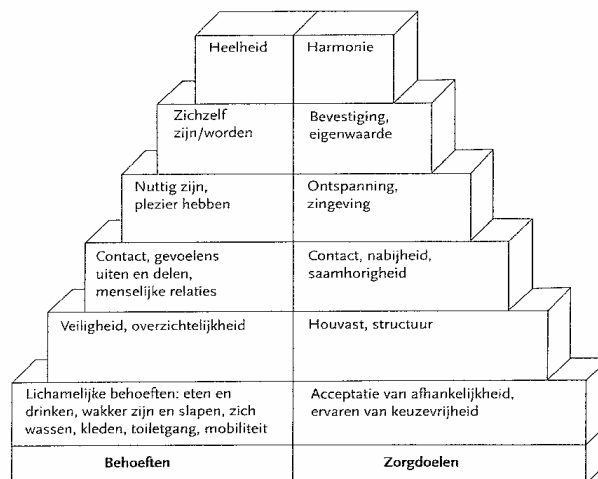
¹ VERDULT, R., o.c., blz. 108-118.

dat de mens achteruitgaat in zijn/haar ontwikkeling, angstig om risico's te nemen en bang voor onafhankelijkheid, vrijheid en om alleen te komen staan.

De groeikracht overheerst bij de gezonde mens, terwijl bij de dementerende persoon de regressieve kracht de bovenhand neemt. Hij/zij stagneert en gaat niet vooruit, waarbij dit uiteindelijk leidt tot achteruitgang.

Het dementeringsproces gaat gepaard met een groeiende angst, als gevolg van controleverlies en identiteitsverlies. De groeimogelijkheden nemen af en de dementerende persoon zoekt stevast naar de (schijn)veiligheid van hetgeen waar hij/zij mee is vertrouwd. Naargelang de dementerende persoon zich onveiliger voelt, nemen de groeibehoeften steeds meer af. Het dementeringsproces zorgt ervoor dat de dementerende persoon ontspoorde. Door de cognitieve en affectieve achteruitgang wordt het voorwaarts groeien belemmerd. De regressieve krachten zorgen ervoor dat de dementerende terugkeert naar de eerdere ontwikkelingsfasen. De onderliggende basisbehoeften krijgen steeds meer de bovenhand.

Onderstaande figuur geeft een rangorde weer van de behoeften aangepast aan de gevolgen van dementie. Hierbij worden ook zorgdoelen voor zorgverleners geformuleerd.



Figuur 3: Maslov's behoeftehiërarchie aangepast aan de gevolgen van dementie (Van der Kooij, 2001) ¹

In de belevingswereld van de dementerende persoon is er een verschuiving te zien naar de lagere basisbehoeften. De behoefte aan zelfontplooiing stagneert als eerste, waar vervolgens ook binnen de andere behoeften een terugval plaatsvindt naar de steeds lager liggende behoeften.

Bij de licht dementerende persoon zijn de meeste deficiëntie- behoeften nog aanwezig in de beleving en wordt er gezocht naar vervulling ervan. In de fase van het 'verdwaalde- ik' is veiligheid de overheersende behoefte, waarbij in het eindstadium of de fase van het 'verzonken- ik' de fysiologische behoeften centraal staan.

¹ VAN DER KOOIJ, C., o.c., blz. 101.

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat behoeften niet geheel verdwijnen, maar dat deze meer naar de achtergrond verschuiven. Wanneer aan de dominante behoefte wordt voldaan, kan de bovenliggende behoefte eventueel terug meer op de voorgrond komen te staan.

2.7 Besluit

Het begrijpen van de belevingswereld van de dementerende persoon kan helpen in de begeleiding, communicatie en benadering van deze persoon. Dit hoofdstuk toont aan dat de dementerende persoon nood heeft aan aangepaste en individuele hulp. Voornamelijk de doelgroep van de diep dementerende personen is afhankelijk van de zorg van derden. Belangrijk hierbij is dat je als toekomstig ergotherapeut weet dient te hebben van hetgeen de dementerende persoon ervaart. Wanneer je als hulpverlener een zicht verkrijgt op wat zich afspeelt in de innerlijke belevingswereld van de dementerende persoon kan er beter contact worden gemaakt. De dementerende persoon wordt beter begrepen in zijn/haar context en bepaald gedrag kan beter gekaderd worden.

3 BELEVINGSGERICHTE BEGELEIDING

3.1 Inleiding

In het derde hoofdstuk van dit theoretisch deel wil ik graag de belevingsgerichte begeleiding wat meer verduidelijken. Om belevingsgericht te werken met dementerende personen zijn er reeds een veelheid aan belevingsgerichte benaderingen beschikbaar, waarbij ik de belangrijkste in dit hoofdstuk kort opsom. Als hulpverlener is het belangrijk om zorg op maat te verschaffen, waarbij een welbepaalde benaderingswijze bij de ene oudere meer effect geeft dan een andere methode. Aangezien mijn eindwerk wordt uitgewerkt bij de doelgroep van matig tot diep dementerende personen, sta ik ook even stil bij de specifieke functies van de ergotherapeut bij de begeleiding van deze bewoners.

3.2 Uitgangspunten van belevingsgerichte begeleiding ¹

De belevingsgerichte zorg is voornamelijk gericht op :

- het emotioneel en sociaal functioneren;
- de verbetering van de kwaliteit van leven;
- de ondersteuning van de cognitieve, emotionele en sociale gevolgen van de ziekte;
- het zich aansluiten bij de individuele functionele mogelijkheden en de subjectieve beleving.

De uitgangspunten zijn:

- Het ‘mens- zijn’ veronderstelt dat autonomie en identiteit steeds in wisselwerking met anderen optreedt.
- Er is sprake van een ‘ego- functie’ die de persoonlijkheid coördineert in overeenstemming met de behoeften, de omgeving en de heersende waarden.
- Bij dementie valt de ego- functie uiteen, waardoor opnieuw primitieve reacties domineren. Ook de afweermechanismen vallen weg waardoor de angst bij de dementerende persoon verhoogt en isolement als de enige overlevingsstrategie overblijft.
- Door zorg wordt geprobeerd om de angst te beheersen of te doen dalen.
- Door vermindering van de angst stijgt het welbevinden van de cliënt.
- De zorgverlener richt zich op de betekenis van het emotionele gedrag en niet naar het storend gedrag.

¹ NUYTTENS, L., o.c., niet gepubliceerde cursus HOWEST, 2005-2006, blz. 47

- Wanneer de zorgverlener in contact treedt met de cliënt:
 - moet veiligheid worden geboden;
 - is er behoud van de autonomie en identiteit van de cliënt;
 - staat ‘containment’ centraal, wat impliceert dat er een klimaat moet worden gevormd waarin gevoelens kunnen worden opgevangen en bewaard.

3.3 Doelstelling van belevingsgerichte begeleiding verstrekt door de ergotherapeut

Als ergotherapeut hebben wij steeds de beduidende functie om de dementerende persoon mee te begeleiden gedurende zijn/haar dementeringsproces. Rien Verdult stelt dat alle gedrag communicatie is.¹ De dementerende persoon communiceert in zijn/haar gedrag, hetgeen hij/zij beleeft. Hierbij kan dit gedrag zowel bewuste als onbewuste emoties of gedachten uiten. Binnen de communicatie moet steeds een verschil worden gemaakt tussen het inhoudsniveau en het betrekkningsniveau. Het betrekkningsniveau verwijst naar de manier waarop bepaalde zaken worden gezegd, het geeft de beleving en de echte boodschap weer achter de gedraging of hetgeen wat wordt gezegd. Communicatie op betrekkningsniveau kan worden teruggevonden bij de lichaamstaal. Naarmate de voortgang van het dementeringsproces hoe minder geschikt de informatie van woordtaal wordt.

In de belevingsgerichte begeleiding staat het bieden van veiligheid centraal. Er kunnen allerhande middelen worden gebruikt om het gevoel van veiligheid te verhogen, van het voeren van gesprekken tot snoezelcontact. Als hulpverlener is het noodzakelijk om je te richten op de innerlijke gevoelswereld van de dementerende persoon. Het is de bedoeling dat je meegaat in de innerlijke wereld van de dementerende persoon en deze ook echt aanvoelt en begrijpt. De therapeut moet zich als het ware kunnen verplaatsen in de gevoelens van de oudere en achterhalen wat hij/zij op dit moment denkt en voelt.

De concrete doelstelling van belevingsgerichte begeleiding is het verbeteren van het welbevinden van de dementerende persoon. Hierbij is er sprake van een ‘subjectief welbevinden’, aangezien dit door elke dementerende persoon anders wordt ervaren. Het welbevinden en welzijn van de dementerende persoon komt onder druk te staan en wordt bedreigd. Wanneer de oudere zijn/haar achteruitgang ervaart, ondervindt hij/zij dus ook een afname van zijn/haar subjectief welbevinden. Wanneer het welbevinden van de dementerende persoon kan worden verhoogd, draagt dit ook bij tot een betere kwaliteit van leven.

¹ VERDULT, R., o.c., blz. 165-170.

Het doel van belevingsgerichte benadering kan in feite op een eenvoudige manier worden samengevat:
Belevingsgerichte benadering → scheppen van veiligheid → verminderen van stress en angst → de dementerende persoon voelt zich begrepen → toename van het gevoel eigenwaarde → verhoging van het welzijn van de dementerende persoon.

3.4 Belevingsgerichte begeleiding als leerproces ¹

Het verstrekken van belevingsgerichte begeleiding begint bij jezelf als handelend ergotherapeut. Als eerste stap is het belangrijk om na te denken over en stil te staan bij ervaringen die je tijdens het begeleiden van een dementerende persoon meemaakt. Je moet je afvragen waarom een bewoner bepaald gedrag stelt en wat hij/zij nodig heeft. Het is als het ware een constant zoeken naar antwoorden op bepaalde vragen.

Je zoekt informatie op over de levensgeschiedenis van de dementerende persoon en observeert hoe hij/zij alles beleeft en ervaart. Op basis van deze verkregen gegevens en ervaringen zoek je uit welke benaderingswijze het best hanteerbaar zou kunnen zijn voor de dementerende persoon. Er is een veelheid aan benaderingswijzen, maar niet elke benaderingswijze heeft hetzelfde effect bij elke persoon. Hiervoor is enige creativiteit vereist om telkens opnieuw verschillende benaderingswijzen af te wegen en met elkaar te combineren tot je uiteindelijk de juiste omgangsvorm hebt gevonden.

Cora van der Kooij stelt dat belevingsgerichte zorg meer is dan als therapeut aan te sluiten bij de wensen van de bewoner. Belevingsgerichte zorg gaat ervan uit dat je je ook daadwerkelijk inleeft in de gevoelens van de bewoner. Hiervoor is het noodzakelijk om als therapeut ook je eigen gevoelens te kennen en deze serieus te nemen. Hoe meer kennis je hebt over je eigen gevoelens, hoe eenvoudiger het volgens Cora van der Kooij is om je in te leven in de gevoelens van een bewoner en deze te bevestigen en te benoemen.

Door als therapeut belevingsgericht te werken, ontstaat er een zorgrelatie met meer persoonlijke betrokkenheid en hechting. Het zijn juist die zorgrelaties die bijdragen tot het goede gevoel dat je als therapeut hebt bij het uitoefenen van je werk. Maar die zorgrelaties lijden ook tot gevoelens van verdriet of verlies wanneer de dementerende persoon overlijdt. Het is dus belangrijk dat je als therapeut je eigen gevoelens en moeilijke momenten kunt verwerken of bespreekbaar stellen.

“Belevingsgerichte zorg wil zeggen dat je dat kunt hanteren, dat je positieve energie kunt halen uit het omgaan met bewoners omdat je hebt geleerd om de moeilijke gevoelens te verwerken.” ²

Uiteindelijk vind ik het belangrijk om te duiden dat een zorgrelatie tussen een bewoner en therapeut verschillend is van een privé- relatie. Een zorgrelatie is in principe ook vervangbaar. De begeleiding en zorg moet overgenomen kunnen worden door een andere hulpverlener indien nodig.

¹ VAN DER KOOIJ, C., Basiscursus Geïntegreerde Belevingsgerichte Zorg Somatiek, Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk, Congres Eigenwaarde in de zorg, 12 November 2002, blz. 1-12.

² Ibidem, blz. 3.

3.5 Belevingsgerichte benaderingen

Door het gebruik van diverse en uiteenlopende belevingsgerichte benaderingen wordt geprobeerd om de dementerende persoon te ontmoeten in zijn/haar innerlijke leefwereld. Een belevingsgerichte zorgverlener maakt gebruik van elementen die afkomstig zijn uit verschillende benaderingen. Afhankelijk van de dementerende persoon en de voortgang van het dementeringsproces wordt gekozen voor de toepassing van bepaalde benaderingswijzen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: PDL, Realiteits- Oriëntatie- Training, snoezelen, comfortzorg, validation, warme zorg, reminiscentie, aromatherapie, enzovoorts. Binnen dit theoretisch gedeelte van mijn eindwerk heb ik ervoor gekozen om deze verschillende benaderingswijzen niet verder te verduidelijken, dit aangezien therapie sessies en activiteiten met mijn volgcliënten uitvoerig worden beschreven in het praktisch gedeelte van dit eindwerk.

3.6 Functies van de Ergotherapie bij de begeleiding van dementerende personen in het RVT¹

Vanuit de opleiding ergotherapie wordt de mens steeds benaderd in zijn totaliteit. Ook bij de begeleiding van psychisch zorgbehoevende personen is het noodzakelijk om iedere mens als individu te behandelen op basis van zijn/haar persoonlijke behoeften. Binnen de ergotherapie kunnen enkele belangrijke aandachtspunten in het achterhoofd worden gehouden bij de begeleiding van een dementerende persoon.

3.6.1 Het gevoel van eigenwaarde verhogen

Activiteiten moeten steeds worden aangeboden op het niveau van de dementerende persoon. Hij/zij moet het gevoel krijgen dat hij/zij nog iets betekent. Zelfvertrouwen moet worden gestimuleerd door allerlei bezigheden, aangereikt op maat van de dementerende persoon. Hieruit kunnen positieve ervaringen en reacties voortvloeien, die op hun beurt bijdragen tot de zelfwaardering van de oudere.

3.6.2 Huiselijkheid

Bewoners van het RVT moeten zich thuis kunnen voelen op hun afdeling. Vaak zijn het kleine dingen die ervoor kunnen zorgen dat de dementerende persoon zich goed voelt binnen de omgeving. Een warme en huiselijke sfeer kan bijdragen tot het positief welbevinden van de dementerende persoon. Bij de bewoners moet het gevoel ontstaan dat men zichzelf kan zijn met het recht op privacy en autonomie. De leefgroep of afdeling kan worden ingericht naar een bepaald thema zoals één van de vier seizoenen. Op de kamer kunnen persoonlijke bezittingen bijdragen tot een vertrouwd gevoel bij de bewoner.

¹ HUYNS, A., Stagemap Ergo, RVT "Huize Minnewater".

3.6.3 Voorzien in een zinvolle dagbesteding

Eerder werd reeds vermeld dat een dementerende persoon nood heeft aan houvast en structuur. Door het aanbieden van gestructureerde dag- en weekprogramma's, voorzien van allerhande activiteiten, kan een houvast worden geboden aan de bewoner. Het is aangeraden om deze weekprogramma's op voorhand te verspreiden voor de familie en het personeel. Voor de dementerende personen zelf is het misschien beter om het programma dag per dag aan te geven op een ROT-bord. Kennis over het verleden van de bewoner is noodzakelijk om te voorzien in zinvolle dagbesteding. Aangeboden activiteiten moeten aangepast worden aan de mogelijkheden van de bewoner, alsook inspelen op zijn/haar behoeften.

3.6.4 Onderhouden van de motoriek

Het is belangrijk dat resterende mogelijkheden zo lang mogelijk worden benut. Wanneer een persoon wordt geconfronteerd met dementie is er vaak een daling op te merken van de fysieke capaciteiten. Het onderhouden van de motoriek kan worden bereikt door het aanbieden van activiteiten waarbij lichaamsbewegingen worden geoefend. Voorbeelden hiervan zijn balspelen, dansen, bescheiden gymnastiekoefeningen etc. Bij de diep dementerende persoon kunnen eenvoudige oefeningen ook een aanleiding zijn tot het maken van contact.

3.6.5 Stimuleren van het sociaal contact

Naarmate het dementeringsproces vordert, nemen de sociale vaardigheden af. Een diep dementerende persoon maakt nauwelijks nog spontaan contact met anderen. Nochtans moet worden geprobeerd om sociale interacties te bevorderen. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van groepsactiviteiten of door de bewoners te begeleiden naar de gemeenschappelijke leefzaal.

3.6.6 Mentaal stimuleren

Bij de omgang met een dementerende persoon is het best om steeds te vertellen wat er zal gebeuren. Op die manier kunnen overbodige gevoelens van angst of onzekerheid worden vermeden. Herhaling vormt een belangrijk aspect bij de begeleiding van dementerende bewoners. Bij een licht tot matig dementerende persoon kunnen ook geheugenoefeningen zoals spreekwoorden en raadseltjes ervoor zorgen dat het geheugen wordt gestimuleerd.

3.7 Besluit

In dit hoofdstuk heb ik het aspect van de belevingsgerichte begeleiding verder uitgewerkt. De belevingsgerichte begeleiding vormt voor mij het uitgangspunt bij de omgang en het contact met de cliënten binnen het WZC 'De Ruyschaert'. Verder sta ik ook stil bij de specifieke functies van een ergotherapeut bij de doelgroep van dementerende personen binnen het RVT.

4 KWALITEIT VAN LEVEN

4.1 Inleiding

Bij een persoon met dementie is het moeilijk om de kwaliteit van leven vast te stellen. Het is wel reeds bekend dat dementie allerhande ingrijpende gevolgen heeft voor de levenskwaliteit van de persoon. Naar mijn mening heerst nog steeds een taboe omtrent dementie en het dementeringsproces, alhoewel dit vaak wordt ontkend. Dementie vormt als het ware een schrikbeeld voor welvarende, gezonde mensen. Er is sprake van de ‘*disability paradox*’¹, wat inhoudt dat gezonde mensen de levenskwaliteit van mensen met een ernstige ziekte meestal lager gaan inschatten, dan de mensen die daadwerkelijk aan de ziekte lijden.

Om dit na te gaan, stelde ik de volgende vraag aan één van mijn kotgenoten: “Hoe denkt u dat de levenskwaliteit van een dementerende persoon is ?” Uit het antwoord kwam naar voren dat de persoon met dementie geen problemen zou ondervinden, omdat hij/zij toch geen besef meer zou hebben van de realiteit. Ikzelf denk daar anders over. Volgens mij kan kwaliteitsvolle ondersteuning bijdragen tot een goede kwaliteit van leven, zodat leven met dementie acceptabel en zelfs nog waardevol kan zijn. Het is wel zo dat een dementerende persoon uiteindelijk met de ziekte moet leren leven. Indien erin wordt geslaagd om de gevolgen van de ziekte te accepteren, kan er volgens mij toch nog sprake zijn van welbevinden. Het is vanzelfsprekend dat dit geen eenvoudige aanpassing is voor de dementerende persoon, wat natuurlijk ook de nodige tijd en ondersteuning vraagt.

4.2 Definitie: Wat is kwaliteit van leven?

4.2.1 Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie

*“Volgens de World Health Organisation betekent een goede levenskwaliteit dat men tevreden is in elk van de domeinen van het leven die men belangrijk acht, in overeenstemming met de objectieven die men zichzelf gesteld heeft voor elk van die domeinen. De beoordeling daarvan is steeds subjectief, eigen aan ieder individu en variabel in tijd.”*²

4.2.2 Volgens de ‘Qualidem’ handleiding, eerste versie Mei 2005, Utrecht: Trimbos- instituut

*“Kwaliteit van leven bij dementie is de multidimensionele evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de waargenomen gevolgen van de dementie.”*³

¹ ETTEMA, T., Het zijn de kleine dingen die het doen, Denkbeeld Februari 2004, blz. 27-29.

² BUNTINX F., DE LEPELEIRE J., YLIEFF M., Zorg voor demeterenden in België, Honderd vragen en antwoorden op basis van het Qualidem- onderzoek, Garant, Antwerpen- Appeldoorn, 2006, blz.32.

³ ETTEMA, T., DE LANGE, J., DROËS, R.-M., MELLENBERGH, D., RIBBE, M., Handleiding ‘Qualidem’, internet, <http://www.trimbos.nl/Downloads/Programmaas/Handleiding1def.pdf>, blz. 10, 1^e versie, Trimbos- instituut Utrecht, Mei 2005.

4.3 Eigenschappen van de levenskwaliteit ¹

Tijdens mijn literatuurstudie merkte ik op dat de definities van het begrip ‘levenskwaliteit’ sterk variëren per auteur en onderzoeker. Er bestaat duidelijk nog geen eenduidigheid omtrent dit begrip. Het is wel zo dat er overeenstemming is op te merken, met betrekking tot de vier eigenschappen van de levenskwaliteit. (Etienne en Fontaine, 1997) ²

Kwaliteit van leven is:

- Multifactorieel

De levenskwaliteit wordt beïnvloed door verschillende domeinen. Traditioneel zijn er vier domeinen te onderscheiden: de staat van de fysieke gezondheid, de toestand van de psychische gezondheid en het welzijn, de sociale gesteldheid en de sociale relaties en als vierde de economische omstandigheden.

- Variabel

De kwaliteit van leven is afhankelijk van de situatie en tijd. Levenskwaliteit is geen constante, maar is variabel. Wanneer de levenskwaliteit bij een persoon wordt gemeten, gaat dit enkel om een momentopname in tijd en plaats.

- Niet normatief

Bij kwaliteit van leven mogen er geen referentienormen zijn. Levenskwaliteit is het gevolg van veranderingen, vastgesteld in de tijd.

- Subjectief

De levenskwaliteit is subjectief en verschilt per individu. Bij levenskwaliteit gaat het om een persoonlijke beoordeling of zienswijze van de kwaliteit van leven.

4.4 Persoonlijke bedenkingen over de levenskwaliteit bij een diep dementerende persoon

Wat mij aanvankelijk op het eerste zicht opvalt bij een diep dementerende persoon is de machteloosheid en kwetsbaarheid. Naarmate het dementeringsproces vordert, wordt de dementerende persoon steeds meer afhankelijk van de omgeving en zorgverleners.

Gedurende mijn stage ben ik vaak stil blijven staan bij de vraag hoe ik zelf als diep dementerende persoon behandeld zou willen worden en op welke manier mijn kwaliteit van leven verbeterd zou kunnen worden?

¹ ETTEMA, T., DE LANGE, J., DROËS, R.-M., MELLENBERGH, D., RIBBE, M., Handleiding ‘Qualidem’, internet, <http://www.trimbos.nl/Downloads/Programmaas/Handleiding1def.pdf>, 1^e versie, Trimbos- instituut Utrecht, Mei 2005.

² Etienne & Fontaine zijn twee van de vele auteurs die hun bijdrage leverden voor de ontwikkeling van het boek: Grondslagen van de ergotherapie, 2^e druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2006.

Dit zijn geen eenvoudige vragen om te beantwoorden, maar geven mij wel een aanwijzing voor de manier waarop ik een diep dementerende persoon kan begeleiden.

Ik denk dat ik als dementerende persoon vooral veel belang zou hechten aan de manier waarop de zorgen en begeleiding worden verstrekt. Het is naar mijn mening belangrijk om goed te worden verzorgd, maar de manier waarop is nog belangrijker. Als ik bedenk dat ik in het hedendaagse leven nooit enige vorm van waardering, een vriendelijke glimlach of een complimentje zou krijgen, dan vraag ik me af of ik mij wel gelukkig zou voelen?

Hiermee bedoel ik niet dat leven zonder deze zaken onmogelijk zou zijn. Ik wil alleen even duiden dat dergelijke 'kleine zaken' het leven aangenamer en zinvoller kunnen maken.

Vanuit deze overtuiging ben ik dan ook bereid om mij gedurende mijn stage af te vragen hoe ik het leven van een matig tot diep dementerende persoon menswaardiger en kwaliteitsvoller kan maken. Ik ben mij er volledig van bewust dat het onmogelijk is om alle verdriet en problemen van een dementerende persoon weg te werken. Toch wil ik gedurende mijn scriptiestage de nodige tijd en beschikbare mogelijkheden benutten om mogelijks bij te dragen tot een betere kwaliteit van het leven van de dementerende persoon.

4.5 Besluit

In het kader van mijn scriptieonderwerp is 'kwaliteit van leven' een hoofdbegrip. In dit hoofdstuk heb ik dan ook geprobeerd om het concept 'levenskwaliteit' te omschrijven. Hiervoor deed ik een beroep op de definitie van de WHO en de omschrijving volgens de 'Qualidem' handleiding, eerste versie Mei 2005, Utrecht: Trimbos- Instituut. Tijdens mijn literatuurstudie naar informatie omtrent 'kwaliteit van leven' kwam naar voor dat dit begrip heel wat discussie uitlokt bij onderzoekers onderling. Omtrent dit begrip ontstaat geen eenduidigheid, wat het moeilijk maakt om 'levenskwaliteit' te omschrijven. Over de eigenschappen van levenskwaliteit is er wel eensgezindheid te zien. Aan kwaliteit van leven kunnen vier kenmerken worden toegeschreven.

5 KWALITEITSZORG¹

5.1 Inleiding

Als ergotherapeut is het belangrijk dat er wordt gestreefd naar het aanbieden van kwaliteitszorg. Het leveren van een goede kwaliteit kan enkel wanneer er tijd wordt genomen om te reflecteren over het eigen handelen als therapeut. Zowel voor, tijdens als na een interventie moet de ergotherapeut zichzelf evalueren en afvragen wat de beste werkwijze is in de behandeling van een bepaalde cliënt.

Van ergotherapeuten wordt kwaliteit verwacht op vlak van micro-, meso- en macroniveau. Het microniveau omvat de bepaalde kwaliteit op vlak van behandeling, advies of begeleiding in relatie tot de ergotherapeut en de cliënt. Tot het mesoniveau behoort alles wat te maken heeft met de professionele organisatie waarin de ergotherapeut werkt. Het macroniveau bevat de kwaliteit gezien in de ruimere kaders van de overheid en wetgeving. In dit eindwerk leg ik vooral de nadruk op het kwaliteitsvol handelen op microniveau, meergenaamd op het welbevinden van de cliënt.

5.2 Wat wordt onder ‘kwaliteit’ en ‘kwalitatief goede zorg’ begrepen?

*“Kwaliteit geeft aan in hoeverre iets of iemand zijn/haar doelstelling bereikt, doorgaans zonder daarbij een waardeoordeel over het doel te vellen.” “Kwaliteit geeft aan of het product of de dienst overeenkomt met hetgeen wat de klant ervan verwacht.”*²

Donabedian³ (1982) stelde een definitie van kwaliteit op die vaak gehanteerd wordt als uitgangspunt voor kwaliteitszorg:

*“Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg en de praktijk van die zorg.”*⁴

‘Criteria van goede zorg’ verwijst hierbij naar de gewenste situatie. ‘Praktijk van die zorg’ refereert naar de werkelijke situatie. Van een ergotherapeut wordt verwacht dat hij/zij regelmatig terugblijkt op het behandeltraject. Hierbij gaat het om een procedure van bewustwording, leren en verbetering. Volgende zaken moeten systematisch worden nagegaan: Wat waren de doelen? Hoe kijken we terug op de behandeling? Wat is goed gegaan binnen de behandeling en wat kan volgende keer beter? Indien dit proces wordt doorlopen werkt de ergotherapeut aan consequente kwaliteitsbewaking en bevordering van de kwaliteit.

Volgende definitie komt voort uit de grondgedachte die terug te vinden is in de Kwaliteitswet van zorginstellingen:

¹ KINEBANIAN, A., LE GRANSE, M., Grondslagen van de ergotherapie, 2^e druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2006, blz. 787-797.

² WIKIPEDIA, Definitie kwaliteit, Internet, http://nl.wikipedia.org/wiki/Kwaliteit_%28eigenschap%29

³ Donabedian is een Amerikaanse onderzoeker die ook zijn bijdrage leverde voor de ontwikkeling van het boek: Grondslagen van de ergotherapie, 2^e druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2006.

⁴ KINEBANIAN, A., LE GRANSE, M., o.c., blz. 788.

“Kwalitatief goede zorg is verantwoorde zorg die tegemoetkomt aan de reële wensen en behoeften van de cliënt en die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend.”¹

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV 1986, 1990) definieert de begrippen ‘doeltreffendheid’ en ‘doelmatigheid’ op 2 niveaus:²

– Doeltreffendheid

- Op niveau van beroepsuitoefening: *“De mate waarin datgene wat onder optimale omstandigheden als bereikbaar is vastgesteld, onder dagelijkse condities daadwerkelijk wordt bereikt.”*
- Met betrekking tot de kwaliteit van instellingen: *“De mate waarin de organisatie bijdraagt aan het verwezenlijken van de doelstellingen van een instelling.”*

– Doelmatigheid

- Op niveau van beroepsuitoefening: *“De mate waarin de inspanningen (geld, middelen, tijd) zich verhouden tot de opbrengsten (baten van de zorg).”*
- Met betrekking tot de kwaliteit van instellingen : *“Wanneer de beoogde doelen bereikt worden met een zodanige inzet van menskracht en middelen dat verspillingen zo veel mogelijk vermeden worden.”*

Voor het aanbieden van kwaliteitsvolle zorg vormt de cliënt het uitgangspunt. De cliënt is heel belangrijk en als ergotherapeut is het de bedoeling om de cliënt optimale steun te bieden in zijn/haar gewenste kwaliteit van leven. Kwaliteitszorg is ook afhankelijk van het tijds- en culturele aspect. De huidige inzichten en onderzoeksresultaten bepalen grotendeels het kader van de aangeboden zorg. De normen en waarden die heersen binnen een bepaalde cultuur dragen ook bij tot het aanbod van de zorg binnen de ergotherapie.

5.3 Kwaliteitscriteria voor de ergotherapie vanuit cliëntenperspectief

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) heeft gedurende vier jaar onderzoek gedaan naar de criteria die patiënten belangrijk vinden binnen de ergotherapeutische zorgverlening. Uit dit onderzoek werd een top tien van kwaliteitscriteria voor de ergotherapie samengesteld, gezien vanuit het cliëntenperspectief.

¹ Kinébanian A., Le Granse M., o.c., blz. 789.

² Ibidem, blz. 789.

“De tien kwaliteitscriteria kunnen ingedeeld worden in de volgende onderwerpen: ¹

– *Informatie*

1. De ergotherapeut draagt er zorg voor dat de informatie met betrekking tot cliënten vertrouwelijk wordt behandeld. De overdracht van de informatie aan derden is goed geregeld.

2. De cliënt krijgt informatie over het behandel-/adviesplan.

– *Vakbekwaamheid*

3. De ergotherapeut voorkomt dat hij een cliënt een verkeerd advies of een verkeerde aanpassing geeft.

4. De ergotherapeut heeft kennis van de therapeutische mogelijkheden.

– *Bejegening*

5. De ergotherapeut luistert goed naar wat de cliënt te vertellen heeft.

6. De ergotherapeut neemt de cliënt serieus.

– *Zelfstandigheid*

7. Door de behandeling wordt voorkomen dat de cliënt onnodig afhankelijk wordt van kennissen of vrienden.

8. De ergotherapeut overlegt met de cliënt over de behandeling/ advisering.

– *Accommodatie*

9. De praktijk en de ruimten zijn toegankelijk en doorgankelijk voor alle cliënten.

– *Steun*

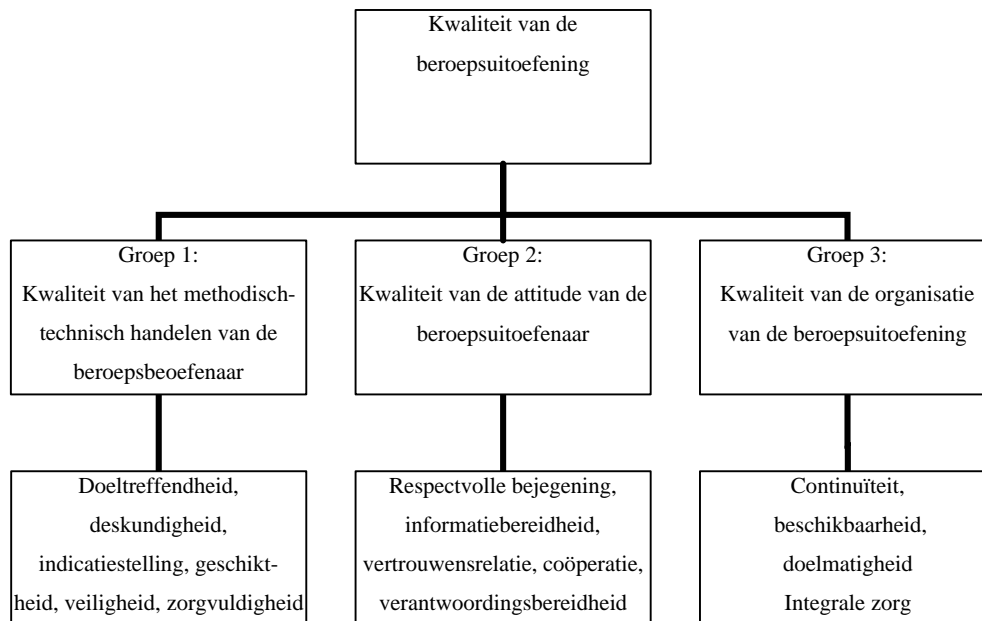
10. de cliënt krijgt steun van de ergotherapeut bij het leren omgaan met voorzieningen.”

5.4 Kwaliteitsvolle beroepsuitoefening door de ergotherapeut

Van de hedendaagse ergotherapeut wordt steeds meer verwacht dat hij/zij verantwoording kan afleggen over de zorg die wordt verschaft. Op het vlak van kwaliteit van beroepsuitoefening heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (tegenwoordig ‘Centrale Raad voor de Volksgezondheid’) een begrippenkader samengesteld. Dit kader omvat vijftien kwaliteitsaspecten die belangrijk zijn in de beroepsuitoefening van de ergotherapeut.

De kwaliteitsaspecten worden ingedeeld in drie groepen die in combinatie met elkaar de kwaliteit van de zorg bepalen. Dit alles is terug te vinden in de figuur op volgende pagina.

¹ Kinébanian A., Le Granse M., o.c., blz. 791.



Figuur 4: Kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening Bron: NRV (1986) ¹

5.5 Besluit

In dit hoofdstuk bespreek ik het thema ‘kwaliteitszorg’. Als hulpverlener is het verstrekken van kwaliteitsvolle zorg niet altijd even eenvoudig. Kwaliteitszorg is een complex thema dat afhankelijk is van diverse factoren. In dit hoofdstuk definieer ik eerst de begrippen ‘kwaliteit’ en ‘kwalitatieve zorg’. Van hieruit bouw ik verder op de criteria waaraan de hulpverlening van de ergotherapie moet beantwoorden, gezien vanuit cliëntenperspectief. Tenslotte schets ik het begrippenkader opgesteld door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid betreffende de kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening voor de ergotherapeut.

¹ Kinébanian A., Le Granse M., o.c., blz. 797.

6 HET MEETINSTRUMENT ‘QUALIDEM’¹

6.1 Inleiding

In mijn eindwerk maak ik gebruik van het meetinstrument ‘Qualidem’ versie één. Het is de eerste versie van een bruikbaar middel dat werd getoetst bij 240 personen met lichte tot zeer ernstige dementie. Het betreft een eerste versie van een nieuw meetinstrument met voldoende betrouwbaarheid en voldoende ondersteuning voor validiteit. Aangezien het hier om een eerste versie van een meetinstrument gaat, is verder onderzoek en ontwikkeling nog nodig in de toekomst. Dit meetinstrument werd ontworpen door het Trimbos-instituut in samenwerking met het VUmc, afdeling psychiatrie en afdeling Huisarts-, Sociale- en Verpleeghuisgeneeskunde.

In dit hoofdstuk bespreek ik de belangrijkste zaken in verband met het meetinstrument: de doelstelling en doelgroep, het theoretisch kader, de opbouw van het meetinstrument en de afname en scoring van de vragenlijst. Hierbij heb ik mij beperkt tot de zaken die noodzakelijk zijn om met het meetinstrument te kunnen werken. Statistische zaken zoals de ontwikkeling, constructie, toetsing en studies die voorafgingen aan het meetinstrument bespreek ik niet binnen deze scriptie. Hiervoor verwijs ik verder naar de ‘Qualidem’ handleiding, uitgeschreven door het Trimbos- Instituut zelf.

6.2 Doelstelling en doelgroep

De ‘Qualidem’ is een meetinstrument voor de levenskwaliteit van mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen. Tot de doelgroep behoren personen boven de 65 jaar met lichte tot zeer ernstige dementie. Voor de gradatie van dementie wordt gebruik gemaakt van de Global Deterioration Scale.² Dit is een schaal dat een globale functionele evaluatie geeft van de evolutie van het dementiesyndroom.³ Global Deterioration Scale 2 tot en met 6 (Reisberg⁴ 1982) verwijzen respectievelijk naar lichte tot ernstige dementie. Global Deterioration Scale 7 verwijst naar zeer ernstige dementie.

Het meetinstrument is niet getoetst bij personen met de ziekte van Parkinson, jong dementerende personen en mensen in een terminaal stadium.

De doelgroep waarbinnen ik mijn scriptie uitwerk zijn personen met matige tot ernstige dementie. In mijn eindwerk is het de bedoeling dat ik de levenskwaliteit van deze vier dementerende personen meet aan de hand van het meetinstrument ‘Qualidem’ als uitgangspunt voor mijn interventies. Afhankelijk

¹ TRIMBOS- INSTITUUT, Meetinstrument kwaliteit van leven, internet, <http://www.trimbos.nl/default14452.html>, Trimbos-instituut Utrecht.

² PFIZER, o.c., blz. 395. De Global Deterioration Scale (GDS) zelf is terug te vinden in bijlage 8 binnen dit eindwerk.

³ Ibidem, blz. 252.

⁴ Dr. Reisberg is een Amerikaanse psychiater en tevens klinisch directeur van het ‘Silberstein Aging and Dementia Research Center’ van de New York University School of Medicine.

van de scores per subschaal beden ik interventies ter verbetering van de kwaliteit van leven. Na overleg met het team en het toepassen van geschikte interventies ter verbetering van de levenskwaliteit, meet ik na drie weken met behulp van het ‘Qualidem’- meetinstrument het effect van mijn interventies. Gedurende het uitwerken van mijn scriptie probeer ik ook zoveel mogelijk mijn aandacht te vestigen op de wensen van de bewoner. Ook de mantelzorgers en familie zal ik binnen mijn eindwerk trachten te betrekken, omdat zij dicht betrokken zijn bij de bewoner en zijn/haar levenskwaliteit.

6.3 Theoretisch kader

Als theoretisch uitgangspunt voor het meetinstrument ‘Qualidem’ is gekozen voor het adaptatie-coping model van Dröes¹ (1991).

“Het adaptatie- coping model beoogt gedrag van mensen met dementie mede te verklaren uit de wijze waarop zij zich aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte (adaptatie) en omgaan met de stress die deze gevolgen kunnen veroorzaken (coping).”²

“Adaptatie wordt hier opgevat als het resultaat van het proces van aanpassing aan de gevolgen van de ziekte en kan daarmee als een indicatie voor kwaliteit van leven beschouwd worden.”³

Wanneer iemand wordt geconfronteerd met dementie en terechtkomt in een RVT, kan dit stress met zich meebrengen. De persoon in kwestie moet zich leren aanpassen aan de nieuwe situatie en ermee leren omgaan. Gedurende deze processen is de dementerende persoon zelf actief en zijn er voor hem/haar zeven adaptieve opgaven voor het omgaan met dementie als ziekte. Door het nakomen van deze zeven adaptieve opgaven krijgt niet alleen de omgeving, maar ook de dementerende persoon zelf een actieve functie toegewezen in het omgaan met de aandoening en de gevolgen ervan.

Deze adaptieve opgaven voor het omgaan met dementie zijn:

- omgaan met de eigen invaliditeit;
- ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met het personeel;
- handhaven van een emotioneel evenwicht;
- behouden van een positief zelfbeeld;
- voorbereiden op een onzekere toekomst;
- ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties;
- omgaan met de verpleeghuisomgeving.

¹ Dr. Rose-Marie Dröes is psychogeriatrisch onderzoeker in het Alzheimercentrum VUmc te Amsterdam

² ETTEMA, T., DE LANGE, J., DRÖES, R.-M., MELLENBERGH, D., RIBBE, M., Handleiding ‘Qualidem’, internet, <http://www.trimbos.nl/Downloads/Programmaas/Handleiding1def.pdf>, 1^e versie, Trimbos- instituut Utrecht, Mei 2005.

³ ETTEMA, T., DE LANGE, J., DRÖES, R.-M., MELLENBERGH, D., RIBBE, M., Handleiding ‘Qualidem’, internet, <http://www.trimbos.nl/Downloads/Programmaas/Handleiding1def.pdf>, 1^e versie, Trimbos- instituut Utrecht, Mei 2005.

De dementerende persoon zal uiteindelijk moeten leren omgaan met zijn/haar ziekte en hunkert naar een evenwicht en een maximaal niveau van welbevinden.

6.4 Opbouw van de ‘Qualidem’

De ‘Qualidem’ versie één, kent negen diverse subschalen en veertig items die aan de hand van waarneming en observaties moeten worden ingevuld. Naast de negen subschalen zijn er ook nog drie aparte items, die pas zijn toegevoegd tijdens het werken. Deze drie items worden apart gescoord in subschaal J: ‘Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek’. Ikzelf zal deze drie items niet uit de vragenlijst weghalen maar aangezien deze items nog bij nader onderzoek door het Trimbos- Instituut zelf moeten worden getest, heb ik ervoor gekozen om deze niet verder uit te werken binnen mijn scriptie. Ik bereken dus geen score op de aparte subschaal J: ‘Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek’.

Ter verduidelijking is hieronder een overzicht terug te vinden met de subschalen en de bijbehorende items/vragen per subschaal. Het meetinstrument ‘Qualidem’ zelf, is terug te vinden in de bijlagen. Deze bijlagen zijn genummerd per volgliënt en afname.

Subschaal (aantal vragen/items)
Item/vraag
A: Zorgrelatie (7)
- Wijst hulp van anderen af
- Is boos
- Heeft conflicten met verzorgenden
- Beschuldigt anderen
- Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt
- Accepteert hulp
- Heeft kritiek op de gang van zaken
B: Positief Affect (6)
- Is vrolijk
- Heeft een tevreden uitstraling
- Kan genieten van dingen in het dagelijks leven
- Is goed gestemd
- Heeft een glimlach rond de mond
- Stemming is positief te beïnvloeden
C: Negatief Affect (3)
- Maakt een angstige indruk
- Is verdrietig
- Huilt
D: Rusteloos Gespannen Gedrag (3)
- Maakt rustloze bewegingen
- Is rusteloos
- Heeft een gespannen lichaamstaal
E: Positief Zelfbeeld (3)
- Geeft aan meer hulp te willen
- Geeft aan niets te kunnen
- Laat blijken zichzelf niets waard te vinden

<p>F: Sociale Relaties (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft contacten met andere bewoners - Reageert positief bij toenadering - Zorgt voor andere bewoners - Sluit zich af van de omgeving - Trekt vriendschappelijk op met een of meer bewoners - Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen
<p>G: Sociaal Isolement (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wordt afgewezen door andere bewoners - Wijst contact met anderen openlijk af - Roept
<p>H: Zich Thuis Voelen (4)</p> <p>Geeft aan dat hij of zij zich verveelt</p> <p>Geeft aan zich opgesloten te voelen</p> <p>Voelt zich thuis op de afdeling</p> <p>Wil van de afdeling af</p>
<p>I: Iets Om Handen Hebben (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft bezigheden zonder hulp van anderen - Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling
<p>J: Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wil niet eten - Geniet van de maaltijd - Wil graag (in bed) liggen

Figuur 5 : Overzicht subschalen en bijbehorende vragen/items

Het is belangrijk om te weten dat voor afname van het meetinstrument bij mensen met zeer ernstige dementie (Global Deterioration Scale 7) slechts 21 items geschikt zijn. De subschalen: ‘Positief Zelfbeeld’, ‘Zich Thuis Voelen’ en ‘Iets Om Handen Hebben’, vallen dan volledig weg. Binnen mijn eindwerk bevinden de volgccliënten zich in het stadium van lichte tot ernstige dementie (Global Deterioration Scale 2 tot en met 6).

6.5 Afname en scoring van de ‘Qualidem’

Het afnemen van de lijst moet gebeuren door twee verzorgenden of therapeuten die de bewoners gedurende elk moment van de dag kunnen ervaren. Het meetinstrument wordt ingevuld na een observatieperiode van een week. Het invullen duurt ongeveer een kwartier en moet plaatsvinden in onderling overleg. Bij het invullen van de lijst moet bij elke vraag een antwoord worden omcirkeld. Indien er twijfel is tussen de mogelijkheden, dan moet het antwoord aangeduid worden dat het best bij de observaties past.

Het scoren van het meetinstrument gebeurt per subschaal. De aparte itemscores worden opgeteld per subschaal. Hoe hoger deze score, hoe hoger de kwaliteit van leven voor deze subschaal. Het berekenen van een totaalscore van de ‘Qualidem’ is onmogelijk.

6.6 Besluit

Er kan geconcludeerd worden dat de ‘Qualidem’ versie één, een meetinstrument is met voldoende bewijs voor validiteit. Het is een meetinstrument dat ontworpen is door een Nederlandse onderzoeksgroep ter evaluatie van innovaties in de zorg bij dementerende rusthuisbewoners. Voor mij echter is het meetinstrument meer dan een vragenlijst alleen. Het is ook een instrument waarbij ik mijn eigen handelen als ergotherapeut voortdurend in vraag dien te stellen. Door dingen op een nieuwe (en zo mogelijk ook betere) manier aan te pakken, wil ik de levenskwaliteit van de dementerende persoon trachten te verhogen.

Het is de bedoeling dat ik in overleg met het multidisciplinair team de ‘Qualidem’ vragenlijst invul per volgliënt aan de hand van observaties. Vervolgens verkrijg ik per subschaal scores, die een indicatie geven voor de kwaliteit van leven. Daarna zal ik gedurende enkele weken in overleg met het team interventies en innovaties toepassen bij de individuele bewoner, dit ter verbetering van de levenskwaliteit. Tenslotte zal ik opnieuw gebruik maken van de ‘Qualidem’ als meetinstrument om na te gaan of mijn interventies hebben bijgedragen tot een betere levenskwaliteit. Door het uitwerken van mijn eindwerk wil ik nagaan of de ‘Qualidem’ daadwerkelijk een goed en bruikbaar meetinstrument is in de praktijk. Hierbij wil ik toetsen of het gebruik ervan zinvol is en wel degelijk kan bijdragen tot de verbetering van de levenskwaliteit van de individuele rusthuisbewoner met dementie.

**GEBRUIK VAN HET 'QUALIDEM- MEETINSTRUMENT' ALS INDICATIE VOOR DE KWALITEIT VAN
LEVEN BIJ DEMENTERENDE PERSONEN OPGENOMEN IN HET RVT**

-

Bijdragen tot de kwaliteit van leven door individuele ergotherapeutische therapie sessies, aangepast aan de
behoeften van de dementerende persoon

DEEL 2:
PRAKTIJK



SARAH BOUDRY

Scriptie aangeboden tot het
behalen van de titel van
bachelor in de ergotherapie

7 OPZET VAN DIT EINDWERK

In mijn tweede opleidingsjaar ergotherapie mocht ik als studente op zoek gaan naar een onderwerp voor het uitwerken van een scriptie. Oorspronkelijk wou ik mijn eindwerk uitwerken rond het thema borstkanker en de eventuele rol van een ergotherapeut hierbij. Aangezien dit niet evident bleek te zijn, ging ik na een lange zoektocht toch op zoek naar een ander onderwerp. In de lessen geriatrie had de lector, tevens ook mijn scriptiebegeleidster, een aantal onderwerpen aangebracht waaronder het meetinstrument 'Qualidem', als indicatie voor de kwaliteit van leven bij dementerende rusthuisbewoners. Dit onderwerp sprak mij zo aan, dat ik meteen op zoek ging naar meer informatie. Ik sprak mijn lector aan met de vraag of zij mij iets meer kon vertellen over dit nieuwe meetinstrument. Zij gaf mij een kopie van de handleiding, alsook de link naar de internetsite.

Om na te gaan of dit meetinstrument wel de meeste recente versie was, mailde ik naar de verschillende professoren die dit meetinstrument vervaardigd hebben. Mijn mail bereikte verschillende professoren, zowel in België als in Nederland. Ik kreeg allerlei reacties op mijn vraag, namelijk of ik voor het uitwerken van mijn eindwerk gebruik kon maken van het meetinstrument 'Qualidem', versie 1, Mei 2005. Alsook op de vraag of dit de meest recente versie van het meetinstrument was. Er ontstond bij mij een grote verwarring door de uiteenlopende antwoorden op mijn mail. Toch wou ik zekerheid en bleef ik mailen naar diverse verantwoordelijken. Uiteindelijk werd de verwarring opgehelderd; er waren namelijk twee onderzoeken aan de gang, beiden 'Qualidem' genaamd.

In België was er de vereniging Qualidem, die bestond uit gegroepeerde onderzoekers, leden van het academisch en wetenschappelijk personeel van de Université de Liège (ULG) en de Katholieke Universiteit Leuven (KULeuven). Deze vereniging werd opgericht op 14 Oktober 1998 met als doel de realisatie van de genoemde studie 'Dementie UB/1240'. In deze studie, ook 'Qualidem- onderzoek' genaamd, werden wetenschappelijke gegevens omtrent de zorg voor dementerenden verzameld. Dit om een inventaris op te stellen van informatie met betrekking tot dementie, een voorstel te formuleren over kwaliteitsvolle begeleiding van dementerende personen en hun omgeving en modaliteiten te ontwikkelen voor gepaste interventies voor de verplichte verzekering en de daarbij horende vergoedingen.¹ Dit alles werd samen gebundeld in 'Studie Dementie UB/1240'. Die studie werd uitgevoerd door Qualidem in opdracht van het RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering.

Voor de opzet van mijn eindwerk, maak ik echter gebruik van 'het meetinstrument Qualidem', ontwikkeld en getoetst door onderzoekers in Nederland. Dit meetinstrument kan een indicatie geven voor de kwaliteit van leven van mensen met dementie in verpleeg- of verzorgingstehuizen.

¹ BUNTINX F., DE LEPELEIRE J., YLIEFF M., Zorg voor dementerenden in België, Honderd vragen en antwoorden op basis van het Qualidem- onderzoek, Garant, Antwerpen- Appeldoorn, 2006, blz.7.

Nadat de verwarring was uitgeklaard omtrent de term 'Qualidem' en de verschillende onderzoeken in België en Nederland, wist ik met zekerheid dat ik met mijn vragen omtrent het meetinstrument terecht kon bij het Nederlandse Trimbos-instituut. Uiteindelijk nam ik via mail contact op met Dr. Jacomine de Lange en Dr. Teake Ettema. Zij verzekerden mij dat het meetinstrument 'Qualidem', versie 1, Mei 2005 de meest recente versie is en tot op heden nog niet is gewijzigd. Ze wensten mij veel succes met mijn eindwerk en gaven aan dat de eerste versie van het meetinstrument voldoende betrouwbaarheid en voldoende ondersteuning voor validiteit heeft, voor gebruik in onderzoek en ter evaluatie van innovaties in zorgbeleid en – praktijk bij mensen met lichte tot zeer ernstige dementie in verpleeg- en verzorgingstehuizen. Het is wel zo dat verder onderzoek gewenst is, en dat dit meetinstrument een eerste versie betreft.

Nadat ik zekerheid had verkregen omtrent het meetinstrument, kon ik starten met het contacteren van eventuele stageplaatsen voor het uitwerken van mijn eindwerk. Ik kreeg een positief antwoord van het WZC 'De Ruyschaert' te Marke. Na een gesprek met de verantwoordelijke zorgcoördinator en de hoofdverpleger werd mij toestemming gegeven voor het uitwerken van mijn scriptie binnen de instelling. Samen met mijn twee promotors uit de instelling heb ik dan besproken wat er in de scriptie kon staan en welke mijn actiestappen zouden zijn. Er werd overeengekomen dat ik mijn scriptiestage zou doorlopen op de afdeling 'De Ark' gedurende twaalf weken.

Binnen dit eindwerk is het de bedoeling dat ik in overleg met de hoofdverpleger en de ergotherapeute de 'Qualidem' vragenlijst invul aan de hand van observaties bij vier volgccliënten. Vervolgens worden scores verkregen per subschaal, die een indicatie geven voor de kwaliteit van leven. Deze scores gelden als uitgangspunt voor mijn verdere interventies. Daarna pas ik gedurende drie weken in overleg met het team interventies en innovaties toe bij de vier bewoners individueel, dit ter verbetering van de levenskwaliteit. Tenslotte maak ik opnieuw gebruik van de 'Qualidem' als meetinstrument om na te gaan of mijn interventies hebben bijgedragen tot een betere levenskwaliteit.

Door het uitwerken van mijn eindwerk wil ik ook nagaan of de 'Qualidem' daadwerkelijk een goed en bruikbaar meetinstrument is in de praktijk. Hierbij wil ik toetsen of het gebruik ervan zinvol is en wel degelijk kan bijdragen tot de verbetering van de levenskwaliteit van de individuele rusthuisbewoner met dementie. Door gebruik van dit meetinstrument in de praktijk, wil ik in deze scriptie ook mijn bedenkingen en bevindingen neerschrijven met betrekking tot het meetinstrument en het gebruik ervan.

8 MIJN STAGEPLAATS : WOON- EN ZORGCENTRUM ‘DE RUYSCHAERT ’¹

8.1 Inleiding

Het WZC ‘De Ruyschaert’ is gelegen in de dorpskern van Marke. Begin 2001 werd het voormalige rusthuis vervangen door een nieuwbouw met een woongelegenheden voor 66 bejaarden. Eind december ging de tweede verbouwingsfase van start waarbij het rusthuis uitgebreid werd tot 90 bewoners, verdeeld over drie afdelingen.

8.2 Afdeling: De Wende

De Wende is een afdeling die zich in het bijzonder richt naar bejaarden die minder nood hebben aan toezicht en ‘actieve’ hulp. De meeste bejaarden zijn nog in staat om zelf hulp te vragen indien nodig. Op deze afdeling is er ook een leefgroep. Bewoners binnen deze afdeling zijn meestal zorgbehoevend en/of licht dementerend. De afdeling bevindt zich op de eerste verdieping en is gespreid over het volledige niveau. Het aantal verblijfseenheden binnen deze afdeling bedraagt 44 personen.

8.3 Afdeling: De Parel

De Parel is een afdeling waar bejaarden wonen die bijna constant nood hebben aan intensief toezicht. Deze bewoners kunnen hun hulpvraag moeilijk of niet meer formuleren en kunnen de zorgafhankelijkheid zelf niet meer inschatten. Bij de populatie binnen deze afdeling is voornamelijk sprake van dementie. De afdeling is terug te vinden op het gelijkvloers aan de achterkant van het gebouw. Het aantal bedden op deze afdeling bedraagt 20 verblijfseenheden en twee kamers voor kortverblijf.

8.4 Afdeling: De Ark

Het bewonersprofiel op de afdeling De Ark is vergelijkbaar met de afdeling De Parel. Net als De Parel is het een subafdeling met een eigen leefgroepwerking. Per subafdeling is er een eigen zorgequipe met een onafhankelijke werking. Deze afdeling is gesitueerd op het gelijkvloers aan de voorkant van het gebouw. Het aantal verblijfseenheden binnen deze afdeling bedraagt 26 personen.

8.5 Dagverzorgingscentrum: De Pendel

De Pendel is een dagverzorgingscentrum waar personen met een gevarieerd zorgprofiel elkaar kunnen ontmoeten. Het bewonersprofiel van De Pendel verschilt van volledig zorgafhankelijk tot volledig zelfstandig. Het grootste deel van de populatie van het dagverzorgingscentrum is bejaard, alhoewel er ook enkele personen onder de 65 jaar verblijven. De Pendel situeert zich op het gelijkvloers, in de aparte vleugel. Het aantal eenheden op deze dienst bedraagt 15 verblijfseenheden.

¹ DE RUYSCHAERT, Onthaalbrochure vakantiejobs Woon- en zorgcentrum De Ruyschaert , documentatie verkregen uit de instelling.

8.6 De visie van het Woon- en zorgcentrum ‘De Ruyschaert’¹

In de opdrachtverklaring van ‘De Ruyschaert’ worden onder andere volgende belangrijke punten geformuleerd:

8.6.1 De manier van werken

“In ons aanbod beogen wij respect, warmmenselijkheid, aanvaarding en evenwaardigheid voor iedereen. We streven naar een open geest waar de meeste kwaliteitsvolle, professionele en totale zorg verleend wordt aan ouderen, ongeacht hun godsdienstige, levensbeschouwelijke of politieke overtuiging.

We willen in die zorg aandacht hebben voor de volledige mens achter de zorgvrager, met al zijn materiële, fysische, psychische, sociale en spirituele noden. Alleen dan mogen wij spreken van totaalzorg met respect voor de eigenheid van de zorgvrager.

Eigen verhalen, verwachtingen, mogelijkheden en beperkingen moeten bij ons resulteren in eigen zorgvragen met specifieke zorgantwoorden; en dit in vol respect voor de individuele levensstijl van de zorgvrager. Dit is onze manier van respect betuigen voor het unieke en onvervangbare in elke mens. De zorgvrager is vrij om, naast het individuele aanbod, beroep te doen op gemeenschappelijke activiteiten die bijdragen tot een zinvolle invulling van de vrije tijd. Daarnaast willen wij een open huis zijn waar plaats is voor familie en vrienden om deel te nemen aan het leven rond en met de zorgvrager.

Autonomie en keuzevrijheid mogen bij ons geen holle woorden zijn. Wij willen deze zo goed en zo lang mogelijk eerbiedigen. Daar waar de zorgbehoefte de autonomie en keuzevrijheid beperken, willen wij onze zorgen aanbieden met de grootst mogelijke tact en omzichtigheid. In de laatste levensfase en bij het sterven willen wij de zorgvrager en zijn familie ondersteunen met een warme, ondersteunende en liefdevolle zorg. Zo willen wij een sfeer scheppen waar het leven op een serene en vredige manier kan afgerond worden.

Dit aanbod van zorgen is voor ons een vertrekpunt. Wij bouwden daarvoor een nieuw rusthuis en een dagverzorgingscentrum. Daarnaast werd ook in belangrijke mate denkwerk en middelen geïnvesteerd in een huiselijke bemeubeling, uitrusting en inrichting met het oog op veiligheid en geborgenheid. Deze huiselijke sfeer willen wij in de toekomst verder laten groeien, zodat de zorgvrager, zijn familie en bezoekers geen drempel ondervinden bij het betreden van ons ‘huis’.

Wij zijn van mening toegedaan dat alleen zo de ruimte kan ontstaan om als ‘huis’, en als bejaarde die woont in dit huis, naadloos geïntegreerd te raken in het maatschappelijk leven rondom.”

¹ DE RUYSCHAERT, Oprichtingsverklaring Woon- en zorgcentrum De Ruyschaert, documentatie verkregen uit de instelling.

8.6.2 Doelstellingen

In alles wat gedaan wordt, wil 'De Ruyschaert' kwaliteit bieden. Alle zaken die worden verricht binnen het WZC bevatten een hoge graad aan:

- deskundigheid op warmmenselijk en technisch vlak;
- overleg en beraad met collega's, familie en partners in de zorg;
- aandacht voor details die het geheel voltooien.

8.7 Doelpubliek en afdeling voor het uitwerken van mijn eindwerk

Als stagiaire wil ik via mijn eindwerk een bijdrage leveren aan de levenskwaliteit van de bejaarde rusthuisbewoner. Omdat het voor een dementerende persoon vaak niet eenvoudig is om zijn/haar hulpvraag te verwoorden, wil ik gedurende mijn scriptiestage de nodige energie en toewijding steken in het mogelijk verbeteren van diens levenskwaliteit. Mits de afname van het meetinstrument 'Qualidem' kan de kwaliteit van leven per subschaal duidelijk worden. Het vormt voor mij dan ook een uitdaging om te proberen deze levenskwaliteit te laten stijgen, indien deze laag scoort. Dit kan enkel door respect op te brengen voor de eigenheid van de zorgvrager en interventies aan te passen op maat van de bewoner.

Ikzelf heb ervoor gekozen om te werken met het doelpubliek van de afdeling 'De Ark'. Aangezien deze bewoners vaak grote moeite hebben om hun wensen en verlangens te formuleren, is het niet altijd eenvoudig om te voorzien in hun behoeften. Vandaar dat ik gedurende deze 12 weken de tijd wil nemen om mijn eigen handelen in kaart te brengen en te zoeken naar gepaste benaderingswijzen die kunnen bijdragen tot het verhogen van de levenskwaliteit van deze individuele rusthuisbewoners.

8.8 Besluit

VZW 'De Ruyschaert' is een WZC met verschillende afdelingen waar overal dezelfde opdrachtverklaring en missie wordt gehanteerd. Deze opdrachtverklaring is een weergave van de visie omtrent de manier van werken en de beoogde doelstellingen. Ik heb ervoor gekozen om deze opdrachtverklaring deels te verwerken in mijn eindwerk omdat deze een fundamenteel gegeven is binnen de stageplaats. Binnen het kader van mijn scriptiestage wil ik meegeven dat ik als studente dan ook zal handelen volgens dit referentiekader. Niet enkel omdat dit van mij verwacht wordt, maar omdat ik volledig akkoord ga met hetgeen mijn stageplaats wil bereiken binnen zijn missie.

9 VOORSTELLING VAN DE VIER VOLGCLIËNTEN VOOR HET UITWERKEN VAN MIJN EINDWERK

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schets ik een beeld van de vier volgcliënten waarbij ik mijn eindwerk uitwerk. Om de privacy van mijn volgcliënten te respecteren, maak ik slechts gebruik van de initialen. Per volgcliënt wordt het stadium binnen de Global Deterioration Scale weergegeven. Het is zo dat het stadium waarin mijn volgcliënten zich bevinden, vastgesteld werd door observatie van de karakteristieken van het gedrag. Deze karakteristieken werden dan vergeleken met de beschrijving van de verschillende stadia binnen de Global Deterioration Scale. Dit in overleg met de hoofdverpleegkundige van de afdeling.

9.2 Probleemdefiniëring van volgcliënt 1:

Identificatiegegevens:

Initialen: T.F.

Geslacht: vrouw

Burgerlijke staat: weduwe

Geboortedatum: 25/11/1920

Opnamedatum: 27/08/2002

Sociale gegevens:

T. was gehuwd en had twee zonen. Op jonge leeftijd kwam haar oudste zoon om het leven door een tragisch ongeval. Momenteel heeft T. nog één zoon, die regelmatig op bezoek komt met zijn vrouw. T. heeft lange tijd gewerkt in de autogarage van haar man en zoon, waar zij de administratieve zaken afhandelde.

Medische gegevens:

T. heeft dementie van het Alzheimerstype. Momenteel bevindt T. zich in de fase van 'het verdwaalde ik'. Binnen de Global Deterioration Scale bevindt T. zich in stadium 5. Ook heeft T. lage rugpijn, chronische schouderpijn, Musculus Supraspinatustendinitis, osteoporose en refluxoesophagitis.

Cognitieve toestand:

T. is gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon. T. beschikt nog over goede verbale communicatiemogelijkheden maar heeft ernstig roepgedrag. De aandacht en concentratie van T. is beperkt en het probleemoplossend vermogen is gestoord.

Bevindingen omtrent het roepgedrag:

Wanneer T. ernstig roepgedrag vertoont, worden medebewoners hier soms geagiteerd van wat zich uit in onrustig gedrag zoals terug reageren, verbale agressie, vloeken enzovoorts. Tijdens mijn stage wordt allerhande onrustmedicatie uitgeprobeerd om het ernstig roepgedrag van T. te verminderen. Uiteindelijk wordt voor T. 'Buronil' voorgeschreven: dagelijks één comprimé van 25 mg bij het middagmaal. De mogelijke oorzaken voor het roepgedrag zoals: ontlasting, verveling, teveel prikkels, honger of dorst, strakke kleding, pijn, etc. kunnen uitgesloten worden. Uit een gesprek met het multidisciplinair team komt naar voren dat reeds vanalles geprobeerd is om de onrust en het roepgedrag van mijn volcliënt te doorbreken. Het is zo dat er geen bepaald patroon op te merken is in het roepgedrag.

Zelf wil ik via belevingsgerichte zorg en individuele therapie sessies en/of activiteiten het roepgedrag van T. positief proberen te beïnvloeden. Per interventie let ik hierbij nauwgezet op de reacties van mijn volcliënt alsook op de invloed van mijn acties op het roepgedrag.

Motorische mogelijkheden en/of beperkingen:

Om zich te kunnen verplaatsen heeft T. hulp nodig van één begeleider. In principe zou T. zelfstandig kunnen stappen, maar dit wordt niet gedaan wegens het hoge valrisico. Op gebied van fijne en grove motoriek presteert T. redelijk goed. Het behandelingsplan van T. omvat actieve mobilisatieoefeningen zoals fietsen en mechanotherapie ter hoogte van de schouders.

Zelfstandigheidsgraad (Katzschaal):

- Zich wassen: heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen, zowel boven als onder de gordel.
- Zich kleden: heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden, zowel boven als onder de gordel.
- Transfer & verplaatsingen: stapt met hulp van één begeleider, heeft volstrekt hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of verplaatsingen.
- Toiletbezoek: moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen.
- Incontinentie: is incontinent voor urine of voor faeces (mictietraining inclusief).
- Eten: heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken.

9.3 Probleemdefiniëring van volcliënt 2:

Identificatiegegevens:

Initialen: G.V.

Geslacht: vrouw

Burgerlijke staat: weduwe

Geboortedatum: 06/06/1914

Opnamedatum: 24/01/2007

Sociale gegevens:

G. is weduwe en heeft één dochter die in Marke woont. G. zelf is afkomstig van Kortrijk. Na de dood van haar man is G. blijven wonen bij de dochter in Marke, tot de situatie onhoudbaar werd. Sedert maart 2006 was G. opgenomen in een ander RVT. De dochter was niet tevreden over de manier van werken in dit RVT, alsook uit praktische redenen verhuisde G. naar het WZC 'De Ruyschaert' in Marke. Zowel de familie als G. staan positief tegenover de opname.

Medische gegevens:

G. heeft dementie van het gemengde type (Alzheimer + vasculair). Momenteel bevindt G. zich in de fase van 'het verdwaalde- ik'. Binnen de Global Deterioration Scale bevindt G. zich in stadium 5.

Cognitieve toestand:

G. is gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon. Op vlak van communicatiemogelijkheden heeft G. geen problemen om zich uit te drukken. Het is wel zo dat G. vaak opdrachten niet begrijpt, waardoor deze dan voorgetoond moeten worden.

Motorische mogelijkheden en/of beperkingen:

Op het vlak van motoriek presteert G. nog goed. G. heeft geen hulp nodig om zich te verplaatsen of om te stappen, maar wordt wel begeleid. Dit omdat onlangs een hartritmestoornis bij G. ontdekt werd, waardoor ze geregeld syncopes doet met valrisico. Op vlak van fijne motoriek ondervindt G. ook geen problemen. G. is hulpvaardig en helpt op de afdeling vaak mee met het afwassen van de tafels en andere huishoudelijke taken. G. is een persoon die nood heeft aan zinvolle dagbesteding. Wanneer ze niets om handen heeft, vertoont ze rusteloos gespannen gedrag. 'S Nachts wordt G. met een trippelhoeslaken gefixeerd in bed.

Zelfstandigheidsgraad (Katzschaal):

- Zich wassen: heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel.
- Zich kleden: heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel.
- Transfer & verplaatsingen: is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddelen of hulp van derden.
- Toiletbezoek: moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen.
- Incontinentie: is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars);
- Eten: heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken.

9.4 Probleemdefiniëring van volcliënt 3:

Identificatiegegevens:

Initialen: C.A.

Geslacht: vrouw

Burgerlijke staat: weduwe

Geboortedatum: 06/07/1914

Oponamedatum: 08/08/2005

Sociale gegevens:

A. is weduwe en afkomstig uit Heule. Ze heeft twee dochters die haar regelmatig bezoeken, alsook andere familieleden. Vroeger woonde A. alleen thuis met hulp. Wanneer dit niet meer voldoende was, werd gekozen voor een opname in het WZC 'De Ruyschaert'. De houding van zowel A. als de familie zijn positief tegenover de opname. Op de afdeling brengt A. graag tijd door op haar kamer. Van karakter is A. altijd al heel perfectionistisch en proper ingesteld geweest. Dit is duidelijk op te merken in het gedrag van A.

Medische gegevens:

Bij A. is er sprake van vasculaire dementie, waarbij A. zich momenteel bevindt in de overgangsfase van 'het bedreigde- en het verdwaalde- ik'. Binnen de Global Deterioration Scale bevindt A. zich in stadium 4.

Cognitieve toestand:

De aandacht en concentratie van A. is beperkt. In het geheugen treedt periodieke verwardheid op. A. is licht gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon. Op de Mini Mental State Examination scoort A. 13/30.

Motorische mogelijkheden en/of beperkingen:

Op vlak van motoriek en mobiliteit presteert A. goed. Het evenwicht in stand en gang is licht onstabiel waardoor A. stapt met een wandelstok.

Zelfstandigheidsgraad (Katzschaal):

- Zich wassen: onder continu toezicht zou A. zichzelf kunnen wassen, maar ze krijgt gedeeltelijke hulp.
- Zich kleden: onder continu toezicht zou A. zichzelf kunnen kleden, maar ze krijgt gedeeltelijke hulp.

- Transfer & verplaatsingen: is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddelen of hulp van derden. A. maakt wel gebruik van een wandelstok.
- Toiletbezoek: kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen.
Incontinentie: is continent voor urine en faeces.
- Eten: kan alleen eten en drinken.

9.5 Probleemdefiniëring van volcliënt 4:

Identificatiegegevens:

Initialen: M.-T. M.

Geslacht: vrouw

Burgerlijke staat: weduwe

Geboortedatum: 11/10/1925

Opnamedatum: 31/03/2006

Sociale gegevens:

M.-T. is weduwe en afkomstig uit Rollegem. Omwille van de dementiële problematiek en het feit dat ze weduwe werd, kwam ze in het ziekenhuis terecht in Kortrijk eind 2005. Daar werd gekeken voor een opname in een RVT. Ze heeft twee zonen wonende te Marke en Rollegem.

Medische gegevens:

De hoofddiagnose van M.-T. is dementie van het Alzheimerstype. Momenteel bevindt M.-T. zich in de overgangsfase van 'het verborgen- en het verzonken- ik'. Binnen de Global Deterioration Scale bevindt M.-T. zich in stadium 6. Bijkomende stoornissen zijn: osteoporose, depressieve stemming en rheuma.

Cognitieve toestand:

Bij M.-T. is er sprake van een volledige desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. M.-T. communiceert hoofdzakelijk op non- verbale wijze door middel van gezichtsuitdrukkingen zoals een glimlach of een knipoog. Af en toe gebeurt het dat M.-T. praat, maar dit is niet steeds verstaanbaar voor de omgeving. Hetgeen M.-T. dan zegt kan niet altijd geplaatst worden in de juiste context.

Motorische mogelijkheden en/of beperkingen:

M.-T. is afhankelijk van de hulp van één of twee begeleiders voor het stappen en het verplaatsen. De grove en fijne motoriek van M.-T. zijn gestoord door contractuurvorming.

Zelfstandigheidsgraad (Katzschaal):

- Zich wassen: moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel.
- Zich kleden: moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel.
- Transfer & verplaatsingen: heeft volstrekt hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of verplaatsingen.
- Toiletbezoek: moet volledig worden geholpen om naar het toilet/toiletstoel te gaan en zich te kleden en zich te reinigen.
- Incontinentie: is incontinent voor urine en faeces.
- Eten: is volledig afhankelijk om te eten en/of te drinken.

10 EERSTE AFNAME VAN HET MEETINSTRUMENT ‘QUALIDEM’

10.1 Inleiding

Gedurende de twee eerste weken van mijn scriptiestage nam ik de nodige tijd om kennis te maken met de bewoners en de werking van de afdeling. De derde week ging door als observatieweek, waarbij ik mijn vier volcliënten nauwgezet observeerde. Dit om op het einde van de week de vragenlijst met veertig items in te vullen aan de hand van deze observaties. Het invullen en scoren van de ‘Qualidem’ gebeurde in overleg met de hoofdverpleger en de ergotherapeute van de afdeling. Wanneer er bij een bepaalde vraag verschillende meningen waren, probeerden wij via overleg tot overeenstemming te komen. In dit hoofdstuk geef ik de resultaten van de eerste afname van het meetinstrument ‘Qualidem’ weer voor mijn vier volcliënten. Deze scores geven een indicatie voor de huidige kwaliteit van leven, verdeeld over verschillende subschalen. Deze scores gelden als uitgangspunt voor mijn verdere interventies. Hoe hoger de score per subschaal, hoe hoger de kwaliteit van leven voor deze subschaal.

Om de scores beter met elkaar te kunnen vergelijken per subschaal, zet ik deze steeds om in procenten. Deze procenten zijn steeds berekend ten opzichte van de maximumscore. Oorspronkelijk wou ik gebruik maken van vergelijkende grafieken opgemaakt in Microsoft Office Excel 2003, maar dit zou mijn eindwerk te uitgebreid maken wat betreft het aantal maximum pagina’s.

Punt J: ‘Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek’ omvat drie items die apart worden gescoord. Dit zijn de items: ‘geniet van de maaltijd’, ‘wil niet eten’ en ‘wil graag liggen’, die terug te vinden zijn in de ‘Qualidem’ vragenlijst. Aangezien deze items nog bij nader onderzoek door het Trimbos-Instituut zelf moeten worden getest, heb ik ervoor gekozen om deze niet verder uit te werken binnen mijn scriptie. De ingevulde meetinstrumenten zelf zijn terug te vinden als genummerde bijlagen binnen dit eindwerk.

10.2 Scores van de ‘Qualidem’ per subschaal voor mijn vier volcliënten

10.2.1 Volcliënt 1: T.F.

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score	Percentage (%)
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	15	71,43
B: Positief Affect	6	0 - 18	13	72,22
C: Negatief Affect	3	0 - 9	5	55,56
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	0	0,00
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	8	88,89
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	13	72,22
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	2	22,22
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	9	75,00
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	1	16,67

Tabel 1: Afname 1 'Qualidem' - volcliënt 1

Bij de eerste afname van de ‘Qualidem’ kan bij volcliënt 1 worden geconcludeerd dat er laag wordt gescoord op volgende subschalen: ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’, ‘Sociaal Isolement’ en ‘Iets om handen hebben’. Aangezien deze subschalen onder de helft scoren, verdienen deze zeker aandacht binnen de uitwerking van deze scriptie.

10.2.2 Volcliënt 2: G.V.

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score	Percentage (%)
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	21	100,00
B: Positief Affect	6	0 - 18	18	100,00
C: Negatief Affect	3	0 - 9	9	100,00
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	7	77,78
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	6	66,67
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	18	100,00
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	8	88,89
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	9	75,00
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	5	83,33

Tabel 2: Afname 1 'Qualidem' - volcliënt 2

Uit de resultaten van de eerste afname van de ‘Qualidem’ bij volcliënt 2, kan worden afgelezen dat deze cliënt op vier subschalen de maximale score behaalt. Volcliënt 2 scoort op geen enkel van de subschalen onder de helft. De drie laagste scores worden teruggevonden bij de volgende subschalen: ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’, ‘Positief Zelfbeeld’ en ‘Zich Thuis Voelen’.

10.2.3 Volgcliënt 3: A.C.

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score	Percentage
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	6	28,57
B: Positief Affect	6	0 - 18	15	83,33
C: Negatief Affect	3	0 - 9	7	77,78
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	6	66,67
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	6	66,67
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	10	55,56
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	6	66,67
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	5	41,67
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	5	83,33

Tabel 3: Afname 1 'Qualidem' - volgcliënt 3

De eerste afname van de 'Qualidem' toont bij volgcliënt 3 twee subschalen die onder de helft scoren. Deze zijn: 'Zorgrelatie' en 'Zich Thuis Voelen'. De subschaal met de derde laagste score is 'Sociale Relaties'.

10.2.4 Volgcliënt 4: M.-T. M

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score	Percentage
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	16	76,19
B: Positief Affect	6	0 - 18	9	50,00
C: Negatief Affect	3	0 - 9	1	11,11
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	3	33,33
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	8	88,89
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	5	27,78
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	9	100,00
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	12	100,00
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	0	0,00

Tabel 4: Afname 1 'Qualidem' - volgcliënt 4

Cliënt 4 behaalt bij de eerste afname van de 'Qualidem' de maximale score voor volgende twee subschalen: 'Sociaal isolement' en 'Zich Thuis Voelen'. Subschalen die onder de helft scoren zijn: 'Negatief Affect', 'Rusteloos Gespannen Gedrag', 'Sociale Relaties' en 'Iets Om Handen Hebben'.

10.3 Algemeen Besluit

De eerste kennismaking met de afname van de 'Qualidem' vragenlijst was voor mij een positieve ervaring. Alhoewel in de handleiding van het meetinstrument beschreven staat dat het invullen ervan ongeveer een kwartier in beslag neemt, heb ik toch ondervonden dat dit in mijn geval al snel een halfuur bleek te zijn. Zeker wanneer overleg nodig was om tot overeenstemming te komen bij bepaalde vragen.

Bij de scoring van de ingevulde vragenlijsten zijn er negen subschalen te onderscheiden. Voor de verdere uitwerking van mijn eindwerk richt ik mijn individuele interventies per volgclicient op de drie subschalen met de laagste score. Bij volgclicient 4 richt ik mijn interventies op de vier subschalen met de laagste score. Dit omdat er sprake is van vier subschalen die onder de helft scoren.

11 INDIVIDUELE THERAPIESESSESIES/ACTIVITEITEN

11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik een beschrijving van de individuele activiteiten en therapieessies per volcliënt. Bij elke activiteit schets ik steeds het/de middel(en), de doelstellingen van de activiteit en extra informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit. Eveneens beschrijf ik de reacties gedurende het verloop van de activiteit en een evaluatie van de activiteit in zijn geheel. Het is zo dat ik binnen mijn scriptiestage per cliënt drie weken de tijd had om deze vernieuwende activiteiten en therapieessies uit te voeren. Gedurende de eerste twee weken probeerde ik deze activiteiten bij mijn drie volcliënten uit om het effect ervan na te gaan. Wanneer deze activiteiten positief bleken te zijn, voerde ik deze gedurende de derde week tweemaal uit bij mijn drie volcliënten. Ik koos ervoor om deze activiteiten gedurende drie weken enkele malen uit te voeren bij mijn cliënten. Dit omdat ik zoveel mogelijk wou vermijden dat de activiteiten momentopnamen waren. Op die manier wou ik er ook voor zorgen dat mijn activiteiten en het verloop ervan zo weinig mogelijk afhankelijk waren van de gemoedstoestand van mijn volcliënten op de dag van de gegeven activiteit.

De derde week ging steeds door als observatieweek om op het einde van de week de 'Qualidem' vragenlijst opnieuw af te nemen. Op die manier wil ik nagaan of mijn interventies daadwerkelijk hebben bijgedragen tot de kwaliteit van leven bij mijn volcliënten, alsook om het effect van mijn interventies te bepalen en te evalueren. Hieronder vindt u een beschrijving van de activiteiten, uitgevoerd per volcliënt individueel. Het is zo dat ik voor het uitwerken van mijn praktisch gedeelte mijn volcliënten in een willekeurige volgorde heb behandeld. Per cliënt vindt u steeds de data van de drie weken terug, die ik nodig had voor het testen en uitvoeren van mijn activiteiten en therapieessies.

11.2 Volcliënt 1: T.F.

Week 1: Uitproberen van activiteiten en therapieessies: maandag 30/04/2007 – vrijdag 04/05/2007

Week 2: Uitproberen van activiteiten en therapieessies: maandag 07/05/2007 – vrijdag 11/05/2007

Week 3: Observatieweek voor herafname van de Qualidem vragenlijst: tweemaal uitvoeren van elke activiteit gedurende de derde week: maandag 14/05/2007 – vrijdag 18/05/2007

11.2.1 Activiteit: Fotoalbum met foto's van vroeger

Middel: Het inkijken van een fotoalbum met foto's van vroeger.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

T. heeft momenteel nog één zoon die samen met zijn vrouw regelmatig op bezoek komt. Deze zoon houdt samen met zijn vrouw een autogarage open, waar T. zelf lange tijd heeft gewerkt en de administratieve zaken regelde. T. houdt erg veel van haar zoon en schoondochter en geeft vaak aan dat ze hen mist. Na een gesprek met de schoondochter van T. wordt overeengekomen om een fotoalbum

met foto's van vroeger aan te leggen. Zij brengt wekelijks nieuwe foto's mee zodat T. de vele mooie herinneringen opnieuw kan herbeleven.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinvolle dagbesteding;
- Verminderen van het roepgedrag en het gespannen gedrag van mijn volcliënt;
- Ophalen van herinneringen van vroeger;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: 'Rusteloos Gespannen Gedrag', 'Iets Om Handen Hebben', 'Sociaal Isolement' en 'Positief Affect'.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Wanneer ik aankom op de kamer van T. vertoont ze ernstig roepgedrag en is ze heel onrustig. Ik start een gesprek met T. en neem plaats naast haar op een stoel.
- Ik zet de televisie uit en neem het fotoalbum bij de hand. Ik open het en start met het praten over de zaken die ik kan waarnemen op de foto's. Ik probeer haar aandacht te verkrijgen door vraagstelling en gesprek.
- Aanvankelijk kijkt T. vluchtig naar de foto's en zegt ze: "Ik heb ze al gezien." Ik vertel dat haar schoondochter en zoon nieuwe foto's hebben meegebracht omdat ze zoveel om T.geven. T. kijkt mij aan en zegt dat zij hen ook graag ziet.
- Vervolgens doorbladeren T. en ik samen de foto's in het fotoalbum. Per foto vertel ik wat ik kan zien op de foto's. Daarna vertelt T. over vroegere herinneringen die ze associeert met de foto's.
- Wanneer ik de kamer verlaat merk ik op dat het roepgedrag duidelijk verminderd is. T. roept nog, maar dit met een mindere frequentie en intensiteit.

Evaluatie:

Het fotoalbum vormt een goed middel voor T. om zichzelf zinvol bezig te houden op de kamer. Wanneer T. ernstig roepgedrag vertoont, probeer ik via gesprek en individuele aandacht met behulp van het fotoalbum het roepgedrag te verminderen. Hierbij merk ik op dat het roepgedrag aanzienlijk vermindert voor korte tijd, maar ik ben er niet in geslaagd om het roepgedrag te doen stoppen.

11.2.2 Voorlezen van gedichten en teksten uit 'De Rustbank'

Middel: Voorlezen van gedichten en teksten uit 'De Rustbank' editie april en mei; het maandblad dat wordt gepubliceerd door het WZC 'De Ruyschaert'.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

T. is erg gelovig. Indien mogelijk neemt T. deel aan de pastorale activiteit die wekelijks wordt georganiseerd door de animatrice op de afdeling 'De Ark'. Zoals eerder vermeld binnen dit eindwerk

brengt het roepgedrag van T. vaak onrust teweeg bij andere medebewoners die zich in dezelfde ruimte bevinden. Voor deze activiteit neem ik T. apart op de kamer en probeer ik om haar opnieuw tot rust te brengen.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinnvolle dagbesteding;
- Aandacht en concentratie opwekken;
- Verminderen van het roepgedrag en de onrust bij mijn volcliënt;
- Interesses stimuleren;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’, ‘Iets Om Handen Hebben’, ‘Sociaal Isolement’ en ‘Negatief Affect’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Na de koffietafel, rond halfdrie, merk ik op dat T. start met het vertonen van roepgedrag. Ze vertoont tekenen van nervositeit en ik ga samen met haar naar de kamer. Eenmaal aangekomen in de kamer help ik haar om naar het toilet te gaan. Dit om er zeker van te zijn dat dit niet de mogelijke oorzaak is van het roepgedrag. Ik verschoon het incontinentiemateriaal van T. en zorg ervoor dat T. terug goed aangekleed is onder de gordel.
- Vervolgens laat ik T. plaatsnemen in de comfortzetel op de kamer en start ik een individueel gesprek met haar. Ik vertel over haar zoon, de garage, auto’s en haar vroegere leven.
- Wanneer het gesprek goed verloopt en ik de aandacht van T. voor mij kan winnen, lees ik gedichten en teksten voor over de ‘Mei- maand’, ‘Moeder- maand’ en ‘Maria- maand’. Deze teksten en gedichten vallen duidelijk in de smaak van T. en ze luistert aandachtig.
- Wanneer ik de gedichten voorlees, merk ik op dat T. sommige woorden echolaliet. T. geeft zelf aan dat het mooie gedichten zijn.
- Wanneer ik een tekst voorlees over Mei als ‘Moeder- maand’, bevestigt T. vaak wat ik zeg. Wanneer ik bepaalde zinnen voorlees zegt T. daarop: “Dat is waar, mijn moeder doet dat ook.”

Evaluatie:

Na afloop van de activiteit kan ik besluiten dat T. heeft genoten van deze activiteit. T. geeft ook zelf aan dat ze dergelijke gedichten en teksten graag hoort. Verder kan ik concluderen dat deze activiteit het roepgedrag van T. vermindert, maar enkel voor korte tijd. Na afloop van de activiteit is het zo dat T. opnieuw roepgedrag vertoont dat heviger en intenser is dan voor de activiteit.

11.2.3 Projectie film: 'Maria van Lourdes'

Middel: Projectie van de film: 'Maria van Lourdes' op groot scherm in de stille ruimte.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

In het kader van individuele interventies om het roepgedrag van T. te beperken, wil ik uitproberen welk effect deze activiteit heeft op het onrustig gedrag van mijn volcliënt. De keuze van de film is vooral gebaseerd op het feit dat T. erg gelovig is.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinnvolle dagbesteding;
- Interesses stimuleren;
- Versterken van het gevoel van eigenwaarde;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: 'Iets Om Handen Hebben', 'Positief Affect' , 'Positief Zelfbeeld' en 'Rusteloos Gespannen Gedrag'.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Ik wandel samen met T. naar de stille ruimte die zich bevindt op de eerste verdieping van het WZC. We maken hierbij gebruik van de lift. Wanneer T. zichzelf ziet in de lift zegt ze: "Oh, mijn haar is lelijk, het is niet opgedraaid." Eenmaal aangekomen in de stille ruimte installeer ik de beamer en projecteer ik de film van 'Maria van Lourdes' op groot scherm.
- Ondertussen is het roepgedrag van T. enorm toegenomen en is T. heel onrustig. Ze staat voortdurend op en gaat vervolgens terug zitten op haar stoel. Gedurende de film echolaliet ze de woorden die ze hoort. Wanneer ondertitels verschijnen, leest ze deze hardop mee.
- T. geeft wel aan dat ze de film mooi vindt en zegt vaak tegen mij: "Kijk, zij heeft.. zie je haar.. kijk eens naar Maria... zie je dit?..."
- Vervolgens verplaats ik de beamer zodanig dat de ondertitels van de film niet meer zichtbaar zijn op het grote scherm. Op die manier kan T. de aandacht meer vestigen op de beelden in plaats van op de ondertitels. Ik zet ook het geluid van de film stiller, zodanig dat aan T. niet teveel prikkels tegelijk worden aangeboden.
- Vervolgens probeer ik om T. via gesprek te kalmeren. Dit op die manier dat ik haar kan betrekken in het gesprek. Ik praat over Maria en de zaken die ik opmerk in de film. Bepaalde taferelen roepen bij T. herinneringen op waardoor ze begint te vertellen over haar ouders.

Evaluatie:

Uit de reacties van T. kan ik afleiden dat ze geïnteresseerd is in de film en het thema van 'Maria' en 'Lourdes'. Het is wel zo dat T. enorm onrustig is, waardoor ze deze film niet echt aandachtig kan

volgen. Wanneer ik het geluid van de film stiller zet en de ondertitels onzichtbaar maak, blijkt het voor T. eenvoudiger om te film te volgen. Om het aanhoudend patroon van roepgedrag te doorbreken vormt een conversatie een goede mogelijkheid.

11.2.4 Activiteit: Snoezelactiviteit

Middel: Relaxerende muziek, massagematras, lavalamp, kaarsen.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

Om het onrustig gedrag van T. positief te beïnvloeden, ga ik na hoe T. reageert op de snoezelruimte en zintuigactivering. Aangezien T. een persoon is die lichamelijk contact niet aangenaam vindt, opteer ik ervoor om haar geen snoezelbad te geven.

Doelstellingen van de activiteit:

- Ontspanning;
- Verminderen van het roepgedrag en nervositeit van mijn volcliënt;
- Zintuiglijke stimulatie: tactiele, auditieve en visuele triggers;
- Bijdragen tot het gevoel van eigenwaarde;
- Creëren van een rustgevende omgeving;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Positief Affect’ en ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Ik laat T. liggen in de comfortzetel met de massagematras. Op de achtergrond klinkt rustgevende instrumentale muziek. Ondertussen schakel ik de lavalamp aan en laat ik enkele kaarsen branden voor de gezelligheid.
- Ik schakel de massagematras aan en vraag aan T. of ze goed ligt. T. vertoont ernstig roepgedrag en reageert niet op mijn vraag. Wanneer ik mijn vraag nog enkele malen herhaal, antwoordt T. ‘ja’, maar het is moeilijk voor mij om uit te maken of dit echt ‘ja’ betekent of dit slechts het roepgedrag is dat T. stelt.
- Wanneer T. comfortabel ligt in de zetel, ga ik naast haar zitten zodat ze mij kan zien. T. kijkt naar mij terwijl ze op de massagematras in de zetel ligt. Ik start met het neuriën op de muziek en zing mee op een traag tempo. Ondertussen maak ik oogcontact met T. die nog steeds onafgebroken ‘ja’ roept. Wanneer ik merk dat dit geen effect heeft op het roepgedrag zet ik de muziek stiller en start ik een vraaggesprek. Ik stel vragen over vroeger, over haar familie en de autogarage van haar zoon.

- Tussen het roepen door geeft T. af en toe antwoord op mijn vragen of echolaliet ze bepaalde woorden na.

Evaluatie:

Er kan worden geconcludeerd dat het roepgedrag in kleine mate afneemt gedurende deze activiteit. De activiteit zelf is rustgevend en eerder passief. Uit mijn observaties denk ik dat T. wel genoten heeft van dergelijke activiteit. Nogmaals moet ik hier besluiten dat het roepgedrag niet stopgezet kan worden.

11.2.5 Activiteit: Wandeling door Marke

Middel: Ik maak samen met T. een wandeling door het centrum van Marke.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

T. woont al haar hele leven in Marke. Aangezien zij en haar man vroeger zelfstandig handelaar waren van auto's en toebehoren, kent T. Marke door en door.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinnvolle dagbesteding;
- Ontspanning;
- Bijdragen tot het gevoel van eigenwaarde en het zelfbeeld;
- Door de wandeling in het centrum van Marke herkenbare herinneringen van vroeger ophalen en mijn volgcliënt stimuleren tot het vertellen van eigen verhalen;
- Cognitief: herkenning en associaties;
- Positieve waardering;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: 'Iets om handen hebben', 'Sociaal Isolement', 'Negatief Affect' en 'Positief Affect'.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Vooraleer T. en ik op uitstap vertrekken, kijk ik of het incontinentiemateriaal van T. ververst moet worden. Ik merk op dat er zich stoelgang bevindt in de blauwe inlegger van T. en vervang deze. Op die manier ben ik er zeker van dat ontlasting geen van de mogelijke oorzaken is van het huidige roepgedrag. Vervolgens help ik T. met het aantrekken van een extra trui en stappen wij tot aan de ingang van de afdeling. Daar neemt T. plaats in een rolstoel en vertrekken wij richting Marke centrum.
- Wanneer we over de parking van het rusthuis wandelen zegt T. : “De kerk is langs deze kant, naar de markt toe.” Ik vraag haar of ze graag die richting uit wil en ze bevestigt dit. Ik duw T. vooruit in de rolstoel, terwijl zij praat over de zaken die ze waarneemt. Ze herkent winkels en gebouwen,

waarover ze dan verhalen van vroeger vertelt. Wanneer ik haar vraag in welke straat we zijn, kent zij de straatnamen nog correct.

- Als wij andere wandelaars kruisen zegt T. tegen elk van hen een goedendag, ongeacht ze deze personen kent of niet. We kruisen ook een voormalige buurvrouw van T. die ze onmiddellijk herkent. T. kent de buurvrouw nog bij naam en ze maken een kort praatje.
- Wanneer T. bepaalde zaken ziet, zegt ze deze vaak luidop zonder echt stil te staan bij de gevolgen van hetgeen ze zegt. Een voorbeeld hiervan is wanneer een politiewagen voorbijrijdt met open ramen. De politieagent kijkt in onze richting en T. zegt luidop: “Oh, die man van de politie kijkt ook boos zeg.”

Evaluatie:

Tijdens de wandeling door het centrum in Marke herinnert T. zich bepaalde zaken uit het verleden. Zo herkent ze gebouwen en vertelt ze over vroegere winkels die daar gevestigd waren. Ook straatnamen en een vroegere buurvrouw herkent T. correct. Het roepgedrag tijdens deze activiteit blijft beperkt, maar kan niet worden beëindigd.

11.2.6 Activiteit: Bezoek aan het kerkhof in Marke

Middel: Een bezoek aan het kerkhof van Marke waar T. en ik het graf gaan opzoeken van haar man en zoon.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

T. was gehuwd met N. en zij hadden samen twee zonen. Op jonge leeftijd stierf de oudste zoon in een tragisch ongeval. De dood van haar zoon is één van de belangrijkste gebeurtenissen in de levensloop van T. Kort na de dood van haar man werd T. opgenomen in het WZC ‘De Ruyschaert’. T. heeft nog één zoon die regelmatig op bezoek komt met zijn vrouw.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinvolle dagbesteding;
- Herinneringen ophalen over vroeger;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Sociaal Isolement’ en ‘Iets Om Handen Hebben’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- In de loop van de week heb ik reeds enkele keren gevraagd aan T. of ze graag eens een bezoekje zou willen brengen aan het graf van haar man en haar zoon. Hierop reageerde T. steeds positief.
- Wanneer ik T. ga halen op de kamer is er terug sprake van ernstig roepgedrag. Ik ga nogmaals met T. naar het toilet, alvorens we op uitstap vertrekken. T. vertoont onrustig gedrag en echolaliet de

woorden na die ik tegen haar zeg: 'kerkhof', 'toilet', 'bloemen' etc. Wanneer T. aangekleed zit in de rolstoel geef ik haar het fotoalbum met foto's van vroeger in de handen.

- We gaan eerst naar de tuin van het WZC waar wij enkele bloemen plukken om op het graf te leggen van T. haar man en zoon. T. zegt dat ze de bloemen mooi vindt en houdt deze vast tot we aan het kerkhof zijn.
- Terwijl T. en ik op weg zijn naar het kerkhof praat ik met haar over vroeger en voornamelijk over haar man en zoon. Er is nog sprake van roepgedrag bij T., maar dit terwijl ze spreekt. Ze praat over haar man en zoon, maar ook over Marke zelf en de gebouwen die ze herkent op weg naar het kerkhof.
- Het graf is gesitueerd aan de linkerkant bij blok F. Wanneer wij aankomen bij het graf is T. stil. Ze wil rechtstaan en ik help haar hierbij. T. vertelt wat over vroeger en we kijken samen het fotoalbum in. Vervolgens vraag ik haar of ze graag een gebedje zou doen bij het graf. T. start met het luidop bidden van het 'Onze Vader' en het 'Weesgegroet Maria'. Ik bid luidop met haar mee.
- Vervolgens help ik T. om de bloemen op het graf te leggen. Wanneer T. aangeeft dat ze terug wil vertrekken zegt ze: " Het is nu al zo lang geleden en ik mis jullie nog elke dag. Ik zie jullie zo graag en ik denk altijd aan jullie, ik kan er maar niet van scheiden."

Evaluatie:

Er kan geconcludeerd worden dat de uitstap naar het kerkhof van Marke goed is verlopen. T. gaf meermaals aan dat ze blij was om nog eens naar het kerkhof te zijn geweest na lange tijd. Wat betreft het roepgedrag kan worden gezegd dat er sprake is van een vermindering van het roepgedrag maar dat het niet volledig is verdwenen tijdens de activiteit.

11.2.7 Poetsen van het goudwerk van mijn volgcliënt

Middel: We poetsen samen de trouwring en de bril van mijn volgcliënt.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

Een aantal jaren geleden is de man van T. gestorven. Het is zo dat T. vaak denkt aan haar man, waarbij hij in haar belevingswereld soms nog leeft. T. houdt ervan om te praten over haar man en zoon. Wanneer T. onrustig is, blijkt uit vraagstelling dat ze zich dikwijls zorgen maakt om hen.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinnvolle dagbesteding;
- Activeren / motiveren;
- Interesses stimuleren;
- Ophalen van herinneringen;

- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Iets Om Handen Hebben’, ‘Positief Affect’ en ‘Sociaal Isolement’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Wanneer het roepgedrag van T. ervoor zorgt dat de medebewoners onrustig worden, besluit ik om T. mee te nemen naar de kamer. Eenmaal aangekomen op de kamer laat ik haar plaatsnemen in de comfortzetel. Ik start met een individueel gesprek en probeer haar hierdoor tot rust te brengen.
- T. praat over haar man, haar zoon, de autogarage en haar schoondochter. Ik zie dat T. gespannen gedrag vertoont: ze transpireert hevig en geeft zelf aan dat ze zich gejaagd voelt.
- Ik knoop een gesprek aan over haar huwelijk en haar man, waarbij ik verwijs naar haar trouwring. Hierop zegt ze: “Een mooie ring hé?” Ik bekijk de ring aandachtig met grote belangstelling. Ik stel voor aan T. om haar trouwring samen op te blinken, zodat de briljant opnieuw glanst. T. reageert hierop positief en ik haal het nodige gerief.
- Wanneer ik enkele minuten later opnieuw binnenga met het materiaal in de kamer van T. is het roepgedrag opnieuw toegenomen in frequentie en intensiteit. Ik zet de fixatietafel van T. vast op de comfortzetel, zodat we over een werkvlak beschikken. Ik leg de handdoek open op de tafel, samen met een oude tandenborstel, een tube goudpoets, een brillenpoetsdoekje en enkele servetten.
- We starten met het poetsen van de trouwring. T. doet deze af en legt deze zorgvuldig op de handdoek. Ik neem de tandenborstel en doe er wat goudpoets op. Ik geef deze in de rechterhand van T. en zeg haar dat ze hiermee zachtjes over haar ring mag wrijven. T. start met het poetsen, maar geeft de tandenborstel snel terug aan mij. Hierbij zegt ze: “Doe jij dat maar, jij kan dat veel beter dan ik.” Ik tracht T. nog te motiveren om zelf verder te poetsen, maar T. kan niet meer gestimuleerd worden. Wanneer ik de activiteit verder zet, kijkt ze wel belangstellend naar mijn handelingen. Ook het opblinken van haar bril laat T. aan mij over.

Evaluatie:

Er kan geconcludeerd worden dat het roepgedrag tijdens de activiteit afneemt, maar niet stopgezet kan worden. De aandacht van T. kan deels afgewend worden door individuele aandacht en dialoog over vroeger maar het roepgedrag blijft aanwezig. Wanneer de activiteit ten einde is, kan ik opmerken dat het roepgedrag opnieuw verergert. Dit in die mate dat het voor T. niet mogelijk is om naar de leefzaal gebracht te worden. Tijdens de activiteit zelf is de stemming wel positief te beïnvloeden.

11.3 Volgcliënt 2: G.V.

Week 1: Uitproberen van activiteiten en therapiesessies: maandag 30/03/2007 – vrijdag 30/03/2007

Week 2: Uitproberen van activiteiten en therapiesessies: maandag 16/04/2007 – vrijdag 20/04/2007

Week 3: Observatieweek voor herafname van de Qualidem vragenlijst: tweemaal uitvoeren van elke activiteit gedurende de derde week: maandag 23/04/2007 – vrijdag 27/04/2007

11.3.1 Activiteit: Fotoboek: Baby's

Middel: Een fotoboek met grote afbeeldingen van baby's, peuters en kleuters.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

G. is iemand die erg behulpzaam en zorgzaam is naar andere personen toe. Ze ziet heel graag kinderen en heeft ook altijd gezorgd voor haar klein- en achterkleinkinderen. Wanneer er kinderen op bezoek komen naar de afdeling maakt G. altijd spontaan contact met hen.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinvolle dagbesteding;
- Interesses stimuleren;
- Bevorderen van het gevoel van eigenwaarde en het welbevinden van mijn volgcliënt;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: 'Rusteloos Gespannen Gedrag', 'Iets Om Handen Hebben' en 'Positief Affect'.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Ik geef G. het fotoboek. Ze bedankt mij en kust mijn beide handen. Op de voorpagina staat een grote afbeelding van een lachende peuter. Ze wrijft erover en zegt: "Het is toch een schoon manneke hé."
- Ze doorbladert het boek en toont de afbeeldingen aan haar medebewoners. Ze maakt zelf spontaan contact met de andere bewoners en spreekt hen aan. Ze praat over de baby's en is ook zorgzaam naar de andere bewoners toe.

Evaluatie:

G. is heel geïnteresseerd in het fotoboek. Ze is enthousiast, bekijkt alle afbeeldingen in het boek en toont deze ook aan haar medebewoners. Er kan worden geconcludeerd dat het fotoboek een goed middel vormt om het rusteloos gespannen gedrag van G. te verminderen. Wanneer ze zich kan bezig houden met het fotoboek vertoont ze minder gespannen rusteloos gedrag.

11.3.2 Activiteit: Breien

Middel(en): een paar breinaalden van het nummer 4 ½ en een bol dikke, gele wol.

Extra Informatie over mijn volgclicient met betrekking tot de activiteit:

G. heeft vroeger veel gebreid. Ze breide toen allerlei zaken voor haar kinderen als voor haar klein- en achterkleinkinderen. G. is een persoon die nood heeft aan zinvolle dagbesteding. Van nature is ze graag actief bezig. Wanneer G. niets om handen heeft, vertoont ze rusteloos gespannen gedrag. Ze komt moeilijk volledig tot rust, ze heeft problemen om stil te zitten of prutst met vanalles in de handen.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinvolle dagbesteding;
- Activeren / interesses stimuleren;
- Fijne motoriek onderhouden;
- Bevorderen van het positief zelfbeeld en het gevoel van eigenwaarde;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’ en ‘Positief Zelfbeeld’ en ‘Iets Om Handen Hebben’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Wanneer G. de breinaalden en de wol ziet, weet ze aanvankelijk niet wat deze voorwerpen zijn. Ze kijkt mij aan en kijkt naar mijn handelingen terwijl ik start met breien.
- Naarmate ik verder brei hoor ik G. de steken tellen. Ik vraag haar of ze vroeger ook veel breide en hierop zegt ze: “Jullie zijn toch allemaal zo goed hé, ik zie jullie zo graag.”
- Ik maak mijn breiwerk los en zet enkele steken op. Ik geef G. de breinaald met de opzetsteken in de linkerhand. De breinaald met de draad van de wol geef ik in G. haar rechterhand.
- Aanvankelijk heeft G. moeite om de breinaalden goed te hanteren. Na wat hulp lukt het voor G. om zelf rechts te breien. Ze gaat hierbij correct te werk. G. kijkt mij regelmatig aan en vraagt hierbij om bevestiging. Ze vraagt: “Is het goed zo? Zo verder?”
- Wanneer G. enkele rijen rechts heeft gebreid, toon ik haar voor hoe ze averechts moet breien. G. is vlug weg met de handelingen en beheerst de breitechniek.

Evaluatie:

Na evaluatie van deze activiteit kan ik besluiten dat G. de breitechnieken rechts en averechts breien nog goed beheerst. G. heeft vanuit de instelling een paar eigen breinaalden en een bol wol gekregen waardoor ze dagelijks wel breit.

11.3.3 Activiteit: Maken van parelketting

Middel(en): Grote houten parels met verschillende vormen en kleuren, gekleurde veterdraad.

Extra Informatie over mijn volgclicient met betrekking tot de activiteit:

Zoals eerder vermeld heeft G. nood aan een zinvolle dagbesteding om haar rusteloos gespannen gedrag tegen te gaan. De fijne vingermotoriek van G. is goed, alsook haar gezichtsvermogen. G. heeft oog voor details. Een voorbeeld hiervan is dat G. alle opschriften van vrachtwagens hardop leest die in de verte op de parking voorbij rijden.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinvolle dagbesteding;
- Onderhouden van de fijne vingermotoriek;
- Oog- handcoördinatie;
- Zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde verhogen;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Positief Zelfbeeld’ en ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’ en ‘Iets Om Handen Hebben’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Wanneer ik de doos met parels voor G. op de tafel zet, bekijkt ze deze aandachtig. Ik open de doos en leg de parels voor haar uit op de tafel. G. start met het luidop tellen van de parels.
- Ik neem een gekleurde veterdraad en start met het maken van een parelketting. G. komt dichterbij mij zitten en zegt: “Ik zie jullie toch allemaal zo graag hé.”
- Ik geef G. een gekleurde veterdraad in de handen en zeg dat ze ook een ketting mag maken. G. begrijpt niet wat ik bedoel en ik reik haar een houten parel aan. Ze kijkt naar mij en vraagt of deze parel voor haar is. Ik help haar om de parel over de veterdraad te rijgen.
- Ik geef G. een tweede parel, die ze nu zelf op de veterdraad steekt. Ze toont de twee parels en de veterdraad aan mij en ik steek mijn duim in de lucht om haar erop te wijzen dat ze goed bezig is.
- Vervolgens laat ik G. zelf een parel kiezen vanop de tafel. Ze neemt de parels steeds in haar rechterhand en schuift ze over de veterdraad heen.
- Wanneer de veterdraad vol parels zit, vraagt ze aan mij wat ze verder moet doen. Ik knoop de veterdraad dicht en geef de parelketting aan G. Ze lacht en doet deze rond haar arm.

Evaluatie:

G. is duidelijk geïnteresseerd in de gekleurde houten parels en veterdraad. De fijne motoriek van G. is nog goed, waardoor ze er zelf in slaagt om de parels over de veterdraad heen te schuiven. Gedurende

mijn stage laat ik de doos met parels op haar kamer of in de leefzaal staan. Ik merk op dat G. deze parels graag telt of ermee bezig is.

11.3.4 Activiteit: Huishoudelijk werk

Middel(en): G. helpt bij: het afwassen van de pillenpotjes en het bestek, het klaarzetten van de tafel, het maken van de koffie en het schoonvegen van de tafels.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

G. is heel liefdevol zowel naar de medebewoners als naar het personeel toe. Wanneer ik verantwoordelijk ben voor de leefgroepwerking in de leefzaal wil G. graag helpen. Wanneer een eenvoudige opdracht wordt gegeven aan G. begrijpt zij deze niet. Hierdoor gebeurt het dat G. bijvoorbeeld een servet in de pot confituur steekt of het pillenpotje met medicatie van een medebewoner verplaatst, enzovoorts. Aangezien G. heel graag huishoudelijke werk verricht, wil ik haar betrekken bij de dagelijkse huishoudelijke taken binnen de leefgroepwerking.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinvolle dagbesteding;
- Gevoel van eigenwaarde vergroten en het bevorderen van het zelfbeeld;
- Activeren / motiveren;
- Op peil houden van de algemene motoriek;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Zich thuis voelen’, ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’, ‘Positief Zelfbeeld’ en ‘Iets Om Handen Hebben’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Ik maak er een gewoonte van om G. te betrekken bij de huishoudelijke taken die dagelijks binnen de leefgroepwerking plaatsvinden.
- Wanneer ik om half negen in de leefzaal aankom en G. al klaar zit om het ontbijt te nemen, laat ik haar meehelpen om de tafels te dekken. Ik doe de handelingen voor, zodat G. goed begrijpt hoe ze de tafels moet dekken. In het midden van elke tafel zet ik het servies klaar, zodat G. dit goed kan schikken per tafel. Vervolgens helpt ze om de botervlootjes, confiture en chocopasta vanuit de koelkast op de broodkar te plaatsen.
- Mits kleine voorbereidingen en hulp slaagt G. er in om haar boterhammen zelf te beboteren en te besmeren. Na het ontbijt maakt ze steeds haar eigen tafel schoon. Ze stapelt de borden op elkaar en verzamelt de andere voorwerpen op de tafel bijeen. Ik geef haar het emmertje met water en de vaatdoek. In de belevingswereld van G. ‘schildert’ zij de tafel met de vaatdoek.
- Samen met G. loop ik naar het keukentje op de afdeling om twee emmertjes water te vullen. We wandelen terug naar de leefzaal waar ik G. op weg help om de pillenpotjes en het bestek af te

wassen. Bij deze activiteit heeft ze hulp nodig, omdat ze het bestek en de pillenpotjes vaak vergeet te spoelen in het proper water.

- Ook voor het dekken van de koffietafel in de namiddag helpt G. mij. Ik begeleid haar door de gangen van de afdeling tot we aan het keukentje zijn met het koffiezetapparaat. We wassen samen de koffiekannen uit en G. giet de overige koffie uit in de spoelbak. Ik toon voor aan G. op welke knop ze mag drukken om een koffiekannetje te laten vollopen. Ze zegt hierbij vaak: “Ik moet nog veel leren hé.”
- Evaluatie:

G. geeft zelf aan dat ze graag helpt met mij. Ze houdt van huishoudelijke activiteiten maar heeft hierbij wel hulp en begeleiding nodig. Mits voorbereidende handelingen en hulp is G. in staat om dergelijke kleine huishoudelijke activiteiten uit te voeren. Het is wel zo dat ik de handelingen bijna als het ware moet uitleggen met handen en voeten. G. vraagt spontaan of ze kan helpen met mij wanneer ze ziet dat ik huishoudelijke werk verricht in het kader van de leefgroepwerking in de leefzaal.

11.3.5 Activiteit: Hulp bij maaltijdbegeleiding

Middel(en): G. helpt bij het toedienen van het ontbijt aan bewoner X, die afhankelijk is van de hulp van anderen om gevoed te worden.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

Zoals eerder vermeld is G. van karakter heel behulpzaam en zorgend naar anderen toe. Uit een gesprek met haar dochter komt naar voren dat G. altijd al zo is geweest. Ze denkt steeds aan een ander, vooraleer ze aan zichzelf denkt.

Doelstellingen van de activiteit:

- Bevorderen van het sociaal contact met medebewoners;
- Zinnige dagbesteding;
- Vergroten van het gevoel van eigenwaarde en het zelfbeeld;
- Interesses stimuleren: bemoederend en zorgzaam omgaan met anderen;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’, ‘Positief Zelfbeeld’, ‘Zich thuis voelen’ en ‘Sociale relaties’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Wanneer G. klaar is met het nemen van haar ontbijt in de leefzaal, begeleid ik haar naar de andere leefzaal op de afdeling.
- Eenmaal aangekomen in de leefzaal stapt G. onmiddellijk naar de andere bewoners toe. Ze start een gesprek en groet iedereen.

- Ik neem plaats op een krukje bij bewoner X en plaats ook een stoel voor G. zodat ze naast mij kan plaatsnemen. Vooraleer te starten met de maaltijdbegeleiding wassen en ontsmetten zowel G. als ik de handen.
- Ik start met de maaltijdbegeleiding waarbij bewoner X geholpen moet worden om te eten. Ik hou de boterham vast in mijn rechterhand en breng deze naar de mond van bewoner X. Vervolgens hapt bewoner X van de boterham. Eenmaal bewoner X goed aan het eten is, geef ik een boterham in de rechterhand van G. Ik toon de handelingen voor en G. slaagt er al gauw in om bewoner X verder te laten eten van de boterham. Tijdens het toedienen van het ontbijt start G. ook een gesprek met bewoner X. Ze spoort bewoner X aan om goed te eten en streelt hem over de hand om hem hierbij aan te moedigen.

Evaluatie:

Het toedienen van het ontbijt aan medebewoner X vormt voor G. een goed middel om medebewoner X te helpen. Het feit dat G. erg bekommerd is om medebewoners is een positief punt binnen de maaltijdbegeleiding. Uit de manier van omgaan met de bewoner kun je hieruit afleiden dat ze van het toedienen van de maaltijdbegeleiding geniet en zichzelf er wellicht ook beter door gaat voelen.

11.3.6 Activiteit: Wandelen naar afdelingen in het rusthuis

Middel(en) : Begeleide wandeling naar de verschillende afdelingen in het rusthuis, gesprek met medebewoners en het personeel.

Extra Informatie over mijn volgccliënt met betrekking tot de activiteit:

G. legt spontaan contact met de andere bewoners van het rusthuis. Ze maakt hierbij geen onderscheid tussen de bewoners onderling. Wanneer G. wordt aangesproken door personeelsleden of andere personen is ze altijd enorm tevreden. G. houdt van aanrakingen en lichamelijk contact zoals een aanraking en een kus.

Doelstellingen van de activiteit:

- Stimuleren van het sociaal contact met medebewoners en personeelsleden van het WZC;
- Zinvolle dagbesteding;
- Onderhouden van de algemene motoriek;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Zich thuis voelen’, ‘Sociale relaties’, ‘Positief Zelfbeeld’ en ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Ik begeleid G. tijdens het maken van een wandeling in de gangen van het rusthuis. Wanneer G. een personeelslid of een medebewoner tegenkomt in de gang, groet ze deze steeds.

- Ondanks het feit dat G. de bewoners en personeelsleden van andere afdelingen niet kent, gaat ze er toch heel vriendschappelijk mee om. Ze start een gesprek, begroet hen één voor één en vertoont interesse voor elk van hen.
- Wanneer we de lift nemen om naar de bovenverdieping te gaan schrikt G. van het feit dat de deuren van de lift zo plots open en dicht gaan. In de lift bevindt zich een spiegel en ik merk op dat G. opnieuw naar zichzelf kijkt in de spiegel. Ze wrijft met haar handen in de haren en glimlacht naar mij wanneer ik een oogje naar haar knipper.

Evaluatie:

G. geniet duidelijk van het gezelschap van de andere bewoners. Wanneer we wandelen door de gangen van het rusthuis zegt ze vaak: “Het is hier toch zo een mooi en groot huis. Zo goed dat wij hier allemaal mogen zijn.” Er kan worden geconcludeerd dat een dagelijkse wandeling in de gangen van het rusthuis bijdraagt tot het positief welbevinden van G. Op die manier wordt het thuisgevoel maar ook het sociaal contact met de medebewoners bevorderd.

11.3.7 Activiteit: Gezichtsverzorging en het lakken van de vingernagels

Middel(en): Individuele activiteit: gezichtsverzorging en het lakken van de vingernagels.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

Tijdens de ADL- begeleiding 's morgens merk ik op dat G. graag in de spiegel kijkt. Ook de familie hecht veel belang aan het kapsel en de haren van G. Mijn volgcliënt is graag netjes en hecht veel belang aan haar kledij en uiterlijk.

Doelstellingen van de activiteit:

- Vergroten van het gevoel van eigenwaarde en het zelfbeeld;
- Zinnvolle dagbesteding;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschaal: ‘Positief Zelfbeeld’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Ik laat G. plaatsnemen aan de tafel in haar kamer en zorg voor een goede lichtinval door de gordijnen te openen. Ik leg alle producten voor haar uit op de tafel. G. bekijkt en betast alle producten.
- Ze neemt wat gezichtscrème en smeert dit open op haar hand. Wanneer ik ga zitten bij G. aan de tafel kijkt ze mij aan. Ze geeft mij de gezichtscrème en zegt: “Het is niet van mij hoor.” Ik glimlach en zeg dat we haar vandaag mooi zullen maken.
- Ik plaats de spiegel voor G. op de tafel zodat ze zichzelf kan zien gedurende de activiteit. Ze kijkt meteen in de spiegel en wrijft met haar handen door de haren. Ik geef G. de kam en ze start met het kammen van haar haren.

- Vervolgens open ik de gezichtscreme. Ik zeg G. dat ze dit op haar gezicht mag wrijven. G. haalt haar schouders op, kijkt naar mijn gezicht en zegt: “Doe jij dat maar hoor, ik weet het niet.” Ik smeer de gezichtscreme open op haar gezicht en G. helpt bij het openwrijven van de creme op haar gezicht. Wanneer haar gezicht volledig is ingesmeerd vraagt ze of ik geen moet hebben. Ik glimlach wanneer G. mijn gezicht inwrijft.
- Vervolgens breng ik met een borsteltje wat gezichtspoeder aan op het gezicht. Hierbij trekt G. haar gezicht samen en sluit ze de ogen. Daarna breng ik wat neutrale lippenstift aan op de lippen van G. Ze kijkt hierbij naar mij en ik zeg G. dat ze haar lippen mag sluiten. Ik toon haar de beweging met mijn lippen voor en ze. doet deze na.
- Als laatste breng ik nagellak aan op de vingernagels van G. Hierbij legt ze haar handen op de tafel en spreidt ze haar vingers open. Na het lakken van de nagels neemt G. mijn hand vast. Ze bekijkt mijn vingers aandachtig en merkt op dat ik korte vingernagels heb. Ze zegt: “Ze zijn wat kort hé, dit is niet goed. Je moet maar eens komen naar mijn huis om dat zo te doen.” Ze kijkt naar haar vingernagels en zegt: “Het is proper, hé.”

Evaluatie:

G. heeft duidelijk genoten van deze individuele activiteit. Ze was heel geïnteresseerd en gemotiveerd. G. keek heel vaak in de spiegel en hielp ook actief mee bij het aanbrengen van gezichtsverzorging op haar gezicht. Wat betreft het aanbrengen van nagellak, wist G. nog dat ze haar handen even stil moest houden om de nagellak te laten drogen. G. nam ook zelf initiatief om mijn gezicht in te smeren met gezichtscreme.

11.3.8 Activiteit: Babypop

Middel(en) : Aanbieden van een babypop aan G., wat in haar belevingswereld een ‘kleine baby’ is waarvoor ze mag zorgen.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

Naar kinderen toe is G. heel speels en uitnodigend. Wanneer ze kinderen ziet, stapt ze er onmiddellijk op af en zoekt ze contact met hen. G. geeft deze kinderen dan een hand en probeert hun aandacht te verkrijgen door allerlei geluiden en woorden te roepen zoals ‘koekoek’ en dergelijke.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinnvolle dagbesteding;
- Stimuleren van de interesses van mijn volgcliënt;
- Vergroten van het gevoel van eigenwaarde en het welbevinden;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Positief Zelfbeeld’, ‘Rusteloos Gespannen gedrag’ en ‘Iets Om Handen Hebben’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Wanneer ik om vers water ga naar de keuken op de afdeling ‘De Parel’, neem ik G. mee tot daar. Terwijl ik vers water neem, gaat G. binnen in de leefzaal van de afdeling. Ze gaat naar de bewoners toe en maakt een praatje met elk van hen.
- Aangekomen bij bewoner D. ziet ze de babypop liggen op de fixatietafel van D. G. en D. starten een conversatie over de pop, wat in hun belevingswereld een echte baby is. Dit blijkt ondermeer uit de zaken die ze tegen elkaar vertellen: “Het is toch een schoon kindje hé. Kijk eens naar mémé, ja, daar sie men klein meisje,....”
- Ik vraag aan de activiteitenbegeleidster van de afdeling of ik eventjes de pop mee mag nemen naar onze afdeling, dit om te observeren hoe G. omgaat met deze pop. Dit is geen probleem en G. en ik wandelen terug naar de leefzaal van de afdeling ‘De Ark’. G. gaat terug zitten aan de koffietafel en ze houdt de pop stevig vast. Ze houdt de pop zodanig vast dat andere bewoners deze ook kunnen zien. Ze gaat naar de bewoners toe en toont de babypop aan hen.
- Ze vertelt over ‘de baby’ en spreekt ook de medebewoners aan over de pop. Deze medebewoners zijn enthousiast en tonen interesse in hetgeen G. zegt. Wanneer ik start met het afruimen van de koffietafel, merk ik op dat G. blijft zitten op haar stoel met de pop. Ze is volop bezig met praten tegen de pop en ze heeft een glimlach om de mond. G. maakt gebruik van veel verkleinwoordjes wanneer ze praat tegen de pop.

Evaluatie:

Bij deze activiteit kan gediscussieerd worden over de vraag of een babypop niet te nauw aansluit bij het kinderachtige. Allereerst vind ik het belangrijk om dit te bespreken met de familie, omdat het niet evident is voor de dochter van G. om haar moeder te zien met een babypop in de armen. De dochter vond het op het eerste zicht wat vreemd, maar heeft er geen problemen mee zolang het voor het welzijn van haar moeder is. Ik heb wel afgesproken dat het niet de bedoeling is dat G. afhankelijk wordt van de babypop of niet meer zonder kan functioneren. Hierdoor wordt de babypop ook niet dagelijks aangeboden aan mijn volcliënt.

Persoonlijk vind ik dat een babypop moet kunnen binnen de zorg van een dementerende persoon. In het geval van mijn volcliënt merk ik duidelijk op dat de babypop geen behandeling is op zich, maar wel een meerwaarde geeft aan het doel dat ik wil bereiken met haar. Dit doel is bijdragen tot de kwaliteit van leven, het welzijn en de tevredenheid van mijn volcliënt. G. koestert de babypop alsof het haar eigen kind is. De babypop is ook een middel waardoor de interactie tussen G. en haar medebewoners wordt bevorderd. Ze toont de babypop aan de andere bewoners en praat erover.

De manier waarop je zelf als zorgverlener omgaat met de babypop is ook heel belangrijk. De belevingsgerichte begeleiding veronderstelt dat je als zorgverlener meegaat in de innerlijke leefwereld

van een dementerende persoon. Het is dus niet zo dat ik enkel de babypop geef aan mijn volgcliënt zonder daar verder op in te gaan. Wanneer mijn volgcliënt trots vertelt over het 'kind' dat ze in haar armen heeft, wissel ik ook ervaringen uit over kinderen. Het zit hem in de kleine dingen zoals het 'kind' eens strelen, vastnemen of andere babykledij aantrekken. Het doet mij steeds opnieuw plezier om te zien hoe een babypop een moment van geluk kan vormen voor mijn volgcliënt.

11.4 Volgcliënt 3: A.C.

A.C. is op woensdagavond 14 Maart 2007 overleden in haar kamer in het WZC 'De Ruyschaert'. Dit na het ontvangen van de ziekenzalving, in het bijzijn van de familie.

Ikzelf heb volgend gedicht geschreven ter nagedachtenis van C.A., wat werd gepubliceerd in de maandelijkse uitgave van De Rustbank voor de maand april.

Alice,

We kenden jou als een aangename,

elegante en nette vrouw

Elk vuiltje of eender welk foutje had je gezien

Voor zo'n zaken had je een ongelooflijk observatievermogen

We horen nog steeds je stem

En zien je nog steeds voor ons

Maar dichtbij werd ver weg

En heden werd verleden

Ieder van ons draagt jou met zich mee

Het afscheid valt ons allen zwaar

Jij bent ons nu voorgedaan

Op reis naar het onbekende

Het ga je goed Alice...

Sarah

11.5 Volgcliënt 4: M.-T. M.

Week 1: Uitproberen van activiteiten en therapiesessies: maandag 05/03/2007 – vrijdag 09/03/2007

Week 2: Uitproberen van activiteiten en therapiesessies: maandag 12/03/2007 – vrijdag 16/03/2007

Week 3: Observatieweek voor herafname van de Qualidem vragenlijst: tweemaal uitvoeren van elke activiteit gedurende de derde week: maandag 19/03/2007 – vrijdag 23/03/2007

11.5.1 Activiteit: Fotoboek: Bloemen

Middel(en): zelfgemaakt fotoboek met duidelijke foto's van bloemen, afgedrukt op glanzend fotopapier. Echte bloemen: hyacinten & paaslelies.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

M.-T. vertoont een grote interesse voor bloemen. Motorisch is ze niet echt actief. Meestal vertoeft ze in een comfortzetel in de rustige leefzaal. M.-T. heeft geen of weinig contact met andere bewoners en heeft zelf geen bezigheden zonder hulp van anderen. Via dit fotoboek wil ik dieper ingaan op haar interesses en binnentreden in haar leefwereld.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zintuiglijke stimulatie: door aanraking, visuele en olifactorische triggers;
- Zinvolle dagbesteding;
- Interesses stimuleren;
- Uitlokken van reacties bij de bewoner;
- Bevorderen van het welbevinden en het gevoel van eigenwaarde;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: 'Iets Om Handen Hebben', 'Negatief Affect', 'Sociale Relaties' en 'Positief Affect'.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Ik leg het fotoboek neer op de fixatietafel van M.-T. Haar eerste reactie is dat ze mij zwijgzaam aankijkt.
- Ik open het fotoboek en start met het tonen van de foto's. Ze kijkt naar de foto's en begint te praten. Alhoewel M.-T. onduidelijk spreekt door moeilijkheden met de articulatie, kan ik toch afleiden uit haar verhaal dat ze praat over de bloemen. De woorden die ik kan begrijpen zijn: 'mooi', 'schoon' en 'tuin'.
- M.-T. wrijft met haar linkerhand over de foto's. Ondertussen vertelt ze allerlei dingen door elkaar en kijkt ze mij regelmatig aan. Wanneer ik glimlach lacht ze vaak terug.

- Ik laat M.-T. ruiken aan de echte bloemen en ze glimlacht. Ik open haar gebalde vuisten en laat haar de bloemen vasthouden. Wanneer ik haar kamerplant toon zegt ze: “Dat is mijn bloem.”
- Ik tracht zoveel mogelijk mee te gaan in de belevingswereld van mijn volgcliënt. Ik probeer haar te ontmoeten in hetgeen ze vertelt.

Evaluatie:

Tijdens de activiteit heb ik contact kunnen leggen met mijn volgcliënt. M.-T. heeft zoals altijd eerst een eerder passieve houding. Naarmate de activiteit vordert, onderneemt ze geleidelijk aan zelf meer actie. Uit haar enthousiasme en gedrag kan ik afleiden dat ze geïnteresseerd en betrokken is bij deze activiteit. Er kan worden geconcludeerd dat deze activiteit heeft bijgedragen tot het bevorderen van de eigenwaarde en het welbevinden van de bewoner.

11.5.2 Activiteit: Validation: Spiegelen + oogcontact

Middel: ik spiegel het gedrag van M.-T. en maak hiervoor gebruik van mijn ogen, aangezicht en tong om non- verbaal te communiceren met haar.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

M.-T. is een bewoner die vrijwel geen contact heeft en maakt met andere medebewoners. Dit is ondermeer af te leiden uit de lage score op de subschaal ‘Sociale Relaties’, bij eerste afname van de ‘Qualidem’ vragenlijst. M.-T. is een persoon die voornamelijk communiceert via gezichtsuitdrukkingen en door verandering in haar mimiek. Wanneer ze immers praat, is dit meestal onduidelijk door articulatieproblemen.

Doelstellingen van de activiteit:

- Het maken van contact met mijn volgcliënt;
- Bijdragen tot het gevoel van eigenwaarde en het welbevinden;
- Herkenning, begrip en bevestiging bieden aan mijn volgcliënt;
- Bijdragen tot de levenskwaliteit: subschalen: ‘Negatief Affect’ en ‘Sociale Relaties’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Tijdens de maaltijdbegeleiding probeer ik contact te verkrijgen met M.-T. Ik maak oogcontact, spreek haar aan met haar meisjesnaam en raak ze hierbij lichtjes aan. Ik spreek op een rustig tempo en met een zachte stem.
- M.-T. kijkt mij aan met wijd opengetrokken ogen en steekt haar tong naar mij uit. Ik spiegel haar gedrag en haar gezichtsuitdrukking.
- Als reactie hierop glimlacht ze. Ik steek opnieuw mijn tong naar haar uit waarop ze lacht en ook haar tong naar mij uitsteekt. Ze zit gefixeerd in een comfortzetel en buigt haar voorhoofd naar mij

toe, terwijl ze haar tong nogmaals uitsteekt. Ik breng ook mijn aangezicht dichterbij haar toe en steek opnieuw mijn tong uit. Onze voorhoofden raken elkaar hierbij aan.

- Ik neem haar handen vast en geef haar een handmassage met jojoba- en amandelolie. M.-T. houdt oogcontact met mij en start met praten. De woorden die ik kan begrijpen zijn: ‘mooi’, ‘echt’ en ‘nooit’.

Evaluatie:

Ik heb zeker enige vorm van contact kunnen leggen met mijn volcliënt. Wanneer ik haar gezichtsuitdrukking spiegel, reageert ze hierop door te glimlachen. Dit toont aan dat ze wellicht geniet van het contact en mijn aanwezigheid.

11.5.3 Activiteit: Voelborden

Middel: Voelbord bestaande uit allerlei ruwe materialen zoals een zachte spons en een schuurspons, een washandje, kurken, schilderborstels en wattenschijfjes.

Extra Informatie over mijn volcliënt met betrekking tot de activiteit:

M.-T. heeft zelf geen bezigheden zonder hulp van anderen. Via een voelbord wil ik graag nagaan hoe ze hierop reageert en of ze interesse toont vertoont voor de materialen.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zintuiglijke stimulatie: prikkelen van de tastzintuigen;
- Het maken van contact met mijn volcliënt;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Iets Om Handen Hebben’, ‘Negatief Affect’ en ‘Sociale Relaties’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Wanneer ik het voelbord op de fixatietafel van de comfortrolstoel van M.-T. plaats, vertoont ze weinig of geen interesse ervoor.
- Ik start een gesprek met M.-T. en neem haar handen vast. Ik masseer deze lichtjes met handcrème.
- Wanneer ik over de materialen wrijf, kijkt M.-T. mij aan en doet ze de bewegingen na.
- Vervolgens neem ik haar rechterhand vast en begeleid ik deze zodat ze contact verkrijgt met alle materialen op het voelbord.
- Wanneer ik kort de kamer verlaat, merk ik bij mijn terugkomst op dat M.-T. zelf aan het voelen is aan de zachte spons op het voelbord. Wanneer ze mij ziet binnenkomen start ze met praten.
- Tijdens de activiteit glimlacht M.-T. regelmatig, terwijl ze een verhaal vertelt.

Evaluatie:

Bij de aanvang van de activiteit neemt M.-T. een eerder afwachtende houding aan. Wanneer ik haar begeleid tijdens de activiteit merk ik op dat haar interesse voor het voelbord en de materialen toeneemt. Uit haar gelaatsuitdrukking kan ik afleiden dat ze deze activiteit aangenaam vindt.

11.5.4 Activiteit: Handmassage

Middel: handmassage met jojoba- en amandelolie.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

Bij M.-T. is er sprake van contractuurvorming ter hoogte van de handen en onderarmen. Door verhoogde spierspanning is er ook sprake van spierrigiditeit of stijfheid op de lichaamsdelen van M.-T.

Doelstellingen van de activiteit:

- Prikkelen van de tactiele zintuigen;
- Verminderen van stress, onrust en angst bij mijn volgcliënt;
- Contact stimuleren met mijn volgcliënt;
- Bijdragen tot de levenskwaliteit: subschalen: ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’, ‘Sociale Relaties’ en ‘Positief Affect’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Bij de aanvang van de handmassage huilt M.-T. Ik zie dat er tranen rollen over haar wangen.
- Wanneer ik start met het masseren van de handen kijkt M.-T. mij aan en vertelt ze iets tussen het huilen door. Ik begrijp niet wat ze probeert te vertellen.
- Ik start met het masseren van de rechterhand die het minst contractuurvorming vertoont. Ik praat M.-T. met een zachte stem aan en maak oogcontact met haar. Ze vertelt verder en stopt met huilen naarmate ik haar handen insmeer met de massageolie.
- Wanneer ik even weg wordt geroepen om te helpen met een transfer van een medebewoner zie ik dat mijn volgcliënt opnieuw start met huilen. Wanneer ik terug bij haar aankom, kijkt ze mij vragend aan.
- Ik start met het vertellen van een verhaal over mezelf en zet de handmassage verder. Naarmate ik opnieuw tegen haar praat en de handmassage opnieuw start, merk ik op dat het huilen van M.-T. stopt. Na het masseren van de rechterhand is deze duidelijk iets minder gespannen en kunnen de vingers lichtjes in extensie worden gebracht.
- Het masseren van de linkerhand verloopt iets moeilijker. Dit omdat er sprake is van ernstige contractuurvorming waardoor de vingers in een gedwongen flexiestand komen te staan. Aan de

gezichtsuitdrukking van M.-T. kan ik afleiden dat ik heel zachtvaardig te werk moet gaan om haar geen pijnlijk of ongemakkelijk gevoel te bezorgen.

Evaluatie:

Het geven van de handmassage verloopt goed. Ik kan besluiten dat M.-T. geniet van de handmassage die haar wordt toegediend alsook van de individuele aandacht. Het is wel zo dat haar linkerhand gevoeliger is dan haar rechterhand. Het is dan ook beter om de linkerhand slechts gedurende korte tijd in te wrijven en niet te hard te masseren, aangezien deze hand gevoeliger blijkt te zijn voor pijn.

11.5.5 Activiteit: Planten van bloemen in de bloembak

Middel(en): bloembollen, schopje en bloembak met bloemaarde die zich bevindt op het terras.

Extra Informatie over mijn volgccliënt met betrekking tot de activiteit:

Vanuit bevraging naar de familieleden van M.-T. komt naar voren dat zij heel erg houdt van bloemen en planten. Aangezien M.-T. reeds enkele dagen koorts heeft, lijkt het beter volgens het multidisciplinair team om haar niet mee naar buiten te nemen voor de activiteit. Vervolgens betrek ik haar bij de activiteit door passieve deelname. Ik plaats M.-T. in haar comfortrolstoel achter het grote glazen raam van de leefzaal. Op die manier kan ze de ganse activiteit volgen. Ik onderbreek de activiteit regelmatig zodat ik even tijd kan doorbrengen met mijn volgccliënt.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zinnvolle dagbesteding;
- Interesses stimuleren;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Negatief Affect’, ‘Sociale Relaties’ en ‘Positief Zelfbeeld’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Bij de aanvang van de activiteit zet ik eerst al het gerief klaar. Op het terras plaats ik twee stoelen, alsook de bloembollen en het schopje worden klaargelegd. Vervolgens plaats ik M.-T. in haar comfortstoel achter de grote glazen ruit van de leefzaal. Op die manier kan ze de hele activiteit nauwgezet volgen.
- Samen met volgccliënt 2: G.V. plant ik de bloembollen in de bloembak die zich op het terras bevindt. Ik zie dat M.-T. mijn handelingen nauwgezet volgt.
- Nadat ik enkele bloembollen heb geplant, pluk ik een hyacint uit de tuin en ga ik even naar M.-T. in de leefzaal. Ik geef haar de bloem en laat haar eraan ruiken. Ze kijkt naar mij en glimlacht. Ik steek de bloem tussen de vingers van haar rechterhand en ga opnieuw naar het terras.

- Een poos later ga ik samen met volgcliënt 2: G.V. naar binnen en gaan we samen naar M.-T. Volgcliënt 2 start met het praten tegen M.-T. Ze neemt haar bij de hand en wrijft zachtjes over haar gezicht. Vervolgens zoent ze het gezicht en de handen van M.-T. Als reactie hierop glimlacht M.-T. kort en tuit ze haar lippen.

Evaluatie:

Niettegenstaande M.-T. niet actief bij de activiteit kon worden betrokken, heb ik toch het gevoel dat ze ervan heeft genoten. Ze was geïnteresseerd in de activiteit en reageerde ook positief op de toenadering die volgcliënt 2: G.V. zocht bij haar. Alhoewel M.-T. zelf geen contact maakt met medebewoners gaat ze toch in op het contact dat volgcliënt 2 met haar legt. Zoals eerder reeds vermeld, wil ik wel meegeven dat volgcliënt 2 heel zorgzaam en aardig is ten opzicht van anderen.

11.5.6 Activiteit: Snoezelbad

Middel(en): snoezelbad, brandende kaarsen, cd- speler met relaxerende muziek, aromastream, etherische olie: Rozenhout, gedimde spotlichten ingebouwd in het plafond, lavalamp en een vacuümkussen voor de ondersteuning van het hoofd in het bad.

Extra Informatie over mijn volgcliënt met betrekking tot de activiteit:

M.-T. houdt van zachte materialen, individuele aandacht en zachte aanrakingen. Door middel van een snoezelbad wil ik proberen om M.-T. tot rust en ontspanning te brengen, alsook een vorm van contact met haar te verkrijgen.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zintuigactivering: olifactorisch, visueel, tactiel, auditief;
- Verminderen van stress, angst, eenzaamheid en onrust bij mijn volgcliënt;
- Stimuleren van contact met mijn volgcliënt;
- Verhogen van het gevoel van eigenwaarde en welbevinden bij de bewoner;
- Bijdragen tot de kwaliteit van leven: subschalen: ‘Sociale Relaties’, ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’ en ‘Negatief Affect’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- Als voorbereiding op het snoezelbad start ik eerst met het verduisteren van de kamer. Ik zet vervolgens rustige muziek op, steek de kaarsen en de lavalamp aan en schakel de aromastream in. Daarna kleeft ik M.-T. uit, maar bedek ik haar ondertussen met lakens zodat ze het niet koud krijgt. Het uitkleden verloopt soms wat moeizamer door de contracturen ter hoogte van de armen en de benen. Ik doe dit zo voorzichtig mogelijk, maar merk toch dat ze zich opspant bij het

uitkleden. De transfer van rolstoel naar bad wordt uitgevoerd met behulp van een tweede verzorgend personeelslid.

- Wanneer M.-T. in het bad zit, steek ik het vacuümkussen achter haar hoofd, zodat ze niet wegglijdt in het bad. Gedurende de eerste helft van het snoezelbad is ze stil en kijkt ze mij aan.
- Ik laat haar genieten van het warme water en masseer haar ter hoogte van de armen en handen, aangezien daar het meest contractuurvorming is. Door het warme water merk ik dat de spieren van M.-T. al iets minder opgespannen zijn. Het is nu mogelijk om in warm water de gebalde vuisten van M.-T. lichtjes te openen.
- Tijdens de massage begint M.-T. te praten tot het eind van het snoezelbad. Ik geef haar ook nog een hoofd- en gezichtsmassage waarvan ze duidelijk geniet en glimlacht.
- Ik was haar haren met behulp van een plastic beker, waarmee ik de zeepresten uit het haar spoel. Uit haar mimiek kan ik afleiden dat ze dit niet graag heeft. Ze trekt haar hoofd weg en knijpt de ogen dicht.
- Voor de transfer krijg ik opnieuw de hulp van een verzorgend personeelslid van de afdeling. Ik bedek M.-T. zo snel mogelijk met de warme lakens die ik voordien op de radiator heb gelegd. Na het aantrekken van haar slaapkleed en de kamerjas wordt M.-T. naar de leefzaal gebracht waar er reeds bezoek op haar zit te wachten.

Evaluatie:

Tijdens het snoezelbad kon ik duidelijk opmerken dat M.-T. ervan genoot. Ook ik heb enige vorm van contact met haar kunnen leggen, voornamelijk door lichamelijke aanrakingen. Het is wel zo dat ze niet graag heeft dat haar haren worden gewassen. Tijdens de tweede helft van het snoezelbad was M.-T. heel spraakzaam en vertelde ze bijna constant.

11.5.7 Activiteit: Zintuigactivering: snoezelruimte: massagematras, projectie van aquarium op witte muur

Middel(en): een donkere snoezelruimte met een witte muur om de projectie met de beamer mogelijk te maken. Snoezelmateriaal: ufo- lamp, massagematras, fleecedeken, aromastream, etherische olie: lavendel, cd-speler en cd met rustgevende achtergrondmuziek.

Extra Informatie over mijn volgccliënt met betrekking tot de activiteit:

Bij M.-T. is er sprake van spierrigiditeit en verhoogde spierspanning. Door de contractuurvorming neemt ze bijna uitsluitend dezelfde voorkeurshouding aan, waardoor ze weinig of niet tot ontspanning komt.

Doelstellingen van de activiteit:

- Zintuiglijke stimulatie: tactiel, olfactorisch, visueel en auditief;

- Rust en ontspanning bieden aan de bewoner;
- Optimaliseren van de gevoelens van welzijn en welbevinden van mijn volcliënt;
- Bijdragen tot de levenskwaliteit: subschalen: ‘Negatief Affect’, ‘Rusteloos Gespannen Gedrag’ en ‘Iets om handen hebben’.

Reacties van de bewoner tijdens de activiteit:

- M.-T. ligt op de massagematras in de comfortzetel, gedekt met een zacht fleecedeken. Ze voelt met haar handen aan het deken en trekt het naar haar gezicht toe.
- Ik maak het donker in de snoezelruimte en schakel de ufo- lamp op zilveren voet aan. De ufo- lamp bestaat uit ontelbare fijne staaldradjes met aan het uiteinde knipperende lichtjes. Deze draaien in het rond en zijn heel kleurrijk.
- M.-T. kijkt naar de ufo- lamp en betast haar gezicht met haar handen. Ze opent en sluit hierbij enkele malen haar mond. Wanneer ik de ufo- lamp dichterbij haar toe breng, trekt ze haar ogen wijd open. Ze steekt haar linkerhand uit om eraan te voelen.
- Vervolgens schakel ik de beamer in om de aquarium met kleurrijke, bewegende vissen te projecteren op de muur. M.-T. is gefocust op de grote projectie op de muur en begint met praten. De woorden die ik kan begrijpen uit haar verhaal zijn: ‘die grote’, ‘daar’ en ‘water’.
- Wanneer ik de cd- speler inschakel met rustgevende muziek wordt M.-T. stil. Ze kijkt naar de grote projectie en beweegt lichtjes mee met haar hoofd wanneer een grote vis heen en weer zwemt.

Evaluatie:

Uit het verloop van deze activiteit kan ik afleiden dat deze activiteit een relaxerend en rustgevend effect heeft op mijn volcliënt. Ze heeft duidelijk aandacht voor de kleurrijke ufo- lamp alsook voor de grote projectie met kleurrijke, levendige vissen.

11.6 Besluit

In dit hoofdstuk worden de individuele activiteiten en therapie sessies beschreven. Tijdens de praktische uitwerking hiervan benaderde ik de bewoners steeds op een belevingsgerichte manier. Het is zo dat ik onmogelijk een verslag kon neerschrijven van elke keer dat ik de activiteit of therapie sessie met een volcliënt uitvoerde. Ik heb er dus voor geopteerd om elke activiteit of therapie sessie eenmaal te beschrijven. Dit omdat het praktisch gedeelte van mijn eindwerk beperkt is in pagina's en dit anders te uitgebreid zou worden.

12 TWEEDE AFNAME VAN HET MEETINSTRUMENT 'QUALIDEM', NA INDIVIDUELE THERAPIESESSESIES / ACTIVITEITEN

12.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik de resultaten weer van de tweede afname van het meetinstrument 'Qualidem' per volcliënt. Deze herafname vindt plaats na de individuele therapie sessies per volcliënt. De vragenlijst van het meetinstrument 'Qualidem' werd opnieuw ingevuld in mondeling overleg met de hoofdverpleger, de ergotherapeute en andere teamleden van de afdeling. De veertig vragen van het meetinstrument werden gescoord zonder een zicht te hebben op de specifieke resultaten en scores van de eerste afname van het meetinstrument 'Qualidem'. Dit om de veertig items zo correct, zo oprecht en zo objectief mogelijk te scoren aan de hand van observaties van de voorbije week.

12.2 Volcliënt 1: T.F.

Datum herafname van het meetinstrument 'Qualidem': Vrijdag 18/05/2007

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score	Percentage
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	16	76,19
B: Positief Affect	6	0 - 18	14	77,78
C: Negatief Affect	3	0 - 9	5	55,56
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	0	0,00
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	8	88,89
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	13	72,22
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	4	44,44
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	9	75,00
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	3	50,00

Tabel 5: Afname 2 'Qualidem' - volcliënt 1

12.3 Volcliënt 2: G.V.

Datum herafname van het meetinstrument 'Qualidem': Vrijdag 27/04/2007

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score	Percentage
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	21	100,00
B: Positief Affect	6	0 - 18	18	100,00
C: Negatief Affect	3	0 - 9	9	100,00
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	8	88,89
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	7	77,78
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	18	100,00
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	8	88,89
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	11	91,67
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	6	100,00

Tabel 6: Afname 2 'Qualidem' - volcliënt 2

12.4 Volgcliënt 3: A.C.

A.C. is op woensdagavond 14 Maart 2007 overleden in haar kamer in het WZC 'De Ruyschaert'. Een tweede herafname van het meetinstrument 'Qualidem' was niet meer mogelijk.

12.5 Volgcliënt 4: M.-T.M.

Datum herafname van het meetinstrument 'Qualidem': Vrijdag 23/03/2007

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score	Percentage
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	16	76,19
B: Positief Affect	6	0 - 18	14	77,78
C: Negatief Affect	3	0 - 9	3	33,33
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	3	33,33
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	8	88,89
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	9	50,00
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	9	100,00
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	12	100,00
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	1	16,67

Tabel 7: Afname 2 'Qualidem' - volgcliënt 4

12.6 Besluit

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van de tweede afname van het meetinstrument 'Qualidem' na de individuele therapie sessies en activiteiten.

13 CONCLUSIES: VERGELIJKING SCORES EERSTE EN TWEEDE AFNAME, NA INDIVIDUELE THERAPIESESSIES

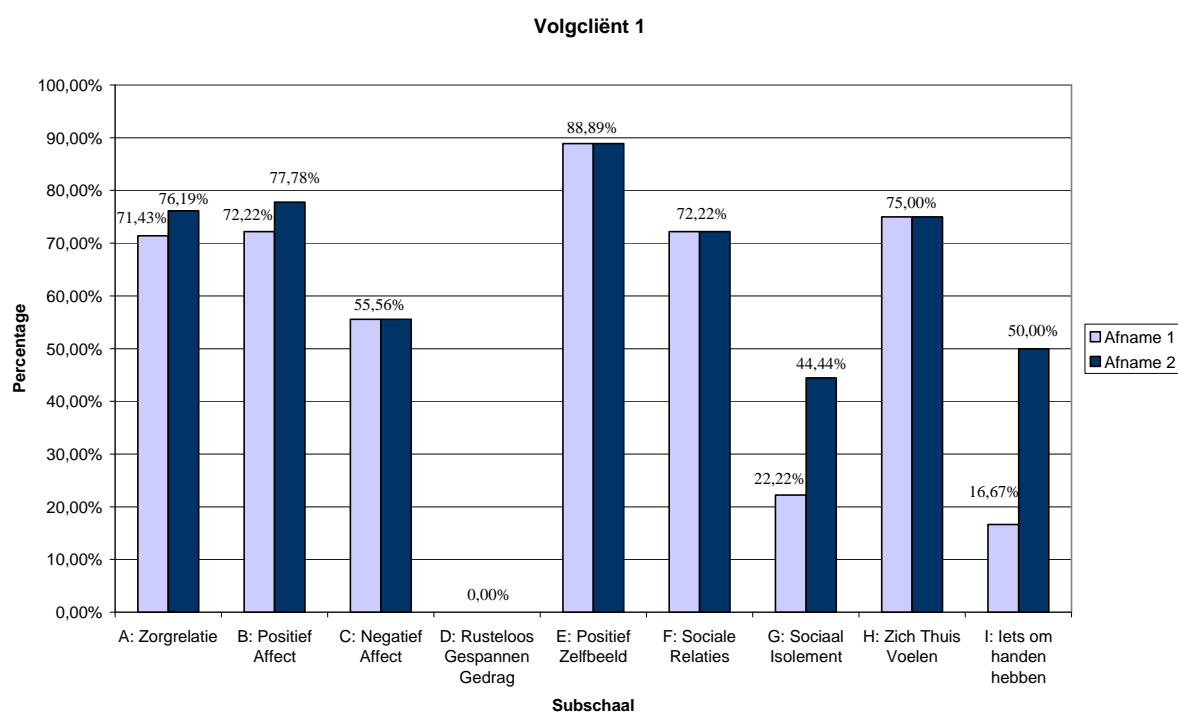
13.1 Inleiding

Hieronder kunt u per volgliënt een overzicht aantreffen van de vergelijking van de scores bij de eerste en tweede afname van het meetinstrument 'Qualidem'. Om het eventuele verschil tussen de scores per subschaal zichtbaar te maken, maak ik gebruik van een vergelijkende Excel-grafiek. Alle weergegeven percentages zijn berekend ten opzichte van de maximum te behalen subschaalscores.

13.2 Volgliënt 1: T.F.

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score: afname 1	Score: afname 2	Percentage: afname 1	Percentage: afname 2
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	15	16	71,43	76,19
B: Positief Affect	6	0 - 18	13	14	72,22	77,78
C: Negatief Affect	3	0 - 9	5	5	55,56	55,56
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	0	0	0,00	0,00
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	8	8	88,89	88,89
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	13	13	72,22	72,22
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	2	4	22,22	44,44
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	9	9	75,00	75,00
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	1	3	16,67	50,00

Tabel 8: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgliënt 1



Grafiek 1: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgliënt 1

13.2.1 Besluit

Uit de eerste afname van het meetinstrument 'Qualidem' kwam naar voren dat de kwaliteit van leven onder de helft scoorde op volgende subschalen: 'Rusteloos Gespannen Gedrag', 'Sociaal Isolement' en 'Iets om handen hebben'. Na het uitvoeren van aangepaste therapie sessies en activiteiten ter verbetering hiervan werd het meetinstrument 'Qualidem' opnieuw afgenomen bij volcliënt 1.

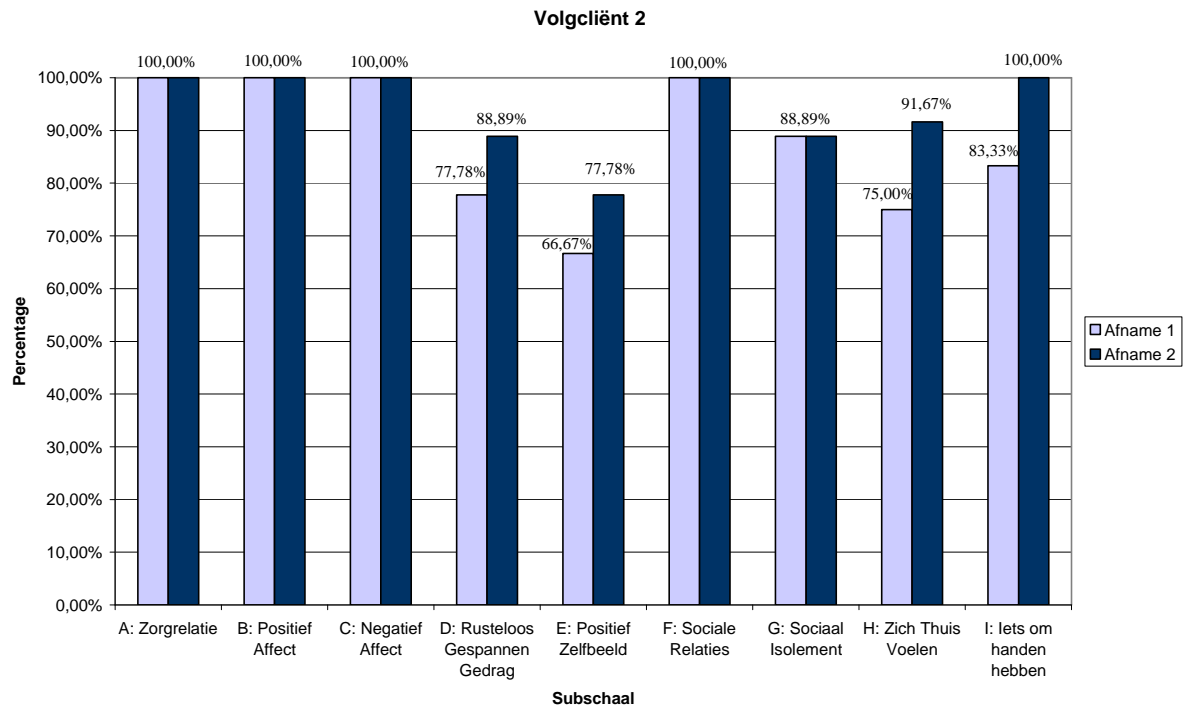
Bij vergelijking van de eerste en tweede afname is er bij de subschalen: 'Sociaal Isolement' en 'Iets Om Handen Hebben' een stijging op te merken in de scores. Respectievelijk is er een stijging van 22,22 percent en 33,33 percent waar te nemen bij deze subschaalscores. Wat betreft de subschaal 'Rusteloos Gespannen Gedrag' ben ik er niet in geslaagd om de score van deze subschaal te laten stijgen, wat resulteert in een gelijke score bij eerste en tweede afname.

De subschalen 'Zorgrelatie' en 'Positief Affect' werden positief beïnvloed door de individuele activiteiten en therapie sessies, wat voortvloeit in een stijging van de subschaalscores bij eerste en tweede afname. De scores van de overige subschalen: 'Negatief Affect', 'Positief Zelfbeeld', 'Sociale Relaties' en 'Zich Thuis voelen' zijn gelijk gebleven bij eerste en tweede afname.

13.3 Volcliënt 2: G.V.

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score: afname 1	Score: afname 2	Percentage: afname 1	Percentage: afname 2
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	21	21	100,00	100,00
B: Positief Affect	6	0 - 18	18	18	100,00	100,00
C: Negatief Affect	3	0 - 9	9	9	100,00	100,00
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	7	8	77,78	88,89
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	6	7	66,67	77,78
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	18	18	100,00	100,00
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	8	8	88,89	88,89
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	9	11	75,00	91,67
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	5	6	83,33	100,00

Tabel 9: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volcliënt 2



Grafiek 2: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 2

13.3.1 Besluit

Uit de eerste afname van het meetinstrument 'Qualidem' is bij volgcliënt 2 te zien dat geen enkel van de negen subschalen onder de helft scoort. De laagste drie subschaalscores bij eerste afname waren: 'Rusteloos Gespannen Gedrag', 'Positief Zelfbeeld' en 'Zich Thuis Voelen'. Vervolgens besloot ik om tijdens mijn individuele activiteiten en therapie sessies extra aandacht te geven aan deze subschalen.

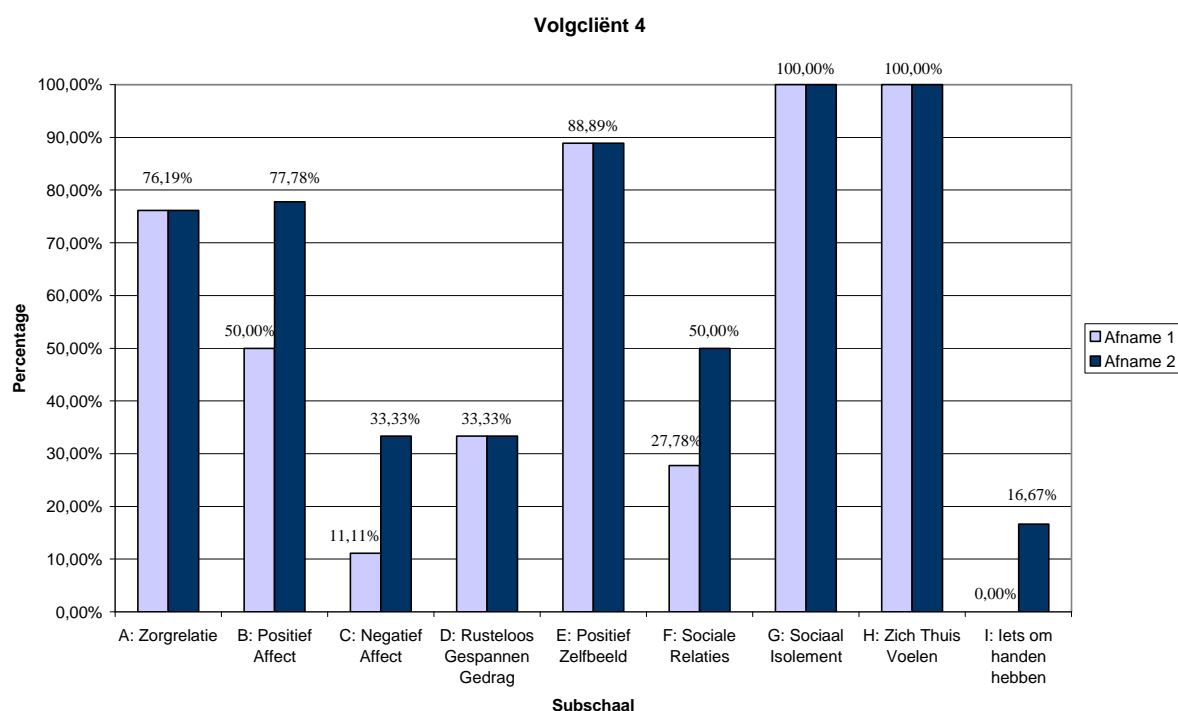
Bij vergelijking van de eerste en tweede afname van het meetinstrument 'Qualidem' komt naar voren dat de scores van de subschalen 'Rusteloos Gespannen Gedrag', 'Positief Zelfbeeld' en 'Zich Thuis Voelen' respectievelijk gestegen zijn met 11,11 percent, 11,11 percent en 16,67 percent. Verder is ook een stijging van 16,67 percent op te merken bij de subschaal 'Iets Om Handen Hebben'.

De overige subschalen: 'Zorgrelatie', 'Positief Affect', 'Negatief Affect', 'Sociale Relaties' en 'Sociaal Isolement' zijn gelijk gebleven van score bij eerste en tweede afname van het meetinstrument 'Qualidem'.

13.4 Volgcliënt 4: M.-T.M.

Subschaal	Aantal vragen	Scorebereik	Score: afname 1	Score: afname 2	Percentage: afname 1	Percentage: afname 2
A: Zorgrelatie	7	0 - 21	16	16	76,19	76,19
B: Positief Affect	6	0 - 18	9	14	50,00	77,78
C: Negatief Affect	3	0 - 9	1	3	11,11	33,33
D: Rusteloos Gespannen Gedrag	3	0 - 9	3	3	33,33	33,33
E: Positief Zelfbeeld	3	0 - 9	8	8	88,89	88,89
F: Sociale Relaties	6	0 - 18	5	9	27,78	50,00
G: Sociaal Isolement	3	0 - 9	9	9	100,00	100,00
H: Zich Thuis Voelen	4	0 - 12	12	12	100,00	100,00
I: Iets om handen hebben	2	0 - 6	0	1	0,00	16,67

Tabel 10: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 4



Grafiek 3: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 4

13.4.1 Besluit

Bij volgcliënt 4 kwam uit eerste afname van het meetinstrument 'Qualidem' naar voren dat vier subschalen onder de helft scoorden. Dit waren de subschalen: 'Negatief Affect', 'Rusteloos Gespannen Gedrag', 'Sociale Relaties' en 'Iets Om Handen Hebben'. Tijdens mijn individuele activiteiten en therapie sessies met volgcliënt 4 werd de nadruk vooral gelegd op de positieve beïnvloeding van deze vier subschalen. Bij vergelijking van de scores bij eerste en tweede afname kan worden afgelezen dat de subschaal 'Iets Om Handen Hebben' stijgt met 16,67 procent. De subschaalscores 'Positief Affect', 'Negatief Affect' en 'Sociale Relaties' stijgen respectievelijk met

27,78 percent, 22,22 percent en 22,22 percent. Wat betreft de subschaal 'Rusteloos Gespannen Gedrag' ben ik er niet in geslaagd om deze subschaalscore na individuele interventies en activiteiten te laten stijgen tot de helft van het scorebereik. Deze score is gelijk gebleven bij eerste en tweede afname van het meetinstrument 'Qualidem'.

14 CONCLUSIES OMTRENT HET GEBRUIK VAN HET MEETINSTRUMENT ‘QUALIDEM’

14.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wil ik een antwoord formuleren op de vraag of het meetinstrument ‘Qualidem’ wel degelijk een goed en bruikbaar instrument is in de praktijk. Vanuit mijn ervaringen met het gebruik van het meetinstrument wil ik ook mijn bedenkingen en bevindingen neerschrijven in dit laatste hoofdstuk van deze scriptie. Verder wil ik ook belichten hoe dit meetinstrument mogelijk verder gebruikt kan worden in mijn stageplaats WZC ‘De Ruyschaert’.

14.2 Mijn bevindingen en aanbevelingen betreffende het gebruik van het meetinstrument ‘Qualidem’

Het meetinstrument ‘Qualidem’ wijst zichzelf grotendeels uit. Na het lezen en bestuderen van de ‘Qualidem’ handleiding was het voor mij volledig duidelijk hoe ik het meetinstrument correct moest gebruiken en invullen. Wat betreft het gebruik van het meetinstrument wil ik in mijn eindwerk graag meegeven dat ik na toepassing ervan kan besluiten dat dit daadwerkelijk een eenvoudig te hanteren meetinstrument is. Het is wel zo dat het invullen van het meetinstrument een soort vaardigheid is. Hoe meer je het gebruikt, hoe behendiger/vaardiger je wordt bij het invullen ervan.

Ik kan voor mezelf opmaken dat de eerste versie van het meetinstrument ‘Qualidem’ een bruikbaar instrument is voor de indicatie van de kwaliteit van leven bij mensen boven de 65 jaar met lichte tot zeer ernstige dementie in een RVT. Ikzelf ben heel benieuwd naar het verder onderzoek die vanuit het Trimbos- Instituut zal worden gedaan in functie van dit meetinstrument.

Eventueel zou ik aanbevelen om het aantal items bij bepaalde subschalen uit te breiden. Persoonlijk vind ik dat het aantal vragen per subschaal soms te beperkt is, om te kunnen spreken van ‘een indicatie voor de kwaliteit van leven’ voor een bepaalde subschaal. Om mijn standpunt te verduidelijken wil ik graag onderstaand voorbeeld dieper uitwerken:

Volgcliënt 4: M.-T.M. bevindt zich binnen het dementeringsproces momenteel in de overgangsfase van ‘het verborgen en het verzonken- ik’. Bij de eerste en tweede afname van het meetinstrument ‘Qualidem’ behaalt ze de maximum score op de subschaal ‘Sociaal Isolement’. Dit betekent dat ze de maximale kwaliteit van leven behaalt voor deze subschaal. Na het overlezen van mijn eindwerk werd door bepaalde personen de bedenking gemaakt dat M.-T.M. nochtans weinig verbaal contact maakt met andere personen. Ook het feit dat M.-T.M. zich reeds in een vergevorderde fase van het dementeringsproces bevindt, kan de bedenking met zich meebrengen dat de subschaal ‘Sociaal Isolement’ in principe geen 100% zou mogen scoren. Ik overliep nogmaals het meetinstrument en de vragen behorende tot deze subschaal. Uiteindelijk kon ik concluderen dat ik het

meetinstrument nochtans correct had ingevuld en gescoord. M.-T.M. wordt nooit door andere bewoners afgewezen, wijst contact met anderen nooit openlijk af en roept ook nooit. Toch denk ik zelf dat M.-T.M. op vlak van 'Sociaal Isolement' nog beter zou kunnen scoren. Ze bevindt zich wel dagelijks in de leefgroep, maar heeft veelal geen contact met medebewoners of personeelsleden.

De subschalen: 'Zorgrelatie', 'Positief Affect' en 'Sociale relaties' hebben een groter scorebereik en omvatten meer vragen en items per subschaal. Persoonlijk vind ik dat zes à zeven vragen een beter totaalbeeld geven van een subschaal dan drie items. In dit opzicht opteer ik om de vragenlijst van veertig vragen/items uit te breiden, zodanig dat er per subschaal minimum vijf vragen/items zijn.

Aanvullend hierop moet door het Trimbos- Instituut ook nog verder onderzoek worden gedaan naar de drie items die nog ondergebracht moeten worden in de subschalen. Dit laatste wordt ook neergeschreven in het laatste hoofdstuk van de 'Qualidem' handleiding, uitgegeven door het Trimbos-instituut.

Ik kan besluiten dat het meetinstrument 'Qualidem' kan gebruikt worden als indicatie voor de individuele kwaliteit van leven van dementerende personen opgenomen in het RVT. Het is wel belangrijk dat andere vormen van beoordeling daarbij worden betrokken zoals bijvoorbeeld het oordeel van de familie. In alle geval geeft het meetinstrument wel een duidelijk beeld weer van de zaken die extra aandacht behoeven bij de begeleiding en zorg van dementerende personen opgenomen in een RVT.

14.3 Hoe kan het meetinstrument 'Qualidem' verder gebruikt worden binnen mijn stageplaats?

Per afdeling binnen het WZC 'De Ruyschaert' wordt nauwgezet geregistreerd hoe vaak alle bewoners deelnemen aan individuele- en groepsactiviteiten. De personen die het minst participeren aan activiteiten worden aandachtspersonen. Dit betekent dat deze bewoners extra individuele aandacht behoeven. Deze extra aandacht kan onder de vorm van een bezoekje, een babbeltje, een wandeling, een boodschap, een bezoek aan het cafetaria met een bewoner,... allemaal kleine dingen die voor bewoners toch zo belangrijk zijn.

Binnen deze procedure van registratie en aandachtspersonen kan het meetinstrument 'Qualidem' een goed middel zijn om zichtbaar te maken op welke aspecten van het leven, 'de kwaliteit van leven' van de desbetreffende persoon eventueel verbeterd kan worden. Op die manier kan ervoor worden gezorgd dat de extra aandacht zinvol besteed kan worden in functie van de individuele levenskwaliteit van de bewoner.

Bijvoorbeeld: Uit het registratiesysteem wordt een diep dementerende bewoner A. tot aandachtspersoon aangesteld. Dit houdt in dat er vanuit het multidisciplinair team extra aandacht moet worden geschonken aan deze bewoner. Alle leden van het multidisciplinair team observeren het gedrag van de bewoner gedurende de

eerstvolgende week. Vervolgens wordt op het eind van de week in de dagelijkse overdracht het gedrag van deze bewoner besproken in teamverband. Een aangestelde verzorgende, verpleegkundige of ergotherapeute vult de 'Qualidem' vragenlijst in aan de hand van de observaties die alle leden van het multidisciplinair hebben waargenomen. Wanneer twijfel ontstaat bij een bepaald item uit de vragenlijst wordt tot overeenstemming gekomen. De afzonderlijke itemscores worden per subschaal opgeteld. Deze scores geven een aanwijzing voor de kwaliteit van leven per subschaal. Hoe hoger de score, hoe hoger de kwaliteit van leven. Uit de afname van het meetinstrument komt naar voren dat bewoner A. heel laag scoort op de subschalen 'Zich Thuis Voelen' en 'Negatief Affect'. De zorgverlener die aangesteld is voor aandachtspersoon A. werkt voornamelijk rond deze twee aspecten wanneer hij/zij extra individuele aandacht geeft aan zijn/haar aandachtspersoon. Na een tweetal maanden wordt het meetinstrument 'Qualidem' opnieuw ingevuld om deze vernieuwingen in het zorgbeleid van bewoner A. te evalueren.

14.4 Verdere bedenkingen

Enkele eigen bedenkingen en vragen waarbij ik even stil wil bij blijven staan zijn:

- "In hoeverre is de scoring van het meetinstrument 'Qualidem' onderworpen aan persoonlijke interpretaties?"

Binnen dit eindwerk wil ik meegeven dat ik als studente zo objectief mogelijk ben geweest in het toekennen van de veertig itemscores bij de afname van het meetinstrument 'Qualidem'. Het is zo dat ik hierbij steeds het oordeel en de opinie van de hoofdverpleger, de ergotherapeute en de andere teamleden van de afdeling betrok om het meetinstrument in te vullen en te scoren per volcliënt.

De eerste afname van het meetinstrument 'Qualidem' vond plaats op het einde van mijn derde stageweek. Deze derde stageweek ging door als observatieweek waarbij ik mijn vier volcliënten nauwgezet observeerde. Het is belangrijk dat de veertig items van de 'Qualidem' vragenlijst worden gescoord over gedrag dat ik observeerde bij de bewoners gedurende deze observatieweek. Om hiervoor te zorgen nam ik dagelijks notities per volcliënt, wat voor mij een goed hulpmiddel vormde voor het scoren van de 'Qualidem' vragenlijst.

De tweede afname van het meetinstrument 'Qualidem' vond plaats na de individuele therapie sessies per volcliënt. Ik koos ervoor om deze activiteiten gedurende drie weken uit te voeren bij elke volcliënt individueel. Ook hier zorgde ik ervoor dat de derde week doorging als observatieweek, waarbij ik per volcliënt elke activiteit of therapie sessie tweemaal uitvoerde zoals terug te vinden is in hoofdstuk vijf van dit eindwerk. Ook hier vormden mijn dagelijkse aantekeningen een goede hulp om er zeker van te zijn dat ik de veertig items van de 'Qualidem' vragenlijst scoorde op basis van waarnemingen en vaststellingen van het gedrag van mijn volcliënten tijdens deze observatieweek.

- “Het meetinstrument ‘Qualidem’ is oorspronkelijk bedoeld voor afname door verzorgenden in verpleeg- en verzorgingstehuizen. Zou het niet beter zijn om dit meetinstrument in te vullen aan de hand van overleg en beraadslaging in multidisciplinair team?”

Als studente ergotherapie nam ik van de gelegenheid gebruik om mijn eindwerk uit te werken over het gebruik van het meetinstrument ‘Qualidem’. Alhoewel in de handleiding van het meetinstrument beschreven staat dat het bedoeld is voor afname door verzorgenden, vind ik persoonlijk dat dit meetinstrument ook afgenomen kan worden door andere zorgverleners zoals ergotherapeuten in verpleeg- en verzorgingstehuizen. Dit natuurlijk op voorwaarde dat voldoende overleg wordt gepleegd met de verzorgenden en andere leden van het multidisciplinair team. Dit omdat item vier en veertien rechtstreeks verband houden met het gedrag tijdens de verzorging van de dementerende persoon. Enkel door mondeling overleg kan je als zorgverlener een totaalbeeld verkrijgen van het gedrag van een bepaalde persoon gedurende een volledige observatieweek. Ik ga er tevens ook van uit dat het onmogelijk is in de praktijk om gedurende een volledige week alle gedragingen van één bewoner op de voet te volgen. Als studente krijg je hiervoor tijd voorzien, maar eenmaal in het werkveld wordt dit een stuk moeilijker om te combineren met andere taken en verantwoordelijkheden die van jouw verwacht worden binnen je functie.

ALGEMEEN BESLUIT

Als laatstejaarsstudente ergotherapie besloot ik om mij gedurende mijn scriptiestage in te zetten voor mensen met dementie. Gedurende deze twaalf weken heb ik geprobeerd om mijn tijd zo goed mogelijk te benutten in functie van de dementerende bewoners opgenomen in het WZC 'De Ruyschaert'.

Ik heb veel geleerd gedurende deze stage, zowel inzake vaardigheden, praktijkervaringen als zelfinzicht en zelfkennis. Ik stond vaak stil bij mezelf, waarbij ik dan nadacht over 'mijn' kwaliteit van leven en welke factoren een grote rol spelen bij mijn levenskwaliteit en geluk. Vreemd genoeg kwam ik vaak tot de conclusie dat bijdragen tot de levenskwaliteit van mijn volgccliënten ook onrechtstreeks bijdraagt tot mijn kwaliteit van leven. Wanneer ik erin slaagde om een bepaalde bewoner gedurende korte tijd 'gelukkig' te maken, ging ik zelf 'voldaan en tevreden' naar huis.

Door eigen ervaringen en omgang met dementerende zorgvragers ben ik ervan overtuigd dat de levenskwaliteit van een dementerende persoon mede wordt bepaald door de mate waarin deze liefdevol wordt omringd. Ikzelf was getuige van het feit dat mijn houding tegenover een dementerende persoon meebepalend is voor het geluk en de levenskwaliteit van deze persoon. Inzake 'kwaliteit van leven' kun je als zorgverlener natuurlijk ver gaan. Belangrijk is dat hetgeen je doet als zorgverlener binnen je eigen grenzen en mogelijkheden blijft.

In deze scriptie wou ik eerst en vooral bijdragen tot de 'kwaliteit van leven' van de dementerende zorgvrager. Ikzelf denk dat ik daarin geslaagd ben en deze vooropgestelde missie voor mezelf heb volbracht.

Wat betreft het gebruik van het meetinstrument 'Qualidem' als indicatie voor de kwaliteit van leven bij dementerende personen opgenomen in het RVT, ben ik zelf tevreden over de resultaten en de uitdaging die ik aanging om dergelijk nieuw ontworpen instrument te gebruiken binnen mijn scriptie.

Ik denk dat ik er goed in geslaagd ben om alle bedenkingen en conclusies m.b.t. het gebruik van het meetinstrument uitgebreid en overzichtelijk weer te geven in het laatste hoofdstuk van deze scriptie.

BIJLAGEN

BIJLAGEN

- Bijlage 1: Eerste afname 'Qualidem' – volgcliënt 1
- Bijlage 2: Tweede afname 'Qualidem' – volgcliënt 1
- Bijlage 3: Eerste afname 'Qualidem' – volgcliënt 2
- Bijlage 4: Tweede afname 'Qualidem' – volgcliënt 2
- Bijlage 5: Eerste afname 'Qualidem' – volgcliënt 3
- Bijlage 6: Eerste afname 'Qualidem' – volgcliënt 4
- Bijlage 7: Tweede afname 'Qualidem' – volgcliënt 4
- Bijlage 8: Global Deterioration Scale (GDS)
- Bijlage 9: Meetinstrument 'Qualidem'

LIJST MET FIGUREN

- Figuur 1: Het model van Atkinson en Shiffrin over het geheugen
- Figuur 2: De vijf elementen van de belevingsdiagnose volgens R. Verdult
- Figuur 3: Maslov's behoeftehiërarchie aangepast aan de gevolgen van dementie (Van der Kooij, 2001)
- Figuur 4: Kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening Bron: NRV (1986)
- Figuur 5 : Overzicht subschalen en bijbehorende vragen/items

LIJST MET TABELLEN

- Tabel 1: Afname 1 'Qualidem' - volgcliënt 1
- Tabel 2: Afname 1 'Qualidem' - volgcliënt 2
- Tabel 3: Afname 1 'Qualidem' - volgcliënt 3
- Tabel 4: Afname 1 'Qualidem' - volgcliënt 4
- Tabel 5: Afname 2 'Qualidem' - volgcliënt 1
- Tabel 6: Afname 2 'Qualidem' - volgcliënt 2
- Tabel 7: Afname 2 'Qualidem' - volgcliënt 4
- Tabel 8: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 1
- Tabel 9: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 2
- Tabel 10: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 4

LIJST MET GRAFIEKEN

- Grafiek 1: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 1
- Grafiek 2: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 2
- Grafiek 3: Vergelijking 'Qualidem'-scores - volgcliënt 4

BRONVERMELDING

BOEKEN

BUNTINX F., DE LEPELEIRE J., YLIEFF M., Zorg voor dementerenden in België, Honderd vragen en antwoorden op basis van het Qualidem- onderzoek, Garant, Antwerpen- Appeldoorn, 2006.

CONSTANDT - DE VISSCHER, C., MOERAERT, R., Kwaliteitsvolle zorg voor dementerende ouderen: deel 1, Kluwer, Diegem, 2000.

DE COCK, L., Antwoorden op al uw vragen over dementie, Davidsfonds, Leuven, 1997.

HAZELHOF, T., Dementie en psychiatrie in woord en beeld, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2004.

KINEBANIAN, A., LE GRANSE, M., Grondslagen van de ergotherapie, 2^e druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2006.

PREUSCHOFF, G., Omgaan met angst: Ouderenzorg, Elsevier / De Tijdstroom, 1996.

ROEDIGER, CAPALDI, PARIS, POLIVY, HERMAN, BRYSSAERT, Psychologie een inleiding, Academia Press, Gent, 2004.

VAN DER KOOIJ, C., Gewoon lief zijn?, Lemma, Utrecht, eerste druk, 2002.

VERDULT, R., Dement worden: een kindertijd in beeld: Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen, Intro, Nijkerk, 1993.

VERDULT, R., De pijn van dement zijn: De belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag, 1e druk, HB uitgevers, Baarn, 2003.

ARTIKELEN

ETTEMA, T., Het zijn de kleine dingen die het doen, Denkbeeld Februari 2004.

VAN DER KOOIJ, C., Basiscursus Geïntegreerde Belevingsgerichte Zorg Somatiek, Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk, Congres Eigenwaarde in de zorg, 12 November 2002.

VELDHUIS, M., Belevingsgerichte zorg op maat, Denkbeeld februari 2006.

CURSUSSEN OPLEIDING ERGOTHERAPIE

DEMEY, L., Opleiding referentiepersoon dementie, module 09 Nuyttens, L., niet gepubliceerde powerpointpresentatie.

NUYTTENS, L., Ergotherapie en geriatrische problematiek, niet gepubliceerde cursus HOWEST, 2005-2006.

PFIZER, werkmap: Geriatrie een dagelijkse praktijk, tweede editie, 2002.

INFOBROCHURES

EXPERTISECENTRUM DEMENTIE, bundel: Basisvorming Dementie.

DR. MERTENS V., samenvatting presentatie: vormen van dementie, Wintermeeting Geriatrie 2007.

HUYS, A., Stagemap Ergo, RVT “Huize Minnewater”.

DE RUYSCHAERT, Onthaalbrochure vakantiejobs Woon- en zorgcentrum ‘De Ruyschaert’, documentatie verkregen uit de instelling.

DE RUYSCHAERT, Oprichtingsverklaring Woon- en zorgcentrum ‘De Ruyschaert’, documentatie verkregen uit de instelling.

INTERNETSITES

DE VUGT, M., Workshop 6: gedragsstoornissen bij dementie, Universiteit Maastricht, internet, http://www.ouderenpsychiatrie.nl/download.asp?link=files/151/presentatie_m_de_vugt.pdf&objectID=151.

ETTEMA, T., DE LANGE, J., DROËS, R.-M., MELLENBERGH, D., RIBBE, M., Handleiding ‘Qualidem’, internet, <http://www.trimbos.nl/Downloads/Programmaas/Handleiding1def.pdf>, 1^e versie, Trimbos- instituut Utrecht, Mei 2005.

TRIMBOS- INSTITUUT, Meetinstrument kwaliteit van leven, internet, <http://www.trimbos.nl/default14452.html>, Trimbos- instituut Utrecht.

WIKIPEDIA, <http://nl.wikipedia.org/wiki/Hoofdpagina>.

AFBEELDING

Alle rechten van de grafische afbeelding die terug te vinden is op de voor- en achterpagina van deze scriptie berusten bij Microsoft Office Online.

Bron: internet: <http://office.microsoft.com/nl-be/clipart/results.aspx?qu=ouderen&sc=20#48>

(Bestandsnaam afbeelding: j0407501.jpg)

GEDICHT

Alle rechten van het gedicht dat terug te vinden is in het dankwoord berusten bij Cois De Vleeschouwer.

Bron: internet: <http://www.ocmw.antwerpen.be/rvtsm/pdf/infobrochure.pdf>, blz.6

