

Opleiding



Ergotherapie



Locatie Lucia, Breda

Hap voor stap

*Bachelor eindscriptie – opleiding Ergotherapie – Hogeschool
Rotterdam*

Auteur:
Laura Broos

Studentnummer: 0860135
Email: 0860135@hr.nl
Aantal woorden: 6324

HR begeleider:
Selma van Huijzen

Thebe begeleiders:
Ine Damen - Deeben
Esmee Moonen

Juni, 2018

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie waar ik het afgelopen half jaar hard aan heb gewerkt. De scriptie is geschreven in het kader van het afstuderen aan de opleiding ergotherapie te hogeschool Rotterdam. Ik heb mijn onderzoek gedaan op het Lucia afdeling Cycloam dat behoort bij stichting Thebe. Mijn onderzoek is gericht op het zelfstandig eten bij dementerende cliënten op een observatie PG afdeling.

Vanwege mijn werk als verzorgende IG'er op een gesloten PG afdeling ben ik steeds meer affiniteit gaan krijgen met de doelgroep dementerenden. Het is een interessante doelgroep waarbij ik, door mijn ervaring als ergotherapeut student, veel kansen en mogelijkheden zie om de kwaliteit van het leven te optimaliseren. Door mijn werk ben ik in contact gekomen met de ergotherapeuten binnen Thebe. De combinatie van hun vraag over de afdeling, mijn affiniteit met de doelgroep en de problemen rondom zelfmanagement waar ik ook in mijn werk tegenaan loop is dit onderzoek tot stand gekomen.

In mijn scriptie heb ik onderzoek gedaan naar het zelfmanagement rondom de eetmomenten bij dementerenden op een gesloten observatie PG afdeling. Ik wilde achterhalen of het mogelijk is om de zelfstandigheid op het gebied van eten in kaart te brengen door de zorg. Wanneer dit lukt kan een ergotherapeut gericht ingeschakeld worden en de zelfstandigheid voor de cliënt worden bevorderd. Dit kan ervoor zorgen dat de cliënt in de gewenste situatie meer zelfvertrouwen opbouwt en de eigen regie toeneemt. Ik hoop dat de resultaten van mijn scriptie in de toekomst gebruikt gaan worden door de zorg zodat de cliënten hun eigen regie meer in handen hebben.

Deze scriptie had niet kunnen bestaan zonder de hulp van een aantal mensen die ik hierbij wil bedanken. Bewoners, familie en medewerkers van de afdeling Cycloam wil ik bedanken voor hun openheid en kennis. Ine Damen-Deeben en Esmee Moonen, de ergotherapeuten op de afdeling Cycloam, wil ik bedanken voor hun ondersteuning en hulp. Remco Klopper, ergotherapeut bij WZH transvaal, wil ik bedanken voor zijn kennis en hulp rondom de PRPP. Als laatste wil ik Selma van Huijzen bedanken voor de goede begeleiding vanuit school.

Laura Broos

Juni 2018

Samenvatting

De Cycloam is een psychogeriatrische(PG) observatie afdeling binnen verpleeghuis Lucia. Lucia is een verpleeghuis dat een onderdeel vormt van organisatie Thebe dat is gevestigd in Breda. Op de Cycloam wordt er opgemerkt dat er weinig verwijzingen op het gebied van zelfmanagement tijdens de maaltijd bij de ergotherapie terecht komen, terwijl er zich wel problemen voordoen op dit gebied. De zorg neemt bijvoorbeeld het eten van de cliënt over of ondersteunen op de verkeerde manier. Ze zetten vanwege verschillende redenen, waaronder verhoogde werkdruk, het zelfmanagement van de cliënt niet op de eerste plaats. Daarbij denken ze vaak niet aan het inschakelen van de ergotherapeut bij problemen rondom de maaltijd. Graag zou gezien worden dat er observaties afgenomen worden door de zorg op het gebied van zelfmanagement tijdens de maaltijd. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan het verhogen van het aantal en de manier van verwijzen naar de ergotherapeut waardoor er gericht hulp en ondersteuning geboden kan worden op het gebied van zelfmanagement tijdens het eten. De onderzoeksvraag die hieruit volgt luidt:

Hoe kan de ergotherapeut meer hulp en ondersteuning bieden aan cliënten met dementie op het gebied van zelfmanagement tijdens het eten op observatie PG afdeling de Cycloam door middel van observaties door de zorg uitgevoerd?

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er literatuuronderzoek gedaan. Er is gezocht in verschillende databanken. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat vooral de PRPP en de HOW geschikte observatiemethodes vanuit de ergotherapie zijn om af te nemen bij deze doelgroep en problematiek. Echter kosten deze methodes in deze setting te veel tijd en zijn ze lastig om af te laten nemen door de zorg. Uit het literatuuronderzoek is ook gebleken dat de omgeving veel invloed heeft op het zelfmanagement van de cliënt met dementie tijdens de maaltijd. Vaste structuren, stilte en de juiste ondersteuning van de zorg hebben een positief effect op het zelfmanagement.

Naast het literatuuronderzoek heeft er praktijkonderzoek plaatsgevonden. Dit onderzoek bestond uit twee soorten observaties en twee kwalitatieve interviews. Als eerste is er gekeken naar de maaltijd in de huidige situatie, waarbij drie verschillende eetmomenten zijn geobserveerd. Vervolgens is er een observatieformulier gemaakt in samenwerking met ergotherapeut en PRPP docent R. Klopper. Deze is voorgelegd aan het personeel. Vervolgens hebben er interviews plaatsgevonden waarbij de kansen en belemmeringen zijn besproken van het observatieformulier, het contact met de ergotherapeut en het verwijzen. Als laatste is er gekeken naar hoe het formulier in praktijk gebracht kan worden en wat de ervaringen zijn van het personeel.

Uit de resultaten is gebleken dat het observatieformulier als positief wordt ervaren. Zorgverleners geven aan dit als een toevoeging te zien op de al bestaande observatielijst over voeding –en vocht inname. Voor de zorgverlener wordt het duidelijker en makkelijk om een verwijzing te doen naar de ergotherapeut. Echter wordt als belemmering gezien dat het verwijzen via de arts gaat en dit vaak zorgt voor vertraging. Vooral vanwege het feit dat een cliënt +/- 6 weken verblijft op de Cycloam, is dit een belangrijke factor. Vanuit de onderzoeksvraag gezien zijn er dus zowel kansen als belemmeringen.

Uiteindelijk is het formulier in werking gesteld op afdeling de Cycloam. Het is de bedoeling dat er de komende 2 maanden gemonitord en geëvalueerd wordt door het personeel in samenwerking met de vertegenwoordiger van het online zorgdossier Lablecare, de heer Braspenning, wat de bevindingen zijn. Mochten de resultaten positief zijn voor het zelfmanagement van de cliënt op de afdeling, dan zullen de resultaten uit dit onderzoek plus de resultaten van de evaluatie voorgesteld worden aan het bedrijf Lablecare om het observatieformulier toe te voegen aan het landelijke systeem.

Inhoud

VOORWOORD	2
SAMENVATTING.....	3
1. INLEIDING.....	6
1.1 AANLEIDING	6
1.2 ZELFMANAGEMENT EN ZELFSTANDIGHEID	6
1.3 THEBE EN AFDELING CYCLAAM	6
1.4 DEMENTIE.....	6
1.5 DEMENTIE EN DE INVLOED VAN DE OMGEVING TIJDENS HET ETEN	7
1.5.1 <i>De omgeving tijdens de maaltijd op de Cycloam</i>	7
1.6 DEMENTIE EN ZELFMANAGEMENT TIJDENS DE MAALTIJD	7
1.6.1 <i>Huidige situatie de Cycloam</i>	7
1.6.2 <i>Gewenste situatie de Cycloam</i>	7
1.7 ONDERZOEKSVRAAG.....	8
2. METHODE.....	9
2.1 LITERATUURONDERZOEK	9
2.2 PRAKTIJKONDERZOEK.....	10
2.2.1 <i>ABCs-methode</i>	10
2.2.1.1 Stap A, observatie huidige situatie Cycloam.....	10
2.2.1.2 Stap B, beschrijving doelgroep	10
2.2.1.3 Stap C, observatie met behulp van observatielijst	11
2.2.1.4 Stap s, interview met verzorgend personeel en presentatie.....	11
3. RESULTATEN	12
3.1 RESULTATEN GEVONDEN LITERATUUR	12
3.1.1 <i>Observatiemethodiek</i>	12
3.1.2 <i>Omgeving</i>	13
3.1.3 <i>Conclusie literatuurstudie</i>	13
3.2 RESULTATEN PRAKTIJKONDERZOEK	15
3.2.1 <i>Resultaten observaties in kaart brengen huidige situatie op de Cycloam</i>	15
3.2.1.1 <i>Analyse</i>	15
3.2.2 <i>Resultaten observaties aangepaste situatie</i>	16
3.2.3 <i>Resultaten interviews met personeel de Cycloam</i>	16
3.2.3.1 <i>Analyse</i>	17
4. CONCLUSIE	19
5. AANBEVELINGEN	20
6. DISCUSSIE	21
6.1 VERANTWOORDING	21
6.2 KANTTEKENINGEN.....	21
7. LITERATUURLIJST	22
BIJLAGES	24
BIJLAGE 1 ACLS.....	24
BIJLAGE 2 DATABASES	28
BIJLAGE 3 BASISHOUDING	31

BIJLAGE 4 CONCLUSIE LITERATUURSTUDIE	32
--	----

NB De oorspronkelijke bijlage 4, 5 en 6 zijn verwijderd in verband met privacy overwegingen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Ik werk als verzorgende individuele gezondheidszorg op verschillende psychogeriatrische afdelingen binnen Thebe. Vanuit mijn werk is er contact opgenomen met de ergotherapeuten van Thebe. De opdrachtgevers, in dit geval de ergotherapeuten van Thebe, zijn met de vraag gekomen voor dit onderzoek. Zij zouden graag zien dat de zorg op observatie PG afdeling de Cycloam de ergotherapie vaker inschakelt wanneer de cliënten met dementie problemen ervaren rondom de zelfstandigheid tijdens de eetmomenten. De vraag is of de zorg de zelfstandigheid van de cliënt tijdens de eetmomenten in kaart kan brengen zodat er gericht hulp geboden kan worden door de ergotherapeut.

1.2 Zelfmanagement en zelfstandigheid

In de praktijk, maar ook in dit onderzoek, worden de begrippen zelfmanagement en zelfstandigheid vaak met elkaar verward. Er wordt onderzoek gedaan naar het zelfmanagement, maar de zorg observeert de zelfstandigheid. Satink en Cup (2014) beschrijven het begrip zelfmanagement als volgt: "Zelfmanagement is de mate waarin iemand met één of meerdere ziekten en/of beperkingen in staat is om de regie over het leven te behouden tot zover hij of zij dat wil en kan, door goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, sociale en psychologische gevolgen van de ziekte(en) en/of beperkingen en daarbij horende leefstijlaanpassingen in samenhang met de sociale omgeving". Het begrip zelfstandigheid is daarentegen smaller en wordt vertaald als autonomie. Het grootste verschil tussen beide begrippen is dat zelfmanagement zich meer focust op de eigen regie bij het handelen in zijn totaal en zelfstandigheid hier een onderdeel van is. Het richt zich meer op de taak, kan iemand het wel of niet zelfstandig uitvoeren.

1.3 Thebe en afdeling Cycloam

Thebe is een grote organisatie in 22 gemeenten in West-en Midden-Brabant die zorg levert op het gebied van wijkverpleging, specialistische zorg, thuisbegeleiding en dagbesteding. Woonzorgcentrum Thebe Lucia is één van de oudste zorginstellingen in Breda. Lucia biedt een woonplek aan voor ouderen met een complexe vorm van dementie of met psychiatrische problemen. Binnen het Lucia zijn er verschillende psychogeriatrische afdelingen waarvan Cycloam er één is. Op een psychogeriatrische afdeling wordt er zorg verleend aan cliënten met een psychische stoornis die in verband wordt gebracht met het ouder worden. Dit betekent dus dat er voornamelijk ouderen (65+) verblijven. De meest voorkomende diagnose is dementie. Op de psychogeriatrische afdeling Cycloam van het Lucia verblijven op dit moment 12 cliënten, onderverdeeld in twee huiskamers. De Cycloam specialiseert zich doordat het een observatieafdeling is, wat inhoudt dat de cliënten er niet langer dan +/- zes weken zullen verblijven. Tijdens deze weken wordt er gekeken wat voor definitieve opname geschikt is voor de cliënt, dit kan zijn PG, somatiek of thuis met zorg.

1.4 Dementie

De ziekte dementie kenmerkt zich door geheugenstoornissen. Daarnaast spelen andere cognitieve stoornissen een rol zoals afasie, apraxie, agnosie en stoornissen van de executieve functies. Dementie is een progressieve ziekte en bestaat uit verschillende vormen. Naarmate de cliënt vordert in zijn ziekte wordt het inzicht, spraak en geheugen beïnvloed. De meest voorkomende vormen zijn Alzheimer dementie en vasculaire dementie. De ziekte is niet te genezen, maar er is wel medicatie. Deze medicatie zal de ziekte echter licht afremmen (Graff et al., 2010). De ziekte dementie neemt met de leeftijd toe (NIVEL Zorgregistraties), maar ook met de jaren. Dit heeft te maken met de groeiende bevolking en de vergrijzing (volksgezondheidzorg.info, n.d.).

Dementie is een progressieve ziekte die verloopt in fases. De *Allen Cognitive Levels and Modes of Performance and Level of Care* is een beoordelingsschaal die de fases van dementie aantoon met de

desbetreffende symptomen per fase, met in totaal 6 fases (bijlage III). Dementie wordt aangetoond in fase 2 of hoger. Vanaf deze fase kan de persoon met dementie last ervaren in de vorm van agitatie en ernstig verlies van zelfstandigheid (Allen et al., 1990).

1.5 Dementie en de invloed van de omgeving tijdens het eten

Volgens van der Plaats en Verbraeck (n.d.) zie je minder ziekteverschijnselen in een gunstige omgeving en meer in een ongunstige omgeving. Dit onderbouwt het feit dat de omgeving cliënten met dementie sterk beïnvloedt, ook tijdens de maaltijd. De oorzaak kan liggen aan de fysieke of cognitieve toestand van de cliënt maar ook aan de omgeving of het verzorgend personeel (Groenewoud et al., 2009). Cliënten met dementie zijn gebaad bij vaste structuren, eettijden, maaltijden en tafelzitting (Stuart, 2008). Daarnaast is het belangrijk dat het stil is tijdens de maaltijd of dat er rustige zachte muziek op staat (Hicks-Moore, 2005). Deze criteria zorgen voor rust bij de cliënt.

1.5.1 De omgeving tijdens de maaltijd op de Cycloam

Op de psychogeriatrische afdeling Cycloam van het Lucia verblijven, zoals al vermeld is, op dit moment 19 cliënten. Dit cliënten aantal verschilt per week en er is plek voor maximaal 24 bewoners. Gemiddeld staan er 2 zorgverleners op deze afdeling. Dit gegeven zorgt ervoor dat de druk in de zorg per dag kan verschillen op deze afdeling, maar in het algemeen hoog ligt. Uit onderzoek (CBS, 2016) blijkt dat deze hoge druk in de zorg resulteert in weinig tijd voor de cliënten en een gespannen sfeer op de afdeling. Tijdens de eetmomenten houden de zorgverleners op de afdeling zich aan vaste structuren. Ze hebben een vaste tafelschikking, eten om dezelfde tijden en hebben geen muziek op de achtergrond tijdens de maaltijd. De zorgverleners verschillen onderling echter wel van ondersteuning en hulp van de cliënten tijdens de maaltijd.

1.6 Dementie en zelfmanagement tijdens de maaltijd

Eetproblematiek uit zich bij cliënten met dementie op verschillende gebieden. Zo kan er sprake zijn van o.a. afweergedrag, eenzaamheid(niet alleen kunnen en willen eten), ongeremd gedrag(te veel eten), veranderende behoeftes, onrust, veranderende eetmanieren(eteten met de handen i.p.v. met mes en vork) onbegrip, kauw- en slikproblemen en depressie (Wapenaar, 2016). Het gebeurt vaak dat de zorg de zelfstandigheid van cliënten met deze problematiek uit handen neemt. Dit kan zijn vanwege onbegrip of de hoge druk in de zorg. Toch is het belangrijk iemand zoveel mogelijk zelf te laten doen wanneer dit mogelijk is. Zelfmanagement bij cliënten met dementie zorgt voor meer eigenwaarde en eigen regie en is daarom belangrijk om zo lang mogelijk in stand te houden.

1.6.1 Huidige situatie de Cycloam

Het probleem op de afdeling Cycloam is dat de cliënt niet zelfstandig aan kan geven of hij/zij de activiteit nog uit kan voeren en hoe belangrijk dat voor de cliënt is. Dit komt in de meeste gevallen door dementie, dat hierboven is uitgelegd. De zorg neemt dit in de meeste gevallen niet tot nauwelijks waar of weet niet wat ze hiermee aan moeten. Daarnaast is de druk in de zorg hoog waardoor taken zoals het brood smeren worden overgenomen door de zorgverleners (Actiz, 2014). Vervolgens wordt de ergotherapeut niet ingeschakeld en blijft het probleem bestaan. In de huidige situatie komen er zelden verwijzingen bij de ergotherapeut terecht op het gebied van zelfmanagement tijdens de eetmomenten terwijl deze problemen zich wel voordoen. Wanneer er wel een verwijzing binnenkomt wordt er door de ergotherapie gewerkt met de Perceive, Remember, Plan and Perform als observatiemethode. Het zelfmanagement van de cliënt staat bij deze behandeling centraal.

1.6.2 Gewenste situatie de Cycloam

In de gewenste situatie zal de zorgverlener door middel van een observatieformulier het eetgedrag van een cliënt met dementie in grote lijnen in kaart brengen. Observatie zal bijdragen aan het feit dat de zorgverlener meer stilstaat bij het eigen gedrag en het effect hiervan op de cliënt (Bergland et

al.,2015). De zorgverlener zal op deze manier sneller en gericht hulp inroepen van de ergotherapeut, wat zal leiden tot meer verwijzingen. Dit resulteert uiteindelijk tot de gewenste situatie; de dementerende cliënt krijgt hulp en ondersteuning vanuit de ergotherapeut op het gebied van zelfmanagement tijdens de eetmomenten. Dit zal uiteindelijk kunnen leiden tot meer eigen regie bij verschillende taken tijdens de maaltijd wat kan resulteren in meer eigenwaarde bij de cliënt.

1.7 Onderzoeksvraag

Er kan dus worden geconcludeerd dat het probleem op de afdeling nu vooral ligt in het feit dat er nauwelijks verwijzingen door de zorg bij de ergotherapie terecht komen op het gebied van zelfmanagement tijdens de eetmomenten. Hierdoor kan de ergotherapeut geen ondersteuning bieden op dit gebied en blijft het zelfmanagement in sommige gevallen laag. Uit de probleemstelling is de volgende gehele onderzoeksvraag opgesteld:

Hoe kan de ergotherapeut meer hulp en ondersteuning bieden aan cliënten met dementie op het gebied van zelfmanagement tijdens het eten op observatie PG afdeling de Cycloam door middel van observaties door de zorg uitgevoerd?

De doelstelling gebaseerd op de onderzoeksvraag luidt:

Er wordt meer inzicht verkregen in hoe er meer hulp en ondersteuning kan worden geboden door de ergotherapie op het gebied van zelfmanagement tijdens de maaltijd bij cliënten met dementie op observatie PG afdeling de Cycloam

Om aan deze doelstelling te werken is een vraagstelling voor het literatuur- en praktijkonderzoek geformuleerd.

Hoofdvraag literatuuronderzoek:

Op welke manier kan de mate van zelfmanagement tijdens de eetmomenten van dementerende cliënten op een observatie PG afdeling in kaart worden gebracht?

Deelvragen

- Wat voor observatiemethodes voor de ergotherapie zijn er om het zelfmanagement op het gebied van cliënten met dementie op een observatie PG afdeling in kaart te brengen?
- Wat zijn de omgevingsfactoren die van invloed zijn op het eetgedrag van de cliënt met dementie?

Hoofdvraag praktijkonderzoek:

Hoe kan de zorg door middel van observatie van het zelfmanagement tijdens de eetmomenten sneller en gericht verwijzen naar de ergotherapie op observatie PG afdeling de Cycloam?

Deelvragen

- Hoe kan het aantal verwijzingen vanuit de zorg naar de ergotherapie toenemen op het gebied van zelfmanagement tijdens de eetmomenten?
- Welke observatielijsten gebaseerd op de PRPP en door de zorg uitgevoerd, zijn het meest geschikt om het zelfmanagement van cliënten met dementie in kaart te brengen?

2. Methode

Er is literatuur- en praktijkonderzoek verricht om een antwoord te geven op de onderzoeksvraag en de doelstellingen binnen deze scriptie. De methode van dit onderzoek zal nu worden besproken.

2.1 Literatuuronderzoek

De onderzoeksvraag, die in de inleiding te lezen is, is gebruikt voor het literatuuronderzoek. Vanuit deze onderzoeksvraag en de deelvragen hierbij zijn er zoektermen afgeleid. Deze worden gebruikt in de zoektocht naar literatuur. Voor deze termen zijn synoniemen en vertalingen in het Engels gezocht. Hierdoor kan er op een bredere manier naar wetenschappelijke artikelen worden gezocht. In tabel 1 zijn deze zoektermen te vinden. Er is geen gebruik gemaakt van de PICO methode vanwege het feit dat de interventie ontbreekt in de onderzoeksvraag (Bakker & van Buuren, 2014). Door het zoeken naar geschikte literatuur ontstaat er een zoekhistorie. Deze is te vinden per databank in bijlage 1 t/m 4. Er is gezocht in de volgende databases: PubMed, Cinahl en Medline. Google Scholar is vervolgens gebruikt om de artikelen in volledigheid te kunnen lezen. Om zo veel mogelijk relevante artikelen te vinden is er gekeken in de literatuurlijst van de gevonden artikelen, dit noemen we het sneeuwbaaleffect (Kuiper et al., 2008).

De belangrijkste trefwoorden die zijn gebruikt zijn: (*Dementia OR cognitively impaired*), (*nursing home OR special care units*) en *eating*

Inclusiecriteria

Selectie van de gevonden artikelen heeft plaatsgevonden en de artikelen zijn geselecteerd:

1. Scannen van titels en jaar van publicatie. Het artikel mag niet ouder zijn dan 10 jaar. Altijd kijken naar het meest recente onderzoek dat er heeft plaatsgevonden. Mocht er geen verder geen onderzoek zijn gedaan dan een publicatiejaar van niet ouder dan 10 jaar.
2. Het lezen van de titel en de korte inhoud ('abstract'). Heeft dit artikel te maken met het onderzoek en is het relevant?
3. Bepalen van het niveau van bewijs. Hieruit kan een selectie worden gemaakt aan het einde met de meest sterke artikelen

Naast het zoeken van relevante artikelen is er gezocht in boeken, protocollen, richtlijnen en internet rondom de onderzoeksvraag en doelgroep. Er is tevens gebruik gemaakt van boeken en artikelen binnen de hogeschool Rotterdam en binnen Thebe.

	Trefwoord Nederlands	Engelse vertaling	Alternatieven NL	Alternatieven EN
P	Cliënten met dementie	Dementia, dementing	Dementerenden, verpleeghuis, cliënten op een PG afdeling	Cognitively impaired, special care units, nursing home, psycho-geriatric department, long term care(LTC)
O	zelfmanagement	Self-management	Eigen regie, handelen,eigen kracht, zelfmanagement, Controleren, meten van, Zelfstandig eten, eetmogelijkheden, eetomstandigheden, eetmomenten	self-care, self-management Degree, to check, measuring, self-feeding, eating ability, feeding, eating performance, mealtime

Tabel 1: zoektermen

2.2 Praktijkonderzoek

De onderzoeksvraag die te lezen is in de inleiding is gebruikt voor het praktijkonderzoek. Hieronder volgt de methode van het praktijkonderzoek.

2.2.1. ABCs-methode

Het praktijkonderzoek dat zal worden uitgevoerd is kwalitatief van aard. Er zullen drie soorten dataverzameling plaatsvinden. Observaties in de huidige situatie, observaties waarbij er aanpassingen gedaan worden bij de eetmomenten (in de vorm van observatielijsten gebaseerd op de PRPP) en interviews met verzorgend personeel op de afdeling. De analyse die hieruit voortkomt zal worden omgezet in een advies en hier zal een presentatie over gegeven worden aan de zorg in combinatie met uitleg over ergotherapie. Er is gekozen voor observaties om het gedrag van cliënten met dementie in kaart te brengen, omdat gespreksvoering met deze cliënten niet zinvol is.

Als leidraad voor dit onderzoek zal de ABCs-methode gebruikt worden. Dit is een hulpmiddel om erachter te komen wat de oorzaak van probleemgedrag bij dementie is en hoe in samenspraak met de mantelzorger of in dit geval de zorgverleners naar oplossingen gezocht kan worden. De methode bestaat uit vier stappen, A, B, C en s(transitieinzorg.nl, 2010). Aan de hand van de ABCs schema zal de methode worden uitgelegd:

2.2.1.1. Stap A, observatie huidige situatie Cyclaam

De eerste stap is de A, die staat voor actie en gedrag van de dementerenden. Allereerst zal er geobserveerd worden op de Cyclaam. De observaties worden gedaan door middel van de PRPP en zullen een ongestructureerde en niet participerende vorm aannemen (Verhoef et al., 2015). Het PRPP Systeem is een gestandaardiseerd en ecologisch valide ergotherapeutisch instrument om problemen in de informatieverwerking te benoemen, verklaren en te behandelen (Chapparo et al., 1989). Het doel van deze observaties is het in kaart brengen van de zelfstandigheid tijdens de eetmomenten van de cliënten en de invloed van de omgeving en zorg hierop in de huidige situatie. De data die hieruit voortkomt zal worden gerapporteerd en gecodeerd (Verhoef et al., 2015).

2.2.1.2. Stap B, beschrijving doelgroep

Stap 2 is de B die staat voor bewegens of begint vanwege. In deze stap wordt de onderzoeksgroep beschreven met hierin leeftijd, diagnose en gradatie van dementie. Daarnaast wordt beschreven hoeveel cliënten er met eetproblematiek zijn op afdeling de Cyclaam en waardoor dit wordt veroorzaakt. De informatie wordt verkregen uit literatuur en gesprekken met het personeel en opdrachtgevers.

Met de verzamelde informatie is de volgende beschrijving van de geobserveerde doelgroep opgesteld:

Er zijn tijdens de observatie 6 cliënten geobserveerd van de 12 inwonende op afdeling de Cyclaam in de leeftijd van 76 jaar en ouder. Er is geobserveerd op 1 huiskamer. De meest voorkomende diagnose van deze cliënten is dementie dat voorkomt in verschillende vormen. Wanneer er gekeken wordt naar de *Allen Cognitive Levels and Modes of Performance and Level of Care* zitten cliënten van de Cyclaam in level 4 matige cognitief-functionele beperkingen; abstracte tot concrete gedachtenprocessen en lager (Allen et al., 1990). Tijdens de observatie zijn er 2 cliënten die problemen ervaren op het gebied van eten wat invloed heeft op de zelfstandigheid. Bij cliënt X heeft dit te maken met de fysieke toestand, de cliënt zit in een rolstoel en heeft een gebroken arm. Bij cliënt Y heeft dit te maken met de dementie waarbij zij verschijnselen van agnosie vertoont. Beide cliënten maken gebruik van ondersteuning vanuit de zorgverlener dan wel van de medecliënten. De overige cliënten gebruiken deels een aangepaste methode dan wel een normale methode om de handeling eten uit te voeren en ondersteunen elkaar waar nodig is.

2.2.1.3. Stap C, observatie met behulp van observatielijst

Stap drie staat voor consequenties en gevolgen. Deze stap wordt het tweede deel van het praktijkonderzoek. In deze stap worden observaties gedaan waarbij het personeel observatielijsten tijdens de eetmomenten afneemt. Deze observatielijsten zijn gemaakt aan de hand van het PRPP en gericht op de eetmomenten broodmaaltijd en warme maaltijd. De observatielijsten zijn in samenspraak met de opdrachtgevers en de vertaler van de PRPP in Nederland, R. Klopper, opgesteld. Het is tijdens deze observaties wel de bedoeling dat de omgevingsinvloeden optimaal zijn en gelijk aan stap A. Uit literatuur is gebleken dat stilte, structuur en vaste regels baat hebben bij onrust en eigen regie bij dementerende ouderen en daarom van belang dat dit wordt nagestreefd.

2.2.1.4. Stap s, interview met verzorgend personeel en presentatie

Als laatste is stap s dat staat voor samen bespreken. In dit geval samen bespreken met de zorgverleners en de opdrachtgevers. In deze stap wordt de gevonden literatuur en de observatielijst in een open interview besproken met minimaal 2 zorgverleners. Hierbij wordt in kaart gebracht wat zij voor kansen en belemmeringen zien in het in kaart brengen van het zelfmanagement van de cliënten tijdens de eetmomenten. Daarnaast wordt er besproken wat er op dit moment gedaan wordt rondom het zelfmanagement van cliënten tijdens de maaltijd. Deze interviews zullen worden opgenomen en uitgewerkt. Ze worden getranscribeerd, gecodeerd en geïnterpreteerd (Verhoef et al., 2015).

Uiteindelijk zal er een sterke zwakte analyse worden gemaakt en aan de hand hiervan zal er een advies komen naar de zorg en de ergotherapie. Er zal een presentatie aan de zorg plaatsvinden over het gebruik van de observatielijst en ergotherapie in het algemeen.

3. Resultaten

3.1 Resultaten gevonden literatuur

Uit het literatuuronderzoek zijn 13 artikelen en 1 boek gekomen. Hieronder staat een analyse van de gevonden literatuur.

3.1.1 Observatiemethodiek

Er is verschillende literatuur te vinden over observatie methodieken tijdens de eetmomenten bij cliënten met dementie door zowel de zorg als de ergotherapeut.

Observaties ergotherapie

Observatiemethodieken vanuit de ergotherapie die geschikt zijn om dementerende cliënten te observeren, gevonden in de literatuur, zijn de Perceive, Remember, Plan and Perform (PRPP) en de Handleiding Observatie Wil-subsysteem (HOW) (Ensing et al., 1999).

Allereerst heeft de PRPP als doel het inventariseren van problemen die cliënten met de verwerking van cognitieve informatie ervaren tijdens het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten (Dees-Wessels, 2001). Het instrument is speciaal ontwikkeld voor het leggen van de relatie tussen verstoringen in het handelen en cognitieve functies en vaardigheden. De PRPP is afkomstig van het OPM en is daarom een geschikt instrument bij een cliëntgerichte benaderingswijze. Als laatste is het instrument valide en betrouwbaar, en dit maakt het tot een geschikt instrument voor dit onderzoek (Chapparo & Ranka, 2006). Helaas is het instrument te uitgebreid en te ingewikkeld om af te laten nemen door het verzorgend personeel (Dees-Wessels, 2001).

Naast de PRPP is de HOW een geschikte observatiemethodiek (Ensing et al., 1999) en een vertaalde versie van de Volitional Questionnaire (VQ). Dit instrument brengt informatie van het wil-subsysteem van een cliënt in kaart door middel van observatie. De HOW is een instrument gebaseerd op het Model Of Human Occupation (Kielhofner, 1995) en verklaart de motivatie voor handelen en beschrijft hoe keuzen voor activiteiten voor korte en lange termijn tot stand komen. De HOW is vooral geschikt voor cliënten met cognitieve en communicatieve problemen die geen mondeling of schriftelijk verslag kunnen doen. Het sluit dus uitermate goed aan op de doelgroep cliënten met dementie, dit wordt ook onderbouwd vanuit het EDOMAH (Graff et al., 2006).

Observaties zorg

Naast observaties van cliënten zijn er ook vragenlijsten ontwikkeld voor verzorgend personeel (Chang & Madigan, 2005). Deze lijsten brengen in kaart wat de verzorging al weet over cliënten met dementie en de bijbehorende eetproblematiek en leren het verzorgend personeel informatie bij. Er zijn 2 vragenlijsten, 2 controle schalen en een observatie. De observatielijst brengt in kaart hoe de verzorgende omgaat met de cliënten tijdens eetmomenten. Uit dit onderzoek uit Taiwan is gebleken dat het heel belangrijk is dat verzorgend personeel kennis heeft van de doelgroep, de aanpak en de eetmethodes. Dit artikel onderbouwt het feit dat interventies voor meer kennis zorgen bij het verzorgend personeel, betere communicatie tussen cliënt en zorg en uiteindelijk beter eetgedrag van de cliënt.

Stockdell en Elaine (2008) hebben een eet evaluatie opgesteld om te achterhalen hoeveel hulp mensen met vergevorderde dementie (level 3<) nodig hebben tijdens de eetmomenten. De Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale (EdFED) is een instrument van 11 items. Door de evaluatie te gebruiken kan er door de zorg een goed zorgplan worden opgesteld. Het afnemen van de EdFED duurt +/- 5 minuten en is dus relevant in de huidige en toekomstige zorg waarin de druk hoog ligt. De EdFED is een juist hulpmiddel om een duidelijk beeld te krijgen van de hulp die cliënten met dementie in een vergevorderd stadium nodig hebben binnen een instelling door de zorg. Door de EdFED juist af te nemen kan er een geschikt zorgplan worden opgesteld. Het nadeel is dat het

alleen geschikt is voor cliënten die vergevorderde dementie hebben. Er wordt niet gekeken naar cliënten die nog deels het eten zelfstandig doen en is dus niet relevant voor het onderzoek

2.2.2. Omgeving

De omgeving van de cliënt heeft invloed op het eetgedrag. Verschillende onderzoeken zijn hier naar gedaan.

Vaste zitplaatsen

Cleary (2008) heeft onderzoek gedaan naar de invloed van fysieke en sociale routines op het eetgedrag van cliënten met dementie. Er werd onderzocht wat het effect was van vaste zitplaatsen aan tafel tijdens de eetmomenten. Vaste zitplaatsen aan tafel hebben een positief effect op de kwaliteit van de eetbeleving voor cliënten EN zorgverleners en de hoeveelheid eten. Brush et al. (2002) heeft ook onderzoek gedaan naar dit gegeven. Uit dit onderzoek is een zwak bewijs gevonden van niveau 3 (level of evidence). Deze studie toont aan dat de cliënten met dementie minder geholpen hoefde te worden tijdens de maaltijd en er beter en zelfstandiger werd gegeten wanneer dezelfde tafelsetting werd gebruikt en er gebruik gemaakt werd van helder licht.

Geluid

Naast een vaste tafelsetting speelt geluid ook een rol bij de omgeving. Uit onderzoek van Hicks-Moore (2005) is gebleken dat rustige muziek tijdens de maaltijden zorgt voor minder onrust bij cliënten met ernstige dementie. Dit resultaat zou ook toepasbaar kunnen zijn tijdens andere momenten op de dag om de cliënten met onrust te ontspannen.

Ondersteuning verzorgend personeel

De juiste ondersteuning van het verzorgend personeel is onderbouwd als effectieve methode (Liu et al., 2015) om het eetgedrag van cliënten met dementie te verbeteren. Om onrust en irritatie tijdens de maaltijd te voorkomen is het belangrijk dat de zorgverlener de rust bewaard. De zorgverlener dient in actie te komen wanneer deze merkt dat er onderling irritaties ontstaan en dient rust uit te stralen. Het is belangrijk dat de zorgverlener van te voren een planning heeft hoe deze de maaltijd gaat volbrengen. Het is hierbij belangrijk dat de zorgverlener op de hoogte is van de voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen van de cliënten (Bergland et al., 2015).

Ook Gilmore-Bykovskyi (2018) ondersteunt dit gegeven met een onderzoek naar de juiste ondersteuning van zorgverleners bij het verminderen van slikproblemen bij cliënten met dementie tijdens de maaltijd. Het is belangrijk als zorgverlener te weten wat je ziet. Uit onderzoek is gebleken dat veel zorgverleners bepaald gedrag opmerken, maar dit vervolgens niet of verkeerd interpreteren (Kuehlmeier et al., 2018). Dit zorgt ervoor dat er constant een andere manier van benaderen en hulp wordt aangeboden. Dit heeft invloed op de cliënt en zijn eetgedrag. Het is dus van belang dat niet alleen de ondersteuning goed moet zijn, maar ook gelijk. Communicatie tussen zorgverleners over benaderingswijzen en hulp is dus van belang.

2.2.3. Conclusie literatuurstudie

Observatiemethodes

Er is veel globale informatie te vinden over observatiemethodieken bij cliënten met dementie op een psychogeriatrische afdeling. Er is echter geen specifieke observatiemethode voor de doelgroep cliënten met dementie vanaf niveau 4 waarbij er gekeken wordt naar het zelfmanagement van cliënten. Geschikte methodieken om te gebruiken naar aanleiding van het literatuuronderzoek zijn de PRPP en de HOW. Beide observatiemethoden zijn geschikt voor de doelgroep, maar te uitgebreid om door de zorgverleners te gebruiken. Beide zijn daarnaast niet specifiek gericht op de eetmomenten.

Omgevingsfactoren

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er verschillende factoren zijn in de omgeving die van invloed zijn op het gedrag van cliënten met dementie. Structuur, herhaling en vaste regels geven houvast aan de cliënt met dementie en zorgen voor minder onrust. Naast deze factoren speelt de juiste ondersteuning vanuit het verzorgend personeel ook een rol bij het gedrag van de cliënt.

Wanneer de omgeving gunstig is kan de cliënt meer tot uiting komen. Dit kan in sommige gevallen leiden tot een verbetering van het zelfmanagement op verschillende gebieden, waaronder het eten.

3.2 Resultaten praktijkonderzoek

3.2.1 Resultaten observaties in kaart brengen huidige situatie op de Cycloam

Er hebben observaties plaatsgevonden op de Cycloam. Het doel hiervan was het in kaart brengen van de huidige situatie op de Cycloam wat betreft het zelfmanagement van de cliënten tijdens de eetmomenten. Er hebben 3 observaties plaatsgevonden van ieder +/- een uur op drie verschillende tijdstippen. Er is geobserveerd tijdens het ontbijt(08:00-09:00), middageten(11:45 – 13:00) en avondeten(16:45-18:00). De observaties zijn gedaan in dezelfde huiskamer met dezelfde cliënten. De gecodeerde data is te vinden in bijlage 4.

De data met dezelfde code zijn gecategoriseerd(bijlage 5) en hieruit zijn resultaten gehaald. Deze resultaten zijn per categorie weergegeven in tabel 2.

Categorie	Wat gebeurt er nu?
Omgeving	• Vaste eetmomenten • Vaste manier van tafel dekken • Etenswaren worden op tafel gezet • Geen vaste zitplaatsen • Stilte tijdens de maaltijd • Deuren woonkamer dicht
Hulp door verzorging	• Iedere zorgverlener geeft andere hulp. Er is op verschillende punten geen eenstemmigheid • Zorg ondersteunt wanneer hulp vanuit cliënten gevraagd wordt • Zorg laat eigen regie zoveel mogelijk bij de cliënt • Zorg handelt vanuit eigen visie en logica
Snijden en smeren	• Cliënten smeren over het algemeen hun brood zelfstandig(dan wel/niet goed uitgesmeerd) • Cliënten hebben over het algemeen moeite met het snijden van de korstjes van het brood
Aanpassingen	• Cliënten passen eetmanieren aan om zo lang mogelijk zelfstandig te zijn
Zelfmanagement tijdens de maaltijd	• Over het algemeen is de zelfmanagement tijdens de observaties hoog • Cliënten dekken zelfstandig de tafel en ruimen deze ook weer op • Cliënten helpen elkaar onderling wanneer ze vragen hebben, of vragen hulp aan personeel
Onrust/rust	• Cliënten die onrustig zijn zitten apart aan een tafel • Weinig onrust op de afdeling

Tabel 2

Schematische weergave huidige situatie Cycloam

3.2.1.1 Analyse

Op de Cycloam zijn veel verschillende soorten cliënten van waar de samenstelling elke week verandert. Cliënten komen en gaan vanwege het feit dat het een observatie afdeling is, maar dit is niet te merken op de afdeling. Op de afdeling hangt, vanwege het lage aantal bewoners op het moment van de observatie, een ontspannen sfeer. Dit draagt bij aan het zelfmanagement tijdens het eten. Cliënten die hulp nodig hebben krijgen dit van de bewoners die hulp kunnen bieden en andersom. Op de afdeling wordt er gewerkt met een vaste structuur die alle zorgverleners aanhouden. Er wordt gezamenlijk gegeten om respectievelijk 12:00 en 17:00 waarbij er in de middag brood op tafel komt met soep en in de avond een warme maaltijd. Er wordt 10 minuten van tevoren de tafel gedekt, de tafelindeling is altijd hetzelfde en er is geen muziek op de afdeling. De cliënten hebben echter niet een vaste plek aan tafel, enkel de dame in de rolstoel. Het valt op dat de deuren van de woonkamer dicht zijn tijdens de maaltijd, maar er wel zorgverleners/andere disciplines binnenkomen. Dit zorgt voor onrust bij de cliënten. In het geval van deze observaties had dit geen directe invloed op het zelfmanagement van de cliënten. Echter zou dit in het geval van cliënten die zich in een hoger level van dementie begeven en dus meer problemen ervaren rondom het eten wel kunnen. Naast het feit dat zorgverleners bij elkaar binnen komen, valt ook op dat zorgverleners onderling de cliënten met dementie anders benaderen en ondersteunen. De een neemt de eigen regie van de cliënten uit handen door het zelf opscheppen van de maaltijd, terwijl de ander het eten op tafel zet waarnaar de cliënten zelf kunnen opscheppen. De reden van deze keuze door de zorgverlener is vanuit gemak.

Cliënten met verschillende mate van dementie op een gesloten observatie PG afdeling hebben baat bij het hebben van een vaste structuur, stilte, tafelzitting en hulp vanuit het verzorgend personeel. Echter is het van belang dat de zorgverlener keuzes maakt op basis van het zelfmanagement van de cliënt, niet vanuit eigen belang. Dit alles draagt bij aan het zelfmanagement tijdens de maaltijd en het verminderen van een onrust bij de cliënt.

3.2.2 Resultaten observaties aangepaste situatie

In de aangepaste situatie hebben de zorgverleners observatielijsten afgenomen die te vinden zijn in tabel 3 en 4. De observatielijsten zijn gemaakt in samenwerking met ergotherapeut Remco Kloppers, PRPP docent en eigenaar van de website PRPP.nl. Bij het maken van de lijst is er rekening gehouden met de zorgverlener. Zo is het belangrijk dat de lijst duidelijk, makkelijk en snel af te nemen is. De lijst is geschreven op basis van de PRPP, waarbij de activiteit in stappen is gedeeld (Kloppers, R. 2018).

<i>Observatie warme maaltijd</i>			
	zelfstandig		
Deelstap	Ja	Nee	Opmerkingen
Eetbenodigdheden verzamelen			
Drinken inschenken			
Drinken			
Opscheppen op bord			
Eten snijden			
Eten			
Toetje pakken			
Toetje inschenken			
Lepel pakken			
Toetje eten met lepel			
Opruimen			

Tabel 3 observatie warme maaltijd

<i>Observatie brood maaltijd</i>			
	zelfstandig		
Deelstap	Ja	Nee	Opmerkingen
Eetbenodigdheden verzamelen			
Drinken inschenken			
Drinken			
Soep inschenken			
Lepel pakken			
Soep eten met lepel			
Boterham pakken			
Beleg pakken			
Bestek hanteren			
Boterham smeren			
Boterham beleggen			
Boterham snijden/dubbelvouwen			
Eten			
Opruimen			

Tabel 4 observatie broodmaaltijd

3.2.3 Resultaten interviews met personeel de Cycloam

Er hebben 2 open interviews plaatsgevonden met zorgverleners van de afdeling Cycloam. Het interview had als doel om in kaart te brengen wat de zorgverleners voor kansen en belemmeringen zien in het afnemen van de observatielijsten tijdens de maaltijd en in kaart te brengen hoe het aantal verwijzingen naar de ergotherapie kan toenemen. Daarnaast is er tijdens de interviews besproken wat er nu gedaan wordt rondom zelfmanagement tijdens de maaltijd door de zorgverlener en wat hun kijk hierop is. De interviews zijn met audioapparatuur opgenomen. Vervolgens zijn deze

getranscribeerd, gecodeerd en geïnterpreteerd (Verhoef et. Al. 2015). In bijlage 8 zijn de interviews te vinden.

In tabel 7 en 8 zijn de resultaten van de interviews schematisch weergegeven. In tabel 7 staan de kansen en belemmeringen voor het observatieformulier tijdens de maaltijd en hierdoor het verbeteren van het aantal verwijzingen naar de ergotherapeut. In tabel 8 staat wat er nu al gedaan wordt door de zorg rondom zelfmanagement.

3.2.3.1 Analyse

Uit de interviews is gekomen dat er vooral veel kansen worden gezien in de observatieformulieren tijdens de eetmomenten. De zorgverlener geeft aan het observatieformulier als een toevoeging te zien op het al bestaande observatieformulier dat zich richt op voeding –en vochtinname. Er wordt dan naast deze lijst ook gekeken naar het praktische gedeelte rondom het eten bij cliënten met dementie. Vanwege het feit dat er al 3 dagen geobserveerd wordt met het al bestaande formulier tijdens de maaltijd zal het ook geen extra tijd in beslag nemen van de zorgverlener en zal het voor de cliënt ook niet tot extra last leiden. De zorgverlener geeft aan het formulier duidelijk te vinden en op deze manier makkelijker naar de ergotherapeut te stappen. Het is tastbaarder en de vraag naar de ergotherapeut toe wordt duidelijker weergegeven aan de hand van het formulier. Wanneer een cliënt niet 100% scoort op zelfstandigheid kan de zorgverlener de ergotherapeut al inschakelen. Zij hoeven dan enkel te laten zien op welk punt de cliënt vastloopt en de ergotherapeut neemt dit verder op zich.

Het observatieformulier zelf geeft geen belemmeringen, enkel de manier van verwijzen zorgt voor moeilijkheden. De zorgverlener verwijst via de arts naar de ergotherapeut en dit kan soms lange tijd in beslag nemen. Dit kan verschillende oorzaken hebben waarvan prioriteiten stellen er een is. Vooral het feit dat de cliënt +/- 6 weken op deze afdeling verblijft is het belangrijk dat de verwijzing gelijk door komt en de ergotherapeut ermee aan de slag kan gaan.

Op het gebied van zelfmanagement tijdens de maaltijd wordt er op dit moment vooral gebruik gemaakt van de omgeving; vaste tijden, geen geluid tijdens de maaltijd, dichte deuren, vaste tafelzitting en een standaard manier van tafeldekken. De zorgverlener geeft aan het eten op tafel te zetten en de keuze (mits dit mogelijk is in verband met ongeremd gedrag o.i.d.) bij de cliënt te laten. Dit geldt voor zowel de warme als de broodmaaltijd. De zorgverlener neemt deel aan de maaltijd door zelf te eten en aan tafel te zitten bij de cliënten. De zorgverlener kan hierbij ondersteuning bieden wanneer nodig is, maar zij geven aan dit zoveel mogelijk bij de cliënt te laten. Wanneer het niet lukt bieden de zorgverleners hulp maar laten ze de cliënt daarna weer zelf proberen.

Een observatieformulier uitgevoerd door de zorg tijdens de maaltijd zou veel kansen kunnen bieden voor het aantal verwijzingen naar de ergotherapeut en dus voor de zelfmanagement van cliënten op afdeling Cycloam. Het observatieformulier zal er voor zorgen dat er makkelijker, sneller en duidelijker verwijst kan worden naar de ergotherapeut vanuit de zorg. Enkel de manier van verwijzen, via de arts, zou een belemmering kunnen vormen.

4. Conclusie

Uit de resultaten van het praktijk- en literatuuronderzoek kan er worden geconcludeerd dat de observatielijst die is opgesteld in het praktijkonderzoek een antwoord kan zijn op de hoofdvraag. De observatielijst zou in de toekomst kunnen leiden tot meer hulp en ondersteuning van de cliënten op observatie PG afdeling de Cyclaam op het gebied van zelfmanagement tijdens het eten. Echter is er geen bewijs dat dit in de toekomst ook daadwerkelijk tot meer hulp en ondersteuning vanuit de ergotherapeut gaat leiden.

De observatielijst die is opgesteld, een resultaat van het praktijkonderzoek, is een belangrijk meetinstrument bij het achterhalen van het zelfmanagement van de cliënten tijdens het eten op observatie PG afdeling de Cyclaam. De observatielijst gaat gebruikt worden door het verzorgend personeel, met als doel het sneller verwijzen naar de ergotherapeut op het gebied van zelfmanagement tijdens het eten. De cliënt is niet zelfstandig als deze onder de 100% zelfstandigheid scoort en dit te maken heeft met de psychische beperking waarvoor die is opgenomen. Daarbij is het wel belangrijk dat de zorgverlener, en wanneer nodig is de ergotherapeut, zich houdt aan het criterium dat is opgesteld:

De cliënt kan op eigen wijze de taak zelfstandig uitvoeren naargelang wat de cliënt of cliëntsysteem belangrijk vindt.

Om de observatielijst zo objectief mogelijk af te nemen is het belangrijk dat er gekeken wordt naar een goede omgeving waarbij structuur en stilte prioriteit hebben. Een goede omgeving zorgt voor een hogere zelfmanagement en minder onrust tijdens het eten. Naast de omgeving blijkt uit onderzoek dat de juiste ondersteuning van het personeel ook belangrijk is. Het is van belang de cliënt in zijn waarde te laten, deze de tijd te geven de activiteit uit te voeren en te ondersteunen waar nodig is.

Uit de interviews en observaties die zijn gedaan in het praktijkonderzoek zijn de kansen en belemmeringen naar voren gekomen van de observatielijst. Het personeel ziet de observatielijst als hulpmiddel om sneller en gemakkelijker een verwijzing te sturen naar de ergotherapeut op het gebied van zelfmanagement tijdens de maaltijd. Het is een goede aanvulling op de al bestaande observatielijst gericht op voeding- en vochtinname. Enkel de manier van verwijzen zal een belemmering opleveren, aangezien dit via de arts moet gebeuren en hier vaak te veel tijd overheen gaat. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat er beter gecommuniceerd wordt tussen het verzorgend personeel en de arts.

Kortom, het is van belang dat er de komende periode gebruik gemaakt gaat worden van de observatielijst om zo in kaart te brengen wat de voor- en nadelen zijn voor de cliënt. Het uiteindelijke doel is dat de cliënt meer hulp en ondersteuning krijgt op het gebied van zelfmanagement tijdens de maaltijd, waardoor de eigenwaarde en eigen regie toenemen. Dit zal bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

5. Aanbevelingen

Vanuit het literatuur –en praktijkonderzoek zijn er aanbevelingen opgesteld voor de opdrachtgevers en voor de zorgverleners. Deze zijn hieronder per discipline weergegeven.

Ergotherapie

- Het is van belang dat het observatieformulier gebruikt gaat worden door de zorg. Vanuit de ergotherapie is het belangrijk dat er regelmatig een controle/check plaatsvindt door communicatie tussen ergotherapie en zorg.
- Het is belangrijk dat de zorgverlener met vragen terecht kan bij de ergotherapeut over het observatieformulier. Tevens is het van belang dat ze ook met vragen terecht kunnen over omgeving, structuur en andere problemen tijdens de maaltijd.

Zorgverleners

- Het is belangrijk dat de zorgverlener voor een rustige omgeving zorgt en zich houdt aan vaste structuren:
 - Rustige zachte muziek op de afdeling/complete stilte
 - Helder licht
 - De juiste, aansluitende ondersteuning vanuit het verzorgend personeel, personeel zit bij de bewoners aan tafel
 - Rustige uitstraling en geduldige houding van het verzorgend personeel, er is geen verstoring door bezoek of andere hulpverleners
 - Goede communicatie over gelijke benadering en ondersteuning van het verzorgend personeel
 - De maaltijd begint gezamenlijk met een vaste tafelschikking
 - De tafel is gedekt volgens de regels/gewenning en wordt niet eerder gedekt dan een half uur van te voren
 - structuur in de tijden van de eetmomenten
- De cliënten waar mogelijk is de tafel zelf laten dekken en eventueel ondersteunen waar nodig is. Vervolgens al het eten op tafel zetten(brood en warme maaltijd) waardoor de cliënt zelfstandig keuzes kan maken en zelf kan opscheppen en/of de benodigdheden kan pakken.
- Voor het uitvoeren van het observatieformulier is het belangrijk dat de zorgverlener minimaal de eerste twee dagen van opname observeert met een maximaal van drie dagen
- Wanneer een cliënt geen 100% zelfstandigheid heeft gescoord op het formulier en dit te maken heeft met dementie of een andere permanente beperking, dus bijvoorbeeld niet een gebroken arm, dan een verwijzing doorsturen naar de arts voor de ergotherapeut.
- Als criterium voor het observatieformulier hanteren we het volgende: De cliënt kan op eigen wijze de taak zelfstandig uitvoeren naargelang wat de cliënt of cliëntsysteem belangrijk vindt .

6. Discussie

In de discussie zal worden verantwoord waarom de uitkomsten uit dit onderzoek innovatief zijn en kwaliteit van zorg geven in relatie tot Thebe als organisatie. Daarnaast zullen de kanttekeningen die bij dit onderzoek zijn geplaatst worden besproken.

6.1 Verantwoording

Het observatieformulier en de verdere resultaten uit het onderzoek zijn innovatief voor de afdeling ergotherapie. Er is onderzoek gedaan naar nieuwe en innovatieve ideeën op afdeling Cycloam. Het observatieformulier dat is gemaakt is nieuw, innovatief en wetenschappelijk onderbouwt vanuit de PRPP en deskundige op het gebied van de PRPP, de heer Klopper. Verder is er meer onderzoek gedaan naar andere factoren die invloed hebben op het zelfmanagement tijdens de maaltijd en deze zijn wetenschappelijk onderbouwt. Verder zijn er kansen en belemmeringen in kaart gebracht van de resultaten, waaronder de observatielijst en de verwijzingen naar de ergotherapie die daaruit voortvloeien. Het verzorgend personeel heeft handvatten aangeboden gekregen om door middel van observatie gericht en sneller te verwijzen naar de ergotherapeuten. De ergotherapeuten kunnen hierdoor gericht hulp en ondersteuning bieden aan de dementerende cliënt op het gebied van zelfmanagement tijdens het eten waardoor het uiteindelijke doel wordt behaald; de cliënt kan zo lang mogelijk zelfstandig handelingen uitvoeren op het gebied van eten. De kwaliteit van zorg zal door de gerichtere ondersteuning vanuit de ergotherapie verbeteren.

6.2 Kanttekeningen

Bij dit onderzoek zijn er ook een aantal kanttekeningen.

Ten eerste is er een kanttekening te zetten bij het aantal cliënten die zijn geobserveerd. Er zijn enkel zes cliënten geobserveerd waarbij de meeste cliënten een hoge mate van zelfmanagement hadden. Het was hierdoor lastig in kaart te brengen hoe het verzorgend personeel zou handelen in een situatie waarbij de cliënten wel veel ondersteuning nodig hebben. Er was geen mogelijkheid tijdens de scriptieperiode dit in kaart te brengen, omdat er op dat moment geen cliënten waren met een lage mate van zelfmanagement.

Het onderzoek heeft enkel plaatsgevonden op één afdeling in één woonkamer binnen de organisatie Thebe. Daarnaast heeft het onderzoek plaatsgevonden op een observatie PG afdeling waardoor het resultaat niet onderbouwt gebruikt kan worden op een reguliere PG afdeling.

Er hebben maar 2 interviews plaatsgevonden. Dit heeft als reden dat er geen mogelijkheid was op de afdeling er meer uit te voeren. De interviews zijn afgenomen bij twee ervaren zorgverleners die beide gebaad zijn bij een hoge zelfmanagement van de cliënt. Echter zijn er verschillende manieren in aanpak van de zorgverlener die dus niet geheel in beeld zijn gebracht. Daarnaast is het moeilijk te zeggen wat de gehele afdeling van het resultaat van het observatieformulier vindt en hoe zij erin staan deze te gebruiken.

7. Literatuurlijst

- Allen-Burge, R., Stevens, A.B. & Burgio, L.D. (1999). Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behavior in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(3), 213-28.
- Bagnasco, A., Watson, R., Zanini, M., Rosa, F., Rocco, G. & Sasso, L. (2015). Preliminary testing using Mokken scaling of an Italian translation of the Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED-I) scale. *Applied Nursing Research*, 28(4), 391-396.
- Benigas, J.E. & Bourgeois, M. (2016). Using Spaced Retrieval With External Aids to Improve Use of Compensatory Strategies During Eating for Persons With Dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25(1), 321-334.
- Bergland, A., Johansen, H. & Sellevold, G.S. (2015). A qualitative study of professional caregivers' perceptions of processes contributing to mealtime agitation in persons with dementia in nursing home wards and strategies to attain calmness. *Nursing Open*, 2(3), 119-129.
- Chang, C.C. & Madigan, E.A. (2005). The effect of a feeding skills training program for nursing assistants who feed dementia patients in Taiwanese nursing homes. *Geriatric Nursing*, 27(4), 229-37.
- Chapparo, C. & Ranka, J. (2012). The Perceive, Recall, Plan & Perform System assessment course manual.
- Cleary, S., Hopper, T., Forseth, M. & Van Soest, D. (2008). Using routine seating plans to improve mealtimes for residents with dementia. *Canadian Nursing Home*, 19(3), 4-5.
- Dees-Wessels, F. (2001). Een introductie op het PRPP-systeem. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*, 29(4), 130-132.
- Ensing, M., Hokken, L., Petersen, K., Kinébanian, A. & Thomas, C. (1999). Handleiding Observatie Wil-Subsysteem(HOW). *Hogeschool van Amsterdam*.
- Gilmore-Bykoyski, A. & Rogus-Pulia, N. (2018). Temporal Associations between Caregiving Approach, Behavioral Symptoms and Observable Indicators of Aspiration in Nursing Home Residents with Dementia. *The journal of nutrition, health and aging*, 22(3), 400-406.
- Graff, M., Melick, M. van, Thijssen, M., Verstraten, P. & Zajec, J. (2010). *Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I. & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut*. Amsterdam: Boom-Lemma.
- Hicks-Moore, S.L. (2005). Relaxing Music at mealtime in nursing homes. *Journal of gerontological nursing*, 31(12), 26-32.
- Kenniskring Transitie in Zorg (2009). *Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie*[richtlijn voor verzorgenden niveau 3 in verpleeg- en verzorgingshuizen].

Kielhofner, G.(1995). *The Model of Human Occupation, Theory and Application*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Kuehlmeier, K., Schuler, A.F., Kolb, C., Borasio, G.D. & Jox, R.J. (2015). Evaluating Nonverbal Behavior of Individuals with Dementia During Feeding: A Survey of the Nursing Staff in Residential Care Homes for Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2544-2549.

Liu, W., Galik, E., Boltz, M., Nahm, E.S. & Resnick, B. (2015). Optimizing Eating Performance for Older Adults With Dementia Living in Long-term Care: A Systematic Review. *Sigma Theta Tau International*, 12(4), 228–235.

Nieuwboer, M. (2008). *Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie* [Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden]. ZON-MW.

Reisberg, B.(1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(1), 1136-1139.

Satink, T. & Cup, E. (2014). Dé aspecten van zelfmanagement. *Ergotherapie Magazine*, 14(2), 14-18.

Stockdell, R. & Elaine, J. (2008). The Edinburgh feeding evaluation in dementia scale. *American Journal of Nursing*, 108(8), 46-54.

Verbraeck, B. & Plaats, A. van der (2012). *De wondere wereld van dementie*. Houten: Springer Media.

Verhoef, J. & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties Ergotherapie*. Amsterdam: Boom-Lemma.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C. & Rosendal, H. (2015). *Zorg basics, praktijk gericht onderzoek*. Amsterdam: Boom-Lemma.

Whear, R. (2014). Effectiveness of Mealtime Interventions on Behavior Symptoms of People With Dementia Living in Care Homes: A Systematic Review. *The journal of post-acute and long-term care medicine*, 15(3), 185-193.

Websites

ABCs-methode (n.d.). Geraadpleegd op 25 februari 2018, van <http://www.vankleefinstituut.nl/wp-content/uploads/2015/11/ABCs-methode.pdf>

Actiz. (2014). Zelfredzaamheid: hoe pakt u het aan? Geraadpleegd van <http://www.zorgvoorbeter.nl>

Groenewoud, J.H., Lange, J. de & Bosch, H.J.H. (2009). *Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie*. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/afweergedragrichtlijn20091.pdf>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016). Werknemers in zorg ervaren hoge werkdruk. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/46/werknemers-in-zorg-ervaren-hoge-werkdruk>

Bijlages

Bijlage 1 ACLS

Allen Cognitive Levels and Modes of Performance and Level of Care

Level 6: Normaal functioneren (afwezigheid van cognitief-functionele beperking).

De persoon heeft de capaciteit is in staat ongecontroleerd aandacht te schenken aan meervoudige cues en abstracte concepten. Hieraan is de intacte bekwaamheid gekoppeld om externe afleidingen en automatische reacties, die irrelevant zijn in de huidige omstandigheden, weg te filteren. Relevante informatie uit alle geheugenopslagplaatsen kunnen geactiveerd worden of teruggehaald worden naar het werkgeheugen om er bewust over na te denken en om doelgericht te gebruiken (executieve controle). Hierdoor kunnen complexe activiteiten nauwkeurig en veilig uitgevoerd worden. De persoon is vaardig in IADL en in het leren van nieuwe activiteiten. Er wordt geanticipeerd op problemen, fouten worden vermeden en gevolgen van acties worden in beschouwing genomen. Er wordt rekening gehouden met de behoeften van anderen via subtiele, abstracte, non-verbale en verbale cues. De persoon kan zijn eigen gedrag controleren en richten.

Level 5: Lichte cognitief-functionele beperkingen; lichte gebreken in het werkgeheugen en executieve gedachtenprocessen.

De persoon ondervindt problemen bij het verwerken van complexe informatie. Problemen kunnen waargenomen worden bij recent geheugen, beoordeling, redeneren en vooruitplannen. Kleine problemen kunnen voorkomen tijdens conversaties. Lichte beperkingen in het werkgeheugen en executieve functies samen met beperkingen in de capaciteit om vereiste informatie zelf te activeren, beperken of vertragen de prestatie bij complexe en nieuwe taken en beperken de capaciteit om “het geheel” te zien. Er zijn moeilijkheden met verdeelde aandacht voor meervoudige cues of abstracte concepten of beide. Aangezien het vermogen om automatische reacties te onderdrukken vertraagd is, kan de persoon impulsief zijn. Hij kan problemen hebben om de gevolgen in te schatten voordat hij iets doet. Er kunnen zich moeilijkheden voordoen bij instrumentele dagelijkse activiteiten waaronder financiën beheren, een job uitvoeren, rijden, winkelen, eten klaarmaken of een complex medicatieschema volgen. Concrete of basale dagelijkse activiteiten zoals zich aankleden, zijn uiterlijk verzorgen en baden worden gewoon gedaan zoals anders. Eenmalige activiteiten moeten misschien gebeuren onder toezicht of moeten misschien beperkt worden om veiligheidsrisico's te verminderen. Egoïstisch gedrag of problemen om rekening te houden met de behoeften van anderen kunnen voorkomen, omdat de persoon het grote geheel mist. De mogelijkheid om beroep te doen op ondersteuning en hulp bij IADL kunnen nodig zijn om alleen te kunnen wonen.

Level 4,5: Lichte tot matige cognitief-functionele beperkingen; significante gebreken in het werkgeheugen en executieve gedachtenprocessen; moeilijkheden met verdeelde aandacht, problemen oplossen en gevolgen voorzien.

Beperkingen in het werkgeheugen en executieve functies zijn duidelijk en de persoon is grotendeels afhankelijk van de activering van ingestelde lange termijn-herinneringen die uit herkenningscues gehaald wordt. Executieve functies waaronder beoordeling, redeneren en vooruitplannen zijn duidelijk beperkt. Ook het verplaatsen van de aandacht en het aanpassen van het handelen ('shift') bij verschillende stimuli zijn moeilijk. Beperkingen in het werkgeheugen komen te voorschijn bij problemen om irrelevante cues en automatische reacties te vermijden; de persoon is zeer gemakkelijk af te leiden. Daardoor worden complexe taken inconsistent, moeilijk of fout uitgevoerd. Bij IADL heeft de persoon het moeilijk om met de details om te gaan. Basis ADL kan ook achteruitgaan. Er ontstaan problemen om de nodige taken zelf te starten en een dagelijkse routine te

behouden. Zelf-geactiveerde gedachten worden beïnvloed door deze aandachtsgebreken; dit leidt o.m. tot problemen met taakinitiatie, apathie, egoïstisch gedrag of de onbekwaamheid om de reikwijdte van zijn eigen beperkingen te begrijpen. Alleen wonen levert significante risico's op m.b.t. het bereiden van maaltijden, medicijnen en financiën. Rijden is moeilijk, omdat de aandacht niet kan verdeeld worden over omgevingscues. Nieuwe activiteiten of procedures leren en gezond verstand gebruiken zijn inconsistent en het veiligheidsbewustzijn is beperkt. Occasionele activiteiten moeten gecontroleerd, beperkt of verminderd worden om de veiligheid te garanderen. De persoon kan al dan niet in staat zijn om noodsituaties te herkennen of om erop in te spelen. Frequentie ondersteuning en hulp met alle IADL is nodig om alleen te kunnen leven, bij voorkeur in geassisteerde woonvormen. Dagprogramma's en gestructureerde routineactiviteiten helpen om het functioneren te stimuleren en te onderhouden.

Level 4: Matige cognitief-functionele beperkingen; abstracte tot concrete gedachtenprocessen.

Beperkingen in het werkgeheugen en executieve functie zijn duidelijk en manifesteren zich in de onbekwaamheid om irrelevante cues en automatische reacties te vermijden. Conversatie kan kort en concreet en/of inhoudelijk steeds hetzelfde zijn. De persoon gebruikt wat hij in de omgeving ziet als cues om iets te doen. Dit is een voordeel, als taken gewoon en vertrouwd zijn en als de juiste voorzieningen goed zichtbaar zijn. Maar als taken te veel interpretatie vereisen, nieuw zijn of er zaken uitgezocht moeten worden, loopt de handeling verkeerd. Beslissingen zijn namelijk gebaseerd op oppervlakkige, visuele en beperkte informatie. Complexe taken en alle IADL moeten door anderen uitgevoerd worden. Vertrouwde, concrete taken zoals zich aankleden, uiterlijk verzorgen en baden kan de persoon zich herinneren, maar de kwaliteit van de handeling vertoont dikwijls een achteruitgang. Hulp is nodig met de abstractere delen van ADL zoals plannen of zich herinneren wanneer er iets moet gebeuren, zaken kiezen en het handelen monitoren om – indien nodig – hulp te kunnen vragen. Taakvoorzieningen moeten uitgesteld worden door de zorgverlener; subtiele aanwijzing en controle om de gewenste resultaten te bereiken, kan nodig zijn. De persoon functioneert het best bij vereenvoudigde taken en vaste routine. Dagprogramma's en gestructureerde, routineactiviteit helpen het functioneren te stimuleren en te behouden. Het kan zijn dat de persoon noodsituaties niet herkent of er niet op kan reageren. Bovendien is het niet veilig alleen te leven. Alle risicovolle activiteiten moeten onder toezicht gebeuren of beperkt worden. 24-uur toezicht is aanbevolen om de veiligheid te garanderen.

Level 3,5: Matige cognitief-functionele beperkingen; een toename van cues nodig om taak te beëindigen.

Tussen niveaus 4 en 3 verliest de persoon bewustzijn van doeleinden en de bedoelde resultaten van activiteiten. Doelgerichte acties blijken grotendeels beperkt tot tastexploratie van de soorten concrete effecten die eigen acties (matige procedurele vaardigheden) op de omgeving hebben. Deze acties zijn noch gepland noch doelgericht, maar worden typisch herhaald om te zien dat ze tot gelijkaardige resultaten leiden. Persevererende en apractische acties zijn zodoende normaal, maar de niet-voelbare onderdelen van de taak worden genegeerd. De persoon kan zich nog bewust zijn van concrete taakstadia, maar heeft meer stimulatie en cues nodig om zelfs eenvoudige taken af te werken. Bij activiteiten is er veel hulp van de zorgverlener nodig. Vertrouwde taken vereisen meestal de opstelling van voorzieningen en aanwijzingen tijdens de prestatie om de verschillende 16 deeltappen af te werken en de gewenste resultaten te bereiken. Taakvoorwerpen moeten misschien aangegeven worden om de persoon van start te laten gaan (voorziening van procedurele herkenningcues). Demonstratie kan nodig zijn, opdat de persoon de gewenste bewegingen zou uitvoeren. Resultaten moeten gecontroleerd worden en subtiel gecorrigeerd of beëindigd worden door de zorgverlener. Alle complexe taken moeten door anderen gedaan worden. Alle risicovolle activiteiten moeten beperkt worden of onder toezicht gebeuren. De persoon is zeer afhankelijk en kan niet alleen leven. Wegens het gebrek aan bewustzijn van gevaar is het risicovol om de persoon alleen te laten. De woordenschat is vaak beperkt en de spraak is vaak niet gefocust. De aandachtsspan is beperkt en 24-uur toezicht is vereist om de veiligheid te garanderen. Herhaalde

objectactiviteit en grofmotorische programma's, ADL, zintuiglijke stimulatie en valpreventie zijn hier nodig.

Level 3: Matige tot ernstige cognitief-functionele beperkingen; een toename van cues nodig tijdens de taak.

Er is nog steeds interesse in het aanraken en gebruiken van voorwerpen, maar de persoon is zich meestal niet bewust van taakdoeleinden of resultaten. Dit resulteert in een prestatie die gefragmenteerd is en de noodzaak van hulp om taken te beginnen, elkaar te laten opvolgen en te beëindigen. Bij activiteiten is veel hulp van de zorgverlener nodig. Alle ADL-taken vereisen hulp. Zorgverleners zijn nodig om aanwijzingen te geven tijdens taken met beperkte voorzieningen die gekozen en opgesteld worden vóór de persoon. Verbale richtlijnen zijn moeilijk te volgen en aanwijzingen die kort en actiegericht zijn, werken het best ("doe het T-shirt aan", "poets je tanden nu"). Taakvoorwerpen moeten aangegeven worden om de persoon van start te laten gaan en demonstratie kan nodig zijn om de gewenste bewegingen te laten uitvoeren. De bekwaamheid om voorwerpen daadwerkelijk te gebruiken is vaak miniem of inconsistent; zorgverleners kunnen het gemakkelijker vinden om dingen voor of bij de persoon te doen. Een eenvoudige routine volgen om voorzieningen te verzamelen en om de zorgtaak uit te voeren, is aanbevolen. Zorgverlening weigeren is niet abnormaal, omdat de persoon verward kan raken door verbale aanwijzingen, aanrakingen of beperking van zijn beweging. Doeltreffende comfort-verzorging routines waarbij de persoon een aantal voorwerpen kan aanraken en gebruiken, worden aanbevolen. Conversatie kan kort en oppervlakkig zijn. De inhoud kan wartaal zijn of niet relevant in de situatie. 24-uur toezicht is vereist. Repetitieve activiteiten met voorwerpen en grof motorische programma's, ADL, eten geven, zintuiglijke stimulatie en valpreventie zijn hier nodig.

Level 2: Ernstige cognitief-functionele beperkingen; weinig gebruik van vertrouwde voorwerpen.

Aandacht is gericht op interne cues (bijv. proprioceptie) die uitgelokt worden door de eigen vertrouwde lichaamsbewegingen. Gedragsacties zijn beperkt tot spontane en geïmiteerde grof motorische acties. Procedurele geheugencapaciteiten zijn ernstig beperkt. De persoon is zeer apractisch, heeft agnosie en besteedt weinig aandacht aan voorwerpen. Aangezien de voorwerpen niet meer als herkenningscues dienen, is de persoon niet in staat de meeste voorwerpen te gebruiken. Aandacht is gericht op beweging, aanraking en geluid; en op dingen die in direct contact komen met het lichaam (washandje, kleding, aanraken). De persoon heeft volledige verzorging door anderen nodig, maar kan meewerken door een arm omhoog te houden voor een mouw of een lepel of vingers gebruiken om eten te nemen. Opdrachten die verband houden met beweging zoals zitten of staan, kunnen soms opgevolgd worden, maar herhaling, meer tijd of modellering van de beweging kan nodig zijn. Aangezien de persoon weinig begrijpt van wat er gebeurt, is het belangrijk dat de zorgverlener zo efficiënt mogelijk werkt. Een eenvoudige routine om voorzieningen te verzamelen en de zorgtaken te doorlopen, is aanbevolen. Zorgverlening weigeren is niet ongewoon, omdat de persoon verward kan raken door verbale aanwijzingen, aanrakingen of beperking van zijn bewegingen. Rondlopen lijkt vaak doelloos te zijn en de persoon begint moeilijkheden te ondervinden met zijn evenwicht, als hij wandelt. Grof motorische programma's, ADL, positionering, eten geven, valpreventie en zintuiglijke stimulatie zijn nodig hier. Spraak kan infrequent, gefragmenteerd of verward zijn en kan onlogisch zijn. 24-uur toezicht is vereist.

Level 1: Ernstige cognitief-functionele beperkingen.

Op level 1 reageert de persoon minimaal op zijn omgeving. Aandacht is beperkt tot subliminale cues zoals pijn, honger, smaak en reuk. Aandacht blijkt zich kort te richten op beweging en geluid in de omgeving en op dingen die in direct contact komen met het lichaam (washandje, kleding, aanraking). Er is weinig zinvolle actie. Beweging is grotendeels automatisch en reflexief en gebeurt vaak als reactie op ongemak. Basis bekwaamheden zoals wandelen en eten zijn zeer beperkt. Spraak is infrequent en bestaat uit herhaling van woorden of lettergrepen. Zorgverlening weigeren kan gebeuren, waarschijnlijk omdat de persoon geschrokken is of reageert op ongemak. De persoon

heeft intensieve verpleging nodig. Bij een progressieve ziekte zijn de beslissingen over zorgverlening gebaseerd op het comfort of het ongemak van de persoon. Verblijf in verpleeghuizen ondersteunen de persoon en zijn familie. Zintuiglijke stimulatie, positionering, voedingsprogramma's en comfortzorg zijn hier nodig.

Bijlage 2 databases

Pubmed

Pubmed	
Engels	Zoekresultaten
dementia AND self-management	543
dementia AND self-management AND nursing home	114
dementia AND self-management AND measuring	6
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring	112
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND self-management	121
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring eating	6
(Dementia OR cognitively impaired) AND eating independently	30
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating independently	9
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating ability	25
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND PRPP	3
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating AND caregivers	38

[Search](#) or [Add to history](#)

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#11	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating AND caregivers	39	06:09:03
#10	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND PRPP Schema: all	0	06:08:50
#9	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND PRPP	0	06:08:47
#8	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating ability	25	06:08:36
#7	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating independently	9	06:08:26
#6	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND eating independently	30	06:08:15
#5	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring eating	6	06:08:08
#4	Add	Search (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring	115	06:07:44
#3	Add	Search dementia AND self-management AND measuring	6	06:07:32
#2	Add	Search dementia AND self-management AND nursing home	115	06:07:24
#1	Add	Search dementia AND self-management	553	06:07:14

Cinahl & MEDLINE

Cinahl & MEDLINE		
Engels	Zoekresultaten	
	CINAHL	MEDLINE
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND self-management	2	0
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring	13	11
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring self-management	0	0
(Dementia OR cognitively impaired) AND measuring	109	255
(Dementia OR cognitively impaired) AND self-management	16	24
(nursing home OR special care units) AND measuring	68	75
(Dementia OR cognitively impaired) AND measuring	6	8
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating	25	10
(Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating ability	0	1
(Dementia OR cognitively impaired) AND eating ability	3	3

Zoek-ID	Zoektermen	Zoekopties	Handelingen
S15	 (Dementia OR cognitively impaired) AND eating ability	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (6)  Details weergeven  Bewerken
S14	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating ability	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (1)  Details weergeven  Bewerken
S13	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) measuring	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - SmartText-zoeken	 Resultaten weergeven (2,340)  Details weergeven  Bewerken
S12	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) measuring	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (0)  Details weergeven  Bewerken
S11	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND eating	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (38)  Details weergeven  Bewerken
S10	 (Dementia OR cognitively impaired) AND measuring eating	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - SmartText-zoeken	 Resultaten weergeven (1,982)  Details weergeven  Bewerken
S9	 (Dementia OR cognitively impaired) AND measuring eating	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (0)  Details weergeven  Bewerken
S8	 (Dementia OR cognitively impaired) AND measuring	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (371)  Details weergeven  Bewerken
S7	 (nursing home OR special care units) AND measuring	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (146)  Details weergeven  Bewerken
S6	 (Dementia OR cognitively impaired) AND self-management	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (44)  Details weergeven  Bewerken

		Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Bewerken
S5	 (Dementia OR cognitively impaired) AND measuring	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (371)  Details weergeven  Bewerken
S4	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring self-management	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - SmartText-zoeken	 Resultaten weergeven (2,592)  Details weergeven  Bewerken
S3	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring self-management	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (0)  Details weergeven  Bewerken
S2	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND measuring	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (25)  Details weergeven  Bewerken
S1	 (Dementia OR cognitively impaired) AND (nursing home OR special care units) AND self-management	Beperkingen - Volledige tekst Zoekmodi - Booleaans/Zin	 Resultaten weergeven (2)  Details weergeven  Bewerken

Bijlage 3 basishouding

Basishouding in de benadering van ouderen:

- Spreek ouderen op een volwassen manier aan
- Haast ouderen nooit
- Toon respect voor de persoonlijke biografie
- Tutoyeer ouderen niet ongevraagd en spreek ze niet met de voornaam aan
- Neem de privacy in acht - Praat niet óver de persoon, maar mét de persoon
- Laat zoveel mogelijk de keuze aan de persoon en geef het gevoel van controle
- Maak niet onnodig afhankelijk; stem af over de haalbare en wenselijke mate van zelfredzaamheid
- Ga niet uit van onvermogen tot intellectueel functioneren
- Spreek ouderen aan op hun mogelijkheden en niet hun beperkingen
- Geef uitleg over wat je gaat doen en vraag om medewerking
- Ga na of er beperkingen zijn in het horen, spreken en zien en pas jezelf of de omgeving daarop aan door goed licht, minder randgeluiden, oogcontact maken, duidelijk praten, eerst aandacht vragen alvorens te gaan praten.

(Melick et al., 1998)

Bijlage 4 Conclusie literatuurstudie

Studie	Observatiemethodes		Uitkomstmaten	Effect
	Ergotherapie	Zorg		
<u>Ensing et. Al. (1999)</u>	PRPP, HOW		• Verstoringen in het handelen door cognitieve problematiek • algemeen	+ -
<u>Dees-Wessels (2001)</u>	PRPP		• Cognitieve problematiek • Betekenisvolle activiteiten • Niet specifiek	0 + --
<u>Chapparo & Ranka (2006)</u>	PRPP		• Cliëntgerichte benaderingswijze • Valide en betrouwbaar	+ ++
<u>Graff et. Al. (2006)</u>	HOW		• Geschikt voor doelgroep dementie • Cliënten die niet mondeling of schriftelijk verslag kunnen leggen	+ +
<u>Chang & Madigan (2005)</u>		Observatielijsten	• kennis bij personeel • communicatie cliënt<>zorg • eetgedrag	+ ++ 0
<u>Stockdell & Elaine (2008)</u>		EDFED	• zorgplan • dementie niveau 4>	+ --

Tabel 4 observatiemethodes

Studie	Omgevingsfactoren	Uitkomstmaten	Effect
<u>Cleary (2008)</u>	Vaste zitplaatsen	• eetbeleving • hoeveelheid eten	+ +
<u>Brush Et. Al. (2002)</u>	<u>Vaste zitplaatsen</u> <u>Helder licht</u>	• Hulp tijdens de maaltijd • zelfstandigheid	- +
<u>Hicks-Moore, S (2005)</u>	Rustige muziek	• Onrust	+
<u>Liu Et. Al. (2015)</u>	Rustige uitstraling personeel	• Onrust • Irritaties	+ -
<u>Bergland Et. Al. (2015)</u>	Kennis personeel	• Voorkeuren cliënt • Beperkingen cliënt • Planning vormen	0 + +
<u>Gilmore-Bykovsky (2018)</u>	Kennis personeel	• Slikproblematiek	+
<u>Kuehlmeier Et. Al. (2018)</u>	<u>Kennis personeel</u>	• <u>Observatie</u> • <u>Interpretatie personeel</u> • <u>Communicatie onderling</u>	- - +

Tabel 5 omgevingsfactoren

++ positief significant

+ positief geen significant effect

0 geen effect

--negatief significant

-negatief geen significant effect