

ESSAY

Dementie in theorie en praktijk



**Bianca Johns-Fikke
Christelijke Hogeschool Windesheim
MWD deeltijd 4a**

Mei 2008

Naam
Opleiding
Klas
Datum

Elianca Johns-Fikke
Christelijke Hogeschool Windesheim
MWD deeltijd 4a
8 mei 2008

Begeleidend docent
Beoordelend docent

J.M.D. Vrerink
P. Bredewold

Dementie in theorie en praktijk

in relatie tot het verpleeghuismaatschappelijk werk

Inhoudsopgave

	Paginanummer
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Probleem en doelstelling essay	
1.1. Waarom kies ik voor dit onderwerp?	6
1.2. Wat is het probleem precies?	6
1.3. Voor wie en waarom is dit een probleem?	6
1.4. Wanneer en waar doet zich dit probleem voor?	7
1.5. Hoe is het probleem ontstaan?	7
1.6. Doelstelling van literatuurstudie- en veldonderzoek	7
Hoofdstuk 2 Uitleg van dementie	9
2.1. Ter illustratie	9
2.2. Wat is dementie?	9
Hoofdstuk 3 Hoe ga je om met dementie?	11
3.1. Partners van dementerenden	12
3.2. Probleemgedrag	13
3.2.1. Agressie	13
3.2.2. Schreeuwen en gillen	14
3.2.3. Incontinentie	14
3.2.4. Dwalen en dolen	14
3.3. ABC model en R.O.T.	14
3.4. Benaderwijzen voor dementerenden	16
3.5. Wat is Validation?	17
Hoofdstuk 4 Kleinschalig wonen	19
4.1. Eerste indruk	19
4.2. Wat is kleinschalig wonen?	19
4.3. Mijn ervaring met dementerenden	20
4.3.1. Symposia "een nieuwe wind"	21
4.4. Kleinschaligheid en de wet	22
4.5. Autonomie en geborgenheid in de omgeving van de dementerende	23
4.6. Kleinschalig wonen doen of laten?	25
Hoofdstuk 5 Verpleeghuismaatschappelijk werk	27
5.1. Kerntaken binnen het verpleeghuis	27
Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen	29
6.1 Conclusie	29
6.2 Aanbevelingen	29
Literatuurlijst	33
Bijlagen	35-61

Inleiding

De bevolking vergrijst. Steeds meer mensen worden oud en nog meer mensen worden zeer oud. Bij een deel van deze ouderen treden verschijnselen van dementering op. Een deel van deze dementerenden wonen in verpleeghuizen. Zowel in de traditionele verpleeghuizen als de kleinschalige woonunits.

Om goed te kunnen werken heb je als maatschappelijk werker in een verpleeghuis meer nodig dan alleen de kerntaken die het maatschappelijk werk kent en de kennis over kwalitatief goede verzorging. Persoonlijke verzorging is uiteraard belangrijk, maar zeker niet het enige wat je als verpleeghuis moet bieden. Het juist bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners nodig dat je je verdiept in de belevingswereld van dementerende mensen.

Om dementerende ouderen te kunnen begrijpen, maar bovenal te begeleiden is het goed om te leren over dementie. Welke vormen zijn er, maar nog belangrijker hoe verloopt zo'n dementeringsproces?

Wat kunnen dementerenden en hun mantelzorgers van jou als maatschappelijk werker verwachten? Hoe kan het verpleeghuis kwalitatief goede verzorging bieden aan dementerende mensen, waarbij we rekening houden met hoe deze mensen hebben geleefd en met de karaktereigenschappen en persoonlijkheden voordat de dementie zijn intrede deed. Daarnaast is het goed te weten welke maatschappelijke ontwikkelingen t.o.v. dementie er zijn of nog komen. Ik doel op de komst van de kleinschalige units. Is dit de verandering waar we allemaal op hebben zitten wachten, of zitten hier ook haken en ogen aan? [Binnen welke woonvorm komt de dementerende mens het beste tot zijn of haar recht?

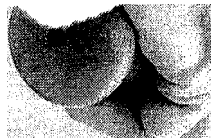
Doordat ik jaren heb gewerkt in een verpleeghuis in verschillende functies heb ik niet alleen de kant gezien vanuit management en directie, maar later vooral contact gehad met de werkvloer als maatschappelijk werker in opleiding. Vooral in deze laatst genoemde functie heb ik gezien hoe belangrijk het is om je te verdiepen in deze doelgroep vanaf het moment dat de diagnose is gesteld en er een indicatie is verkregen voor langdurig verblijf. Het belang van een kennismakinggesprek, een rondleiding, een levensloopgesprek. De begeleiding voorafgaand en tijdens de opname verkleint de kans op een van de vier gedragsproblemen welke je tegenkomt op een psychogeriatrische afdeling en waar je verderop in dit essay meer over kunt lezen.

Door de theorie aan de praktijk te koppelen hoop ik door middel van dit essay meer aandacht te krijgen voor het welbevinden en de bejegening van de dementerende ouderen. Maar ook het voorkomen van passiviteit. Het aanbieden van gedoseerde prikkels kan dementie enigszins vertragen, helaas niet tegengaan. De interventies van de maatschappelijk werker kunnen hierin een grote rol spelen. Juist omdat het maatschappelijk werk de mens tot zijn recht wil laten komen in onze samenleving. Zij kunnen mede zorgdragen voor een goede wisselwerking tussen cliënt en diens omgeving. In een verpleeghuis op een gesloten afdeling is deze omgeving al zeer beperkt. Dementie is niet onomkeerbaar, maar zeker ook niet een vrijbrief om deze doelgroep hun burgerrechten te ontnemen zodra ze zijn opgenomen!?

Burgerrechten¹ zijn rechten die door nationale en internationale overheden (zoals de Verenigde Naties) gegarandeerd behoren te worden, en die de burgers van een bepaald land of gebied zekere garanties verschaffen.

Een voorbeeld is het recht op privacy. In veel landen zijn bepaalde burgerrechten als grondrechten verankerd in de grondwet.

Ook dementerenden hebben dus rechten, wensen en behoeften. Als maatschappelijk werker kun je hun belangen behartigen, pleit bezorgen en als schakel fungeren tussen afdeling, cliënt en mantelzorgers.



ui

Pm

¹ Bron: Wikipedia

1.1. Waarvoor kies ik voor dit onderwerp?

Werken met dementerende ouderen wordt overwegend gezien als een weloverwogen keuze. Het is namelijk niet de makkelijkste doelgroep. De een noemt het passie, de ander gedrevenheid. Je wilt daadwerkelijk iets kunnen betekenen voor deze kwetsbare doelgroep. Misschien zelfs een essentieel verschil maken. Maar hoe doe je dat als je weet dat het overgrote deel zelf niet meer in staat is te verwoorden wat zijn of haar wensen en behoeften zijn. Door middel van onderzoek en literatuurstudie krijg je kennis van de theorie, waarbij je als maatschappelijk werker het accent kunt leggen op de beleving en de omgeving van de dementerende. De drijfveer van veel hulpverleners en ook verpleeghuismaatschappelijk werkers in de psychogeriatrische hulpverlening is het doorgronden van de belevingswereld van dementerende mensen. Waarom gedragen zij zich zoals ze zich gedragen? Hoe ontstaat het probleemgedrag? En kunnen we dan spreken over een probleem? Maar bovenal wat kan ik doen, als maatschappelijk werker of hulpverlener om ze datgene te bieden waar ze recht op hebben en wat ze graag zouden willen?

1.2. Wat is het probleem precies?

Hoe kunnen we kwalitatief goede zorg en begeleiding bieden aan dementerende mensen in het verpleeghuis, waarbij we rekening houden met hoe deze mensen met de karaktereigenschappen en persoonlijkheden voordat de dementie zijn intrede deed. Moeten we de kwaliteit zoeken in de vernieuwing d.m.v. het bouwen van kleinschalige wooneenheden, waardoor de cliënt meer tot zijn recht komt? Is deze vernieuwing een vooruitgang in kwalitatief goede verzorging? Kortom doen we het nu goed, zoals we het doen met als speerpunten bejegening en omgeving en activiteit.

1.3. Voor wie en waarom is dit een probleem?

Het is een probleem voor maatschappelijk werkers en voor verpleeghuismaatschappelijk werkers in het bijzonder, omdat de HKZ normeringen², niet ingaat op belang van bejegening bij kwaliteitszorg en stem van dementerende persoon zelf.

Verpleeghuizen slagen er over het algemeen in om toch kwalitatief (redelijk) goede verzorging aan dementerende mensen te verlenen. Noem het intuïtie of noem het gezond verstand, maar dit zijn over het algemeen de gereedschappen waar alle hulpverleners binnen het verpleeghuis mee werken. De vraag blijft echter is dit voldoende? Wat is goed als je cliënt dementerend is?

De relatie burger en recht wordt gewaarborgd door de overheid. De kwaliteit door de HKZ normering. De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht instellingen om 'Verantwoorde zorg' te leveren. HKZ zorgt ervoor dat kwaliteit genormeerd en toetsbaar wordt. En stelt zorginstellingen daarmee in staat om hun aanbod voortdurend te verbeteren

Het doel van HKZ is harmonisatie van kwaliteitsbeoordeling in zorg en welzijn, opdat kwaliteit in de verschillende sectoren op dezelfde manier wordt beoordeeld. Optimale transparantie van kwaliteit kan bereikt worden door certificatie.

² Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg

HKZ ontwikkelt daar samen met de belanghebbende partijen de normen voor. Er zijn normenstelsels (certificatieschema's) ontwikkeld voor diverse sectoren in zorg en welzijn. Maar hoe zit het dan met het welbevinden?

Er zijn cliënttevredenheidsonderzoeken, keurmerksystemen waarbij o.a. de mantelzorgers voor de dementerende een vragenlijst kunnen invullen. Dit is subjectief en niet representatief voor de dementerende, immers zijn of haar familielid vult de lijst in naar eigen eer en geweten. De "stem" van de dementerende is net zo belangrijk. Door je te verdiepen in zijn of haar wereld voorafgaand aan de dementie, kom je erachter wat hij of zij belangrijk vond.

1.4. Wanneer, waar doet het probleem zich voor?

Het feit ligt er; onze bevolking vergrijsst. Bij een deel van deze ouderen treden dus verschijnselen van dementie op. Dementie is een niet te stoppen proces waarbij de dementerende zichzelf steeds meer verliest. In de omgeving van de dementerende wordt het als maar moeilijker voor hem of haar te zorgen.

Eigenlijk zou je kunnen stellen dat het probleem van beleving en omgeving binnen alle zorg voor dementerende personen zich afspeelt. Of deze personen nu nog thuis wonen dan wel binnen een intramurale setting voor verpleeghuiszorg.

1.5. Hoe is het probleem ontstaan?

Steeds meer mensen worden oud en steeds meer ouderen worden zeer oud waarbij de kans op dementie toeneemt.

Door individualisering en verzakelijking van de maatschappij zorgen kinderen niet meer voor hun ouderen, maar worden dementerenden vaak opgenomen in een verpleeghuis. Door werkdruk en te weinig formatie binnen het verpleeghuis maken we keuzes en vergeten soms de cliënt hierin.

1.6. Doelstelling van literatuurstudie en veldonderzoek

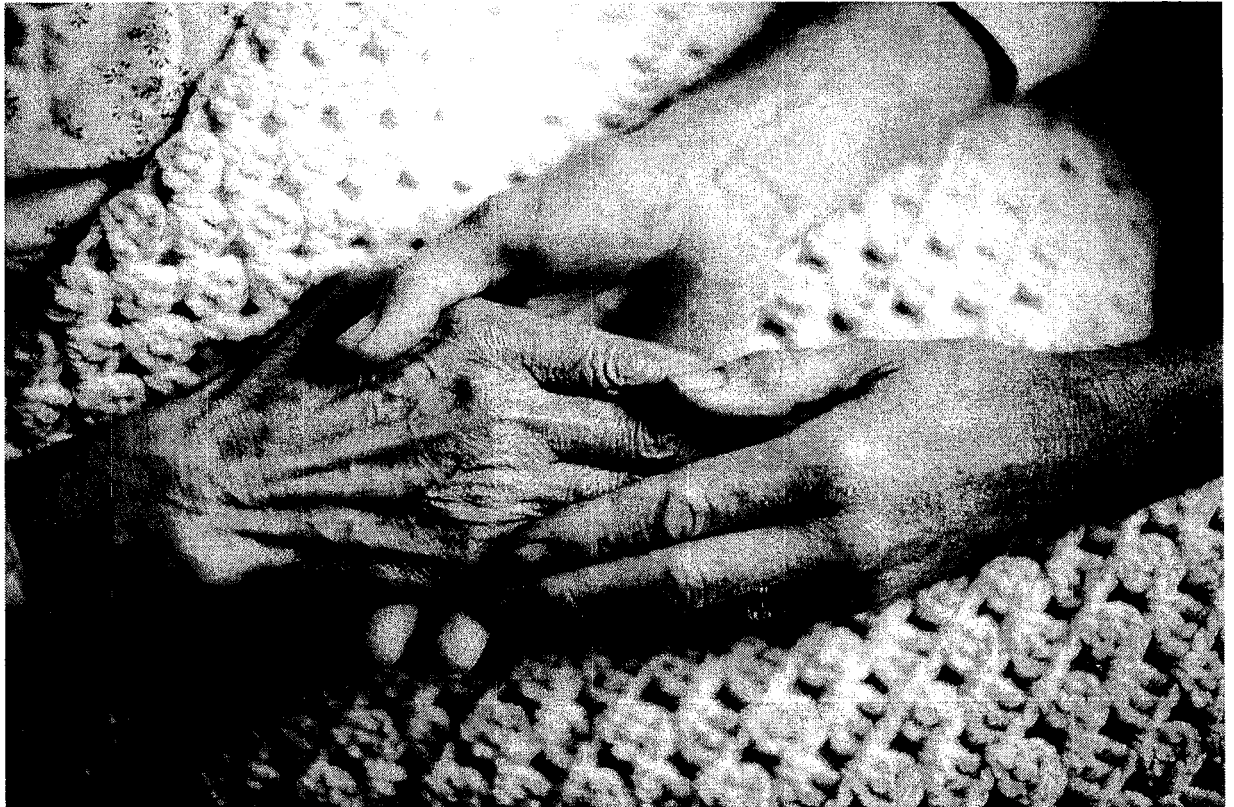
Door het vergaren van kennis en informatie over het dementieproces; de fases, vormen, gedragsproblemen kunnen wij als maatschappelijk werkers een beter inzicht krijgen en ons inleven in de wereld van dementie, om zo beter hulp te verlenen aan de dementerende en diens omgeving. Dit gegeven is tevens de missie van de maatschappelijk werker³. Deze spreekt over het bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger. Maatschappelijk werkers streven ernaar dat mensen zich in wisselwerking met hun sociale omgeving zo goed mogelijk kunnen ontplooiën (voor een dementerende kun je beter spreken over de term handhaven), naar hun eigen aard, behoeften en opvattingen en dat ze rekening houden met anderen met wie zij samenleven. Hoe kan het maatschappelijk werk dit in praktijk brengen binnen de psychogeriatrische zorg? Hoe verhoudt zich bovengenoemde missie bij dementerende ouderen?

Het is belangrijk dat de dementerende ook met de diagnose dementie tot hun recht komen, dat de autonomie en geborgenheid gewaarborgd blijft en dat vooral hun burgerrechten niet worden geschonden. Hiervoor is het nodig dat men ook naar de mens achter de ziekte te kijken. Wat voor persoon was hij of zij? Hoe zag zijn of haar leven eruit? Wat vonden ze belangrijk? Als er probleemgedrag ontstaat, dit analyseren en hier waardige oplossingen voor zoeken.

³ Bron; NVMW beroepsprofiel van de maatschappelijk werker

Door het onderzoeken van nieuwe woonvormen voor dementerenden dan het traditionele verpleeghuis kan ik aanbevelingen doen op beleidsniveau t.a.v. kleinschalig wonen.

Tevens kan ik d.m.v. dit essay andere hulpverleners in het verpleeghuis prikkelen om na te denken over kwalitatief goede zorg in de psychogeriatric en waar nodig methodieken ontwikkelingen in de omgang met dementerenden en hun dierbaren.



DEMENTIE IN THEORIE

Hoofdstuk 2 Uitleg en de oorzaken van dementie

2.1. Ter illustratie

Het lukt moeder niet meer zo best. Ze herhaalt veel en vraagt veel dingen elke keer opnieuw. Jarenlang kon ze zonder enige moeite koffie zetten, nu niet meer. De ene keer vergeet ze het koffiezetapparaat aan te zetten, een volgende keer vergeet ze het water er in te doen of weet ze niet meer hoeveel scheppen koffie erin moeten.

's Nachts is moeder vaak onrustig. Ze spookt door het huis. Ze ruikt naar urine omdat ze het toilet niet op tijd heeft kunnen vinden. Overdag dut ze urenlang en 's nachts heeft ze geen rust. Als je haar vraagt waarom ze niet in bed blijft, zegt ze dat ze naar huis moet, omdat haar ouders op haar wachten. Of dat vader dadelijk thuiskomt en warm eten moet hebben.

Vaak is ze iets kwijt. Vooral sleutels en geld. Ze is dan boos op iedereen omdat zij denkt dat iemand het kwijt heeft gemaakt. Na een paar dagen komt het weer tevoorschijn in een linnenkast of de koelkast of ergens weggestopt in een potje.

Er zijn tijden dat ze haar eigen kinderen niet herkent. Als je haar vraagt of ze kinderen heeft, zegt ze lachend geen één. Ze haalt dingen door elkaar. Als je als familie haar wilt corrigeren, wordt ze boos. Gelukkig is ze het even later weer vergeten. Af en toe is ze de weg kwijt. Meestal wordt ze thuisgebracht door burens of anderen. Een enkel keer wordt de politie ingeschakeld.

Uit bovenstaande blijkt dat moeder aan het dementeren is. Maar wat is nu eigenlijk dementie?

2.2. Wat is dementie?

Dementie wordt beschouwd als een ziekte van ouderdom. Weinig bekend is dat deze ziekte ook jongeren kan treffen. Dementie wordt in de volksmond ten onrecht aderverkalking genoemd. Het is een groep van ziekten met een vaste kern van verschijnselen.

We spreken over een groep van ziekten omdat er verschillende vormen zijn, met verschillende oorzaken, die echter wel gemeenschappelijke symptomen hebben.

Dementie is dus een verzamelnaam voor een groep aandoeningen met een gemeenschappelijk verschijnsel; het samen optreden van meerdere stoornissen in het cognitief functioneren.

Cognitieve functies zijn onder meer: het geheugen, het leervermogen, het taalgebruik, en het kunnen begrijpen en uitvoeren van complexe dagelijkse handelingen.

Ieder mens is anders, dus ook dementerenden en de verschijnselen die men constateert, zijn verschillend.

Dé dementerende mens bestaat niet. Ieder mens moet individueel benaderd worden. Doorgaans is dementie chronisch en progressief van karakter. Slechts in een klein aantal gevallen is sprake van een omkeerbare aandoening, mits deze tijdig wordt onderkend.

De benaming demient (Latijn: zonder geest) duidt op een stoornis in de hersenfuncties bij een dementiesyndroom, maar geeft onvoldoende weer wat de impact van dit ziektebeeld is.

Tijdens het ziekteproces zijn de gevolgen steeds beter zichtbaar vanuit alle aspecten van het bestaan: het lichamelijke, psychische en emotionele functioneren en het sociale leven. Het syndroom heeft steeds meer gevolgen. Eerst voor de persoon zelf, vervolgens zijn of haar naasten en later zal professionele hulp onvermijdelijk zijn. Gemiddeld lijden ruim 35.000 mensen⁴ aan een of andere vorm van dementie. Hoe ouder we worden, des te groter de kans op dementie toeneemt.

Een voorbeeld van het belang van leeftijd: dit jaar hebben naar schatting 5.700 Nederlanders van 65 tot 70 jaar dementie, tegen ruim 29.000 in de veel kleinere leeftijdsgroep van 90 jaar en ouder. Anders gezegd: dementie doet zich voor bij 1% a 2% van de mensen van 65 tot 70 jaar en bij rond de 40% procent van de 90 jarigen. Hoeveel jong dementerenden Nederland kent, is niet duidelijk. De gepubliceerde cijfers hierover lopen uiteen. Stichting Alzheimer denkt tussen de 0,1% en 0,5% van de 40 plussers en 65 jarigen. Dit zijn ongeveer 15.000 personen. Jaarlijks worden er ongeveer 500 personen opgenomen die nog geen 65 jaar oud zijn.

Waaruit blijkt nu dat een oudere aan het dementeren is? Welke belangrijke symptomen, oorzaken, fases en vormen kun je in het dementerende proces ontdekken? Voor een uitleg hiervan verwijs ik u naar de bijlage 1 tot en met 4.

Door kennis te nemen van de theorie kan je in de praktijk beter verzorgen en begeleiden. Waar het mij vooral om gaat in dit essay is het probleemgedrag en de bejegening, wat verderop beschreven staat. Maar bovenal de passiviteit die ik vaak zie op afdelingen. Is deze in kleinschalig wonen zoveel minder?

⁴ Bron: website Trimbos-instituut

DEMENTIE IN DE PRAKTIJK

Hoofdstuk 3 Hoe ga je om met dementie?⁵

Het aanbieden van contact, de mogelijkheid om over deze gevoelens te praten, is van grote waarde. Het is belangrijk om de oudere serieus te nemen en niet te reageren met opmerkingen als "het valt best wel mee", of "daar heeft iedereen wel eens last van", "dat hoort bij het ouder worden", of nog erger: "maak je geen zorgen, het komt allemaal wel weer goed".

Hoewel allemaal goed bedoelt, zul je de dementerende niet het gevoel geven dat hij of zij begrepen wordt. Hierdoor worden dementerenden nog meer gesloten en eenzamer. Meestal komen deze uitspraken voort uit onwetendheid. Je weet niet goed hoe je erop moet reageren. Je wilt de persoon oppeppen in plaats van alleen naar luisteren. Door begrip en medeleven voelt men dit ook. Een arm om iemand heen slaan kan al helpen. Dementie is geen taboe, maar iets waarover gesproken moet worden. Dementerenden worden doorgaans afhankelijk van anderen. Hierdoor vermindert hun gevoel voor eigenwaarde. Vaak willen we helpen, maar soms te goed door alles uit handen te nemen. Belangrijk is dat dementerenden zoveel mogelijk zelf nog kunnen doen, om het gevoel van eigenwaarde te bewaren. Respect voor iemands kunnen is van groot belang.

Een belangrijk is om de dementerende gedoseerd bezig te houden en er naar te streven dat er niet nog meer functies verloren gaan. Dit wil niet zeggen dat men ze moet overladen met activiteiten. Teveel mensen en activiteiten kunnen verwarrend werken. Hierdoor krijgt men onrust of zelfs paniek. Dus met mate aan de gang houden. Nieuwe ervaringen kunnen de oudere niet of slechts moeizaam onthouden. Hoe meer nieuwe dingen, hoe meer verwarring. Probeer dus zoveel mogelijk de omgeving van dementerenden herkenbaar te houden. Leg spullen steeds op diezelfde plaats. Verander het interieur niet te veel. Werk met een dagkalender en een duidelijk leesbare klok. Orde en regelmaat in de dagelijkse dingen dragen bij tot minder verwarring.

Dementerenden herinneren zich weinig van het heden, maar dikwijls wel van het verleden. Daarover wordt dan ook graag gepraat. Ouderen kunnen daar vaak boeiend over praten. Laat hen dat doen. Het is belangrijk voor hen. De verhalen zullen niet altijd kloppen, er zullen wel eens wat gaten vallen, die met andere verhalen worden opgevuld. Wanen en fantasieën, zijn moeilijke dingen om mee om te gaan. Ze bestrijden, ook al zie je dat er niets van klopt, heeft doorgaans weinig zin. Je hoeft niet helemaal mee te gaan in de denkbeelden, maar je moet wel aanvaarden dat de dementerende in een andere wereld leeft, die voor hem of haar net zo echt is als de onze. Een dementerende vrouw wil nog wel eens zeggen dat haar tas gestolen is, of dat er voortdurend vreemde mannen in haar huis binnendringen. Je kunt vragen stellen of informeren wat er dan precies is gebeurd. In plaats van tegenspreken of te zeggen dat het vertelde onzin is, kun je zeggen dat je zelf niets ziet, maar dat je begrijpt dat deze dingen haar beangstigen en dat je wel even bij haar wilt blijven tot ze weer gerustgesteld is.

⁵ Bron: tips en adviezen van Stichting Alzheimer

3.1. Partners van mensen met dementie

Ook voor de partners van dementerende is het meestal moeilijk te begrijpen en accepteren dat de ander zo verandert en eigenlijk niet meer dezelfde persoon is met wie je lief en leed hebt gedeeld. Het proces van aanvaardig van de ziekte loopt ook voor hen in fases:

- *Fase van ontkenning:* Zo erg is het niet. Ze is alleen in de war. Het gaat wel weer over, iedereen vergeet wel eens iets.
- *Periode van boosheid meestal gericht op de omgeving:* Er komt nooit eens bezoek. Jullie begrijpen haar niet. Waarom moet ons dit overkomen?
- *Een fase van verdriet:* Tranen en slapeloze nachten overheersen.
- *Aanvaardingsfase:* Hierin worden de feiten aanvaard. Er wordt gezocht naar manieren om er goed mee op te kunnen gaan.

De fases worden niet altijd volgens bovengenoemde volgorde beleefd. Soms staan ze naast elkaar, soms lopen ze door elkaar heen. Er vindt een verschuiving plaats in de rollen. Zo moet de echtgenoot het huishouden doen of moet de echtgenote de financiën op orde brengen. Iets wat altijd door de ander gedaan werd voor de dementie tot uiting kwam. De meeste mensen schamen zich voor de buitenwereld. Men wil de partner niet voor gek zetten. Men raakt geïsoleerd. Vrienden en kennissen laten het echtpaar links liggen, omdat ze niet kunnen omgaan met de situatie. Eenzaamheid speelt een rol. Om lang voor de dementerende te kunnen zorgen, is ontspanning en betrokken blijven bij de wereld om je heen belangrijk.

Voor kinderen van dementerenden verandert er van alles. Naast bovengenoemde gevoelens is het moeilijk te aanvaarden dat je moeder of vader niet meer ouder zijn, maar juist kind worden. Vooral op dochters wordt een groot appèl gedaan. Zij komen geregeld in de knel met hun eigen gezin en sociale leven. Schuldgevoelens liggen voor de hand. Ook hier geldt, neem tijd voor uzelf.

En binnen het verpleeghuis bestaat soms de mogelijkheid om deel te nemen aan gespreksgroepen. Maar tegenwoordig zijn er ook de Alzheimercafés. Hier ontmoet je lotgenoten. Je vertelt jouw ervaringen, luistert naar anderen, wisselt informatie uit, geeft tips of krijgt adviezen en je kunt er natuurlijk nieuwe vriendschappen opdoen. Praten met lotgenoten kan ontspannend zijn.

Het moment van opname komt vroeg of laat aan de orde. Het is erg belangrijk dat hier zorgvuldig mee wordt omgegaan. Zodra een dementerende een indicatie krijgt voor langdurig verblijf in een verpleeghuis, is het goed om er als partner, kind een kijkje te gaan nemen. Laat je rondleiden, maak kennis met hulpverleners binnen dit huis. Zo kun je worden rondgeleid door een opnamecoördinator, coördinator gastvrijheid of zelfs een maatschappelijk werker. Laat je informeren over het huis en de regels. Kijk of de sfeer aansluit bij de waarden en normen van de dementerende. Probeer een huis te zoeken, wat aansluit bij je eigen cultuur. Recentelijk onderzoek heeft uitgewezen dat dit laatste het langst bewaard blijft bij de dementerende.

En binnen de diagnose dementie heb je soms te maken met vier soorten van probleemgedrag in het volgende paragraaf gaan we hierop in.

3.2 Probleemgedrag en benaderwijzen

Nu zult u zich als lezer afvragen: "Wat heeft een maatschappelijk werker nou te maken met probleemgedrag van dementerenden"? Hiervoor schakel je toch de psycholoog in of een verpleeghuisarts?

Toch ligt dit n.i. iets genuanceerder. Je kunt namelijk als maatschappelijk werker veel voorwerk verrichten, waardoor er soms helemaal geen psycholoog of arts ingeschakeld hoeft te worden. Door als maatschappelijk werker het gedrag te analyseren en te leren begrijpen (het probleem te ontrafelen), kun je en/oor zorgdragen dat er een betere wisselwerking ontstaat tussen oudere en helpende, maar ook oudere en mantelzorgers. Maatschappelijk werkers kunnen d.m.v. huiskamergesprekken ingaan op de problemen van een afdeling. Voor de zwaardere dilemma's kunnen medewerkers terecht bij de ethische commissie (waar de maatschappelijk werker vaak als discipline inzit), die op hun beurt een moreel beraad kunnen houden op de afdeling. Maatschappelijk werkers kunnen d.m.v. groepsbijeenkomsten mantelzorgers informeren en adviseren. Of dit nu binnen of buiten het verpleeghuis gebeurt. Het is noodzakelijk binnen de ouderenzorg te laten zien dat verpleeghuismaatschappelijk een specialisatie is, waarbij je kennis van zaken hebt. Waar je in gedachten moet houden dat jij als zorgcoördinator van de cliënt kunt optreden. Dementerenden en hun mantelzorgers vinden het prettig als zij met een bekend gezicht alle voorkomende problemen kunnen bespreken. Je bouwt een vertrouwensband op. Je laat zien dat jij als geen ander de casemanager bent voor deze cliënt. Door je te verdiepen in het gedrag, kun je kennis nemen wat er speelt en eventueel waar nodig een andere hulpverlener inschakelen.

Zoals al benoemd kun je over het algemeen stellen dat er vier soorten van probleemgedrag op te merken zijn, waar je als maatschappelijk werker, hulpverlener, familielid of mantelzorger mee te maken kunt krijgen, wanneer je werkt met dementerenden.

1. Agressie
2. Schreeuwen en gillen
3. Incontinentie
4. Dolen en dwalen.

Onderstaand geef ik beknopt weer wat je kunt verwachten, voor uitgebreide details en de invloed van omgeving, preventie en omgang verwijs ik u naar bijlage 5 tot en met 8.

3.2.1. Agressie⁶

Agressie treedt op ten gevolge van een verslechterd geheugen en een afnemend vermogen verstandelijk te kunnen redeneren en de situatie te beoordelen. Agressie bij dementerende kun je niet alleen wijden aan het veranderen van de hersenen. Je moet altijd kijken wat er vooraf ging aan deze uiting van woede, b.v. door middel van een ABC gedragsanalyse⁷. Agressie treedt zelden op zonder reden.

⁶ Bron: G. Strokes: Probleemgedrag bij demente ouderen 1: Agressie

⁷ A= activerende gebeurtenis, B= betreffende gedrag en C= consequentie.

3.2.2. Schreeuwen en gillen

Omgaan met ouderen die vaak schreeuwen en gillen is een belasting. Om het te kunnen begrijpen, moet je stil staan bij de vraag: Wat de reden is van het geschreeuw? Ook hier zal het gedeeltelijk te maken hebben met het verslechterende geheugen van de persoon. De oudere weet vaak zelf niet dat hij of zij schreeuwt en waarom. Ook als je vraagt om stil te zijn, is zij of hij dit zo weer vergeten.

3.2.3. Incontinentie⁹

Net als bij de andere gedragsproblemen kan incontinentie het gevolg zijn van geheugenverlies en verminderd intellectueel vermogen.

Ook andere problemen kunnen ten grondslag liggen voor het incontinentieprobleem, zoals gezondheid, mobiliteit, emotionele problemen en omgevingsfactoren.

3.2.4. Dolen en dwalen¹⁰

Omgaan met iemand die doolt en dwaalt is niet gemakkelijk. Het is een van de criteria die er eigenlijk voor zorgt dat de dementerende toch wordt opgenomen in een verpleeghuis achter gesloten deuren. Het risico van vallen, verkeersongelukken of blootstellen aan extreme weersomstandigheden maken dat de dementerende een gevaar voor zichzelf of anderen gaat worden. Het dolen en dwalen vindt plaats op verschillende tijden, al kun je wel vaststellen dat rond het avondeten de onrust vaak het grootst is en zal dit gedrag bij sommigen meer naar boven komen, doordat ze gaan rondlopen.

G. Strokes¹¹ noemt twee manieren van oplossen voor deze soorten van gedrag, die m.i. goed toepasbaar zijn binnen de interventies van het maatschappelijk werk.

3.3. ABC model en R.O.T.¹²

Er wordt veelvuldig gesproken over de ABC analyse en de R.O.T. Ook wordt er aandacht gevraagd voor de achtergrond van het gedrag en de levensgeschiedenis van de dementerende.

Al deze informatie kun je vastleggen in een schema voorafgaand aan de levensgeschiedenis, welke opgenomen kunnen worden in het zorgdossier van de bewoner.

Voor alle gedragsproblemen kan men een analyse maken volgens het ABC model.

A= activerende gebeurtenis of situatie

Vragen die je hierbij kunt stellen zijn:

Op welk moment vond het gedrag plaats?

Wanneer en waar vond het gedrag plaats?

Wat deed de persoon vlak voor het gedrag?

Wat gebeurde er op dat moment in de omgeving?

Vindt het gedrag tegen iedereen plaats of bij als reactie bij een bepaald persoon?

⁸ Bron: G. Strokes: probleemgedrag bij demente ouderen 2: schreeuwen en gillen

⁹ Bron: G. Strokes: probleemgedrag bij demente ouderen 3: incontinentie

¹⁰ Bron: G. Strokes: probleemgedrag bij demente ouderen 4: dolen en dwalen

¹¹ Graham Strokes is als klinisch psycholoog jarenlang werkzaam in de geestelijke zorg voor volwassenen. Hij is verbonden geweest aan het Walsgrave hospital in Conventry Engeland, met speciale aandacht voor psychische verzorging van dementerende ouderen.

¹² Bron: G. Strokes probleemgedrag bij demente ouderen 1 t/m 4

B= betreffende gedrag

Welke vorm nam het gedrag aan?

Hoe kan het gedrag tot uiting?

Werd er iets gezegd vooraf aan het gedrag?

Hoe lang vond het gedrag plaats?

C= consequentie

Hoe reageerde de zorgverleners?

Werd de persoon geprezen of gestraft?

Hoe reageerde de omgeving; familie, mantelzorgers of medebewoners?

Schema¹³:

Datum en tijd	A	B	C	Achtergrond

Daarnaast zou er veelvuldig gebruik gemaakt moeten worden van de R.O.T. (realisatie-oriëntatietraining). Dit wil zeggen dat alle interacties tussen personeel en bewoners een aanknopingspunt vormen met de realiteit.

Dit gebeurt op een natuurlijke manier, b.v. tijdens de dagelijkse activiteiten. Je legt uit en geeft weer waarmee je bezig bent. Tijdens de tijden dat de bewoner wakker is, wordt er gedetailleerde informatie verzamelt over tijd, plaats en personen. Als zorgverlener, mantelzorger geef je commentaar op wat er gebeurt.

Daarbij kun je gebruik maken van aanraking om het contact te vergemakkelijken. Probeer de dementerende te bereiken, zodat de aanraking wordt gezien als waardering en liefde i.p.v. bedreiging.

Het doel is verbetering van de kwaliteit van het leven als dementerende.

Tijdsoriëntatie

Meneer van Dalen, het is vandaag dinsdag. Daarom is de arts nu hier. Hij komt u iedere dinsdag onderzoeken.

Plaatsoriëntatie

Mevrouw de Boer, dit is uw slaapkamer in deze gang. Het is de tweede deur rechts, kijk uw naam staat erop. Ziet u dat bordje met...

Persoonsoriëntatie

Die meneer naast u is meneer de Groot. Hij woont net als u in Huize...

Als aanvulling op het praatelement van R.O.T. kun je werken met oriëntatiepunten¹⁴ zodat de bewoner meer bewust wordt van zijn omgeving.

Dit kan door middel van pijlen, tekens en signalen. Maar ook kleurcodes kunnen zinvol zijn.

¹³ Bron: Signalering, preventie en aanpak van gedragsproblemen bij ouderen, Graham Stokes

¹⁴ Bron: Signalering, preventie en aanpak van gedragsproblemen bij ouderen, Graham Stokes

Kamer	Deur	Richtingspijl	Symbool
Toilet	Blauw	Blauw	Blauwe T op witte achtergrond
Badkamer	Wit	Wit	Wit bad op blauwe achtergrond
Huiskamer	Geel	Geel	Geel bestek op zwarte achtergrond
Slaapkamer	Oranje	Oranje	Oranje bed op zwarte achtergrond

Achtergrond

Met het kijken naar de achtergrond wordt er bedoeld dat het belangrijk is om het probleemgedrag vast te leggen en wat er zich vooraf heeft afgespeeld. Dit om het gedrag beter te kunnen begrijpen. Is er iets voorgevallen die dag of nacht. Is er onlangs iets gewijzigd in de omgeving? Heeft er een verhuizing plaatsgevonden? Zijn er andere medicijnen toegediend, of is de doses aangepast? Maar ook is er sprake van lichamelijke klachten? Kun je vaststellen dat de persoon slechter is gaan zien of minder hoort?

Al deze zaken moet je bij belevingsgericht zorg tegen het licht houden om zo het gedrag te gaan begrijpen en hier iets aan te kunnen doen.

Levensgeschiedenis

Voor, tijdens of direct na het opnamegesprek moet via familieleden, mantelzorgers duidelijk worden hoe deze dementerende geleefd heeft, voorafgaand aan de opname. Hiervoor is een levensloopformulier ontwikkeld (zie bijlage). Niet ieder verpleeghuis maakt nog gebruik van zo'n formulier. Ook zijn er prachtige levensloopboeken in omloop om zo meer te weten te komen over de dementerende. Hoe was zijn of haar karakter voordat de dementie begon? Hebben ze een carrière gehad? Welke politieke en religieuze achtergrond? Wat was de persoonlijke voorkeur? Dit is erg belangrijk. Onlangs stond er een artikel in de dagblad "de Stentor", waarbij werd aangegeven dat de culturele achtergrond van dementerende erg lang bewaard blijft in het geheugen. Er werd een opdracht gedaan met persoonlijke voorkeur en iedere keer weer kwam hetzelfde resultaat naar boven.

Tijdens mijn werkervaring die ik voorafgaand aan dit essay heb gehad, viel mij vooral op de manier waarop zorgverleners omgaan met dementerenden.

Soms betuttelend, dan weer bestraffend, weinig rekening houdend met het individu. Lang niet iedereen zal een onvoldoende van mij krijgen, maar over het algemeen valt er nog best wat te leren over bejegening. Uiteraard heb ik begrip voor onderbezetting en de hoge werkdruk als je werkt met demente bejaarden. Toch blijf ik van mening dat dit absoluut geen excuus mag zijn. Waar zorgverleners de zorg en aandacht niet kunnen bieden, moet er gezocht worden naar alternatieven.

Meer activiteitenbegeleiders, vrijwilligers of de hulp inroepen van familieleden en mantelzorgers.

3.4. Enaderwijzen voor dementerenden

Probleemgedrag heeft dus een bepaalde vorm van benaderen nodig. Denk hierbij aan snoezelen, Validation, maar vergeet vooral de omgevingsfactoren niet.

Mijn uitgangspunt bij dit essay is om de theorie met de praktijk te verbinden.

Bij Validation is het belangrijk om de combinatie te maken met de theorie over dementie om zo d.m.v. praktische aanwijzingen de manier van omgaan met demente mensen te anderen c.q. te verbeteren.

Wat opvallend is te noemen, is dat zorgverleners die de weg van R.O.T. volgen langzamerhand tot de ontdekking komen dat Validation hierop aansluit. Ook Naomi Feil¹⁵ is ooit begonnen met R.O.T. Validation kan worden toegepast in iedere situatie waarin mensen voor dementerende ouderen zorgen.

3.5. Wat is Validation?

Volgens het boek van N. Feil is: "Valideren is de gevoelens van de ander herkennen en bevestigen. Valideren is zeggen dat die gevoelens waar zijn. Het ontkennen van gevoelens maakt de ander onzeker. De belevingswereld is gebaseerd op herinneringen en verlangens; het is een persoonlijke kijk op de werkelijkheid. Het is waarnemen met het geestes oog. De belevingswereld is een innerlijke werkelijkheid."

Validation-doelen:

- Herstellen van het gevoel van eigenwaarde.
- Reduceren van stress
- Rechtvaardigen van het leven dat men heeft geleid
- Oplossen van onvoltooide conflicten uit het verleden.
- Zich gelukkiger voelen.

Validation begint met empathie. Dat wil zeggen: je inleven in de beleving van de ander. Dit geeft vertrouwen en vertrouwen geeft veiligheid.

Mensen die werken met de Validationmethode respecteren de individu en de verschillen tussen mensen. Er is een reden voor het gedrag wat getoond wordt.

Om Validation te kunnen toepassen, heb je als zorgverlener kennis nodig van de fases, stadia van dementie, welke overeen komen met de stadia zoals beschreven in de bijlagen. Bij ieder stadium horen lichamelijke en emotionele kenmerken. Zo horen hier dan ook Validation-technieken bij.

Validation toepassen betekent contact maken d.m.v. vragen stellen. Vragen zodat we meer te weten komen over de levensgeschiedenis. Maar ook vragen over huidige situatie en omstandigheden.

Waarvan houdt u het meest? Vindt u de mensen hier aardig? Herinnert deze plaats u aan uw eigen huis?

Bepaal het stadium van desoriëntatie door je te verdiepen in levensgeschiedenis en het observeren van spraak en communicatieve vaardigheden, zelfbeheersing, continence. Validation kan ook worden uitgevoerd in groepswerk.

Validation is door middel van empathie de emotionele herinnering van de dementerende te accepteren en te stimuleren. Hiermee wordt het emotionele probleem niet verholpen, maar het geeft verlichting, tijdelijke opluchting. Voor de stadia van Validation verwijs ik u naar de bijlage 5.

Is Validation dan de manier om dementerende te benaderen? Volgens R. Geelen¹⁶ zijn de effecten van Validation teleurstellend te noemen als je kijkt naar de stemming en het gedrag. Het is incidenteel.

¹⁵ een Amerikaanse gerontologische maatschappelijk werker, de ontwikkelaar van Validation.

¹⁶ Verpleeghuispsycholoog en schrijver van handboek huisvesting verzorging & ouderen (2002): de leefomgeving van opgenomen ouderen pg 73-112.

Hij heeft zich ook verdiept de effecten van snoezelen¹⁷. Hierbij gaat de dementerende ontspannen d.m.v. zintuiglijke prikkels. Algemeen kun je concluderen dat het een positief effect heeft in stemming en gedrag. Het effect echter is positief, maar van korte duur en verschilt sterk tussen personen.

Wat hij heel belangrijk vindt, is *het* effect van de omgeving/context. De omgevingsinvloeden moeten worden meegenomen in het behandelproces. Maar ook beweging. Waar reageren ze op?

☒ moet een balans komen tussen werkritme van de verzorgenden en individuele aandacht voor de cliënt. [Dementerenden hebben behoefte aan contact. Het kan anders!]¹⁸

Het is belangrijk om het zorgteam te motiveren. Wat denken zij? Hebben zij last van irrationele gedachten? Er wordt vaak voor de dementerende gedacht. De verzorgende geeft invulling aan gedrag of stemming zonder dit te toetsen aan de werkelijkheid. Er zijn veel onbenutte mogelijkheden. Er is invloed mogelijk, maar bovenal denk niet te moeilijk. Eenvoud loont.

Zoals G. Strokes ook al bevestigde. Observeer de dementerende, maak een gedragsanalyse, kijk naar de omgeving en neem dit mee in het behandelplan.

We kennen op dit moment twee vormen van langdurig verblijf voor dementerende ouderen: het traditionele verpleeghuis en kleinschalige woonunits.

Indien mogelijk blijven dementerende zo lang mogelijk thuis wonen met hulp van thuiszorg en deelname aan b.v. dagbehandelingcentra. Echter er komt een moment dat het thuis verzorgen van dementerende niet meer haalbaar is, vanwege het feit dat de dementerende een gevaar voor de omgeving worden of voor zichzelf. Is kleinschalig wonen dan de vernieuwing waar we allemaal op gewacht hebben? Dit is zoveel beter dan het traditionele verpleeghuis?

¹⁷ Zintuigelijke prikkeling, hier en nu ervaring door dementerende te laten ruiken (aromatherapie), horen (muziek en andere achtergrondgeluiden), voelen (aanraking en knuffelen met knuffels) proeven (smaaktherapie, papilpret) en zien (visuele methodes)

¹⁸ Geelen en van Dongen, eenvoud loont, Hoe een team kan ontsnappen aan de afdelingsroutine (1998) Denkbeeld tijdschrift voor psychogeriatric 5 (10), 24-26

Hoofdstuk 4 Kleinschalig wonen

Veel zorginstellingen zijn bezig met plannen om een deel van het verpleeghuis of het hele verpleeghuis te gaan ombouwen, verbouwen tot kleinschalige woonvormen voor clemente bejaarden.

Om een indruk te krijgen van kleinschalige woonvormen heb ik twee huizen bezocht: Myosotis in Kampen en de Batting in Harllingen.

4.1. Eerste indruk

Na het bezoeken van de huizen kan ik niets anders zeggen dat ik verrast en enthousiast was. Hoewel het traditionele gebouw bij beide huizen bewaard is gebleven, waren er kleine woongroepen gevormd, die met woonbegeleiders hun dagbesteding invullen. Wat meteen opviel is de levendigheid. De verzorgenden lopen niet in uniformen, wat ik persoonlijk erg plezierig vind om te zien. De bewoners worden intensief betrokken bij de dagelijkse activiteiten. Ze doen boodschappen, koken, wassen en ruimen op. Er is volop activiteit, maar wel gedoseerd. Er zijn kleine groepen, meestal tussen zes en acht bewoners. Eigenlijk lijkt het net als thuis. Mijns inziens een prima oplossing om de apathie die vaak ontstaat in traditionele huizen tegen te gaan. Elk wetenschappelijk boek wat je leest over dementie, ieder artikel gaat over het feit dat je dementerende in beweging moet houden. Gedoseerd prikkels aanbieden. Dit vertraagt het proces en geeft de dementerende het behoudt van eigenwaarde, zelfrespect. Hoewel niet iedere dementerende misschien geschikt is voor kleinschalig wonen, weet ik zeker dat het overgrote deel hier toch voor kiest.

4.2. Wat is kleinschalig wonen?

Onderzoekers hebben aangetoond dat de meeste verpleeghuisbewoners kiezen voor kleinschalig wonen. Van de circa 35.000 ouderen die nu in een verpleeghuis verblijven, woont maar 3 tot 4% in een kleinschalige eenheid¹⁹. Dit kleine percentage is onder meer gevolg van de traagheid van het bouwen. Tussen start en finish zitten jaren van voorbereiding.

Voor verzorgenden die gewend zijn intramuraal te werken, verandert er veel. Je gaat van de functie ziekenverzorgende eigenlijk naar woon(zorg)begeleider. Kleinschalig wonen vraagt vaak ook inbreng van familieleden, mantelzorgers en vrijwilligers. Er is sprake van scheiden van wonen en zorg, wat betekent dat je als begeleider in het huis (de woonunit) van de bewoner komt. Net als toen men nog thuis woonde. Verpleeghuisartsen zijn dan net huisartsen, etc. Het budget is niet meer of minder als in een traditioneel verpleeghuis, maar afhankelijk van de zorgzwaarte. De kleinschalige wooneenheden zijn er in vele soorten en maten. De definitievraag is daarbij belangrijk. Wat is nu eigenlijk een kleinschalige wooneenheid?

Meestal gaat het om ouderen met een psychogeriatrische zorgvraag. Veelal dementerende ouderen, maar ook jong dementerenden, of ouderen met CVA²⁰, NAH²¹ of aandoeningen als b.v. Korsakov²².

¹⁹ Trimbos-instituut en Stichting Alzheimer

²⁰ Cerebrovasculair accident (CVA) is de medische term voor een beroerte

²¹ niet aangeboren hersenletsel

²² Wikipedia: Het syndroom van Korsakov (ook Korsakoff of Korsakow) is een blijvende geheugenstoornis als gevolg van langdurig overmatig alcoholgebruik in combinatie met vitamine B1-tekort

Het aantal van zes tot uiterlijk acht bewoners is niet toevallig. Dit is afgestemd op een begeleider. Deze is aanwezig vanaf 07.00 uur tot 22.00 uur. Daarna wordt de zorg overgenomen door de nachtdienst. Vaak een zwerfwacht voor meerdere units tegelijk (anders vallen de kosten hiervoor erg hoog uit). Let wel, niet iedereen is geschikt om te werken in een kleinschalige unit. Dit is vaak een weloverwogen beslissing. Het is een andere manier van werken.

Het gaat niet zozeer om de zorg, maar meer om het welzijn en welbevinden. Als begeleider draag je zorg voor de persoonlijke verzorging, maar ook voor het huishouden binnen zo'n unit en de financiën.

Ook zijn niet alle dementerende geschikt om in een woongroep te wonen. Ze passen gewoonweg niet in zo'n groep vanwege gedragsproblemen zoals b.v. agressiviteit, veelvuldig schreeuwen en gillen.

Verpleeghuispsycholoog drs. R. Geelen heeft zich verdiept in de kwetsbaarheid van kleinschalig wonen²³.

Kleinschalig wonen bestaat al zo'n twaalf jaar. Vergelijkend met een traditioneel huis ervaart het personeel minder druk t.a.v. de bedbezetting en productief bezig zijn. Het beleid is meer gericht op belevingsgerichte zorg. Vaak is er een cursus nodig om die omslag te kunnen maken. Ook moet je als verzorgende achter het concept staan, anders werkt het niet. Volgens het personeel van kleinschalige woonunits zijn de bewoners rustiger. Alles is uiteraard veel huiselijker. De zelfzorg van bewoners wordt er gestimuleerd. Omdat je bewoners bij dagelijkse activiteiten betreft, houd je ze volgens hen scherper. Toch melden zij dat ook hun personeelsbezetting op bepaalde tijden onderbezet is geweest. Zij hebben dit creatief opgelost met mantelzorgers en vrijwilligers. Het personeel heeft een omslag gemaakt van aanbodgericht naar belevingsgericht werken.

Je hoeft b.v. niet om klokslag zes uur te eten. Ook is verantwoordelijkheid van het personeel groter. De meeste problemen moet je eerst zelf zien op te lossen.

4.3. Mijn ervaring met dementerenden

Wat mij verbaast is dat er schijnbaar eerst een verbouwing moet plaatsvinden, voordat de instelling in beweging komt. Natuurlijk zijn er allerlei regels, richtlijnen en protocollen, welke je moet volgen als je overgaat tot kleinschalig wonen, maar met de bejegening kun je direct starten!

Hoe wordt er over het algemeen gecommuniceerd met de dementerende? Door tijdsdruk en tekort aan personeel gebeuren er dingen op de afdeling, die je misschien liever niet ziet. Medewerkers moeten bewust worden van het gedrag wat ze laten zien aan de dementerende. Als je kiest om in een verpleeghuis te gaan werken en dan ook met psychogeriatrische bewoners, moet je op zijn minst iets afweten van clementie. Een klein voorbeeld.

Tijdens de observatie zag ik dat bij sommige bewoners het brood gesmeerd werd, in stukjes gesneden op het bord. Deze bewoner was nog prima in staat zijn eigen brood te smeren, maar kreeg geen gelegenheid daartoe. Het beleg was ook geen verrassing. Er werd niet eens gevraagd wat de persoon wilde. Soms was er een medewerker die de keuze gaf uit twee mogelijkheden: kaas of worst.

Drs R. Geelen: Symposium: De rol van de omgeving op de dementiepatiënt: een onderschatte factor.

Maar ook het andere uiterste kwam ik tegen. Er wordt eten of drinken neergezet, terwijl deze bewoner niet meer in staat was, dit 2:elf te doen.

EJeweging is ook schaars tenzij de bewoner zelf gaat dwalen op de afdeling. Gelukkig komen er steeds meer psychomotorische- en fysiotherapeuten die als geen ander weten dat dementerenden juist lichaamsbeweging nodig heeft.

Omdat een slechte gezondheid dementieverschijnselen kan verergeren, is regelmatig bewegen zeer aan te raden. Verschillende zintuigen worden aangesproken (horen, zien, voelen) en sociaal contact wordt gestimuleerd. Daarnaast bevordert regelmatig bewegen de spierkracht en coördinatie waardoor minder valongelukken optreden. Van bewegen wordt de dementerende lichamelijk moe. Ze slapen daardoor beter. Regelmatig bewegen heeft vaak een gunstig effect op de stoelgang. Door regelmatig bewegen blijven ze beter in staat om alledaagse activiteiten uit te voeren. Deze activiteiten kunnen bijdragen aan een dagelijks ritme. Ook gaan ze de verveling tegen. Lichamelijke activiteit beïnvloedt niet het normale verloop van de dementie, maar bevordert wel de kwaliteit van leven. Echter ook hier wordt weer onderzoek naar gedaan. Zoals blijkt uit onderstaand artikel:

Elewegen als hersengymnastiek: Use it or lose it (10 april 2007)²⁴

Bewegen als hersengymnastiek. Use it or lose it" is het motto van Erik Scherder, hoogleraar Neuropsychologie en Bewegingswetenschappen. Scherder probeert de hersenen van dementerende ouderen te stimuleren, en zo hun geestelijke achteruitgang af te remmen.

Hersengymnastiek, zoals puzzelen of een nieuwe taal leren, helpt Maar Scherder - van huis uit fysiotherapeut - probeert de achteruitgang van dementerende ouderen te bestrijden door ze actief te laten bewegen. Een stevige wandeling of een fietstocht bijvoorbeeld, kan heilzaam zijn omdat het de doorbloeding van de hersenen bevordert. Een lastige klus, zo blijkt in de praktijk.

Annemieke Smit praatte met Erik Scherder over zijn vernieuwende methodes om dementerende ouderen in beweging te krijgen, en de bijdrage die dit kan leveren aan bestrijding van dementie. Scherder is hoogleraar Bewegingswetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen, en hoogleraar Klinische Neuropsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

4.3.1. Symposium: "een nieuwe Wind"²⁵

Tijdens het symposium werd een nieuw zorgconcept geïntroduceerd. Hoewel dit concept ontwikkeld is voor jonge verpleeghuiscliënten, zou dit zorgconcept prima door te trekken zijn naar de oudere dementerenden.

Het gaat voornamelijk om de beleving: niet de ziekte. Datgene wat cliënten nodig hebben om zo prettig mogelijk te kunnen leven. Het personeel en de organisatie zijn constant op zoek naar de mogelijkheden van de bewoners (in samenwerking met wetenschappers). Bij "het Zand" werken ze met leefmilieu's. Dit betekent dat mensen met verschillende ziektebeelden, maar eenzelfde zorgvraag naast elkaar kunnen wonen in een woongroep.

Op een afdeling staat b.v. wonen en welzijn centraal. Dementerende hebben de mogelijkheid om met een eigen plek toch samen te wonen met lotgenoten en de mogelijkheid een normaal leven te leven waarbij ze nog betrokken zijn binnen de samenleving. De dagbesteding krijgt een prominente plek binnen de leefmilieus.

Bron: Noorderlicht

²⁵ Op 19 september 2007 werd ter ere van een nieuw te openen afdeling van verpleeghuis 't Zand te Zwolle een symposium genaamd "Een nieuwe Wind" georganiseerd

Er zijn drie leefmilieu's:

1. *Stimulerend-begeleidend*: Bewoners worden positief gestimuleerd om deel te nemen aan activiteiten.

[Bewoners die in aanmerking komen, zijn passief maar nog wel in staat veel op te pakken. Ze worden gestimuleerd bij de zelfzorg en dagelijkse levensverrichtingen. Er is duidelijkheid en regelmaat.

2. *Structurerend-begeleidend*: In dit leefmilieu ligt de nadruk op vaste structuur en duidelijke grenzen.

E3ewoners die in aanmerking komen hebben gedragsstoornissen (overprikkelend, ontremd gedrag, weinig oog voor anderen). Ze worden begeleid, aangesproken op het gedag en ondersteund in het corrigeren hiervan.

Duidelijkheid en consequent zijn sleutelwoorden bij dit milieu.

3. *Beschermend-verzorgend*: De aandacht ligt hier op bescherming en zorgen voor de dagelijkse basisbehoefte. Bewoners die volledig zorgafhankelijk zijn en beperkt mobiel komen hiervoor in aanmerking. Ze krijgen veel hulp,. Het is een koesterend milieu met extra zorg. Basiselementen zijn rust, optimaliseren van herkenbaarheid en actief aanbieden van contact.

Om te komen tot leefmilieu's is het noodzakelijk goed te kijken naar de persoon, wie past waar? Maar ook vragen als welke dagbesteding is nodig op welk milieu? En hoe worden de ruimtes ingericht. Er wordt goed gekeken naar de woon- en zorgbehoefte. Is er een prikkelarme of juist stimulerende omgeving nodig? De huizen hebben allemaal verschillende kleuren en indelingen. Allemaal afgestemd op het milieu: warm getint of juist felgekleurd (rust of stimulering) Zelf de tuin past geheel binnen het leefmilieu. Het is een uitdagende omgeving om in rond te lopen of lekker te zitten. Kortom, zorg op maat.

Dat de bewoners op hun plek zitten, blijkt uit de rust die aanwezig is. Er wordt gedoseerd gewerkt met het aanbieden van prikkels. De medicatie welke wordt uitgeschreven is tot een minimum beperkt!

Ook het personeel moet een zorgvuldige afweging maken. Het verplegen in uniform werd direct afgeschaft. Maar er gebeurt meer. Personeel moest kijken naar zijn of haar sterke punten: "Ben ik de verzorgende die zorgt"? Of pas ik beter in een milieu waar ik conflicten kan hanteren.

4.4. Kleinschaligheid en wetgeving

Kleinschalig wonen betekent meer vrijheid voor de bewoner. Echter de wetgeving is hier nog niet helemaal op afgestemd. Hierbij denk ik aan de tabakswet; waar moeten de rokende bewoners heen? Ga je net als in een traditioneel huis een rookruimte bouwen of moet je samen met de bewoner naar buiten om een sigaretje te roken. Hier moet dus beleid op geschreven worden. In de eigen slaap/woonkamer mag het niet en naar de rookruimte kan je alleen als er begeleiding is. Overdag is er meestal maar één begeleider op zes bewoners, hoe ga je dit dan aanpakken? Bij zowel Myosotis als Batting, is het traditionele gebouw omgebouwd tot kleinschalige woonunits.

Er zijn dus nog rookruimtes aanwezig, maar hiervoor moet je meestal wel van de unit af. En hoe zit het dan met de HACCP²⁶ systemen?

Iedere zorginstelling kent hier strenge richtlijnen voor: bewaren van voedsel, temperatuur, etc. Gevolg is dat er duurder materiaal aangeschaft moet worden in elke keuken. Is dit wel mogelijk? Hygiëneregels zorgen er voor dat lang niet altijd en iedereen kan helpen in de keuken. Terwijl we toch graag willen dat de bewoners betrokken zijn met het voorbereiden van de maaltijden. Als laatste is er de BOPZ²⁷ wet. Een wet die toestemming geeft voor vrijheidsbeperkende maatregelen. Maar ook bij kleinschalige woonunits moeten de deuren op slot. Om nog maar niet te spreken over de middelen en maatregelen die onrustige bewoners opgelegd krijgen, zoals het gebruik van een bedhek bij onrustige slapers. Bij kleinschalig wonen moet het personeel meer improviseren. Ze krijgen meer met groepswork te maken dan voorheen. Toch is iedereen enthousiast. Vaak komt dit omdat het personeel in zo'n unit expliciet kiest voor deze werkomgeving en doelgroep.

Toch kun je als traditioneel huis ook al een begin maken met afdelingen waar zowel autonomie als geborgenheid gewaarborgd kunnen worden.

4.5. Autonomie en geborgenheid in de omgeving van de dementerende²⁸

Over het algemeen wordt de dementerende beschouwd als een mens met tekorten die steeds groter worden. Hoewel je als hulpverlener en als verpleeghuis deze functieverliezen niet uit het oog mag verliezen; ze zijn immers onvermijdelijk, is het goed je te beseffen dat de achteruitgang sneller zal verlopen als de verzorgers de taken overnemen, terwijl de dementerende dit eigenlijk nog kan.

Om dit laatste te voorkomen, kun je als instelling werken aan de verwachtingen die mensen hebben ten opzichte van de dementerenden.

Te lage verwachtingen bijstellen en de nadelige effecten van het traditionele verpleeghuis in te perken, kunnen al leiden tot verbetering van zorgkwaliteit.

Een balans tussen autonomie en geborgenheid geeft voldoening en tevredenheid. In het betrekken van de ruimte zijn deze begrippen belangrijk voor de dementerende. Een dementerende voelt zich geborgen in een veilige omgeving, welke lijkt op zijn eigen thuis. Daarnaast moet de dementerende wel nieuwe ervaringen kunnen opdoen, die hij kan verwerken en ordenen. Hier krijgt autonomie een kans.

Adviezen t.a.v. autonomie en geborgenheid ten gunste van de dementerende.

1. Een dementerende moet de mogelijkheid geboden worden om de omgeving vrij te mogen verkennen. Bij beperkte vrijheid, vanwege de veiligheid, is een tuin een goed alternatief. In een tuin dwalen is avontuurlijker dan een gang.
2. Bewoners van een verpleeghuis zouden zoveel mogelijk moeten kunnen verblijven binnen de vertrouwde omgeving. Hiermee doel ik op woonwijk, woonplaats.

HACCP staat voor Hazard Analysis Critical Control Points. Vrij vertaald: een analyse van kritische punten waarop extra goed gelet moet worden bij voedselveiligheid

Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen.

Bron: W. Rommel en anderen: tussen autonomie en geborgenheid, visie en ervaringen

3. Voor sommigen leidt het zien van een gesloten deur tot onrust of agressie. De mogelijkheid tot verkenning d.m.v. een groter loopcircuit of het naar buiten kunnen in een tuin kan de onrust aanzienlijk verminderen.
4. Het hebben van een eigen kamer, met eigen vertrouwde spullen is noodzakelijk voor de privacy, welke nodig is bij autonomie. Als de afstand tussen de verschillende meubels niet te groot is, vormen ze natuurlijke steunpunten.
5. Woon/eetkamer mag niet te modern zijn. Hoe meer ze lijken op de eigen woonkamer, hoe rustiger de sfeer.
Denk hierbij wel om gebruiksvriendelijk eetgerei tijdens de maaltijden. Om een dementerende zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten eten, moet je niet alleen denken aan grijpbaarheid, herkenbaarheid en veiligheid maar ook een goed kleurcontrast tussen bord en tafelkleed.
6. Het vinden van het toilet is een randvoorwaarde omi naar het toilet te gaan.
Maak gebruik van adviezen welke beschreven zijn in de bijlage bij probleemgedrag (incontinentie).
7. Decoratie is belangrijk om een sfeer uit te kunnen stralen. Ze kunnen de oriëntatie bevorderen. Blauw-groene kleuren worden minder vlot onderscheiden. Deze beide kleuren zijn geschikt net al lichtgeel en lichtrood als achtergrond. Felle contrasten vormen goede oriëntatiepunten: blauw op witte achtergrond bijvoorbeeld. De aanwezigheid van klokken en kalenders zijn nodig omdat de dementerende vaak verdwaald is in de tijd.
8. De aanwezigheid van licht, geluid, voeding en geur. Zintuiglijke indrukken dragen ertoe bij dat een mens zich geborgen voelt. Zonlicht bevordert het humeur.
Het is belangrijk dat er voldoende lichtsterkte, *goede* lichtcontrasten en uitgebalanceerde lichtarrangementen zijn in de ruimtes waar de dementerende verblijft.
Muziektherapeuten verklaren agressie vanuit de instinctieve betekenis die geluid opnieuw krijgt bij dementerenden. Luister goed naar bronnen van geluidshinder. Muziek zou agitatie en agressie verminderen. Dit betekent niet dat er altijd muziek aanwezig moet zijn of dat het een wondermiddel is. Er is ook behoefte van stilte. De keuze van muziek blijft lang aanwezig bij een dementerende. Onderzoek naar voorkeuren is de moeite waard.
De daling van smaak- en reukgevoeligheid is geen reden om persoonlijke voorkeuren te verwaarlozen of geen zorg aan de maaltijd te besteden.
Schikking en kleurschakering van de voedingswaren, de presentatie, consistentie en temperatuur, het eetgerei, maar ook de sociale omgeving verdient bijzondere aandacht. Daarnaast wordt het belang van geursensaties over het algemeen ernstig onderschat. Geuren kunnen specifieke plaatsen of activiteiten in het geheugen stimuleren.

Kijkend naar deze adviezen en indrukken moeten we een keuze kunnen maken of we overgaan tot kleinschaligheid.

4.6. Kleinschalig wonen doen of laten?

Volgens onderzoekster *Selma te Boekhorst*³⁰ zouden bewoners van kleinschalige woonvormen meer genieten van de omgeving en vaker iets om handen hebben.

Ook hebben ze minder hulp nodig bij het algemene dagelijkse leven. Ze zijn meer sociaal betrokken. Gegevens over minder gedragsproblemen en minder medicijngebruik onder bewoners van kleinschalig wonen wordt niet wetenschappelijk gesteund. Als schrijver van dit essay heb ik tenminste hierover weinig tot geen cijfers kunnen vinden waaruit blijkt dat bovengenoemde evidence based zou zijn. Wel moet *worden* meegenomen dat de bewoners het er prima naar de zin hebben.

Hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde *Raymond Koopmans*³⁰ plaatst kanttekeningen bij de gevonden effecten. Hij zegt dat het niet bewezen kan worden dat de positieve effecten ook daadwerkelijk toegeschreven kunnen worden aan de woonvoorziening. Misschien heeft het te maken *met* het beloop van de dementie? Wel is opvallend volgens hem dat er een daling is van gedragsproblemen, maar dat heeft meer te maken met opname dan een specifieke woonvorm. Is kleinschalig wonen dan alleen geschikt voor een specifieke doelgroep binnen dementie?

Onderzoekster *Marjolein de Vugt, van de Universiteit in Maastricht*³¹ heeft onderzoek gedaan naar de ervaringen van de familieleden. Wie kiest er nu eigenlijk voor kleinschalig wonen? Mantelzorgers en familieleden die actief betrokken willen blijven in het leven van de dementerende zullen eerder kiezen voor een kleinschalige wooneenheid. Maar niets is minder waar; ook hier waren geen significante verschillen te benoemen tussen de wooneenheid en het verpleeghuis.

Alle onderzoekers maakten gebruik van de methode participerende observatie. De onderzoeksvragen waren gericht op: verveling, isolement en individuele behoefte en wensen.

Resultierend kun je stellen dat de activiteiten binnen kleinschalig wonen voornamelijk te maken hebben met het huishouden. Terwijl lang niet iedereen deze vorm van activiteit op prijs stelt. In het traditionele verpleeghuis heb je meer te maken met een verenigingsleven. Verschillende activiteiten, welke worden aangeboden in de vorm van een vereniging, meer groepsgericht.

Opvallend is dat in beide vormen de familie niet meer of minder betrokken is bij de dementerende. Ook helpen familieleden in beide vormen slechts incidenteel mee.

Eïnnen kleinschalig wonen wordt er meer gekeken naar de individuele behoefte en wensen van de dementerende. Er zijn kleine teams om meer persoongericht te kunnen werken. Volgens onderzoekster *Jacomine de Lange*³² is aandacht voor teamwerk en de communicatie met familieleden belangrijk om de kleinschalige wooneenheid te laten slagen.

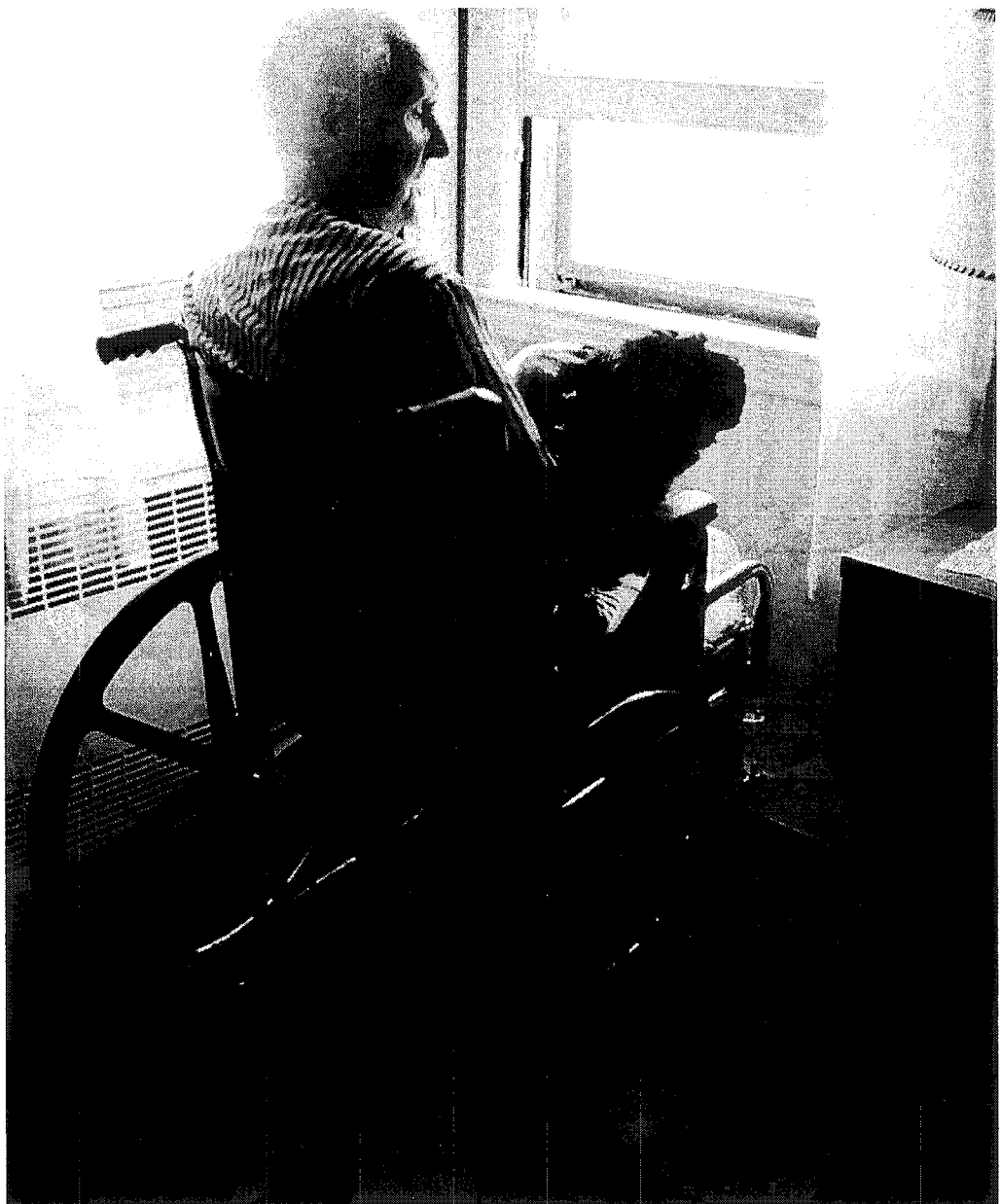
Het traditionele verpleeghuis lijkt meer op een hotel en de kleinschalige wooneenheid meer op een woongroep. De keuze voor een van beiden is persoonsgebonden. Wat vindt men belangrijk?

t/m 33 Trimbos-instituut en het EMGO-instituut van het VU medisch centrum: onderzoek naar kleinschalige woonvormen en grootschalige verpleeghuizen, januari 2007

³⁰ t/m 33 Trimbos-instituut en het EMGO-instituut van het VU medisch centrum: onderzoek naar kleinschalige woonvormen en grootschalige verpleeghuizen, januari 2007

Om af te sluiten met de woorden van *Hugo van Waarde* kunnen we zeggen dat kleinschalige woonvormen geen doel op zich worden, maar een middel om te streven naar een plek waar mensen met dementie zich misschien maar voor even thuis kunnen voelen.

• H I



Hoofdstuk 5

Verpleeghuismaatschappelijk werk

Uit de literatuurstudie en mijn veldonderzoek komen diverse zaken naar voren. De centrale vraag is uiteraard welke rol het verpleeghuismaatschappelijk werk inneemt.

De landelijke trend in verpleeghuizen t.a.v. maatschappelijk werkers is dat er steeds minder maatschappelijk werkers werken in een verpleeghuis. Kijkend naar het verpleeghuis waar ik gewerkt heb, zag ik dat men liever een opnamecoördinator heeft, die zorgdraagt voor opname en ontslag. Iemand die de materiele hulpverlening op zich neemt en niet teveel bemoeit met de psychosociale hulpverlening. Die zorgt voor een juiste indicatie. Te vaak zie ik nog ~~dit~~ artsen zowel op het terrein van de zorg en welzijn zitten, als ook op het vlak van het welbevinden, terwijl deze laatste ook prima door maatschappelijk werkers ingevuld kan worden. De schakel tussen familie en cliënt wordt vervuld door de *Evv'er*³⁴. Dit laatste is op zich geen slechte vernieuwing als je bedenkt dat de norm voor formatie voor het maatschappelijk werk binnen het verpleeghuis is: 1 formatieplaats (36 uur) op 200 cliënten. Met deze norm moet je als werker wel prioriteiten stellen. Terwijl je met een doelgroep als dementerenden juist heel zorgvuldig te werk moet gaan.

5.1. Kerntaken binnen het verpleeghuis

Toch denk ik dat er veel werk verricht kan worden, juist door maatschappelijk werk. Kijkend naar de kerntaken kun je zeggen dat ze allemaal van toepassing zijn binnen een verpleeghuis.

1. *Psychosociale hulpverlening*

Als verpleeghuismaatschappelijk werker wil je de relatie tussen dementerende en zijn of haar omgeving zo lang mogelijk in stand houden. Dit doe je door familie te begeleiden, maar ook te kijken wat de dementerende nodig heeft. Je kunt proberen de medewerkers op de afdeling te beïnvloeden tijdens multidisciplinaire overleggen zodat ze de mens achter de ziekte blijven zien.

Tijdens crisissituatie thuis (voorafgaand aan opname) kun je kijken of er een opnamemogelijkheid gecreëerd kan worden of op de afdeling kun jij als eerste oplossend gericht gaan werken d.m.v. de gedragsanalyse. Bij ernstige problematiek zal altijd de arts of psycholoog ingeschakeld moeten worden. Bij levensvragen of rouw: een geestelijk verzorger. Overigens kunnen maatschappelijk werkers ook ingezet kunnen worden bij rouw- en verliesverwerking.

2. *Concrete en informatieve informatie*

Hierbij denk ik aan taken zoals de kennismakingsgesprekken, rondleidingen, maar ook bemiddeling tussen cliënt en instellingen (Zorgkantoor, andere verpleeghuizen of verzorgingshuizen). Daarnaast kun je een belangrijke rol spelen in de voorlichting naar b.v. familie of mantelzorgers (groepsbijeenkomsten), andere instanties en scholen (opleiding voor verzorgenden, b.v.).

3. *Onderzoek en rapportage*

Door deel te nemen in werk- en of projectgroepen kun je als maatschappelijk werker veel werk verrichten wat ten gunste is voor de organisatie.

Eerstverantwoordelijke verzorgende: Een ziekenverzorgende die meer betrokken is bij de zorg en begeleiding van desbetreffende cliënt.

Kijkend naar dit essay zou je het veldonderzoek naar kleinschalig wonen een prima voorbeeld kunnen noemen.

4. *Signaleren, belangenbehartiging en preventie*

Ook hier heeft de maatschappelijk werker een belangrijke rol. Door middel van je netwerkcontacten en andere bijeenkomsten kun je signalen oppikken vanuit allerlei instanties. Maar nog veel belangrijker: de maatschappelijk werker kan de belangenbehartigen van de verpleeghuiscliënt. Vooral bij dementerenden is dit een onderbelicht vakgebied. De maatschappelijk werker kan zorgen dat juist de burgerrechten van deze doelgroep gewaarborgd blijft. Door naar collega's te spiegelen, confronteren, adviseren en informeren en preventief te werken. Bij preventie denk ik aan het proberen te voorkomen van probleemgedrag. Door middel van levensloopgesprekken (met familie) wordt duidelijk waar de wensen en behoeften liggen van de dementerende.

5. *Werken met sociale netwerken*

De maatschappelijk werker maakt gebruik van netwerken, zijn of haar contacten buiten de organisatie. Je legt deze contacten met medewerkers van b.v. een Alzheimercafé, het dagbehandelingcentra, de verzorgingshuizen, stichting welzijn ouderen, etc. maar ook zorgkantoren, zorgmakelaars. Door samen te werken krijg je beter zicht op dementie ook buiten je instelling. Zij kunnen je allemaal van cliënten voorzien. Het is de kunst om voorafgaand aan een opname een aantal cliënten al in beeld te hebben. Laat zien wie je bent en waar je voor staat. Zorg dat je als verpleeghuismaatschappelijk werker zichtbaar wordt. Neem positie in, legitimeer je vakgebied. De kennis die je over ouderenzorg en dementie is waardevol om samen te werken met anderen binnen de ouderenzorg.

6. *Werken met vrijwilligers.*

Informele zorg binnen een verpleeghuis is van onschatbare waarde. Het is onmisbaar. In het verpleeghuis waar ik heb gewerkt, werkt b.v. ook een Coördinator Gastvrijheid. Zij heeft de zorg voor vrijwilligers binnen het verpleeghuis. Zorg dan in ieder geval voor een goede samenwerking. Help bij scholing en voorlichting. Neem deel aan werkgroepen die vrijwilligersprojecten organiseren. Kom met vernieuwende ideeën voor deze informele zorg.

Kortom er is werk aan de winkel. Net als algemeen maatschappelijk werkers moeten verpleeghuismaatschappelijk werkers zich meer profileren. Laat zien wat je kunt, zorg dat anderen weten wat ze van je mogen verwachten. Binnen een intramurale setting werk je meestal multidisciplinair. Positioneer je als functionaris en legitimeer je werkgebied. Kijkend naar de visie en missie³⁵ van het maatschappelijk werk ben je als werker verplicht je doelgroep en in dit geval de verpleeghuiscliënt tot zijn recht te laten komen als mens en burger. Bewaak zijn of haar burgerrechten. Zorg dat de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving (het verpleeghuis en de afdeling) ondanks de dementie zijn waardigheid kan behouden en tot zijn recht kan komen. Deze wisselwerking is al verstoord vanwege de diagnose dementie. Echter de maatschappelijk werker kan zijn of haar belangen behartigen in wisselwerking met de familie en collega's. Interventie van de maatschappelijk werker zijn altijd waardegebonden. Door deel te nemen aan een ethische commissie, door het voeren van moreel beraad op de afdelingen kun je ervoor zorgen dat de cliënt zijn waardigheid kan behouden, ook op een gesloten afdeling.

Hoofdstuk 6 Conclusies en aanbevelingen

6.1. Conclusie

Mijn werkervaring in een verpleeghuis, deze literatuurstudie en het veldonderzoek hebben soms verrassende resultaten opgeleverd.

Mag ik als maatschappelijk werker in opleiding het verpleeghuis adviseren over het welzijn en welbevinden van dementerende ouderen?

Laat ik beginnen met conclusies te trekken vanuit de literatuur. Het is in ieder geval duidelijk geworden dat je als traditioneel verpleeghuis niet direct kleinschalige woonunit hoeft te bouwen om verandering teweeg te brengen.

HKZ normeringen en keurmerken zorgen ervoor dat de kwaliteit van zorg getoetst en geëvalueerd wordt. Onderzoeken naar de tevredenheid van de cliënt leveren resultaten op waar je als verpleeghuis trots op bent of weemoedig misschien zelfs kwaad van kan worden. Dit laatste vraagt uiteraard dan om verandering. Veranderen is moeilijk, vooral als je als team de overstap wilt maken om van aanbod naar vraaggericht werken.

Toch is dit niet een illusie, iedereen kan veranderen, maar begin bij jezelf. Stel jezelf de vraag: wat kan ik doen om het nog beter te maken? Goed voorbeeld doet volgen. Soms zijn er hardnekkige ingeslopen patronen te ontdekken, maar ook deze kunnen aangepakt worden als de cyclus van veranderen maar volbracht wordt en herhaald. Het vraagt je constante aandacht.

De vraag waarmee ik dit essay ben gestart: "Hoe kunnen wij kwalitatief goede zorg en begeleiding bieden aan dementerende mensen in het verpleeghuis, waarbij we rekening houden met hoe deze mensen met de karaktereigenschappen en persoonlijkheden voordat de dementie zijn intrede deed", wordt m.i. beantwoord met sleutelwoorden als zorgvuldigheid, aandacht, respect en kennis.

Zorgvuldigheid als het gaat om opname, behandeling en omgeving. Aandacht voor de dementerende, aandacht voor de mens achter de ziekte. Aandacht voor zijn of haar wensen en behoeften, Respect voor het leven, respect voor de burgerrechten. Maar ook kennis van dementie in al zijn facetten, kennis over de levensgeschiedenis van de cliënt en kennis over de omgeving.

6.2. Aanbevelingen

1. Opname

Neem de tijd voor opnames van dementerende ouderen in het verpleeghuis. Laat de maatschappelijk werker een huisbezoek plannen bij cliënt en familie. Regel voorafgaand aan de opname een kennismaking/rondleiding geleid door een maatschappelijk werker. Neem de levensloop door van de dementerende zodat deze beschikbaar is voorafgaand aan de opname. Zorg dat de familie formulieren etc. voorafgaan aan opname thuis kunnen invullen. Besteedt zoveel mogelijk aandacht aan de beleving van de opname, op de dag zelf. Zorg dat de maatschappelijk werker even tijd heeft die dag voor familie en cliënt.

2. Levensloopgeschiedenis

☒ moet altijd een levensloopformulier worden ingevuld en deze moet beschikbaar zijn voor het zorgdossier.

Dit invullen van het formulier zou heel goed passen in een gesprek met de maatschappelijk werker tijdens een kennismaking met het verpleeghuis.

3. Centrale rol maatschappelijk werk

De missie van maatschappelijk werkers waarbij zij zorg dragen voor een wisselwerking tussen cliënt en omgeving staat hen toe dat zij een centrale rol kunnen innemen als schakel tussen afdeling en dementerende. Zij kunnen de belangen behartigen maar ook bemiddelen, psychosociale hulp verlenen (zie hoofdstuk verpleeghuismaatschappelijk werker). Laat maatschappelijk werkers altijd deelnemen aan een multidisciplinair overleg.

4. Kennis en informatie

Informeer de werkvloer over dementie. Zorg dat medewerkers kennis krijgen van fases, vormen en verschijnselen. Kijk of je als verpleeghuis toekomstige medewerkers kunt informeren over werken in het verpleeghuis. Maak afspraken met opleidingen voor b.v. ziekenverzorgende voor klinische lessen.

Informeer mantelzorgers en familieleden, formeer groepen waarbij de je kennis en ervaring met elkaar kunt delen. Geef geregeld een klinische les over dementie of andere relevante thema's voor medewerkers en familieleden. Deze informatiebijeenkomsten en het groepswork kunnen geleid worden door maatschappelijk werkers in samenwerking met andere disciplines.

5. Protocol bejegening

ESeschrijf in een protocol of werkproces de manier waarop je wilt dat medewerkers gaan werken met dementerende. Kies een benadering (Validation, ROT, etc) welke kan dienen als kader en werk van daaruit toe naar de individu. Iedere dementerende is uniek en heeft zijn eigen wensen en behoeften. Maak gedraganalyses en neem deze op in het behandelplan als er sprake is van probleem- gedrag, evalueer. Regel een jaarlijks terugkerende participerende observatie door b.v. maatschappelijk werkers, waardoor de medewerkers bewust worden van de manier waarop ze met dementerenden omgaan. Zorg voor een structurele toetsing hierop.

Stella Braam³⁶ schreef in haar boek:

1. Ga vlak bij de cliënt staan, pak zijn hand vast, noem zijn of haar naam.
2. Kijk hem of haar in de ogen.
3. Maak gebruik van eenvoudige zinnen.
4. Geef geen dubbele informatie in een zin.
5. Als hij of zij niet reageert, wacht dan even en stel de vraag opnieuw.

6. Omgeving en autonomie

Maak een start met het analyseren van de omgeving. Wat gaat goed en wat kan beter? Gebruik de tips zoals beschreven in hoofdstuk 5, paragraaf 5. Wacht niet op kleinschalig wonen. Niet iedere dementerende heeft die tijd!. Geef de dementerende nu alvast hun eigen veilige omgeving.

7. Beweging en activiteit

Zorg voor voldoende beweging en activiteit. Ga zorgvuldig om met prikkels maar laat ze niet verdwijnen in passiviteit. Maak gebruik van activiteitenbegeleiders, betrek hen bij het behandelplan.

-Braam, S. (2005) *Ik heb Alzheimer*, Uitgeverij Nijgh & Van Ditmar

Als er onvoldoende formatie is, kun je samen met vrijwilligers huiskamerprojecten op gaan zetten (dit zouden maatschappelijk werkers samen met afdelingshoofden of leidinggevenden van vrijwilligers kunnen opzetten). Geef dagbesteding een prominente plaats bij de zorg voor dementerenden!

8. Maatjesproject: de inzet van informele zorg

Informele zorg is onmisbaar in het verpleeghuis. Regelmatig bezoek heeft een positieve uitwerking op het psychische welbevinden van bewoners. Het is dus goed voor de gezondheid. Laat maatschappelijk werkers in samenwerking met andere disciplines onderzoeken of er een maatjesproject opgestart kan worden vanuit het verpleeghuis.

Ga kijken of er vrijwilligers beschikbaar zijn die 1x per week en paar uurtjes met de dementerende willen optrekken. Kijk of familieleden genegen zijn deel te nemen aan activiteiten.

Onderzoek of er mogelijkheid is om de maatschappelijke stages te laten plaatsvinden binnen het verpleeghuis. Betrek de omgeving van het verpleeghuis er meer bij. Misschien kan de peuterspeelzaal 1x per maand op bezoek komen. Of kun je samen iets opstarten met lokale basisscholen.

9. Privacy en vrijheid

Geef de dementerende vrijheid en privacy. Kijk wat het hoogst haalbare is hierin en zorg dat de miens achter de dementie centraal staan. Zoek naar creatieve (meestal eenvoudige) oplossingen.

10. Onderzoek zorgbejegening en zorgeffect

Doe regelmatig onderzoek naar zorgbejegening en zorgeffect. Het overgrote deel van het budget wordt meestal besteed aan preventie. Is er ook onderzoek gepleegd naar de kwaliteit van de activiteiten voor dementerende? En het effect?

11. Medicatie

Kijk kritisch naar medicatie. Stella Braam schreef in haar boek dat veel dementerenden dikwijls te weinig pijnstillers krijgen toegediend. Dit is natuurlijk moeilijk te beoordelen, maar let op signalen. Sommige medicatie verhogen het valrisico. Denk aan antidepressiva (stramme loop) en Benzodiazepine (bij gebruik: 50% meer kans op vallen het breken van botten) en wat ik opvallend vond, is dat bij agressief gedrag er meer kans bestaat op een toekomstige val. Ook incontinentie en vallen hebben verband met elkaar.

12. Verpleeghuiscultuur³⁷

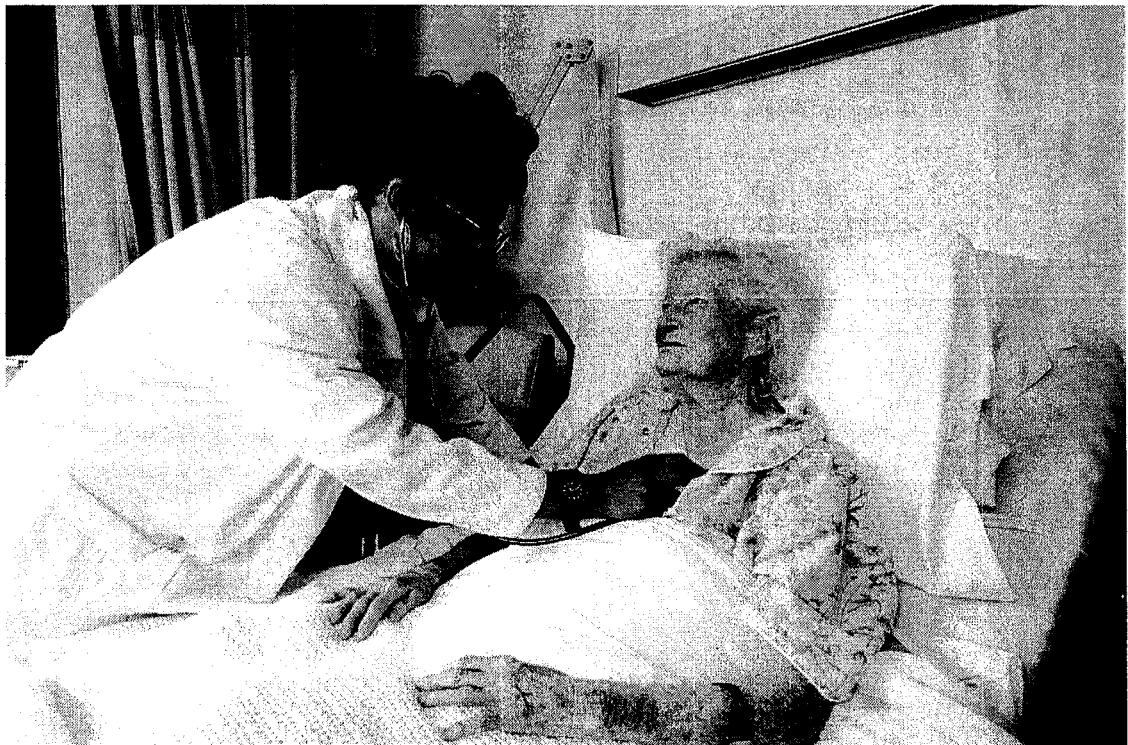
Wees je als medewerker bewust van de cultuur die binnen een verpleeghuis aanwezig is. Maar ook de aanwezigheid van subculturen op een afdeling. De buitenwereld wordt nog te vaak buitengesloten waardoor de meeste Nederlanders geen besef hebben hoe het er in een verpleeghuis aan toe gaat, totdat je er mee te maken krijgt. Wil je veranderen, begin dan bij jezelf.

Afsluitend

Vanuit een technisch-instrumentele competentie kan ik met mijn werkervaring binnen het verpleeghuis en als maatschappelijk werker in opleiding mezelf afvragen of datgene wat ik hierboven heb geschreven effectief en efficiënt is. Toch heb ik kunnen beschikken over betrouwbare kennis (via literatuurstudie), vaak geschreven door gerenommeerde personen. Ik hoop nogmaals de aandacht te trekken als het gaat om welzijn en welbevinden van onze dementerende medemens.

Normatief gezien vind ik het rechtvaardig om op te komen voor de burgerrechten van de dementerenden. Waarbij ik zeker de kanttekening wil maken dat de meeste collega's binnen het verpleeghuis mijn mening zullen delen. Door werkdruk en te weinig formatie maken we keuzes en vergeten soms de cliënt hierin. Hier vraag ik aandacht voor.

Mijn persoonlijke competentie komt tot uiting door wat ik in dit essay heb geschreven. Hier sta ik voor en ik hoop op een vernieuwing/verbetering. Een ding weet ik zeker er is geen dankbaarder werkplek te bedenken dan in een verpleeghuis. Blijf enthousiast en beleef plezier in wat je doet. Dit werkt aanstekelijk.



LITERATUURLIJST

BOEKEN

- Alzheimer stichting (2004) *Landelijk zorgprogramma dementerenden, stuurgroep jong dementerenden en landelijk dementieprogramma* (werkboek NIZW)
- Braam, S. (2005) *Ik heb Alzheimer*. Uitgeverij Nijgh & Van Ditmar
 - Duijnste, M. (1996) *Het verhaal achter de feiten*. Uitgeverij Intro, Baarn
Ingekorte praktijkversie van het proefschrift: de belasting van familieleden van dementerenden.
 - Feil, N. (1990 tweede druk, 2^e oplage) *Validation. Een nieuwe benadering in de omgang met demente bejaarden*. Uitgeverij Versluys bv, Almere
(vertaald door Irene de Wilde en bewerkt door Cora van der Kooij)
 - Nederlandse vereniging voor maatschappelijk werkers: beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, 1e druk januari 2006
 - Rommel W., Declercq A, Clercq J. de, Audenhove, Ch. van., Larnmertyn F.,
Tussen Autonomie en geborgenheid: Dementerende ouderen en hun omgeving. Uitgeverij
Garant Leuven/Apeldoorn.
Visie en ervaringen rond het thema materiele omgeving en dementerenden.
 - Stokes, G. (1996 NL vertaling) *Probleemgedrag bij demente ouderen 1 Agressie. Signalering, preventie en aanpak* Uitgeverij Intro, Baarn
 - Stokes, G. (1996 NL vertaling) *Probleemgedrag bij demente ouderen 2 Schreeuwen en gillen. Signalering, preventie en aanpak* Uitgeverij Intro, Baarn.
 - Stokes, G. (1996 NL vertaling) *Probleemgedrag bij demente ouderen 3 Incontinentie. Signalering, preventie en aanpak* Uitgeverij Intro, Baarn
 - Stokes, G. (1996 NL vertaling) *Probleemgedrag bij demente ouderen 4 Dolen en dwalen.. Signalering, preventie en aanpak* Uitgeverij Intro, Baarn
 - The, A.M. (2005) *In de wachtkamer van de dood*. Uitgeverij Thoeis

TIJDSCHRIFTEN

- Tijdschrift voor Verzorgenden, 22 november 2007 speciaal themanummer: kleinschalig wonen
- Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric, jaargang 18, oktober en december 2006
jaargang 19, februari, april, juni en augustus 2007

SYMPOSIA

- "Een nieuwe wind" d.d. 19 september jl. in Zwolle
- Zorgcoördinatie rondom dementie, symposium in Talma Hof d.d. 25 september jl. m.m.v. Stella Braann.
- Bijwonen van opening Alzheimercafe in Emmeloord d.d. 9 oktober jl. met medewerking (lezingen) van MCC Flevoland en Alzheimer-stichting.

INTERNETSITES

www.kenniscentrumwonzorg.nl Arcades en Aede databank voor projecten
www.wonenmetdementie.nl Actuele informatie over kleinschalig wonen
[y^ww.sürnwonenmetóementie^nl](http://www.sürnwonenmetóementie.nl) Databank voor professionele zorgverleners
www.domoticawonenzorg.nl Site van kenniscirkel Domotica voor wonen en zorg
www.opkopzorg.nl Informatie van Min. Van VWS over combinaties van wonen en zorg
www.niveL.nl Richtlijn" het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn"
v , , ' M x i - !.' Archief Mediator: special over ouderen en depressie
www.vvz.nl Overzicht aan publicaties over kleinschalig wonen
www.trimbosinstituut.nl onderzoeksgegevens over dementie

INTERVIEWS

Verpleeghuis Talma Hof, EEmmeloord

Mevrouw T. Schreur, maatschappelijk werkende

Mevrouw B. **Dopmeijer, Manager V&V** (verzorging en verpleging) PG.

Mevrouw A. **Groenenberg**, directeur a.i.

Werkbezoek aan verpleeghuis Batting in Harlingen

Werkbezoek aan verpleeghuis Myosotis te Kampen

Bijlage 1 De belangrijkste symptomen van dementie

Het geheugen

Als eerste merken we stoornissen in het korte termijngeheugen. Dat wil zeggen de recente gebeurtenissen en nieuwe indrukken. De persoon in kwestie weet b.v. niet meer of en wat hij of zij zojuist heeft gegeten. Een spelletje kaart spelen gaat niet meer zo goed. Iemand vraagt steeds weer dezelfde dingen en herhaalt vragen 2: onder dit zelf in de gaten te hebben. Zowel betrokkene, als de omgeving heeft hier last van. Hoewel het voor de omgeving lastig is, ervaart de dementerende het telkens weer als een nieuwe vraag. Elke keer is voor hen de eerste keer.

Oriëntatie in tijd, plaats en persoon

Iedereen heeft een soort ingebouwde tijds klok. Over het algemeen weet je welke tijd het is, welke dag en welke datum. Wanneer dit gevoel van tijd hapert, spreken we van desoriëntatie in tijd. De dementerende weet niet welke dag het is, welk jaar en welk jaargetijde. Ook het verschil tussen ochtend en avond is hen vreemd. Vandaar vaak de nachtelijke onrust. Het dag- en nachtritme zijn verstoord.

Wanneer iemand niet meer weet waar hij of zij woont, waar hij of zij is, of de weg kwijtraakt, zowel binnen- als buitenhuis, is er sprake van desoriëntatie in plaats.

Desoriëntatie in persoon wil zeggen dat ze geen bekende mensen meer herkennen. Vaak hoor je dementerenden vragen om hun moeder, terwijl deze b.v. al jaren is overleden.

Het lange termijngeheugen

Het langere tijd onthouden van informatie en vasthouden van vroegere kennis kan verloren gaan. In het algemeen is het zo dat nieuwe informatie het snelst verloren gaat en dat informatie, die al heel lang in het geheugen zit, het best bewaard blijft. Uiteindelijk zullen ook deze oude herinneringen afbrokkelen. Vaak kunnen dementerenden nog veel vertellen over hun jeugd, maar iets wat vorige week of vanochtend heeft plaatsgevonden weten ze niet meer. Voor de omgeving is het vervelend steeds hetzelfde verhaal te horen, maar voor ouderen is het hun houvast in de realiteit.

Afasie

Er kunnen problemen optreden in het vinden van woorden. De dementerende kan dingen die hij ziet of hoort niet mee benoemen. Iemand kan bijvoorbeeld nog wel zijn fiets uit de schuur halen en erop rijden, maar kan het woord fiets niet meer zeggen. Anderen kunnen nog goede zinnen vormen, maar hebben er erg veel tijd voor nodig. Ook worden woorden weggelaten, of vervormd tot heel andere woorden. Het kan gebeuren dat de oudere steeds dezelfde woorden gaat herhalen en dat meerdere malen op een dag.

Als afasie het gevolg is van een beroerte of een hersenbloeding is er meestal geen sprake van dementie. Afasie kan dus ook afzonderlijk optreden.

Apraxie

Een andere groep heeft te maken met het niet meer kunnen verrichten van alledaagse activiteiten zoals aankleden, eten, knoopjes dichtmaken. Ondanks het feit dat de mensen niet gehandicapt zijn en hun spieren goed werken, kunnen ze alledaagse handelingen niet meer uitvoeren. B.v. een broek over het hoofd willen

aantrekken alsof het een hemd is. Of thee inschenken in een suikerpot. Hoe gebruik je een schaar of bestek?

Agnosie

Het herkennen en begrijpen van voorwerpen, geluiden, geuren, etc. kan eveneens gestoord zijn. Belangrijk is dat iemand wel goed kan zien, horen, ruiken en voelen maar het niet herkent. Zo kan iemand een pen voor zich hebben liggen en wil gaan schrijven, maar de persoon herkent de pen niet als een voorwerp waarmee je kunt schrijven en schrijft niet. Of men ruikt wel iets, maar herkent de geur niet meer als het gas van het fornuis openstaat. Men hoort de telefoon rinkelen, maar laat de hoorn op de haak. Deze herkenningsstoornissen kunnen bij alle zintuigen voorkomen.

Veranderingen in de persoonlijkheid en de stemming

In het begin van de ziekte komt vaak een depressieve stemming en het in zichzelf gekeerd zijn voor. Dit heeft te maken met de moeite die men heeft om de achteruitgang te aanvaarden en te verwerken. Gevoelens van onmacht, wrok tot openlijke boosheid kunnen voorkomen. De dementerende oudere raakt sneller geëmotioneerd, kan zo gaan huilen, maar ook weer lachen.

De stemming kan snel omslaan. Meestal is deze depressief, angstig en vijandig achterdochtig. De persoonlijkheid of het karakter kunnen veranderen. Sommigen veranderen in hun tegendeel. Een accuraat en ordenende persoonlijkheid, verandert in een nonchalante sloddervos. Een lieve rustige dame wordt agressief en onhandelbaar. Bij anderen verandert de persoonlijkheid in die zin dat al aanwezige trekjes verscherpt worden. Iemand die altijd wantrouwend is geweest, wordt vreselijk achterdochtig.

In het begin van het dementeringsproces kan de persoon nogal rusteloos worden en doelloze activiteiten herhalen (ijsberen). Later blijft hij of zij vaak zitten en kan men zelfs problemen krijgen met het lopen.

Ook zien we dat mensen ontremd raken en zich minder storen aan gebruikelijke waarden en normen. Een keurige man raakt seksueel ontremd. Interesseverlies treedt meestal op. Dit is op zich begrijpelijk als je bedenkt dat iemand niet alles meer kan overzien.

Mensen die beginnen te dementeren, merken zelf meestal goed dat de dingen niet meer gaan zoals ze gewoonlijk plaatsvonden. Ze vergeten vaak iets, gaan spullen verstoppert, raken de weg kwijt en kunnen niet meer goed uit hun woorden komen. Een gevoel van onmacht en angst maakt hen meester. De wereld glijdt onder hen vandaan. Het verlies gevoel maakt hen depressief en somber. Angstig om wat komen gaat. Niet iedereen reageert hetzelfde. Sommigen reageren met woede en agressief. Anderen proberen het te ontkennen en camoufleren. Dat verbloemen heeft een fagade.

De dementerende probeert de open gaten op te vullen. Hij zal proberen gebeurtenissen uit het verleden, die hij zich niet goed herinnert, aan te vullen. Zo ontstaan warrige verhalen, maar ook onwaarheden. Meestal niet bewust, maar wel vanuit een behoefte om volledig te zijn. Men probeert op allerlei manieren de wereld om zich heen vast te houden en weer op te bouwen. Men zoekt naar veiligheid. Van vroeger is bij gebleven dat geld en sleutels belangrijk zijn. Men verstopt ze tot wanhoop van hun naasten. Vooral omdat men zelf niet meer weet, waar men ze verstopt heeft.

E3ijlage 2 Verschijnselen van demientie

Er zijn verschillende vormen van demientie. De bekendste is seniele demientie van het Alzheimerstype. Bij dementering is er sprake van beschadiging en of afsterven van hersencellen. Er wordt veel onderzoek naar demientie gedaan.

De meest frequent voorkomende zijn:

- de ziekte van Alzheimer
- Vasculaire demientie
- Fronttemporale demientie

Daarnaast komende de volgende vormen van demientie regelmatig voor:

- Lewy-body demientie
- Demientie bij multiple sclerose
- Parkinsondemientie
- Demientie paralytica == neurolues

Zelden komen voor:

- Aidsdemientie
- Chorea van Huntington
- Multisys>teem atrofieën
- 2'iekte van Creutzfeld-Jakob
- Leukodsytrofieën

Demientie en depressie lijken bij ouderen vaak onvermijdelijk met elkaar verbonden. Toch blijkt dat er significante verschillen zijn en dat depressie, mits op tijd gesignaleerd, goed te behandelen is. Het lijkt erop dat een depressie die niet behandeld wordt een dementerend proces in de hand kan werken of zelfs versnellen.

Demientie en depressie

Symptomen van depressie worden bij ouderen minder snel herkend. Toch komt depressie veel voor bij ouderen. Het wordt de stille epidemie onder ouderen genoemd.

Van de verpleeghuisbewoners lijdt zo'n 45 procent aan depressie of angstklachten. Allochtone ouderen hebben een verhoogd risico voor depressie. In 2005 waren er zo'n 450.000 ouderen bekend met depressie.

Demientie en depressie zijn verschillende aandoeningen. Toch is het vaak moeilijk om depressie en demientie uit elkaar te houden. Sommige symptomen lijken op elkaar. Een depressieve oudere is b.v. ook vergeetachtig net als een dementerende. Vertraging van gedrag en energieverlies komen bij beide voor. Toch zijn er duidelijke verschillen.

Bij demientie staat geheugenverlies op de voorgrond. Bij depressie draait het om sombere stemmingen of interesseverlies. Een dementerende kan nog wel genieten van het leven. Depressie begint vrij plotseling en ontwikkelt zich snel. Demientie kenmerkt zich door een onduidelijk en sluipend begin. Vergeetachtigheid heeft bij depressie een andere oorzaak als bij demientie. Een depressieve oudere interesseert zich nergens voor en kan zich moeilijk concentreren. Daardoor vergeet hij alles.

Er is geen sprake van echte geheugenstoornis. Bij dementie is de aandacht er wel, maar blokkeert het geheugen. Bij dementie zijn er stoornissen in taal en coördinatie. Dit is niet aanwezig bij een depressie.

Hoger opgeleide mensen kunnen een beginnende dementie langer verbergen. Ze compenseren door trucjes. Dit kan niet bij een depressie. Als laatste: dementie is niet te behandelen, depressies echter wel. Vaak wordt een depressie bij een oudere niet herkend, dus ook niet behandeld.

De diagnose is moeilijk vast te stellen. Men zoekt minder snel hulp en men wil het niet erkennen. Ouderen klagen eerder over lichamelijke klachten. Ik voel me ongelukkig, wordt al gauw ik voel me niet lekker. Ook zijn ze bang niet begrepen te worden. Artsen en ook hulpverleners denken dat een depressie hoort bij het ouder worden. Het is niet verwonderlijk dat men somber wordt; het lichaam wil niet meer, dierbaren overlijden, vergeetachtigheid, etc. Een behandeling is effectief mits de depressie op tijd wordt geconstateerd. 20 tot 40% (bron: onderzoek Trimbosinstituut) van de beginnende dementerende lijdt aan een depressie. Bij gevorderde dementie is dit moeilijk vast te stellen. Dementie kan de oorzaak zijn van de depressie. Bewust worden van het eigen verminderd functioneren. Omgekeerd is niet mogelijk, althans niet wetenschappelijk onderbouwd. Een depressie kan wel een voorteken zijn voor een beginnende dementie. Het lijkt elkaar te versterken. NIVEL heeft richtlijnen opgesteld speciaal bedoeld voor verzorgenden in het verpleeg- en verzorgingshuis. Hier wordt de plezierige activiteitenmethode besproken. In het kort komt het hier op neer: ouderen die weer plezierige activiteiten ondernemen, hebben minder tijd om te tobben of te piekeren. Hierdoor verminderen de klachten. Hiervoor is wel belevingsgerichte zorg noodzakelijk. Het maken van een levensloop is dus uitermate belangrijk! Daarnaast kan een psychologe bruikbare tips geven aan het verplegend personeel.

Bijlage 3 Oorzaken van dementie

Dementieel beeld door lichamelijke factoren

Een dementieel beeld kan veroorzaakt worden door veranderingen van bloedvaten in de hersenen en ontspoorde stollingsprocessen. Hetzelfde geldt voor allerlei zeldzame aandoeningen van de interne organen. Lichamelijke factoren die een oorzaak of een dementering kunnen verergeren zijn o.a.

- vitaminetekort;
- verkeerd of teveel medicijngebruik;
- teveel alcoholgebruik;
- clietfouten.

Ook kan er sprake zijn van een depressie die op dementering lijkt. Bij een goede behandeling blijkt soms dat het ziektebeeld te verbeteren valt. Dit lukt niet altijd.

Erfelijke factoren

Uit wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld dat erfelijkheid bij sommige vormen van dementie een rol zou kunnen spelen.

Dementeringsproces wat verergerd wordt door psychosociale factoren

Hiermee bedoelen we allerlei gebeurtenissen en ervaringen in het leven van mensen, die op hun geestelijk welbevinden van invloed kunnen zijn., Oudere mensen maken veel verlieservaringen mee; overlijden van dierbaren. Maar ook het verlies allerlei taken die zij hadden, zoals het deelnemen van het arbeidsproces, opvoeding van kinderen. Door het wegvallen en daarmee het gevoel van eigenwaarde die aan deze activiteiten ontleend kunnen worden, valt vaak een stuk status weg. Financiële veranderingen zijn het gevolg en ook geen invulling van de dag hebben.

Dit leidt tot somberheid, depressies. Mensen worden hierdoor kwetsbaarder, wat het dementeringsproces kan bevorderen en versnellen. Lichamelijke, geestelijke maar ook sociale veranderingen kunnen diep ingrijpen. Ouderen teven soms heel geïsoleerd en krijgen door hun slechte gehoor- en gezichtsvermogen minder prikkels. Hetgeen eveneens een dementeringsproces kan bevorderen.

Zodra men vermoedt dat er een dementeringsproces op gang is, is het van belang een lichamelijk onderzoek te verrichten om zo uit te sluiten dat er een lichamelijk oorzaak is voor het demente gedrag. Er kan iets anders aan de hand zijn, wat men onderkent, omdat men alles op ouderdom schuift. Als blijkt dat er geen lichamelijke klachten zijn en dat het gedrag toch te maken heeft met een beginnende dementie, dan wordt het moeilijk. Dit is onomkeerbaar. Beschadigd hersenweefsel krijgt zijn functie niet meer terug. Soms wordt een bepaalde functie door andere hersendelen overgenomen en is er enig herstel, maar men functioneert nooit meer zoals vroeger.

Bijlage 4 Fases van dementie

Het dementerende proces kent drie herkenbare fases.

Fase 1: beginnende dementie

Verschijnselen en signalen:

- Overzichtsverlies. Hierdoor ontstaan problemen in het verrichten van het huishouden. Complexe taken gaan fout evenals het plannen van activiteiten.
- Moeite met het verwerven van nieuwe informatie (inprentingstoornis), het zich herinneren van recente gebeurtenissen (geheugenstoornis). Hierdoor worden persoonlijke bezittingen op verkeerde plaatsen opgeborgen, of ze raken weg en wordt recent meegedeelde informatie af en toe vergieten.
- Oriëntatie in tijd (datum, dag van de week, tijdstip) en plaats (vooral in een nieuwe omgeving) is in beperkte mate gestoord (af en toe en/of allebei).
- Gewone problemen oplossen en redeneren zijn duidelijk gestoord.
- Het spreken en gesprekken worden oppervlakkig.
- De persoon kan emotioneel labiel of bot worden.
- De persoon is eerder prikkelbaar en achterdochtig.
- Lichte apraxie.

- Relatieproblemen, problemen in het gezin en sociale conflicten.

Beleving van de dementerende

Gevoelens van onzekerheid en onveiligheid. De oudere voelt dat er iets gebeurt en dreigt de greep op zichzelf en zijn levensgeschiedenis te verliezen.. Hij kan zich niet herinneren wat er net is gebeurd. Het overzicht over de omgeving en de greep op tijd lijken te veranderen. Een reactie hierop kan zijn ontkenning of fagadegedrag. Het wordt steeds moeilijker om contact met de werkelijkheid te handhaven. Gevoelens van angst, depressieve stemmingen en radeloosheid treden op de voorgrond.

Fase 2: matige dementie (het verdwaalde ik)

Verschijnselen en signalen:

- Verlies van overzicht over het algemeen dagelijks leven.
- Ernstige problemen bij plannen.
- Problemen bij het beoordelen van nieuwe informatie.
- Ernstige geheugenproblemen voor nieuwe informatie
- Hiaten in het geheugen van persoonlijke informatie en het lange termijn geheugen.
- Verminderd tijdsbesef.
- Verlies van oriëntatie in plaats, vooral in een nieuwe omgeving.
- Moeite met herkennen van nieuwe personen.
- Niet op de woorden kunnen komen.
- Vaak achterdocht doordat er geen grip meer is op de situatie.
- De persoon kan niet meer onafhankelijk functioneren.
- Wisselend decorumverlies.
- Soms insulten.

Beleving van de dementerende

De greep op de eigen levensgeschiedenis dreigt verloren te gaan. Hele stukken van vroeger zijn weg. De dementerende is erin verdwaald geraakt.

Dit dreigt ook voor de omgeving. De dementerende wijst vaak inmenging af en probeert de situatie onder controle te houden. Men weet niet meer in welk jaar en welke maand we leven. Dag en nacht worden door elkaar gehaald. Buiten soms ook binnen het eigen huis kent men de weg niet meer. De persoon begint zich te vervreemden van het eigen lichaam en zelfverzorging na te laten. Als hij verdwaalt, komen er gevoelens van onzekerheid, angst, paniek of men heeft een apathische houding. Om te redden wat er te redden valt, worden ze kwaad, bieden weerstand en proberen de façade op te houden. Dit gedrag moet niet gezien worden als liegen, maar voor hen is dit het verlangen om eigen integriteit te behouden. Men heeft behoefte aan steunpunten. In deze fase treden de meeste gedragsstoornissen op de voorgrond. Dan houdt de dementerende hulp af, wordt achterdochtig of agressief. De omgeving voelt zich machteloos. Deze fase is voor het systeem rondom de dementerende en de hulpverleners vaak het moeilijkst.

Fase 3: ernstige dementie (het verzonken ik)

Verschijselen en signalen:

- Ernstige geheugenstoornissen. Nieuwe informatie wordt niet onthouden. Het ophalen van oude herinneringen is ernstig verstoord. Herinneringvervalsingen om zo de hiaten in het geheugen op te vullen komen in dit stadium zelden voor. Zo nu en dan wordt het nog gezien bij begaafde en intelligente personen.
- Alle aspecten van oriëntatie zijn ernstig verstoord, maar de oriëntatie in persoon kan langer behouden blijven.
- Het vermogen tot oplossen van problemen en redeneren is verdwenen.
- Het taalgebruik is ernstig verstoord of afwezig.
- Er kunnen snel voorbijgaande of van inhoud wisselende verwarde periodes optreden.
- Wanen en hallucinaties komen voor.
- Epileptische insulten kunnen regelmatig optreden.
- Omkering van het dag- en nachtritme.
- Gedragsproblemen, zoals vlagen van agressie, roepen, verzet overgaand in emotionele vervlakking.
- Persoon herkent zijn eigen spiegelbeeld niet meer.
- De dementerende kan niet meer zelfstandig leven; de zelfzorg is ernstig verstoord en ongerichte handelingen worden herhaald.
- In dit stadium treedt bijna altijd incontinentie voor urine en ontlasting op.
- Mobiliteitsproblemen, vaak parkinsonisme. Zelfstandig zitten wordt een probleem. Op het eind van fase 3 is de dementerende vaak spastisch en ligt in een foetushouding.
- Eten en drinken gaat zeer moeizaam, men vergeet b.v. door te slikken (slikproblemen).

In dit stadium van dementie is een aantal van de hierboven beschreven verschijnselen niet altijd meer te objectiveren. Er moet worden aangenomen dat ze wel aanwezig zijn.

Beleving van de dementerende

In deze fase is de band met de realiteit volledig verloren gegaan. De dementerende leeft in een eigen wereld, raakt de controle over het eigen lichaam kwijt, is incontinent geworden en kan niets meer zelfstandig. Omdat lopen en bewegen moeilijker of onmogelijk worden, brengt de dementerende de meeste tijd in bed door.

De oriëntatie is geheel weggefallen. Van de omgeving is alleen de stoel of de stem van de partner nog vertrouwd. Ook is er weinig of geen besef meer van de eigen levensgeschiedenis, soms blijft alleen nog "moeder" over. Communicatie is niet meer mogelijk. De werkelijkheid wordt alleen nog via gevoelens van prettig of onprettig ervaren. Het gedrag is mild. Weerstand en achterdocht zijn verdwenen. De noodzakelijke levensbehoeften staan centraal.

Fase 3 kan heel lang duren, waardoor het moeilijk is voor de familie omdat de dementerende in hun ogen zolang moet lijden. Men heeft gevoelens van schuld omdat de dementerende in een verpleeghuis verblijft.

Zoals we al eerder benoemden, zijn er verschillende soorten van dementie. Drie hiervan zijn de meest voorkomende, maar we kennen ook een viertal vormen die ook regelmatig verschijnen.

Bijlage 5 Agressie

Agressie treedt op ten gevolge van een verslechterd geheugen en een afnemend vermogen verstandelijk te kunnen redeneren en de situatie te beoordelen. Agressie bij dementerende kun je niet alleen wijden aan het veranderen van de hersenen. Je moet altijd kijken wat er vooraf ging aan deze uiting van woede, b.v. door middel van een ABC gedragsanalyse³⁸. Agressie treedt zelden op zonder reden.

Hoewel het moeilijk te hanteren is, valt het te begrijpen als reactie op het gevoel van onmacht, op het gevoel de greep te verliezen zonder daar iets aan te kunnen doen. Het gevoel van veiligheid is weg. Agressie is voor de dementerende nog de enige manier hoe men zich kan uiten. Een dementerende kan je niet uitleggen waarom hij of zij agressief reageert.

Het zou kunnen zijn dat de dementerende zich bedreigt voelt in zijn of haar persoonlijke ruimte. Dit gebeurt bij het wassen en aankleden. Als hulpverlener weet je waarom je deze persoon intieme verzorging geeft. De dementerende is dit vergeten en ziet je als een vreemde indringer.

Agressie kan ook een uiting zijn van het eigen onvermogen. De dementerende wordt steeds meer afhankelijker van anderen. Maar ook frustratie kan een grondslag zijn voor agressie. Frustraties vanwege belemmeringen, verlangens waaraan niet tegemoet wordt gekomen.

Agressie is ook een uiting van angst of het verkeerd begrijpen van gebeurtenissen. Soms gebruiken ouderen het om te manipuleren, om zo te proberen toch hun zin te krijgen, of juist om zo meer aandacht te krijgen.

Er kan ook sprake zijn van secundaire agressie. Er wordt b.v. door de zorgverlener uiting gegeven aan een ander ongewenst gedrag b.v. dwalen. Hierop wordt door de zorgverlener gereageerd, wat een agressieve reactie oproept bij de dementerende.

Omgeving en agressie

Gedrag wordt beïnvloed door de omgeving. Verpleeg- en verzorgingshuizen worden zelden gekenmerkt als stabiliteit en rust. Er zijn voortdurende personeelwisselingen en er is een gebrek aan privacy.

Als er sprake is van weinig tot geen activiteit, verveling en wachten tot het eten komt en de dementerende moet zijn dagen slijten in een kleine huiskamer, kan men gefrustreerd raken, waarbij gewelddadige reacties onvermijdelijk zijn.

Als groepswonen inhoudt dat in de slaapvertrekken meerdere ouderen bij elkaar slapen, welke overdag geen contact met elkaar hebben gehad, kan er een gevoel van wantrouwen naar elkaar ontstaan.

Uniforme kleuren en gebrek aan informatie waardoor bewoners moeilijk de weg kunnen vinden, kunnen leiden tot desoriëntatie. Dit leidt tot confrontatie; de bewoner loopt misschien wel de verkeerde slaapkamer binnen of is op zoek naar het toilet.

Preventie van agressie

De behandeling van agressie begint eigenlijk al bij de preventie ervan. Voorkomen is beter dan genezen. Maak de kans op een traumatische ervaring zo klein mogelijk. Goede opnameprocedures kunnen voorkomen dat iemand in een periode van onvrijwillige, stressrijke verandering in zijn leven agressief gedrag gaat ontwikkelen. Toon belangstelling, stel de nieuwe bewoner voor aan de anderen.

A= activerende gebeurtenis, B= betreffende gedrag en C= consequentie.

Probeer zoveel mogelijk de zelfstandigheid aan te moedigen en help het slechte geheugen te compenseren. Zorg voor activiteiten die passend zijn en respecteer de individualiteit. Pas de R.O.T³⁹ toe. Als aanvulling op het praat-element van R.O.T kun je werken met oriëntatiepunten zodat de bewoner meer bewust wordt van zijn omgeving. De R.O.T. wordt verderop in dit hoofdstuk uitgelegd.

Omgaan van agressie

Als een dementerende lichamelijk of verbale agressie gebruikt, is het belangrijk dat je het volgende in ieder geval niet doet:

- Ga geen confrontatie aan.
- Vat.de beschuldiging niet persoonlijk op.
- Verhef nietje stem.
- Probeer de agressieve oudere niet weg te voeren en zoek geen vormen van lichamelijk contact.
- Benader de dementerende niet te snel en benader de oudere nooit van achteren.
- Breng de dementerende niet in het nauw.
- Haal er niet teveel andere mensen bij.
- Probeer de oudere niet te plagen of belachelijk te maken.
- Probeer de dementerende niet vast te binden.
- Toon zelf geen angst, onzekerheid of paniek. Dit kan de dementerende aanmoedigen, omdat de oudere voelt dat je het niet aankan.

Tijdens een agressieve uitbarsting moet je zelfverzekerd en goed voorbereid optreden en weten van er van je verwacht wordt.

Aanbevolen is:

- Blijf rustig.
- Respecteer de persoonlijke ruimte van de oudere. Houdt afstand en laat de persoon blijven waar hij is.
- Maak de oudere duidelijk dat er hem of haar niets vervelends zal overkomen.
- Vraag andere bewoners (indien nodig) zich terug te trekken.
- Vraag de oudere wat hem of haar dwarszit.
- Stimuleer de oudere om de boosheid uit te spreken i.p.v. af te reageren.
- Eïed alternatieven aan voor het agressieve gedrag (b.v. zullen we een eindje gaan lopen? Heeft u zin in een kopje thee?
- Leidt de aandacht af. (denk aan R.O.T)
- Probeer de eerst verantwoordelijke verzorgende erbij te halen (dit is een verzorgende die het meest van de bewoner afweet en een goede band heeft opgebouwd).

Als er sprake is van ernstig gevaar voor de agressieve oudere of een medebewoner, is het noodzaak snel en rustig te reageren.

Twee hulpverleners zijn dan nodig. Zorg ervoor dat je geen voorwerpen bij je draagt die de agressieve oudere kan pakken om zichzelf of jou mee te verwonden.

Spreek rustig, maar op een zakelijke toon. Leg uit wat je doet en geef commentaar. Probeer de persoon af te leiden. Dit laatste is vaak een effectieve manier. Probeer een onderwerp aan te snijden die de aandacht zal trekken.

Bijlage 6 Schreeuwen en gillen

Allereerst *moet* er gekeken worden of er geen sprake is van pijn of een reden voor alarm. Als je hebt vastgesteld dat er sprake is van een probleem met een sociaal gevolg, is het belangrijk te gaan begrijpen waarom men dit doet.

Allereerst kan er sprake zijn van zelfstimulering. Mensen hebben verschillende zelfstimuleringsniveaus nodig om te blijven functioneren.

E**j** de dementerende is er nog wel eens sprake van gebrek aan bezigheden, verveling en eenzaamheid. Door lawaai te maken kan de oudere een eind maken aan een onaangenaam gebrek aan stimulering in de omgeving. Doordat anderen hierop gaan reageren (protesteren, klagen) kan er zelf sprake zijn van toename van zintuiglijke zelfstimulering.

Een andere meer verklaarbare reden is aandacht vragen. Door te roepen dwing je zorgverleners meer aandacht en tijd aan je te besteden.

Dikwijls gebeurt het schreeuwen in de nacht. Veel dementerenden leiden aan slapeloosheid. Ouderen hebben niet veel meer dan vijf tot zes uur slaap nodig. Wakker liggen in het donker terwijl het stil is kan een onaangenaam gemis van zintuiglijke zelfstimulering, vooral bij geheugenverlies.

Door dit slechte geheugen kan het ook gebeuren dat verwarde ouderen onafgebroken roepen om een geliefde van wie ze niet kunnen onthouden waar deze is, ook al wordt het nog zo vaak verteld.

Geschreeuw kan ook het gevolg zijn van stress. Een verhuizing of juist een recentelijk opname in het verpleeghuis kan leiden tot gevoelens van desoriëntatie en onzekerheid. Gevolg is angst en schreeuwen. Het zingen van een liedje kan hier soms bij helpen.

Naast gebrek aan zintuiglijke prikkels kan er ook sprake zijn van overstimulering waardoor de oudere gaat schreeuwen. Een drukke, lawaaierige omgeving of het herhaaldelijk aanspreken met dezelfde instructie kan leiden tot geschreeuw.

In verpleeghuizen zie je dit dikwijls gebeuren tijdens de maaltijden.

De omgeving kan aanzetten tot schreeuwen

In sommige verzorgings- en verpleeghuizen is het normaal dat bewoners de hele dag niets doen. Verveelde bewoners brengen de hele dag door met zitten of liggen. Alleen de maaltijden is een activiteit om naar uit te kijken. Hoewel bewoners de hele dag voortdurend in gezelschap zijn van anderen, praten ze maar gemiddeld acht minuten per uur. Meestal praten ze met andere be^woners omdat het personeel alleen tijd heeft als ze iets voor de bewoner moeten doen.

De meest verwarde ouderen worden vaak minder betrokken bij de gesprekken of zelfs genegeerd. Althans totdat ze aandacht vragen d.m.v. b.v. schreeuwen of gillen. Door *deze* aandacht worden ze gevleid.

Er zijn huizen waarbij zorgverleners de televisie de hele dag laten aanstaan. Dit achtergrondgeluid gaat op den duur irriteren wat kan leiden tot overs>timulering.

Als de dementerende hun persoonlijke bezittingen verliezen, verliezen ze daarmee ook de herinnering of prestaties die hiermee gepaard gaan. Langzaam vervaagd het verleden en bekruipt de angst wat kan leiden tot gegil.

Onvoorspelbare procedures vanuit de instellingen zoals variabele tijdstippen voor maaltijden, onvoldoende verlichting (ook 's nachts) personeelwisselingen zijn allemaal redenen voor desoriëntatie. Wat zoveel mogelijk voorkomen moet worden (denk aan R.O.T.).

De nachten kunnen ook in de hand werken dat ouderen gaan schreeuwen. Ouderen brengen vele uren onafgebroken in bed door, niet omdat ze dat zelf willen, maar omdat het personeel dit beter uitkomt. Het strak vasthouden aan een bepaalde routine kan betekenen dat iedere oudere op dezelfde tijd naar bed wordt gebracht, ongeacht of ze moe zijn. Gevolg kan zijn rusteloosheid en ongewenste opschudding. Dit zal vaker voorkomen bij bewoners die niets te doen hebben en dus vaker tijd voor een dutje overdag. Bij een oudere die doof of blind is, is de kans op zintuiglijke overstimulering nog groter. Juist om de eenzaamheid en eentonigheid te doorbreken.

Probleemgedrag vraagt om een oplossing. Niet altijd wordt er nauwkeurig gekeken naar wat mogelijk is. Zo zal een verzorgingshuisbewoner misschien een indicatie krijgen voor het verpleeghuis terwijl deze verandering nog meer desoriëntatie teweergezal brengen en kan de verpleeghuisbewoner meer rustgevend medicatie verwachten, wat een fitte bewoner verandert in een suffige afhankelijke persoon.

Omgaan met schreeuwen en gillen

(Beschreeuw en gegil is geen gedrag wat voortdurend doorgaat. Zelf de lawaaiigste bewoner schreeuwt niet constant. Om het te begrijpen is het belangrijk om hier de ABC gedragsanalyse te gebruiken.

Straf door middel van het verwijderen van de bewoner naar een andere ruimte is niet aan te bevelen. Beter is het te zoeken naar een beloning voor gewenst gedrag. Hierbij moet je zoeken naar aantrekkelijke beloningen (vaak in de vorm van meer aandacht en afleiding).

Dit beloningssysteem zal wel consequent moeten worden doorgevoerd, 24 uur per dag, 7 dagen per week ongeacht welk personeel aanwezig is. Variabelen hierin werken averechts.

Beter dan manieren te zoeken om het probleem aan te pakken als het zich al eenmaal voordoet, is te zorgen dat er overdag meer gebeurt, zodat het probleemgedrag achterwege blijft.

Het aanbieden van activiteiten is een goede tijdsbesteding voor dementerenden. Niet iedere bewoner vindt het leuk om te knutselen. Probeer na te gaan wat de dementerende vroeger aan hobby's heeft gehad. Ook het uitvoeren van kleine huishoudelijke taken kan verveling tegengaan.

Voor iemand met een handicap (b.v. slechtziend of slechthorend) moet er een passende activiteit gevonden worden.

Naast een passende activiteit is eenzaamheid iets wat bestreden moet worden. Zorg dat er sociale contacten ontstaan tussen bewoners. Houd kleine groepjes, zodat men vertrouwd is met elkaar. Als je er niet in slaagt om familieleden en vrienden te bewegen regelmatig op bezoek te komen, probeer dan een vrijwilliger aan te trekken om de oudere te bezoeken (denk b.v. aan het opzetten een maatjesproject voor verpleeghuisbewoners).

Lichamelijke activiteiten kunnen de behoefte aan beweging bevredigen. Ga regelmatig de tuin in of loop een rondje in de wijk of (indien aanwezig) in het park. Als je bedenkt hoeveel de zintuigen te verwerken krijgen als je in een tuin of in de vrije natuur loopt, kun je voorstellen dat dit juist voor een dementerende met of

zonder handicap een prima activiteit is. De inspanning mag niet te vermoeiend zijn. Denk aan rolstoelen daar de mobiliteit van dementerende afneemt naarmate het proces vordert. Zet een bed buiten in de schaduw en laat de dementerende "genieten" van zon, frisse lucht en de geluiden van buiten, blijf wel in de buurt en houdt rekening met insecten en ongedierte.

Bijlage 7 Incontinentie

Ongeveer 50% van de bewoners op een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis zijn incontinent van urine, daarnaast is 20% af en toe incontinent. Incontinentie van feces komt veel minder voor en vooral voor bij dementerende waarbij de dementie al in een vergevorderd stadium is (fase 3).

Helaas denken veel mensen dat er weinig aan te doen is als iemand die lijdt aan geheugenverlies, incontinent wordt. Personeelsleden die zo veel mogelijk aandacht willen besteden aan de kwaliteit van het leven en die op de juiste wijze leren hoe er ingegrepen kan worden, zien verbetering of soms zelf volledig herstel.

Bij oudere mensen neemt de frequentie van het urineren dikwijls toe. Een verstoring van dit proces leidt tot incontinentie. Het is goed een onderscheid te maken tussen de persoon die zich niet van zijn handelen bewust is en iemand die wel merkt dat hij moet urineren, maar niet in staat is dit op een passende manier te doen.

Incontinentie kan wijzen op een plaatselijke afwijking aan de urinewegen.

Dit kan worden uitgesloten door een medisch onderzoek. In het geval van incontinentie is het altijd wenselijk eerst een medisch onderzoek te verrichten. Dit kan leiden tot verschillende diagnoses: b.v. stress- of inspanningsincontinentie.

Een andere oorzaak is secundair nachtelijk bedplassen. Na jaren volledige controle over de blaas tijdens de nacht kan iemand weer gaan bedplassen; tijdens de slaap is de controle over de blaas verslapt. Door het gebruik van slaapmedicatie neemt het bewustzijn af en daarmee ook de prikkel van de behoefte om te urineren.

Incontinentie kan ook optreden na een verhuizing. Door het niet herkennen van de omgeving gaat de dementerende op zoek naar een toilet, deze niet vinden om vervolgens maar ergens te gaan zitten. Ernstig geheugenverlies leidt tot desoriëntatie wat weer leidt tot dwalen. Iemand die jarenlang in hetzelfde huis heeft gewoond, vindt op een gegeven moment de toilet niet meer. Dit geheugenverlies kan de dementerende ook doen vergeten wat hij of zij nu eigenlijk wilde gaan doen.

Fysiek onvermogen kan een rechtstreeks gevolg zijn voor incontinentie. Met veel moeite heeft de dementerende het toilet bereikt vanwege mobiliteitsproblemen, maar is niet behendig genoeg om deuren te openen, op de toilet te gaan zitten of zich van zijn of haar kleding te ontdoen.

Soms treedt incontinentie op als gevolg van emotioneel trauma, zoals een sterfgeval of plotselinge verandering in omgeving.

Continent zijn, is volgens G. Strokes een aangeleerde gewoonte. De motivatie om deze gewoonte in stand te houden kan bij dementerenden door diverse factoren afnemen. B.v. ongemakkelijke voorzieningen, verandering in temperatuur, maar ook het vragen om aandacht kan door incontinentie worden bewerkstelligd. Overbezorgdheid van zorgverleners kan leiden tot afhankelijk gedrag. Als laatste moeten we kijken naar medicijngebruik. Kalmerende middelen zorgen soms voor buitensporige slaperigheid, waardoor incontinentie een gevolg kan zijn.

Grahaim Strokes is als klinisch psycholoog jarenlang werkzaam in de geestelijke zorg voor volwassenen. Hij is verbonden geweest aan het Walsgrave hospital in Conventry Engeland, met speciale aandacht voor psychische verzorging van dementerende ouderen.

Incontinentie en de omgeving

In sommige verpleeg- en verzorgingshuizen kan incontinentie voortvloeien uit de woonomgeving. De wedstrijd tussen blaas en benen wordt nog wel eens verloren door de blaas als de afstand naar het toilet groot is, zeker als je in ogenschouw neemt dat de mobiliteit voor dementerenden afneemt.

Andere omgevingsfactoren zijn hoge bedden, grote open ruimten of glimmende linoleum vloeren die voor een dementerende lijken alsof ze spiegelglad zijn. Maar ook andere obstakels op de weg naar het toilet: stoelen, tafels, etc.

Andere voor de handliggende factoren zijn kou, onvoldoende verlichting en gebrek aan privacy, die incontinentie in de hand kunnen werken.

(Been zichtbaar onderscheid tussen heren- en damestoilet, kan eveneens ontmoedigend werken. Ook het aantal ofte kleine ruimte van toiletten wat aanwezig is op de afdeling. Het ontbreken van duidelijke richtingspijlen, kleurschema's of oriëntatiepunten kan de weg naar het toilet bemoeilijken.

Soms ontbreekt de wil om continent te blijven, omdat ze zich ontreddend en onzeker voelen. Persoonlijke eigendommen ontbreken die een band vormen met het verleden. Een nare breuk kan de dementerende angstig maken.

Bij een taakgericht zorgsysteem i.p.v. een cliëntgerichte benadering wordt er gekozen voor een strakke programmering van het toiletbezoek. Personeel is alleen beschikbaar op tijden van de toiletronde en op momenten dat de bewoner een ongelukje heeft gehad en schone kleren nodig heeft. Als er gebrek is aan personeel kunnen deze toiletrondes en ongelukjes veel tijd (en aandacht) opeisen, waardoor andere bewoners "gestimuleerd" worden om ook incontinent te worden om zo aandacht te krijgen. Sommigen weten uitstekend het personeel te bespelen door aan te geven dat ze naar het toilet moeten, terwijl dit niet het geval is. Als het personeel iedere keer inspeelt op het vals alarm, nemen de verzoeken toe en daarmee ook de werkdruk van het personeel. Het instellen van vaste toilettijden, werkt afhankelijkheid in de hand en hierdoor houdt men geen rekening met de individuele behoeften van de oudere. Ook het gebrek aan privacy door toiletdeuren open te laten of door mensen lang alleen op het toilet te laten, zijn signalen van gebrek aan consideratie. Zulke negatieve ervaringen werken incontinentie in de hand.

Het gebruiken van incontinentiemateriaal kan de bewoner in verlegenheid brengen en zijn zelfrespect aantasten. Bovendien wordt het urineverlies als minder vervelend ervaren. Het gevolg hiervan is dat men nog apathischer wordt in zijn doen en laten.

Omgaan met incontinentie

Net als bij alle andere gedragsproblemen kan je proberen een analyse te maken d.m.v. het ABC model. Activiteit versus betreffend gedrag en consequentie.

Hierdoor kan worden vastgesteld of er sprake is van een vast patroon. Door tijd te nemen om de situatie rustig te beoordelen, kan worden voorkomen dat een enkel ongelukje leidt tot de stempel incontinent.

Omdat de omgeving van de oudere de aanzet kan geven tot incontinentie is het belangrijk de omgeving zodanig te veranderen dat het risico zo klein mogelijk wordt.

Zorg ervoor dat de oudere vertrouwd wordt gemaakt met de omgeving. Ook hier kan je gebruik maken van kleurcode's, richtpijlen, etc.

Een aanbrekend onderzoek van meer dan veertig jaar geleden heeft aangetoond dat toenemende verwarring tijdens de nacht niet wordt veroorzaakt door vermoeidheid, maar door het ontbreken van zintuiglijke oriëntatiepunten.

Een oplossing is het aanbrengen van nachtlampjes in de slaapkamer en op plaatsen waar de oudere 's nachts naar toe wil.

Kijk kritisch naar de inrichting van het verpleeghuis: staan er geen obstakels op de weg naar het toilet. Is de huiskamer niet te vol ingericht met meubilair. Hoe staat het met de inrichting en bouwnormen van het toilet? Is deze ruim en geeft het voldoende privacy? Is de toiletpot hoog genoeg en goed schoon en onderhouden?

Hoe staat het met de bedden? Zijn deze hoog, laag? Wordt er gebruik gemaakt van bedhekken? Etc. Ook het R.O.T. kan een waardevolle training zijn om incontinentie tegen te gaan.

Verder zijn er nog technieken voor blaascontrole: gewoonte-hertraining overdag.

Een binnen een behandelplan kan het piaspatroon van de dementerende als uitgangspunt worden genomen. Dit is vooral voor bewoners die nog in staat zijn hun gedrag aan te passen. Hiervoor zijn de starre toiletprocedures niet geschikt.

Doel is de bewoner regelmatig eraan te herinneren naar de toilet te gaan. En de bewoner te prijzen als het is gelukt.

Iedere twee uur wordt de bewoner gecontroleerd om te kijken of ze nog droog zijn. Vervolgens wordt de bewoner herinnerd om naar de toilet te gaan, waarbij de zorgverleners ze assisteren. Het resultaat wordt bijgehouden in een evaluatietabel voor gewoonte-hertraining.

Als er een duidelijk patroon aanwezig is, komt de oudere in aanmerking voor de hertraining. Uiteraard wordt het schema aangepast als bij controle blijkt dat de bewoner elke keer nat is.

Een andere methode is het bedplasalarm, wat ook wordt toegepast bij kinderen.

Onder het laken van het bed komt een urinegevoelige onderlegger. Zodra deze vochtig wordt, wordt de persoon gewekt door een bel. Het lawaai maakt dat de blaasspiers worden aangespannen zodat de urine kan worden opgehouden. Vervolgens kan de bewoner met het personeel naar het toilet of op een po. Na een aantal keren zal de oudere druk van zijn blaas associëren met het geluid van de bel en wakker worden.

Bijlage 8 Dwalen en dolen

Als de dementerende nog niet is opgenomen, hoor je verhalen dat moeder 's nachts in haar pyjama rond het vriespunt buiten is aangetroffen. Of dat ze op deuren van vreemde mensen kloppen, aanbellen in het diepst van de nacht. Of dat vader overdag aan de wandel is gegaan en door de politie wordt thuisgebracht. Ook in het verpleeghuis komt het voor dat dementerende toch wegglijpen door de voordeur en dat er alarm geslagen moet worden om de bewoner weer terug te vinden.

Dwalen is een neiging in beweging te blijven, hetzij op een doelloze verwarde manier of om een onbereikbaar doel te bereiken.

Het is goed om je te realiseren dat niet iedere verwarde ouder die erop uit gaat perse aan het dwalen is. Ze kunnen namelijk niet beredeneren aan derden waarom ze daar op dat moment worden aangetroffen. Het kan natuurlijk zijn dat de oudere juist zin had in een wandeling of uitje.

Mogelijke verklaren voor dwalen kunnen zijn de angst om verlaten te worden. Ze gaan op zoek naar de zorgverlener omdat ze zich niet meer kunnen herinneren dat deze nog maar net de kamer uit is. Ze gaan op zoek naar geruststelling. Soms gaat men op zoek naar een dierbare die voor hen onbereikbaar geworden is. Een partner die niet in het verpleeghuis woont of misschien al is overleden. Velen van hen gaan tevergeefs op zoek naar een wereld die ze zich herinneren. Op een symposium waar Stella E3raam te gast was, vertelde ze het verhaal van haar vader. Hij ging op sollicitatiegesprek of ging naar zijn werk. Oude patronen slijten moeilijk.

Een ander gaat vanuit verveling dwalen. Ze hebben niets beter te doen. Zeker als de dementerende voorafgaand aan het dementieproces een druk bestaan leidde.

Zo zijn er nog andere verklaringen te noemen op grond van eenzaamheid. Zelf in een verpleeghuis waar de dementerende met andere bewoners verblijft, kan dit gevoel sterk aanwezig zijn. Men ziet zijn of haar medebewoners als vreemden. Ook kan lopen de pijn verzachten. De lichamelijke bezigheid houdt hem of haar afgeleid van allerlei pijnen.

Het kan een ontspanning zijn voor een oudere,, Het kan goed zijn dat deze persoon vroeger zijn stress uit zijn lijf liep. Deze gewoonte houdt men aan, ook tijdens de dementie. Daarnaast zijn er nog verklaringen als toch doelloos dwalen. Men is vergeten wat hij of zij wilde gaan doen. Door de opwindning blijft men lopen. Maar ook desoriëntatie en aandacht trekken kunnen verklaringen zijn voor dwalen

De invloed van de omgeving op dwalen

Wanneer bewoners van een verpleeghuis niets tot bijna niets om handen hebben en zich eenzaam voelen, kan het voorkomen dat bewoners gaan dwalen om aandacht te trekken van medebewoners of verzorgend personeel.

Zo ook het verlies van persoonlijke bezittingen en de band die hiermee gepaard gaat. De onzekerheid en angst maken het dat mensen op zoek gaan. Veelvuldige veranderingen zullen desoriëntatie en stress in de hand werken en misschien de kans op dwalen vergroten.

Omgaan met dwalen en dolen

Als een dementerende nog niet opgenomen is, is het belangrijk dat hij of zij altijd persoonsgegevens met zich meedraagt (naam, adres telefoonnummer) in de vorm van een kaartje in zak of portemonnee. Ook kun je ervoor kiezen een label in de kleding te naaien. Of een speciaal sieraad aan te schaffen (armband, ketting).

En binnen de traditionele verpleeghuis worden deuren en ramen goed afgesloten en kan de dementerende eigenlijk niet van de afdeling af.

Met de komst van kleinschalig wonen moet er wel gekeken worden naar de veiligheid van de bewoners. Je kunt er dan voor kiezen om de voordeur en ramen goed te sluiten, maar daarnaast zou je een alarmsysteem kunnen aanbrengen in de kleding van de dementerende. Het alarm mag dan geen storend element worden in het huis. Dit kan een stil alarm zijn waarbij zorgverleners direct worden gewaarschuwd als een van de bewoners het huis of de afdeling wil verlaten.

Voor de ouderen die een druk bestaan hebben geleefd of veel lichaamsbeweging hebben gehad voor opname, zullen de neiging hebben te gaan dwalen.

Het is voor hen van groot belang dat ze bezig gehouden worden d.m.v. bewegingsoefeningen of "werken" in een tuin. Wandelingen in de buitenlucht.

Lichaamsbeweging is voor alle dementerenden van groot belang. Onderzoek heeft aangetoond dat ouderen die voldoende bewegen en waarbij wel dementie is gediagnosticeerd, het dementieproces langzamer verloopt dan ouderen die de hele dag niets te doen hebben en weinig bewegen.

Bijlage 9 Validation stadia

Stadium 1: oriëntatieproblemen

EEmotionele kenmerken van dit stadium zijn:

- Herhalen van onverwerkte conflicten.
- Vastklampen aan huidige realiteit.
- Eüewust van de verwarring.
- Humor.
- Ontkent gevoelens van woede, angst, eenzaamheid.
- Legt de schuld van deze verliezen bij anderen neer.
- Klampt zich vast aan bezittingen.
- Wijst aanraking af.
- Wordt boos op anderen die zich niet kunnen beheersen.

Stadium 2: verwarring in tijd.

EEmotionele kenmerken van dit stadium zijn:

- Verder aantasting van rationeel denken.
- Uit gevoelens, herinnert geen feiten.
- Herinneren uit kinderjaren.
- Trekt zich terug om te overleven.
- Vergeet recente gebeurtenissen.
- Plaatst mensen of objecten in een niet gangbare categorie.

Stadium 3: repeterende beweging

EEmotionele kenmerken van dit stadium zijn:

- Spraak gaat langzaam verloren.
- Constante beweging houdt mensen in leven.
- Vermogen om te denken is verdwenen.
- Repeterende geluiden.
- Sluit zich af voor prikkels van buitenaf.
- Reageert alleen op b.v. innig contact.
- Kan niet meer wachten.
- Niet meer in staat te lezen, schrijven.

Stadium 4: desoriëntatie en vegeteren

EEmotionele kenmerken zijn b.v.:

- Maakt langzame onbestemde bewegingen
- Mompelt zwak, maakt zelden geluid.
- Slaapt veel of zit vaak met gesloten ogen

Bijlage 10 Levensloopformulier

INTAKE LEVENSLLOOPGEGEVENS

Naam: Geboortedatum: Plaats:

Formulier ingevuld door: Info verkregen van: Datum:

Afdeling:

1. OUDERLIJK HUIS

Spreektaal:

Roepnamen:

Familienaam:

Beroep vader:

Beroep moeder:

Samenstelling gezin en namen broers en zussen (kleine stamboom)

Vader

Moeder

Broers en zussen (in rangorde)

Hoeveelste kind in de rij was hij/zij:

Waar gewoond tijdens jeugdijaren:

Hoe was in het gezin de sfeer:

Het milieu:

De opvoedingsnormen:

De waarden:

Is er nog contact met in leven zijnde familie: ja/nee

Wie zijn er overleden: _____

2. ONDERWIJS

Welke vormen van onderwijs zijn gevolgd:

Zijn er bijzondere herinneringen aan de schooltijd:

Hoe heeft u de schooltijd ervaren:

Was er tijd voor spelen na schooltijd: ja/nee

en met wie (vrienden, vriendinnen):

Is het mogelijk te omschrijven wat het meest belangrijk was in uw jeugd:

Welke feestdagen waren belangrijk thuis/op school:

Pasen:

Pinksteren:

Kerst:

Oudjaar:

Nieuwjaar:

Koninginnedag:

Anders:

Hoe werden ze gevierd:

Zijn er gebeurtenissen uit uw jeugd die erg veel indruk hebben gemaakt waardoor ze nu nog een rol spelen en belangrijk zijn:

3. WERKEN

Waar en wanneer bent u gaan werken:

In welke beroepen bent u werkzaam geweest:

Tot wanneer heeft u gewerkt en waarom gestopt:

Is er ook sprake geweest van vrijwilligerswerk:

Welke betekenis heeft werken voor u gehad:

4. EIGEN GEZIN

Huwelijk(en)/partner:

Gehuwd met:

Gehuwd sinds:

Geboortedatum partner:

Andere vorm partner:

Beroep partner:

Beëindiging huwelijk:

Reden:

Aantal kinder^{er}^pleegkinderen

Namen:

Partner:

Woonplaats:

Aantal kleinkinderen:

Zijn er kinderen/kleinkinderen overleden:

Wat was de oorzaak van het overlijden:

Waar hebt u gewoond tijdens de huwelijksjaren

Woonplaats:

Adres:

Bijzondere zaken tijdens het huwelijk of huwelijksleven:

Hoe is het contact met kinderen en kleinkinderen:

Hoe is het contact met de schoonfamilie:

Wie zijn belangrijk en/of belangrijk geweest binnen familiekring:

Is dit contact nog in stand: ja/nee

Wie zijn belangrijk en/of belangrijk geweest buiten familiekring:

Is dit contact nog in stand: _____ja/nee

5. HUWELIJK(EN)/ 2^e PARTNER

Gehuwd met:

Gehuwd sinds:

Geboortedatum partner:

Andere vorm partner:

Beroep partner:

Beëindiging huwelijk

Reden:

Opmerkingen:

6. GELOOF

Heeft hij/zij een levensovertuiging: ja/nee

Is er sprake van betrokkenheid: ja/nee

Aangesloten bij een kerkgenootschap: ja/nee

Welk kerkgenootschap:

Op welke manier werd uiting gegeven aan het geloof/overtuiging:

Gebed aan tafel ja/nee

Bijbellezen ja/nee

Gebed voor het slapen gaan ja/nee

Kerkgang ja/nee

Welke rol speelt dit in het dagelijkse leven op dit moment:

7. BELANGSTELLINGSGBIEDEN

Communicatie	Vroeger	Nu
Boeken lezen	•	•
Krant lezen	•	•
Brieven schrijven	•	•
T.V. kijken, voorkeur	•	•
Radio luisteren	•	•
Telefoneren	•	•

Flora en Fauna	Vroeger	Nu
Planten/bloemen	•	•
Tuin	•	•
Dieren	•	•

Muziek	Vroeger	Nu
Muziek luisteren	•	•
Muziek maken	•	•
Zingen	•	•

Sport/bewegen	Vroeger	Nu
Wandelen	•	•
Fietsen	•	•
Sport kijken	•	•
Sport zelf doen	•	•
Gymnastiek	•	•
Zwemmen	•	•
Dansen	•	•
Vissen	•	•
Schaatsen	•	•

Hobby's	Vroeger	Nu
Kleding maken	•	•
Handwerken	•	•
Knutselen	•	•
Tekenen/schilderen	•	•
Fotograferen	•	•
Winkelen	•	•
Techniek	•	•
Biljarten	•	•
Kaarten	•	•
Schaken	•	•
Huishoudelijke activiteiten	Vroeger	Nu
Koken/bakken	•	•
Afwassen	•	•
Wassen	•	•
Strijken	•	•
Stoffen	•	•
Aardappels schillen	•	•
Koper poetsen	•	•
Uitgaan	Vroeger	Nu
Eten/drinken buiten	•	•
Verenigingsleven	•	•
Theater	•	•
Reizen/vakantie	•	•
Politiek	Vroeger	Nu
Belangstelling	•	•
Lid van een partij	•	•

8. OMSCHRIJVING RITME VAN DE DAG EN DE BIJZONDERHEDEN

Hoe laat opstaan	uur	
Wassen/douchen	uur	
Aankleden	uur	
Ontbijten	uur	brood/pap
Koffie drinken	uur	suiker/melk
Borreltje	uur	ja/nee
Warme maaltijd	uur	
Middagdutje	uur	ja/nee
Thee drinken	uur	suiker/melk
Wandelingetje	uur	ja/nee
Koffie	uur	
Avondmaaltijd	uur	
Avond		koffie/thee/alcohol/anders
Naar bed	uur	

Bedrituelen

9. GEWOONTEN EN VOORKEUREN

Eetgewoonten: houdt beslist niet van/juist graag van

Eet graag:

Houdt beslist niet van:

Roken: ja/nee

Uiterlijke verzorging:

Kapper:

Make-up:

Toiletbezoek continent: ja/nee

Vindt het prettig om met mensen om te gaan: ja/nee

Vindt het prettig om zich terug te kunnen trekken in eigen kamer: ja/nee

Heeft een uitgesproken hekel aan:

Vindt intimiteit belangrijk:

10. WELK MEUBILAIR NEEMT U MEE VOOR EIGEN KAMER

- Stoel
- Tafelt(tje)
- Bed
- Kastje
- Klok
- Wandversieringen
- Voor huiskamergebruik
-

11. HOE IS DE FAMILIE BETROKKEN BIJ DE ZORG EN WILT U DEZE ZORG VOORTZETTEN

- Haar wassen
- Nagels knippen
- Wandelen
- Kleding kopen
- Kaarten, voetballen kijken
- Stukje rijden
- Begeleiding bij bezoek aan specialist
- Wasverzorging
- Overig

Wilt u als familie betrokken worden bij bijzondere activiteiten op de afdeling ja/nee

12. HULPMIDDELEN

- Gebit
- Gehoorapparaten r/1
- Brillen
- Steunkousen
- Stok
-

Rollator WVG/Thuiszorg/Eigen

Rolstoel WVG/Thuiszorg/Eigen

Aandachtspunten

- Sieraden/contant geld
- Meenemen kleine huisdieren
- Kledinglijst
- Hoe zijn de financiële zaken geregeld
- Wie is het aanspreekpunt in de familie
- Wie is het aanspreekpunt op de afdeling

Bent u in het bezit van een geldig identiteitsbewijs: Paspoort/Identiteitsbewijs

Is dit in eigen beheer: Ja/Nee/Kluisje