

**Begeleidingsmethodieken voor  
psychogeriatrische verpleeghuisbewoners:  
een overzicht**

Irma Kruyver  
Ada Kerkstra

januari 1996

 **NIVEL**  
nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg  
drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg -  
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht Tel. 030-2319946. Fax: 030-2319290.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kruyver, Irma

Begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners: een overzicht / Irma Kruyver, Ada Kerkstra. - Utrecht : NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Onderzoek op initiatief van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: directie Ouderenbeleid, uitgevoerd door het Nederlands Instituut van Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL). - Met lit. opg.

ISBN 90-6905-286-5

Trefw.: methodische werkbegeleiding / psychogeriatrische patiënten ; verpleegtehuizen.

Tekstverwerking en vormgeving  
Omslag

Brigitte Sluijk  
Mieke Cornelius

# INHOUD

<b>VOORWOORD</b>	<b>VI</b>
<b>1 ALGEMENE INLEIDING</b>	<b>1</b>
1.1 Doel van het onderzoek	1
1.2 Achtergrond	1
1.3 Vraagstellingen	3
1.4 Opbouw van het rapport	3
<b>2 BEGELEIDINGSMETHODIEKEN VOOR PSYCHOGERIATRISCHE VER- PLEEGHUISBEWONERS: EEN LITERATUUROVERZICHT</b>	<b>4</b>
2.1 De validerende benadering	4
2.1.1 Doel	4
2.1.2 Theoretische uitgangspunten	5
2.1.3 Doelgroep	6
2.1.4 Wijze van toepassing	6
2.1.5 Inhoud van de methodiek	7
2.1.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners	8
2.1.7 De rol van de familie	8
2.1.8 De benodigde deskundigheidsbevorderingen van de zorgverleners bij de introductie van de methodiek	8
2.1.9 De benodigde organisatorische voorzieningen	9
2.1.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van 'Validation'	10
2.2 Snoezelen	12
2.2.1 Doel	12
2.2.2 Theoretische uitgangspunten	12
2.2.3 Doelgroep	13
2.2.4 Wijze van toepassing	13
2.2.5 Inhoud van de methodiek	13
2.2.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners	14
2.2.7 De rol van de familie	15
2.2.8 De benodigde deskundigheidsbevordering	15
2.2.9 De benodigde organisatorische voorzieningen	15
2.2.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van snoezelen	15
2.3 Passiviteiten van het dagelijks leven	17
2.3.1 Doel	17
2.3.2 Theoretische uitgangspunten	17
2.3.3 Doelgroep	17
2.3.4 Wijze van toepassen	18
2.3.5 Inhoud van de methodiek	18
2.3.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners	19
2.3.7 De rol van de familie	19
2.3.8 De benodigde deskundigheidsbevordering	19
2.3.9 Organisatorische voorzieningen	20
2.3.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van PDL	20

2.4	Realiteitsoriëntatietraining (ROT)	22
2.4.1	Doel	22
2.4.2	Theoretische uitgangspunten	22
2.4.3	Doelgroep	22
2.4.4	Wijze van toepassing	23
2.4.5	Inhoud van de methodiek	23
2.4.6	De bij de zorg betrokken hulpverleners	24
2.4.7	De rol van de familie	24
2.4.8	Deskundigheidsbevordering	24
2.4.9	De benodigde organisatorische voorzieningen	25
2.4.10	De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van realiteitsoriëntatie training	25
2.5	Warme zorg	27
2.5.1	Doel	27
2.5.2	Theoretische uitgangspunten	27
2.5.3	Doelgroep	27
2.5.4	Wijze van toepassing	27
2.5.5	Inhoud van de methodiek	27
2.5.6	De bij de zorg betrokken hulpverleners	28
2.5.7	De rol van de familie	28
2.5.8	Deskundigheidsbevordering	28
2.5.9	De benodigde organisatorische voorzieningen	29
2.5.10	De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van 'warme zorg'	29
2.6	Psychomotorische therapie	30
2.6.1	Doel	30
2.6.2	Theoretische uitgangspunten	30
2.6.3	Doelgroep	31
2.6.4	Wijze van toepassen	31
2.6.5	Inhoud van de methodiek	31
2.6.6	De bij de zorg betrokken hulpverleners	32
2.6.7	De rol van de familie	32
2.6.8	De benodigde deskundigheidsbevordering	32
2.6.9	De benodigde organisatorische voorzieningen	32
2.6.10	De stand van zaken in het onderzoek naar de effecten van psychomotorische therapie	33
2.7	Activiteitengroepen	34
2.7.1	Doel	34
2.7.2	Theoretische uitgangspunten	34
2.7.3	Doelgroep	34
2.7.4	Wijze van toepassen	34
2.7.5	Inhoud van de benadering	35
2.7.6	De bij de zorg betrokken hulpverleners	35
2.7.7	De rol van de familie	35
2.7.8	De benodigde deskundigheidsbevordering	36
2.7.9	De benodigde organisatorische voorzieningen.	36
2.7.10	De stand van zaken in het onderzoek naar de effecten van activiteitengroepen	36



2.8	Gedragbenadering	38
2.8.1	Doel	38
2.8.2	Theoretische uitgangspunten	38
2.8.3	Doelgroep	38
2.8.4	Wijze van toepassen	38
2.8.5	Inhoud van de methodiek	38
2.8.6	De bij de zorg betrokken hulpverleners	39
2.8.7	De rol van de familie	39
2.8.8	De benodigde deskundigheidsbevordering	39
2.8.9	De benodigde organisatorische voorzieningen	40
2.8.10	De stand van zaken in het onderzoek naar de effecten van gedragbenadering	40
<b>3</b>	<b>DE BEGELEIDINGSMETHODIEKEN MET ELKAAR VERGELEKEN</b>	<b>42</b>
3.1	Theoretische achtergrond	42
3.1.1	Zorgvisie	42
3.1.2	Doel	43
3.1.3	Doelgroep	45
3.2	Praktische uitvoering	46
3.2.1	Wijze van toepassing	46
3.2.2	Betrokken zorgverleners	47
3.2.3	De rol van de familie	49
3.3	Structurele voorwaarden	50
3.3.1	Deskundigheidsbevordering	50
3.3.2	De benodigde organisatorische voorzieningen	52
3.3.4	De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van de begeleidingsmethodieken.	54
3.4	Samenvatting	56
	LITERATUUR	58
<b>4</b>	<b>HET TOEPASSEN VAN BEGELEIDINGSMETHODIEKEN BIJ PSYCHO-GERIATRISCHE BEWONERS IN NEDERLANDSE VERPLEEGHUIZEN</b>	<b>61</b>
4.1	Inleiding	61
4.2	Methode	61
4.2.1	Respons	62
4.3	Resultaten	64
4.3.1	Inleiding	64
4.3.2	Doelgroep	68
4.3.3	De praktische uitvoering	69
4.3.4	Structurele voorwaarden	75
4.3.5	Waargenomen effecten	78
<b>5</b>	<b>CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	<b>81</b>
5.1	Conclusies	81
5.2	Aanbevelingen	83

## VOORWOORD

In dit rapport worden de meest bekende begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners beschreven aan de hand van de literatuur. Daarnaast is de huidige stand van zaken wat betreft het toepassen van de methodieken in de gecombineerde en psychogeriatrische verpleeghuizen van Nederland in kaart gebracht. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op initiatief van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: directie Ouderenbeleid, die het tevens hebben gefinancierd. Het onderzoek is uitgevoerd door het Nederlands Instituut van Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL).

Hierbij willen we de functionarissen van alle psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen die hun medewerking aan het onderzoek verleend hebben bedanken.

Ook danken we een aantal deskundigen op het terrein van de begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners voor hun inhoudelijk advies. Dit zijn Mw R.M. Dröes, VU Amsterdam; Mw C. van der Kooij, NZI Utrecht; Dhr J. Houweling, Verpleeghuis Polderburen, Almere; Dhr J. van Eijle, Verpleeghuis de Samaritaan, Sommelsdijk.

De begeleidingscommissie, die ter ondersteuning van dit onderzoek is samengesteld, bestaat uit de volgende leden:

Dhr F. Vlak, Verpleeghuis Stichtse Hof, Laren (voorzitter).

Dhr T. Bakker, Verpleeghuis Driemaasstede, Schiedam.

Mw A. van Etten, Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ), Zoetermeer

Mw W. Weeder, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz), Utrecht.

Mw L. Willems, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Ouderenbeleid Rijswijk

Mw J. Verdonk, Nederlandse Vereniging Bewoners Verpleeghuizen (NVBV), Nieuw Vennep.

Wij danken de leden van deze commissie hartelijk voor hun constructieve bijdrage aan het rapport.

Utrecht,  
Januari 1996.

*'Op een dag heb ik haar voorzichtig gevraagd: zie je Joop nog wel eens? Ja hoor, zei ze, hij maakt het prima. Gelukkig dacht ik, dat zit goed en vanaf dat moment ben ik opgehouden met vertellen dat ik Joop was.'*

Joop Admiraal over zijn moeder,

in: Bert Bloemendal, *Demente Ouderen: Aktiviteiten en Omgang*, 1986, blz. 41.



## 1 ALGEMENE INLEIDING

### 1.1 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is een overzicht te geven van de beschikbare begeleidingsmethodieken bij de zorg voor psychogeriatrische patiënten in verpleeghuizen. Met dit overzicht kunnen betrokken zorgverleners op eenvoudige en makkelijk toegankelijke wijze kennis nemen van de verschillende methodieken en hun toepassingsmogelijkheden en dit gebruiken voor verdere professionalisering van hun beroepsuitoefening. Om dit doel te bereiken wordt een beschrijving gegeven van de meest bekende begeleidingsmethodieken, van de wijze waarop deze begeleidingsmethodieken geïntegreerd kan worden in de zorg voor psychogeriatrische patiënten in verpleeghuizen, en de stand van zaken wat betreft het gebruik van deze methodieken in Nederlandse verpleeghuizen. Het eerste deel van het rapport bestaat uit een literatuurstudie van de beschikbare informatie over de verschillende methodieken. Eerst worden de methodieken elk afzonderlijk volgens een vast stramien beschreven; vervolgens worden de methodieken op een aantal punten met elkaar vergeleken. In het tweede deel van het rapport staat het praktische gebruik centraal. Om inzicht te krijgen welke methodieken gebruikt worden in de Nederlandse verpleeghuizen en op welke manier dat gebeurt is een vragenlijst ontwikkeld. De resultaten van de vragenlijst, die naar alle psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen toegestuurd is, wordt in het tweede deel van dit rapport beschreven. Dit resulteert in een breed overzicht van de stand van zaken wat betreft het methodisch werken op psychogeriatrische afdelingen met dementerende patiënten en de voorwaardescheppende activiteiten die nodig zijn om het werken volgens een bepaalde methodiek te kunnen realiseren. De resultaten van het rapport kunnen tevens gebruikt worden als basis voor evaluatie-onderzoek, zoals de effecten van bepaalde methodieken en onderzoek naar de wijze waarop methodieken geïmplementeerd kunnen worden in de dagelijkse omgang van verzorgenden met psychogeriatrische patiënten.

### 1.2 Achtergrond

Het percentage mensen met dementie in Nederland is toegenomen en zal de komende decennia verder toenemen. De scenariocommissie Vergrijzing verwacht een stijging in dementieprevalentie van 40% tussen 1985 en 2005 (STG, 1992). Hierdoor zal de behoefte aan zorg voor demente ouderen thuis, in verzorgingshuizen en verpleeghuizen ook toenemen. Volgens het overzicht van de SIG (1993) is het aantal psychogeriatrische patiënten in verpleeghuizen van 1986 tot 1992 elk jaar toegenomen. In 1992 werden meer dan 800 mensen in een verpleeghuis opgenomen met de diagnose dementie. Eind september 1992 verbleven in totaal 23.902 patiënten in psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen. Bij 82,3% van de psychogeriatrische patiënten is dementie de meest voorkomende hoofddiagnose. Deze patiënten behoeven veel zorg en toezicht, verblijven relatief lang in het verpleeghuis, waarbij de meerderheid daar blijft tot aan het overlijden. (SIG 1994). Het streven naar een prettig leefklimaat voor de patiënt verdient daarom alle aandacht.

In de verpleeghuizen leveren verpleegkundigen en verzorgenden een groot aandeel in de zorg voor dementerende bewoners. Aanvankelijk lag de nadruk in de zorg vooral op

lichamelijke verzorging. Er was nauwelijks iets bekend over hoe verpleegkundigen en verzorgenden konden omgaan met agressieve, gedragsgestoorde of lastige patiënten. Ook aan de psychosociale begeleiding van de patiënten werd weinig structurele aandacht besteed. In het laatste decennium is meer aandacht gekomen voor de omgang met dementerenden. Deze groeiende aandacht leidde tot de ontwikkeling en toepassing van specifieke benaderingen. Deze benaderingen worden in de context van de psychogeriatrische zorgverlening in verpleeghuizen 'begeleidingsmethodieken' genoemd. Deze zogeheten begeleidingsmethodieken kunnen een deductief of een inductief karakter: sommige methodieken zijn ontwikkeld op basis van psychologische theorieën (deductie) en toepasbaar gemaakt voor praktische uitvoering binnen de psychogeriatric; andere methodieken zijn voornamelijk ontwikkeld op basis van praktijkervaringen met betrekking tot psychogeriatrische zorg (inductie), waarbij psychologische theorieën aanknopingspunten kunnen bieden (Chalmers 1976). Bij deze methodieken staat het algemeen 'welzijn' van de patiënt centraal. Bij een deel van de methodieken wordt getracht dit welzijn te verbeteren door een interventie in de vorm van activiteiten met een therapeutisch karakter; bij andere methodieken gebeurt dit door middel van optimalisering van het leefklimaat. De meest bekende begeleidingsmethodieken die in de literatuur worden genoemd zijn realiteitsoriëntatietraining (ROT), psychomotorische therapie, snoezelen, Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL), de validerende benadering, warme zorg, activiteitengroep en de gedragstherapeutische benadering.

Omdat verzorgenden en verpleegkundigen degenen zijn die bij uitstek te maken hebben met psychogeriatrische problematiek, kunnen de methodieken deze zorgverleners een houvast bieden in hun omgang met psychogeriatrische bewoners en de kwaliteit van de verpleeghuiszorg verhogen. Immers, de manier van omgaan met patiënten is een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg (Ministerie van WVC 1991, NRV 1986). Uit onderzoek is gebleken dat een goede bejegening niet alleen prettig is voor de patiënt. Ook de verzorgenden beleven plezier in hun werk en ervaren minder stress als de communicatie met de patiënt goed verloopt (Kramer & Kerkstra 1991; Rinia 1993; Wilkinson 1991).

De huidige kennis over de bestaande begeleidingsmethodieken is versnipperd. Er zijn al enkele overzichten gemaakt van de nederlandse literatuur omtrent bepaalde methodieken. Zo heeft het NZI een bundeling gemaakt van verschenen artikelen over de validerende benadering (van der Kooij 1991) en over realiteitsoriëntatietraining (NZI 1992), en heeft Dröes (1995) een overzicht gegeven van de verschillende vormen van psychosociale behandelingen die bij psychogeriatrische patiënten toegepast kunnen worden. Er bestaat echter geen overzicht waarin verschillende methodieken systematisch met elkaar worden vergeleken. Wetenschappelijk onderzoek op het terrein van begeleidingsmethodieken in de verpleeghuiszorg bevindt zich nog in een beginstadium (zie ook Ribbe e.a., Cools, 1993). In het rapport 'Advies Prioriteiten in het Verpleeghuiszorgonderzoek' komt naar voren dat onderzoek naar het omgaan met (psychogeriatrische) patiënten prioriteit zou moeten hebben (Sluijs e.a. 1993). In dit adviesrapport, dat mede gebaseerd is op een inventarisatie van bestaand onderzoek op het terrein van de verpleeghuiszorg, wordt geconcludeerd dat de wijze van hulpverlening en de organisatie van de hulpverlening in het verpleeghuis zelden onderwerp van studie zijn. Om een verantwoord begeleidingsbeleid te kunnen voeren, moeten eerst gegevens voorhanden zijn waarbij de verschillende methodieken volgens dezelfde maatstaven worden vergeleken. Daarbij moet gekeken worden naar de toepasbaarheid van verschillende methodieken in een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis. In dit rapport beperken we ons tot de methodieken die door verpleegkundigen en

verzorgenden gehanteerd kunnen worden en die gericht zijn op psychische en gedragsmatige problemen van psychogeriatrische bewoners.

### 1.3 Vraagstellingen

De vraagstellingen die in dit rapport centraal staan, zijn de volgende:

- 1 Welke begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische bewoners worden beschreven in de literatuur?  
Hoe kenmerken deze methodieken zich met betrekking tot (begeleidings)doelen, theoretische uitgangspunten, stadium van dementie waarbij de methodiek wordt toegepast, inhoud van de methodiek, wijze waarop de methodiek toegepast kan worden, betrokken zorgverleners, rol van de familie, benodigde deskundigheidsbevordering, benodigde organisatorische voorzieningen, en effectevaluaties?  
Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende begeleidingsmethodieken met betrekking tot achtergrondkenmerken, praktische uitvoering, structurele voorwaarden en effectevaluaties?
- 2 Wat is de stand van zaken wat betreft het toepassen van begeleidingsmethodieken in psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen in Nederland? In hoeverre spelen kenmerken van de patiënten en kenmerken van de organisatie van het verpleeghuis een rol bij de keuze voor een begeleidingsmethodiek?

### 1.4 Opbouw van het rapport

Het eerste deel van het rapport is het theoretische gedeelte, waarin de eerste vraagstelling beantwoord wordt. Dit deel bestaat uit twee hoofdstukken, te weten hoofdstuk 2, waarin de methodieken afzonderlijk beschreven worden, en hoofdstuk 3, waarin de methodieken vergelijkenderwijs beschreven worden. Het eerste deel wordt afgerond met een samenvatting.

Het tweede deel van het rapport is het empirische gedeelte waarin de tweede vraagstelling beantwoord wordt. In dit deel worden de resultaten gepresenteerd van de dataverzameling, die plaatsvond aan de hand van een vragenlijst, waarmee inzicht verkregen wordt in de mate en wijze waarop de methodieken in verpleeghuizen toegepast worden.

Het rapport zal besloten worden met een beschouwend hoofdstuk, waarin de conclusies en aanbevelingen beschreven staan.

## 2 BEGELEIDINGSMETHODIEKEN VOOR PSYCHOGERIATRISCHE VERPLEEGHUISBEWONERS: EEN LITERATUUROVERZICHT

Om het inzicht te verruimen in benaderingsvormen of begeleidingsmethodieken, die bij de omgang met psychogeriatrische verpleeghuispatiënten gehanteerd worden, zullen in dit hoofdstuk de volgende methodieken aan de orde komen: de validerende benadering, snoezelen, passiviteiten van het dagelijks leven (PDL), de realiteitsoriënterende benadering (ROT), warme zorg, psychomotorische therapie, activiteitengroep en tenslotte de gedragsbenadering. Hoewel ook andere methodieken in de literatuur beschreven worden, beperken ons hier tot deze methodieken omdat ze het meest bekend zijn in de literatuur, door verpleegkundigen en verzorgenden gehanteerd kunnen worden en gericht zijn op psychische en gedragsmatige problemen van psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. Elk van de genoemde methodieken wordt aan de hand van de volgende punten beschreven: (begeleidings)doelen, theoretische uitgangspunten, stadium van dementie waarbij de methodiek wordt toegepast, inhoud van de methodiek, wijze waarop de methodiek toegepast kan worden, betrokken zorgverleners, rol van de familie, benodigde deskundigheidsbevordering, benodigde organisatorische voorzieningen, en effectevaluaties.

### *Methodie*

Informatie over de methodieken werd verkregen door middel van een literatuuronderzoek. Naast het zoeken in geautomatiseerde catalogi <sup>1</sup>(MEDLINE, NIVEL, NIG, BOZ) werd via referenties in belangrijke publikaties gezocht. Bij de zoektocht werden de volgende algemene trefwoorden gebruikt: dement/erend/ie, psychogeriatric, verpleeghui/zen/sbewoners; de specifieke trefwoorden die aan de algemene trefwoorden gekoppeld werden hadden betrekking op de namen van de methodieken: validation/validerende benadering, snoezelen/primaire zintuigactivering, realiteitsoriënterende/reality orientation training/ROT, passiviteiten dagelijks leven/PDL, warme zorg, psychomotorische/psychomotorische therapie, gedrags/benadering/behavioural/operant conditioneren/conditioning, activiteiten/begeleiding/groep/activity. De geraadpleegde literatuur bestaat uit artikelen, boeken, en proefschriften.

### 2.1 De validerende benadering

#### 2.1.1 Doel

De validerende benadering is primair gericht op het verlichten van stress, en het herstellen van het gevoel van identiteit en eigenwaarde van gedesoriënteerde oude mensen. Door dementerenden bij deze benadering aan te moedigen om conflictueuze gevoelens te uiten, worden zij in de gelegenheid gesteld om onverwerkte conflicten en

---

<sup>1</sup> MEDLINE: bibliographic database of the National Library of Medicine (NLM); primary source in U.S. for information from biomedical literature.  
NIVEL: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg  
NIG: Nederlands Instituut voor Gerontologie  
BOZ: Bedrijfsopleidingen Zorgsector: informatie over bij- en nascholingsmogelijkheden voor verzorgenden en verpleegkundigen m.b.t. begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische patiënten.



problemen op te lossen. Op deze wijze worden zij in hun gevoelens gevalideerd, zonder dat analyse en interpretatie van hun gedrag plaatsvindt (Babbins 1988). Het uiteindelijke doel is hen tot innerlijke rust te laten komen. (Meulmeester, 1989). Dit kan een gunstige invloed hebben op het behouden van het contact met de omgeving en het voorkomen van een toestand van vegeteren (Dröes 1991).

### 2.1.2 Theoretische uitgangspunten

De validerende benadering is afgeleid van het latijnse woord 'valor', hetgeen waarde betekend. Het grondbeginsel van validation is dan ook dat ieder mens waardevol is en dat elk menselijk gedrag een betekenis heeft, ongeacht de mate van desoriëntatie ten gevolge van dementie. Dit houdt in dat de gedesoriënteerde mens erkend wordt in zijn innerlijke realiteit van waaruit hij het verleden en de wereld om zich heen waarneemt; met andere woorden: de belevingswereld van de dementerende mens wordt als werkelijkheid bevestigd (Feil 1989, Buijssen 1991).

De validerende benadering, die inmiddels veelzijdig gebruikt wordt in de psychogeriatrische zorg, is in de 60er jaren ontwikkeld door Naomi Feil; een canadese groepswerker. Zij verwerkte een aantal psychologische principes in deze benadering. Één van de onderliggende principes van de validerende benadering is de Rogeriaanse humanistische psychologie, die gebaseerd is op het recht van ieder individu om uniek te zijn. In de validerende benadering is de relatie tussen hulpverlener en cliënt fundamenteel, en komt een humanistische, empathische uitwisseling tot stand als de therapeut niet alleen de boodschap ontvangt, maar ook dat de cliënt het gevoel krijgt dat de boodschap begrepen wordt. Carl Rogers duidde deze grondhouding aan met de term 'onvoorwaardelijke positieve waardering' (Rogers 1977).

Verder sluit de validerende benadering van Naomi Feil aan op de theorie van de psychoanalyticus Erik Erikson. Erikson onderscheidde in de menselijke levensloop een achttal psychosociale ontwikkelingsstadia, waarbij iedere levensfase gekenmerkt wordt door een eigen bestaansthema waar een specifieke ontwikkelingstaak uit voortvloeit. Bij de achtste (laatste) levensfase van Erikson staat het bestaansthema 'integratie versus wanhoop' centraal. In deze fase is de oudere mens op een punt aangekomen waarop hij de balans opmaakt in zijn leven, en al- dan niet het leven erkent zoals hij/zij het geleefd heeft. Indien de oudere persoon het leven zoals het gelopen is erkent en accepteert dat het leven hem gebracht heeft tot waar hij nu is, dan is er sprake van integratie; wanneer dit niet lukt bij iemand, dan kan dit leiden tot wanhoop, temeer daar dingen niet meer overgedaan of goedgeemaakt kunnen worden in de laatste levensfase van een mens.

Aan de acht levensfasen van Erikson heeft Naomi Feil een negende levensfase toegevoegd. Het bestaansthema van de negende levensfase is 'oplossing versus vegetatie'.

Naomi Feil ziet deze levensfase als een natuurlijke fase, waarbij de mens op zeer hoge leeftijd niet meer in staat is om met onverwerkte conflicten en emoties uit het verleden om te gaan. Om aan deze pijnlijke onhoudbare werkelijkheid te ontsnappen, verplaatst de dementerende mens zijn innerlijke aandacht naar gevoelsmatige gebieden en naar het verleden. Ten gevolge van deze verplaatsing wordt het intellectueel denken vervangen door tal van emotionele herinneringen. Hiermee komen emotionele herinneringen beschikbaar voor verwerking (Meulman 1989, van der Kooij 1991). Volgens Feil

zijn de herinneringen gedurende dementeringsproces als het ware nodig om emoties te kunnen verwerken en daarmee alsnog tot integratie en aanvaarding te komen.

### 2.1.3 Doelgroep

Om te bepalen of de validerende benadering voor alle dementerenden mensen of daarentegen voor een specifieke doelgroep geschikt is, wordt eerst ingegaan op het proces van dementering, zoals beschreven door Naomi Feil (1989).

Feil onderscheidt bij dementie vier stadia van verwarring, variërend van mild tot zeer ernstig. Deze stadia zijn:

- lichte verwardheid of slecht georiënteerd zijn
- verwarring in tijd
- voortdurende of telkens herhaalde beweging
- het vegeteren

#### *Het eerste stadium: desoriëntatie*

Bij de validerende benadering wordt een onderscheid gemaakt tussen 'disorientation' als eerste stadium, en 'time confusion' als tweede stadium (van der Kooij 1988). In de beginfase van het dementeringsproces is er sprake van inprentings en geheugenstoornissen, die leiden tot desoriëntatie en konfabulatie; de tijd behoudt echter nog zijn structurerend karakter. In een verdere fase van het dementeringsproces gaat de tijd zijn structurerende functie verliezen, en geraakt de dementerende in een tijdloze algemeenheid. Deze tijdloze algemeenheid wordt ook wel 'time confusion' genoemd.

In het eerste stadium is de dementerende zich bewust van optredende verwardheid, houdt zich strikt aan de sociale regels, en klampt zich vast aan het heden (van der Heyden 1991). In dit stadium heeft oriënteren op de tijd nog zin omdat de dementerende, ondanks de lacunes, leeft in de realiteit van het heden. De dementerende is zich bewust van deze verwardheid, en dit maakt hem angstig. Zijn IK is echter nog onaangetast. Door middel van confabuleren en het decorum op te houden verdedigt het IK zichzelf, het oordeelt en ontkent dat er iets aan de hand is. In dit stadium wil de dementerende echter nog graag geholpen worden op het vasthouden van de hedendaagse realiteit. Met name geheugentrainingen en een benaderingswijze die vooral verbaal georiënteerd is sluiten goed aan bij de behoefte van de dementerende mens in deze fase (van der Heyden 1991, van der Kooij 1988).

#### *Het tweede stadium: verwarring in tijd*

In deze fase valt het oordelend en defensieve IK weg, waardoor dementerende mensen veel meer open staan voor communicatie. Met name heeft de communicatie over herinneringen een sterk emotioneel component, en komen in deze fase vaak associatief naar boven.

De dementerende heeft geen gevoel van tijd meer en 'realiteitsoriëntatie betreft nu de werkelijkheid van de dementerende' (van der Kooij 1988, blz..), die zijn eigen innerlijke realiteit creëert door middel van fantasie.

#### *Het derde stadium: voortdurende of telkens herhaalde beweging*

In dit stadium trekt de dementerende zich steeds meer terug en de verbale vermogens verdwijnen geleidelijk. Woorden worden vervangen door bewegingen en ritmische herhalingen. Mensen in dit stadium sluiten zich af, en kunnen zich niet meer concentreren. Non-verbale communicatie gaat overheersen: dementerenden reageren niet meer gemakkelijk tenzij er sprake is van nauw contact, warme aanraking en een warme stem, en oogcontact. De mensen zijn erg gevoelig voor een koesterende warme

benadering. Evenals bij het vorige stadium is het bij mensen in dit stadium mogelijk mee te gaan in hun werkelijkheid (Babins, van der Kooij, van der Heyden).

*Het vierde stadium: vegeteren*

In dit stadium sluit de mens zich geheel af van de wereld om zich heen en geeft het gevecht om te leven op. Zij herkennen familieleden en verzorgenden niet en zij reageren ook niet meer op aanraking, stem of oogcontact. De mensen in stadium vier zijn niet meer gebaat bij een validerende benadering. Wel zijn deze mensen zeer gevoelig voor warmte en koestering en een empathische en liefdevolle manier van verzorgen blijft van belang.

Uit het bovenstaande blijkt dat demente oude mensen met verschijnselen zoals beschreven in het tweede en derde stadium van dementie volgens Naomi Feil, het meest gebaat zijn met de validerende benadering: Deze mensen hebben zich terug getrokken in hun innerlijke realiteit, waardoor herinneringen de ruimte krijgen om opgehaald te worden. Bovendien zijn deze mensen in staat om verbaal en/of nonverbaal te communiceren. De validerende benadering blijkt echter niet geschikt voor patiënten met een psychiatrisch verleden, niet voor mensen met een preseniele dementie, en evenmin voor mensen met een ernstige organisch hersenbeschadiging zoals CVA (van der Kooij 1993).

**2.1.4 Wijze van toepassing**

De validerende benadering kan zowel onderdeel zijn van de 24-uursbenadering, alsmede groepsgewijs of individueel aangeboden worden.

**2.1.5 Inhoud van de methodiek**

*24-uurs benadering*

Bij de 24-uurs benadering gaat het vooral om de attitude of houding van de validerende benadering, die tot uiting komt gedurende de omgang en zorg voor dementerende mensen (Meulmeester 1988); d.w.z. een empathische en respectvolle grondhouding jegens de patiënt.

De validerende benadering als 24-uurs benadering houdt onder andere het volgende in (Meulmeester 1989);

- het bevestigen en inleven in de gedachten en gevoelens van de patiënt; hierbij wordt de patiënt in zijn dementie gerespecteerd en blijven correcties achterwege
- het méér gericht zijn op de gevoelens van de patiënt die doorklinken in het verhaal, dan op de feiten die verteld worden;
- het met name gericht zijn op non-verbale signalen;
- het vermijden van 'doe-alsof' gedrag. Vaak heeft de patiënt door of de hulpverlener wezenlijk geïnteresseerd is of niet.

*groepsgewijze benadering*

Bij de groepsbenadering wordt een vaste groep samengesteld, die uit circa vijf tot tien personen bestaat. De personen bevinden zich allen in hetzelfde stadium van het dementeringsproces; namelijk in stadium II of III, zoals beschreven door Naomi Feil (1989). Binnen de groep krijgt ieder een vaste rol die het meest aansluit bij de eigen belevingswereld. Op deze wijze wordt erkenning en veiligheid geboden. De groep komt minimaal één keer per week samen. De bijeenkomst heeft een zeer gestructureerd karakter (Dröes 1995) en is inhoudelijk als volgt samengesteld: een vast openingslied; een gesprek over een bepaald onderwerp waarbij universele emoties zoals angst,

verdriet, plezier en liefde tot uiting komen; een bewegingsspel en een slotlied of gedicht met een drankje. De duur van de bijeenkomsten varieert van ongeveer twintig minuten tot één uur.

#### *de individuele benadering*

De individuele benadering is met name geschikt voor kennismaking, vanwege de gelegenheid om de dementerende in al zijn facetten te leren kennen; met andere woorden: om inzicht te krijgen in behoeften van de patiënt, zijn/haar levensgeschiedenis en levensthema's, etc (Meulmeester 1988). Ook kan bij de kennismaking op deze wijze inzicht worden verkregen in het stadium, waarin de dementerende zich bevindt.

De individuele benadering is eveneens geschikt voor een therapeutische aanpak, waarbij de genoemde punten bij de 24-uursbenadering van belang zijn (Meulmeester 1988), en waarbij het tevens van belang is om feitelijke vragen te stellen (van der Kooij 1989): Naomi Feil benadrukt het stellen van wie, wat, waar en hoe vragen om te achterhalen waarom mensen zich op een bepaalde wijze gedragen of uiten. Ook wijst Feil op het belang deze feitelijke vragen af te stemmen op de wijze waarop mensen hun ervaringen beleven.

- bij visueel ingestelde mensen kunnen vragen gesteld worden die duiden op zien (hoe zag hij eruit?);
- bij auditief ingestelde mensen kunnen vragen gesteld worden die te maken hebben met horen (Was het een mooi geluid?);
- bij gevoelsmatig ingestelde mensen kunnen vragen gesteld worden met een gevoelswoord erin (voelde het prettig?).

De duur van individuele gesprekken varieert van twintig minuten tot een uur. Ook kan de individuele benadering toegepast worden bij kleine crisissituaties die zich op een dag voordoen. Hierbij kan het contact van korte duur (niet langer dan vijf minuten) zijn.

#### **2.1.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners**

De validerende benadering wordt voornamelijk toegepast door de activiteitenbegeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen. Van der Kooij (1989) benadrukt het 'praktijktheoretische' karakter van de validerende benadering: de theorie over het verschijnsel dementie op zeer hoge leeftijd wordt gecombineerd met aanwijzingen voor de omgang met deze mensen. Dit betekent dat in het bijzonder de directe verzorgenden, zoals ziekenverzorgenden en verpleegkundigen de principes van de validerende benadering, met name de 24-uurs benadering, kunnen toepassen.

#### **2.1.7 De rol van de familie**

In de literatuur over de validerende benadering wordt niet expliciet gesproken over de toepassing van deze methodiek door familieleden. Een mogelijke reden hiervoor is dat bij validation de nadruk ligt op het herkennen en bevestigen van gevoelens, waardoor sterke emotionele reacties kunnen loskomen (van der Kooij 1991). Daardoor is zorgvuldige psychologische begeleiding voor zowel de patiënt alsmede de zorgverlener nodig.

#### **2.1.8 De benodigde deskundigheidsbevorderingen van de zorgverleners bij de introductie van de methodiek**

De validerende benadering vereist van de betrokken hulpverleners dat zij zich kunnen verplaatsen en inleven in de gevoels- en ervaringswereld van de patiënt. Van de verzorgende wordt een respectvolle en empathische grondhouding verwacht om de

zorgbehoefte te signaleren en daarop te reageren. Hierbij is het noodzakelijk dat de verzorgende kennis heeft van het verleden van de persoon, juist omdat de dementerende sterk gericht is op zijn herinneringen. Tevens is het van belang kennis te hebben van de sociale geschiedenis van het tijdperk waarin de persoon geleefd heeft.

Volgens Van der Kooij (1989) kan de validerende benadering in drie trappen verdeeld worden. De eerste trap is beschikken over communicatieve vaardigheden om op empathische wijze mee te kunnen gaan in de belevingswereld van de hoogbejaarde dementerende; De tweede trap is het toepassen van specifieke validation technieken, zoals het spiegelen en bevestigen van emoties van gedesoriënteerde mensen. De derde stap tenslotte is het voeren van therapeutische gesprekken vanuit de psychoanalytische theorie van Erikson, waardoor de dementerende onverwerkte elementen uit zijn leven gaat verwerken.

Bijscholingscursussen volgens bovengenoemde trappen worden verzorgd door Stichting Validation. Bij de *basis cursus* wordt globaal inzicht verschaft in de principes van validation en de mogelijke toepassingen ervan in relatie met gedesoriënteerde ouderen. De cursus *Validation Werker* bouwt voort op de eerste cursus. Specifieke technieken zoals het spiegelen en bevestigen van de emoties van de patiënt en het toepassen van validation bij patiënten met gedragsproblemen komen aan bod. De cursus *Consulent* gaat naast therapeutische validation technieken, in op het implementeren van validation in het zorgsysteem. De literatuur toont dat verzorgenden en verpleegkundigen zich voornamelijk bezig houden met en bijgeschoold worden in de eerste trap van de validerende benadering.

Naast genoemde cursussen biedt Stichting Validation de cursus *Validation in de Thuiszorg* aan. Doel van deze cursus is dat medewerkers in de thuiszorg, mantelverzorgers en familieleden via de validerende benadering beter kunnen communiceren met hun dementerend familielid.

Het is nog niet duidelijk hoe ver verzorgenden kunnen komen in hun toepassing van de validerende benadering als therapie. Zo kan het zijn dat het verwerken van emoties zoveel teweeg brengt bij patiënten, dat het de deskundige begeleidingsmogelijkheden van de verzorgende teboven gaat, en dientengevolge een psycholoog ingeschakeld zal worden. Wel is het duidelijk dat verzorgenden, vanwege hun 24-uurs betrokkenheid, een belangrijke signaalfunctie vervullen met betrekking tot bijzonderheden en daarmee de juiste deskundige kunnen inschakelen.

Vanuit het perspectief van de hulpverleners blijkt steun en feedback van de collega's onderling onontbeerlijk. Het toepassen van groeps-validation heeft daarbij het voordeel dat verzorgenden en/of andere hulpverleners met elkaar een leerproces aangaan om de principes van validation onder de knie te krijgen (van der Kooij, 1989).

### **2.1.9 De benodigde organisatorische voorzieningen**

#### *24-uurs benadering*

Daar een 'empathische attitude' en 'bevestiging' kernbegrippen van 'validation' vormen, waarmee de diepere betekenis van een gedrag achterhaald en serieus genomen wordt, kan de 24-uurs benadering in iedere situatie toegepast worden.

#### *groepsbenadering*

Voor validation in groepsverband is het van belang dat er een ruimte beschikbaar is waar de groep wekelijks kan verblijven en waar de groepsleden de ruimte hebben om in een kring te zitten.



### *individuele benadering*

Bij individuele benadering is het omwille van privacy van belang dat er een ruimte beschikbaar is waarin de verzorgende en de patiënt zich kunnen terugtrekken.

#### **2.1.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van 'Validation'**

Naar het effect van de validerende benadering is nog weinig onderzoek verricht. Feil (1972) deed onderzoek naar het effect van validation bij gedesoriënteerde ouderen. Zij constateerde grotere verbale en sociale mogelijkheden, een verbetering van ADL functies, betere zelfbeheersing, verminderde onrust en een verhoogd besef van de realiteit om zich heen, en een toename van gevoelens van eigenwaarde. Babbins (1988) constateerde in een gecontroleerde effectstudie eveneens een verbetering van ADL-functies en een toename van verbale en nonverbale expressie tijdens de groepsbijeenkomsten. Het cognitief en sociaal functioneren buiten de groepsbijeenkomsten bleef echter hetzelfde. Uit een nederlands quasi-experimenteel onderzoek van van Nooren-Staal (1995) bleek dat het toepassen van validerende technieken een positief effect had op het cognitief functioneren van psychogeriatrische patiënten: de cognitie verbeterde licht.

Het toepassen van de validerende benadering lijkt tevens een gunstig effect te hebben op de verzorgenden: het hanteren van deze methodiek in de praktijk leidt tot een attitude verandering ten opzichte van de bewoners, en tevens leidt het tot een hogere mate van bewustwording van de invloed van het eigen gedrag op dat van de bewoners (van Nooren-Staal 1995). Verzorgenden en verpleegkundigen rapporteren ook verhoogde arbeidssatisfactie en gevoelens van vakbekwaamheid (van der Kooij 1993). Uit een literatuuroverzicht met betrekking tot effecten van de validerende benadering op patiënten en zorgverleners (Schrijnemaekers e.a.1995), blijkt echter dat, naarmate de effectstudies methodologisch beter zijn, minder positieve effectiviteit aangetoond worden. Studies die positieve effecten tonen kennen veelal een summiere wetenschappelijke onderbouwing. Met name in Nederland is nog veel onderzoek nodig om vast te stellen wat met de validerende benadering bereikt kan worden.

### **LITERATUUR**

- Babins L. Conceptual Analysis of validation therapy. Journal of Aging and Human Development, vol 26(3), 1988, p.161-167.
- Buijssen H. 'Zijn, waar de ander is'. Validation: een nieuwe benadering van demente ouderen?. MGZ 1991, nr 19, p 26-29
- Dröes R.M. Psychosociale behandeling bij dementie. Tijdschrift voor psychiatrie 1995, 37, p 235-251.
- Feil N. A new approach to group therapy with senile psychotic aged. Lezing voor het Gerontologisch Genootschap 1972
- Feil N. Validation. Almere Versluis 1989.
- Heyden van der M. Validation, maak het je eigen! Tijdschrift voor verzorgenden 4, 1991 p 107-113.
- Jones G. Validation Therapy. Een andere benadering voor de psychogeriatrische bewoner. Tijdschrift voor verzorgenden 1988, p 94-100.
- Kooij C.H. van der. Validation, oefenen in de zorgpraktijk. Tijdschrift voor verzorgenden nr 10 1993, p 294-299.
- Kooij C.H. van der. Zijn waar de patiënt is. Validation Therapie Senior 1988, nr 14, p 298-302.
- Kooij C.H. van der. Validation Therapy. Doorbraak in de psychogeriatrische zorg?
- Rogers C. On personal power, Dela Corte Press, New York, 1977.
- Lange J. de. Vergeten in het verpleeghuis. Dementerende ouderen, hun verzorgenden en familieleden. NcGv Utrecht, juni 1990.
- Meulmeester F. Validation, een andere benadering van dementie. Tijdschrift voor ziekenverpleging 43 nr 21 p 673-677.

## *2 Een literatuuroverzicht*

- Nooren-Staal van W.H.C., Frederiks C.M.A., te Wierik M.J.M. Validation: effecten bij bewoners en personeel in een verzorgingshuis. Tijdschrift voor Gerontologie en geriatric 1995, 26, p117-121.
- Schrijnemaekers V.J., Duijnhouwer E., te Wierik M.J.M., Frederiks C.M.A. De effectiviteit van Validation. Een literatuuronderzoek. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric 1995, p 205-213.

## 2.2 Snoezelen

### 2.2.1 Doel

Snoezelen is primair gericht op het leggen van contact met ernstig demente oude mensen, het creëren van een veilig leefklimaat, en het teweegbrengen van gevoelens van eigenwaarde, ontspanning en rust bij patiënten (Pieterse e.a. 1990). Evenals bij de validerende benadering staat bij snoezelen de innerlijke leefwereld van ernstig demeterende oude mensen centraal, waarbij zij niet gecorrigeerd worden. Met andere woorden: deze mensen mogen dement zijn, en worden in hun waarde gelaten. (van der Kooij 1992, Graaf e.a. 1993) Het karakteristieke van snoezelen is dat er een specifiek appèl wordt gedaan op zintuiglijke waarnemingen: mensen worden via het selectief prikkelen van zintuigen in de gelegenheid gesteld hun emoties en gevoelens (in het bijzonder gevoelens van genegenheid en tederheid) te uiten. Het uiteindelijke doel van snoezelen is het optimaliseren van gevoelens van algemeen welbevinden van iedere individuele patiënt.

### 2.2.2 Theoretische uitgangspunten

Het begrip 'snoezelen' is ontstaan in de zwakzinnigenzorg waar verbale contacten nauwelijks of niet mogelijk zijn. Twee jongens, die in een Nederlandse instelling voor zwakzinnigen binnen de afdeling 'ontspanning' hun vervangende dienstplicht deden, bedachten de term snoezelen (Hulshegge en Verheul 1986). In feite is het een samen-trekking van de woorden snuffelen, snoezen en doezen. Deze woorden duiden op een globaal sfeerbeeld: een rustige gedempte atmosfeer (een schemerige, sfeervolle verlichte ruimte, waar zachte muziek klinkt) waarin allerlei materialen zijn die de zintuigen kunnen stimuleren. (Bloemendal 1987).

Bloemendal (1983, 1987) definieert snoezelen ook wel als 'primaire activering'. Dit betekent 'het in gang zetten (activering) van de eerst ontstane voornaamste zintuigen (primair) zoals het ruiken, het gehoor, gezicht, de reuk, smaak en tast.

Vanuit het perspectief van de zwakzinnigenzorg geven Hulshegge en Verheul (1986) aan dat de theoretische onderbouwing van snoezelen summier is. Wel benadrukken zij het belang van contact en communicatie: de mens leeft in relatie met anderen en in relatie met zijn omgeving. Hierbij speelt het dialogiserend omgaan met elkaar en met de omgeving een elementaire rol in het algeheel welzijn. Bij zwakzinnige mensen zijn de mogelijkheden om te komen tot een dialoog tot de medemens en de omgeving beperkt. Een voor de hand liggende reden voor het ontstaan van snoezelen is het gevoel van onmacht bij verzorgenden ten gevolge van de beperkte communicatie met de patiënt. Deze gevoelens van onmacht overheersten in de zorg voor de patiënt totdat men ontdekte dat het gestructureerd prikkelen van zintuigen concrete aanknopingspunten biedt voor het aanbieden van activiteiten en het leggen van contact met de zwakzinnige mens.

Ook binnen de psychogeriatric heeft snoezelen sinds enkele jaren zijn intrede gedaan. Evenals bij de zorg voor zwakzinnigen ervaren de zorgverleners van ernstig demente mensen gevoelens van onmacht; namelijk het gevoel weinig of niets te kunnen betekenen voor ernstig demeterenden omdat handelingsactiviteiten niet meer aansluiten bij de belevingswereld van de patiënten (Achterberg 1992). Men kwam erachter dat juist ervaringsactiviteiten veel meer aansluiten op de belevingswereld van deze mensen (Achterberg 1992). Dit blijkt een belangrijke reden waarom snoezelen, een ervarings-activiteit die gedefinieerd is vanuit de zwakzinnigenzorg, ook toegepast wordt in de psychogeriatric: snoezelen bevordert een dialoog tussen hulpverlener, omgeving en



patiënt, zodat een sfeer van veiligheid en geborgenheid wordt gecreëerd en gedrag positief beïnvloed wordt (de Lange 1990).

Wel wordt in de literatuur een onderscheid gemaakt tussen snoezelen bij zwakzinnigen en snoezelen bij ernstig demente mensen. De belevingswereld van de laatst genoemde groep is anders dan de belevingswereld van eerstgenoemde groep, omdat er een leven vooraf is gegaan aan het dementeringsproces, dat op oude leeftijd begonnen is. De innerlijke leefwereld wordt gevormd door bewust en onbewust herleefde fragmenten uit de levensgeschiedenis, die niet meer ordelijk zijn opgeslagen bij ernstig gedementeerde mensen (van der Kooij 1992).

Bij snoezelen in de psychogeriatric zien we een aantal principes van de validerende benadering terug (Pieterse en Geelen 1990, van der Kooij 1992); namelijk dat de innerlijke leefwereld van de patiënt centraal staat en dat de zorgverlener deze wereld accepteert, waardeert en bereid is daarin mee te gaan.

### 2.2.3 Doelgroep

Uit het voorgaande blijkt dat snoezelen met name geschikt is voor ernstig gedementeerde mensen, met procesverschijnselen zoals beschreven in het vierde stadium volgens Naomi Feil (zie validerende benadering). Bij deze mensen is het verbaal en verstandelijk functioneren sterk vermindert en blijkt het zinloos activiteiten aan te bieden waarin een beroep gedaan wordt op deze functies. Deze groep mensen is meer ingesteld op lichaamstaal en lichamelijk contact (van Rijt 1992, Bloemendal 1987, Achterberg 1992).

### 2.2.4 Wijze van toepassing

Snoezelen kan zowel individueel als groepsgewijs aangeboden worden.

In de literatuur wordt tevens onderscheid gemaakt tussen twee hoofdvormen van snoezelen (Bloemendal 1987):

- 1) snoezelen als doelgerichte activiteit. Volgens Bloemendal is dit de echte vorm van snoezelen. Bij deze vorm worden bewust opgezette activiteiten ondernomen die inspelen op zintuiglijke waarneming en ervaring.
- 2) snoezelen als onderdeel van een andere activiteit. Bij deze vorm van snoezelen vindt primair een andere activiteit plaats, waarbinnen bewust een snoezelactiviteit ingebouwd wordt.

### 2.2.5 Inhoud van de methodiek

#### *de individuele benadering*

Bij de individuele benadering kunnen beide hoofdvormen van snoezelen toegepast worden, maar vindt voornamelijk 'snoezelen als onderdeel van een andere activiteit' plaats. Als een patiënt bijvoorbeeld dagelijks verzorgd wordt dan kan een snoezelactiviteit ingebouwd worden door hem/haar te laten ruiken aan de zeep en andere lekkere geuren aan te bieden. Door mee te gaan in de beleving van de patiënt ontstaat er een band en een wederzijds vertrouwen.

#### *de groepsbenadering*

Evenals bij de individuele benadering is bij de groepsbenadering toepassing van beide hoofdvormen van snoezelen mogelijk, maar wordt met name 'snoezelen als doelgerichte activiteit' toegepast. Deze primaire vorm van snoezelen vindt plaats in een snoezelruimte. De snoezelruimte kenmerkt zich door een rustige, gedempte atmosfeer, die wordt bereikt met lichteffecten, kleuren en zachte muziek. In deze ruimte zijn materialen aanwezig die zintuigprikkeling stimuleren. Dit houdt in dat een uitdrukkelijk beroep

gedaan wordt op het ruiken, proeven, kijken, voelen en horen. Om te ruiken zijn er parfums, bloemen, wierook, fruit etc aanwezig; om te proeven zijn er koekjes, verschillende soorten drankjes en snoepgoed; om te kijken zijn er lampen die verschillende lichteffecten kunnen geven, er zijn spiegels en andere glinsterende en gekleurde voorwerpen. Om te voelen zijn er voelkussens, knuffels, poppen, sop, zand, scheerschuim etc. aanwezig; om te horen is er een geluidsinstallatie aanwezig waarmee allerlei muziek afgedraaid kan worden (van der Kooij 1992, Hulshegge en Verheul 1986).

Om contact te bevorderen is het tijdens het snoezelen van belang rekening te houden met het prioriteitszintuig van de patiënt. Zo kan worden ingespeeld op de reacties van de patiënt op het aangeboden materiaal (van der Kooij 1992, Achterberg en Kok 1992).

In de literatuur wordt het belang benadrukt om het snoezelen gestructureerd en systematisch toe te passen (Pieterse en Geelen 1990, Achterberg en Kok 1992). Voor iedere individuele bewoner is het van belang een activiteitenplan te maken waarin duidelijk aangegeven wordt op welke manier, met welk materiaal en hoe lang de activiteit wordt uitgevoerd. Om zo systematisch mogelijk aan het werk te gaan kunnen de volgende stappen ondernomen worden (Pieterse en Geelen 1990):

- 1) het in kaart brengen van levensloopgegevens en achtergrondgegevens van de patiënt;
- 2) het in kaart brengen van recente gegevens over het psychosociaal en fysiek functioneren
- 3) het formuleren van een probleemstelling
- 4) het opstellen van een activiteitenplan
- 5) observatie van reacties van bewoners op geformuleerde snoezelactiviteiten.
- 6) het evalueren en het bijstellen van het activiteitenplan.
- 7) opnemen van facetten van snoezelen in het verpleegplan: integratie in dagelijkse zorg

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het principe 'snoezelen' niet statisch is, maar procesmatig waarin terugkoppelingsmomenten zijn (bijvoorbeeld na observatie) en, indien nodig, het activiteitenprogramma aangepast wordt.

De rol van de begeleiders is ten dele actief: het signaleren, het aanreiken van middelen, en het bezighouden; maar ook ten dele passief: de patiënt met het materiaal bezig laten (Bloemendal 1983).

### **2.2.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners**

Snoezelen wordt met name gedaan door activiteitenbegeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen (van der Kooij 1992). Meerdere auteurs wijzen op het belang van snoezelen als geïntegreerd onderdeel in de dagelijkse zorg voor de patiënt. Dit betekent in dat snoezelen niet alleen overgelaten wordt aan activiteitenbegeleiders, maar een multidisciplinaire taak is (van der Kooij 1992, Bloemendal 1987, de Graaf e.a. 1993, van Rijt 1992)

Bij 'snoezelen als doelgerichte activiteit' wordt het opstellen van een snoezelplan, het observeren en het aanpassen van het snoezelplan in principe gedaan door de activiteitenbegeleiding. De activiteit op zich wordt met name gedaan door de activiteitenbegeleiders en in mindere mate door de verzorgenden. 'Snoezelen als onderdeel van een andere activiteit' wordt veelal door de verzorgenden en verpleegkundigen gedaan.

### 2.2.7 De rol van de familie

Familieleden krijgen tegenwoordig een steeds belangrijker plaats in verpleeghuizen. Bij snoezelen wordt door meerdere auteurs (van der Kooij 1992, van Rijt 1987, Bloemendal 1987) het belang benadrukt om te weten hoe de familie aankijkt tegen snoezelen. Snoezelen betekent tevens dat de familie geconfronteerd kan worden met oude mensen die bezig zijn met poppen en knuffelbeesten, hetgeen moeilijk te aanvaarden is door familieleden (van der Kooij 1992). Er zijn twee manieren mogelijk om de familie bij het toepassen van snoezelen te betrekken: de eerste manier is dat met snoezelen wordt gestart en na verloop van tijd de familie wordt ingelicht. Als de familie niet instemt dan wordt de snoezelactiviteit onderbroken. Een tweede manier is de familie vooraf inlichten en bij de besluitvorming te betrekken. Het 'vooraf informeren' wordt beschouwd als de meest correcte manier (Kortenhorst 1987)

### 2.2.8 De benodigde deskundigheidsbevordering

Omdat snoezelen uit de sfeer van de zwakzinnigenzorg afkomstig is, en bij snoezelen lichaamstaal en lichamelijk contact centraal staat, roep het vaak weerstand op. Het is daarom van belang dat het principe snoezelen geaccepteerd wordt binnen het team van zorgenden, wil de hulpverlenende zich vrij voelen om een dergelijke bejegening in zijn/haar professionele beroepshouding te kunnen integreren. Het blijkt essentieel dat binnen zo'n team de gevoelens, die een patiënt bij een hulpverlener op kan roepen, besproken kunnen worden.

Daarnaast is het van belang dat de hulpverlener mee kan gaan in de belevingswereld van de patiënt, respect en acceptatie toont, en een empatische, warme en open houding aanneemt (Kortenhorst 1987, Pieterse en Geelen 1990).

Met name de activiteitenbegeleiding heeft bij de introductie van snoezelen een belangrijke stimulerende en initiërende rol. Activiteitenbegeleiders coachen en begeleiden de zorgverleners in het uitvoeren snoezelactiviteiten, zodat snoezelen en facetten daaruit opgenomen kunnen worden in het zorg/verpleegplan van de patiënt en daarmee geïntegreerd kunnen worden in de dagelijkse zorg (van Rijt 1992, van der Kooij 1992). Snoezelen wordt vaak opgenomen in het bij- en nascholingspakket voor verzorgenden en verpleegkundigen (BOZ databank 1995)

### 2.2.9 De benodigde organisatorische voorzieningen

Om te kunnen snoezelen is het van belang dat een snoezelruimte aanwezig is met een gevarieerd aanbod van snoezelmaterialen (van Everdingen e.a.1993).

### 2.2.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van snoezelen

De literatuur verstrekt nog geen informatie over wetenschappelijk onderzoek naar het effect van snoezelen. Wel heeft een kwalitatieve evaluatie plaatsgevonden (Kok en Achterberg 1993, Kok e.a. NIZW 1993), waarin de ervaringen van zorgverleners met snoezelen beschreven zijn.

Naar aanleiding van een kwalitatieve evaluatie concluderen Kok en Achterberg (1993) dat snoezelen niet alleen positieve effecten heeft op demente ouderen, maar ook op zorgverleners.

De volgende positieve effecten op demente ouderen worden genoemd:

- minder gebruik en minder snel voorschrijven van rustgevende medicatie;
- afname van onrust: er ontstaat een ontspannen sfeer tijdens de dagelijkse zorgverlening;
- afname van agressie

De volgende positieve effecten op de zorgverleners worden genoemd:

- zorgverleners ervaren dat het leven van de demente mens weer zinvol is
- er wordt een zinvolle relatie met de bewoner opgebouwd
- aandacht voor mogelijkheden, niet zozeer voor beperkingen

## LITERATUUR

- Achterberg I., Kok W. Snoezelen met psychogeriatrische bewoners. Integratie in de dagelijkse zorg. *Activiteitensector* 192, 11, 16-19.
- Achterberg I., Kok W. "Voelen, kijken, luisteren, ruiken en proeven". *Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatricie* 1993, 5, 12-13.
- Bloemendal G. Snoezelen met demente bejaarden Deel I: de begrippen. *Tijdschrift voor Bejaarden-Kraam- en Ziekenverzorging* 1987, 4, p 98-102.
- Bloemendal G. Snoezelen met dieper gestoorde demente bejaarden (1), gericht op zintuiglijke waarneming en primaire behoeften. *Maandblad Activiteitensector* 1983, 5, 133-138.
- Bloemendal G. Snoezelen met dieper gestoorde demente bejaarden (2), beschrijving van een voorbeeld uit de praktijk. *Maandblad Activiteitensector* 1983, 6, 150-152.
- Bloemendal G. Snoezelen met demente bejaarden Deel II: vormen van snoezelen. *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 1987, 5, p 134-139.
- Graaf T. de En Aliens A. Snoezelen is een 24-uurs activiteit. Het snoezelproject in Verpleeghuis Bernardus (1). *TvZ, Vakblad voor verpleegkundigen* 1993, 4, 129-130.
- Hulshegge J. en Verheul A. Snoezelen, een andere wereld. Een praktijkboek voor zwakzinnigenzorg. *Intro Nijkerk* 1986.
- Kooij van der C.H. Snoezelen als validerende vaardigheid. *Tijdschrift voor verzorgenden* 1992, 12, 380-384.
- Kortenhorst L. 'Snoezelen, een activiteit voor diep-demente ouderen? Verslag van een themadag over snoezelen van de ovdv. *Activiteitensector* 1987 10-14.
- Ouder worden '93 *Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW, Utrecht* 1993.
- Pieterse M., Geelen R. Snoezelen met demente bejaarden. Een aanzet tot een systematische aanpak. *Activiteitensector* 1990, 6, 1-5.
- Rijt M. van de Snoezelen met ernstig demente bewoners. Procesmatige ontwikkeling van snoezelen in verpleeghuis de Hazelaar. *Activiteitensector* 1992, 6, 8-10.

## 2.3 Passiviteiten van het dagelijks leven

### 2.3.1 Doel

'Passiviteiten van het dagelijks leven' ook wel afgekort als PDL, is een methode, bestaande uit een complex van handelingen, voorzieningen en maatregelen dat bijdraagt aan optimale begeleiding, verzorging of verpleging van 'passieve' patiënten. Deze patiënten zijn niet in staat tot het verrichten van activiteiten en hebben daarmee niet meer de mogelijkheid om zelf actief mee te werken aan hun behandeling.

Omdat zelfzorgpassiviteiten veelal leiden tot voorkeurshoudingen, afweerspanning en contracturen, zijn de primaire doelen van PDL het voorkomen van decubitus en contracturen, en het teweeg brengen van ontspanning. Op deze wijze wordt gestreefd naar een optimaal leefklimaat voor passieve mensen (van Eijle 1993, van Eijle en van der Wulp 1992, Rabe 1993).

### 2.3.2 Theoretische uitgangspunten

Passiviteiten in het dagelijks leven wijkt af van de traditionele benadering waarbij activering in het dagelijks leven (ADL) centraal staat. Als activerende prikkels door ADL-trainingen geen enkel gunstig effect meer teweegbrengen, dan kunnen problemen ontstaan in de dagelijkse zorg (van Eijle 1993, van Eijle en van der Wulp 1992, Rabe 1993). Met name de taak van de hulpverlener wordt dan steeds zwaarder:

- decubitusbehandeling neemt veel tijd in beslag;
- het bestrijden van contracturen door middel van activering vergt veel energie en heeft nauwelijks een gunstig effect;
- dagelijkse verzorging zoals wassen kleden etc vergt veel kracht van de verzorgenden doordat afweerspanning kan optreden bij passiviteit, zoals spierspanning of psychische afweer;
- verzorgenden en verpleegkundigen zijn genoodzaakt dagelijks te tillen, hetgeen erg belastend is en bovendien veel risico met zich mee brengt voor zowel de verzorgende alsmede de patiënt.

In Verpleeghuis de Samaritaan te Sommelsdijk ontstond de gedachtengang niet meer zo zeer het accent te leggen op activering waarvan in de praktijk blijkt dat de effecten tegenvallen, maar aandacht te vestigen op zelfzorgtekorten van patiënten die niet meer terug te dringen zijn. In deze benadering is niet 'activiteit', maar 'passiviteit' belangrijk: de patiënt wordt in zijn zelfzorgpassiviteit geaccepteerd en er wordt niet meer uitgegaan van de beperkingen, maar van de mogelijkheden die er nog zijn in de zorg voor de patiënt (van Eijle en van der Wulp 1988, van Eijle 1995).

### 2.3.3 Doelgroep

PDL wordt toegepast bij ernstige, chronisch verpleegbehoefte patiënten bij wie ADL training en geen zelfstandige verplaatsing mogelijk is (van Eijle en van der Wulp 1992). De volgende oorzaken kunnen genoemd worden:

- loopstoornissen;
- sterk verminderde motorische vermogens
- dementie

'Passieve patiënten' worden zowel aangetroffen op somatische afdelingen alsmede op psychogeriatrische afdelingen van een verpleeghuis, in verzorgingshuizen, in instellingen voor verstandelijk gehandicapten en in de thuiszorg. Passieve psychogeriatrische patiënten bij wie PDL toegepast wordt bevinden zich voornamelijk in een vegeterend



stadium. Dit zijn ernstig gedementeerde mensen waarbij de fysieke functies zwaar beperkt zijn.

#### 2.3.4 Wijze van toepassen

PDL is vooral een 24-uurs benadering omdat:

- a) PDL gepaard gaat met een empathische, patiëntgerichte en rustgevende attitude van de zorgverlener, en
- b) omdat zelfzorgpassiviteiten voorkomen in vele dagelijkse situaties zoals liggen, zitten, gewassen worden, gekleed worden, verschoond worden, en verplaatst worden (van Eijle 1991).

#### 2.3.5 Inhoud van de methodiek

Bij PDL worden zeven aandachtspunten onderscheiden (van Eijle 1991):

##### 1) *het liggen*

Het liggen vergroot de kans op contracturen en decubitus bij de patiënt. Ter preventie van deze complicaties wordt wisselligging toegepast en bestaan er dynamische ligvoorzieningen zoals waterbedden, vezelmatrassen, dynamische ligmiddelen zoals korrelmatrassen (van Eijle 1995)

##### 2) *het zitten*

Bij het zitten is het van belang dat de zitelementen aangepast worden aan het lichaam van de 'passieve' bewoner. Vaak ontstaat druk op de stuit en de ellebogen, waardoor decubitus kan ontstaan. Ook neemt de kans op contracturen toe doordat de patiënt scheef kan zakken of voorover gaat buigen.

Dynamische zitmiddelen moeten het hoofd, romp armen en benen zodanig ondersteunen dat de bewoner zich prettig voelt en zich kan ontspannen (de Vreede 1994).

##### 3) *wassen en verschonen*

De fysio- en ergotherapeuten kunnen de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden een aantal vaardigheden en handgrepen leren die de patiënt gedurende de dagelijkse verzorging ten goede komen. Hier staan technieken centraal die ontspanning van de spastische spiergroepen teweeg brengen (Eijle 1988, 1991). Tevens is het van belang dat de benadering van de hulpverlener rustgevend is, dat de hulpverlener niet routinematig ter werk gaat, maar uit gaat van wat de patiënt het prettigst vindt en ingaat op de signalen die de patiënt geeft (Rabe 1993, Eijle 1988).

##### 4) *kleden*

Ook bij het kleden kunnen fysio- en ergotherapeuten vaardigheden overdragen aan de verzorgenden (Eijle 1988, 1991). Daarnaast kunnen aanpassingen gemaakt worden, zoals bijvoorbeeld lange ritsen, klittebandsluiting, een grote maat of rekbare stoffen (Rabe 1993)

##### 5) *tillen*

Uitgangspunt van het tillen of verplaatsen van de passieve bewoner is dat de veiligheid van zowel tiller als getilde gewaarborgd is. Dit is mogelijk door goede beheersing van handmatige tiltechnieken, veelvuldig gebruik van tilliften alsmede een consequent tilbeleid (Bosch 1991).

6) *voeden*

Gevoed worden is voor passieve, zorgafhankelijke mensen een enkele malen per dag terugkerende ervaring. Vaker komen problemen bij voeding voor zoals het weigeren, niet doorslikken of uitspugen van voedsel. Van belang is dat de zorgverlener zich bewust is van het plezier dat de patiënt beleeft aan eten en drinken. Tevens is bij het voeden de persoonlijke benadering van de hulpverlener van groot belang. Een dergelijke houding bevordert het contact en stimuleert de zintuiglijke activering.

7) *primaire activering*

Hoewel PDL eigenlijk gericht is op passiviteit, is primaire activering een essentieel aandachtspunt.

Het primair activeren van zintuigen loopt als een rode draad door de benadering van de passiviteiten van het dagelijks leven: via de zintuigen kunnen de bewoners immers reageren of ze dingen prettig vinden of niet. Op deze wijze wordt een gevoel van veiligheid en geborgenheid van de patiënt geoptimaliseerd.

Adviezen die binnen de PDL gegeven worden voor het leggen van contact met de patiënt zijn gebaseerd op de haptonomie. Van Eijle (1993) heeft adviezen geformuleerd waarin de volgende aspecten centraal staan:

- het maken van oogcontact;
- de houding van het hoofd op dezelfde hoogte als het hoofd van de patiënt
- het vermijden van snelle bewegingen
- het spreken niet zozeer als informatiekanaal, maar voornamelijk als rustgevend middel gebruiken
- het beperken van fysieke handelingen tot een minimum.
- aanraken.

**2.3.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners**

Bij het toepassen van PDL zijn artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders, ergo- en fysiotherapeuten en toeleveringsbedrijven van voorzieningen betrokken (Eijle 1991, 1993; Laudon 1993).

**2.3.7 De rol van de familie**

De literatuur omtrent PDL geeft geen informatie over de rol van de familie bij het hanteren van deze methodiek.

**2.3.8 De benodigde deskundigheidsbevordering**

Om met de PDL methode te gaan werken moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan:

1) acceptatie van passiviteit.

Zoals eerder genoemd wordt de passiviteit van de patiënt met betrekking tot zelfzorg volledig geaccepteerd, en worden de mogelijkheden van de zorg voor de patiënt benadrukt (van Eijle 1988).

2) interdisciplinaire samenwerking.

Het toepassen van PDL vergt een hechte samenwerking van de hulpverleners die bij de zorg betrokken zijn. De fysiotherapeuten zijn bij het toepassen van PDL, vooral met het oog op preventie van decubitus en contracturen, de meest aangewezen functionarissen om initiatief te nemen. Zij moeten beschikbaar zijn voor dergelijke hulpbehoefte. Het coördineren van PDL wordt met name door fysiotherapeuten en ergotherapeuten gedaan (van Eijle en van der Wulp 1988, van Eijle en Nijkamp 1989). Daarnaast dragen de ergo- en fysiotherapeuten PDL vaardigheden over aan de zorgverleners,

zodat zij spasme en paratonie (stoornis in de regulering van de spiertonus) kunnen hanteren tijdens de dagelijkse verzorging van de patiënt.

Bij deze interdisciplinaire vorm van samenwerking is goede communicatie en gestructureerd overleg en afstemming tussen de disciplines noodzakelijk.

3) waar mogelijk, een zorgrelatie met één hulpverlener tegelijk.

Bij technieken die worden toegepast bij het wassen, verschonen, kleden verplaatsen en voeden wordt als voorwaarde gesteld dat slechte één zorgverlener een zorgrelatie met de patiënt aangaat. Het maken van contact en het leggen van een zorgrelatie tussen hulpverlener en patiënt krijgt nauwelijks kans wanneer meerdere hulpverleners tegelijkertijd bij de zorg aanwezig zijn.

Bijscholingscursussen in PDL worden verzorgd door de Prinses Margriet School in Rotterdam. Bijscholing geschiedt voornamelijk per instelling. Er zijn verschillende cursusmogelijkheden. Er is een cursus van drie dagdelen waarin voornamelijk verplaatstechnieken aangeleerd worden. Tevens is er een cursus van tien dagdelen, waarin alle PDL technieken (liggen, zitten, wassen en verschonen, kleden, tillen, voeden en primaire activering) aangeleerd worden. Tot de doelgroep van deze cursussen behoren de fysiotherapeuten, de ergo therapeuten, de verzorgenden en verpleegkundigen.

### **2.3.9 Organisatorische voorzieningen**

Om te kunnen realiseren dat één hulpverlener een zorgrelatie met de patiënt aangaat, zal het verpleegstelsel op een afdeling hierop afgestemd moeten zijn (van Eijle 1992). Het 'primary nursing' systeem, waar één verpleegkundige of verzorgende de primair aangewezen is voor de dagelijkse zorg voor de patiënt, lijkt bij deze benadering het meest geschikte systeem (Hattinga-Verschure 1981).

Zoals eerder vermeld is het verder noodzakelijk dat de zorg/behandelssystemen van de betrokken disciplines optimaal op elkaar afgestemd worden.

Tenslotte is het van belang dat, ter optimalisatie van juiste keuzen, de inkoop van voorzieningen interdisciplinair onderbouwd is. Voorzieningen als zitelementen, lig-elementen, baden en tilliften moeten in het gebruik optimaal op elkaar afgestemd zijn, en tevens moeten de voorzieningen voor verschillende bewoners functioneel kunnen zijn (van Eijle 1992, Wydoo 1994).

### **2.3.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van PDL**

In de literatuur wordt (nog) geen onderzoek beschreven waarin het effect van PDL onderzocht wordt. Wel worden persoonlijke ervaringen van de direct betrokken zorgverleners, zoals de fysiotherapeuten, verzorgenden en verpleegkundigen, met betrekking tot het werken met de PDL methode op een verpleeghuisafdeling beschreven in de literatuur (Rabe 1993):

- de zorgverlener handelt bewuster: kijkt bewuster naar de bewoner, leert zijn reacties te onderkennen en ermee om te gaan;
- de zorgverlener hoeft minder grote krachtsinspanning te leveren;
- meer betrokkenheid van verschillende disciplines bij de zorg voor de passieve bewoner;
- meer arbeidsvoldoening.



## LITERATUUR

- Bosch K. e.a. Op weg naar een gezond transferbeleid. Mobicare Middelhamis 1991.
- Eijle J. van, Wulp J.C. van der. Passiviteiten van het dagelijks leven. Tijdschrift voor Verzorgenden 1988, p 280-283.
- Eijle J. van. Passiviteiten van het dagelijks leven. Van verpleeghuiswerkgroep naar stichting. Tijdschrift voor verzorgenden 1992 p 326.
- Eijle J. van. e.a. Werkboek PDL van verpleeghuis 'de Samaritaan'. Mobicare Middelhamis 1991.
- Eijle J. van., Nijkamp H. Verpleeghuisfysiotherapie, iets bijzonders? Uit: nieuwsbrief NVGF 1989.
- Eijle J. van. Wie, wat, waar in PDL? Uitg. Spruit S.M.D Leiden 1995
- Eijle J. van. Dynamisch liggen.....Hoe werkt dat? Mobicare Middelhamis 1995
- Ouder worden '93 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW, Utrecht 1993.
- Hattinga-Verschure J.C.M. Het verschijnsel zorg . De tijdstroom, Lochem, 1984.
- Loudon S. Positively Passive. Nursing Times 1993, nr 31, p 71-72.
- Rabe W. Passiviteiten van het dagelijks leven. Zorg voor diep demente ouderen. Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric, juni 1983, p 14-15.
- Vreede S. Zitten in het verpleeghuis. 1994, Verpleeghuis DrieMaasHave, Maassluis.
- Wydoo F. Verslaglegging PDL cijfer. De Blauwe Hoeve, Hulst 1994.

## **2.4 Realiteitsoriëntatietraining (ROT)**

### **2.4.1 Doel**

Realiteitsoriëntatie training heeft als doel het dementeringsproces te vertragen door verwarde personen te stimuleren en te activeren om het verloren contact met de werkelijkheid terug te vinden. Op deze wijze wordt met realiteitsoriëntatie getracht de zelfstandigheid, het zelfvertrouwen en het welbevinden van de oudere te bevorderen, gevoelens van angst te verminderen, en verdere sociale achteruitgang te voorkomen (Buijssen 1991). Een karakteristiek principe van realiteitsoriëntatie is dat een continue appèl wordt gedaan op de intacte functies van de dementerende oudere (van der Kooij 1988). De achterliggende gedachte van realiteitsoriëntatie is dat de verwardheid van de oudere afgeremd kan worden door het voortdurend en herhaaldelijk aanbieden van juiste en realistische informatie over tijd, plaats en persoon, het systematisch corrigeren van verkeerde uitspraken of handelingen, en het stimuleren en aanmoedigen van zelfstandig gedrag. (Buijssen 1991).

### **2.4.2 Theoretische uitgangspunten**

Aan het einde van de 50er jaren werd de realiteitsoriëntatietraining ontwikkeld door de Amerikaanse arts Folsom. Folsom was geïnspireerd door de theorie van Goffmann met betrekking tot de hospitaliserende werking van instituties (Fleischeuer e.a. 1989). In deze theorie stelt Goffmann dat het leven in een instelling, altijd aan regels gebonden, ertoe leidt dat bewoners hun identiteit verliezen, steeds minder initiatieven tonen en onverschillig worden. Folsom merkte dat langdurig verblijf van de chronisch psychiatrische patiënten in het instituut waar hij werkte leidde tot hospitalisatie en vervolgens tot apathie en een toename van verwardheid (Allewijn 1991).

Bij de totstandkoming van de realiteitsoriëntatietraining benadrukte Folsom het prothetische karakter van de omgeving, namelijk dat de omgeving functies kan vervangen die door de dementie verloren dreigen te gaan. Folsom ging ervan uit dat een aangepaste omgeving, in combinatie met een voortdurend aanbod van informatie over tijd, plaats en persoon en een voortdurende aanspraak op de nog intacte geheugenfuncties, zou leiden tot meer adequaat gedrag.

De realiteitsoriëntatietraining is ontworpen op basis van gedragstherapeutische principes. Omdat Folsom veel nadruk legde op de manipulatie van de omgeving, werd de ROT aanvankelijk in de hoek geplaatst van het Behaviourisme. In de jaren 70 kwam het accent van de ROT steeds meer te liggen op cognitieve functie training, zoals het waarnemen, oriëntatie, begrip, aandacht en expressie. Het doel werd nu meer het bieden van ondersteuning aan de oudere mens om greep te kunnen houden op zijn omgeving. De training heeft zowel behaviouristische als cognitivistische kenmerken (Fleischeuer e.a. 1989). Net als gedragstherapie is Reality Orientation Training directief van aanpak: de begeleider bepaalt de lijn en de oudere neemt deze als het ware mee (Jansen op de Haar 1989).

### **2.4.3 Doelgroep**

Dementerenden die het meest gebaat zijn met de realiteitsoriëntatietraining zijn mensen met verschijnselen van dementie zoals beschreven in het eerste stadium van dementie volgens Naomi Feil (zie ook validation). Dit stadium kenmerkt zich door beginnende dementie waarbij verwardheid optreedt. De dementerende is zich bewust van deze verwardheid en klampt zich dientengevolge vast aan het heden. In deze fase leeft de dementerende, ondanks lacunes nog in 'onze' realiteit, en heeft nog het vermogen tot ordenen en abstraheren. Ook heeft de tijd nog zijn structurerend

karakter. Ouderen met deze lichte vorm van dementie hebben vaak behoefte in de werkelijkheid te vertoeven, en willen nog graag geholpen worden in het vasthouden van de hedendaagse werkelijkheid. Zo lijkt met name de realiteitsoriënterende benaderingswijze voor deze ouderen geschikt (van der Kooij 1988, Buijssen 1991).

#### 2.4.4 Wijze van toepassing

De ROT benadering kan zowel groepsgewijs, alsmede in een 24-uurs verband aangeboden worden.

#### 2.4.5 Inhoud van de methodiek

##### *groepsgewijze benadering*

In kleine groepjes, variërend van vijf tot zeven personen, komen de deelnemers op een vaste dag en op een vast tijdstip bij elkaar. Gedurende de bijeenkomst krijgen de deelnemers opdrachten die gericht zijn op waarnemen, geheugen, aandacht en concentratie. De groepsbijeenkomsten kennen een vaste structuur, maar ook variatie. De groepsgewijze ROT kan er als volgt uitzien (op de Haar e.a. 1985):

In het begin van de bijeenkomst wordt eerst de aandacht gericht op afleidende gebeurtenissen, zoals lawaai, regen, fel licht etc. Vervolgens worden de groepsleden aan elkaar voorgesteld, eventueel met naamkaartjes. Dan wordt gevraagd hoe het met iedereen gaat. Hierbij houdt de begeleiding in de gaten of iedereen in de bijeenkomst betrokken is. Ook wordt aandacht besteed aan bijzondere voorvallen, zoals een nieuw groepslid, iemand die er niet meer is, of veranderingen op de afdeling. Tenslotte worden oriëntatie opdrachten en oefeningen gedaan. Een voorbeeld van een oriëntatie opdracht in tijd is de namen laten opschrijven van de plaatsen waar de verschillende groepsleden geboren zijn; vervolgens een kaart van Nederland erbij pakken en met schijfjes deze geboorteplaatsen laten aangeven. Bij de groepsgewijze benadering ligt de nadruk niet alleen op oriëntatietraining, maar tevens op het bevorderen van de sociale contacten, het betrekken van de deelnemers bij de realiteit en het prikkelen van zintuigen.

Prikkeling van functies via cognitieve spelletjes wordt ook gedaan in velerlei groepsactiviteiten, waarin oriëntatie en realiteitszin spelenderwijs gestimuleerd wordt. Voorbeelden van dergelijke groepsactiviteiten zijn kookgroepen, krantenleesgroepen, eettafelprojecten en gespreksgroepen. (Buijssen 1991, Allewijn 1991). Ook voor de groepsactiviteiten geldt dat deze zoveel mogelijk in vaste vorm, met vaste leden, op een vaste plaats en op een vast tijdstip plaatsvinden (Jansen op de Haar).

##### *de 24-uurs benadering*

De 24-uurs benadering wordt in combinatie toegepast met de groepsbenadering. Het zou immers zinloos zijn om gedesoriënteerde ouderen een of twee keer per week te activeren in groepsverband, en ze de rest van de week niet te stimuleren.

Bij de 24-uurs benadering wordt de oriëntatie in tijd, plaats en persoon ondersteund door een systematische benadering gedurende 24 uur per dag. Allewijn (1991) benoemt een aantal spelregels van de 24-uurs benadering. Deze houden in:

- het regelmatig geven van informatie over plaats en gebeurtenissen van het moment;
- het corrigeren van verwardheid;
- het bekrachtigen van adequaat gedrag. Met name bij het stimuleren van sociale contacten en het bestrijden van storend gedrag is bekrachtiging een belangrijk middel. Bekrachtiging bestaat meestal uit het geven van complimenten of het maken van een praatje

- de omgeving zodanig organiseren dat deze zoveel mogelijk aanwijzingen biedt ter oriëntatie. *De oriëntatie in ruimte* wordt met name ondersteund door wegwijzers. Van belang is dat de verzorgenden de bewoners regelmatig op de wegwijzers wijzen. Dit leidt tot herkenning van namen, kleuren en symbolen. Voor de *oriëntatie in tijd* zijn er duidelijk leesbare klokken en speciale ROT-borden, waarop de dag, datum, dagprogramma, jaargetijde en bijzonderheden worden vermeld. *Oriëntatie in persoon* wordt ondersteund door spiegels, naambordjes op deuren (met grote letters en pijlen) en door foto's (van familieleden).

Een ander belangrijk onderdeel van de 24-uurs ROT benadering is het aanbieden van een vast dag- en weekprogramma, zodanig dat de dagen herkenbaar en van elkaar te onderscheiden zijn. Een benadering die hier goed bij aansluit is 'normalisatie'. Dit houdt in dat het leven in de instelling zoveel mogelijk moet gelijken op het 'normale' leven buiten de instelling. Het stimuleren van zelfredzaamheid en het betrekken van bewoner bij huishoudelijke taken bevordert een genormaliseerd leven in een instelling (Allewijn 1991).

#### **2.4.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners**

De begeleiding van de realiteitsoriëntatie training is meestal in handen van activiteitenbegeleiders, verzorgenden en verplegenden, psychologen en ergotherapeuten. De praktijk toont dat met name de verpleegkundigen en verzorgenden de 24-uurs benadering toepassen en dat de activiteitenbegeleiders, ergotherapeuten etc. voornamelijk de groepsbenadering doen.

#### **2.4.7 De rol van de familie**

De rol van de familie bij ROT speelt meer in de thuissituatie dan in de verpleeghuis-situatie (Buijssen 1991). Het succes van de ROT staat of valt met een juiste attitude: van belang is dat men steeds kleine haalbare stapjes zet en dat men de verwarde oudere voor alles wat de patiënt goed doet meteen belooft, b.v. door te glimlachen of te prijzen. Tevens is het essentieel dat correcties en aanwijzingen zo onopvallend mogelijk gegeven worden (Buijssen 1991).

#### **2.4.8 Deskundigheidsbevordering**

Van deze hulpverleners wordt een 'realiteitsoriënterende' opstelling verwacht. Dat wil zeggen dat de oudere consequent kenbaar maken hoe de werkelijkheid van hier en nu eruit ziet.

De basishouding van de hulpverlener moet daarbij rustgevend zijn. Tevens is een respectvolle bejegening naar de patiënt toe van groot belang. Ook moet de aangereikte informatie aansluiten op de denkwereld van de dementerende en passen bij de ernst van de verwardheid (Buijssen 1991). Daarom is het van belang dat de verzorgenden inzicht hebben in de verschillende fasen van verwardheid, die door elkaar kunnen lopen. Het ene moment kan de patiënt zich nog in een fase verkeren waarin hij structuur zoekt en zich wil oriënteren; het ander moment kan hij verder weg zijn van de wereld om zich heen, alwaar zijn innerlijke leefwereld met de daarbij horende associaties belangrijker zijn (Fleischeuer e.a. 1989).

Fleischeuer en van der Kooij (1989) pleiten voor een multidisciplinaire samenwerking; met name tussen psychologen en verpleegkundigen en verzorgenden. Het verrichten van grondig psychologisch onderzoek, waarmee inzicht verkregen wordt in persoonlijkheidskenmerken van de patiënt, zijn levensloop en zijn omgang met crisissituaties, en

nauwkeurige gedragsobservatie zijn van groot belang om te komen tot een juiste benadering. Verzorgenden moeten worden begeleid bij het toepassen van psychologische inzichten en kennis door met de psycholoog probleem- of ander specifiek gedrag met de psycholoog te bespreken. Psychologen kunnen hun inzicht verruimen met informatie van de verzorgenden en verpleegkundigen over het gedrag van de bewoner gedurende de dagelijkse zorg.

De realiteitsoriënterende benadering is een van de oudste benaderingen die in Nederland toegepast wordt (BOZ databank 1995). In de bijscholingspakketten over psychogeriatricatie wordt deze benadering veelal opgenomen als algemene oriëntatie.

#### **2.4.9 De benodigde organisatorische voorzieningen**

##### *24-uurs of individuele benadering*

Bij de 24-uurs of individuele benadering is het van belang dat ter ondersteuning oriëntatiepunten worden aangebracht. Voor dit doel moet er een ruime variatie aan materiaal beschikbaar, zoals klokken, kalenders, speciale ROT borden, wegwijzers etc.

##### *groepsbenadering*

Bij de groepsbenadering is het van belang dat er een vaste ruimte beschikbaar is waar de groep wekelijks kan verblijven, en waar eveneens een gevarieerd aanbod is van materialen waarmee in groepsverband geoefend kan worden om de oriëntatie van de deelnemer te stimuleren.

#### **2.4.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van realiteitsoriëntatie training**

In de loop der jaren zijn meerdere studies gedaan naar mogelijke effecten van realiteitsoriëntatie training. Experimenteel onderzoek toont aan dat de ROT met name een positief resultaat boekt op de verbale en ruimtelijke oriëntatie van psychogeriatricatie patiënten (Hanley e.a. 1981, Johnson e.a. 1981). Uit het onderzoek naar het effect van groeps ROT in combinatie met 24-uurs ROT van Gorissen (1985) kwam naar voren dat ROT geen veralgemeend effect had op de verbale oriëntatie, maar slechts een specifiek effect op de getrainde items.

Ook Dröes benadrukt dat effecten over het algemeen niet buiten de trainingsuren worden waargenomen. Tevens geeft Dröes (1995) aan dat bij de meeste studies de onderzoekspopulatie globaal omschreven is zodat niet duidelijk is bij welke diagnostische groepen resultaten kunnen worden verwacht, en dat in het geheel genomen de effecten van ROT, zoals beschreven in de literatuur zeer matig zijn.

Uit het onderzoek van der Kooij (1986) tenslotte, kwam naar voren dat bij de kwantitatieve effectmeting, sociotherapeutische toepassing van realiteitsoriëntatie niet leidde tot veranderingen in cognitie en gedrag van psychogeriatricatie verpleeghuisbewoners. Op kwalitatief niveau werd daarentegen waargenomen dat er bij begeleidingsbehoeftige psychogeriatricatie verpleeghuisbewoners nog een zeker inprentingsvermogen aanwezig is die sterk gekoppeld is aan de belevingswereld van de bewoner.

Hoewel aangenomen mag worden dat realiteitsoriëntatie training effect heeft op het cognitief functioneren, kan nog geen eenduidige conclusie getrokken worden over de precieze aard van dit effect. Fundamenteel onderzoek in de toekomst op dit terrein kan meer inzicht verschaffen.

## LITERATUUR

- Allewijn M. Realiteitsoriëntatie training, een benaderingswijze voor gedesoriënteerde ouderen. Denkbeeld- Tijdschrift voor psychogeriatric 1991, p10-14.
- Buijssen H. Realiteitsoriëntatie training. Tijdschrift voor Verzorgenden, nr 4 1991, p 104-106.
- Dröes R.M. Psychosociale behandeling bij dementie. Tijdschrift voor psychiatrie 1995, 37, p 235-251.
- Fleuscheuer I. & Kooij C. van der. Realiteitsoriëntatie en de werkelijkheid van de verpleeghuisbewoner. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1989, 20, p197-201.
- Gorissen P. Een onderzoek naar het effect van realiteitsoriëntatie training op een groep psychogeriatricische patiënten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1985, 16, p235-238.
- Hanley I.G., McGuire R.J. & Boyd W.D. Reality Orientation and dementia. A controlled trial of two approaches. Br. J. of Psychiatry 1981, vol 8, 10-14.
- Johnson C.H., McLaren S.M. & McPherson F.M. The comparative effectiveness of three versions of classroom Reality orientation. Age and Aging 1981, vol. 10 p 33-35.
- Kooij C. van der. Ziekenverzorgenden en demente bejaarden, Verslag van een onderzoek naar effecten van een sociotherapeutische toepassing van Reality Orientation op de begeleidingsbehoeftige afdeling van een psychogeriatric verpleeghuis. Augustus 1986, Instituut voor Verplegings-Wetenschap.
- Jansen op de Haar M. Realiteitsoriëntatie training. Houvast door het aanleren van nieuw gedrag. Activiteitensector nr 12, 1989, p12-14.
- Lange J. de. Vergeten in het verpleeghuis. Dementerende ouderen, hun verzorgenden en familieleden. NcGv 1990.



## 2.5 Warme zorg

### 2.5.1 Doel

Evenals validation en snoezelen heeft warme zorg niet genezing of herstel als doel, maar staat de beleving van de oudere mens centraal bij deze benadering. Het doel van warme zorg is een sfeer te scheppen waarin gedesoriënteerde oude mensen zich veilig voelen waardoor angsten en onzekerheden verminderen of verdwijnen (Houweling 1987, Buijssen 1991).

### 2.5.2 Theoretische uitgangspunten

De theoretische uitgangspunten van deze benadering komen van de verpleeghuisarts Houweling (Houweling 1987) en van de psychogerontoloog Miessen (Miessen 1990). Onafhankelijk van elkaar ontwikkelden zij eenzelfde visie. De visie van Houweling en Miessen is gebaseerd op de gehechtheidstheorie van de Britse kinderpsychiater Bowlby. Bowlby stelt dat ieder individu, om vanaf de geboorte een evenwichtige ontwikkeling door te kunnen maken, één of meerdere personen nodig heeft waaraan hij zich kan hechten. In de gehechtheidstheorie speelt de moeder een belangrijke rol. Naarmate het kind ouder wordt leert het meer voor zichzelf zorgen en neemt daarmee geleidelijk afstand van de moederschoot. Gehechtheidsgedrag blijft echter wel sluimerend aanwezig in een mensenleven. In periodes van onzekerheid, kwetsbaarheid en onveiligheid krijgt een volwassen individu terug naar zijn vroegere gedragsrepertoire. Houweling en Miessen ontdekten dat de gehechtheidstheorie van Bowlby aanknopingspunten biedt voor de omgang met demente oude mensen. Bij dementie brokkelt het geheugen af waarbij het laatst geleerde het eerst verdwijnt. Op den duur leidt afbraak van het geheugen tot handelingsonbekwaamheid: de vaardigheden die aangeleerd zijn gedurende de groei naar volwassenheid gaan verloren. Dit leidt tot een situatie van afhankelijkheid, die vergelijkbaar is met de situatie van een jong kind die nog vele vaardigheden en handelingen moet aanleren. Dit verschijnsel, in combinatie met de een permanente conditie van dreiging, angst en onveiligheid die dementie scheidt, zorgt ervoor dat het gehechtheidsgedrag weer geactiveerd wordt. Ten gevolge hiervan gaat de dementerende op zoek naar een veilige basis en warmte (Houweling 1987, Buijssen 1991).

### 2.5.3 Doelgroep

'Warme zorg' is geschikt voor demente oude mensen met procesverschijnselen die variëren van licht tot zeer ernstig. Dit betekent dat 'warme zorg' toepasbaar is bij elke vorm van dementie.

### 2.5.4 Wijze van toepassing

Bij warme zorg staat niet zozeer de hoedanigheid van de therapie, maar de aard van de zorg centraal; namelijk een veilig en warm leefklimaat binnen de afdeling. Daardoor is warme zorg een 24-uurs benadering (Plaisier e.a. 1992).

### 2.5.5 Inhoud van de methodiek

Met betrekking tot de inhoud van de methodiek noemt Houweling (1987) een aantal aandachtspunten:

- *nabijheid*. Voor de dementerende bejaarde is het van belang dat de hulpverlener weinig afstand neemt en niet bang is voor lichamelijk contact, zoals een knuffel. Tevens is het van belang dat de hulpverlener mee kan gaan in de wereld van de patiënt en wezenlijke interesse toont.

- *herkenbaarheid.* De omgeving van de dementerende dient vertrouwd en rustgevend te zijn. Om de afdeling zo min mogelijk op een ziekenhuis afdeling te laten lijken en om een vertrouwde sfeer te creëren, zijn ziekenhuismeubels zo veel mogelijk vervangen door meubels die de bewoners van huis uit gewend zijn, zoals een fauteuils, kleedjes, kastjes, een vaste vloerbedekking. Daarnaast wordt zachte muziek gedraaid. Ook is het van belang dat de verzorgenden geen uniform dragen maar eigen kleding. Tenslotte is het, ter bevordering van een band tussen hulpverlener en patiënt, van belang dat er kleine zorgteams zijn rond een vaste groep bewoners.
- *huiselijkheid.* Op een psychogeriatrische afdeling dient zo weinig mogelijk verboden te worden en dienen er zo weinig mogelijk regels te zijn. Dagelijks wordt er een herkenbare dagindeling gemaakt. Dat hoeft niet perse elke dag hetzelfde te zijn. Een voorbeeld is het gezamenlijk ontbijt 's ochtends in de huiskamer aan tafel, waarbij de patiënt de gelegenheid krijgt zijn boterhammen zelf klaar te maken. Een ander voorbeeld is het verzorgen van huisdieren. Deze kunnen het gevoel van huiselijkheid ook versterken. Bij deze activiteiten is het van belang dat de bewoner de ruimte krijgt om zijn eigen tempo te bepalen.
- *vrijheid.* Voor mobiele bewoners is het van belang dat ze vrijheid ervaren door te kunnen rondlopen. Voor dit doeleinde is een loopcircuit het meest ideaal. Er dienen zo min mogelijk gesloten deuren te zijn. Zomers is een tuin om in te zitten en in te lopen geschikt. Ook worden er binnen deze methodiek geen dwangmiddelen gebruikt zoals verplicht zitten of zitten in een zweedse band of een ander fixatie middel.
- *familie.* Vanwege de band speelt de familie een belangrijke rol bij het contact van de patiënt met de werkelijkheid. Er is dan ook alle ruimte voor contact tussen patiënt en familie en er zijn geen vaste bezoektijden. Voor de familie is het van belang dat er gelegenheid is om mee te helpen bij de verzorging, dat een familielid mee kan eten en als het gewenst is kan blijven slapen.

#### **2.5.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners**

Bij deze benadering is het gehele team van hulpverleners betrokken; d.w.z. de arts, psycholoog, fysio-ergotherapeut, activiteitenbegeleiding, verzorgenden en verpleegkundigen.

#### **2.5.7 De rol van de familie**

Bij warme zorg wordt veel waarde gehecht aan contact met familie (Houweling 1987). Om het contact met de familie de ruimte te geven, zijn vaste bezoektijden niet wenselijk. Voor de familie is gelegenheid om mee te helpen met de verzorging, ook kan een familie lid blijven eten of slapen.

#### **2.5.8 Deskundigheidsbevordering**

Warme zorg vereist van het team van hulpverleners een niet-medische, warme en patiënt gerichte attitude. Ook vereist deze benadering nabijheid, respect en wezenlijke interesse van de zorgverlener in iedere individuele bewoner, om de bewoner een veilig leefklimaat te kunnen bieden. Andere fundamentele elementen in deze benadering zijn het durven en kunnen omgaan met verliesgevoelens, en met verval en eindigheid. Warme zorg is één van de dominante begeleidingsmethodieken in Nederland (Plaisier e.a. 1992), en wordt dan ook vaker in het bijscholingspakket voor verzorgenden en verpleegkundigen opgenomen (BOZ databank 1995). Kennismaking met de filosofie van de benadering staat in zo'n cursus centraal.



### 2.5.9 De benodigde organisatorische voorzieningen

Bij deze 24-uurs benadering is het van belang dat vertrouwde meubelstukken geplaatst kunnen worden, en dat indien haalbaar, huisdieren worden toegelaten. Verder wordt de aanwezigheid van een loopcircuit geprefereerd waarin de bewoner vrij kan rondlopen, en een tuin waarin de bewoner bij mooi weer kan vertoeven. Tenslotte wordt veel waarde gehecht aan de vrijheid van de familie om te komen wanneer zij dat wenst en de gelegenheid krijgt om te helpen tijdens de verzorging, mee te eten en te blijven slapen.

### 2.5.10 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van 'warme zorg'

De warme zorg visie is toegepast in het zorgvernieuwingsexperiment het Anton Pieckhofje; een woon- en zorgvoorziening voor dementerende ouderen. In het hofje wordt kleinschalige zorg aangeboden om de zorg zo optimaal mogelijk af te kunnen stemmen op de behoefte van de bewoner (36 plaatsen). De architectuur van het hofje is speciaal voor dit doel ontworpen. Er zijn zes woningen rond een binnengang en een binnentuin. Iedere woning heeft een vast basisteam van vijf verzorgenden.

Een kwalitatieve evaluatie, uitgevoerd door het NZI, laat zien dat deze opzet leidt tot kwalitatief goede zorg (Plaisier e.a. 1992). De evaluatie bestond uit semi- gestructureerde interviews met team van zorgverleners en met verwanten van de bewoner.

De volgende voordelen worden genoemd:

- de continuïteit van zorg verloopt in alle opzichten naar tevredenheid;
- de huisjes bieden een optimale privacy en een optimale omgang met anderen;
- met betrekking tot creativiteit en flexibiliteit in de zorgmogelijkheden komt de patiënt gerichte zorgsituatie van het Anton Pieckhofje overeen met de thuis-situatie.
- ook leidt het werken volgens de principes van 'warme zorg' tot minder ziekte-verzuim en verloop van zorgverleners, en tot meer betrokkenheid van de zorgverlener met de patiënt.

Als nadeel wordt genoemd dat het werken in kleine eenheden bij personeelsleden kan leiden tot een sleur en isolement.

Bij het bovenstaande dient opgemerkt te worden dat de warme zorg geëvalueerd werd in een bijzondere woonomgeving. De alternatieve omgeving die zich karakteriseert door meerdere wooneenheden, wijkt (nu nog) af van de meest voorkomende woonomgeving voor dementerenden; namelijk het verpleeghuis. In de literatuur is verder geen onderzoek bekend over het effect van warme zorg in de traditionele verpleeghuissetting. Vervolgonderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de effecten van deze behandelmethodiek op de zorg voor dementerende ouderen.

## LITERATUUR

- Buijssen H. 'Warme Zorg' . Tijdschrift voor Verzorgenden, nr4, 1991, p 112-113
- Houweling H. Warme Zorg. Een visie op psychogeriatrische zorgverlening. Tijdschrift voor bejaarden-, kraam-, en ziekenverzorgenden, 1987, 20(2). 39-42.
- Horst A.van der & Houweling H. Het Romolenpolderproject, warme zorg voor psychogeriatrische patiënten. HZH 2, Februari 1989, p 82-84
- Miessen B. Gehechtheid en dementie. Versluys Almere 1990
- Plaisier A.J., Douma A.T., Fahrenfort M & Leene G.J.F. Het Anton Pieck- hofje. Een woonvoorziening voor dementerende ouderen. Utrecht NZI, Vrije Universiteit Amsterdam

## 2.6 Psychomotorische therapie

### 2.6.1 Doel

Psychomotorische therapie in de psychogeriatric is bedoeld voor dementerende ouderen met psychosociale problemen van verschillende aard, waarbij zij begeleid worden in bewegingsactiviteiten en/of waarbij speciale aandacht is voor de lichaamsbeleving (Fahrenfort 1986, Dröes 1994; 1995). Dröes (1991) benoemt een aantal doeleinden van psychomotorische therapie; te weten: reactiveren, resocialiseren en het bevorderen van het affectief functioneren.

*Reactivering* heeft als doel om inadequate (regressieve) wijze van omgaan met de eigen individualiteit en de verpleeghuisomgeving, mede het gevolg van onderstimulering, te voorkomen, dan wel terug te dringen. Men hoopt hiermee cognitief verval tegen te gaan, de motivatie (het betrokken zijn bij de gebeurtenissen om zich heen) van de patiënt te verhogen, en een nieuw evenwicht door aanpassing aan de psychosociale en fysieke verandering te bevorderen.

*Resocialisatie* heeft als doel om sociaal geïsoleerd gedrag te voorkomen, dan wel terug te dringen en de daarmee samengaande symptomen zoals sociaal isolement, agressief gedrag, decorumverlies en vermindering van verbale vaardigheden tegen te gaan.

*Bevordering van het affectief functioneren* heeft als doel om, door emotioneel evenwicht te herstellen, controle en identiteitsgevoel van de bewoner te bevorderen.

Bij psychomotorische therapie worden de bewegingsactiviteiten gezien als hulpmiddel. Het uiteindelijke doel van de beweging is herstel van het psychosociaal evenwicht van de dementerende oudere.

### 2.6.2 Theoretische uitgangspunten

Sinds de jaren zeventig wordt psychomotorische therapie in Nederland toegepast bij psychogeriatric patiënten (Dröes 1994). Programma's van psychomotorische therapie zijn vanuit meerdere theoretische invalshoeken ontworpen. Dröes (1995) heeft de methoden van psychomotorische therapie geordend naar theoretisch perspectief:

*Het cognitief en/of neurofysiologisch model.* Bij het cognitief en/of neurofysiologisch model worden psychische stoornissen en gedragsafwijkingen primair verklaard vanuit organische processen en defecten. Bij de programma's gebaseerd op deze theoretische invalshoek wordt door middel van bewegingsactiviteit uit de sfeer van lichamelijke opvoeding, sport en spel getracht de mens als adaptief informatiesysteem te stimuleren en/of aan het (verstoorde) systeem ten grondslag liggende neurofysiologische processen te beïnvloeden.

*Het holistisch model.* Bij het holistisch model wordt de mens en zijn omgeving beschouwd als een georganiseerd geheel. Wijzigingen in dit geheel kunnen op verschillende fronten (psychologisch, sociaal en lichamelijk) verstoringen teweegbrengen. De programma's vanuit het holistisch perspectief zijn gebaseerd op herstel van het zogenaamde bio-psycho-socio systeem, waarbij bewegingsoefeningen gehanteerd worden ter bevordering van de zelfexpressie, het zelfbeeld en de zelfwaardering.

*Het gedragstherapeutische model.* Bij dit model worden principes uit de leertheorie gehanteerd. De gedragstherapeutische programma's voor dementerende patiënten zijn voornamelijk gebaseerd op operante conditioneringsprincipes, waarbij veel gebruik gemaakt wordt van progressieve relaxatie oefeningen.

*Het psychodynamisch model.* Vanuit het psychodynamisch perspectief worden stoornissen in het psychisch functioneren en het gedrag verklaard als psychologische reacties op de verliezen die men op oudere leeftijd krijgt te verwerken.

Basisveronderstelling van dit model is dat 'de psychische en gedragsmatige problemen bij dementerende patiënten niet louter een gevolg zijn van organische degeneratie van de hersenen, maar mede worden gegenereerd door de wijze waarop individuele patiënten zich aanpassen aan c.q. omgaan met de gevolgen van hun ziekte en institutionalisatie' (Dröes 1991 blz 169). Bij psychodynamisch georiënteerde programma's worden bewegingsactiviteiten aangeboden die het zelfvertrouwen en het sociaal functioneren van de bewoner bevorderen.

Met betrekking tot het aanpassen aan de gevolgen aan dementie en de institutionalisatie onderscheidt Dröes een aantal adaptieve taken. Deze karakteriseren zich in het omgaan met eigen invaliditeit, het handhaven van een emotioneel evenwicht, het behoud van een positief zelfbeeld, het voorbereiden op een onzekere toekomst, het omgaan met de verpleeghuisomgeving en de behandelprocedures, het ontwikkelen van adequate verhoudingen met het personeel, en het ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties (Dröes 1991).

Fahrenfort (1986) maakte, met betrekking tot genoemde methoden, een globale indeling in bewegingsgeoriënteerde methoden en lichaamssgeoriënteerde methoden. Bij eerstgenoemde methode staan bewegingsactiviteiten centraal; bij de laatstgenoemde methode wordt de nadruk gelegd op lichaamsbeleving, zoals ontspanningsoefeningen.

### **2.6.3 Doelgroep**

Psychomotorische therapie waarbij bewegingsactiviteiten centraal staan wordt voornamelijk gegeven aan patiënten met verschijnselen van dementie zoals beschreven in het eerste en tweede stadium van dementie volgens Naomi Feil. Bij diep demente ouderen (stadium drie en vier volgens Naomi Feil) wordt senso-motorische therapie toegepast omdat de bewegingsactiviteiten niet meer aansluiten bij de belevingswereld van de patiënten. Bij senso-motorische therapie staat zintuigprikkeling centraal. Het is in feite een andere benaming voor snoezelen.

### **2.6.4 Wijze van toepassen**

Psychomotorische therapie wordt zowel groepsgewijs als individueel aangeboden.

### **2.6.5 Inhoud van de methodiek**

#### *Groepsgewijze benadering*

Psychomotorische groepstherapie worden alle behandelingsmethoden toegepast in groepsverband, waarbij bewegen en/of lichaamservaring centraal staat.

Dröes (1994) beschrijft hoe een groepsgewijze benadering er uit kan zien: de therapiebijeenkomst van de groep wordt geopend met een gesprek om de communicatie op gang te brengen en het geheugen te stimuleren. Tevens wordt het gesprek gebruikt om aan de deelnemers tijd en ruimte te geven om de aandacht te richten op het groepsgebeuren en het thema van de bijeenkomst. Vervolgens wordt een bewegingsactiviteit of lichaamservaringsactiviteit (zoals bijvoorbeeld een balspel, kegelen of ontspanningsoefeningen) uitgevoerd, waarbij per bijeenkomst een aantal te activeren cognitieve functies ( het geheugen, communicatie, handelen, ruimtelijk en visueel waarnemen en denken) en/of gedragsstrategieën (samenwerking met en betrokkenheid ten opzichte van anderen, initiatieven nemen en keuzes maken). De bijeenkomsten worden afgesloten met een gesprek, waarin het functioneren van de deelnemers gedurende de

verschillende activiteiten besproken wordt, en de mening van iedere patiënt gevraagd wordt over de activiteit gedurende de bijeenkomst. Tenslotte wordt aangegeven wanneer de volgende bijeenkomst plaats vindt.

#### *individuele benadering*

Ook bij de individuele benadering staat bewegen en/of lichaamservaring centraal. De methode wordt veelal toegepast bij nieuwe bewoners van een verpleeghuis met psychosociale problematiek. Met de individuele benadering kan worden uitgezocht welke vorm van psychomotorische therapie het meest geschikt is voor de patiënt. Daarnaast wordt de individuele benadering toegepast bij demente ouderen met specifieke psychosociale problemen.

Een voorbeeld hiervan is een gedragsmatige benadering bij patiënten met angstaanvallen, waarbij de patiënt met behulp van progressieve relaxatie (systematische desensitisatie) aangeleerd wordt ontspannen te blijven in situaties die als angstwekkend ervaren worden.

Senso-motorische therapie, als onderdeel van psychomotorische therapie voor ernstig demente ouderen, wordt met name individueel toegepast. Senso-motorische stimulatie middelen zijn onder meer muziek, aanraking (massage) en voorwerpen zoals bijvoorbeeld zeep.

#### **2.6.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners**

Bij het toepassen van psychomotorische therapie is het gehele team van zorgverleners betrokken. Deze zijn: de psychomotorisch therapeut en/of de fysiotherapeut, de arts, de psycholoog, de activiteitenbegeleiders, de verzorgenden en de verpleegkundigen.

#### **2.6.7 De rol van de familie**

De literatuur over psychomotorische therapie geeft geen informatie over de rol van de familie bij het hanteren van deze methodiek.

#### **2.6.8 De benodigde deskundigheidsbevordering**

Bij verzorgenden en verpleegkundigen vindt deskundigheidsbevordering plaats middels 'in service' bijscholing in deze methodiek door de psychomotorische therapeuten die in het betreffende verpleeghuis werken. Om psychomotorische therapie goed toe te kunnen passen stelt Dröes dat er binnen de organisatie één zorgvisie moet zijn. Bij de opstelling en uitvoering van een psychomotorisch zorgplan dient volgens haar multidisciplinair gewerkt te worden. Bij deze multi-disciplinaire samenwerking wordt aanvankelijk een psychomotorisch behandelplan opgesteld door de psychomotorisch therapeut. Het plan dient consequent uitgevoerd te worden door alle betrokken zorgverleners van de patiënt. Vervolgens dient het plan geëvalueerd te worden op basis van de gedragsverandering bij de patiënt. Als deze profijt lijkt te hebben van de therapie wordt de methodiek naar verloop van tijd geheel overgedragen aan de activiteitenbegeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen.

#### **2.6.9 De benodigde organisatorische voorzieningen**

Om psychomotorische therapie adequaat toe te kunnen passen is het van belang dat er een ruimte aanwezig die privacy biedt, groot genoeg is om bewegingsactiviteiten te kunnen doen en waar een gevarieerd aanbod van materiaal is om psychomotorische therapie uit te kunnen voeren.

### 2.6.10 De stand van zaken in het onderzoek naar de effecten van psychomotorische therapie

In de literatuur wordt een beperkt aantal effectevaluaties beschreven van psychomotorische therapie bij psychogeriatrische verpleeghuispatiënten.

In een gerandomiseerde trial deed Molloy (1988) onderzoek naar de effecten van een psychomotorisch oefenprogramma van drie maanden op het neuropsychologisch functioneren bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. Ook Dröes (1991) verrichtte experimenteel onderzoek naar de effecten van psychomotorische therapie (een programma gedurende elf maanden) bij psychogeriatrische patiënten. Activering blijkt in deze gecontroleerde studies inderdaad een positieve invloed te hebben op het onmiddellijk geheugen, de herkenning en de mentale status. Daarbij moet opgemerkt worden dat deze resultaten geen statistische significantie hebben, met uitzondering van een statistisch significante verbetering van de geheugentaken *tijdens* de psychomotorische therapie bijeenkomsten (Dröes 1994). In haar onderzoek bestudeerde Dröes tevens het effect van het onderzoek op een aantal adaptieve taken van dementeren.

Psychomotorische therapie had een licht positief effect (niet significant) op het omgaan van patiënten met hun eigen invaliditeit en afhankelijk gedrag, en op hun omgang met de verpleeghuisomgeving en het personeel. Psychomotorische therapie had geen effect op het ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties, en symptomen die wijzen op een negatief zelfbeeld. Wel hadden de therapie bijeenkomsten een significant positief effect op het emotioneel evenwicht van psychogeriatrische bewoners: de therapie bevordert een levendig gedrag, vermindert agressie bij patiënten met een matige vorm van dementie, evenals nachtelijke onrust, en verhoogt de tevredenheid van de licht dementerende patiënt met zijn omgeving. In het onderzoek van Namazi e.a. (1995) werden eveneens laatstgenoemde effecten waargenomen bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners.

Onderzoek in de toekomst op dit terrein is nodig om meer inzicht te krijgen in het effect van psychomotorische therapie gedurende de dagelijkse omgang met de patiënt.

## LITERATUUR

- Bedrijfsopleidingen Zorgsector (BOZ) Databank. Uitg: AWOZ & AWOB 1995.
- Cahn L. Beweging als medicijn tegen apathie en eenzaamheid. DENKBEEELD Tijdschrift voor Psychiatrie 1992, p 21-23.
- Dasler J. van & Dröes R.M. Psychomotorische therapie in het verpleeghuis. Senior 1986, nr 20, p 454-457.
- Dasler J. van Bewogen door beweging. Intro Nijkerk 1995.
- Dröes R.M. In beweging. Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. De Tijdstroom, Utrecht 1994.
- Dröes R.M. Psychosociale behandeling bij dementie. Tijdschrift voor Psychiatrie 37 1995, 37, 3, p 235-260
- Dröes R.M. Psychomotorische therapie voor demente patiënten in het verpleeghuis. Geriatrie Informatorium 29, 1994, D1135-1-23.
- Fahrenfort J. Psychomotorische therapie; een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie. 1986, VU uitgeverij Amsterdam
- Namazi K.H., Zadorozny C.A., e.a. The influence of physical activity on patterns of sleep behaviour of patients with alzheimer disease Int. Journal of Aging and Human Development, Vol 40(2) 145-153 1995
- Molloy D.W., Delaquerierre Richardson L., Grilly R.G. The effects of a three month exercise programme on neuropsychological function in elderly institutionalized woman: a randomized controlled trial. Age and Aging 1988, 17, p 303-310



## 2.7 Activiteitengroepen

### 2.7.1 Doel

Het deelnemen van demente ouderen aan bepaalde georganiseerde activiteiten beoogt niet alleen het gericht uitvoeren en oefenen van bepaalde handelingen, maar ook het bewegen van het lichaam en verschillende lichaamsdelen, en het in beweging zetten van het denken en voelen.

De activiteitengroep bevat, naast het bieden van zinvolle dagelijkse bezigheden of vrije tijdsbesteding, verschillende therapeutische doeleinden (Dröes 1995). De eerste daarvan is het *motiveren*, waarin het interesseren van patiënten voor hun omgeving centraal staat. Andere therapeutische doeleinden zijn het *stimuleren*, waarin geappelleerd wordt aan cognitieve, sociale en lichamelijke mogelijkheden; het *socialiseren*, waarin de patiënten aangeboden wordt om sociale contacten te op te doen en te onderhouden; en het *leren recreëren*, waarin middels het aanbieden van recreatieve activiteiten de patiënt wordt bijgebracht om zijn vrije tijd voor een deel in te vullen met plezierige groepsactiviteiten.

Tenslotte kunnen de volgende therapeutische elementen genoemd worden: aanbieden van een vaste structuur, het afleiden van de ziektebeleving en het doorbreken van onrust (de Lange 1990).

### 2.7.2 Theoretische uitgangspunten

Bloemendal (1986) benadrukt de activiteit als een wezenlijk onderdeel van het leven, waarbij een individu prikkels uitzendt om anderen te activeren en waarin het individu prikkels oppakt die hem/haar activeren. Het actief en bewust meedoen aan activiteiten is voor 'gezonde' mensen een vanzelfsprekende zaak. Voor gedesoriënteerde ouderen is dit niet zo; zij zijn gelimiteerd in het meedoen aan activiteiten. Hun leven kunnen ze niet meer zelfstandig invullen en ze hebben hulp nodig van buitenaf. Om de levenskwaliteit van psychogeriatrische patiënten in verpleeghuizen te optimaliseren worden activiteiten aangereikt die aangepast worden aan het niveau van functioneren door rekening te houden met hun (on)mogelijkheden.

Activiteitengroepen kunnen ook georganiseerd worden in het kader van 'normalisering' van het leefpatroon (Dröes 1995). Om de patiënt, ondanks zijn beperkte mogelijkheden in staat te stellen geactiveerd te blijven en zo zelfstandig mogelijk te blijven functioneren worden 'normaliserende' maatregelen getroffen: er worden activiteiten gedaan die de bewoner vertrouwd zijn vanuit het leven vóór de dementie. Voorbeelden van dergelijke maatregelen zijn: een ontbijtgroep, een kookgroep, en onder begeleiding boodschappen doen.

### 2.7.3 Doelgroep

Activiteitengroepen zijn geschikt voor iedere vorm van dementie. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat de activiteiten aangepast worden aan het stadium van dementie. Activiteiten waarbij de ervaring meer aansluit op de belevingswereld van de patiënt, zijn met name geschikt voor ernstig dementerende psychogeriatrische patiënten; activiteiten daarentegen, waarbij de handeling meer aansluit op de belevingswereld van de patiënt, worden voornamelijk toegepast bij de minder ernstig dementerende groep patiënten (zie ook bij inhoud van de methodieken).

### 2.7.4 Wijze van toepassen

Activiteitengroepen worden, zoals de term al aangeeft, groepsgewijs aangeboden.



### 2.7.5 Inhoud van de benadering

De meest voorkomende groepsactiviteiten zijn de volgende (Bloemendal 1986, Mul 1993):

- *handwerken*: eenvoudige handwerken, zoals breien, macramé en patchwork, en gezamenlijke handwerken, zoals een wandkleed, zijn nog mogelijk. Handwerken wordt met name gedaan met de lichte en matige dementerende ouderen.
- *handenarbeid*: tot de mogelijkheden behoren eenvoudige handbewerkingen, leerbewerkingen, pitriet, mozaïek etc. Daarnaast worden ook wel activiteiten gedaan met papier maché, verf en klei. Ook deze activiteit is met name geschikt voor de minder ernstig dementerende ouderen.
- *muziek*: bij deze groep kunnen de volgende activiteiten worden gedaan: het luisteren naar muziek, het zingen in een groep, het dansen op de muziek en een muziekkwis. Het luisteren naar muziek is geschikt voor elk niveau van dementie, zelfs voor zeer ernstig dementerenden; de andere activiteiten worden veel gedaan met lichte en matige dementerenden.
- *aangepaste tafelspelen*: eenvoudige of aangepaste spelletjes zijn nog mogelijk. Deze activiteit is alleen mogelijk met licht en matig dementerende patiënten.
- *kringspelen*: kringspelen (liedjes raden, instrumenten uitbeelden en raden, spreekwoorden en gezegden uitbeelden) zijn uitermate geschikt voor licht en matig dementerende bewoners.
- *snoezelen*: snoezelen is één van de weinig echte mogelijkheden voor de ernstig en zeer ernstig demente ouderen, vanwege de ervaring die tijdens deze activiteit centraal staat.
- *bakken, braden, koken*: met licht dementerende bewoners behoren het inkopen, schoonmaken van de groente, koken, tafeldekken en afruimen tot de mogelijkheden. Bij matig dementerenden zijn er ook nog mogelijkheden op dit gebied maar is het van belang dat de activiteit opgesplitst kan worden in deelactiviteiten.

Bij het begeleiden van activiteiten worden steeds een aantal terugkerende strategieën gebruikt, zoals een langzaam tempo, goede voorbereiding, duidelijke en eenvoudige uitleg over wat er gaat gebeuren, wachten tot iedereen zover is, kleinschaligheid, een rustige ruimte, stapje voor stapje werken, aansluiten op thema's van het verleden en de zelfwaardering opvijzelen (de Lange 1990).

### 2.7.6 De bij de zorg betrokken hulpverleners

De activiteitengroep wordt in de eerste plaats georganiseerd en opgezet door activiteitenbegeleiders (ook wel bezigheidstherapeuten genoemd). In de tweede plaats doen ziekenverzorgenden, vrijwilligers en/of familie activiteiten met de bewoners (Bloemendal 1986).

### 2.7.7 De rol van de familie

Met name Bloemendal (1985; 1986) benadrukt het belang van de betrokkenheid van de familie bij groepsactiviteiten in een verpleeghuis en bij de zorg voor de psychogeriatrische verpleeghuispatiënt in het algemeen. Het samen dingen beleven is belangrijk omdat de demente oudere veelal alleen maar grip heeft op het hier en nu gebeuren. Bloemendal benoemt een aantal mogelijkheden voor de familie om binnen de activiteitenbegeleiding en recreatie samen met de bewoner dingen te ondernemen. De volgende mogelijkheden worden genoemd:

- mee gaan met middag- of dagtochten

- winkelen, naar de markt gaan of een bezoek brengen aan de bioscoop of schouwburg
- recreatieavonden in het verpleeghuis bezoeken
- naar kaartclubs, bejaardensoos of vereniging buiten het verpleeghuis gaan de bibliotheek of spel-o-theek van het verpleeghuis verzorgen
- activiteiten ontwikkelen en organiseren ter verbetering van het woon en leefklimaat
- mee helpen met het maken van aangepast spelmateriaal.

Een belangrijk aandachtsgebied voor familieleden m.b.t. het zorgen van de psychogeriatrische patiënt is volgens Bloemendal (1985) het verlenen van aanvullende zorg. In principe kunnen de familieleden de volgende zorgtaken op zich nemen:

- helpen bij de lichamelijke verzorging, aan en uitkleden van de patiënt
- helpen bij het voorbereiden en nuttigen van de maaltijden
- hand en spandiensten verrichten in de huiskamer, het schenken van koffie en thee en afwassen bloemen verzorgen
- het verzorgen van de was
- het verlenen van assistentie bij administratieve zaken
- gaan winkelen met- of boodschappen doen voor de bewoner
- meegaan naar de dokter of tandarts
- ondersteuning bij bezoek aan clubs, kennissen of familieleden buiten het verpleeghuis

Ook benadrukt Bloemendal (1986) het belang van de betrokkenheid van de familie in het begeleidings- of behandelingsteam. In zo'n team zijn vele zorgverleners betrokken. Eén persoon, zal echter nooit vertegenwoordigd zijn in een dergelijke bespreking; dat is de bewoner zelf. De familie zou de plaats kunnen innemen van de demente ouderen en hem of haar vertegenwoordigen.

#### **2.7.8 De benodigde deskundigheidsbevordering**

De activiteitenbegeleiders hebben een beroepsgerichte opleiding gevolgd. Deze professionele zorgverleners werken vanuit een behandelings- of begeleidingsteam, waarbij de werkdoelen afgeleid worden van de doelstellingen vanuit het verpleeghuis. De activiteiten die de familie, ziekenverzorgenden, en vrijwilligers met de bewoners doen, zijn minder gericht. Zij zijn geen professionele hulpverleners en de invulling door hen gebeurt meer vanuit ontspanning of tijdpassering (Bloemendal 1986).

#### **2.7.9 De benodigde organisatorische voorzieningen.**

Om activiteitengroep adequaat met bewoners te kunnen doen is het van belang dat er één of meerdere ruimtes aanwezig die privacy bieden, die groot genoeg zijn om activiteiten in groepsverband uit te kunnen voeren. Daarnaast dient een gevarieerd aanbod van materiaal te zijn.

#### **2.7.10 De stand van zaken in het onderzoek naar de effecten van activiteitengroepen**

Er zijn relatief weinig effectstudies gedaan naar psychosociale hulpverlening aan dementerende verpleeghuisbewoners in de vorm van groepsactiviteiten. Problematisch voor de vergelijkbaarheid van de studies is bovendien dat de inhoud van de activiteiten erg verschillend is (Dröes 1994, 1995).

Hanley en Peele (1985) deden een evaluatie van een activiteitenprogramma voor ernstig dementerende patiënten. Het activiteitenprogramma bestond uit warming-up

oefeningen, realiteitsoriënterende activiteiten, muziek en tafelspel. Uit deze studie kwam naar voren dat de muziekactiviteiten een zeer positief effect hadden bij deze groep mensen. De muziek maakt emotionele reacties los zodat ernstig dementerende mensen, ondanks hun verbale beperkingen, expressie mogelijkheden hebben. Andere studies naar het effect van activiteitenprogramma's tonen de volgende positieve effecten bij individuele patiënten: verbetering van eetlust, toename van communicatieve vaardigheden, toename van het vermogen om deel te nemen aan eenvoudige alledaagse activiteiten en vermindering van nachtelijke onrust en incontinentie (McGrowder-Lin en Bhatt 1988).

## LITERATUUR

- Bloemendal G. Demente Ouderen. Activiteiten en omgang. 1986, INTRO, Nijkerk.
- Bloemendal G., Duijnste Mia, Hattinga-Verschure J.C.M. Thuis in het verpleeghuis. 1984, INTRO, Nijkerk.
- Bedrijfsopleidingen Zorgsector (BOZ) Databank. Uitg: AWOZ & AWOB 1995.
- Dröes R.M. In beweging. Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. Intro Nijkerk 1991.
- Dröes R.M. Psychosociale behandeling bij dementie. Tijdschrift voor Psychiatrie 37 1995, 37, 3, p 235-260.
- Hanley O., Peele K. An active occupational therapy programme for the severely demented patiënt in a psychogeriatric day hospital. Occupational Therapy 1985, 48, p 336-338.
- Lange J. de. Vergeten in het verpleeghuis. Dementerende ouderen, hun verzorgenden en familieleden. NcGv 1990.
- McGrowder-Lin R., Bhatt A. A wanderer's lounge program for nursing home residents with Alzheimer's Disease. The Gerontologist 1988, 28, p 607-609.
- Mul P. Ouderen spelen met taal: Taal-, denk-, geheugenactivering. Nijkerk Intro 1993.

## 2.8 Gedragsbenadering

### 2.8.1 Doel

In deze benadering wordt gebruik gemaakt van gedragstherapeutische principes zoals het belonen van gewenst gedrag. De voornaamste doelen van de gedragsbenadering bij psychogeriatrische patiënten zijn verhoging van het activiteitsniveau van de patiënt, bevordering van zelfzorg en continëntie, en tenslotte vermindering van gedragsproblemen (zoals eetgewoonten, zelfverwondingsgedrag, stereotype bewegingen, schreeuwen etc)(Dröes 1991,1995).

### 2.8.2 Theoretische uitgangspunten

Bij de gedragsbenadering wordt het gedrag van de patiënt beïnvloed. Deze beïnvloeding is gebaseerd op leertheoretische principes. Dröes (1994) beschrijft de drie belangrijkste principes. Het eerste belangrijke principe is het zogeheten *contingentie principe*. Dit principe gaat ervan uit dat leren plaatsvindt op grond van de nabijheid of sterke verbondenheid in tijd en ruimte van stimuli. Dit wordt ook wel 'klassiek conditioneren' of 'signaal leren' genoemd. Het tweede principe is gebaseerd op de *consequenties van gedrag*. Volgens deze gedachtengang vindt leren plaats door middel van gevolgen van gedrag.(bijv. positieve of negatieve ervaringen). Dit wordt ook wel 'operant conditioneren' of 'instrumenteel leren' genoemd. Het derde principe is het zogeheten *cognitie principe*, waarbij ervan uitgegaan wordt dat leren op plaatsvindt basis van cognities (ideeën of inzichten). Met name het tweede principe, te weten de operante conditionering, wordt veelvuldig toegepast bij psychogeriatrische patiënten.

### 2.8.3 Doelgroep

De gedragsbenadering wordt met name toegepast bij licht- en matig dementerende ouderen. Bij deze mensen is interactie met de omgeving goed mogelijk. Bovendien zijn deze mensen in staat zich, ook al is het voor zeer korte tijd, te concentreren.

### 2.8.4 Wijze van toepassen

De gedragsbenadering kan zowel onderdeel zijn van een 24-uurs benadering, alsmede groepsgewijs en individueel aangeboden worden.

### 2.8.5 Inhoud van de methodiek

#### *De 24-uurs benadering*

Bij 24-uurs gedragsbenadering is sprake van een gedragsbenaderende houding van de zorgverlener, die gedurende allerlei momenten op een dag (bijvoorbeeld tijdens het eten, tijdens de verzorging en tijdens het televisie kijken of koffiedrinken) het gewenst gedrag van de oudere consequent bekrachtigd en negatief gedrag consequent negeert.

#### *de groepsgewijze benadering*

Het doel van de gedragsbenadering om het activiteitsniveau van psychogeriatrische patiënten te verhogen, wordt vooral in groepsverband gedaan. Hierbij worden strategieën gehanteerd, die erop gericht zijn om de ouderen, 'in het proces van aanpassing aan de eigen invaliditeit en institutionalisatie, te stimuleren tot het benutten en onderhouden van cognitieve en sociale restmogelijkheden' (Dröes 1994, blz 102). Door de patiënten te activeren tot bezigheden en sociale interactie hoopt men aanpassing te bevorderen, degeneratieve processen te vertragen, en 'excess disabilities, waarbij de patiënt relatief te veel beperkingen vertoont gezien zijn functionele mogelijkheden, te voorkomen.

## *2 Een literatuuroverzicht*

- Pinkston E.M. Linsk N.L. Care for the elderly: A family approach. Pergamon Press Inc, New York/Oxford 1988.
- Schnelle J.F.B., Traugler D.B. Morgan e.e. Management of geriatric incontinence in nursing homes. Journal of applied Behaviour Analysis 1983, 16, p235-241.
- Vaccaro F. Successful operant conditioning procedures with an institutionalized aggressive geriatric patient. International Journal Aging and Human Development 1988, 26, p71-79.

### 3 DE BEGELEIDINGSMETHODIEKEN MET ELKAAR VERGELEKEN

In hoofdstuk 2 werden de begeleidingsmethodieken afzonderlijk beschreven volgens een vast stramien. Om inzicht te krijgen in de overeenkomsten en verschillen tussen de genoemde methodieken, worden in dit hoofdstuk de methodieken met elkaar vergeleken op hun theoretische achtergrond, de praktische uitvoering, structurele voorwaarden en effectevaluaties.

#### 3.1 Theoretische achtergrond

##### 3.1.1 Zorgvisie

Tot de meest traditionele begeleidingsmethodieken behoren realiteitsoriëntatie training en de gedragsbenadering. Karakteristieke principes van deze methodieken zijn dat de patiënt terug gehaald wordt naar de wereld om zich heen door het herhaaldelijk aanbieden van realistische informatie over tijd plaats en persoon (ROT), het systematisch corrigeren van verkeerde uitspraken, handelingen (ROT) of ongewenst gedrag waarbij principes van operante conditionering toegepast kunnen worden (gedragsbenadering). Bij deze methodieken is er beperkte ruimte voor de patiënt om in zijn eigen leefwereld te vertoeven: de patiënt wordt daarentegen geprikkeld om afstand te nemen van zijn eigen innerlijke wereld en mee te gaan in 'onze' wereld. Beide methodieken zijn directief van aanpak: de begeleider bepaalt de lijn en de oudere neemt deze als het ware mee. (Jansen op de Haar 1989). Deze methodieken hebben een deductief karakter, d.w.z. dat zij ontwikkeld zijn op basis van psychologische theorieën (deductie) en toepasbaar gemaakt zijn voor praktische uitvoering binnen de psychogeriatric (Chalmers 1976).

Een meer recente visie is dat demente ouderen niet zondig gecorrigeerd hoeven te worden. Met andere woorden: deze mensen mogen dement zijn. Naar aanleiding van deze visie zijn methodieken ontstaan die meer aansluiten op de belevingswereld en behoeften van de patiënt. Men ontdekte dat het leggen van contact van de patiënt zeer goed mogelijk blijkt door mee te gaan in diens belevingswereld (de validerende benadering, snoezelen), door rekening te houden met de emotionele behoeften (warme zorg), psychosociale problematiek (psychomotorische therapie) en fysieke beperkingen van de patiënt (PDL), waarbij een patiënt gerichte en empathische attitude centraal staat. Deze methodieken hebben een inductief karakter, d.w.z. dat zij voornamelijk ontwikkeld zijn op basis van praktijkervaringen met betrekking tot psychogeriatric zorg (inductie), waarbij psychologische theorieën aanknopingspunten kunnen bieden (Chalmers 1976). Een voorbeeld hiervan is de gehechtheidstheorie van Bowlby die aanknopingspunten biedt met de methodiek 'warme zorg'.

Naast deze methodieken, waarin een visie verschuiving te constateren is met betrekking tot de zorg voor psychogeriatric patiënten (van taak-gerichte zorg naar patiënt-gerichte zorg) kan tenslotte de methodiek activiteitengroep geformuleerd worden. Deze methodiek wordt al geruime tijd toegepast heeft een breed karakter omdat vele groepsactiviteiten een overlap vertonen met de activiteiten binnen andere benaderingen. Zo is 'snoezelen' of 'primaire zintuigactivering' een op zichzelfstaande begeleidingsmethodiek, maar kan tevens aangeboden worden binnen de 'activiteitengroep', of als activiteit binnen 'psychomotorische therapie'. In tabel 1 zijn de zorgvisies, behorende bij de verschillende methodieken, samengevat.



### 3 De begeleidingsmethodieken met elkaar vergeleken

Tabel 1 Een overzicht van de theoretische achtergrondkenmerken van de begeleidingsmethodieken

methodiek	zorgvisie	aard van uitvoering	doel	doelgroep
validerende benadering	inductief; belevingsgerichte (psycho-analytische) elementen	op een bevestigende wijze meegaan in de belevingswereld van de patiënt	het optimaliseren van het gevoel van eigenwaarde, identiteit en welbevinden van de bewoner	matige en ernstige vorm van dementie
snoezelen	inductief; belevingsgerichte elementen	meegaan in de belevingswereld van de patiënt door primaire zintuigactivering	het leggen van contact met de bewoner en het teweegbrengen van gevoelens van ontspanning en rust bij de bewoner	ernstige en zeer ernstige vorm van dementie
PDL	inductief; optimalisering van het (fysiek) leefklimaat	het treffen van maatregelen, handelingen en voorzieningen	tegemoet komen aan fysieke beperkingen van de 'passieve' bewoner	ernstige en zeer ernstige vorm van dementie
ROT	deductief; cognitieve elementen	op directieve wijze bewoner terughalen naar de 'realiteit'	ondersteuning aan bewoners om greep te houden op realiteit	lichte vorm van dementie
warme zorg	inductief; optimalisering van het (emotioneel) leefklimaat	tegemoet komen aan emotionele behoeften door het bieden van een veilig en warm leefklimaat	vermindering van angst en onzekerheid bij de bewoner	alle vormen van dementie
psychomotorische therapie	inductief; psychosociale elementen	tegemoet komen aan psychosociale problematiek middels bewegings- en belevingsactiviteiten	reactivering, resocialisering en bevordering van het affectief functioneren	alle vormen van dementie
gedragsbenadering	deductief; behavioristische elementen	operante conditionering (directieve aanpak)	vermindering van gedragsproblemen	lichte en matige vorm van dementie
activiteiten groep	deductief en inductief; (psycho)sociale elementen	groepsactiviteiten waarin de sociale interactie (samen bezig zijn) centraal staat	motiveren, stimuleren, resocialiseren en leren recreëren	alle vormen van dementie

#### 3.1.2 Doel

Als we de doelstellingen van de verschillende begeleidingsmethodieken met elkaar vergelijken dan zien we dat methodieken met de meeste *cognitieve en behaviouristische* kenmerken voornamelijk terug te vinden zijn bij ROT en de gedragsbenadering

(zie tabel 1). Deze methodieken hebben als voornaamste doel het aanbieden van ondersteuning aan oudere mensen om greep te kunnen houden op hun omgeving (ROT), en ongewenst gedrag te reduceren (gedragsbenadering). Bij de gedragsbenadering wordt veel gebruik gemaakt van operante conditionering en bij de ROT vindt veel cognitieve functie training plaats, zoals waarnemen, oriëntatie, begrip, aandacht en expressie (Fleischeuer 1989).

Methodieken met meer *belevingsgerichte* elementen zijn de validerende benadering en snoezelen. Bij beide methodieken wordt meegegaan in de innerlijke leefwereld van de psychogeriatrische patiënt, waardoor de patiënt ruimte krijgt voor het uiten van gevoelens en emoties. Bij snoezelen wordt daarbij een specifiek appel gedaan op het selectief prikkelen van zintuigen. Het uiteindelijke doel van deze methodieken is het leggen van contact met de patiënt, en optimaliseren van het gevoel van eigenwaarde, identiteit en welbevinden van de patiënt. In vergelijking met snoezelen staat bij de validerende benadering het uiten van conflictueuze gevoelens (vanuit de psychoanalytische theorie) meer centraal, waarbij de psychogeriatrische patiënt de gelegenheid krijgt alsnog onverwerkte problemen en conflicten op te lossen. Bij snoezelen daarentegen ligt het accent meer op het uiten van positieve emoties.

Methodieken waarbij het accent ligt op (*psycho*)*sociale* doelstellingen zijn psychomotorische therapie en activiteitengroep. Bij psychomotorische therapie worden de volgende doelstellingen genoemd (Dröes 1987, 1994, 1995): reactiveren, socialiseren en het bevorderen van het affectief functioneren. *Reactivering* heeft als doel om overmatig regressieve wijze van omgaan met de eigen individualiteit en de verpleeghuisomgeving, mede in de hand gewerkt door onderstimulering, te voorkomen, dan wel terug te dringen. Men hoopt hiermee cognitief verval tegen te gaan, de motivatie (het betrokken zijn met de gebeurtenissen om zich heen) van de patiënt te verhogen, en een nieuw evenwicht door aanpassing aan de psychosociale en fysieke verandering te bevorderen.

*Resocialisatie* heeft als doel om sociaal geïsoleerd gedrag te verminderen en de daarmee gepaard gaande symptomen zoals sociaal isolement, agressief gedrag, decorumverlies en vermindering verbale vaardigheden tegen te gaan. *Bevordering van het affectief functioneren* heeft als doel om het controle en identiteitsgevoel van de bewoner te bevorderen.

Bij psychomotorische therapie worden de bewegingsactiviteiten gezien als hulpmiddel: de beweging die uiteindelijk zal leiden tot herstel van het psychosociaal evenwicht van de dementerende oudere.

De activiteitengroep bevat soortgelijke doeleinden (Dröes 1995). De eerste daarvan is het *motiveren*, waarin het interesseren van patiënten voor hun omgeving centraal staat. Andere therapeutische doeleinden zijn het *stimuleren*, waarin de cognitieve, sociale en lichamelijke mogelijkheden geprikkeld worden; het *socialiseren*, waarin de patiënten aangeboden wordt om sociale contacten te op te doen en te onderhouden; en het *leren recreëren*, waarin middels het aanbieden van recreatieve activiteiten de patiënt mogelijkheden worden bijgebracht om zijn vrije tijd voor een deel in te vullen met plezierige groepsactiviteiten. Tenslotte kunnen de volgende therapeutische elementen bij activiteitengroep genoemd worden: aanbieden van een vaste structuur, het afleiden van de ziektebeleving en het doorbreken van onrust (de Lange 1990).

In vergelijking met activiteitengroep wordt binnen de activiteiten van psychomotorische therapie meer aandacht besteed aan cognitieve aspecten. Bij activiteitengroep ligt meer nadruk op het 'samen' bezig zijn.

Methodieken waarbij het *leefklimaat* van de patiënt centraal staat, zijn warme zorg en PDL. Bij warme zorg wordt met name tegemoet gekomen aan de emotionele behoeften van de patiënt door het scheppen van een veilige, warme leefsfeer voor gedesoriënteerde oude mensen waardoor angsten en onzekerheden verminderen of verdwijnen. Bij PDL staan de fysieke beperkingen van de patiënt centraal. Een optimaal leefklimaat wordt nagestreefd voor patiënten die niet meer in staat zijn tot het verrichten van activiteiten door het nemen van maatregelen, handelingen en voorzieningen die tegemoet komen aan de zelfzorgpassiviteiten van de patiënt.

### 3.1.3 Doelgroep

Bij het leggen van een relatie tussen toepassing van de methodieken en de ernst van dementie blijkt dat met name de methodieken waarbij het leefklimaat centraal staat minder gerelateerd zijn aan ernst van dementie. De interventie gerichte methodieken zijn daarentegen bij toepassing wel gelimiteerd aan stadium van dementie.

In het navolgende (zie ook tabel 1) wordt inzicht gegeven in de meest geschikte methodieken voor elk stadium van dementie.

#### Lichte vorm van dementie

Realiteitsoriënterende benaderingswijze, waarbij cognitieve functietraining een dominante plaats inneemt, is met name geschikt voor de licht dementerende patiënt. ROT komt tegemoet aan de behoefte van ouderen met een lichte vorm van dementie die vaak behoefte hebben om in de werkelijkheid te vertoeven, en nog graag geholpen willen worden in het vasthouden van de hedendaagse werkelijkheid. Dit stadium kenmerkt zich door beginnende dementie waarbij verwardheid optreedt. De dementerende is zich bewust van deze verwardheid en klampt zich dientengevolge vast aan het heden. In deze fase leeft de dementerende, ondanks lacunes nog in 'onze' realiteit, en heeft nog het vermogen tot ordenen en abstraheren. Ook heeft de tijd nog zijn structurerend karakter.

#### Lichte en matige vorm van dementie

De gedragsbenadering, een methodiek met gedragstherapeutische principes, is evenals de ROT zeer geschikt voor licht dementerende, maar ook voor matig dementerende ouderen. Bij deze stadia is interactie van de patiënt met zijn/haar omgeving goed mogelijk, hetgeen vereist is bij het toepassen van de gedragsbenadering.

Een andere methodiek die eveneens bij licht en matig dementerende ouderen wordt toegepast is psychomotorische therapie. In deze stadia sluiten de activiteiten die binnen deze methodiek gedaan worden nog goed aan bij de belevingswereld van de patiënt.

#### Matige en ernstige vorm van dementie

De validerende benadering wordt met name toegepast bij matige en ernstige dementerende ouderen. Deze mensen hebben zich terug getrokken in hun innerlijke realiteit, waardoor herinneringen de ruimte krijgen om opgehaald te worden. Bovendien zijn deze mensen in staat om verbaal en/of nonverbaal te communiceren.

#### Ernstige en zeer ernstige vorm van dementie

Snoezelen, ook wel primaire zintuigactivering genoemd, of senso-motorische therapie als onderdeel van psychomotorische therapie, blijkt met name geschikt voor ernstig en zeer ernstig gedementeerde ouderen. Bij deze mensen is het verbaal en verstandelijk functioneren sterk vermindert en blijkt het zinloos activiteiten aan te bieden waarin een

beroep gedaan wordt op deze functies. Deze groep mensen is meer ingesteld op lichaamstaal en lichamelijk contact (van Rijt 1992, Bloemendal 1987, Achterberg 1992).

#### Alle vormen van dementie

Begeleidingsmethodieken, zoals warme zorg en PDL, zijn geschikt elke vorm van dementie. Deze methodieken hebben niet zozeer een interveniërend karakter maar er wordt gestreefd naar een optimaal leefklimaat.

Ook de activiteiten groep kan bij elke vorm van dementie toegepast worden. Daarbij dient opgemerkt te worden dat activiteiten waarbij het handelen meer aansluit op de belevingswereld van de patiënt voornamelijk toegepast worden bij licht en matig ernstig dementerenden; en dat activiteiten, waarbij de ervaring meer aansluit op de belevingswereld van de patiënt meer toegepast wordt bij de ernstig en zeer ernstig dementerenden.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat elk stadium van dementie zijn eigen benadering vraagt. Dit neemt niet weg dat meerdere methodieken gecombineerd toegepast kunnen worden; in het bijzonder de methodieken waarbij optimalisering van het leefklimaat centraal staat met de methodieken die gericht zijn op interventie in de vorm van verschillende activiteiten. Een combinatie van interventie gerichte methodieken is goed mogelijk mits deze betrekking hebben op hetzelfde stadium van dementie. De reden hiervoor is dat patiënten binnen verschillende stadia een andere belevingswereld hebben. Dientengevolge zijn de methodieken waarbij handelingsactiviteiten meer aansluiten op de belevingswereld van de patiënt niet de combineren met methodieken waarbij ervaringsactiviteiten meer aansluiten op de belevingswereld van de patiënt. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de realiteitsoriënterende benadering, die niet toegepast wordt in combinatie met de validerende benadering. Tenslotte is het van belang dat, los van het stadium van dementie, de activiteiten afgestemd worden op de subjectief gekleurde belevingswereld van de patiënt (Verdult 1989).

## **3.2 Praktische uitvoering**

### **3.2.1 Wijze van toepassing**

Bij de wijze van toepassing van de methodieken wordt een onderscheid gemaakt tussen de individuele benadering, de groepsbenadering, en de 24-uurs benadering (zie tabel 2). Bij de individuele benadering is sprake van het gericht toepassen van een bepaalde methodiek bij één patiënt. Bij de groepsbenadering is sprake van het gericht toepassen van een begeleidingsmethodiek bij een groep patiënten. Bij de 24-uurs benadering is sprake van een 'methodiek specifieke' attitude van de zorgverlener gedurende alle interactie momenten met de patiënt. De 24-uurs benadering en de individuele benadering sluiten elkaar niet uit. Dit betekent dat de 24-uurs benadering, vanwege een consequente attitude vanuit het 24-uurs programma, tegelijkertijd individueel aangeboden wordt door de zorgverleners, maar niet andersom; bij de individuele benadering wordt bij de bewoner (in de afwezigheid van andere bewoners) gericht en diepgaander de methodiek gehanteerd. In zijn algemeenheid kan worden gesteld PDL en warm zorg, vanwege de focus op optimalisatie van het leefklimaat, 24-uurs benaderingen zijn.

ROT en de gedragsbenadering zijn methodieken, gericht op interventie waarbij het accent ligt op cognitieve functietraining en gedragstherapeutische technieken. Deze methodieken worden zowel individueel, in groepsverband en in 24 uren verband

toegepast. Dergelijke methodieken zijn met name geschikt voor toepassing in 24 uren verband omdat cognitie en gedrag van de patiënt gedurende allerlei interactie momenten op een dag geprikkeld kunnen worden.

Psychomotorische therapie is een methodiek waarbij bewegingsactiviteiten centraal staan. Omwille van gestructureerde en doelmatige toepassing kent deze methodiek geen 24-uurs benadering, maar wordt individueel en groepsgewijs toegepast.

De validerende benadering en snoezelen zijn methodieken, gericht op activiteiten waarbij ervaring centraal staat. Beide methodieken kennen de individuele en groepsbenadering; in tegenstelling tot snoezelen wordt de validerende benadering wordt tevens veel in 24 uren verband toegepast omdat tijdens alle interactie momenten met de patiënt op een validerende wijze meegegaan kan worden in zijn/ haar belevingswereld. Snoezelen wordt ook wel in een 24-uurs benadering toegepast, maar minder frequent (Pieterse en Geelen 1990, Bloemendal 1987) omdat bij deze methodiek de nadruk ligt op het gestructureerd en systematisch toepassen van snoezelen. Wel vindt snoezelen veelal plaats als onderdeel van een andere activiteit. Bij deze vorm van snoezelen vindt primair een andere activiteit plaats, waarbinnen bewust een snoezelactiviteit ingebouwd wordt;

De activiteitengroepen tenslotte, die een breed scala van activiteiten omvatten, worden (zoals de term aangeeft) groepsgewijs toegepast.

### 3.2.2 Betrokken zorgverleners

Ten aanzien van de begeleidingsmethodieken wordt het belang van multidisciplinaire samenwerking benadrukt, d.w.z. dat het gehele zorgteam van de patiënt betrokken is bij het hanteren van een begeleidingsmethodiek op een psychogeriatrische afdeling. Het hanteren van een methodiek houdt in het opstellen van een methodiek specifiek zorgplan, de uitvoering daarvan en de evaluatie en bijstelling van een dergelijk plan. Over het algemeen bestaat het zorgteam uit de volgende zorgverleners: de arts, de psycholoog, de activiteitenbegeleiders, de fysiotherapeuten, ergotherapeuten en/of psychomotorische therapeuten, de verpleegkundigen en de verzorgenden.

Bij vergelijking van de betrokken zorgverleners bij de hantering van de begeleidingsmethodieken valt op dat bij alle benaderingen gestreefd wordt naar een zo optimaal mogelijke multidisciplinaire samenwerking. Met name bij het opstellen, evalueren en bijstellen van een 'methodiek specifiek' zorgplan zijn alle genoemde partijen betrokken, waarbij elk van de genoemde discipline zijn deskundigheid inbrengt. De uitvoer kan tevens door elke discipline gedaan worden, maar varieert per methodiek (zie tabel 2).

Opvallend is dat de verzorgenden en verpleegkundigen een groot aandeel hebben in het toepassen van iedere methodiek, in het bijzonder de methodieken die geschikt zijn voor de 24-uurs benadering, zoals de validerende benadering, de ROT en de gedragsbenadering. Bij de individuele en groepsbenadering van deze methodieken, maar ook bij de methodieken die overwegend geschikt zijn voor individueel en/of groepsgewijze toepassing zoals psychomotorische therapie, snoezelen en activiteitengroep, spelen de verzorgenden en verpleegkundigen tevens een belangrijke rol maar (uitgezonderd snoezelen) hebben andere zorgverleners een groter aandeel in de initiëring van de methodiek.



Tabel 2 Een overzicht van de praktische uitvoering van de methodieken

methodiek	wijze van toepassen	betrokken zorgverleners (rangorde op initiëring)	rol van familie
validerende benadering	individueel 24-uurs groeps	act.beg/psych/verz-vp verz-vp/psych act.beg/psych/verz-vp	validerende attitude
snoezelen	individueel - <i>primair</i> - <i>als ond. andere act.</i> groeps	act.beg/verz-vp/psych verz-vp/psych act.beg/verz-vp/psych	geïnformeerd worden
PDL	24-uurs	fysio/ergo/arts/ verz- vp/act.beg	onbekend
ROT	individueel 24-uurs groeps	act.beg/verz-vp/psych verz-vp/psych act.beg/psych/psych	ROT attitude
warme zorg	24-uurs	verz-vp/act.beg/fysio/ ergo/arts/psych	meehelpen met zorg, mee eten, evt. blijven slapen
psychomotorische therapie	individueel groeps	psych.mot.ther. of fysio.ther./act.beg/ verz-vp	onbekend
activiteiten groep	groeps	act.beg/verz-vp	participeren in activiteiten- groep aanvullende zorg
gedragsbenadering	individueel 24-uurs groeps	act.beg/psych/verz-vp verz-vp/psych/act.beg act.beg/psych/verz-vp	onbekend

De individuele, groeps- en 24-uurs toepassing van ROT en gedragsbenadering worden in de eerste plaats uitgevoerd door zorgverleners zoals activiteitenbegeleiders en psychologen.

Bij psychomotorische therapie heeft de psychomotorisch therapeut (of fysiotherapeut) met name in de beginfase een initiërende rol in de uitvoering van het behandelplan, en wordt de uitvoering in een later stadium overgedragen aan de activiteitenbegeleiders en verzorgenden en verpleegkundigen. De groepsactiviteit wordt in eerste instantie uitgevoerd door activiteitenbegeleiders, waarbij verzorgenden en verpleegkundigen betrokken kunnen zijn. Een uitzondering vormt het snoezelen. Omdat snoezelen ook ingebouwd kan worden als onderdeel van een andere activiteit, zoals tijdens het wassen en aankleden, leveren verzorgenden en verpleegkundigen aandeel in de initiëring m.b.t. het toepassen van de methodiek.

Ook zien we bij de methodieken die alleen een 24-uurs benadering kennen, zoals PDL en Warme Zorg, een sterke multidisciplinaire samenwerking. Daarbij heeft bij PDL de fysiotherapeut een belangrijke initiërende rol bij de uitvoering van handelingen en het treffen van voorzieningen en maatregelen. Vervolgens worden andere disciplines geïnstrueerd. Bij Warme Zorg hebben de verzorgenden en verpleegkundigen een initiërende rol. Omdat zij intensief bij de zorg betrokken zijn signaleren zij de emotionele behoeften van de patiënt en stemmen daar een zo warm en veilig mogelijk leefklimaat op af.



Bovenstaande maakt duidelijk dat de genoemde methodieken ontstaan zijn vanuit verschillende disciplines: de oorsprong van de realiteitsoriënterende-, de validerende-, en gedragsbenadering ligt binnen de psychologische en de medische discipline; voor psychomotorische therapie en PDL is dit de paramedische discipline; met name de fysiotherapeuten en psychomotorisch therapeuten. De oorsprong van snoezelen, activiteitengroep en warme zorg tenslotte, ligt binnen de discipline van de activiteitenbegeleiders en verzorgenden.

### 3.2.3 De rol van de familie

In de literatuur komt naar voren dat de betrokkenheid van familieleden in verpleeghuizen toeneemt (van der Kooij 1992, van Rijt 1987, Bloemendal 1987). De familie krijgt meer ruimte om deel te nemen aan de zorg voor de patiënt en tevens wordt de familie vaker betrokken bij het hanteren van verschillende methodieken.

Een belangrijk aandachtsgebied voor familieleden m.b.t. het zorgen voor de psychogeriatrische patiënt in het algemeen is volgens Bloemendal (1985) het verlenen van aanvullende zorg, zoals helpen bij de lichamelijke verzorging, aan en uitkleden van de patiënt, en helpen bij het voorbereiden en nuttigen van de maaltijden.

De rol van de familie bij het hanteren van verschillende methodieken wordt met name belicht in de literatuur over warme zorg en activiteitengroep (zie tabel 2): Bij warme zorg wordt veel waarde gehecht aan contact met familie (Houweling 1987). Om het contact met de familie de ruimte te geven, zijn geen vaste bezoektijden gewenst. Voor de familie is gelegenheid om mee te helpen met de verzorging, ook kan een familie lid blijven eten of slapen.

Met name Bloemendal (1985; 1986) benadrukt het belang van de betrokkenheid van de familie bij groepsactiviteiten in een verpleeghuis en bij de zorg voor de psychogeriatrische verpleeghuispatiënt in het algemeen. Het samen dingen beleven is belangrijk omdat de demente oudere veelal alleen maar grip heeft op het hier en nu gebeuren. Bloemendal (1986) benoemt een aantal mogelijkheden voor de familie om binnen de activiteitenbegeleiding en recreatie samen met de bewoner dingen te ondernemen, zoals activiteiten te ontwikkelen en te organiseren ter verbetering van het woon en leefklimaat.

Bij snoezelen wordt door meerdere auteurs (van der Kooij 1992, van Rijt 1987, Bloemendal 1987) het belang benadrukt om te weten hoe de familie aankijkt tegen snoezelen. Snoezelen wil ook zeggen dat oude mensen met poppen en knuffelbeesten op bed liggen of in een rolstoel zitten, en dat is niet makkelijk te aanvaarden door familieleden (van der Kooij 1992). Er zijn twee manieren mogelijk om de familie bij het toepassen van snoezelen te betrekken: de eerste manier is dat met snoezelen wordt gestart en na verloop van tijd de familie wordt ingelicht. Als de familie niet instemt dan wordt de snoezelactiviteit onderbroken. Een tweede manier is de familie vooraf inlichten en bij de besluitvorming te betrekken. Het 'vooraf informeren' wordt beschouwd als de meest correcte manier (Kortenhorst 1987)

In de literatuur over de validerende benadering wordt niet expliciet gesproken over de toepassing van deze methodiek door familieleden. Een mogelijke reden hiervoor is dat bij validation de nadruk ligt op het herkennen en bevestigen van gevoelens, waardoor sterke emotionele reacties kunnen loskomen (van der Kooij 1991). Daardoor is zorgvuldige psychologische begeleiding voor zowel de patiënt alsmede de zorgverlener nodig.

De rol van de familie bij ROT speelt meer in de thuissituatie dan in de verpleeghuis-situatie (Buijssen 1991). Bij de ROT is het van belang dat men steeds kleine haalbare stapjes zet en dat men de verwarde oudere voor alles wat de patiënt goed doet meteen belooft, b.v. door te glimlachen of te prijzen. Tevens is het essentieel dat correcties en aanwijzingen zo onopvallend mogelijk gegeven worden (Buijssen 1991). De methodieken tenslotte, waarin de rol van de familie m.b.t. hantering ervan niet belicht wordt in de literatuur, zijn psychomotorische therapie, de gedragsbenadering en PDL.

Uit de literatuur komt naar voren dat de familie bij het hanteren van de methodieken met name een rol speelt bij welzijnsdoeleinden, en niet zozeer bij therapeutische doeleinden.

### **3.3 Structurele voorwaarden**

#### **3.3.1 Deskundigheidsbevordering**

Bij elk van de genoemde methodieken wordt benadrukt dat, voor adequate toepassing binnen de organisatie, bij de multidisciplinaire samenwerking gestreefd moet worden naar één zorgvisie.

(Dröes 1995, Fleischeuer en van der Kooij 1989). Daarnaast is het van belang dat er bij en nascholingsmogelijkheden zijn om de attitude van de zorgverleners, hun samenwerking en de praktische uitvoering van de methodiek te optimaliseren (zie tabel 3).

##### *attitude en samenwerking*

Elke methodiek vereist een eigen specifieke aanpak van de zorgverlener. Methodieken waarbij een directieve aanpak van de zorgverlener verwacht wordt zijn de realiteits-oriënterende benadering en de gedragsbenadering. Dat wil zeggen dat bij de realiteits-oriënterende benadering aan de oudere consequent kenbaar gemaakt wordt hoe de werkelijkheid van hier en nu eruit ziet; en dat bij de gedragsbenadering bij de oudere gewenst gedrag consequent bekrachtigd wordt en ongewenst gewenst gedrag consequent genegeerd wordt. De basishouding van de zorgverlener moet daarbij rustgevend zijn. Tevens is een respectvolle bejegening naar de patiënt toe van groot belang. Ook moet de aangereikte informatie aansluiten op de denkwereld van de dementerende en passen bij de ernst van de verwardheid (Buijssen 1991). Daarom is het van belang dat de verzorgenden inzicht hebben in de verschillende fasen van verwardheid, die door elkaar kunnen lopen. Het ene moment kan de patiënt zich nog in een fase verkeren waarin hij structuur zoekt en zich wil oriënteren; het ander moment kan hij verder weg zijn van de wereld om zich heen, alwaar zijn innerlijke leefwereld met de daarbij horende associaties belangrijker zijn (Fleischeuer e.a. 1989).

Belevingsgeoriënteerde begeleidingsmethodieken waarbij de betrokken zorgverlener mee kan gaan in de belevingswereld van de patiënt, zijn de validerende benadering en snoezelen. Bij deze methodieken is het van belang dat de zorgverlener respect en acceptatie toont, en een empathische, warme en open houding aanneemt om de zorgbehoefte te signaleren en daarop te reageren (Kortenhorst 1987, Pieterse en Geelen 1990). Met name snoezelen roept vaak weerstand op omdat deze methodiek uit de sfeer van de zwakzinnigenzorg afkomstig is, en lichaamstaal en lichamelijke contact centraal staat. Het is daarom van belang dat het principe snoezelen geaccepteerd wordt binnen het team van zorgenden, wil de hulpverlenende zich vrij voelen om een dergelijke bejegening in zijn/haar professionele beroepshouding te kunnen integreren. Het blijkt essentieel dat binnen zo'n team de gevoelens, die een patiënt bij een hulpverlener op kan roepen, besproken kunnen worden. Bij zowel de directieve

### 3 De begeleidingsmethodieken met elkaar vergeleken

methodieken, alsmede de belevingsgeoriënteerde methodieken is het tevens van belang dat de verzorgende kennis heeft van het verleden van de persoon, juist omdat de dementerende sterk gericht is op zijn herinneringen.

Deze begeleidingmethodieken vereisen met name nauwe samenwerking tussen psychologen en verpleegkundigen en verzorgenden (Fleuscheuer en van der Kooij 1989). Het verrichten van grondig psychologisch onderzoek, waarmee inzicht verkregen wordt in persoonlijkheidskenmerken van de patiënt, zijn levensloop en zijn omgang met crisissituaties, en nauwkeurige gedragsobservatie zijn van groot belang om te komen tot een juiste benadering. Verzorgenden moeten worden begeleid bij het toepassen van psychologische inzichten en kennis door met de psycholoog probleem- of ander specifiek gedrag met de psycholoog te bespreken. Psychologen kunnen hun inzicht verruimen met informatie van de verzorgenden en verpleegkundigen over het gedrag van de bewoner gedurende de dagelijkse zorg.

Ook de methodieken waarbij psychosociale activiteiten centraal staan, zoals psychomotorische therapie en activiteitengroep, vereisen een patiënt gerichte attitude van de zorgverlener. Bovendien komt bij beide methodieken snoezelen, oftewel sensorische therapie bij psychomotorische therapie, voor als onderdeel van het programma, waarbij een gerichte 'snoezel' attitude van de zorgverlener verwacht wordt. Psychomotorische therapie vereist in het bijzonder nauwe samenwerking tussen de psychomotorisch therapeut en de verzorgenden en activiteitenbegeleiders omdat de uitvoering van het psychomotorisch zorgplan naar verloop van tijd voor een groot deel of geheel overgedragen aan de activiteitenbegeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen.

De begeleidingsmethodieken waarbij het leefklimaat centraal staat, zoals PDL en warme zorg, vereisen evenzeer een specifieke aanpak van de zorgverlener. Bij PDL technieken die worden toegepast bij het wassen, verschonen, kleden verplaatsen en voeden wordt wel als voorwaarde gesteld dat slechte één zorgverlener een zorgrelatie met de patiënt aangaat. Het maken van contact en het leggen van een zorgrelatie tussen hulpverlener en patiënt krijgt nauwelijks kans wanneer meerdere hulpverleners tegelijkertijd bij de zorg aanwezig zijn. Daarnaast is het vereist dat de passiviteit van de patiënt met betrekking tot zelfzorg volledig geaccepteerd is, waarbij de mogelijkheden van de zorg voor de patiënt benadrukt worden (van Eijle 1988). Verder vereist PDL nauwe samenwerking tussen de ergo- en fysiotherapeuten en verzorgenden wegens het overdragen van PDL vaardigheden aan de verzorgenden, zodat zij spasme en paratonie (stoornis in de regulering van de spiertonus) kunnen hanteren tijdens de dagelijkse verzorging van de patiënt.

Warme zorg vereist van het team van hulpverleners een niet-medische, warme en patiënt gerichte bejegening. Ook vereist deze benadering nabijheid, respect en wezenlijke interesse van de zorgverlener in iedere individuele bewoner, om de bewoner een veilig leefklimaat te kunnen bieden. Andere fundamentele elementen in deze benadering zijn het durven en kunnen omgaan met verliesgevoelens, en met verval en eindigheid.

#### *bij- en nascholingsmogelijkheden*

Van de begeleidingsmethodieken zijn de validerende benadering, ROT, snoezelen en warme zorg verreweg het meest bekend in de psychogeriatric, en zijn dan ook vaker vertegenwoordigd in het cursuspakket van nederlandse opleidingsinstituten voor verplegende en verzorgende beroepen en andere centra voor bij- en nascholingscursussen in de psychogeriatric. De methodieken die tevens, maar in mindere mate,

vertegenwoordigd zijn in het cursusaanbod, zijn de gedragsbenadering en PDL. In de opleidingspakketten over psychogeriatricie worden deze benadering veelal opgenomen als algemene oriëntatie. Kennismaking met de filosofie van de benadering staat in zo'n cursus centraal. In de psychogeriatricische na- en bijscholingspakketten wordt, naast kennismaking met de methodiek, vaker dieper ingegaan op de methodieken waarbij praktische vaardigheden aan bod komen (BOZ databank 1995).

De methodieken die niet opgenomen worden in het opleidings- bij en nascholingspakket voor verzorgenden en verpleegkundigen zijn psychomotorische therapie en activiteitengroep.

De activiteitenbegeleiders hebben een beroepsgerichte opleiding gevolgd. Deze professionele zorgverleners werken vanuit een behandelings- of begeleidingsteam, waarbij de werkdoelen afgeleid worden van de doelstellingen vanuit het verpleeghuis (Bloemendal 1986).

Bij psychomotorische therapie vindt bijscholing voor verzorgenden en verpleegkundigen plaats middels 'in service' bijscholing in deze methodiek door de psychomotorische therapeuten die in het betreffende verpleeghuis werken.

### **3.3.2 De benodigde organisatorische voorzieningen**

Om de methodieken te vergelijken op de benodigde organisatorische voorzieningen wordt een onderscheid gemaakt tussen de methodieken waarbij het leefklimaat centraal staat en de methodieken met een interveniërend karakter in de vorm van activiteiten (belevings-, handelings- en bewegingsactiviteiten)

Bij de methodieken waarbij het leefklimaat centraal staat (PDL, warme zorg) variëren de organisatorische voorzieningen die vereist zijn (zie tabel 3). Bij warme zorg is het van belang dat vertrouwde meubelstukken geplaatst kunnen worden, en dat indien haalbaar, huisdieren worden toegelaten. Verder wordt de aanwezigheid van een loopcircuit geprefereerd waarin de bewoner vrij kan rondlopen, en een tuin waarin de bewoner bij mooi weer kan vertoeven. Tenslotte wordt veel waarde gehecht aan de vrijheid van de familie om te komen wanneer zij dat wenst en de gelegenheid krijgt om te helpen tijdens de verzorging, mee te eten en te blijven slapen.

Een belangrijke randvoorwaarde bij PDL is dat één hulpverlener een zorgrelatie met de patiënt aangaat. Om dit te kunnen realiseren zal het verpleegstelsel op een afdeling hierop afgestemd moeten zijn (van Eijle 1992). Het 'primary nursing' systeem, waar één verpleegkundige of verzorgende de primair aangewezen is voor de dagelijkse zorg voor de patiënt, lijkt bij deze benadering het meest geschikte systeem (Hattinga-Verschure 1981). Een andere randvoorwaarde bij PDL is dat, zoals eerder vermeld, de zorg/behandelingsystemen van de betrokken disciplines optimaal op elkaar afgestemd worden.

Tenslotte is het van belang dat, ter optimalisatie van juiste keuzen, de inkoop van voorzieningen interdisciplinair onderbouwd is. Facilitaire voorzieningen als zitelementen, ligelementen, baden en tilliften moeten in het gebruik optimaal op elkaar afgestemd zijn, en tevens moeten de voorzieningen voor verschillende bewoners functioneel kunnen zijn (van Eijle 1992).

Bij de begeleidingsmethodieken met een interveniërend karakter (ROT, PM, de validerende benadering, gedragsbenadering, en snoezelen) variëren de vereiste organisatorische voorzieningen al naar gelang de wijze van toepassing (zie tabel 3). Voor zowel de groepsgewijze als individuele benadering geldt als randvoorwaarde dat er één of

### 3 De begeleidingsmethodieken met elkaar vergeleken

Tabel 3 Een overzicht van de structurele voorwaarden voor het hanteren van de verschillende begeleidingsmethodieken

methodiek	deskundigheidsbevordering	organisatorische voorzieningen
validerende benadering	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie meegaan in belevingswereld warme, patiëntgerichte en validerende attitude bij-nascholing (vaardigheden)	individueel: ruimte omwille van privacy 24-uurs: geen vereisten groeps: ruimte die afsluitbaar en ruim genoeg is voor de groep
snoezelen	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie meegaan in belevingswereld warme, open en patiëntgerichte attitude bij-nascholing (vaardigheden)	ruimte met een gevarieerd aanbod van snoezelmateriaal
PDL	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie zorgrelatie met één zorgverlener patiëntgerichte attitude bij-nascholing (vaardigheden)	'primary nursing system' aanschaf van voorzieningen zoals zitelementen, ligelementen, baden en tilliften, die functioneel zijn voor verschillende bewoners
ROT	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie confronteren met realiteit directieve attitude bij-nascholing (vaardigheden)	24-uurs en individueel: ter ondersteuning oriëntatiepunten, ruime variatie aan materiaal zoals klokken, kalenders, ROT borden en wegwijzers. groeps: ruimte met ruim aanbod van ROT materiaal
warme zorg	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie niet-medische, warme en patiëntgerichte attitude nabijheid, respect en wezenlijke interesse v zorgverlener bij-nascholing (vaardigheden)	het plaatsen van vertrouwde meubelstukken loopcircuit vrijheid van familie om te komen en gaan naar eigen wensen evt. huisdier
psychomotorische therapie	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie patiënt gerichte attitude (in service) bij-nascholing	ruimte met gevarieerd aanbod aan materiaal, die privacy biedt, ruim genoeg is
activiteiten groep	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie patiënt gerichte attitude	meerdere ruimtes met gevarieerd aanbod aan materiaal, die privacy bieden, en ruim genoeg zijn
gedragsbenadering	multidiscipl. samenwerking één zorgvisie belonen van positief gedrag directieve attitude bij-nascholing (vaardigheden)	individueel en groeps: ruimte met gevarieerd aanbod aan materiaal, die privacy biedt, ruim genoeg is 24-uurs: geen speciale organisatorische voorzieningen

meerdere ruimtes aanwezig zijn die privacy bieden en groot genoeg zijn om de methodieken individueel en in groepsverband uit te kunnen voeren. Tevens dienen facilitaire



voorzieningen, zoals een gevarieerd aanbod van materiaal, aanwezig te zijn om de patiënt(en) te stimuleren tot activiteit en (bij de groepsgewijze benadering) tot sociale interactie. Bij de 24-uurs benadering zijn de genoemde randvoorwaarden en facilitaire voorzieningen niet vereist, daar de attitudes van de zorgverleners bij deze methodieken in iedere situatie toegepast kunnen worden. Een uitzondering hierbij is ROT: om de 24-uurs benadering van ROT toe te kunnen passen is wel materiaal ter ondersteuning vereist: evenals bij de individuele benadering moet er een ruime variatie aan materiaal beschikbaar, zoals klokken, kalenders, speciale ROT borden, wegwijzers etc.

### **3.3.4 De stand van zaken in het onderzoek naar effecten van de begeleidingsmethodieken**

Over de effecten van de methodieken is over het algemeen weinig bekend in de literatuur. Van een aantal methodieken zijn internationale effectevaluaties bekend, namelijk bij de validerende benadering, de realiteitsoriënterende benadering, psychomotorische therapie, de gedragsbenadering en activiteitengroep. Van de overige begeleidingsmethodieken, te weten snoezelen, PDL en warme zorg wordt, alleen in de Nederlandse literatuur verslag gedaan van effectstudies.

Met betrekking tot de effectevaluaties kan een onderscheid gemaakt worden tussen effecten van de methodieken op psychogeriatrische patiënten enerzijds, en de effecten van de methodieken op zorgverleners anderzijds (zie tabel 4).

#### *Effecten op psychogeriatrische patiënten*

Effecten van begeleidingsmethodieken op psychogeriatrische patiënten worden beschreven in de literatuur over de validerende benadering, de realiteitsoriënterende benadering, psychomotorische therapie, de gedragsbenadering en activiteitengroep. Bij deze benaderingswijzen is sprake van een beperkt aantal effectstudies. Vergeleken met de overige methodieken zijn de effectstudies met betrekking tot de realiteitsoriënterende benadering en psychomotorische therapie in hogere mate 'gecontroleerde' studies.

Bij een aantal effectstudies over de validerende benadering wordt een verbetering in ADL functies aangetoond (Babbins 1988, Feil 1972), een verbetering van het cognitief (Nooren-Staal e.a. 1995) en sociaal functioneren (Feil 1972), een betere zelfbeheersing en een toename van gevoelens van eigenwaarde (Feil 1972). Uit een literatuuroverzicht met betrekking tot effecten van validation, uitgevoerd door Schrijnemaekers e.a. (1995), blijkt echter dat, naarmate de effectstudies kwalitatief beter zijn uitgevoerd, de effecten minder positief zijn.

Effectstudies over de realiteitsoriënterende benadering tonen met name een positief effect aan op het cognitief functioneren (Hanley e.a. 1981, Johnson e.a. 1981, Gorissen 1985). Dit effect wordt echter voornamelijk waargenomen binnen de trainingsuren (Dröes 1995).

Effectstudies over psychomotorische therapie tonen eveneens een positief effect op het cognitief vlak: een aantal geheugentaken zoals het onmiddellijk geheugen, verbeteren, maar slechts *tijdens* de therapie bijeenkomsten (Molloy 1988, Dröes 1994). Daarnaast heeft psychomotorische therapie een positief effect op het handhaven van het emotioneel evenwicht van de bewoner: de therapie bevordert een levendig gedrag en verhoogt de tevredenheid van de patiënt met zijn omgeving (Dröes 1994).

Effectstudies die gedaan zijn naar psychosociale hulpverlening aan dementerende verpleeghuisbewoners in de vorm van groepsactiviteiten, tonen evenals psychomotorische therapie en de validerende benadering effect op het emotioneel welzijn van de bewoner (Hanley and Peele 1985), maar eveneens werden andere effecten waargeno-



### *3 De begeleidingsmethodieken met elkaar vergeleken*

men, zoals verbetering van eetlust, toename van communicatieve vaardigheden, toename van het vermogen om deel te nemen aan eenvoudige alledaagse activiteiten en vermindering van nachtelijke onrust en incontinentie (McGrowder-Lin en Bhatt 1988).

Uit effectstudies over de gedragsbenadering tenslotte, komt naar voren dat gedragsmodificatie kan leiden tot afname van gedragsproblemen, zoals schreeuwen (Birchmore & Clague 1983), afname van paranoïde opmerkingen (Pinkston & Linsk 1988), en een afname van agressief gedrag (Vaccaro 1988); en dat operante conditionering een positieve invloed heeft op incontinentie en op verbetering van zelfzorg (Pinkston en Linsk 1988).

#### *Effecten op zorgverleners*

Met name in de literatuur over de validerende benadering, snoezelen, PDL en warme zorg worden de effecten van begeleidingsmethodieken op zorgverleners beschreven. De effectevaluaties bij deze methodieken zijn op ervaringsrapportages gebaseerd.

Bij genoemde methodieken liggen de effecten die zorgverleners rapporteren in één lijn: de zorgverleners rapporteren verhoogde arbeidssatisfactie en gevoelens van vakbekwaamheid (van der Kooij 1993, Kok en Achterberg 1993, Kok e.a. NIZW 1993). Tevens leidt het hanteren van deze methodieken volgens de zorgverleners tot een hogere mate van bewustwording van de invloed van het eigen gedrag op dat van de bewoners (van Nooren-Staal 1995, Rabe 1993). Het werken volgens deze benaderingswijzen tenslotte, leidt tot meer betrokkenheid van de zorgverlener met de bewoner (Rabe 1993), en tot minder ziekteverzuim en verloop (Plaisir 1992).

Het bovenstaande laat zien dat bij een aantal methodieken de effectevaluaties voornamelijk gebaseerd zijn op ervaringsrapportages, en dat, al eerder aangetoond door Dröes (1994, 1995), van de effectstudies volgens een onderzoeksdesign, relatief weinig gebruik is gemaakt van een 'experimenteel' design. Om completer inzicht te krijgen in het effect van de begeleidingsmethodieken, is in de toekomst experimenteel onderzoek, d.w.z. onderzoek met een 'pre-test post-test control group design' zinvol, maar complex (Dröes 1995).

Tabel 4 Overzicht van effecten van de methodieken op patiënten en zorgverleners

methodiek	effecten op patiënten (onderzoek)	effecten op zorgverleners (ervaringsrapportages)
validerende benadering	verbeterd cognitief functioneren, verbetering in ADL functies, verbeterde zelfbeheersing, verminderde onrust, verhoogd besef van realiteit, toename van gevoelens van eigenwaarde.	attitudeverandering, toename van bewustwording van eigen gedrag op dat van bewoners, toename van arbeidssatisfactie en gevoelens van vakbekwaamheid
snoezelen	geen onderzoek verricht	zinnvolle relatie met patiënt, aandacht voor mogelijkheden en niet zozeer voor beperkingen, toename van arbeidsmotivatie en arbeidssatisfactie
PDL	geen onderzoek verricht	bewuster handelen, bewuster kijken naar de patiënt, bewust worden van eigen reacties, minder grote krachtsinspanning leveren, toename van multidisciplinaire betrokkenheid bij zorg voor patiënt, meer arbeidsvoldoening
ROT	verbeterd cognitief functioneren, verbetering in verbale en ruimtelijke oriëntatie	geen onderzoek verricht
warme zorg	geen onderzoek verricht	meer betrokkenheid van zorgverlener met patiënt, minder ziekteverzuim en verloop
psychomotorische therapie	positieve invloed op onmiddellijk geheugen, herkenning en mentale status, verbeterd emotioneel evenwicht: levendig gedrag en tevredenheid met omgeving	geen onderzoek verricht
activiteiten groep	toename van expressiemogelijkheden, eetlust en communicatieve vaardigheden, afname van onrust en incontinentie, en meer betrokkenheid met eenvoudige dagelijkse activiteiten.	geen onderzoek verricht
gedragsbenadering	afname van agressief en paranoïde gedrag, afname van incontinentie, toename van zelfzorg	geen onderzoek verricht

## Samenvatting

Uit het overzicht in het eerste deel van het rapport komt naar voren dat de focus van de zorg voor de psychogeriatrische patiënt niet meer voornamelijk ligt op het somatische vlak, maar dat de belangstelling voor psychosociale zorgverlening aan deze groep

patiënten toegenomen is gedurende het afgelopen decennium. De meest bekende (psychosociale) begeleidingsmethodieken die in de literatuur beschreven worden zijn realiteitsoriëntatietraining (ROT), psychomotorische therapie, snoezelen, Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL), de validerende benadering, warme zorg, activiteiten-groep en de gedragstherapeutische benadering.

In hoofdstuk 2 zijn de methodieken afzonderlijk beschreven; in hoofdstuk 3 zijn de methodieken vergeleken m.b.t. hun theoretische achtergrond, de praktische uitvoering, structurele voorwaarden en effectevaluaties. De belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen de methodieken kunnen als volgt worden samengevat:

Tot de meest traditionele methodieken behoren realiteitsoriëntatie training en de gedragsbenadering. Deze methodieken hebben een deductief karakter: zij zijn ontwikkeld op basis van psychologische theorieën en toepasbaar gemaakt voor praktische uitvoering binnen de psychogeriatric. Tevens hebben deze methodieken een directieve aanpak: de begeleider bepaalt de lijn en de oudere neemt deze lijn als het ware mee.

De validerende benadering, snoezelen, warme zorg, PDL, psychomotorische therapie zijn methodieken van recenter datum. Deze methodieken hebben een inductief karakter: zij zijn voornamelijk ontwikkeld op basis van praktijkervaringen met betrekking tot psychogeriatricische zorg waarbij psychologische theorieën aanknopingspunten kunnen bieden. Deze methodieken kenmerken zich door een patiëntgerichte aanpak waarbij de belevingswereld en behoeften van de patiënt centraal staan. De achterliggende zorgvisie is dat patiënten niet zondig gecorrigeerd hoeven te worden, maar dement mogen zijn.

De methodieken verschillen in hun doeleinden. Een onderscheid wordt gemaakt tussen methodieken met cognitieve en behaviouristische doeleinden (ROT, gedragsbenadering), methodieken met psychosociale doeleinden (psychomotorische therapie, activiteiten-groep), methodieken met belevingsgerichte doeleinden (snoezelen en validerende benadering), en methodieken waarbij het leefklimaat centraal staat (PDL, warme zorg).

Bij bovengenoemde methodieken staat het algemeen 'welzijn' van de patiënt centraal. Bij een deel van de methodieken wordt dit welzijn geoptimaliseerd door een interventie in de vorm van activiteiten met een therapeutisch karakter (realiteitsoriëntatietraining (ROT), psychomotorische therapie, snoezelen, de validerende benadering, activiteiten-groep en de gedragsbenadering); bij andere methodieken gebeurt dit door middel van optimalisering van het leefklimaat (PDL, warme zorg). De methodieken met een interveniërend karakter variëren in geschiktheid voor toepassing met het oog op de ernst van dementie: de methodieken waarbij belevingsactiviteiten centraal staan zijn met name geschikt voor de ernstig en zeer ernstig dementerende psychogeriatricische patiënten; de methodieken waarbij handlungsactiviteiten centraal staan zijn met name geschikt voor de licht en matig dementerende patiënten. Methodieken waarbij het leefklimaat centraal staat kunnen toegepast worden bij alle vormen van dementie. Met name deze methodieken kunnen gecombineerd toegepast worden met methodieken die gericht zijn op interventie in de vorm van verschillende activiteiten. Een combinatie van interventiegerichte methodieken is goed mogelijk mits zij gericht zijn op hetzelfde stadium van dementie.

Bij alle methodieken wordt multidisciplinaire samenwerking, en het werken vanuit één zorgvisie benadrukt. Over het algemeen bestaat het team uit de volgende zorgverleners: de arts, de psycholoog, de activiteitenbegeleiders, de fysiotherapeuten, de ergotherapeuten en/of psychomotorische therapeut, de verzorgenden en verpleegkundigen. De uitvoering van de methodiek kan door elke discipline gedaan worden maar varieert al naar gelang de wijze waarop de methodiek uitgevoerd wordt. Met

name bij de 24-uurs benadering hebben de verpleegkundigen en verzorgenden een initiërende rol; bij de groeps en individuele benadering hebben vooral de psychologen en activiteitenbegeleiders een initiërende rol.

Elke methodiek vereist een eigen aanpak van de zorgverlener. Voor het hanteren van de juiste attitude en voor adequate praktische uitvoering van een methodiek zijn bij- en nascholingsmogelijkheden. Het bij- en nascholingsaanbod voor de meest bekende methodieken (warme zorg, snoezelen, ROT en de validerende benadering) is groter dan het aanbod in minder bekende methodieken (PDL, gedragsbenadering). De methodieken die niet opgenomen zijn in het opleidings- en bij- en nascholingspakket voor verzorgenden en verpleegkundigen zijn psychomotorische therapie en activiteitengroep. De activiteitenbegeleiders hebben een beroepsgerichte opleiding gevolgd. Bij psychomotorische therapie vindt bijscholing voor verzorgenden en verpleegkundigen plaats middels 'in service' bijscholing in deze methodiek door de psychomotorische therapeuten die in het betreffende verpleeghuis werken.

Bij de stand van zaken in de literatuur over effecten kan een onderscheid gemaakt worden tussen effecten op patiënten (validerende benadering, ROT, psychomotorische therapie, activiteitengroep en gedragsbenadering) en effecten op zorgverleners (snoezelen, PDL, warme zorg, validerende benadering). Hoewel onderzoek naar effecten op patiënten meestal volgens een onderzoeksmodel plaats vindt, zijn er nog relatief weinig gecontroleerde studies (pre-test post-test control groupdesign) bekend, waardoor het inzicht in effecten beperkt blijft.

De beschreven effecten op zorgverleners tenslotte, zijn voornamelijk gebaseerd op ervaringsrapportages. Vervolgonderzoek, waarbij systematisch nagegaan wordt of de beoogde doelstellingen van de methodieken behaald worden, is zinvol maar tevens complex.

In het volgende deel van het rapport (deel 2) staat de praktische uitvoering centraal. Dit wil zeggen dat informatie gegeven wordt over de huidige stand van zaken wat betreft het toepassen van begeleidingsmethodieken binnen de psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen van Nederland.

## LITERATUUR

- Achterberg I., Kok W. Snoezelen met psychogeriatrische bewoners. Integratie in de dagelijkse zorg. *Activiteitensector* 192, 11, p 16-19.
- Achterberg I., Kok W. "Voelen, kijken, luisteren, ruiken en proeven". *Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric* 1993, 5, 12-13.
- Allewijn M. Realiteitsoriëntatie training, een benaderingswijze voor gedesoriënteerde ouderen. *Denkbeeld- Tijdschrift voor psychogeriatric* 1991 p10-14.
- Babins L. Conceptual Analysis of validation therapy. *Journal of Aging and Human Development*, vol 26(3), 1988, p.161-167.
- Bedrijfsopleidingen Zorgsector (BOZ) Databank. Uitg: AWOZ & AWOB 1995
- Birchmore T., en Clague S. A behavioural approach to reduce shouting. *Nursing Times* 1983, 79, p37-39.
- Bloemendal G. Snoezelen met demente bejaarden Deel I: de begrippen. *Tijdschrift voor Bejaarden-Kraam- en Ziekenverzorging* 1987, 4, p 98-102.  
Bloemendal G. Snoezelen met dieper gestoorde demente bejaarden (1), gericht op zintuiglijke waarneming en primaire behoeften. *Maandblad Activiteitensector* 1983, 5, 133-138.
- Bloemendal G. Snoezelen met dieper gestoorde demente bejaarden (2), beschrijving van een voorbeeld uit de praktijk. *Maandblad Activiteitensector* 1983, 6, 150-152.
- Bloemendal G. Snoezelen met demente bejaarden Deel II: vormen van snoezelen. *Tijdschrift voor Bejaarden- Kraam- en Ziekenverzorging* 1987, 5, p 134-139.
- Bloemendal G. *Demente Ouderen. Activiteiten en omgang.* 1986, INTRO, Nijkerk.

### 3 De begeleidingsmethodieken met elkaar vergeleken

- Bloemendal G., Duijnste Mia, Hattinga-Verschure J.C.M. Thuis in het verpleeghuis. 1984, INTRO, Nijkerk.
- Buijssen H. 'Zijn, waar de ander is'. Validation: een nieuwe benadering van demente ouderen?. MGZ 1991, nr 19, p 26-29.
- Buijssen H. 'Warme Zorg' . Tijdschrift voor Verzorgenden, 1991, nr4, p 112-113.
- Buijssen H. Realiteitsoriëntatie training. Tijdschrift voor Verzorgenden, 1991, nr 4, p 104-106.
- Cahn L. Beweging als medicijn tegen apathie en eenzaamheid. DENKBEEELD Tijdschrift voor Psychiatrie 1992, p 21-23.
- Chalmers A. Wat heet wetenschap 1976, Boom Meppel Amsterdam.
- Cools H.J.M. Leven aan de jaren toevoegen. Oratie. Leiden. RUL 1993.
- Dasler J. van & Dröes R.M. Psychomotorische therapie in het verpleeghuis. Senior 1986, nr 20, p 454-457.
- Dröes R.M. In beweging. Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen. De Tijdstroom, Utrecht 1994.
- Dröes R.M. Psychosociale behandeling bij dementie. Tijdschrift voor psychiatrie 1995, 37, p 235-260.
- Eijle J. van, Wulp J.C. van der. Passiviteiten van het dagelijks leven. Tijdschrift voor Verzorgenden 1988, p 280-283.
- Eijle J. van. Passiviteiten van het dagelijks leven. Van verpleeghuiswerkgroep naar stichting. Tijdschrift voor verzorgenden 1992 p 326.
- Eijle J. van. e.a. Werkboek PDL van verpleeghuis 'de Sameritaan'. Mobicare Middelharnis 1991.
- Fahrenfort J. Psychomotorische therapie; een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie. 1986, VU uitgeverij Amsterdam.
- Feil N. Validation. Almere Versluis 1989.
- Fleuscheuer I. & Kooij C. van der. Realiteitsoriëntatie en de werkelijkheid van de verpleeghuisbewoner. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1989, 20, p197-201.
- Gorissen P. Een onderzoek naar het effect van realiteitsoriëntatie training op een groep psychogeriatrische patiënten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1985, 16, p235-238.
- Götestam K.G. en Melin L. The effect of prompting and reinforcement of activity in elderly demented inpatients. Scandinavian Journal of Psychology, 1980, 31, p2-8.
- Graaf T. de En Aliens A. Snoezelen is een 24-uurs activiteit. Het snoezelproject in Verpleeghuis Bernardus (1). TvZ, Vakblad voor verpleegkundigen 1993, 4, p 129-130.
- Hanley O., Peele K. An active occupational therapy programme for the severely demented patiënt in a psychogeriatric day hospital. Occupational Therapy 1985, 48, p 336-338.
- Hanley I.G., McGuire R.J. & Boyd W.D. Reality Orientation and dementia. A controlled trial of two approaches. Br. J. of Psychiatry 1981, vol 8, 10-14.
- Hattinga-Verschure J.C.M. Het verschijnsel zorg . De tijdstroom, Lochem, 1984.
- Heyden van der M. Validation, maak het je eigen! Tijdschrift voor verzorgenden 4, 1991 p 107-113.
- Houweling H. Warme Zorg. Een visie op psychogeriatrische zorgverlening. Tijdschrift voor bejaarden-, kraam-, en ziekenverzorgenden, 1987, 20(2). 39-42.
- Horst A. van der & Houweling H. Het Romolenpolderproject, warme zorg voor psychogeriatrische patiënten. HZH 2, Februari 1989, p 82-84.
- Höweler-van Dalen M. De leerpsychologische oriëntering. In: Inleiding in de klinische psychologie. Cassee Höwelwe & Jansen (eds), Van Loghum Slaterus, Deventer 1981.
- Hulshegge J. en Verheul A. Snoezelen, een andere wereld. Een praktijkboek voor zwakzinnigenzorg. Intro Nijkerk 1986.
- Jansen op de Haar M. Realiteitsoriëntatie training. Houvast door het aanleren van nieuw gedrag. Activiteitensector nr 12, 1989, p12-14.
- Jones G. Validation Therapy. Een andere benadering voor de psychogeriatrische bewoner. Tijdschrift voor verzorgenden 1988, p 94-100.
- Johnson C.H., McLaren S.M. & McPherson F.M. The comparative effectiveness of three versions of classroom Reality orientation. Age and Aging 1981, vol. 10 p 33-35.
- Kooij C.H. van der. Validation, oefenen in de zorgpraktijk. Tijdschrift voor verzorgenden nr 10 1993, p 294-299.
- Kooij C.H. van der. Zijn waar de patiënt is. Validation Therapie Senior 1988, nr 14, p 298-302.
- Kooij C.H. van der. Validation Therapy. Doorbraak in de psychogeriatrische zorg?
- Kooij van der C.H. Snoezelen als validerende vaardigheid. Tijdschrift voor verzorgenden 1992, 12, 380-384.
- Kortenhorst L. 'Snoezelen, een activiteit voor diep-demente ouderen? Verslag van een themadag over snoezelen van de ovdb. Activiteitensector 1987 10-14.
- Kramer K. & Kerkstra A. Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingstehuis. Utrecht NIVEL 1991.



- Lange J. de. Vergeten in het verpleeghuis. Dementerende ouderen, hun verzorgenden en familieleden. NcGv Utrecht, juni 1990.
- McGrowder-Lin R., Bhatt A. A wanderer's lounge program for nursing home residents with Alzheimer's Disease. *The Gerontologist* 1988, 28, p 607-609.
- Meulmeester F. Validation, een andere benadering van dementie. *Tijdschrift voor ziekenverpleging* 43 nr 21 p 673-677.
- Miessen B. Gehechtheid en dementie. Versluys Almere 1990.
- Ministerie van WVC. Nota Kwaliteit van Zorg. Rijswijk: Ministerie van WVC 1991.
- Molloy D.W., Delaquerierre Richardson L., Grilly R.G. The effects of a three month exercise programme on neuropsychological function in elderly insititutionalized woman: a randomized controlled trial. *Age and Aging*, 17, p 303-310.
- Nooren-Staal van W.H.C., Frederiks C.M.A., te Wierik M.J.M. Validation: effecten bij bewoners en personeel in een verzorgingshuis. *Tijdschrift voor Gerontologie en geriatric* 1995, 26, p117-121.
- NZi. Reader realiteitsoriëntatie. Utrecht NZi 1992.
- NZi, Ministerie van WVC, Instellingen van intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens per 1-1-93: naar provincie, gezondheidsregio. Utrecht NZi 1993.
- Ouder worden '93 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW, Utrecht 1993.
- Pieterse M., Geelen R. Snoezelen met demente bejaarden. Een aanzet tot een systematische aanpak. *Activiteitensector* 1990, 6, 1-5.
- Pinkston E.M. Linsk N.L. Care for the elderly: A family approach. Pergamon Press Inc, New York/Oxford 1988.
- Plaisier A.J., Douma A.T., Fahrenfort M & Leene G.J.F. Het Anton Pieck- hofje. Een woonvoorziening voor dementerende ouderen. Utrecht NZi, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Rabe W. Passiviteiten van het dagelijks leven. Zorg voor diep demente ouderen. *Denkbeeld Tijdschrift voor Psychogeriatric*, juni 1983, p 14-15.
- Ribbe M.W., Deerenberg-Kessler, W & Konings J.W.P.M. De positie en taken van verpleeghuisartsen. In: Trommel J., Ribbe M.W. Stoop. J.A.(red). *Capita Selecta van de verpleeghuisgeneeskunde*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema 1989.
- Rinia F. De invoeringsfase van de realiteitsoriëntatie en validerende benadering voorbij: een evaluatie. In: Blom M., Kuin Y., Hendriks H. (red). *Ouder worden '93*. Utrecht NIZW, 1993.
- Rijt M. van de Snoezelen met ernstig demente bewoners. Procesmatige ontwikkeling van snoezelen in verpleeghuis de Hazelaar. *Activiteitensector* 1992, 6, 8-10.
- Rogers C. On personal power, Dela Corte Press, New York, 1977.
- Salmon P. Interactions of nurses with elderly patients: relationship to nurses' attitudes and to formal activity periods. *Journal of Advanced Nursing*, 1993, 18(1), p14-19.
- Schnelle J.F.B., Traugler D.B. Morgan e.e. Management of geriatric incontinence in nursing homes. *Journal of applied Behaviour Analysis* 1983, 16, p235-241.
- SIG Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. Jaarboek Verpleeghuizen 1994. Utrecht SIG 1993.
- Sluijs E.M., Kerkstra A., van der Zee J. Advies prioriteiten in het verpleeghuisonderzoek. Utrecht NIVEL 1993.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Ouderen in het jaar 2005: gezondheid en zorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- Schrijnemaekers V.J , Duijnhouwer E., te Wierik M.J.M., Frederiks C.M.A. De effectiviteit van Validation. Een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatric* 1995, p 205-213.
- Vaccaro F. Successful operant conditioning procedures with an institutionalized aggressive geriatric patient. *International Journal Aging and Human Development* 1988, 26, p71-79.
- Wilkinson. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing* 1991, 16, p677-688.



## **4 HET TOEPASSEN VAN BEGELEIDINGSMETHODIEKEN BIJ PSYCHOGERIATRISCHE BEWONERS IN NEDERLANDSE VERPLEEGHUIZEN**

### **4.1 Inleiding**

In het eerste deel van het rapport zijn de verschillende begeleidingsmethodieken volgens een vast stramien vanuit de theorie beschreven. In dit deel van het rapport staat de stand van zaken wat betreft het toepassen van de verschillende begeleidingsmethodieken in gecombineerde en psychogeriatrische verpleeghuizen in Nederland centraal. Uit het literatuuroverzicht van het onderzoek is geconcludeerd dat er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de praktische uitvoering van begeleidingsmethodieken en effectevaluaties hieromtrent in verpleeghuizen voor patiënten met dementie. In het veld wordt wel geëxperimenteerd met verschillende methodieken en is reeds de nodige ervaring opgedaan.

Met het oog op verdere kennis over het toepassen van begeleidingsmethodieken wordt in dit deel van het rapport de in het veld aanwezige kennis en ervaringen omtrent het hanteren van de begeleidingsmethodieken in kaart gebracht. De centrale vraagstellingen met betrekking tot dit empirische deel van het onderzoek, eveneens geformuleerd in de algemene inleiding van het rapport, zijn de volgende:

- 1 Wat is de stand van zaken wat betreft het toepassen van begeleidingsmethodieken in psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen in Nederland?
  - bij welke psychogeriatrische patiënten (doelgroep) worden de verschillende methodieken gehanteerd?
  - op welke wijze vindt praktische uitvoering van de methodieken plaats?
  - wat is de stand van zaken wat betreft de structurele voorwaarden bij het hanteren van begeleidingsmethodieken in praktijk?
  - welke effecten zien zorgverleners m.b.t. het toepassen van de begeleidingsmethodieken binnen het verpleeghuis?
  
- 2 In hoeverre spelen kenmerken van patiënten en kenmerken van de organisatie van het verpleeghuis een rol bij de keuze voor het hanteren van één of meerdere begeleidingsmethodieken?

### **4.2 Methode**

Om inzicht te krijgen in de mate waarin de genoemde begeleidingsmethodieken in praktijk worden geïmplementeerd en toegepast binnen de gecombineerde en psychogeriatrische verpleeghuizen, is een semi-gestructureerde vragenlijst ontwikkeld.

De vragenlijst begint met een algemeen gedeelte waarin gevraagd wordt naar kenmerken van de organisatie van het verpleeghuis, zoals de aard van het verpleeghuis (psychogeriatrisch of gecombineerd), het aantal psychogeriatrische afdelingen, het totaal aantal psychogeriatrische patiënten en het aantal psychogeriatrische patiënten en verzorgenden per afdeling, de samenstelling van een afdeling (niveau-afdelingen of gedifferentieerde afdelingen) en tenslotte de zorgvisie van het verpleeghuis. Ook wordt in het algemene gedeelte gevraagd of één of meerdere van de (in deel I) beschreven begeleidingsmethodieken gehanteerd worden in het verpleeghuis. Na de algemene

vragen volgen specifieke vragen over deze begeleidingsmethodieken, die uitgewerkt zijn in afzonderlijke modules. Per module is gevraagd naar de wijze waarop de betreffende methodiek toegepast wordt. Daarbij is aandacht voor de volgende aspecten:

- *algemene gegevens*, zoals sinds wanneer de methodiek wordt toegepast en de verantwoordelijke functionaris voor de start en uitvoering van de methodiek.
- *de doelgroep* bij wie de methodiek toegepast wordt; zoals het gemiddeld aantal bewoners, het stadium van dementie en andere kenmerken van patiënten.
- *de praktische uitvoering* door zorgverleners, waarbij gevraagd wordt naar de wijze waarop zorgverleners de methodiek toepassen (individueel, 24-uurs, groeps), de betrokken zorgverleners bij het toepassen en de mate van multidisciplinaire samenwerking, de rol van de familie bij het toepassen van de methodiek.
- *de structurele voorwaarden*: deskundigheidsbevordering en de benodigde organisatorische voorzieningen.
- *waargenomen effecten* van begeleidingsmethodieken

De vragenlijst kon ingevuld worden door meerdere functionarissen; d.w.z. de directie en/of zorgverleners die bij het hanteren van de verschillende methodieken betrokken zijn. Ter controle op de representativiteit van de respons, is bij de verpleeghuizen die niet gerespondeerd hebben (N=92) achteraf telefonisch gevraagd of één of meerdere van de genoemde methodieken toegepast worden.

Bij de interpretatie van de resultaten moeten echter wel de beperkingen van het empirisch deel van het onderzoek in acht genomen worden. De inventarisatie van de huidige stand van zaken in de Nederlandse verpleeghuizen wat betreft het toepassen van de methodieken aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst heeft het gevolg dat minder nuancering in de beantwoording mogelijk is, en bovendien een verhoogde kans bestaat op de aanwezigheid van sociale wenselijkheid bij de beantwoording.

Alvorens de resultaten beschreven worden van de wijze waarop de methodieken in Nederlandse verpleeghuizen worden toegepast, wordt deze paragraaf allereerst besloten met een beschrijving van de respons en algemene kenmerken van de verpleeghuizen die gerespondeerd hebben.

#### 4.2.1 Respons

Aan de directies van alle psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen in Nederland (N=262) is een vragenlijst gestuurd met een verzoek tot medewerking aan het onderzoek. In totaal zijn 262 vragenlijsten verstuurd. Ook heeft schriftelijk en telefonisch rappel plaatsgevonden.

De respons bedroeg 60%. Dit betekent dat bij de meerderheid van de verpleeghuizen (N=158) invulling en retournering van de vragenlijst plaats vond. Van een aantal verpleeghuizen (N=16) zijn de redenen voor non-respons bekend. De volgende redenen werden genoemd:

- geen relevante populatie (.8% N=2)
- wegens omstandigheden te weinig psychogeriatrische verpleeghuisbewoners (.8% N=2)
- nog geen sprake van structurele invoering van de begeleidingsmethodieken (.4% N=1)
- verpleeghuis in oprichtingsfase (.8% N=2)

- geen functionerend verpleeghuis op het moment (.4% N=1)
- tijdgebrek (5% N=8).

Tabel 4.1 Organisatorische kenmerken van de verpleeghuizen (N=158)

de organisatie	abs.	%
<i>aard van het verpleeghuis</i>		
psychogeriatrisch	46	29
gecombineerd	112	71
<i>samenstelling afdelingen</i>		
gedifferentieerd naar niveau van functioneren	72	46
niet gedifferentieerd naar niveau van functioneren	52	33
anders	32	21
<i>zorgsysteem</i>		
taakgericht	7	4
patiëntgericht	121	77
anders	30	19

Uit tabel 4.1 komt naar voren dat de meerderheid van de verpleeghuizen die gerespondeerd hebben gecombineerd (d.w.z. een verpleeghuis waarin zowel bewoners met somatische aandoeningen, alsmede psychogeriatrische bewoners verblijven) is. Dit komt overeen met de landelijke gegevens (NZI 1995) waaruit blijkt dat van de gecombineerde en psychogeriatrische verpleeghuizen in Nederland, 75% gecombineerd is. Verder kan uit tabel 4.1 worden afgeleid dat, met betrekking tot de samenstelling van de afdelingen, bij iets minder dan de helft van de verpleeghuizen gedifferentieerd wordt naar niveau van functioneren, en dat bij ruim 20% van de verpleeghuizen de afdelingen op een andere wijze worden samengesteld. Voorbeelden hiervan zijn: differentiatie *binnen* de afdeling en differentiatie *naar leefstijl*. Verder blijkt dat de meerderheid van de verpleeghuizen een patiëntgericht zorgsysteem heeft; dat wil zeggen dat gewerkt wordt met een vaste groep verzorgenden voor een vaste groep patiënten, waarbij kleinschaligheid centraal staat. Tenslotte blijkt dat bij 19% van de verpleeghuizen het zorgsysteem anders is dan patiënt- of taakgericht. Het betreft hier voornamelijk verpleeghuizen die zich in de overgang van een taakgericht naar een patiëntgericht zorgsysteem bevinden.

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de omvang van de verpleeghuizen wat betreft het aantal psychogeriatrische bewoners, het gemiddeld aantal psychogeriatrische bewoners per afdeling, en het gemiddeld aantal zorgverleners per afdeling.

Tabel 4.2 Omvang van de verpleeghuizen

	N	gem.	st.dev.	min	max
aantal psychogeriatrische afdelingen	158	4.1	2.9	1	18
aantal psychogeriatrische bewoners	157	116.3	60.6	15	312
aantal psychogeriatrische bewoners per afd.	156	32.1	11.2	11	90
aantal verzorgenden per afd.	134	17.4	7.1	1	40
aantal verpleegkundigen per afd.	131	1.9	1.8	0	15

Bovenstaande tabel toont dat het gemiddeld aantal psychogeriatrische verpleeghuisbewoners 116 is. Dit komt overeen met de landelijke gegevens (NZI 1995) waaruit blijkt dat per 1-1-1995 er gemiddeld 117 psychogeriatrische bewoners per verpleeghuis zijn.

## 4.3 Resultaten

### 4.3.1 Inleiding

Bij het beschrijven van de wijze waarop begeleidingsmethodieken binnen de gecombineerde en psychogeriatrische verpleeghuizen in Nederland toegepast worden, komen de volgende aspecten aan bod: de doelgroep waarbij de methodieken worden toegepast; de praktische uitvoering van de methodieken; structurele voorwaarden; en tenslotte de waargenomen effecten van de begeleidingsmethodieken.

Alvorens een uiteenzetting te geven van de resultaten met betrekking tot genoemde aspecten, is het van belang om eerst een overzicht te geven van een aantal basisgegevens, zoals het aantal verpleeghuizen in Nederland (respons en non-respons) waar één of meerdere begeleidingsmethodieken gehanteerd worden, de mate waarin de organisatie van het verpleeghuis een rol heeft gespeeld bij de keuze voor het hanteren van de methodieken, het aantal jaren dat de methodiek toegepast wordt binnen de verpleeghuizen, en het percentage psychogeriatrische bewoners waarbij de methodieken toegepast worden.

Tabel 4.3 Het aantal verpleeghuizen in Nederland waar de begeleidingsmethodieken toegepast worden.

methodiek	respons aantal verpleeghuizen(N=158)		non-respons aantal verpleeghuizen(N=82)	
	abs.	%	abs.	%
validerende benadering	135	85	60	73
snoezelen	120	76	57	70
passiviteiten in het dagelijks leven	69	44	35	43
realiteitsoriënterende benadering	128	81	62	76
warme zorg	68	43	44	54
psychomotorische therapie	60	38	28	34
gedragsbenadering	78	49	48	58
activiteitengroep	137	87	68	83
geen methodiek	4	3	2	3

Uit tabel 4.3 kan worden afgeleid dat met name de begeleidingsmethodieken die het meest bekend zijn in de Nederlandse literatuur, bij het merendeel van de psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen in Nederland toegepast worden. Dit zijn de activiteitengroep, de validerende benadering, de realiteitsoriënterende benadering en snoezelen. Bij bijna alle verpleeghuizen die gerespondeerd hebben worden meerdere methodieken tegelijkertijd gehanteerd (niet uit de tabel herleidbaar). Bij 8% van deze groep verpleeghuizen wordt iedere bovengenoemde methodiek gehanteerd. Bij 75% van de verpleeghuizen varieert het aantal methodieken dat gehanteerd wordt van vier tot zeven; en bij 15% van de verpleeghuizen tenslotte, varieert het aantal methodieken dat gehanteerd wordt van één tot drie. In slechts 3% van deze groep verpleeghuizen wordt geen enkele methodiek toegepast.

De reden die het merendeel van de verpleeghuizen (65%) noemde wat betreft de keuze van het toepassen van bovengenoemde methodieken is dat op deze wijze 'zorg op maat' kan worden gegeven. Dit wil zeggen dat het met de verschillende methodieken mogelijk is om de zorg af te stemmen op de individuele zorgbehoefte van de psychogeriatrische verpleeghuisbewoner. Andere redenen die eveneens genoemd

#### 4 Het toepassen van begeleidingsmethodieken

werden voor het hanteren van de methodieken, betreffen de zorgvisie binnen het verpleeghuis (13%), verbetering van de kwaliteit van zorg (18%), respectievelijk de kwaliteit van leven (16%). Bij 2% van de verpleeghuizen die gerespondeerd hebben tenslotte, werd geen specifieke reden voor het hanteren van de methodieken genoemd.

Ter controle op de representativiteit van de respons is bij de verpleeghuizen die niet gerespondeerd hebben (N=92) achteraf telefonisch gevraagd of één of meerdere van de genoemde methodieken toegepast wordt. Dit is gelukt bij 82 verpleeghuizen. In tabel 4.3 is eveneens het percentage (N=82) aangegeven van de methodieken die gehanteerd worden bij de groep verpleeghuizen die niet gerespondeerd heeft. Slechts bij 3% van de verpleeghuizen die niet gerespondeerd hebben wordt geen van de methodieken gehanteerd. De percentages van beide (respons- en non-respons) groepen verpleeghuizen komen in grote lijn overeen.

De functionarissen, die verantwoordelijk zijn voor de start en uitvoering, verschillen per methodiek. Bij de validerende benadering zijn met name de psycholoog (28%) en hoofd verplegingsdienst (36%) verantwoordelijk. Bij snoezelen en activiteitengroep zijn dit vooral de activiteitenbegeleiders (62%). Bij PDL wordt de fysiotherapeut (77%) het meest frequent genoemd als verantwoordelijke functionaris, en bij psychomotorische therapie is dit de psychomotorisch therapeut (16%). Bij warme zorg zien we dat relatief vaak het hoofd van de verplegingsdienst (44%) de initiatief nemende functionaris is, maar eveneens dat de verantwoordelijkheid voor de start en uitvoering van deze benaderingswijze een multidisciplinaire aangelegenheid (23%) is.

Bij de gedragsbenadering tenslotte, zijn het de psychologen (70%) en artsen (25%) die, vergeleken met de overige functionarissen, het meest frequent genoemd worden als verantwoordelijke functionaris voor de start en uitvoering van de methodiek.

De onderstaande tabellen (tabel 4.4, 4.5 en 4.6) geven informatie over de mate waarin de organisatie van het verpleeghuis een rol gespeeld heeft bij de keuze voor het hanteren van de methodieken.

Tabel 4.4 Mate van het toepassen van de methodieken naar de aard van het verpleeghuis (N=158), in percentages

Methodieken	psychogeriatrisch	gecombineerd
	%	%
De validerende benadering	83	87
Snoezelen	76	76
PDL	50	41
ROT	76	83
Warme zorg	44	43
Psychomotorische therapie	30	41
Gedragsbenadering	50	49
Activiteitengroep	76	91*

\* Chi<sup>2</sup> toets p < .005

Tabel 4.5 Mate van het toepassen van de methodieken naar de samenstelling van afdeling (N=158), in percentages.

Methodieken	gedifferentieerd %	niet	
		gedifferentieerd %	anders %
De validerende benadering	82	83	94
Snoezelen	78	69	81
PDL	38	42	60
ROT	85	69	91*
Warme zorg	32	52	53*
Psychomotorische therapie	44	21	50*
Gedragsbenadering	54	37	59
Activiteitengroep	83	87	94

\* Chi<sup>2</sup> toets p < .005

Tabel 4.6 Mate van het toepassen van de methodieken naar kenmerken van het zorgsysteem (N=158), in percentages.

Methodieken	taakgericht	patiëntgericht	anders
	%	%	%
De validerende benadering	43	87	90*
Snoezelen	43	79	73
PDL	29	46	37
ROT	43	85	74*
Warme zorg	29	46	37
Psychomotorische therapie	29	41	27
Gedragsbenadering	14	54	37*
Activiteitengroep	43	89	87*

\* Chi<sup>2</sup> toets p < .005

Uit de bovenstaande tabellen blijkt dat de aard van het verpleeghuis (psychogeriatrisch of gecombineerd) nauwelijks een rol speelt bij de mate waarin de methodieken gehanteerd worden. Andere kenmerken van het verpleeghuis, zoals de samenstelling van de afdeling en de kenmerken van het zorgsysteem hebben wel invloed op de mate waarin de methodieken toegepast worden. Met betrekking tot de samenstelling van de afdeling blijkt dat met name warme zorg en psychomotorische therapie in mindere mate toegepast worden in verpleeghuizen, waarbij gedifferentieerd wordt naar niveau van functioneren dan in verpleeghuizen waarbij dit niet het geval is, of waarbij differentiatie *binnen* de afdeling en differentiatie *naar leefstijl* plaatsvindt. Wat de kenmerken van het zorgsysteem betreft, zien we dat de validerende benadering, ROT, de gedragsbenadering en activiteitengroep vaker toegepast wordt in verpleeghuizen met een patiëntgericht- en een overgang van taakgericht naar patiëntgericht zorgsysteem, dan de verpleeghuizen met een taakgericht zorgsysteem.



Tabel 4.7 Het aantal jaren dat de methodiek toegepast wordt binnen de verpleeghuizen

Methodiek	N	0 t/m 1 jaar %	2 t/m 4 jaar %	5 jaar en langer %
De validerende benadering	135	9	40	50
Snoezelen	120	25	39	36
PDL	69	23	38	40
ROT	128	8	18	74
Warme Zorg	68	11	31	58
Psychomotorische therapie	49	3	15	82
Gedragsbenadering	78	10	27	63
Activiteitengroep	137	6	10	84

Tabel 4.7 laat zien dat indien de methodieken worden toegepast, dit bij meer dan de helft van de verpleeghuizen al sinds vijf jaar of langer het geval is. Snoezelen en PDL vormen hierop een uitzondering, deze worden bij de meeste verpleeghuizen korter dan vijf jaar toegepast.

In praktijk blijkt derhalve dat niet alleen de klassieke methodieken, maar ook een aantal begeleidingsmethodieken van recenter datum, zoals psychomotorische therapie en warme zorg, bij het merendeel van de verpleeghuizen sinds langere tijd toegepast worden.

Tabel 4.8 Het percentage psychogeriatrische bewoners per verpleeghuis waarbij de methodieken toegepast worden

Methodiek	N	percentage psychogeriatrische bewoners per verpleeghuis			
		0 t/m kwart	kwart t/m helft	helft t/m twee derde	meer dan twee derde
		%	%	%	%
Validerende benadering	101	22	41	22	15
Snoezelen	99	60	35	4	0
PDL	54	53	31	9	7
ROT	98	58	34	3	5
Warme zorg	49	14	6	2	78
Psychomotorische therapie	42	33	50	12	5
Gedragsbenadering	58	76	10	4	10
Activiteitengroep	109	11	28	21	40

Uit deze tabel kan afgeleid worden dat het percentage verpleeghuizen, waarbij de methodieken gehanteerd worden bij de helft van de verpleeghuisbewoners of minder aanzienlijk groter is dan het percentage verpleeghuizen waarbij de methodieken gehanteerd worden bij méér dan de helft van de opgenomen verpleeghuisbewoners. Een uitzondering is Warme Zorg. Deze methodiek wordt bij twee derde van de verpleeghuisbewoners gehanteerd. Bij deze methodiek staat een veilig en warm leefklimaat centraal en is in die zin, vergeleken met de andere methodieken, minder gerelateerd aan ernst van dementie of andere kenmerken van verpleeghuisbewoners. Dit komt overeen met de gegevens uit de literatuur over warme zorg, waarin naar

voren komt dat iedere psychogeriatrische verpleeghuisbewoner in aanmerking komt voor deze benaderingswijze.

#### 4.3.2 Doelgroep

Om inzicht te verkrijgen bij welke psychogeriatrische bewoners de verschillende methodieken toegepast worden, werd in de vragenlijst gevraagd naar de ernst van dementie met betrekking tot het toepassen van de methodieken en tevens werd gevraagd of andere kenmerken van psychogeriatrische bewoners een rol spelen bij het toepassen van een of meerdere methodieken.

##### 4.3.2.1 Stadium van dementie

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de methodieken die bij verschillende stadia van dementie toegepast worden.

Tabel 4.9 De verschillende stadia van dementie m.b.t. het toepassen van de methodieken (in percentages)

methodieken	N	ernst van dementie			
		licht dement %	matig dement %	ernstig dement %	zeer ernstig dement %
validerende benadering	127	48	96	72	30
snoezelen	111	6	21	87	97
passiviteiten v/h dagelijks leven	57	7	23	74	91
realiteitsoriënterende benadering	119	98	56	3	1
warme zorg	55	86	95	81	93
psychomotorische therapie	50	88	94	58	24
gedragsbenadering	69	94	86	34	13
activiteitengroep	127	95	98	73	37

Uit de tabel blijkt dat toepassing van de methodieken bij de verschillende stadia van dementie overeenkomt met de beschrijvingen in de literatuur: de realiteitsoriënterende benadering, de gedragsbenadering en psychomotorische therapie worden met name toegepast bij de minder ernstig dementerenden; de validerende benadering, snoezelen en PDL worden met name toegepast bij de meer ernstig dementerenden. Met betrekking tot PDL, blijkt uit de literatuur dat deze benaderingswijze niet alleen bij psychogeriatrische- maar ook bij somatische verpleeghuisbewoners toegepast wordt. De reden voor het gegeven dat PDL bij de psychogeriatrische groep verpleeghuisbewoners voornamelijk bij de ernstig en zeer ernstig dementerenden toegepast wordt, is dat toename van de ernst van dementie samengaat met fysiek verval. Verder toont de tabel dat activiteitengroep en warme zorg minder gerelateerd zijn aan ernst van dementie.

Uit de tabel kan eveneens afgeleid worden dat de methodieken bij meerdere stadia van dementie toegepast worden. De meest voorkomende combinatie (niet uit de tabel herleidbaar) m.b.t. stadium van dementie voor elke methodiek is als volgt: de combinatie van de vier stadia van dementie (licht, matig, ernstig en zeer ernstig dementerend) komt het meest frequent voor bij activiteitengroep (32.8%) en warme zorg (64.7%). De combinatie licht en matig dementerend komt het meest frequent voor bij de realiteitsoriënterende benadering (48.4%), psychomotorische therapie (30.0%) en de gedragsbenadering (41.0%). De combinatie ernstig en zeer ernstig dementerend komt het

meest frequent voor bij PDL (42%). Bij snoezelen is geen sprake van een specifieke combinatie die het meest voorkomt.

In de literatuur wordt het toepassen van methodieken nadrukkelijk gerelateerd aan de verschillende stadia van dementie. Desondanks blijkt uit bovenstaande tabel dat in praktijk iedere methodiek bij elk stadium van dementie toegepast wordt. Met andere woorden: in de praktijk zijn de begrenzings omtrent het toepassen van de methodieken bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners minder strikt dan in de literatuur aangegeven wordt.

#### 4.3.2.2 Andere kenmerken van bewoners die een rol spelen bij het toepassen van de begeleidingsmethodieken

Tabel 4.10 Andere kenmerken van de patiënt

Methodiek	N	gedrags-	psychosoc.	psychiatr.	zintuigelijke	reactie anders	%
		problematiek	problemat.	persoonlijk- heidsstoor.	somatische beperkingen	van bewoner	
Validerende benadering	73	19	8	14	7	62	6
Snoezelen	70	31	0	11	29	43	1
PDL	38	8	0	8	87	15	6
ROT	53	13	6	8	15	66	6
Warme zorg	16	0	0	7	0	50	19
Psychomot. therapie	36	31	8	8	28	44	11
Gedragsbenadering	58	60	5	22	3	17	5
Activiteitengroep	80	10	7	5	13	76	13

Uit tabel 4.10 kan afgeleid worden dat bij het toepassen van de methodieken niet alleen het stadium van dementie van belang is, maar ook naar andere kenmerken van de patiënt. Met name de reactie van de bewoner op de methodiek blijkt van belang, waarbij gekeken wordt of de methodiek voldoende aansluit bij persoonlijke behoefte en interesse van de verpleeghuisbewoner. Verder zien we dat bij meerdere methodieken sprake is van toepassing bij specifieke kenmerken van verpleeghuisbewoners. Voorbeelden hiervan zijn de gedragsbenadering, die met name bij gedragsproblematiek (60%), en relatief vaak bij psychiatrische problematiek (22%) toegepast wordt; en PDL, die voornamelijk toegepast wordt bij verpleeghuisbewoners met zintuiglijke en/of fysieke beperkingen (87%).

#### 4.3.3 De praktische uitvoering

Om inzicht te krijgen in de praktische uitvoering van de methodieken binnen de psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen, werden in de vragenlijst een aantal vragen opgenomen over de wijze van toepassing, de betrokken zorgverleners bij het uitvoeren van de methodieken, de mate waarin de methodieken besproken worden het zorgplan, de aanwezigheid van multidisciplinaire samenwerking en de betrokkenheid van de familie.

In tabel 4.11 wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop de methodieken in praktijk toegepast worden. Bij de wijze van toepassen wordt onderscheid gemaakt tussen de individuele benadering, de groepsbenadering en de 24-uurs benadering. Bij de individuele benadering is sprake van het gericht toepassen van een methodiek bij

één patiënt; bij de groepsbenadering is sprake van het gericht toepassen van een methodiek bij een groep patiënten; bij de 24-uursbenadering is sprake van een 'methodiek specifieke' attitude van de zorgverlener gedurende alle interactie momenten met de patiënt.

Tabel 4.11 Wijze van toepassen van de methodieken

methodieken	N	indivi- dueel %	wijze van toepassen	
			24-uurs %	groep %
validerende benadering	130	74	66	35
snoezelen	114	95	25	40
passiviteiten van het dagelijks leven	69	68	100	x
realiteitsoriënterende benadering	118	-	81	66
warme zorg	68	x	100	x
psychomotorische therapie	51	63	x	96
gedragsbenadering	70	86	50	7
activiteitengroep	137	x	x	100

x: niet van toepassing

-: bij ROT is individuele benadering hetzelfde als de 24-uurs benadering

Uit bovenstaande tabel blijkt dat, bij de methodieken waarbij sprake is van toepassing op meerdere wijzen, de individuele benadering het meest voorkomt. Een uitzondering hierop is psychomotorische therapie die het meest in groepsverband plaats vindt. Een voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat bij psychomotorische therapie het 'activeren' en 'socialiseren' centrale doeleinden zijn, waar met name activiteiten in groepsverband geschikt voor blijken. Deze doeleinden verschillen met de doelstellingen van de methodieken die voornamelijk individueel toegepast worden, waarbij de focus in hoge mate ligt op het gedragsmodificatie (gedragsbenadering), de realiteitsoriëntering (ROT) en de beleving (snoezelen, validerende benadering) van de *individuele* patiënt.

Tabel 4.12a De betrokken zorgverleners bij het toepassen van de methodiek

methodieken	N	betrokken zorgverleners							
		arts %	psych %	act.bg %	fysioth %	ergoth. %	verplk. %	verz. %	anderen %
validerende benadering	130	74	73	96	67	39	86	98	39
snoezelen	114	16	25	97	16	7	49	83	21
PDL	57	56	14	37	93	58	72	93	18
realiteitsoriënterende benadering	118	57	64	96	53	36	75	89	29
warme zorg	56	61	48	91	61	50	84	95	45
psychomotorische therapie	51	16	6	65	67	8	22	45	33
gedragsbenadering	70	66	84	79	34	24	74	96	27
activiteitengroep	128	15	18	99	38	20	43	77	60

Uit deze tabel blijkt dat verpleegkundigen en, met name, verzorgenden en activiteitenbegeleiders intensief betrokken zijn bij het toepassen van alle methodieken met uitzondering van psychomotorische therapie. Bij laatstgenoemde benadering spelen, naast de activiteitenbegeleiders, de fysiotherapeuten een grote rol wat betreft de

toepassing, en staan de verzorgenden en verpleegkundigen meer op de achtergrond. Dit komt overeen met de literatuur, waarin naar voren komt dat bij psychomotorische therapie de fysiotherapeuten (en/of psychomotorische therapeuten) een initiërend rol hebben bij de uitvoering van deze methodiek, en de uitvoering in één later stadium overdragen aan verzorgenden en verpleegkundigen. Uit de tabel blijkt verder dat fysiotherapeuten, samen met de ergotherapeuten, eveneens intensief betrokken zijn bij PDL. Artsen en psychologen zijn met name betrokken bij de validerende benadering, de gedragsbenadering en de realiteitsoriënterende benadering. Bovendien zien we dat artsen in hoge mate betrokken zijn bij warme zorg.

Wanneer we de betrokkenheid van de verschillende zorgverleners belichten in de context van de wijze van toepassing (zie hiervoor tabel 12c in bijlage), dan blijkt uit de tabel dat de groepsgewijze benaderingen vooral toegepast wordt door activiteitenbegeleiders, en dat verzorgenden, verpleegkundigen, artsen en psychologen met name de individuele- en 24-uurs benadering toepassen. Activiteitenbegeleiders verkeren in de positie dat zij door hun beroepsgerichte opleiding, de activiteiten met patiënten niet hoeven te combineren met de dagelijks terugkerende zorg. Zij kunnen zich volledig concentreren op de (methodiek-specifieke) begeleiding en zijn dan ook met name actief in het groepsproces. Een voor de hand liggende reden waarom de overige zorgverleners, met name verzorgenden en verpleegkundigen, meer gebruik maken van de individuele- en 24-uurs benadering, is dat met beide benaderingswijzen de methodieken goed toegepast kunnen worden in combinatie met de dagelijks terugkerende zorg.

Tabel 4.12b Relevante anderen die betrokken zijn bij het hanteren van de methodieken

Methodiek	N	psychomot. therapeut %	geestelijke verzorger %	maatschap. werker %	logopedist %	vrij- williger %	multi- williger disciplin. %
Validerende benadering	50	4	36	26	8	18	20
Snoezelen	25	16	12	4	0	24	12
PDL	10	30	10	0	20	10	10
ROT	32	19	31	16	13	22	25
Warme zorg	22	0	14	5	5	27	32
Psychomot. therapie	17	59	0	0	12	0	6
Gedragsbenadering	18	22	17	11	0	6	28
Activiteitengroep	52	10	23	6	4	62	2

Andere relevante functionarissen, die betrokken zijn bij het hanteren van de methodieken, staan beschreven in de bovenstaande tabel. Met uitzondering van de psychomotorisch therapeut zijn deze functionarissen over het algemeen minder intensief betrokken bij het uitvoeren van de methodieken, dan de zorgverleners die in tabel 19a beschreven staan. De cijfers in tabel 12b zijn gepercenteerd van de verpleeghuizen waarbij 'anderen' (zie tabel 12a) betrokken zijn bij het hanteren van de begeleidingsmethodieken. Uit tabel 12b kan worden afgeleid dat de psychomotorische therapeut dikwijls bij psychomotorische therapie, en ook bij PDL betrokken is. Daarnaast zien we dat vrijwilligers eveneens een duidelijke rol spelen bij het hanteren van de methodieken. Met name zien we dit bij activiteitengroep. De maatschappelijk werker wordt, in vergelijking met de overige methodieken, het meest frequent betrokken bij de validerende benadering. De geestelijk verzorger wordt relatief vaak bij de validerende

benadering en de realiteitsoriënterende benadering betrokken. Tenslotte kunnen we uit tabel 12a en 12b afleiden dat de methodieken niet zozeer door één, maar door meerdere disciplines tegelijkertijd toegepast worden.

Tabel 4.13 Vastlegging van de begeleidingsmethodieken in het zorgplan en de frequentie waarin het zorgplan besproken wordt.

Methodiek	zorgplan		Hoe vaak						
	N	%	dagel. %	wekel. %	14-dgs %	maandel.kwart. %	half jr %	onregelm. %	
Validerende benadering	129	99	9	7	8	23	16	8	26
Snoezelen	114	88	4	6	7	18	16	12	37
PDL	56	88	2	14	12	25	8	12	27
ROT	113	91	8	9	7	23	18	9	27
Warme zorg	47	66	23	3	13	20	13	7	20
Psychomotorische therapie	49	88	0	9	5	26	16	21	23
Gedragsbenadering	70	90	12	16	4	19	12	12	26
Activiteitengroep	127	93	4	11	14	23	13	12	24

Uit bovenstaande tabel kan afgeleid worden dat de methodieken, uitgezonderd warme zorg, bij het merendeel van de verpleeghuizen in het zorgplan vastgelegd worden (variërend van 88% tot en met 99%). Warme zorg wordt relatief minder vastgelegd in het zorgplan. Het gegeven dat warme zorg, in tegenstelling tot de overige methodieken, geen interveniërend karakter heeft, kan hiermee in verband gebracht worden. Opvallend is bovendien dat bespreking van de methodieken vaak onregelmatig plaats vindt. Voorbeelden die hierbij genoemd werden in de vragenlijst zijn dat de bespreking plaatsvindt 'naar behoefte' of 'indien van toepassing'. Voor zover de besprekingen wel met regelmaat plaatsvinden wordt dit relatief vaak maandelijks gedaan.

Tabel 4.14 Aanwezigheid van multidisciplinaire samenwerking

Methodiek	multidisciplinaire samenwerking	
	N	%
Validerende benadering	125	86
Snoezelen	113	81
PDL	65	89
ROT	118	81
Warme zorg	12	92
Psychomotorische therapie	47	81
Gedragsbenadering	71	97
Activiteitengroep	127	89

Uit tabel 4.14 blijkt dat bij de meeste verpleeghuizen (variërend van 81% tot 97%) sprake is van multidisciplinaire samenwerking bij het opstellen en aanpassen van de methodiek in het zorgplan.

Tabel 4.15 De betrokken disciplines bij het opstellen en aanpassen van de methodiek(en) in het zorgplan (zie pagina 73).

Uit tabel 4.15 kan afgeleid worden dat bij een aanzienlijk percentage verpleeghuizen de verpleegkundigen, en met name de verzorgenden betrokken zijn bij het opstellen en



Tabel 4.15 De betrokken disciplines bij het opstellen en aanpassen van de methodieken in het zorgplan

Methodiek	N	arts	psycholoog	activiteit. begeleid.	fysiothe. rapeut	ergothe- rapeut	verpleeg- kundigen	verzorg- genden	psycho- therapeut	geestel. verzorg. werker	logo- pedist	vrij- willig.	hoofd/ coörd. activ.beg.	hoofd verpleg. dienst	alle be- betrok. discipl.	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Validerende benadering	120	64	63	73	35	24	51	65	3	14	22	3	1	1	7	11
Snoezelen	97	43	38	76	18	11	34	65	6	6	10	0	0	1	6	15
PDL	53	61	12	21	77	40	55	59	2	6	8	9	0	0	6	13
ROT	109	42	66	73	25	21	43	56	1	8	11	1	2	1	6	17
Warme zorg	41	44	37	61	37	34	49	56	0	7	7	0	5	0	2	30
Psychomot. therapie	43	49	23	49	61	12	40	52	16	0	7	0	0	2	0	16
Gedragbenadering	69	60	73	42	17	10	44	58	7	3	13	1	0	0	7	19
Activiteitengroep	119	39	35	62	35	18	37	53	5	13	16	4	3	1	8	19

aanpassen van alle genoemde methodieken in het zorgplan. Ook de activiteitenbegeleiders worden, met uitzondering van PDL, in aanzienlijke mate betrokken bij het opstellen van een methodiek specifiek-zorgplan voor de bewoners. De betrokkenheid van de psycholoog en arts zien we met name terug bij de validerende benadering, de gedragsbenadering en de realiteitsoriënterende benadering. Bovendien zien we dat de arts eveneens in hoge mate betrokken is bij PDL. De fysiotherapeut tenslotte, is de functionaris die een groot aandeel heeft in het opstellen en aanpassen van PDL technieken bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners.

Tabel 4.16 De betrokkenheid van de familie bij het toepassen van de methodieken

Methodiek	N	(sprake van) betrokkenheid van familie	
			%
De validerende benadering	127		74
Snoezelen	113		66
PDL	57		18
Realiteits oriënt. benadering	113		60
Warme Zorg	56		86
Psychomotorische therapie	49		63
Gedragsbenadering	70		76
Activiteitengroep	128		70

Uit tabel 4.16 blijkt dat de familie, vanuit de perceptie van de zorgverleners, bij elk van de genoemde begeleidingsmethodieken betrokken wordt. Warme zorg steekt daarbij boven de andere methodieken uit: 86% van de verpleeghuizen betreft de familie bij 'warme zorg'; PDL daarentegen blijkt een methodiek te zijn waar relatief weinig familieleden bij betrokken worden (18%). Als we deze resultaten belichten in de context van de informatie die de literatuur geeft over beide methodieken, dan zien we dat zowel bij PDL als bij warme zorg het leefklimaat centraal staat. Het verschil tussen deze methodieken is dat warme zorg met name inspeelt op de emotionele behoeften van verpleeghuisbewoners, en PDL vooral inspeelt op de fysieke beperkingen van verpleeghuisbewoners. Deze kenmerken hebben invloed op de mate waarin familieleden betrokken worden: een belangrijke reden voor de geringe mate van betrokkenheid van de familie bij PDL is dat het hanteren van PDL met name technische handelingen, voorzieningen en maatregelen vereist van zorgverleners die daarin gespecialiseerd zijn. Bij warme zorg wordt, vanwege het optimaliseren van een warm en veilig leefklimaat, veel waarde gehecht aan contact met de familie: er zijn geen vaste bezoektijden, de familie kan aanwezig zijn bij de zorg voor de patiënt, blijven eten etc. Bij de overige methodieken varieert het percentage verpleeghuizen waarbij de familie betrokken wordt van 60% tot 86%.

Tabel 4.17 De aard van de betrokkenheid van de familie

Methodiek	vragen om toestemming		infor- matie	persoonl. levens- geschieden.	activi- teiten	betrok. bij zorg- plan	instruc- tie/advies	inrichting materiaal
	N	%	%	%	%	%	%	%
validerende benadering	100	3	65	10	19	20	37	2
snoezelen	74	6	70	6	35	10	24	5
PDL	27	0	60	4	8	15	22	22
ROT	68	0	66	4	10	19	47	6
warme zorg	47	0	34	9	49	13	6	43
psychomot. therapie	19	0	76	0	47	16	16	0
gedragsbenadering	53	2	66	6	13	24	34	0
activiteitengroep	89	2	30	8	79	14	5	0

Voor alle methodieken geldt dat de familie bij het merendeel van de verpleeghuizen betrokken wordt in de vorm van voorlichting en informatie. Naast individuele voorlichting worden dikwijls thema avonden voor de familie georganiseerd. Ook zien we, met name bij de gedragsbenadering en de validerende benadering de aanwezigheid van de familie bij de bewonersbespreking en de betrokkenheid van de familie bij het opstellen van het zorgplan.

De aanwezigheid en deelname van de familie bij activiteiten met bewoners is hoog bij warme zorg en activiteitengroep. Bovendien zien we bij warme zorg dat de familie een bijdrage levert aan de inrichting, zoals het plaatsen van vertrouwde meubelstukken etc., om een optimaal veilig en warm leefklimaat te creëren voor de bewoners.

Verder kan uit bovenstaande tabel worden afgeleid dat met name bij de validerende-, de gedrags- en de realiteitsoriënterende benadering, de familie bij een aantal verpleeghuizen instructies krijgt en getraind wordt in de (methodiek) specifieke attitude en omgang met de bewoner. Tenslotte komt uit de tabel naar voren dat de familie bij een beperkt aantal verpleeghuizen ingeschakeld wordt met betrekking tot het geven van informatie over de persoonlijke levensgeschiedenis van de bewoner.

#### 4.3.4 Structurele voorwaarden

Uit de literatuur blijkt dat structurele voorwaarden van belang zijn om de samenwerking van de betrokken zorgverleners en de praktische uitvoering van de methodieken te optimaliseren. Om een beeld te verkrijgen van de structurele voorwaarden binnen de verpleeghuizen, werd in de vragenlijst gevraagd naar de bij- en nascholingsmogelijkheden voor verpleegkundigen en verzorgenden, de mate waarin organisatorische voorzieningen zijn getroffen, en tenslotte de aard van deze voorzieningen.

Tabel 4.18 Sprake van- en vorm van bijscholing voor verpleegkundigen en verzorgenden

Methodiek	N	sprake van bijscholing		vorm van bijscholing		
		N		intern %	extern %	beide %
Validerende benadering	129	70	93	28	37	36
Snoezelen	112	54	57	53	30	18
PDL	56	22	15	60	20	20
ROT	116	40	45	62	20	18
Warme zorg	55	22	12	67	17	17
Psychomotorische therapie	49	20	10	70	10	20
Gedragsbenadering	70	63	44	68	21	11
Activiteitengroep	127	20	24	58	17	25

Tabel 4.18 toont dat de methodieken, waarin verzorgenden en verpleegkundigen bijgeschoold worden, met name de validerende benadering (70%), de gedragsbenadering (63%) en snoezelen (54%) zijn. Wat betreft de vorm van bijscholing komt bij de validerende benadering, vergeleken met de andere benaderingen, veel externe bijscholing en een combinatie externe en interne bijscholing voor. Bij de overige methodieken vindt voornamelijk interne bijscholing plaats. Interne bijscholing wordt vooral door psychologen gedaan. Stichting Validation en Stichting PDL staan bekend om de systematische aanpak van hun cursusaanbod, waarin naast theoretisch onderricht in ruime mate de praktische vaardigheden aan de orde komen. Bij 22% van de verpleeghuizen waarbij de validerende benadering toegepast wordt, vindt bijscholing door Stichting Validation plaats, en bij 8% van de verpleeghuizen waarbij passiviteiten van het dagelijks leven wordt toegepast, vindt bijscholing plaats door Stichting PDL.

Tabel 4.19 De inhoud van de bijscholing voor verpleegkundigen en verzorgenden

Methodiek	N	Inhoud van de bijscholing		
		Theoretische Uitgangspunten %	Aanleren Vaardigheden %	anders %
Validerende benadering	94	17	90	17
Snoezelen	57	84	77	33
PDL	15	80	87	27
ROT	45	84	84	11
Warme zorg	12	58	58	0
Psychomotorische therapie	10	50	60	40
Gedragsbenadering	44	73	77	25
Activiteitengroep	24	67	71	29

Wat betreft de inhoud van de bijscholing zien we dat er zowel sprake is van theoretisch onderricht alsmede training in praktische vaardigheden. De verhouding tussen theorie en praktische vaardigheden is bij iedere methodiek ongeveer gelijk, met uitzondering van de validerende benadering. Bij deze benadering ligt het accent van de bijscholing voornamelijk op praktische vaardigheden. Voorbeelden van andere vormen van

bijscholing die zorgverleners noemden zijn klinische lessen, 'training on the job' en evaluatie in teamverband.

Tabel 4.20 Gemiddeld aantal bijscholingsuren en aanwezigheid van begeleiding na bijscholing voor verpleegkundigen en verzorgenden

Methodiek	N	Gem. aantal. bijscholingsuren				begeleiding na bijschol.	
		gem.	st. dev.	min.	max.	N	%
Validerende benadering	57	14.5	14.0	2	96.	94	62
Snoezelen	34	13.0	10.0	2	40.	54	76
PDL	9	18.9	14.8	2	40.	12	92
ROT	18	15.4	21.7	2	96.	42	55
Warme zorg	3	38.0	50.2	8	96.	11	64
Psychomotorische therapie	4	5.3	6.5	2	15.	9	56
Gedragsbenadering	22	18.9	21.0	2	96.	43	81
Activiteitengroep	9	11.2	8.3	1	24.	23	70

Met uitzondering van psychomotorische therapie en warme zorg varieert het gemiddeld aantal bijscholingsuren bij de overige methodieken van 11 tot 19. Bij warme zorg ligt het aantal bijscholingsuren ver boven het gemiddelde, en bij psychomotorische therapie ligt het aantal bijscholingsuren ver onder het gemiddelde. Bij interpretatie hiervan moet rekening gehouden worden met geringe aantal verpleeghuizen waarvan deze gemiddelden berekend zijn.

Tabel 4.21 Het treffen van- en de aard van de organisatorische voorzieningen

Methodiek	N	organisatorische voorzieningen		aard van organisatorische voorzieningen			
		%	N	multidiscipl. samenwerk.	geschikte ruimte	materiaal anders	%
Validerende benadering	128	32	41	66	46	x	51
Snoezelen	113	87	98	33	72	95	31
PDL	54	43	23	57	x	74	30
ROT	113	66	75	40	35	92	10
Warme zorg	55	43	79	43	65	x	56
Psychomot. therapie	47	77	36	50	72	83	14
Gedragsbenadering	69	25	17	88	6	x	47
Activiteitengroep	126	81	102	51	84	87	33

x = niet van toepassing

Uit bovenstaande tabel kan worden afgeleid dat bij de validerende benadering en bij de gedragsbenadering, vergeleken met de overige methodieken, in mindere mate organisatorische voorzieningen getroffen worden. Een mogelijke reden hiervoor is dat bij zowel de gedrags- alsmede de validerende weinig of geen materiaal wordt gebruikt, en op elk moment toegepast kan worden bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. Verder blijkt uit de tabel dat bij deze twee methodieken, vergeleken met de overige methodieken, eveneens sprake is van een hoge mate van multidisciplinaire samenwerking na implementatie van de methodieken.

In de vragenlijst zijn verder een aantal vragen opgenomen over een aantal methodiek specifieke organisatorische voorzieningen bij PDL en warme zorg. Bij PDL werd gevraagd of een verpleegstelsel geïntroduceerd is waarbij één zorgverlener een relatie aangaat met de patiënt. Bij 35% van de verpleeghuizen vond dit plaats.

Bij warme zorg werd gevraagd naar de volgende aspecten: het organiseren van een loopcircuit; het plaatsen van vertrouwde meubels; het toelaten van huisdieren, en de vrijheid van de familie om te komen en gaan naar eigen wens en evt. mee te participeren in de zorg. De resultaten hiervan zijn als volgt: Bij 72% van de verpleeghuizen is een loopcircuit georganiseerd; bij 93% zijn vertrouwde meubelstukken geplaatst; bij 65 % worden huisdieren toegelaten en bij 95% krijgt de familie de vrijheid om te komen en gaan naar eigen wens, etc.

#### 4.3.5 Waargenomen effecten

Om een globaal idee te krijgen of het hanteren van genoemde methodieken binnen de psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen in Nederland perspectief biedt voor de bewoner, alsmede de zorgverleners en familie, zijn in de vragenlijst een aantal vragen opgenomen over effecten. Gevraagd werd of er sprake is van effecten en de wijze waarop deze gebaseerd zijn, en tevens werd gevraagd naar de aard van de effecten.

Tabel 4.22 Sprake van effecten en de wijze waarop deze gebaseerd zijn

Methodiek	N	sprake van effecten		waarop gebaseerd		
		%	N	ervaring	lopend onderzoek	afgerond onderzoek
				%	%	%
Validerende benadering	129	97	122	96	5	3
Snoezelen	113	97	111	96	5	2
PDL	55	96	51	92	4	2
ROT	116	94	111	96	19	19
Warme zorg	55	96	55	98	0	5
Psychomotorische therapie	49	96	126	96	2	0
Gedragsbenadering	71	99	68	97	3	2
Activiteitengroep	127	98	48	94	0	6

Weliswaar voornamelijk gebaseerd op ervaringen, gaven de functionarissen van bijna alle verpleeghuizen aan dat zij effecten zien wat betreft het toepassen de bovengenoemde methodieken. In de onderstaande tabellen wordt een overzicht gegeven van de aard van de waargenomen effecten. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen bewoners (23a), zorgverleners (23b) en familie (23c).



Tabel 4.23a Effecten van de begeleidingsmethodieken op bewoners

Methodiek	N	tevredenheid/ welzijn %	verbeterd gedrag/ functioneren %	minder medicatie %	minder decubitus %	greep op dage- gebeuren %
Validerende benadering	123	60	1	2	2	1
Snoezelen	105	71	19	2	0	9
PDL	48	46	8	0	38	2
ROT	105	38	30	1	0	36
Warme zorg	53	74	13	0	0	2
Psychomotorische therapie	49	53	39	2	2	18
Gedragsbenadering	70	21	53	1	0	6
Activiteitengroep	124	60	25	0	1	28

De effecten op bewoners, waargenomen door zorgverleners, hebben relatief vaak betrekking op de tevredenheid en welzijn van de patiënt, en op het gedrag en functioneren van de patiënt: uit de tabel kan afgeleid worden dat de effecten hieromtrent positief zijn. Verder zien we bij de realiteitsoriënterende benadering en de gedragsbenadering een positief effect op de betrokkenheid van de bewoner met zijn/haar omgeving en greep op het dagelijks gebeuren. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat meerdere functionarissen aangaven dat dit effect met name voor korte termijn geldt. Tenslotte komt uit tabel 19a naar voren dat PDL bij een aanzienlijk percentage verpleeghuizen (38%) leidt tot minder decubitus en contracturen.

Tabel 4.23b Effecten van de begeleidingsmethodieken op zorgverleners

Methodiek	N	arbeids- satisfactie %	meer betrok- kenheid %	onzekerheids- reductie %	betere inter- discipl. samenw. %
Validerende benadering	123	8	16	30	4
Snoezelen	105	15	11	20	1
PDL	48	13	10	13	0
ROT	105	2	4	16	2
Warme zorg	53	9	2	6	2
Psychomotorische therapie	49	0	4	14	2
Gedragsbenadering	70	1	3	29	1
Activiteitengroep	124	9	8	10	1

Dat de waargenomen effecten op zorgverleners gunstig zijn wat betreft het hanteren van genoemde methodieken, blijkt uit tabel 23b. Onzekerheidsreductie wordt, vergeleken met de overige effecten op zorgverleners, het meest frequent genoemd; in het bijzonder bij de validerende benadering (30%), de gedragsbenadering (29%) en snoezelen (20%). Dit betekent dat zorgverleners meer houvast hebben in de omgang met psychogeriatrische verpleeghuisbewoners, en daardoor minder onmacht voelen. Effecten die tevens, maar in mindere mate waargenomen worden zijn een verhoogde arbeidssatisfactie (met uitzondering van psychomotorische therapie), meer betrokkenheid van de zorgverlener met de bewoner, en (met uitzondering van PDL) betere interdisciplinaire samenwerking.

Tabel 4.23c Effecten van de begeleidingsmethodieken op de familie

Methodiek	N	tevreden		meer houvast betere communicatie met zorgverleners	
		%	%	%	%
De validerende benadering	123	17	2	17	
Snoezelen	105	16	10	1	
PDL	48	2	2	2	
ROT	105	5	4	0	
Warme Zorg	53	15	6	4	
Psychomotorische therapie	49	2	6	2	
Gedragsbenadering	70	3	7	0	
Activiteitengroep	124	15	2	1	

Uit tabel 23c kan worden afgeleid dat de waargenomen effecten op de familie eveneens positief zijn. Tevredenheid van de familie met de zorg voor de patiënt is een waargenomen effect die, vergeleken met de overige waargenomen effecten, bij relatief meer verpleeghuizen genoemd wordt. Met name bij de validerende benadering, snoezelen, warme zorg en activiteitengroep is hiervan sprake.

Overige, in minder mate, waargenomen effecten zijn dat de familie meer houvast heeft in de omgang met de patiënt, en dat er betere communicatie is tussen de familie en zorgverleners. Uit de tabel komt naar voren dat het laatstgenoemde effect, relatief gezien, het meest frequent bij de validerende benadering (17%) waargenomen wordt.

## 5 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Het doel van dit onderzoek is een overzicht te geven van de meest bekende begeleidingsmethodieken bij de zorg voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. De methodieken die centraal staan in dit onderzoek zijn de volgende: de validerende benadering, snoezelen, Passiviteiten van het Dagelijks leven (PDL), de realiteitsoriënterende benadering (ROT), warme zorg, psychomotorische therapie, de gedragsbenadering en activiteitengroep.

In het eerste deel van het rapport zijn de verschillende begeleidingsmethodieken volgens een vast stramien vanuit de theorie beschreven, en vervolgens op een aantal punten met elkaar vergeleken. Het tweede deel van het rapport is het empirische gedeelte, waarin de resultaten beschreven zijn van de huidige stand van zaken met betrekking tot implementatie en toepassing van de methodieken in de gecombineerde en psychogeriatrische verpleeghuizen van Nederland. Hierbij is eveneens gekeken naar naar de mate waarin kenmerken van patiënten en kenmerken van de organisatie van het verpleeghuis een rol spelen bij de keuze voor het hanteren van één of meerdere methodieken.

De respons van de verpleeghuizen in het empirische deel van het onderzoek bedroeg 60%. Bij de verpleeghuizen die niet gerespondeerd hebben, is op telefonische wijze gevraagd of één of meerdere van de genoemde methodieken toegepast worden.

De resultaten van dit onderzoek mogen als representatief voor Nederland beschouwd worden op grond van de hoge overeenkomst tussen de verpleeghuizen die niet gerespondeerd hebben en de verpleeghuizen die wel gerespondeerd hebben met betrekking tot de mate waarin de methodieken worden toegepast. Bovendien wijken de verpleeghuizen die gerespondeerd hebben niet af van de landelijke gegevens met betrekking tot de verhouding 'psychogeriatrisch-gecombineerd', en het gemiddeld aantal psychogeriatrische bewoners per verpleeghuis.

### 5.1 Conclusies

Van de gecombineerde en psychogeriatrische verpleeghuizen is twee derde gecombineerd, en wordt bij iets minder dan de helft van de verpleeghuizen gedifferentieerd naar niveau van functioneren. Bovendien blijkt het merendeel van de verpleeghuizen een patiëntgericht zorgsysteem te hebben. In de verpleeghuizen waarbij gedifferentieerd wordt naar niveau van functioneren, worden een aantal methodieken in mindere mate gehanteerd dan in verpleeghuizen waarbij niet gedifferentieerd wordt naar niveau van functioneren. Ook blijkt dat in de verpleeghuizen met een patiëntgericht zorgsysteem over het algemeen meer methodieken toegepast worden dan in verpleeghuizen met een taakgericht zorgsysteem.

Bij vrijwel alle psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen worden één of meerdere methodieken toegepast. Uit het empirisch deel van het onderzoek blijkt dat bij 75% de verpleeghuizen het aantal methodieken dat toegepast wordt, varieert van vier tot zeven. Met uitzondering van snoezelen en PDL worden de methodieken bij de meeste verpleeghuizen al sinds vijf jaar of langer gehanteerd. De functionarissen, die verantwoordelijk zijn voor de start en uitvoering, verschilt per methodiek. Bij de validerende benadering, de gedragsbenadering en de realiteitsoriënterende benadering komen de verantwoordelijke functionarissen voornamelijk uit de medisch en psychologi-

sche hoek; Bij PDL en psychomotorische therapie zijn het voornamelijk functionarissen uit de paramedische disciplines die verantwoordelijk zijn voor de start en uitvoering van de methodiek; en bij snoezelen, warme zorg en activiteitengroep tenslotte zijn de verantwoordelijke functionarissen afkomstig uit de verpleegkundige en verzorgende discipline.

Ondanks dat volgens de literatuur het toepassen van de methodieken nadrukkelijk gerelateerd is aan het stadium van dementie, blijkt dat in praktijk iedere methodiek bij elk stadium van dementie toegepast wordt. Naast stadium van dementie spelen andere kenmerken van patiënten, zoals gedragsproblemen, psychosociale problemen, fysieke beperkingen en, met name, de reactie van de patiënt op de methodiek, een rol bij de keuze van het hanteren van de methodieken.

De betrokkenheid van de familie, vanuit de perceptie van de zorgverleners, is aanwezig bij elk van de genoemde methodieken. Met name bij warme zorg en activiteitengroep komt deelname van de familie aan activiteiten voor. Het trainen en het geven van instructies van de familie komt vooral voor bij de validerende-, de gedrags-, en de realiteitsoriënterende benadering. Ook wordt de familie wel eens ingeschakeld voor de persoonlijke levensgeschiedenis van de bewoner.

Bij het interpreteren van de resultaten moeten echter wel de beperkingen van het empirisch deel van het onderzoek in acht genomen worden. De inventarisatie van de huidige stand van zaken in de Nederlandse verpleeghuizen wat betreft het toepassen van de methodieken heeft plaatsgevonden aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, waardoor minder nuancering in de beantwoording mogelijk is, en bovendien een verhoogde kans bestaat op de aanwezigheid van sociale wenselijkheid bij de beantwoording. Het is dan ook niet altijd duidelijk of de methodieken daadwerkelijk toegepast worden volgens de theoretische maatstaven, zoals beschreven in hoofdstuk 2 en 3 van het rapport. Een indicatie hiervoor is dat bij enkele verpleeghuizen aangegeven werd dat de zorgverleners deelaspecten of elementen van de verschillende methodieken hanteren. Ook werd binnen enkele verpleeghuizen aangegeven dat de zorgverleners, vanuit de zorgvisie van het verpleeghuis, eveneens benaderingswijzen gehanteerd worden die buiten de methodieken in dit onderzoek vallen. Voorbeelden hiervan zijn muziektherapie, speltherapie en video-interactie begeleiding.

Een andere indicatie voor de mate waarin de methodieken volgens de theoretische maatstaven uitgevoerd worden is de inhoud van de bijscholing. Stichting Validation en Stichting PDL staan bekend om de systematische aanpak van hun cursusaanbod, waarin naast theoretisch onderricht in ruime mate de praktische vaardigheden aan de orde komen. Uit het onderzoek is gebleken dat bij de minderheid (22%) van de verpleeghuizen waarbij de validerende benadering toegepast wordt, externe bijscholing door de Stichting Validation plaatsgevonden heeft. Bij PDL is dit nog minder: externe bijscholing door de Stichting PDL vond slechts bij 8% plaats. Bovendien blijkt uit de resultaten dat bijscholing, met uitzondering van de validerende benadering, voornamelijk intern plaatsvindt.

Bij het merendeel van de verpleeghuizen worden de methodieken vastgelegd in het zorgplan, en is sprake van multidisciplinaire samenwerking bij het opstellen en aanpassen van de methodiek(en) in het zorgplan. Bespreking van de methodieken vindt echter vaak onregelmatig plaats; voor zover er regelmaat is, varieert deze frequentie van dagelijkse bespreking tot half jaarlijkse bespreking. Er is geen informatie in de literatuur beschikbaar over de frequentie en regelmaat m.b.t. het bespreken van het zorgplan die een kwaliteitsindicatie vormt. Wat betreft de verschillende betrokken disciplines hieromtrent, blijkt dat de verzorgenden en verpleegkundigen eveneens in

ruime mate vertegenwoordigd zijn bij het opstellen en aanpassen van de methodieken in het zorgplan.

Rekening houdend met bovengenoemde kanttekeningen, komen de resultaten in grote lijnen overeen met de informatie uit de literatuur: ook uit de resultaten van het empirisch deel van het onderzoek blijkt dat de praktische uitvoering van de methodieken niet losgekoppeld kan worden van randvoorwaarden, zoals multidisciplinaire samenwerking, het treffen van organisatorische maatregelen en bijscholing. Wel is de literatuur strikter wat betreft het toepassen van de methodieken bij het stadium van dementie van de verpleeghuisbewoner. De methodieken worden in de literatuur nadrukkelijk gerelateerd aan de stadia van dementie. In praktijk echter blijkt dat de begrenzingen omtrent het toepassen van de methodieken bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners nauwelijks of niet aanwezig zijn: iedere methodiek wordt bij elk stadium van dementie toegepast.

Verder geeft het empirisch deel van het onderzoek informatie over de aard van de betrokkenheid van de familie, die voor een deel niet bekend is vanuit de literatuur. Uit de stand van zaken in praktijk komt naar voren dat bij de validerende benadering, bij de realiteitsoriënterende benadering en bij de gedragsbenadering de familie instructies krijgt en getraind wordt in de omgang met de verpleeghuisbewoner. Het is echter niet bekend met welke frequentie dit gebeurt.

De waargenomen effecten door zorgverleners tot besluit, zijn voornamelijk gebaseerd op subjectieve ervaringen. De effecten worden waargenomen bij bewoners, zorgverleners en familie. De effecten op bewoners hebben relatief vaak betrekking op een toename van tevredenheid en welzijn van de patiënt. Een gunstig effect op zorgverleners is onzekerheidsreductie. Dit betekent dat de zorgverleners meer houvast hebben in de omgang met de patiënt. Toename van houvast in de omgang met de patiënt is eveneens een waargenomen effect bij de familie. Daarnaast is er sprake van een verbeterde communicatie tussen familie en zorgverleners. Met deze positieve praktijkervaringen lijken de verschillende methodieken de potentie van effectieve benaderingswijzen te hebben. Er moet echter rekening gehouden worden met een neiging tot sociale wenselijkheid tijdens het rapporteren van ervaringen door zorgverleners. Bovendien blijkt uit het literatuuroverzicht van Schrijnemaekers e.a. (1995), dat naarmate de effectstudies over de validerende benadering kwalitatief beter zijn uitgevoerd, de effecten minder positief zijn. Deze gegevens impliceren de relevantie wat betreft het uitvoeren van methodologisch goed opgezette effectstudies in de nabije toekomst.

## 5.2 Aanbevelingen

Het toepassen van de methodieken gebeurt op redelijk grote schaal in Nederland, en lijkt zowel perspectief te bieden aan psychogeriatrische verpleeghuisbewoners alsmede aan hun familie. De aanbevelingen waarmee dit rapport besloten wordt, hebben betrekking op een aantal opmerkelijke punten die in dit rapport naar voren zijn gekomen.

De eerste aanbeveling heeft betrekking op effectevaluaties: het is nodig om meer inzicht te krijgen in de mate waarin de doelstellingen die men met de verschillende methodieken beoogt, behaald worden. Waargenomen effecten zijn tot nu toe voornamelijk op ervaringen van zorgverleners gebaseerd. Het is echter mogelijk dat de zorgverleners deze effecten te positief inschatten, hetgeen eveneens blijkt uit het



literatuuroverzicht van Schrijnemaekers e.a. (1995). Om daadwerkelijk inzicht te verkrijgen in de waarde van de effecten van de methodieken op verpleeghuisbewoners, familie en zorgverleners, is uitvoering van gecontroleerde studies, dat wil zeggen effectstudies met een experimenteel design (pre-test- posttest control group design), noodzakelijk. De tweede aanbeveling betreft de bij- en nascholing. Van de zorgverleners zijn met name verzorgenden en verpleegkundigen intensief betrokken bij de uitvoering van de methodieken. Het is daarom van belang om, voor optimale uitvoering van de methodieken door deze beroepsgroepen, de kwaliteitscriteria- en eisen met betrekking tot de scholing over de methodieken aan te scherpen. Dit impliceert dat naast Stichting Validation en Stichting PDL, voor de overige methodieken eveneens een cursusaanbod komt waarin voldaan wordt aan kwaliteitscriteria; en dat opleidingsinstituten en verpleeghuizen optimaal gebruik gaan maken van deze bij- en nascholingsmogelijkheden met hoogstaande kwaliteitscriteria.

De derde en tevens laatste aanbeveling betreft het stadium van dementie waarbij de methodieken gehanteerd worden. In de literatuur worden de methodieken strikt gerelateerd aan het stadium van dementie. De praktijk echter toont dat uiteindelijk iedere methodiek bij elk stadium van dementie toegepast wordt; m.a.w. dat de begrenzingen hieromtrent, zoals in de literatuur wordt aangegeven, nauwelijks of niet aanwezig zijn. Mogelijk speelt het stadium van dementie een minder voornamelijk rol dan in de literatuur aangegeven wordt, en zijn andere kenmerken van verpleeghuisbewoners eveneens doorslaggevend voor de keuze van een of meerdere methodieken.

Om de indicatiestelling voor het hanteren van de methodieken verder te ontwikkelen is onderzoek noodzakelijk, waarin nauwgezet onderzocht wordt in hoeverre het stadium van dementie of andere kenmerken van de patiënt een rol spelen bij de keuze voor het toepassen van de methodieken.

Optimaal inzicht in zowel de indicatiestelling voor de methodieken, alsmede gedegen inzicht in de effecten van de methodieken, verkregen vanuit gecontroleerde studies, zal een essentiële bijdrage leveren aan de kwaliteit van de uitvoering van de methodieken door zorgverleners in de toekomst. Dit houdt in dat met de nieuw verworven inzichten gefundeerde handvatten gegeven kunnen worden aan zorgverleners wat betreft het toepassen van de verschillende methodieken bij psychogeriatrische patiënten.



## BIJLAGE

Tabel 4.12c De betrokken zorgverleners

methodieken	betrokken zorgverleners								
	N	arts %	psych %	act.bg %	fysioth %	ergoth. %	verplk. %	verz. %	anderen %
validerende benadering									
-individueel	94	55	51	86	51	33	76	90	33
-24-uurs	86	48	42	46	49	24	80	94	35
-groeps	45	2	29	91	9	7	29	30	31
snoezelen									
-individueel	108	4	6	97	7	3	35	75	12
-24-uurs	28	18	25	43	25	14	75	100	14
-groeps	45	0	4	96	7	0	18	51	11
PDL									
-24-uurs	57	56	14	37	93	58	72	93	18
realiteitsoriënterende benadering									
-24-uurs	94	44	42	72	45	29	78	96	23
-groeps	78	1	19	94	97	14	14	42	19
warme zorg									
-24-uurs	56	61	48	91	61	50	84	95	45
psychomotorische therapie									
-individueel	51	0	0	29	58	3	13	29	48
-groeps	48	0	0	60	58	6	10	33	40
gedragsbenadering									
-individueel(=)24-uurs	66	40	42	55	29	18	68	95	19
-groeps	5	20	40	80	0	0	60	80	0
activiteitengroep									
groeps	128	15	18	99	38	20	43	77	60

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

**Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten**

**Auteurs: C. van Campen, A. Kerkstra**

**Utrecht: NIVEL 1995, 70 pag., fl. 24,00**

In deze literatuurstudie wordt onderzocht wat met het begrip 'kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten' bedoeld wordt, hoe het gerelateerd is aan het begrip 'kwaliteit van zorg', welke meetinstrumenten voorhanden zijn om de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten te meten en welke meetinstrumenten hiervoor het meest geschikt lijken. In het eerste hoofdstuk wordt een begripsverheldering gegeven van het diffuse begrip 'kwaliteit van leven' in relatie tot het begrip 'kwaliteit van zorg'. In hoofdstuk twee wordt een overzicht gegeven van de bestaande instrumenten voor het meten van kwaliteit van leven. Deze instrumenten worden geïnventariseerd en beoordeeld aan de hand van inhoudelijke, psychometrische en praktische criteria. Op basis hiervan worden meetinstrumenten geselecteerd die het meest geschikt lijken voor de somatische verpleeghuispopulatie. In het derde hoofdstuk worden de geselecteerde meetinstrumenten aan een inhoudsanalyse onderworpen.

**Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen**

**Auteur: R.D.Friele**

**Utrecht: NIVEL, 1995, 174 pag., fl. 29,50**

In dit onderzoek is het probleem van de fysieke belasting van het verplegend en verzorgend personeel in verzorgingshuizen bestudeerd. Als eerste hebben we laten zien dat zich, met name onder het verplegend en verzorgend personeel, problemen voordoen. Zij hebben relatief vaak last van hun rug. Voor het niet verplegend en verzorgend personeel lijken er vooral problemen te zijn onder die medewerkers die gedurende langere tijd moeten staan, vaak moeten bukken of veel moeten reiken.

De wens om de geconstateerde problemen aan te pakken leeft zowel bij het personeel als bij het management van de verzorgingshuizen. Voor verplegenden en verzorgenden zijn tilliften een gewenste manier om het probleem van de fysieke belasting op te lossen. Bewoners van verzorgingshuizen die nog niet met een tillift getild worden staan negatief tegenover de tillift, terwijl degenen die hier wel mee getild worden positiever zijn, maar wel problemen rapporteren. Dit benadrukt de noodzaak van een zorgvuldige introductie van tilliften in verzorgingshuizen. Naast het probleem veroorzaakt door het tillen van bewoners is er sprake van een grote mate van 'statische' belasting. Dit probleem wordt door het management veel minder belangrijk gevonden, dan door het verplegend en verzorgend personeel.

Door het management wordt het tekort aan expertise gezien als een probleem bij het invoeren van beleid gericht op het bestrijden van de fysieke belasting. Hierin lijkt deels voorzien te kunnen worden met een plan van aanpak dat is opgesteld op basis van dit onderzoek.

**Ergotherapie bij CVA patiënten met apraxie: het ontwikkelen en testen van een protocol**

**Auteurs: C.M. van Heugten, J. Dekker, J.C. Stehmann-Saris, A. Kinébanian**

**Utrecht: NIVEL, 1995, 99 pag., fl.19,50**

In opdracht van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) is door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de Hogeschool van Amsterdam, afdeling Ergotherapie, een protocol (schriftelijke richtlijn) voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA-patiënten ontwikkeld en uitgetest op verschillende afdelingen ergotherapie in ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen. Het doel van het onderzoek was enerzijds de verbetering van de kwaliteit van leven van CVA-patiënten in termen van verbetering in de mate van zelfstandig functioneren. Anderzijds was de ontwikkeling van het protocol gericht op verbetering van de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg.

Er zijn 42 patiënten met een CVA in de linker hemisfeer in combinatie met apraxie behandeld volgens de richtlijnen van het protocol. Het doel van de behandeling was trainen van vaardigheden ter compensatie van de apraxie. Vergelijking van de metingen voor en na de behandeling laten zien dat de patiënten verbetering vertonen in de mate van zelfstandig functioneren. De patiënten kunnen beter met de apraxie omgaan, terwijl de apraxie zelf in mindere mate verbeterde: de beperkingen ten gevolge van de apraxie zijn verminderd, terwijl er op het niveau van de stoornis minder verandering is opgetreden.

De ervaringen omtrent het gebruik van het protocol, die zijn geïnventariseerd bij de afdelingen ergotherapie zijn positief. Het protocol is aan de hand van suggesties en opmerkingen uit de praktijk bijgesteld tot een definitieve versie die nu beschikbaar is voor het werkveld. Het protocol is eveneens verkrijgbaar bij het NIVEL onder de titel 'Ergotherapie protocol voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA-patiënten'.

