

Snoezelen in de zorg



SNOEZELLEN IN DE ZORG HANDBOEK VOOR DE PRAKTIJK

Samenvatting van het handboek

Julia van Weert^a
Jan Peter^b
Bienke Janssen^a
Flora Vrugink^c
Sandra van Dulmen^a

Augustus 2005

^a NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

^b Trainingscentrum Bernardus/Fontis, Amsterdam

^c Verpleeghuis Schuttershof, Brunssum



Het handboek “Snoezelen in de zorg” is gefinancierd door ZonMw; programma Ouderenzorg, deelprogramma Ouderenpsychiatrie en Stichting Het R.C. Maagdenhuis.



<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk vermeld wordt.

1 Inleiding

In 2004 heeft het NIVEL een onderzoek afgesloten naar de effecten van snoezelen, ofwel zintuigactivering, in de 24-uurszorg aan demente verpleeghuisbewoners. Dit onderzoek resulteerde in het proefschrift van Julia van Weert “Multi-Sensory Stimulation in 24-hour dementia care. Effects of snoezelen on residents and caregivers”. De onderzoeksresultaten waren zodanig positief, dat wij daarna vaak de vraag hebben gekregen om een handboek voor de praktijk te schrijven. Door een aanvullende subsidie van ZonMw en Stichting het R.C. Maagdenhuis hebben wij dit handboek kunnen schrijven. Het handboek is vooral bedoeld om verzorgenden en verzorgenden in opleiding (niveau 3, 4 en 5) handvaten aan te reiken om belevingsgerichte zorg te verlenen aan bewoners met dementie in verpleegtehuizen.

Het doel van snoezelen is om gevoelens van algemeen welbevinden van iedere individuele verpleeghuisbewoner te bevorderen. Dit is van belang omdat dementie vaak gepaard gaat met gedragsmatige of psychologische problemen. Bij snoezelen in de 24-uurszorg is het in de eerste plaats belangrijk dat de zorgverlener een bewonersgerichte werkhouding heeft en zich verplaatst in de belevingswereld van de bewoner met dementie. Daarnaast gaat het er om dat de zintuigen van de bewoner op een positieve manier geprikkeld worden. Gedurende de dag worden zoveel mogelijk zintuigprikkelers aangeboden die de bewoner als prettig ervaart, bijvoorbeeld tijdens de zorgmomenten zoals de ochtendzorg, de maaltijden en de avondzorg. Snoezelen doet geen appèl op de cognitieve vermogens van ouderen met dementie. De persoon met dementie wordt niet gecorrigeerd, maar in zijn/haar waarde gelaten.

Wij hebben gekozen voor de naam “snoezelen” omdat deze term inmiddels in de internationale literatuur gevestigd is. In de praktijk wordt de methode in Nederland ook gebruikt onder andere namen, zoals “zintuigactivering” of “STAP (STimulatie Activatie Programma)”. Ook “geïntegreerde belevingsgerichte zorg” ligt dicht bij “snoezelen in de zorg”.

Het ontwikkelde handboek is getiteld: “Snoezelen in de zorg. Handboek voor de praktijk”. Het bestaat uit een kleine multomap met daarin vier boekjes. In de boekjes zijn meer dan 170 praktische voorbeelden en citaten opgenomen. Deel 1 (zintuigactivering) beschrijft snoezelen als methode om de kwaliteit van leven van ouderen met dementie te verbeteren. Deel 2 (bewonersgerichte omgangsvormen) gaat in op de bewonersgerichte werkhouding die nodig is om het snoezelen goed toe te kunnen passen. In deel 3 (implementatie) zetten we bevorderende en belemmerende factoren voor een succesvolle implementatie van snoezelen in de zorg op een rij. Deel 4 (achtergrond en onderzoeksresultaten) tenslotte beschrijft de achtergronden en de resultaten van het onderzoek naar de effecten van snoezelen in de zorg. Deel 1 en 2 zijn met name gericht op uitvoerende zorgverleners en zorgverleners in opleiding. Deel 3 en 4 zijn meer bedoeld voor leidinggevend, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in implementatie en de onderzoeksresultaten die ten grondslag lagen aan het handboek.

2 Achtergrond en doel van het handboek snoezelen

2.2 Aanleiding

Aanleiding voor de ontwikkeling van een handboek waren de uitkomsten van een onderzoek naar de effecten van snoezelen, ofwel zintuigactivering, op de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie en de werkbeleving van verzorgenden. De positieve onderzoeksresultaten leidden tot de vraag naar een praktisch handboek voor zorgverleners in de praktijk. Het handboek kwam tot stand met subsidie van Stichting het R.C. Maagdenhuis en ZonMw.

2.3 Doelstelling

Met dit handboek willen we zorgverleners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen handvatten geven bij de begeleiding van mensen met dementie (deel 1 en 2). Daarnaast willen we leidinggevend, managementleden en beleidsmakers ondersteunen bij de implementatie van een nieuw zorgmodel, zoals snoezelen, in de dagelijkse zorg (deel 3). In deel 4 beschrijven we de onderzoeksresultaten naar het effect van snoezelen in de 24-uurszorg. Hiermee verantwoorden we in hoeverre de implementatie van snoezelen evidence-based is.

2.4 Samenwerking NIVEL en Trainingscentrum Bernardus/Fontis

Het onderzoek naar de effecten van snoezelen, dat aan dit handboek ten grondslag ligt, is uitgevoerd door het NIVEL. De interventie werd gedaan door trainings- en adviescentrum Bernardus/Fontis. Deze interventie bestond uit een training “snoezelen voor uitvoerenden” en ondersteuning bij de implementatie tijdens drie follow-up bijeenkomsten per deelnemende afdeling. De onderzochte methodiek, zoals beschreven in deel 1 van het handboek, is ontwikkeld in zorgcentrum Bernardus/Fontis te Amsterdam.

Het NIVEL is een onafhankelijk onderzoeksinstituut, waar gezondheidszorgonderzoek en toegepast beleidsonderzoek plaats vindt voor beleidsmakers in de gezondheidszorg. Het NIVEL streeft naar daadwerkelijk gebruik van de resultaten van zijn gezondheidszorg-onderzoek door ze breed te verspreiden. De ontwikkeling van dit handboek past in deze missie.

Het trainings- en adviescentrum van Fontislocatie Bernardus geeft sinds 1992 scholing, training en informatie aan zorgverleners. Naast trainingen op het gebied van belevingsgerichte benadering, biedt het trainings- en adviescentrum ook andere trainingen aan zoals kleinschalig wonen, bejegening en feedback en omgaan met probleemgedrag. De trainingen zijn afgestemd op zorgverleners en ondersteunende disciplines.

3 Korte inhoudsbeschrijving van het handboek snoezelen

3.1 Deel 1 Zintuigactivering (60 pagina's)

In deel 1 staan de methodiek en de toepassing van zintuigactivering in de 24-uurszorg centraal. Dit boekje is vooral bedoeld voor uitvoerende zorgverleners en zorgverleners in opleiding (niveau 3, 4 en 5). Allereerst krijgen de zorgverleners achtergrondinformatie over dementie, de behandeling van dementie en de achtergronden van het snoezelen. Daarna gaan we in op de methodiek van het snoezelen in de 24-uurszorg. Achtereenvolgens besteden we aandacht besteden aan het afnemen van een levensloopanamnese, de screening van sensorische voorkeuren (zintuigobservaties), het schrijven van een snoezelplan en het schrijven van een snoezelverpleegplan. Tot slot geven we voorbeelden van hoe je het snoezelen kunt integreren in de dagelijkse zorg op een verpleegafdeling. In de bijlagen staan formulieren voor de levensloop anamnese, de zintuigobservaties en het snoezelplan.

3.2 Deel 2 Bewonersgerichte omgangsvormen (32 pagina's)

Bij de toepassing van snoezelen in de dagelijkse zorg staat een bewonersgerichte werkhouding van de zorgverlener centraal. In deel 2 worden de positieve en de negatieve omgangsvormen van zorgverleners in de omgang met ouderen met dementie uitgewerkt. Ook dit boekje is vooral bedoeld voor uitvoerende zorgverleners en zorgverleners in opleiding. Door een juiste begeleiding kunnen zorgverleners gedragsproblemen van bewoners met dementie voorkomen of verminderen. Daarbij is een bewonersgerichte werkhouding de basis. Een bewonersgerichte werkhouding houdt in dat zorgverleners zich proberen te verplaatsen in de bewoner en hun gedrag aanpassen aan de behoeften van de bewoner. In dit boekje lezen zorgverleners hoe het bewonersgerichte werken eruit ziet en welk gedrag er wel of niet bij hoort. Het boekje geeft een overzicht van positieve en negatieve omgangsvormen. Deze omgangsvormen worden toegelicht met voorbeelden uit de praktijk.

3.3 Deel 3 Implementatie (56 pagina's)

Deel 3 geeft een overzicht van de implementatie van snoezelen binnen de 24-uurszorg. Een proces waarmee we op zes psychogeriatrische verpleeg afdelingen ervaring hebben opgedaan. Dit boekje is vooral bedoeld voor leidinggevendenden, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in implementatieprocessen. We besteden aandacht aan de bevorderende en belemmerende factoren rond het invoeren van snoezelen in de dagelijkse zorg. De beschrijving van het implementatieproces wordt gedaan aan de hand van de ZonMw implementatiemonitor. Het boekje eindigt met aanbevelingen voor de praktijk. In de bijlage staan een checklist voor het schrijven van een implementatieplan en een voorbeeld van een stappenplan.

3.4 Deel 4 Achtergrond en onderzoeksresultaten (32 pagina's)

In deel 4 beschrijven we de achtergrond van het handboek en de onderzoeksresultaten naar het effect van snoezelen in de 24-uurszorg. Hiermee willen we verantwoorden in hoeverre de implementatie van snoezelen evidence-based is. Dit boekje is vooral bedoeld voor leidinggevendenden, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in onderzoeksresultaten. Het onderzoek bestond uit een veldexperiment, waarbij snoezelen als zorgmodel werd ingevoerd op zes psychogeriatrische verpleegafdelingen. Deze afdelingen zijn vergeleken met zes controle afdelingen, die de gangbare zorg zonder snoezelen bleven geven. Uit de onderzoeksresultaten bleek dat snoezelen in de 24-uurszorg een positief effect had op de stemming en het gedrag van demente verpleeghuisbewoners. Met name apathie, depressie, opstandig gedrag en agressie werden positief beïnvloed. Daarnaast bleek de werkbeleving van verzorgenden ook verbeterd. Verzorgenden die hadden geleerd het snoezelen toe te passen in de zorg ervaarden minder werkdruk, waren tevredener over hun werk, hadden minder problemen in de omgang met dementerende ouderen en ervaarden minder werkstress en gevoelens van emotionele uitputting. In het boekje wordt ook aandacht besteed aan de resultaten van andere onderzoeken naar het effect van snoezelen.

5 Literatuur

Handboek snoezelen

Julia van Weert, Jan Peter, Bienke Janssen, Flora Vrugink, Sandra van Dulmen. Snoezelen in de zorg. Handboek voor de praktijk. Utrecht: NIVEL, 2005.

Onderzoeksresultaten naar effecten van snoezelen

Weert JCM van, Janssen BM, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on nurses' behaviour during morning care, assessed on the basis of Kitwood's approach to dementia care. *Journal of Advanced Nursing* 2006;53:656-668.

Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated in 24-h Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(1):24-33.

Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Effects of snoezelen, integrated in 24-h dementia care, on nurse - patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling* 2005;58:312-362.

Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life of nurses in psychogeriatric care. *International Psychogeriatrics* 2005;17:407-427.

Weert JCM van, Kerkstra A, Dulmen AM van, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: An evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41:397-409.

Proefschrift:

Weert JCM van. Multi-Sensory Stimulation in 24-hour dementia care. Effects of snoezelen on residents and caregivers (proefschrift). Utrecht: NIVEL, 2004.

Dit proefschrift is te downloaden via www.nivel.nl.

6 Auteurs van het handboek

Mw. Julia van Weert	Onderzoeker/socioloog NIVEL ¹ Postbus 1568 3500 BN Utrecht j.vanweert@nivel.nl www.nivel.nl
Dhr. Jan Peter	Trainer/coach Trainingscentrum Bernardus/Fontis Nieuwe Passeerdersstraat 2 1016 XP Amsterdam jan.peter@fontis.nl www.fontis.nl
Mw. Bienke Janssen	Onderzoeker/socioloog NIVEL Postbus 1568 3500 BN Utrecht b.janssen@nivel.nl www.nivel.nl
Mw. Flora Vrugink	Psycholoog Verpleeghuis Schuttershof Kochstraat 10 6442 BE Brunssum PSY04@atriummc.nl
Mw. Sandra van Dulmen	Programmameider NIVEL Postbus 1568 3500 BN Utrecht s.vandulmen@nivel.nl www.nivel.nl

1 ¹ NIVEL: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg

Snoezelen in de zorg

Handboek voor de praktijk

Zintuigactivering



Snoezelen in de zorg Handboek voor de praktijk

Deel 1 voor uitvoerende zorgverleners

Zintuigactivering

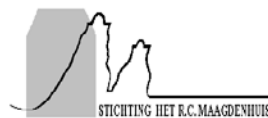
Julia van Weert
Jan Peter
Bienke Janssen
Flora Vrugink
Sandra van Dulmen



Deze publicatie is mogelijk gemaakt door subsidie van:



Zon Mw



Stichting Het R.C. Maagdenhuis

ISBN 90-6905-734-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Tekstadvies: Janke Hiemstra

Layout: Doortje Saya

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
2 Achtergronden	9
2.1 Dementie	9
2.2 Ontwikkelingen in de behandeling van dementie	9
2.3 Achtergronden van het snoezelen	10
2.4 Waarom snoezelen?	11
2.5 De houding van de zorgverlener bij snoezelen	11
3 Snoezelen in de praktijk	15
3.1 Doel van snoezelen	15
3.2 Doelgroep	15
3.3 Algemene aandachtspunten	17
3.3.1 Contact maken	17
3.3.2 De ochtend-en avondzorg	18
3.3.3 De maaltijd	19
3.4 Methodiek van het snoezelen	20
3.4.1 Levensloop afnemen	21
3.4.2 Observaties	22
3.4.3 Snoezelplan	28
3.4.4 Snoezelverpleegplan	30
3.4.5 Snoezelactiviteiten	31
3.4.6 Evaluatie	33
3.5 Formulieren	35
3.6 De rol van de familie	35
3.7 Voorbeelden uit de praktijk	37
Literatuur	43
Bijlage 1. Voorbeeld formulier levensloop anamnese	45
Bijlage 2. Voorbeeld observatieformulier	57
Bijlage 3. Voorbeeld formulier snoezelplan	59

1 Inleiding

Dit boekje is het eerste in een reeks van vier boekjes over snoezelen als zorgmodel in de 24-uurszorg aan ouderen met dementie. Deel 1 beschrijft snoezelen als methode om de kwaliteit van leven van ouderen met dementie te verbeteren. De andere drie boekjes beschrijven:

- de bewonersgerichte werkhouding die nodig is om het snoezelen goed toe te kunnen passen (deel 2),
- de implementatie van snoezelen als zorgmodel (deel 3) en
- de resultaten van een onderzoek naar de effecten van snoezelen in de zorg (deel 4).

Deel 1 en 2 zijn met name gericht op uitvoerende zorgverleners en zorgverleners in opleiding. Deel 3 en 4 zijn meer bedoeld voor leidinggevend, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in implementatie en onderzoeksresultaten van snoezelen.

In Nederland leven ongeveer 250.000 mensen met dementie. Dit aantal stijgt naar verwachting in de komende tien jaar naar 300.000.¹ Dit is een gevolg van de sterke toename van de levensverwachting. Dementie is een aandoening die immers vooral bij ouderen voorkomt.

Voorkómen of genezen van dementie is nog steeds niet mogelijk. Wel zijn er in verpleeghuizen vormen van begeleiding ontwikkeld voor mensen met dementie, die tot doel hebben gedragsproblemen te voorkómen of te verminderen en gevoelens van algemeen welbevinden van de individuele bewoner^a te bevorderen. Eén van deze begeleidingsvormen heet *snoezelen*, ook wel *zintuigactivering* genoemd.²

Ouderen in de laatste fase van dementie kunnen moeilijk contact leggen met hun omgeving. Communiceren via gesproken taal is vaak niet meer mogelijk. Toch is de bewoner niet volledig onbereikbaar en blijft de behoefte aan contact wel bestaan. Snoezelen biedt een ingang om via aangename zintuiglijke prikkels contact te maken met de belevingswereld

^a Lees bij “bewoner” steeds “verpleeghuisbewoner met dementie” of “cliënt”. Omdat dit handboek gebaseerd is op onderzoek naar snoezelen op psychogeriatrische verpleegafdelingen is gekozen voor “bewoner”. Snoezelen is echter ook toepasbaar bij andere groepen cliënten.

van ouderen met dementie. Dit bevordert het welbevinden. Ook kan de bewoner door middel van snoezelen in staat worden gesteld gevoelens en emoties te uiten.

Voorheen was snoezelen een activiteit waarbij mensen met een verstandelijke beperking of met dementie meegenomen worden naar een speciale snoezelruimte, waar hun zintuigen geprikkeld worden met bijvoorbeeld muziek, lichtballen, kleurenprojecties op de muur, tastmaterialen, een waterbed en/of aromastreamers. Het nadeel is dat het positieve effect op de stemming en gedrag van cliënten kortdurend is. Vanuit dit besef is de gedachte ontstaan dat het snoezelen geïntegreerd zou moeten worden in de 24-uurszorg, zodat er mogelijk een langer durend effect ontstaat.

In dit boek gebruiken we de volgende **definitie van snoezelen**:

Snoezelen is een benaderingswijze om door actieve zintuigactivering een ingang te vinden in de belevingswereld van de dementerende oudere, met als doel het welbevinden te optimaliseren of in stand te houden.³

Voorwaarden voor het begeleiden van bewoners met snoezelen

Om een bewoner met dementie met snoezelen te begeleiden is het volgende van belang:

- Als zorgverlener moet je achterhalen wie de bewoner vroeger was, hoe hij^b nu is en waar hij van houdt. In dit boek (deel 1) leer je hoe je dit in de zorg kunt inpassen, waarbij we vooral ingaan op het integreren van zintuigactivering in de 24-uurszorg.
- Je richt je tijdens je werk op een warm (affectief) en individueel contact met de bewoner binnen alle verzorgingssituaties. In deel 2 lees je meer over deze bewonersgerichte werkhouding.
- De mogelijkheden die de organisatie biedt, de steun van het management, de beschikbare ruimte zijn allemaal belangrijke aandachtspunten bij het invoeren van snoezelen in de 24-uurszorg in instellingen. De voorwaarden waaraan de organisatie dient te voldoen vind je in deel 3.

In dit boekje staan de methodiek en de toepassing van zintuigactivering in de

^b Lees bij "hij" steeds "hij of zij".

24-uurszorg centraal. Allereerst krijg je achtergrondinformatie over dementie, de behandeling van dementie en de achtergronden van het snoezelen. Daarna gaan we in op de methodiek van het snoezelen in de 24-uurszorg door achtereenvolgens aandacht te besteden aan het in kaart brengen van de levensloop, het observeren van zintuiglijke voorkeuren, het schrijven van een snoezelplan en het schrijven van een snoezelverpleegplan. Tot slot lees je voorbeelden van hoe je het snoezelen kunt integreren in de dagelijkse zorg op een verpleegafdeling.^c

Een bewonersgerichte werkhouding is in alle zorgsituaties van belang. Vandaar dat snoezelen ook toegepast kan worden in andere sectoren van de zorg. Het uitgangspunt is immers dat de benadering van de patiënt of cliënt optimaal is afgestemd op zijn behoeften, en dat geldt voor elke patiënt of cliënt in elke sector. Ook zintuigactivering kan een meerwaarde hebben in andere sectoren van de zorg. Zo blijkt dat mensen sneller herstellen van een ziekte als zij ontspannen zijn en zich veilig voelen. Muziek tijdens het inbrengen van een infuus of het eten smakelijk opdienen kunnen een positieve invloed hebben. Aangezien deze ontwikkeling nog in de kinderschoenen staat, gaan we in dit boek vooral in op snoezelen in de psychogeriatric.

^c De namen in de voorbeelden zijn gefingeerd.

2 Achtergronden

2.1 Dementie

Dementie is een ziekte die bij ongeveer 6,1 % van de mensen van 65 jaar en ouder voorkomt.⁴ In Nederland wonen ongeveer 27.000 mensen met dementie op een psychogeriatrische afdeling in een verpleeghuis.⁵ Bij dementie denken de meeste mensen aan de ziekte van Alzheimer. Ongeveer 65 % van alle dementerenden heeft deze vorm. Vasculaire dementie, veroorzaakt door bloedvatproblemen en/of doorbloedingsstoornissen van de hersenen, is bij ongeveer 10 tot 20 % van alle dementerenden de oorzaak van dementie.⁶ Minder vaak voorkomende vormen van dementie zijn de Lewy-Body dementie, frontotemporale dementieën, Parkinson dementie, dementie bij de ziekte van Creutzfeldt-Jacob en dementie bij de ziekte van Huntington. Dementie leidt altijd tot storingen in de geheugenfuncties en de cognitieve (verstandelijke) vermogens. Daarnaast gaat dementie vaak samen met gedragsproblemen en stemmingsstoornissen, zoals agressie, rusteloos of geagiteerd gedrag, depressie, apathie of lusteloosheid. Een meerderheid van de patiënten met dementie heeft één of meer gedragsproblemen. De literatuur noemt percentages van 58 tot 100%. Precieze percentages zijn niet te geven omdat er veel variatie is in wat men tot probleemgedrag rekent.⁷

2.2 Ontwikkelingen in de behandeling van dementie

Jarenlang is gezocht naar een medicijn voor de behandeling van dementie, maar een middel om dementie te voorkomen of te genezen bestaat nog niet. Er zijn wel medicamenten ontwikkeld die enig effect kunnen hebben bij mensen met een beginnende dementie, maar de “verbetering” is meestal tijdelijk.⁸

Medicijnen werken dus onvoldoende bij dementie. Mede daardoor richt de behandeling zich meer op care (begeleiding) dan op cure (behandeling). Aanvankelijk lag de nadruk hierbij op het oefenen van verstandelijke functies en vaardigheden van ouderen met dementie. In de jaren negentig van de vorige eeuw is de aandacht verschoven naar de zogenaamde belevingsgerichte psychosociale begeleidingsmethoden, waar ook snoezelen onder valt. Bij deze methoden ondersteun en begeleid je mensen met

dementie bij het omgaan met de verstandelijke, sociale en emotionele gevolgen van dementie. Kenmerkend is dat de methoden zijn afgestemd op de (on)mogelijkheden van mensen met dementie en aansluiten bij zijn belevingswereld.⁹ Als zorgverlener probeer je erachter te komen wat er in het hoofd van de bewoner om gaat en daarin mee te gaan, ongeacht of dat nu de realiteit is of niet. Je probeert de beleving van de bewoner niet weg te praten, maar hem te steunen. Als een bewoner je iets vertelt waarvan jij weet dat het niet waar is, corrigeer je hem niet, maar je gaat erin mee of laat merken dat je met hem meevoelt.

Mevrouw van Dam vraagt aan Nora “Hoe gaat het met de kleintjes, ik moet er heen”. Nora zegt “Er wordt goed voor hen gezorgd, u hoeft zich geen zorgen te maken”. Mevrouw “Oh. Is Jannie erbij?”. Nora: “Ja, Jannie is erbij”. Mevrouw “oh, goed”.

Je eigen benadering staat hierbij steeds centraal.

Verzorgende Sylvia: “Je bent jezelf er heel bewust van wat je wel en wat je niet moet doen. Hoe een bewoner op je kan reageren en dat dat met jou te maken heeft. Ik wilde laatst een bewoner laten helpen met tafeldekken, maar toen ging ze steeds met het tafelkleed lopen. ‘Je moet wel even blijven staan’ zei ik. ‘Ja, wat een gezeik, doe het zelf maar’ riep zij toen. Toen dacht ik ‘ja, ze heeft gelijk, ik had haar anders moeten benaderen’ ”.

2.3 Achtergronden van het snoezelen

Snoezelen is een samentrekking van de woorden snuffelen, soezen en doezelen. Deze woorden geven beeld van een rustige, gedempte atmosfeer (bijvoorbeeld sfeervol verlicht, zachte muziek) met allerlei mogelijkheden om de zintuigen te stimuleren. Het Instituut Haerendaal te Haeren voor mensen met een verstandelijke beperking stond aan de wieg van het snoezelen.^{10,11}

Ouderen met dementie kunnen moeilijk in contact komen met andere mensen en met hun omgeving. Zij leven in hun eigen wereld en zijn moeilijk te bereiken. Veel activiteiten sluiten niet meer aan bij de belevingswereld van de bewoners: De bewoner iets concreets laten doen is moeilijk omdat

bewoners veel handelingen niet meer uit kunnen voeren. Hierdoor kregen zorgverleners het gevoel weinig of niets meer te kunnen betekenen voor ouderen in de laatste fase van dementie.¹² Reden om het snoezelen in te voeren binnen de psychogeriatric. Omdat snoezelen niet gericht is op *handelen*, maar op *ervaren* is het een goed hulpmiddel om contact te leggen met mensen met dementie.¹³ De activiteitenbegeleiding van zorgcentrum Bernardus/Fontis in Amsterdam startte hier mee in 1988 en bouwde het snoezelen steeds verder uit in de dagelijkse zorg.

Het snoezelen bij mensen met dementie verschilt van snoezelen bij mensen met een verstandelijke beperking, omdat mensen met dementie pas later dement zijn geworden. Hun belevingswereld bestaat uit bewuste en onbewuste delen uit de levensgeschiedenis, die niet meer ordelijk zijn opgeslagen. Om je goed te kunnen verplaatsen in de bewoner met dementie moet je dus veel weten over zijn levensgeschiedenis (zie paragraaf 3.4.1).

2.4 Waarom snoezelen?

Snoezelen zorgt bij mensen met dementie voor broodnodige zintuiglijke prikkels. Prikkels die belangrijk zijn om je goed te kunnen voelen. Gezonde volwassenen die te weinig zintuiglijke prikkels krijgen, kunnen namelijk verstandelijke en psychische problemen ontwikkelen. Dit wordt “sensorische deprivatie” genoemd. Ouderen met dementie trekken zich steeds meer terug in hun eigen wereld en zijn steeds minder in een “gedeelde” wereld. Zij zijn niet meer in staat om, zoals wij, zelf op zoek te gaan naar prikkels.

Snoezelen komt tegemoet aan de behoefte aan zintuiglijke prikkeling van bewoners: De primaire zintuigen zoals het gehoor, het gezicht, de reuk, de smaak en de tast worden in gang gezet. Dit wordt ook wel “primaire activering” genoemd.¹⁴ Snoezelen moet ook raken aan gevoel. Diep demente ouderen hebben niet alleen zintuiglijke prikkels (sensorische stimulatie) nodig, maar ook een emotioneel stimulerende omgeving. Een warm (affectief) contact is dus minstens zo belangrijk. Snoezelen moet én de zintuigen én het gevoel activeren.¹⁵

2.5 De houding van de zorgverlener bij snoezelen

In het methodisch handelen van snoezelen staat de relatie centraal. Deze relatie komt bij ouderen met dementie grotendeels van één kant: het is de

zorgverlener die geeft en de bewoner die ontvangt.¹⁵

Bij snoezelen in de 24-uurszorg is het in de eerste plaats belangrijk dat jij als zorgverlener een bewonersgerichte werkhouding hebt en je verplaatst in de belevingswereld van de bewoner met dementie.^{16,17} Jij als zorgverlener hebt als boeiende taak de belevingswereld van de bewoner centraal te stellen en bereid te zijn deze wereld te ontdekken, te accepteren en er in mee te gaan.¹²

Mevrouw van Dijk loopt over de gang. Mevrouw klampt verzorgende Jacobien aan en zegt: “Ik moet naar huis, mijn moeder zit te wachten”.

Dit soort zinnen kunnen een aanknopingspunt zijn om een gesprek aan te gaan over moeder of over het huis. Mevrouw van Dijk is daar immers in haar beleving mee bezig. Bij sommige bewoners werkt het goed om te beginnen met een korte geruststellende opmerking over moeder (bijvoorbeeld: “Je moeder weet ervan en ze vindt het goed”). Bij anderen kun je meteen met de bewoner doorpraten over moeder of het huis. Op die manier leid je mevrouw af van het naar huis willen gaan (zie ook deel 2, paragraaf “meegaan in de belevingswereld”).

Daarnaast gaat het er om dat de zintuigen van de bewoner op een positieve manier geprikkeld worden. Gedurende de dag worden zoveel mogelijk zintuigprikkelers aangeboden die door de bewoner als prettig ervaren worden, bijvoorbeeld tijdens de zorgmomenten zoals de ochtendzorg, de maaltijden en de avondzorg. Dit kan door de bewoner op een eenvoudige manier te betrekken bij zintuiglijke prikkels in de omgeving, zoals het laten ruiken aan zeep of koffie, het laten voelen van de stof van een trui of het samen kijken naar een foto aan de muur. Per bewoner wordt beschreven hoe het snoezelen ingepast kan worden in de zorg (zie ook de paragrafen “observaties”, “snoezelplan” en “snoezelverpleegplan”).

Verzorgende Johanna: “We hebben mevrouw Jansen ‘klokzeep’ laten ruiken. Dat gebruikte ze vroeger veel. Er kwamen toen allerlei verhalen van vroeger”.

Verzorgende Chantal: “We hadden laatst ook een emmer sneeuw gehaald van buiten, lekker laten voelen. Dat vond een aantal bewoners ook heerlijk”.

Verzorgende Surya: “Als bewoners ervan houden werken we nu veel met muziek. Daardoor praat je minder over de bewoner heen, zonder de bewoner erbij te betrekken. Door muziek betrek je de bewoner er meer bij en je wordt er zelf ook rustig van”.

3 Snoezelen in de praktijk

3.1 Doel van snoezelen

Via snoezelen leg je contact met ouderen met dementie, creëer je een veilig leefklimaat en stimuleer je gevoelens van ontspanning en rust.¹⁸ Bij lusteloze bewoners kun je het snoezelen ook richten op het activeren van de bewoner. Het uiteindelijke doel van snoezelen is het welbevinden van iedere bewoner positief te beïnvloeden.³

Verzorgende Angela: “Je hebt meer contact met bewoners, je merkt dat ze erop reageren, dat er ongemerkt een hand opengaat of dat er oogcontact is, dat is gewoon geweldig. Dat geeft je ontzettend veel voldoening”.

Snoezelen doet geen appèl op de cognitieve vermogens van ouderen met dementie. De persoon met dementie wordt niet gecorrigeerd, maar in zijn waarde gelaten.

Verzorgende Carolien : “Ik betrap me er soms zelf op dat ik toch te vaak wil corrigeren. Je kunt beter meepraten. Als je niet meegaat, maar corrigeert kweek je nog meer onrust. Mevrouw van Leest bijvoorbeeld zegt wel eens ‘anders ga ik mijn vader halen’. Dan zeg ik bijvoorbeeld ‘dan zal ik het maar rustig aan doen’. Dat werkt beter dan te zeggen: ‘maar die is toch al lang dood’ ”.

3.2 Doelgroep

Snoezelen is tot nu toe vooral toegepast bij mensen in de laatste stadia van dementie. Bij deze groep mensen is de directe waarneming, het “hier en nu”, steeds belangrijker. Bovendien zijn deze mensen niet meer in staat om zelf hun zintuigen voldoende te prikkelen, waardoor het voor de hand ligt dat jij, als zorgverlener, dit voor hen probeert te doen.

Een psychogeriatrische bewoner komt in aanmerking voor snoezelen als hij voldoet aan één of meer van onderstaande beschrijvingen:¹⁹

- De bewoner krijgt door psychische en/of lichamelijke beperkingen weinig zintuiglijke prikkels
- De bewoner kan door achteruitgang van het cognitief functioneren (met name het geheugen en de oriëntatie) de koppelingen niet meer maken tussen heden en verleden. Er is dan behoefte aan ervaringsactiviteiten in het hier en nu
- De bewoner is door zijn psychische en/of lichamelijke problemen beperkt om in contact te komen met zijn omgeving en vindt geen of nauwelijks aansluiting bij andere activiteiten
- De bewoner is opgesloten in zichzelf, kan zich niet meer kenbaar maken en/of is niet in staat zijn gevoelens te uiten
- De bewoner is van nature sterk gericht op één van zijn zintuigen of op zintuigen in het algemeen (ongeacht het niveau van dementie)
- De bewoner heeft een beperking (bijvoorbeeld doofheid of blindheid) waardoor snoezelen belangrijk kan zijn om in contact te treden met de bewoner

Contra-indicaties voor snoezelen zijn:¹⁹

- Als familie of naasten niet akkoord gaan
- Als men verwacht dat iemand een verleden heeft waarbij het prikkelen van zintuigen ongewenste gevoelens kan oproepen
- Als een bewoner tijdens het snoezelen laat merken het niet prettig te vinden
- Als er gevaar is de bewoner te overvragen, bijvoorbeeld als de bewoner snel overprikkeld raakt of oververmoeid is

In het multi-disciplinaire overleg of het bewonersoverleg wordt besproken of een bewoner in aanmerking komt voor snoezelen. Vervolgens ga je met de wettelijke vertegenwoordiger en/of de familie^d van de bewoner overleggen of je de snoezelmethode mag gebruiken. Je geeft uitleg over wat snoezelen inhoudt en wat het doel ervan is. Als het snoezelen goed is ingevoerd bij jullie op de afdeling heb je de familie al bij opname geïnformeerd dat jullie volgens deze methode werken. Geeft de familie toestemming, dan ga je volgens de hieronder beschreven methodiek aan de slag.

^d Lees bij "familie" steeds "familie of andere naasten".

3.3 Algemene aandachtspunten

De basis voor elke verzorgingssituatie is een positieve sfeer, een duidelijke structuur en rust.

Verzorgende Dineke over de rust op de afdeling: “De bewoners blijven langer op en het is ook ‘s avonds rustiger. Als je er zelf bij blijft zitten, dat merk je ook heel goed, dan blijven ze ook zitten, dat vinden ze gezellig. Maar als je gaat lopen, dan gaan zij ook lopen. Je moet dat ook leren, dat je kunt gaan zitten. Vroeger kon ik dat ook niet, dat heb ik echt moeten leren”.

De ochtend- en avondzorg en de maaltijden bieden veel mogelijkheden om met bewoners in contact te komen. Streven naar een prettige sfeer tijdens deze verzorgingsmomenten is een belangrijke, maar moeilijke opdracht. Per bewoner heb je een aantal aandachtspunten die hieronder toegelicht worden.¹⁵

3.3.1 Contact maken

Contact kan non-verbaal of verbaal gemaakt worden. Contact maken is essentieel om de bewoner te bereiken en affectie en warmte te tonen.

Verzorgende Birgit zegt tegen een leerling verzorgende: “Je moet deze mensen behandelen alsof het een van je dierbaren is. Denk erover na of de manier zoals je deze mensen behandelt ook de manier is zoals je zelf later behandeld zou willen worden mocht je in een verpleeghuis terecht komen”.

Bij non-verbaal contact praat je niet, maar gebruik je andere manieren om contact te maken. De bekendste manieren om zonder hulpmiddelen non-verbaal contact te maken zijn:

- Oogcontact: het aankijken van de bewoner
- Affectief aanraken: het bewust aanraken van de bewoner met de bedoeling contact te maken. Dit is dus niet het aanraken voor de lichamelijke verzorging. Affectief aanraken doe je bijvoorbeeld door de hand van de bewoner vast te houden, de hand te strelen, de wang van de bewoner te strelen of de bewoner over de haren te strijken
- Lachen

Deze manieren van non-verbaal contact maken kun je ook tegelijkertijd toepassen. Tijdens de snoezelobservaties (zie paragraaf 3.4.2) kijk je waar een bewoner goed op reageert.

Verzorgende Frans: “Je bent zelf ook snoezelmateriaal. Oogcontact maken, eventueel via de spiegel, aanraken. Het aanpassen van je stemgeluid aan de bewoner”.

Daarnaast doen we bij snoezelen een beroep op het ruiken, proeven, kijken, voelen en horen. Ook dit zijn non-verbale ingangen om contact te maken. Hoe je erachter kunt komen welke zintuiglijke voorkeuren een bewoner heeft, vind je in paragraaf 3.4.2 .

Verbaal contact maak je door te praten met de bewoner over dingen in het “hier en nu”, in de directe omgeving. Je gaat daarbij mee in de beleving van de bewoner. Hierdoor ontstaat een band en een wederzijds vertrouwen. Vermijd “kennisvragen” waarbij je de bewoner vraagt naar feiten. In deel 2 van deze serie wordt uitgebreid ingegaan op de benadering van bewoners.

3.3.2 De ochtend-en avondzorg

Organisatie

Creëer rust, bijvoorbeeld door:

- zelf rustig te zijn
- te zorgen dat alles aanwezig is, zodat je niet steeds hoeft weg te lopen
- te zorgen dat je zo min mogelijk gestoord wordt. Hang bijvoorbeeld een bordje “niet storen” op de deur en spreek binnen je team af dat je elkaar niet (of zo min mogelijk) stoort tijdens de verzorging

Zorg dat de juiste zintuigprikkelers voor het snoezelen (volgens snoezelplan) aanwezig zijn, bijvoorbeeld het juiste licht, de juiste warmte van de kamer en/of de badkamer, CD-speler, CD's, de juiste geuren voor het badwater of de aromasteamer (eventueel tevoren aangezet).

Verzorgende Ella: “De lichten gaan niet meteen vol aan bij het opstaan. Het is nu ook heel normaal om ‘s morgens muziek, bodylotion, massage en aromatherapie mee te nemen”.

Denk na over de volgorde van de zorg, zeker als bewoners een kamer delen.

Zoek goed uit wie het beste als eerste geholpen kan worden, wie meteen na het ontwakken gewassen wil worden en wie het juist prettig vindt wat langer in bed te liggen, wie liever 's avonds gewassen wil worden en wie liever 's ochtends, wie liever aan tafel ontbijt en wie liever op bed. Zoek ook een manier om het begin en het einde van de zorg aan te kondigen.

Zorg dat de bewoner op een rustige plaats zit voordat je met opruimen begint.

Tijd

Zorg dat er voldoende tijd is om jouw tempo op dat van de bewoner af te stemmen. Neem voldoende tijd voor individuele begeleiding volgens het snoezelplan. Bijvoorbeeld tijd om de bewoner kleding te laten kiezen of van het bad te laten genieten.

Contact

Zoek contact met de bewoner vóór je aan de zorg begint, bijvoorbeeld door oogcontact te maken en/of de hand van de bewoner te pakken en te vertellen wat er gaat gebeuren. Maak de bewoner attent op zintuiglijke prikkels die aanwezig zijn. Bijvoorbeeld de warmte van het water, geur, kleur van bijvoorbeeld kleding, hoe kleding voelt, geluiden. Als je de zorg alleen geeft zijn er meestal meer mogelijkheden om contact te maken dan wanneer je met zijn tweeën bent. Als je de zorg toch met een collega geeft, praat dan zo min mogelijk met je collega. Spreek af wie van jullie de "leiding" heeft en met de bewoner praat. Voor een bewoner kan het verwarrend zijn als hij van twee kanten aangesproken wordt.

Verzorgende Marinda: "We werken nu meer alleen in plaats van met zijn tweeën. Alleen is intiemer, je bent meer met de bewoner bezig, je hebt meer contact".

3.3.3 De maaltijd

Organisatie

Creëer rust, bijvoorbeeld door

- te wachten tot iedereen aan tafel is
- zelf rustig te zijn
- te zorgen dat alles aanwezig is, zodat je niet steeds weg hoeft te lopen
- te zorgen dat je zo min mogelijk gestoord wordt

- radio en t.v. uit te zetten

Denk na over de samenstelling van de tafel. Zorg bijvoorbeeld voor een vaste plaats en zoek zorgvuldig uit wie het beste naast wie kan zitten. Zoek een manier om het begin en het einde van de maaltijd aan te kondigen. Verder zorg je dat de tafel en het eten er smaakvol uitzien en dat het eten lekker ruikt. Maak bewoners die van bepaalde geuren houden hier attent op. Voordat je met afruimen begint zorg je dat de bewoners op een rustige plaats zitten.

Verzorgende Aisha: “Onze activiteitenbegeleiding heeft nu een eetproject. Dan komt alles in dekschalen naar boven en dan kunnen de bewoners zelf kiezen of zij puree of aardappelen willen. Met leuke borden en leuke schalen, dat is toch anders. Dan zie je ook dat je veel langer bezig bent met het eten en dat bewoners beter eten. Eerst was het een half uur. Nu zijn we soms wel anderhalf uur bezig”.

Tijd

Zorg dat er voldoende tijd is om de bewoner in zijn eigen tempo te laten eten. Neem voldoende tijd voor individuele begeleiding. Als de bewoner familie of naasten heeft die graag willen helpen en geduldig zijn, dan kan de maaltijd een goed moment zijn om hen in te schakelen. Zorg dan wel dan ze goede instructies en begeleiding krijgen.

Contact

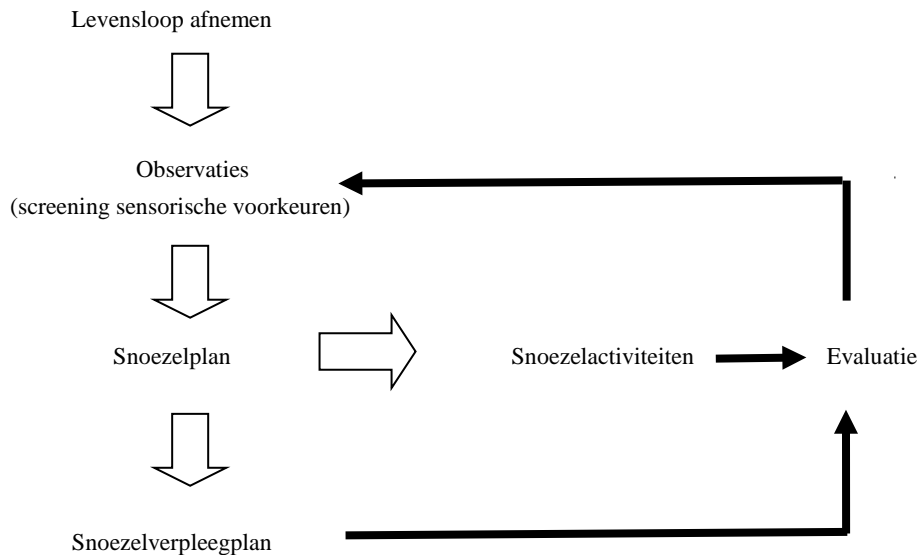
Zoek contact met de bewoner vóór het eten, bijvoorbeeld door oogcontact te maken en/of de hand van de bewoner te pakken en te vertellen wat er gaat gebeuren. Maak de bewoner ook attent op zintuiglijke prikkels van het eten, zoals geur, kleur en smaak. Praat met de bewoner en zo min mogelijk met je collega's.¹⁵

3.4 Methodiek van het snoezelen

Naast het toepassen van bovenstaande algemene aandachtspunten is het belangrijk om uit te vinden aan welke zintuiglijke prikkels een bewoner plezier beleeft. De zintuigen kunnen zowel afzonderlijk als gezamenlijk aangesproken worden. Figuur 1 laat zien hoe de methodiek van snoezelen in schema kan worden gezet. Om je de methodiek goed eigen te maken is het aan te bevelen een cursus “snoezelen voor uitvoerenden” te volgen. Bij

voorkeur doe je dit met je hele team. Dan kun je al tijdens de cursus casussen van je eigen afdeling bespreken en met elkaar afspraken maken over hoe jullie het snoezelen op je eigen afdeling goed van de grond kunnen krijgen.

Figuur 1 De methodiek van het snoezelen



3.4.1 *Levensloop afnemen*

Door het afnemen van een levensloop anamnese kun je een compleet beeld krijgen van het leven van de bewoner. Bij het in kaart brengen van de levensloop heb je meestal hulp van naasten van de bewoner nodig. De partner, kinderen, broers of zussen van de bewoner kunnen veel waardevolle informatie geven over het verleden en het karakter van de bewoner. Het formulier “levensloop anamnese” helpt bij het verkrijgen van deze informatie (zie bijlage 1). Je kunt dit formulier bij het opnamegesprek aan de familie mee naar huis geven en afspreken dat de familie het bij de vervolgspraak ingevuld mee terug neemt. Je gebruikt het formulier daarbij als uitgangspunt voor het gesprek met de familie. Zo probeer je een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het leven van de bewoner. Hoe was zijn jeugd? Uit wat voor gezin komt hij? Heeft hij zelf ook een gezin gehad? Hoe was de familiestructuur? Wat zijn de namen van zijn dierbaren? Waar was hij in de

oorlog? Wat voor werk heeft hij gedaan? Wat voor hobby's had hij? Wat was zijn lust en zijn leven? Hoe zagen zijn laatste jaren voor de opname eruit? Waar hield hij erg van en waarvan juist niet? Wat lust hij graag en wat niet? Zorg dat de informatie die je krijgt goed en overzichtelijk in het dossier van de bewoner komt, zodat anderen er ook van op de hoogte zijn.

Verzorgende Marjan: "We hadden een placemat met mooie poezen en mevrouw van Santen zat dat de hele tijd weg te duwen. Bleek ze een hekel te hebben aan poezen. Daarom is een stukje voorgeschiedenis zo belangrijk. Dat je dat weet over bewoners".

3.4.2 **Observaties**

De informatie uit de levensloop vormt een goede basis voor je observaties. Je kunt beginnen met uit te zoeken of prikkels waar de bewoner vroeger van hield, hem nu ook nog aanspreken. Daarnaast leer je in de scholing "snoezelen voor uitvoerenden" hoe je de observaties kunt structureren om na te gaan of er nog andere zintuigprikkelingen zijn die de bewoner prettig vindt.

Het succes van snoezelen is voor een groot deel afhankelijk van goede observatie. De interpretatie van non-verbale signalen, die soms nauwelijks waarneembaar zijn, is heel belangrijk. Door het structureren van de observatieperiode en er voldoende tijd voor uit te trekken vergroot je de kans aanzienlijk dat je erachter komt welke zintuigprikkelers de bewoner aangenaam vindt. Een observatieperiode duurt meestal tien weken. In die weken trek je wekelijks tijd uit voor de gerichte observaties. Daarnaast probeer je ook op de afdeling goed op te letten hoe de bewoner reageert, bijvoorbeeld tijdens het wassen en aankleden, tijdens de maaltijd, in de huiskamer, in het contact met andere bewoners, met familie en met jou.

Bij een observatie ga je als volgt te werk:

Stap 1: Gedragsobservaties in de normale situatie

Je observeert de reacties van de bewoner in de normale situatie, dus vóór je een activiteit aanbiedt. Je let daarbij in elk geval op de onderdelen die in figuur 2 staan.

Figuur 2 Observatie van de bewoner vóór de activiteit

Verbaal

- Zoekt zelf contact met woorden of geluiden
 - Beantwoordt/reageert op vragen en aanspreken
 - Levendig stemgeluid, niet monotoon
-

Non-verbaal

- Oogcontact
 - Opkijken
 - Aanraken
 - Toegewende houding
 - Luisteren naar geluid of stem
 - Geagiteerd, rusteloos, handenwringen, haarplukken
 - Trage bewegingen, langzame spraak of geluiden, trage reacties
 - Hoofd laten hangen, reageert niet op aangeboden prikkels
 - Gespannen, krampachtige houding
-

Stemming

- Angstige gezichtsuitdrukking, peinzend, zorgelijk
 - Verdrietige gezichtsuitdrukking
 - Apathische gezichtsuitdrukking, vlak, lusteloos
 - Boze gezichtsuitdrukking, opstandig, afwerend
 - Vrolijke gezichtsuitdrukking, lachend, tevreden
-

Op een speciaal formulier zet je achter elk onderdeel uit het schema een kruisje als de bewoner op dat moment het gedrag vertoont. Na afloop van de observatieperiode heb je dan een kruisjesschema, waarop je in één oogopslag kunt zien welk gedrag de bewoner in de normale situatie vaak vertoont en welk gedrag niet.

Figuur 3 geeft een voorbeeld van zo'n kruisjesschema. Uit dit schema komt het beeld naar voren van een apathische bewoner, die zelf geen initiatieven meer kan nemen, maar nog wel reageert op bijvoorbeeld (stem)geluiden.

Figuur 3 Voorbeeld van een kruisjesschema na gedragsobservaties

Vóór sessie / datum	5/1	12/1	19/1	26/1	2/2	9/2	16/2	23/2	2/3	9/3
Verbaal										
Zoekt zelf contact door middel van woorden of geluiden										
Beantwoordt/reageert op vragen en aanspreken	x				x		x		x	
Levendig stemgeluid, niet monotoon										
Non-verbaal										
Oogcontact									x	x
Opkijken	x						x		x	x
Aanraken										
Toegewende houding										
Luisteren naar geluid of stem	x			x	x		x		x	x
Geagiteerd, rusteloos, handenwringen, haarplukken										
Trage bewegingen, langzame spraak of geluiden, trage reacties									x	
Hoofd laten hangen, reageert niet op prikkels		x	x			x		x		x
Gespannen, krampachtige houding	x		x							
Stemming										
Angstige gezichtsuitdrukking, peinzend, zorgelijk										
Verdrietige gezichtsuitdrukking								x		
Apathische gezichtsuitdrukking, vlak, lusteloos	x	x	x	x	x	x	x		x	
Boze gezichtsuitdrukking, opstandig, afwerend										
Vrolijke gezichtsuitdrukking, lachend, tevreden										

Stap 2: Zintuigobservaties

Daarna begin je met de zintuigobservaties. Het doel van deze observaties is om achter de sensorische voorkeuren van de bewoner te komen. Met andere

woorden: Welke zintuigprikkelingen vindt de bewoner aangenaam en welke niet? Je test elk zintuig afzonderlijk door het aanbieden van prikkels die zich richten op dat zintuig.

Figuur 4 geeft een overzicht van wat je zou kunnen uitproberen voor elk zintuig. Pas voor je eigen afdeling de lijst aan met zintuiglijke materialen die bij jullie aanwezig zijn. Per bewoner vul je deze lijst aan met sensorische prikkels waarvan je uit de levensloop anamnese weet dat de bewoner er vroeger van hield. Je kunt dan gericht uitproberen of dat nu nog steeds zo is.

Figuur 4 Observeren van sensorische voorkeuren

Reuk en tast	Gehoor	Visus	Tast en visus	Smaak
Geurschuim in waterbak	Muziek waar bewoner van hield (uit levensloop)	Dia's	Bak zand	Hapjes en drankjes waar bewoner van hield (uit levensloop)
Aromatische oliën in waterbak	Operette/klassieke muziek	Fotoboek	Bak bonen/erwten	Koken/bakken
Geurpotjes	Nederlandse muziek	Film	Hydrosound (bubbelbad)	Ontbijtclub
Handmassage met handcrème	CD met vogelgeluiden	Spiegel	Zwemmen	Lekker drankje (bv. advocaatje, borreltje, frisdranken, chocolademelk)
Handmassage met aromatische oliën	Bandje met stem van dierbare (opgenomen)	Vijfluikspiegel	Glitterstaafjes	Koekjes
Gezichtsmassage	Liedjes zingen	Kleuren van kleding	Lichtgevende glasvezelslierten	Divers snoepgoed
Voetbad & massage	Voorlezen	Wanddecoratie	Bubble-unit/snoezelbuis	
Ontbijtclub	Klankbank	Vloeistofprojector	Wandlichtorgel	

Reuk en tast	Gehoor	Visus	Tast en visus	Smaak
Bloemschikken	Geluidenorgel	Spiegelbol	Sterrenlichtkast	
Koken/bakken	Tamboerijn, belletjes	4-kleuren lichtprojector	Hoedjes, pruiken	
Bloemen	Volksdansen	Dieptetunnel	Peuters	
Fruit	Waterbed	Lampen/verschillend licht	Dieren	
Parfum/after- shave	Gespreksgroep	Mobiel (bedlegerige bewoners)	Make-up, schmink	
Wierook	Mannenclub		Knutselen	
			Voelkussens	
			Knuffels	
			Pop	
			Sop	
			Scheerschuum	
			Bewegen/spel (bijv. ballonnen)	

Voor alle zintuigen is er een formulier met de prikkels die je uitprobeert. Bijlage 2 geeft een voorbeeld van het observatieformulier voor “reuk en tast” (zie bijlage 2). Op dezelfde manier als hierboven zet je een kruisje achter elke prikkel waar de bewoner positief op reageert. Onder aan het formulier staan gedragingen die de bewoner kan vertonen. Dit zijn vrijwel dezelfde gedragingen als onder stap 1. Nu kruis je aan welke gedragingen de bewoner tijdens de sessie vertoont. Het kan zijn dat de bewoner tijdens een arm-handmassage geen apathische gezichtsuitdrukking meer heeft, maar een tevreden gezichtsuitdrukking. Op die manier krijg je na de observatie sessies weer een overzicht van kruisjes, waar je in één oogopslag op kunt zien waar de bewoner goed op reageert. Je kunt de prikkels die je uitprobeert uitbreiden met prikkels waarvan je, door informatie uit de levensloopanamnese, verwacht dat de bewoner er nog steeds positief op zal reageren. Denk bijvoorbeeld aan bloemen, planten, eten, drinken of dieren waar de bewoner van hield.

Buiten het kruisjesschema houd je ook een rapportage bij waarin je details opschrijft die van belang zijn. Bijvoorbeeld dat de bewoner genoot van de arm-handmassage, maar dat het niet langer dan drie minuten moet duren. Of

dat de CD-speler op geluidsstand 4 moet staan omdat de bewoner het anders niet goed hoort. Als een bewoner negatief reageert op een prikkel, dan moet je dit ook bijhouden, om te voorkomen dat je deze prikkel nog eens aanbiedt.

Deze gestructureerde observaties kun je zelf doen of samen met iemand anders, zoals de activiteitenbegeleider. Als het in jouw instelling niet mogelijk is om alle observaties zelf te doen kun je ook afspraken maken met andere disciplines uit jouw team. Bijvoorbeeld dat de activiteitenbegeleider vijf keer observeert en jij vijf keer.

Stap 3: Observaties door de dag heen

Het is ook belangrijk om de bewoner op de afdeling zoveel mogelijk te observeren in dagelijkse situaties: de ochtendzorg, de maaltijden, maar ook zijn gedrag in de huiskamer. Probeer tijdens de ochtendzorg uit of de bewoner reageert als je laat ruiken aan zeep, parfum, after-shave of bodylotion. Je kunt kledingstukken gebruiken om stof te laten voelen of kleuren te laten zien. Je kunt de bewoner de warmte van het water laten voelen of muziek tijdens de ochtendzorg uitproberen. Probeer uit hoe de bewoner het liefste opstaat. Sommige bewoners kun je het beste direct nadat ze wakker zijn geworden gaan wassen en aankleden. Andere bewoners vinden het prettiger nog even rustig in bed te liggen, al dan niet met een muzikje. Sommigen willen het liefst ontbijt op bed voordat ze het bed uit worden gehaald, anderen eten liever aangekleed aan tafel met medebewoners.

Ook in de huiskamer kun je allerlei prikkels uit de omgeving gebruiken om te kijken of de bewoner reageert. Dit kan variëren van de geur van koffie, knuffels of een aquarium tot plaatjes kijken in een boek of tijdschrift. Heb ook aandacht voor de combinatie met medebewoners; welke bewoners kunnen goed naast elkaar zitten en welke maar beter niet? Probeer creatief te worden in het gebruik van prikkels die in de directe omgeving aanwezig zijn.

Als je door de observaties al wat zicht hebt op de dingen die de bewoner wel of niet prettig vindt, kun je dit overdag gaan uitproberen. Als een bewoner bijvoorbeeld gedrag vertoont dat voor hem en/of zijn omgeving niet prettig is (agressief gedrag, teruggetrokken gedrag of angst) dan kun je de dingen waar de bewoner goed op reageerde uitproberen en kijken of het helpt om het gedrag te verminderen. Op die manier kom je er langzamerhand achter wat bij deze bewoner in verschillende situaties het beste werkt.

3.4.3 Snoezelplan

Alle informatie uit de observaties schrijf je op in een “snoezelplan”. Je kunt daarvoor het formulier uit bijlage 3 gebruiken (zie bijlage 3).

In het snoezelplan beschrijf je allereerst hoe je de bewoner het beste kunt benaderen in de normale situatie. Je kunt bijvoorbeeld aangeven of het belangrijk is om de bewoner aan te kijken tijdens het praten, of dat je hard of zacht tegen de bewoner moet praten. Alles wat van belang is in de benadering van deze bewoner schrijf je zo op dat anderen, zoals uitzendkrachten, ook snappen hoe ze de bewoner moeten benaderen.

Vervolgens beschrijf je het gedrag dat deze bewoner kan vertonen. Achter elk gedrag van de bewoner schrijf je op hoe je in deze situatie het beste met de bewoner kunt omgaan. Figuur 5 geeft een voorbeeld van wat er in een snoezelplan kan staan. Maak in het snoezelplan de gegevens zo concreet mogelijk. Beschrijf zo mogelijk:

- welk materiaal/aroma je aanbiedt
- wat je precies doet
- wanneer en in welke situatie
- hoe je eigen houding is
- het tijdstip

Figuur 5 Voorbeeld van gedeelte uit een snoezelplan

	<i>Voorbeeld mevrouw van der Sluis (fictief)</i>
Vanuit de normale situatie	<ul style="list-style-type: none">• Mw. altijd met een rustige, zachte stem benaderen• Mw. reageert goed als je haar aanspreekt met haar voornaam Rietje• Mw. nooit gehaast benaderen; daar wordt ze snel onrustig van• Mw. heeft graag haar babypop in haar armen en geniet hier erg van. Deze moet je niet afpakken, want dan wordt ze boos• Mw. houdt niet van grote groepen; alleen kleinschalige activiteiten aanbieden• Mw. stelt het op prijs als er een praatje met haar wordt gemaakt. Ze is gebaat bij regelmatige korte contactmomenten, ze heeft een korte concentratie• Tijdens de ADL ervoor zorgen dat mw. niet te lang bloot ligt; ze heeft een groot schaamtegevoel

	<i>Voorbeeld mevrouw van der Sluis (fictief)</i>
Bij onrustig gedrag	<p>Als mevrouw onrustig is helpt het om haar af te leiden door samen met haar een wandelingetje te gaan maken, even wat te drinken in het restaurant, of op de afdeling zelf mevrouw individuele aandacht geven. Dit kan gegeven worden in de vorm van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mw. vertellen dat je haar een lieve vrouw vindt (mw. straalt dan helemaal) • Mw. een arm/handmassage geven met lavendel (1 druppel lavendel op 5 ml. basisolie) • Mw. lekker instoppen in bed, evt. een nachtzoen of een knuffel geven. Mw. reageert hier niet verbaal op, maar door haar gezichtsuitdrukking is te zien dat mw. dit heel prettig vindt • Bij het wandelen mw. een arm geven • Bij het binnenkomen in de huiskamer mw. persoonlijk begroeten en een praatje met haar maken. Bij een persoonlijk gesprek is het duidelijk dat mw. goed luistert, en hier positief op reageert • Samen iets drinken in de multi-functionele ruimte, met iets lekkers erbij zoals bonbons, snoepjes of koekjes. Mw. houdt erg van zoet en snoept graag
Bij agressief gedrag zonder aanwijsbare redenen	<ul style="list-style-type: none"> • Mw. goed inlichten over alles wat er gaat gebeuren of wat je gaat doen • Oogcontact en handcontact maken; proberen de aandacht van mw. op jou gevestigd te houden • Mw. op een rustige/positieve (zelfverzekerde) manier blijven benaderen, zodat je geen angstgevoelens over brengt. • Mw. haar babypop aanbieden, de pop werkt stemmingsverbeterend op mw. Ook met de pop praten; zorgvuldig en voorzichtig mee omgaan; zie het als een baby. Dit is een ingang om de agressiviteit te verminderen; mw. raakt zachter gestemd
Bij verdrietig gedrag	<ul style="list-style-type: none"> • Bij bewustwording van haar situatie (helder moment) is mw. soms verdrietig. Mw. troosten, niet betuttelen. Laten huilen en het accent leggen op dingen die wel goed gaan. Afleiden door haar pop of knuffel (koetje) aan te bieden, een stukje met haar over de gang te lopen of spelletje te doen (bijv. spreekwoorden)

3.4.4 Snoezelverpleegplan

Tenslotte schrijf je alles wat van belang is voor de verzorging van de bewoner op in het “snoezelverpleegplan”. Dit is het standaard verpleegplan, uitgebreid met de beschrijving hoe de zintuigactivering verwerkt kan worden in de dagelijkse zorg. Figuur 6 geeft twee voorbeelden van hoe de ochtendzorg omschreven zou kunnen worden.

Figuur 6 Voorbeelden van ochtendzorg in snoezelverpleegplan

Voorbeeld 1: Mevrouw Swinkels (fictief)

Vorbereiding:

- Mw. uit zichzelf wakker laten worden
- Dimlicht op de slaapkamer aan
- Geur steamer met 2 druppels mandarijn of lavendel olie naast het bed aanzetten
- Mw. nog 5 min. rustig laten liggen

Wassen en aankleden:

- Mw. wordt op bed geheel gewassen en aangekleed of gaat in bad. Mw. vindt het snoezelbad heerlijk, vindt alleen de bubbels niet prettig (wrsch. vanwege het lawaai)
- Mevr. rustig benaderen, haar aanspreken met “Jopie”. Als mw. daar niet op reageert op hoge toon “joehoe” roepen
- Houding van verzorger: rustig, kalm en vrolijk
- Zorg dat je warme handen hebt
- Muziek aanzetten met bijv. “de Birdsong”, “Berdien Steinberg” of “Angels of the sea” (liggen in bovenste la nachtkastje). Hier wordt mw. vrolijk van. Houdt niet van smartlappenmuziek of koren.
- Mw. houdt ervan als je een beetje gek met haar doet. Bijv. gekke bekken trekken of vrolijk met de muziek meezingen. Mw. moet hierom lachen
- Mw. reageert vaak beter als broeders haar helpen. Ze begint dan vaak te lachen/grinniken
- Goed uitleggen wat je gaat doen
- Mw. gesloten vragen stellen (antwoordt alleen met ja of nee)
- Mw. houdt er niet van om ingesmeerd te worden met bodylotion en niet van parfum.
- Mw. houdt erg van kleur, reageert daar ook goed op. Mw. kan een keus maken uit twee jurken. Deze voor haar in kleur beschrijven. Houdt met name van blauw en rood
- Mw. ziet soms dingen die er niet zijn. Mw. dan valideren. Vragen wie ze ziet en wat ze ziet. Vaak gaat het dan weer weg
- Mw. als ze aangekleed is in de spiegel laten kijken en even tijd nemen om met haar via de spiegel te praten

Voorbeeld 2: De heer. Sanders (fictief)

Vorbereiding:

- Half uur voor de verzorging steamer met ceder of sinaasappel aanzetten
- Zorg dat je alle spullen klaar hebt staan voordat je bij dhr. begint
- Dhr. heeft vaak pijn in zijn rechter nek/schouder. Zachtjes masseren voor je aan de verzorging begint of een warme kersenpit vindt dhr. prettig
- Zorg dat dhr. zijn gehoorapparaat in heeft voor de verzorging

Wassen en aankleden:

- Je spreekt dhr. aan bij zijn achternaam, tenzij dhr. in een belevingswereld zit, waarin zijn voornaam beter van toepassing is (zelf inschatten)
- Maak oogcontact, vermijd benadering van achteren (i.v.m. schrikreactie, argwaan)
- Dhr. heeft niet altijd zin in wassen/aankleden. Als je over het ontbijt begint (koffie, brood met gekleurde hagelslag) laat hij zich gemakkelijker helpen. Als de acties op niets uitdraaien, dan alles staken, dhr. op zijn rechter zij leggen, toedekken en later terugkomen. Ontbijt op bed helpt soms
- Lichamelijk contact kan dhr. als prettig ervaren (hand vasthouden, arm om hem heen), afhankelijk van zijn stemming. Let op zijn reactie. Als hij het niet prettig vindt zie je dit aan zijn gezicht of hij trekt zich terug of duwt je weg
- Benader dhr. heel rustig, neem de tijd, pas je tempo aan
- Dhr. kan een keuze maken uit kleding. Houd hem steeds twee kledingstukken (broek, overhemd, trui) voor, dan wijst hij er één aan. Houdt van zachte stoffen, bijvoorbeeld lamswollen trui (dhr. laten voelen hoe zacht het voelt)
- Vraag of dhr. moet plassen (kan op po-stoel bij bed)
- Als dhr. op po-stoel zit kan onderkleding aangetrokken worden. Als dhr. dan gaat staan kan dhr. zijn onderlichaam wassen & drogen, waarna kleding omhoog kan
- Dhr. kan op bed gaan zitten, waarna bovenbeurt gedaan kan worden
- Dhr. houdt ervan om te praten over bloemen en planten of tuinieren (zijn hobby). Kan aan de hand van de bloemen op zijn nachtkastje of het schilderij aan de muur
- Dhr. wil zichzelf graag scheren (elektrisch) en kan hier een tijdje mee bezig zijn. Vindt het meestal goed dat je hem nascheert (vragen). Houdt ook van after-shave (Tabac, staat in nachtkastje)

3.4.5 *Snoezelactiviteiten*

De snoezelobservaties en het snoezelplan geven ook veel aanknopingspunten voor snoezelactiviteiten. Voorbeelden van kleine snoezelactiviteiten zijn een arm-handmassage of een voetenbadje. Als verzorgende heb je niet altijd de tijd voor uitgebreide snoezelactiviteiten. Daarom is het van belang dat ook andere disciplines achter het snoezelen staan. In de eerste plaats wordt een bewoner dan door iedereen uit het team op dezelfde manier benaderd. In de

tweede plaats kunnen andere disciplines aanvullende snoezelactiviteiten met de bewoner doen. Veel verpleeghuizen hebben bijvoorbeeld een activiteitenbegeleider, die hier een belangrijke rol in kan vervullen. Maak daarnaast zoveel mogelijk gebruik van andere disciplines die aanwezig zijn, bijvoorbeeld psychomotorische therapeut, muziektherapeut, ergotherapeut of fysiotherapeut.

Mevrouw Custers heeft de hele ochtend in haar stoel in de woonkamer geslapen. De activiteitenbegeleidster Wendy vraagt haar of ze mee wil komen voor een beauty behandeling. Mevrouw Custers glundert. Als ze dan onder de arm van Wendy meeloopt kijkt ze haar voortdurend aan. "Gezellig hè?", zegt mevrouw Custers. Wendy merkt dat mevrouw Custers de aandacht op prijs stelt. Ze weet dat mevrouw houdt van muziek van Benny Nijman en Rob de Nijs. Ze zingt van allebei een liedje en vraagt welke muziek mevrouw dadelijk wil horen. Mevrouw kiest: "Malle Babbe". Je bent een schat zegt mevrouw Custers tenslotte en geeft Wendy een zoen op haar wang.

Een groot gedeelte van de verpleeghuizen (zo'n 75%) heeft een snoezelkamer, waar ook aanvullende activiteiten met bewoners gedaan kunnen worden.¹² De snoezelkamer bevindt zich bij voorkeur op de afdeling zelf, zodat bewoners na afloop niet het hele gebouw door hoeven en het effect alweer weg is voordat hij terug op de afdeling is. Een snoezelruimte kenmerkt zich door een rustige, gedempte atmosfeer, die bijvoorbeeld 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 bijvoorbeeld parfums, aroma's, bloemen, wierook of fruit 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 of scheerschuim aanwezig. Om te horen is er een geluidsinstallatie aanwezig waarmee allerlei muziek afgedraaid kan worden. De rol van de begeleiders is voor een deel actief: het signaleren, het aanreiken van middelen, en het bezighouden, maar ook voor een deel passief: de bewoner met het materiaal bezig laten waar hij plezier aan beleeft. Er blijft altijd iemand bij de bewoner in de snoezelkamer.

Mevrouw Akkermans is bedlegerig. Om haar toch te prikkelen zijn aan het plafond en aan haar bed materialen aangebracht. Activiteitenbegeleidster Anouk komt bij mevrouw Akkermans binnen, houdt haar handen vast en groet haar vriendelijk: “Heeft u zin om met mij mee te gaan”, vraagt Anouk vriendelijk. “Ik heb een heel mooi bewegend schilderij dat ik u graag wil laten zien”. Mevrouw Akkermans wil wel mee. In de snoezelkamer aangekomen laat Anouk mevrouw Akkermans even aan de nieuwe omgeving wennen. Dan wijst ze op een muur waarop een diascherm is geprojecteerd. Anouk overlegt met mevrouw Akkermans of het licht uit kan om alles beter te kunnen zien. Het licht gaat uit en Anouk gaat dicht in de buurt van mevrouw Akkermans staan om samen naar het bewegende schilderij te kijken. Mevrouw kijkt aandachtig en Anouk wijst haar op de kleuren die steeds veranderen.

Ook een bad leent zich goed voor snoezelactiviteiten. In paragraaf 3.7 worden hier enkele voorbeelden van genoemd. Het kan een gewoon bad zijn, maar ook een hydrosound. Een hydrosound is een speciaal bad waarbij de bewoner vanzelf schoon wordt; je kunt de tijd dan gebruiken om de bewoner extra aandacht te geven.

3.4.6 Evaluatie

Het snoezelplan is niet blijvend, maar moet regelmatig bijgesteld worden. De bewoner verandert immers ook. Er moeten dus evaluatie- en terugkoppelingsmomenten zijn. Zo nodig wordt het snoezelplan aangepast.

Er zijn verschillende manieren om te evalueren, die naast elkaar toegepast kunnen worden.

Zelf observeer en evalueer je eigenlijk de hele dag door. Rapporteer je bevindingen in de dagrapportage. Als iets meerdere malen niet meer werkt, of je hebt iets nieuws ontdekt wat meerdere malen goed blijkt te werken, dan pas je het snoezelplan aan.

Verzorgende Francien: “Ook dat je van elkaar veel leert, dat vind ik heel positief. Het leuke is dat er nu ook iets mee gedaan wordt, dat het gerapporteerd wordt. Als iemand moeilijk gedrag vertoont en je zorgt ervoor dat iemand er weer uitkomt, dat je je dan heel goed kunt voelen, maar het ook kunt delen met je collega’s en dat het overgenomen wordt”.

Daarnaast worden de snoezelplannen geëvalueerd in het multi-disciplinaire overleg (MDO). Het is belangrijk dat alle disciplines uit het MDO de bewoner op dezelfde manier benaderen en/of begeleiden. Het is dus noodzakelijk om je ervaringen te delen. Ook hieruit kunnen aanpassingen in het snoezelplan voortkomen. Het MDO hoort een belevingsgerichte bewonersbespreking te zijn. Hierbij wordt uitgegaan van de zorgbehoefte van de bewoner en in eerste instantie niet van probleemgedrag.

Verzorgende Heleen: “In het MDO raakt het somatische stuk steeds meer op de achtergrond. Daardoor gaat het MDO veel minder stroef. De andere disciplines merken het ook en zijn er ook in meegegroeid. Het is een onderdeel van het MDO geworden en dat was het in het begin nog niet. Er worden afspraken gemaakt over de benadering, over snoezelactiviteiten en het wordt belangrijk gevonden”.

Zoek op je eigen afdeling naar manieren om te evalueren. Er zijn afdelingen die wekelijks een bewoner in het eigen team bespreken om dieper in te kunnen gaan op wat je in de verzorging kunt doen. Het is daarnaast erg belangrijk dat er een sfeer van vertrouwen op de afdeling is waarin je elkaar feedback durft te geven. Dit houdt in dat je elkaar op een positieve manier op dingen durft te wijzen die beter kunnen. Door je ervaringen te bespreken met je collega’s, bijvoorbeeld tijdens de pauzes, kun je ook weer nieuwe ideeën krijgen.

Verzorgende Annette: “Je geeft elkaar er ook gemakkelijker feedback op. Als je bijvoorbeeld ziet dat een bewoner zo maar jam op zijn brood krijgt en het is niet gevraagd, dan zeg je ‘hoe weet je dat die bewoner jam op zijn brood wil’. Het antwoord ‘ze wil altijd jam’ is niet meer genoeg”.

Je kunt zelf vragen om feedback bij je collega’s. Maar het kan ook vanuit je leidinggevende gestuurd worden. Als je afdeling hiervoor kiest krijgt het geven van feedback echt een plaats in jullie manier van werken. Je zult er

dan ook zeker de vruchten van plukken. Bekende vormen van georganiseerde feedback zijn bijvoorbeeld: feedback van een activiteitenbegeleider, video-interactie training of intervisie.

3.5 Formulieren

Het is van belang dat de formulieren die je in je eigen instelling gaat gebruiken goed passen bij de formulieren die jullie al gebruiken om te voorkomen dat er alleen maar extra formulieren bijkomen. Dan wordt het administratieve werk te tijdrovend. Bovendien is het erg onoverzichtelijk als de informatie over teveel plaatsen verspreid is. Invalkrachten zullen dan niet alles goed lezen. De formulieren die in dit handboek opgenomen zijn, zijn daarom voorbeelden van hoe het zou kunnen.

Het is handig om alle formulieren die jullie gebruiken (inclusief een eventuele ADL-kaart) eens naast de formulieren uit dit handboek te leggen. Je kunt bijvoorbeeld een werkgroepje vormen dat de formulieren vergelijkt. Meestal moeten de formulieren ook aan eisen van je eigen instelling voldoen.

De twee meest toegepaste mogelijkheden zijn:

1. Je past de oude formulieren op zo'n manier aan dat alle belangrijke informatie over snoezelen er op een goede en overzichtelijke manier in verwerkt kan worden.
2. Je maakt nieuwe formulieren, waar je alles in kwijt kunt wat van belang is voor de dagelijkse verzorging en voor het integreren van zintuigactivering in de zorg.

Essentieel is dat alle belangrijke informatie snel gelezen kan worden, zodat ook nieuwe medewerkers en invalkrachten in korte tijd precies weten hoe een bewoner benaderd en verzorgd moet worden.

3.6 De rol van de familie

Familieleden krijgen een steeds belangrijkere plaats in verpleeghuizen. Daarom is het van belang om te weten wat de familie van snoezelen vindt. Zij moet immers ook instemmen met snoezelen. Vaak bestaan er vooroordelen over snoezelen, bijvoorbeeld dat snoezelen alleen gericht zou zijn op lichamelijk contact.

Daarom is het belangrijk om te zorgen dat de familie goed weet wat snoezelen is: wat de basishouding bij het snoezelen inhoudt, dat zintuiglijke prikkels mogelijkheden bieden om contact te maken en dat snoezelen het leven van de oudere met dementie zo prettig mogelijk wil maken. Ook kun je familieleden met een goede uitleg begeleiden in hoe zij zelf kunnen omgaan met hun familielid met dementie.

Omdat bij het snoezelen mensen dement mogen zijn en in hun waarde gelaten worden, kan de familie geconfronteerd worden met een familielid dat bezig is met poppen en knuffelbeesten. Realiseer je dat dit moeilijk kan zijn voor familie, maar bespreek het wel. Als je goed uitgelegd hebt wat de achtergronden van het snoezelen zijn, kun je daarna uitleggen dat een pop of een knuffelbeest in sommige gevallen een goede ingang kan bieden om contact te maken. Leg ook uit dat je altijd naar het belang van de bewoner kijkt; uiteraard krijgt de bewoner de poppen en knuffels nooit opgedrongen. Hij krijgt ze alleen als de bewoner daar duidelijk plezier aan beleeft.

Je kunt verschillende manieren naast elkaar gebruiken om de familie te betrekken en te informeren:

- Een familie-avond waarin het snoezelen uitgelegd wordt en geïllustreerd met een video^e. De avond kan eindigen met een groepsdiscussie.
- Een folder voor familieleden, waarin de uitgangspunten nog eens op een rijtje staan.
- Een individueel gesprek met de familieleden. Bij nieuwe bewoners leg je aan het begin van de opname uit wat jullie zorgvisie is en wat snoezelen inhoudt. Familie wordt er vanaf het begin bij betrokken omdat zij de levensloopanamnese invult en deze daarna met jou als contact-verzorgende of EVV-er bespreekt. Belangrijk is om, na de snoezelobservaties, het snoezelplan door te spreken met de familie. Besteed ook aandacht aan wat de familie zelf zou kunnen doen. Zo kan de familie leren een arm-handmassage te geven. Als er een snoezelkamer aanwezig is kun je de familie instrueren wat zij er met hun familielid zouden kunnen doen. Ook kun je met hen bespreken wat een geschikt verjaardagskado zou kunnen zijn (bijvoorbeeld een CD, een draagbare CD-speler, parfum van een bepaald merk, een foto-

^e Er is bijvoorbeeld een mooie video te koop bij het Trainingscentrum Bernardus/Fontis te Amsterdam, tel.nr. 020-5517000

album, iets specifiek voor aan de muur, kleding van een bepaalde stof of in een bepaalde kleur).

Verzorgende Lilian: “Nu hebben we ook een disc-man gekregen voor mevrouw van Loon. Dat gaat heel goed, je ziet dan echt een tevreden uitdrukking op haar gezicht. Laatst begon ze te zingen. Ze kent het halleluja van Handel, dat begon ze opeens spontaan te zingen, terwijl ze normaal gesproken niets meer zegt”.

3.7 Voorbeelden uit de praktijk

Er zijn tientallen voorbeelden uit de praktijk te geven van hoe je snoezelen op een eenvoudige manier in de 24-uurszorg kunt integreren. Onderstaand vind je slechts enkele voorbeelden uit de praktijk: voorbeelden om je op ideeën te brengen. Veel van wat je doet hangt af van de wensen en behoefte van de bewoner. Bedenk bij alles wat je doet steeds welke bewoner je voor je hebt en waar je hem of haar blij mee kunt maken. Dit staat in het snoezelplan. Maak zoveel mogelijk gebruik van wat er bij jou op de afdeling aanwezig is.

Om te beginnen enkele voorbeelden uit de ochtendzorg. De voorbeelden variëren van heel eenvoudig toe te passen tot alleen als er faciliteiten (bijvoorbeeld snoezelbadkamer) zijn.

Marianne wast mevrouw Mercks. Als ze klaar zijn lopen ze naar de huiskamer. Ze komen langs een grote spiegel op de gang. Marianne gaat met mevrouw voor de spiegel staan en zegt: “Zo kijk eens in de spiegel, dat ziet er goed uit hè?”. Mevrouw kijkt in de spiegel en zegt: “ja, ja, behoorlijk”.

De spiegel kun je vaak goed gebruiken om contact te maken met bewoners. Soms kun je zelfs via de spiegel een praatje met een bewoner maken, terwijl dit in het gewone contact niet of moeilijk lukt.

Verzorgende Marlies: “Ik ben bewust bezig met in de spiegel kijken, je ziet gewoon dat ze erop reageren. Dan ga je bijvoorbeeld achter iemand staan en dan ziet hij jou in de spiegel en zo kun je contact maken. Maar ook bewoners die zelf erin kijken, gesprekken voeren met zichzelf. Zoals mevrouw Snoeck ook, tot het laatst toe heeft ze contact gemaakt met zichzelf. Even voelen. Soms zie je een hele rij neusjes op die spiegel”.

Daarnaast bieden de ochtend- en avondzorg tal van mogelijkheden voor eenvoudige zintuigactivering, zoals het laten ruiken van zeep, parfum, aftershave, het laten voelen van warm water of stof van kleding, het laten ruiken van aroma in het badwater, het praten over kleuren aan de muur of in de kleding of het luisteren naar muziek of geluiden (vogelgeluiden, ruisen van de zee) van een CD.

Judith heeft mevrouw Diepenveen gedoucht en aangekleed. Daarna pakt ze een flesje eau de cologne. Ze vraagt: “Wilt u nog een lekker geurtje? Ruik maar eens”. Ze houdt mevrouw het flesje voor haar neus. Mevrouw zegt: “Hmmm, lekker”. Judith: “Ja hè, 4711”. Mevrouw lacht. Judith: “Ja, echt waar”.

Astrid gaat meneer Hazekamp wassen. Voor ze meneer aanspreekt of spullen pakt zet ze eerst een CD aan met klassieke muziek waar hij van houdt.

Sommige bewoners kun je goed bereiken met een pop of knuffels.

Verzorgende Conny: “Er zijn knuffels gekomen en het heeft me best verbaasd hoe daar op gereageerd wordt. Dan zie je een heleboel mensen met die knuffels lopen, ook waarvan je het eigenlijk niet verwacht had”.

Bedenk dat de meeste bewoners de pop als een baby zien. Behandel een pop dan ook als een baby, dus voorzichtig. Noem hem geen “pop”, maar laat de bewoner de pop bijvoorbeeld een naam geven.

Verzorgende Pauline is bij mevrouw Bakker voor de ochtendzorg. Ze heeft haar de pop in haar handen gegeven. Mevrouw Bakker kijkt er vertederd naar. “Kijk blauw”, zegt ze en kijkt Pauline aan. “Ja, ze is nu wakker en heeft mooie blauwe ogen”, zegt Pauline. “Ja, ja”, zegt mevrouw Bakker. “Ziet u dat ze een vieze jurk aan heeft? Vindt u het goed als ik haar ga wassen?”. Mevrouw Bakker schudt nee. “Zal ik dan eerst u wassen?”. Mevrouw Bakker reageert niet. “Kom, geef haar maar weer, dan zal ik eerst u wassen”. Pauline houdt net zo lang haar handen in de richting van de pop tot mevrouw Bakker de pop uit eigen beweging af geeft, terwijl ze zegt: “We houden haar bij u in de buurt hoor” en: “Kijkt u maar”. Pauline zet de pop aan het voeteinde van het bed. Mevrouw Bakker volgt de pop. Zodra de pop zodanig zit dat het net lijkt alsof de pop mevrouw Bakker aankijkt zegt ze “hallo” tegen de pop en zwaait ernaar. Pauline pakt de arm van de pop en zwaait ermee terug: “Dag dag”. Pauline pakt een washand en laat die aan mevrouw Bakker zien: “Wilt u uw gezicht wassen?”. Mevrouw Bakker reageert niet. Pauline gaat nog beter voor haar staan, laat de washand nog eens zien en maakt dan wasbewegingen over haar gezicht. “Uw gezicht wassen”, zegt Pauline nog een keer. “Kijk, zo”. Ze maakt nu wasbewegingen voor het gezicht van de pop. Ze geeft de washand aan mevrouw Bakker die daarop zelf haar gezicht begint te wassen.

Veel bewoners genieten van in bad gaan. Dit geldt natuurlijk niet voor alle bewoners. Het bad gebruik je daarom alleen als je uit de observaties weet dat de bewoner dit prettig vindt.

Meneer Boomstra wordt door Karin in bad gedaan. Ze zegt: “Zo, u gaat in bad. Ik laat u nu zakken. Daar zit u. Is dat lekker?”. Ondertussen kijkt ze meneer voortdurend aan. Meneer kijkt strak voor zich uit. Ze blijft meneer steeds aankijken. Ze zegt niets, maar lacht vriendelijk tegen hem, terwijl ze voorzichtig met een washand warm water over meneer schept. Langzaam ontspant meneer. Soms glimlacht hij heel even terug.

Mevrouw van Steenbergen is diep dement en mag vandaag in bad. Anneke brengt haar met bed en al naar de badkamer. "Hallo Jantje, je mag vandaag in bad. Ik zal eens een mooie CD opzetten voor je. Ze zet een CD met liedjes van Annie M.G. Schmidt op. Daar hou je wel van hè?". Voordat Anneke mevrouw van Steenbergen in bad doet, zet ze een diaprojector en sfeerverlichting aan. Op de muur verschijnen nu rustgevende, in elkaar overlopende kleuren. Als mevrouw van Steenbergen in bad ligt ziet ze dat en kijkt er een lange tijd aandachtig naar. Anneke pakt een krukje en gaat aan de zijkant van het bad bij haar zitten. Ze pakt de verkrampde handen en armen van mevrouw van Steenbergen vast en begint die zachtjes lossen te maken. Mevrouw van Steenbergen ontspant gedeeltelijk en valt in slaap.

Ook de huiskamer biedt veel mogelijkheden voor zintuigactivering. In de praktijk hebben we vaak gezien dat muziek of zingen in de huiskamer voor een goede sfeer kunnen zorgen. Maar er zijn natuurlijk nog veel andere mogelijkheden. Bewoners die nog kunnen lopen kunnen helpen met de planten verzorgen of de tafel dekken. De huiskamer kan ook een uitgelezen plek zijn om themahoekjes te maken, bijvoorbeeld een herfsttafel of een paastafel. Ook elders op de afdeling kunnen speciale hoekjes gemaakt worden rond een thema wat bij veel bewoners leeft.

Cindy is in de huiskamer. Ze heeft koffie geschonken. Er staat een CD op met Nederlandstalige muziek. Cindy zegt: "Mevrouw Kieboom, u kunt zo mooi zingen. Deze kent u ook vast wel, toch?". Ze begint te zingen: "Omdat ik zoveel van je hou". Mevrouw valt in en ze zingen samen mee met de muziek. Dan zwaait Cindy met haar handen richting meneer Blik. Meneer glimlacht naar haar.

De bewoners zitten in de huiskamer na het eten. Marcel komt binnen. Hij praat met de dames Ligtenberg en De Boer over Limburg naar aanleiding van het tijdschrift over Limburg dat mevrouw De Boer voor zich heeft liggen. Samen zingen ze het Limburgs volkslied.

Tijdens de maaltijden kunnen diverse zintuigen geprikkeld worden. Denk bijvoorbeeld aan ruiken, proeven en kijken. Veel verpleeghuizen hebben speciale projecten rondom de maaltijd. Bijvoorbeeld een ontbijtproject, waarbij de tafel mooi gedekt wordt, de geur van verse croissantjes aanwezig

is of eieren met spek aan tafel gebakken worden. Ook bij de warme maaltijd kun je aandacht besteden aan hoe het eten opgediend wordt. Maak de bewoners ook attent op de zintuiglijke prikkels van het eten.

Laura deelt eten uit. Ze komt bij meneer Durinkhof die met zijn bed in de huiskamer staat. Ze zegt: "Mark, ik zet je hoofdeinde omhoog. Ik heb eten voor je". Ze zet het hoofdeinde omhoog en het bord voor hem neer: "Kijk eens wat lekker. Het is vis, aardappels en worteltjes. Mooie kleuren bij elkaar hè?". Ze gaat naast hem zitten en doet wat eten op een lepel: "Kom Mark, neem maar een hap. Proef eens wat lekker". Meneer doet zijn mond open. Laura geeft hem een hap en zegt: "Lekker hè?".

Door de dag heen zijn er natuurlijk nog veel andere momenten waarop een bewoner blij gemaakt kan worden met een kleine snoezelactiviteit. Soms, bijvoorbeeld als een bewoner verdrietig of agressief is, is het zelfs noodzakelijk dat je meteen iets doet waarvan je uit het snoezelplan weet dat het goed werkt. Hieronder enkele voorbeelden.

Mevrouw Willemsen zit in bed, ze is helemaal overstuur en huilt. Riek hoort het als ze langs loopt en zegt: "Ans ik kom eraan hoor". Ze gaat naar mevrouw toe en knuffelt haar. Mevrouw kalmeert. Als mevrouw weer rustig ligt zegt Riek: "Ik ga even dit wegbrengen en dan kom ik weer terug". Ze loopt de kamer uit. Even later is ze weer terug. Mevrouw is nog steeds rustig. Riek zegt: "Zo, daar ben ik weer". Ze knuffelt mevrouw opnieuw.

Mevrouw van der Kamp is onrustig. Ze krijgt van Yvonne een walkman met klassieke muziek op. Mevrouw is vroeger een goede amateur opera zangeres geweest. Mevrouw valt in slaap met de walkman op.

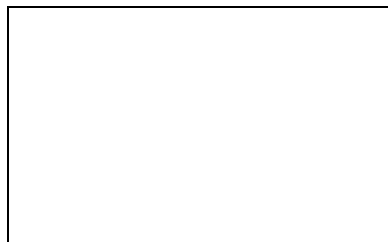
Literatuur

1. Alzheimer Nederland. Dementie in Nederland: aantallen patiënten. Alzheimer informatief. Bunnik: Alzheimer Nederland, 2002.
2. NIVEL/Waerthove. Richtlijnen voor verzorgenden. Het begeleiden van mensen met dementie die depressief of apathisch zijn. Utrecht: NIVEL, 2004.
3. Kok W, Pater J, Choufour J. Snoezelen. Amsterdam: Bernardus Expertisecentrum/Fontis, 2000.
4. Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, Strauss E von. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2003;17:63-67.
5. Hoek JP, Pennix BWJH, Ligthart GJ, Ribbe MW. Health care for older persons, a country profile: The Netherlands. *Journal of the American Geriatric Society* 2000;48:214-217.
6. Hazelhof T, Garenfeld W, Verdonshot T. Vormen van dementie. *Tijdschrift voor Verzorgenden* 2004: 12-14.
7. Zuidema SU, Koopmans RTCM. Prevalentie en determinanten van BPSD in verpleeghuizen. Een literatuurstudie. Nijmegen: UMC St. Radboud, 2002.
8. Ingen Schenau J van. Dementie, een medisch perspectief. Utrecht: Van der Wees-uitgeverij, 2000.
9. Lange J de. Omgaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment. Utrecht: Jacomine de Lange/Trimbos-instituut, 2004.
10. Hulshegge J, Verheul A. Snoezelen, een andere wereld. Een praktijkboek voor zwakzinnigenzorg. Nijkerk: Intro, 1986.
11. Bloemendal G. Snoezelen met demente bejaarden. Deel II: Vormen van snoezelen. *Tijdschrift voor Bejaarden-, Kraam- en Ziekenverzorging* 1987;5:134-139.
12. Kruyver I, Kerkstra A. Begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners: Een overzicht. Utrecht: NIVEL, 1996.
13. Achterberg I, Kok W. Snoezelen met psychogeriatrische bewoners. Integratie in de dagelijkse zorg. *Activiteitssector* 1992;11:16-19.
14. Bloemendal G. Snoezelen met dieper gestoorde demente bejaarden (1), gericht op zintuiglijke waarneming en primaire behoeften. *Maandblad Activiteitssector* 1983;5:133-138.
15. Verdult R. Contact in nabijheid. Snoezelen met ernstig demente mensen. Leuven: Acco, 1997

16. Kitwood T. *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press, 1997.
17. Weert JCM van. *Multi-Sensory Stimulation in 24-hour dementia care. Effects of snoezelen on residents and caregivers*. Utrecht: NIVEL, 2004.
18. Pieterse M, Geelen R. Snoezelen met demente bejaarden. Een aanzet tot een systematische aanpak. *Activiteitssector* 1990;6:1-5.
19. Man I de. *Informatie Zintuigactivering Zorgcentrum Ter Weel Goes voor medewerkers en familie unit 5 en 6*. Goes: Zorgcentrum Ter Weel, 2000.

Bijlage 1. Voorbeeld formulier levensloop anamnese

Bron: Trainingscentrum Bernardus/Fontis te Amsterdam (overgenomen met
toestemming)



Levensloopgegevens

Mevrouw/ de heer : _____

Afd./kamer : _____

Geboren d.d. : _____

te : _____

Dit formulier is
ingevuld door : _____

Relatie : _____

Datum : _____

Gegevens over het ouderlijk huis (van de bewoner)

Hoe was de samenstelling van het ouderlijk gezin (vader, moeder, broers en zussen)? (s.v.p. roepnamen van broers en zussen vermelden)

Wat was de naam van de vader van de bewoner?

Wat was de naam van de moeder van de bewoner?

Wat was het beroep van de vader van de bewoner?

Wat was het beroep van de moeder van de bewoner?

De hoeveelste in de rij is de bewoner?

Wie van het ouderlijk gezin is/zijn overleden?

Heeft de bewoner nog contact met broers en zussen / zwagers en schoonzussen? (Zo ja, met wie)

Persoonlijk verleden

Welke opleidingen, studies heeft de bewoner gevolgd?

Heeft de bewoner bijzondere kwaliteiten buiten hobby's?

Hebben er in het verleden ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden?

Waar was de bewoner tijdens de oorlog?

Hoe was de bewoner gewend te handelen bij het oplossen van problemen?

Kreeg de bewoner hierbij professionele begeleiding? (Zo ja, bij wie?)

Werkverleden

Waar en in welke beroepen is de bewoner werkzaam geweest?

Op welke leeftijd is de bewoner gestopt met werken?

Wat was de reden van het staken van de werkzaamheden?

Huwelijk(en)

samenwonend : _____
alleenwonend : _____
gehuwd met : _____
sinds : _____
geb. datum partner : _____
beroep partner : _____
beëindiging huwelijk : _____
reden : _____
aantal
(pleeg) kinderen : zonen _____ dochters _____
roepnamen
(pleeg) kinderen : _____

aantal
kleinkinderen : _____

overlijden partner : d.d. _____
oorzaak overlijden : _____

overlijden
(pleeg) kinderen : _____

oorzaak overlijden : _____

Belangrijke personen

Zijn/waren er nog personen extra belangrijk voor de bewoner binnen of buiten de familiekring? Zo ja, wie? Heeft de bewoner nog contact met hen?

Geloof

Heeft de bewoner een levensovertuiging c.q. bij welke kerkgenootschap was de bewoner betrokken?

Welke rol speelt de kerkelijke beleving in het verleden en op dit moment?

Heeft de bewoner behoefte aan contact met de pastoraal werkende in het verpleeghuis?

Gewoonten en voorkeuren

Heeft de bewoner speciale gewoonten/voorkeuren? Denk hierbij aan eetgewoonten, drinken, roken, ochtend- of avondmens, omgaan met mensen en dergelijke.

Welke gewoonten heeft de bewoner wat betreft uiterlijke verzorging? Bijvoorbeeld douchen, in bad of aan de wastafel, make-up, scheren, kleding, toiletbezoek.

Heeft de bewoner een uitgesproken hekel aan iets of iemand?

Wat lust de bewoner graag?

Wat lust de bewoner niet?

Heeft de bewoner een voorkeur voor bepaalde geuren?

Heeft de bewoner een afkeer van bepaalde geuren?

Met welke personen heeft de bewoner de laatste tijd het meeste contact?

Kunnen deze genoemde personen op bezoek komen?

Heeft de bewoner nog spullen waar de bewoner aan gehecht is, zoals sprei, kussen, stoel, fotoboeken of -lijstjes, schilderijtjes etc.?

Zou u dit mee kunnen/willen nemen naar het verpleeghuis?

Belangstellingsgebieden

Wat heeft of had de belangstelling van de bewoner? S.v.p. aankruisen en graag toelichten (bijv. welke muziek of welk kaartspel of welke sport en huishoudelijke bezigheden).

	Vroeger	Nu	Toelichting
Communicatie			
boeken lezen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
krant lezen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
schrijven (brieven)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
tv-kijken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
foto's kijken			_____
radio luisteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
telefoneren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Flora en fauna			
planten/bloemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
tuinonderhoud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
(huis) dieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Muziek			
muziek luisteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
muziek maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Zingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Sport/bewegen

wandelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
fietsen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
sport kijken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
sport zelf doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
zwemmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
dansen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Hobby's

kleding maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
handwerken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
handarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
tekenen/schilderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
fotograferen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
winkelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
biljarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
kaarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
spellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
verzamelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Huishoudelijke activiteiten

koken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
afwassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
wassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
stoffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Uitgaan

cafébezoek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
verenigingsleven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
theater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
bioscoop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
reizen/vakanties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Algemeen

politiek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
kerk en godsdienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
geen uitgesproken belangstelling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Ruimte voor verdere toelichting

Psychisch functioneren

(Problemen die voortkomen uit de ziekte)

Vergist de bewoner zich in de tijd?

Vergist de bewoner zich in de plaats waar hij/zij is?

Haalt de bewoner personen door elkaar?

Is de bewoner onrustig in de avond?

Is de bewoner onrustig in de nacht?

Is de bewoner onrustig op andere momenten?

Gedragsuitingen

Is de bewoner achterdochtig?

Hoort, ziet of denkt de bewoner weleens dingen die er **niet** zijn?

Is de bewoner angstig?

Is de bewoner verdrietig?

Is de bewoner agressief?

Is de bewoner eenzaam?

Is de bewoner verward?

Lijdt de bewoner aan verlies van beschavingsnormen?

Is de bewoner extreem passief?

Is de bewoner verslaafd (geweest) aan alcohol, medicijnen of iets anders?

Ruimte voor verdere toelichting
(zaken omschrijven)

Bijlage 2. Voorbeeld observatieformulier

Observaties van Reuk en Tast

Bron: Trainingscentrum Bernardus/Fontis te Amsterdam (overgenomen met toestemming)

Sessie / datum																			
Geurschuim in waterbad																			
In waterbak																			
Geurpotjes																			
Handmassage met handcrème																			
Handmassage met aromatische oliën																			
Gezichtsmassage																			
Voetbad & massage																			
Ontbijtclub																			
Bloemschikken																			
Koken/bakken																			
Bloemen																			
Fruit																			
Parfum/after-shave																			
Wierook																			
Verbaal																			
Zoekt zelf contact door middel van woorden of geluiden																			
Beantwoordt/reageert op vragen en aanspreken																			
Levendig stemgeluid, niet monotoon																			
Non-verbaal																			
Oogcontact																			
Opkijken																			
Aanraken																			
Toegewende houding																			

Luisteren naar geluid of stem										
Geagiteerd, rusteloos, handenwringen, haarplukken										
Trage bewegingen, langzame spraak of geluiden, trage reacties										
Hoofd laten hangen, reageert niet op Prikkel										
Gespannen, krampachtige houding										
Stemming										
Angstige gezichtsuitdrukking, peinzend, zorgelijk										
Verdrietige gezichtsuitdrukking										
Apathische gezichtsuitdrukking, vlak, lusteloos										
Boze gezichtsuitdrukking, opstandig, afwerend										
Vrolijke gezichtsuitdrukking, lachend, tevreden										
Herinnering/overige reacties										
Krijgt door aangeboden prikkel een herinnering										
Uit seksuele gevoelens										

Bijlage 3. Voorbeeld formulier snoezelplan

Bron: Trainingscentrum Bernardus/Fontis te Amsterdam (overgenomen met toestemming)

Naam cliënt _____ Datum snoezelplan _____

Geboortedatum _____ Code zorgplan _____

Contactverzorgende _____

Binnen 6 weken na opname in te vullen door verzorgende, in afstemming met activiteitenbegeleiding.
Desgewenst psycholoog raadplegen.

Snoezelplan

Gedrag	Benaderingswijze
Benaderingswijze vanuit normale situatie	
Bij onrustig/angstig gedrag	

Bij verdrietig gedrag	
Bij uitingen van pijn	
Bij agressief gedrag	
Bij depressief gedrag	

Snoezelen in de zorg

Handboek voor de praktijk

Bewonersgerichte omgangsvormen

Snoezelen in de zorg Handboek voor de praktijk

Deel 2 voor uitvoerende zorgverleners

Bewonersgerichte omgangsvormen

Julia van Weert
Jan Peter
Bienke Janssen
Flora Vrugink
Sandra van Dulmen



Deze publicatie is mogelijk gemaakt door subsidie van:



Zon Mw



Stichting Het R.C. Maagdenhuis

ISBN 90-6905-735-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Tekstadvies: Janke Hiemstra

Layout: Doortje Saya

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Positieve en negatieve omgangsvormen	7
2.1	Beschrijving van de positieve omgangsvormen	9
2.2	Beschrijving van negatieve omgangsvormen	21
	Literatuur	31

1 Inleiding

Dit boekje is het tweede in een reeks van vier boekjes over snoezelen, geïntegreerd in de 24-uurszorg aan ouderen met dementie. Deel 2 beschrijft de bewonersgerichte werkhouding die nodig is om het snoezelen goed toe te kunnen passen. De andere drie boekjes beschrijven:

- snoezelen als methode om de kwaliteit van leven van ouderen met dementie te verbeteren (deel 1),
- de implementatie van snoezelen als zorgmodel (deel 3) en
- de resultaten van een onderzoek naar de effecten van snoezelen in de zorg (deel 4).

Deel 1 en 2 zijn met name gericht op uitvoerende zorgverleners en zorgverleners in opleiding. Deel 3 en 4 zijn meer bedoeld voor leidinggevenden, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in implementatie en onderzoeksresultaten van snoezelen.

Het dementeringsproces is een proces van lichamelijke én psychische achteruitgang en gaat vaak samen met gedragsproblemen, zoals geagiteerd gedrag, opstandig gedrag, agressie, angst, apathie of depressie. Dit gedrag wordt deels veroorzaakt door de veranderingen in de hersenen. Hoe de persoon zelf met zijn dementie omgaat en hoe zijn omgeving op de veranderingen reageert beïnvloeden eveneens het ontstaan van probleemgedrag. Door een juiste begeleiding kun je gedragsproblemen van bewoners^a met dementie voorkomen of verminderen. Daarbij is een bewonersgerichte werkhouding de basis. Een bewonersgerichte werkhouding houdt in dat je je probeert te verplaatsen in de bewoner en je gedrag aanpast aan de behoeften van de bewoner. In dit boekje lees je hoe het bewonersgerichte werken eruit ziet en welk gedrag er wel of niet bij hoort. De Engelsman Kitwood heeft een overzicht gemaakt van positieve en negatieve omgangsvormen van zorgverleners (Dialectical Framework). Positief gedrag van zorgverleners zorgt ervoor dat ouderen met dementie positiever gestemd raken. Negatief gedrag van zorgverleners werkt negatief gedrag bij ouderen met dementie in de hand.¹ De houding van zorgverleners

^a Lees bij “bewoner” steeds “verpleeghuisbewoner met dementie” of “cliënt”. Omdat dit handboek gebaseerd is op onderzoek naar snoezelen op psychogeriatrische verpleegafdelingen is gekozen voor “bewoner”. Snoezelen is echter ook toepasbaar bij andere groepen cliënten.

staat dus centraal in de begeleiding van ouderen met dementie. Het gaat er niet alleen om “wat” je doet als zorgverlener, maar vooral “hoe” je dat doet.

In dit boekje worden de positieve en de negatieve omgangsvormen van zorgverleners in de omgang met ouderen met dementie uitgewerkt. Bij de toepassing van snoezelen in de dagelijkse zorg staat een bewonersgerichte werkhouding van de zorgverlener centraal. Figuur 1 geeft een overzicht van de positieve en negatieve omgangsvormen die in dit boekje beschreven worden.¹⁻⁵ Deze omgangsvormen worden toegelicht met voorbeelden uit de praktijk. Verschillende soorten positief of negatief gedrag kunnen tegelijkertijd voorkomen. Daarom passen sommige voorbeelden in meerdere categorieën. Het voorbeeld wordt dan toch maar één keer gegeven.^b

^b De namen in de voorbeelden zijn gefingeerd

2 Positieve en negatieve omgangsvormen

Figuur 1. Overzicht van positieve en negatieve omgangsvormen van verzorgenden.

Gebaseerd op Kitwood (1997) en opgenomen met toestemming van the Open University Press/McGraw-Hill Publishing Company.¹

Positief gedrag van verzorgenden	Negatief gedrag van verzorgenden
Erkennen	Bewoner behandelen als een kind
Keuzes geven en onderhandelen	Niet ingaan op (on)mogelijkheden
Vergemakkelijken	Overtreffen
Empathie tonen	Verwijten
Meegaan in de belevingswereld	Belevingswereld negeren
Humor	Bewoner negeren
Verbaal contact maken	Ontnemen
Discretie/privacy	Verstoren
Afleiden	Misleiden
Zintuigactivering	Kennis testen
	Opleggen

2.1 Beschrijving van de positieve omgangsvormen

In deze paragraaf staan de positieve gedragingen van zorgverleners met voorbeelden uit de praktijk.

Erkennen

Het is belangrijk de persoon van de bewoner te erkennen en je bewust te zijn van de gevolgen van de dementie. *Erkennen* kun je doen door in kleine dingen te laten merken dat je weet wie je voor je hebt en dit te respecteren. Erkennen is daarom niets nieuws, maar blijft wel iets om voortdurend alert op te zijn. Onder deze term valt bijvoorbeeld het aanspreken van een bewoner met de voornaam als je gemerkt hebt dat de bewoner dit prettig vindt en daar goed op reageert. Of juist het aanspreken met “mevrouw”, als je weet dat dit beter past bij de aard van de bewoner. *Erkennen* is ook het accepteren dat dingen soms fout gaan door het dementieel syndroom zonder geïrriteerd te worden of het bewust rekening houden met gewoonten van de bewoner of het spreken van de streektaal van een bewoner, zoals Zeeuws, Fries, Engels of Indonesisch.

Meneer Gosselink wordt gewassen door Annemiek. Ze is bijna klaar als meneer zegt: “Ik moet plassen”. Annemiek zegt: “Dan gaan we naar de wc”. Meneer zegt: “Het is al gebeurd”. Annemiek zegt vriendelijk: “Nou dan beginnen we opnieuw”. Ze moet hem weer helemaal uitkleden en begint opnieuw met wassen, maar doet dat zonder enige irritatie of haast te laten merken.

Mevrouw Giesen wil liever geen suiker in de thee omdat ze bang is dat ze daar dik van wordt. Riet zegt begrijpend: “Ik doe er wel een zoetje in”.

Mevrouw Zeeman heeft soep gekregen, maar nog geen hap gegeten. Collega Laura zegt tegen Bettie: “Laten we het maar met het hoofdgerecht proberen dan”. Bettie geeft mevrouw haar eten en zegt: “Kijk eens mevrouw Zeeman, ik heb vis en worteltjes voor u. Eet maar lekker op”. Even later heeft mevrouw nog niets gegeten. Bettie gaat naast haar zitten en zegt: “Mevrouw Zeeman, u moet wel iets eten hoor. Het is toch best lekker?”. Mevrouw kijkt haar boos aan. Bettie zegt: “Kom, probeert u eens een hap, dan kunt u het zelf proeven”. Mevrouw doet niets. Bettie probeert haar een hap te geven, maar mevrouw houdt haar mond stijf dicht. Bettie zegt: “Een boterham dan maar?”. Collega Laura zegt: “Geef haar maar twee boterhammen met chocoladehagel, daar is ze gek op”. Mevrouw eet beide boterhammen met smaak op.

Keuzes geven en onderhandelen

Verzorgenden kunnen *onderhandelen* met de bewoner over diens wensen en voorkeuren. Door de bewoner een *keuze* te geven, kun je ervoor zorgen dat hij^c meer betrokken is. De keuze moet wel zijn afgestemd op het niveau van de bewoner. Een bewoner met beginnende dementie kan samen met jou kleding uitzoeken uit de kast. Een bewoner met dementie in een verder gevorderd stadium kun je laten kiezen tussen twee jurken. Andere keuzes zijn de vraag of de bewoner wil opstaan of niet, wat de bewoner wil eten en wanneer, of de bewoner sieraden wil dragen en of de bewoner parfum of after-shave op wil. Ook kun je een bewoner uitnodigen om iets te doen, zoals aan tafel gaan zitten, meekomen naar de huiskamer of meegaan naar een activiteit.

Marieke haalt mevrouw Wouters uit bed. Ze kleedt mevrouw uit en geeft haar een handdoek om om te slaan. Dan haalt ze twee jurken uit de kast en vraagt: “Deze of deze?”, terwijl ze de jurken om de beurt omhoog doet en ze daarna naast elkaar omhoog houdt in het blikveld van mevrouw. Mevrouw knikt naar de rechter jurk en antwoordt met “jajahehe”.

^c Lees bij “hij” steeds “hij of zij”

Mevrouw Custers is een vrouw die graag met haar uiterlijk bezig is. Meestal halen de verzorgenden tijdens de ochtendzorg haar kleren voor haar uit de kast. Op een dag neemt Astrid haar mee naar de kledingkast en vraagt wat ze die dag aan wil. Mevrouw reageert verrast en blij: "Mag ik dat echt zelf uitzoeken?". Vanaf die dag wordt ze elke dag voor haar kledingkast gezet en wordt er met haar besproken wat ze die dag aan wil, ongeacht de verzorgende die haar uit bed helpt. Mevrouw Custers kiest haar kleding met zorg uit.

Marloes vraagt meneer Arendsen: "Meneer Arendsen heeft u genoeg?". Meneer antwoordt: "Nou ik lust nog wel wat denk ik". Marloes: "Lust u nog een beetje aardappels en groenten?". Meneer: "Ja dat denk ik wel". Marloes: "Nou kijk eens dan aardappels en groenten. Beetje jus erbij". Meneer eet alles op. Als zijn bord leeg is vraagt Marloes: "Meneer Arendsen lust u nog wel een toetje?". Meneer antwoordt: "Ja dat denk ik wel hoor". Marloes schenkt vla in een schaaltje zet het voor meneer en zegt: "Kijk eens". Meneer kijkt Marloes aan en eet alles op. Er zit nog steeds vla in het pak. Marloes zegt tegen meneer Arendsen: "Lust u soms nog een beetje?". "Ja ja". Marloes: "Ja wilt u nog wat?". "Ja ja". Marloes: "Kijk eens". Ook dit eet meneer allemaal op.

Sanne komt bewoners halen voor bloemschikken op de activiteitenbegeleiding. Eén bewoner weigert. Sanne zegt: "U gaat toch wel mee naar bloemschikken, dat kunt u zo goed". Mevrouw Koning zegt: "Nee hoor, ik heb geen zin". Sanne zegt: "Maar uw vriendin gaat ook mee. U kunt ook alleen kijken, u hoeft niets te doen. Gaat u mee?". Mevrouw antwoordt: "Nou, dan ga ik wel mee".

Yvonne gaat naar mevrouw Groenewoud en zegt: "Mevrouw Groenewoud, goedmorgen. Ik doe het licht aan". Ze knipt een lamp met gedempt licht aan. "Komt u eruit?". Mevrouw reageert niet en blijft in bed liggen. Yvonne zegt: "Komt u er niet uit? U kunt lekker onder de douche". Mevrouw geeft nog steeds geen antwoord. Yvonne zegt: "Bent u nog zo moe? U mag ook nog even blijven liggen". Mevrouw knikt. Yvonne legt de dekens goed om haar heen, doet de lamp weer uit en loopt de gang op.

Vergemakkelijken

Bij *vergemakkelijken* laat je de bewoner op zijn eigen niveau meewerken aan de zorg en het huishouden zodat de zorg samenwerkend tot stand komt. Je geeft daarbij precies de hoeveelheid hulp die nodig is. Zo zorg je ervoor dat activiteiten die de bewoner zelf kan doen ook door de bewoner gedaan worden, zonder dat dit frustratie voor hem oplevert. Voorbeelden van vergemakkelijken zijn: het aangeven van materialen als washandjes, handdoeken, kledingstukken of het voordoen van een handeling met gebaren. Zelf een klein stukje voordoen zodat de bewoner de handeling af kan maken werkt ook goed. Je geeft de bewoner de vork in de hand en stopt samen één hap eten in de mond van de bewoner. Daarna probeer je hem zelf verder te laten eten. Ook bij het laten helpen met huishoudelijke taken is hulp op maat noodzakelijk.

Kim vraagt mevrouw Jacobs om haar arm op te tillen. “Ik trek uw hemd aan, deze arm”. Ze tikt zacht op de arm van mevrouw, mevrouw tilt de arm op. “Goed zo nu de andere”. Ze tikt op de andere arm. “Prima”.

Lies gaat de tafel dekken. Ze vraagt mevrouw Ligtenberg: “Wilt u soms even helpen?”. Mevrouw zegt: “Ja dat wil ik wel. Wat moet ik doen?”. “Kijk ik heb hier lepels. Legt u maar bij elk bord een lepel”. Mevrouw: “Bij ieder bord?”. Lies: “Ja, kijk zoals hier”. Als mevrouw klaar is vraagt ze: “Wilt u de vorken ook doen?”. Mevrouw: “De vorken”. Lies: “Ja, ook bij ieder bord een vork”. “Oh oké”.

Ellis gaat naar mevrouw Diepenveen om haar te wassen en aan te kleden. Mevrouw is erg doof. Ellis praat op heel harde toon. Ze praat met veel mimiek en ondersteunt haar opdrachten vaak met gebaren zoals het laten zien van kledingstukken die aangetrokken moeten worden, of het wijzen op zichzelf of de bewoner als ze het heeft over iets wat zij of de bewoner moet doen.

Henk is meneer Wisselink aan het wassen. Hij vraagt aan meneer: “Sta maar op en kom maar naar de wasbak”. Meneer kijkt hem vragend aan. Henk herhaalt de vraag, maakt er nu gebaren bij en doet het voor. Meneer staat op en loopt naar de wasbak.

Francis heeft de tv aangezet om de bewoners naar de intocht van Sinterklaas te laten kijken. Meneer Durinkhof ligt in bed in de huiskamer. Francis doet het hoofdeind van het bed iets omhoog en draait het bed zodanig dat meneer goed zicht op de tv heeft. Ze zegt: "Zo kunt u ook alles zien hè"? Meneer kijkt haar aan en zegt: "Broeoeoe".

Empathie tonen

Empathie wordt ook wel invoelend vermogen genoemd. Empathie tonen betekent dat je je kunt inleven in de situatie van de bewoner en dat je de gevoelens van de bewoner serieus neemt. Je toont affectie (warmte) als de bewoner daar behoefte aan heeft en je kunt de gevoelens van de bewoner verwoorden. Als de bewoner pijn of ander ongemak uit door praten, kreunen of schreeuwen reageer je begrijpend en troostend. Bewoners die met hun gezicht trekken, trillen of huiveren kun je geruststellen door empathie te tonen. Een bewoner die verdrietig of in de war is, kun je op een liefdevolle manier troosten. Empathie toon je door dat wat je ziet bij de bewoners onder woorden te brengen en begrip te tonen ("dat vindt u vervelend hè?"). Empathie kun je ook heel goed non-verbaal tonen, door de bewoner te knuffelen of zachtjes over het hoofd of de armen te wrijven. Hierbij moet je altijd goed op de reactie van de bewoner letten om na te gaan of de bewoner het inderdaad prettig vindt.

Mevrouw Ten Broeke wordt gewassen en aangekleed. Mevrouw vraagt telkens: "Wat moet ik nu doen?". Marianne vertelt haar dan wat de bedoeling is. Mevrouw klaagt: "Ik snap het niet" en ze begint bijna te huilen. Marianne wrijft haar over de arm en zegt: "Het is moeilijk hé?". Mevrouw jammert niet meer.

Lenie wast mevrouw Jansen op bed. Mevrouw kreunt bij elke handeling. Lenie doet zo voorzichtig mogelijk en stopt af en toe even om mevrouw over het hoofd of de arm te wrijven. Ze zegt: "Dit is niet fijn hè? Nog heel eventjes, ik ben zo klaar".

Karin wast mevrouw van Tilburg. Ze zegt: "Even mijn kant opdraaien". Mevrouw kijkt angstig. Karin zegt: "U vindt het eng hè? Dat kan ik me voorstellen, maar ik sta ervoor. U moet maar denken op mij valt u zacht". Ze lachen allebei en mevrouw kan gedraaid worden.

Areke ziet dat dhr. Meulendijk verdriet heeft. Ze loopt naar hem toe en biedt hem een zakdoek aan. Dan slaat zij een arm om zijn nek en geeft hem een zoen op zijn voorhoofd. Ze blijft even bij hem zitten en kijkt hem aan. Dhr. Meulendijk begint wat te mompelen. Voor Areke een teken dat het weer met hem gaat. Ze biedt hem een tijdschrift aan en geeft hem nog een aai over zijn hoofd. “Hier, Leon, ga maar lekker lezen”. Dhr. Meulendijk begint daarop in het tijdschrift te bladeren.

Meneer Goutbeek wordt erg onrustig van een medebewoner die in de huiskamer zit te roepen. Hij staat op en begint over de gang heen en weer te lopen. Alie komt hem daar tegen en zegt: “Dat vindt u vervelend hè? Loopt u maar even met mij mee, dan gaan we een ander plekje voor u zoeken”.

Mevrouw Harkema is net helemaal aangekleed door Pauline. Opeens grijpt mevrouw in paniek naar haar kruis. “Och heden, hoe kan dat nou, daar heb ik anders nooit last van”, mompelt ze zichtbaar ontdaan. Pauline pakt zachtjes de schouders van mevrouw Harkema vast en zoekt oogcontact met haar. Dan zegt ze vriendelijk: “Het geeft niet, kom maar gauw. Hier is de w.c.”. Als mevrouw Harkema op het toilet zit zegt Pauline: “Kijk, het is al goed. Alles is zo weer schoon en dan is het weer klaar”. Mevrouw Harkema wordt weer rustig.

Meegaan in de belevingswereld

Als de beleving van de bewoner niet overeenkomt met de realiteit ga je daarin mee en je corrigeert het niet. *Meegaan in de belevingswereld* betekent dat je de beleving van de bewoner niet probeert weg te praten. Je zoekt uit wat er in hem omgaat en probeert hem te steunen op basis van meevoelen (inlevingsvermogen). Empathie tonen (zie hierboven) ligt aan de basis van meegaan in de belevingswereld ofwel valideren.

Wanneer de dementie gevorderd is, kunnen bewoners gefrustreerd en onrustig raken als ze steeds (rationeel) in de “werkelijkheid” gebracht worden. Dan is het geoorloofd om “mee te gaan” met de bewoner, ook als die in jouw ogen onzin verkoopt. Dit kan de bewoner veel rust geven. Het gaat in dit geval vrijwel altijd om bewoners die gedesoriënteerd zijn in tijd of plaats. Ze denken dat ze op hun werk zijn of dat ze in een andere tijd leven dan ze in werkelijkheid doen. Ze willen naar huis of ze vragen naar familieleden die al jaren dood zijn. De voorbeelden die gegeven worden

gaan vooral over het verbale “meegaan”. Het is hierbij erg belangrijk om het “meegaan” niet als een “trucje” te gebruiken, maar het te combineren met empathie en emotionele steun.

Meneer Huybrechts zegt tegen Linda: “Mijn vader komt vanmiddag op bezoek”. Linda antwoordt: “Wat gezellig voor u”.

Lonneke en Inge zitten in de huiskamer met de bewoners te kletsen. Mevrouw Abelink komt aanlopen en zegt: “Deze rok heb ik nog van vader gekregen”. Inge zegt: “Oh ja?”. Mevrouw: “Ja, we gingen met de platte wagen naar de markt op zaterdagmiddag, eerst gingen we aardappels kopen en toen zei mijn vader nu gaan we nog een mooie stof kopen voor een rok voor jou”. Inge: “Dat zult u wel leuk gevonden hebben”. Mevrouw: “Ja, dat gebeurde niet zo vaak hoor dat je nieuwe kleren kreeg. En toen hebben we deze stof uitgezocht”. Lonneke: “Het is wel hele mooie stof”. Mevrouw “Ja, ja was ook duur hoor”.

Mevrouw Jansen vraagt aan Rina: “Waar moet ik nou wachten voor de taxi? Ik ga zo naar huis, maar waar kan ik het beste wachten?”. Rina antwoordt: “Gaat u hier maar even zitten. Neem gerust nog een kopje koffie want er schijnen veel files te zijn op het moment. Dus het kan best nog even duren voor hij er is”.

Mevrouw de Boer is vandaag jarig. Er hangen slingers en ze draagt een corsage. Ze zit op een versierde stoel. Jeroen komt binnen en zegt: “Gefeliciteerd met uw verjaardag”. Mevrouw de Boer: “Dat was gisteren”. Jeroen: “O, was u gisteren jarig. Heeft u een leuke dag gehad gisteren?”. Mevrouw begint te vertellen.

Mevrouw Hoogland zegt tijdens het wassen tegen Maartje: “We moeten opschieten, vader komt zo. Als we te laat zijn wordt hij boos”. Maartje: “We kunnen rustig aan doen, hij heeft net gebeld dat hij wat later komt”. Mevrouw is gerustgesteld en laat zich verder wassen en aankleden.

Yvonne gaat naar mevrouw de Boer om te helpen met de ochtendzorg. Ze komt mevrouw tegen op de gang. Yvonne vraagt: “Zo zal ik u even helpen?”. Mevrouw zegt: “Ik moet jou helpen”. Yvonne: “Dat mag ook, loopt u even mee dan?”. Mevrouw: “Oké”.

Een ander voorbeeld van *meegaan in de belevingswereld*:

Thea gaat mevrouw de Rooij wassen. Mevrouw heeft haar hand stevig tot een vuist geklemd. Thea vraagt op vriendelijke toon: “Wat zit daar in, mag ik het hebben?”. Ze wrijft mevrouw over de hand. Mevrouw opent haar hand. Er zit niets in. Thea zegt: “Dank u wel hoor” en pakt “het” aan. Dan wast ze de hand van mevrouw. Als ze daarmee klaar is zegt ze: “Hier heeft u het weer terug, dank u wel”. Ze legt “het” terug in de hand en sluit deze.

Humor

In de categorie *humor* zorgen spontane grapjes voor een leuke sfeer. Soms maakt de bewoner een grap, vaker is het de verzorgende. Je kunt bijvoorbeeld een grap maken over de zorg of, op een positieve manier, grapjes maken met een bewoner over diens gedrag of uitspraken. Lachen **om** de bewoner (uitlachen) valt hier uiteraard niet onder, lachen **met** de bewoner wel. Het is belangrijk om stil te staan bij welke grapjes bij de bewoner aanslaan; je stemt je grapjes dus af op de persoon van de bewoner.

Ellis wast mevrouw Gerritsen op bed. Telkens als ze de arm optilt van mevrouw maakt ze daar een geluidje bij. Na dat een paar keer te hebben gedaan zegt ze: “Mevrouw ik heb er een apparaat voor om de arm omhoog te doen, ziet u dat?”. Ze beweegt de arm en maakt het geluid weer. Mevrouw en Ellis lachen heel hard.

Bij mevrouw Ligtenberg staat de weegstoel opgeslagen op de kamer. Ze vraagt aan Yvonne: “Wat is dat?”. Yvonne legt haar uit dat het een weegstoel is en dat ze daar zo op moet. Mevrouw zegt: “Oei”. Yvonne vraagt: “Schrikt u daarvan?”. Mevrouw: “Ja ja nogal”. Yvonne: “Weet u wat, we wassen eerst alle vuil eraf dat scheelt vast een stuk”. Mevrouw lacht en zegt: “Nou, dat denk ik ook”.

Riek heeft meneer Gosselink aangekleed. Ze zegt: “Meneer, u ziet er weer knap uit. U kunt zo als fotomodel aan de slag”. Ze lachen beiden.

Katja is mevrouw Veltman aan het douchen. Ze vraagt: “Mevrouw, kunt u even voorover leunen?”. Mevrouw zegt: “Dat durf ik niet, dan val ik”. Katja: “Maar er gebeurt niets, ik houd u tegen”. Mevrouw leunt voorover. Katja zegt lachend: “Gemeen hè?”. Mevrouw reageert: “Ja, ik had je kunnen schoppen, je bent er goed afgekomen”. Ze lachen allebei.

(Verbaal) contact maken

De verzorgende geeft de bewoner (verbale) aandacht als die daar om vraagt, maar ook als de bewoner er niet om vraagt. Je kunt een praatje met de bewoner maken, of aankondigen wat er gaat gebeuren door een bewoner aan te spreken voor het wassen of tijdens het uitdelen van het eten. Bewust afscheid nemen van de bewoner als je weggaat na de zorg valt hier ook onder. Iedere keer als je een zorghandeling aankondigt valt dat onder de categorie contact maken. Omdat *verbaal contact* met bewoners in een gevorderd stadium van dementie moeilijk is, is het belangrijk om het verbale contact te ondersteunen door de bewoner aan te kijken of aan te raken elke keer als je hem aanspreekt.

Tyiesha heeft mevrouw de Rooij gewassen en aangekleed. Ze brengt haar met bed en al naar de huiskamer. Als mevrouw op haar plaats staat kijkt ze mevrouw aan, strijkt haar over het hoofd en zegt: “Ik ga nu weg. Tot zo mevrouw de Rooij”. Dan loopt ze de kamer uit.

Lies helpt mevrouw Peters met eten. Ze spreekt mevrouw aan: “U zult wel honger hebben hé? Kijk eens mevrouw Peters ik heb lekker pap voor u”. Dan geeft ze mevrouw een hap.

Anita gaat naar mevrouw Zijlstra. Mevrouw is wakker. Anita zegt: “Goedemorgen mevrouw. Heeft u lekker geslapen?”. Ze wrijft mevrouw over de wangen: “Zo, u bent lekker warm”. Ze kijkt mevrouw in de ogen en zegt: “Ik ga u lekker opfrissen en aankleden. Goed?”.

Mevrouw van Calden begint te schreeuwen en te vloeken. Samira gaat naar haar toe, praat vriendelijk tegen haar en maakt tegelijkertijd contact door haar aan te raken en over haar hand te strijken. Mevrouw is daarna een tijdje stil.

Discretie/ Privacy

Binnen de verzorging is het belangrijk dat je de bewoner *discreet* behandelt en zijn *privacy* waarborgt door bijvoorbeeld een bordje “niet storen” op de deur te hangen tijdens de ochtendzorg. Een bewoner die bloot ligt dek je toe tijdens transfers, de bovenbeurt of wanneer je even niet aan het wassen bent. Als je iemand meeneemt die de bewoner niet kent, dan kondig je dat aan bij de bewoner.

Birgit haalt mevrouw van Lokven uit bed. Nadat ze de jumpsuite van mevrouw van Lokven heeft uitgetrokken legt Birgit twee schone handdoeken over de buik en benen van mevrouw. “Zo, dan ligt u tenminste niet zo bloot en heeft u het lekker warm”, zegt Birgit tegen mevrouw van Lokven. Als haar bovenkant gewassen is verplaatst Birgit de handdoeken van beneden naar boven en wast haar zo verder.

Lenie gaat naar mevrouw Wassink om haar uit bed te halen. Ze zegt: “We zijn met zijn tweeën vandaag”. Mevrouw antwoordt: “Nou dan moet het wel goed gaan”. Lenie zegt: “Dit is Carla. Zij loopt vandaag met mij mee. Vindt u het goed als ze er bij is?”. Mevrouw: “Oh ja hoor”.

Afleiden

Je kunt de bewoner op een positieve manier *afleiden* zodat je de zorg kunt voortzetten of een negatieve stemming kunt omzetten in een positieve. Aangezien dit vaak op onverwachte momenten nodig is, moet je de afleiding meestal zoeken in iets uit de directe omgeving. Afleiden kan ook goed werken wanneer de bewoner negatief op jou reageert. Je kunt er dan iemand anders bij halen om de bewoner af te leiden en zelf weggaan. De collega geeft dan de zorg, die jij zou geven omdat de bewoner negatief op jou reageert.

Mevrouw Jansen is 's ochtends gedoucht en is daar nog een beetje boos over. Als ze eten of drinken aangeboden krijgt weigert ze. Dringt de verzorgende aan dan slaat ze de beker of lepel weg. De verzorgenden laten haar met rust maar ze moet wel haar medicijndrankje innemen. Dat drankje smaakt vies. Als het op is kijkt mevrouw vreselijk boos en maakt schop- en sla-bewegingen naar iedereen die in haar buurt komt. Irene pakt haar pop en zegt: “Kijk eens Miep, ik heb een liefje. Kijk eens”. Mevrouw kijkt naar de pop. Irene zegt: “Oh, die is lief” en ze geeft mevrouw de pop. Mevrouw glimlacht en knuffelt de pop.

Dhr. van Alebeek loopt in de woonkamer recht op een stoel af waar dhr. Bertens met zijn benen op zit. Terwijl dhr. van Alebeek de betreffende stoel naar achter wil schuiven pakt dhr. Bertens zonder wat te zeggen de stoel om hem naar zich toe te trekken. Hij laat duidelijk merken niet van plan te zijn de stoel af te geven. Er ontstaat een getouwtrek om de stoel. Maike ziet dat gebeuren en loopt met een boek over aromatherapie, dat toevallig open ligt op massagevoorbeelden, naar hem toe. “Kunt u mij misschien even helpen? Ik zou graag deze massage willen uitproberen, zou u dat voor mij kunnen doen?”. Dhr. van Alebeek laat de stoel los en draait zich om om in het boek te kijken. Dan legt hij zwijgend zijn handen op de schouders van Maike en begint te masseren. “Ja precies, zo bedoel ik het”, zegt Maike vrolijk. “Heerlijk”. “Heeft u misschien zin om een eindje mee te gaan wandelen?”, vraagt ze vervolgens. Dat wil dhr. van Alebeek wel en tevreden lopen ze met zijn tweeën van de stoel weg.

Zintuigactivering

Zintuigactivering bestaat uit interacties die de zintuigen van de bewoner aanspreken op een manier die hij prettig vindt. Zintuigactivering is altijd gebaseerd op gerichte observaties om erachter te komen aan welke zintuiglijke prikkels een bewoner plezier beleeft. In deel 1 staat hoe je deze observaties kunt aanpakken.

Je kunt zintuigactivering in de ochtendzorg inpassen door de favoriete muziek aan het bed van een bewoner af te spelen of de bewoner de geur van verzorgingsproducten te laten ruiken en kleding te laten voelen. Ook kun je hem vragen in de spiegel te kijken. Aanraken is een andere manier van contact maken door middel van zintuigactivering. Rond de maaltijd kun je de bewoner wijzen op de (heerlijke) geur en smaak van het eten of hem vragen om te helpen met het snijden van de groenten voor de maaltijd. In de huiskamer kun je de CD-speler of tv aanzetten en tijdschriften en boeken uitdelen. Knutselen of zingen met de bewoners werkt ook zintuigactiverend, evenals extra lichamelijke verzorging als nagels lakken of haar in de krulspelden zetten, een pop aanbieden of de bewoner mee naar buiten nemen.

In deel 1 van deze serie over *zintuigactivering* staan voorbeelden van hoe je de zintuigactivering kunt integreren in de dagelijkse zorg.

Tot slot onderscheiden we **algemeen positief gedrag**. Hieronder vallen alle omgangsvormen die duidelijk positief zijn maar die niet in één van de

eerdere categorieën vallen. Algemeen positief gedrag vertonen verzorgenden:

- die proberen zoveel mogelijk in de huiskamer te zijn, door hun pauze in de huiskamer te houden en bijvoorbeeld hun rapportagemappen mee te nemen naar de huiskamer.
- die bewoners niet wakker maken voor de ochtendzorg.
- die bewoners ontbijt op bed brengen als de ochtendzorg te lang duurt en de bewoners dus lang moeten wachten voor ze op kunnen staan en kunnen eten.
- die bewoners helpen met eten terwijl dat helemaal niet nodig is, en dat alleen doen omdat die bewoner dat prettig vindt.
- die bewoners regelmatig een compliment geven.
- die bewoners bedanken als ze een klusje voor ze hebben gedaan.

2.2 Beschrijving van negatieve omgangsvormen

In deze paragraaf staan negatieve gedragingen van zorgverleners met voorbeelden uit de praktijk. De bedoeling is dat je je bewust wordt van je gedrag. Hoewel negatief gedrag niet altijd te vermijden is, kun je wel proberen het zoveel mogelijk te voorkomen en te vervangen door positief gedrag. Bedenk bij de voorbeelden hoe je de situatie met positief gedrag zou kunnen oplossen.

Bewoner behandelen als een kind

Door een bewoner te *behandelen als een kind* wordt de bewoner niet als volwaardig gezien.

In de praktijk gaat het meestal om dreigen met straf om een bewoner iets te laten doen of hem juist over te halen iets niet meer te doen. Het kan zich ook uiten in het niet helemaal serieus nemen van de bewoner.

Meneer Sanders wordt gedoucht door Hans. Meneer vindt douchen erg onprettig en hij verzet zich op alle mogelijke manieren. Hans zegt tegen meneer: “Ik bel je vrouw hoor, als je niet gaat douchen”.

Het is etenstijd op afdeling Arend. Mevrouw Riesenbrink dreigt te gaan overgeven. Ingrid zegt op boze toon: “Niet opwekken hoor, doorslikken, anders krijgt u straks geen toetje”.

Niet ingaan op de (on)mogelijkheden

Bij het *niet ingaan op (on)mogelijkheden* sluit de verzorgende niet aan bij de mogelijkheden die de bewoner heeft en vraagt niet naar de wensen van de bewoner.

Zo verzuimen verzorgenden bewoners, die nog kunnen kiezen, te laten kiezen. Of is de verzorgende ongeduldig en geeft de bewoner een opdracht die hij niet voldoende of onmiddellijk begrijpt. De verzorgende neigt er dan toe om de handelingen onnodig over te nemen.

Margriet is mevrouw Kustermans aan het wassen en aankleden. Ze laat mevrouw vrijwel niets zelf doen, hoewel mevrouw zelf haar bovenbeurt nog kan wassen en eenvoudige kleding kan aantrekken. Margriet doet mevrouw een panty en een jurk aan. Mevrouw zegt: "Ik houd niet van jurken. Geef mij maar een pantalon". Margriet reageert niet en gaat gewoon door met het aantrekken van de jurk.

Tijdens de ochtendzorg krijgen veel vrouwelijke bewoners automatisch parfum opgespoten, zonder dat de verzorgende nagaat of mevrouw dit wil of daar eigenlijk wel van houdt. Bij mannelijke bewoners gebeurt hetzelfde met after-shave.

Jolanda heeft de warme maaltijd in de huiskamer uitgedeeld en bewoners geholpen. Een vrijwilliger zit aan tafel en helpt mevrouw Jacobs met het eten. Dat gaat langzaam, maar mevrouw eet op gezette tijden een hap. Plotseling pakt Jolanda het bord weg. De vrijwilliger zegt: "Volgens mij was mevrouw nog niet klaar". Jolanda: "Jawel hoor, vandaag heeft ze geen honger".

Op de afdeling wordt het eten aangeleverd in schalen die de verzorging zelf moet opwarmen en uitserveren. Er worden naast gewoon, fijn en gemalen eten altijd twee soorten groenten en twee soorten vlees/vis aangeleverd. Toch scheppen de verzorgenden het eten op voor de bewoners zonder hen te laten kiezen.

Overtreffen

Overtreffen van de bewoner is het overvragen in de informatie overdracht of snelheid van handelen. De verzorgende kan wel vragen naar de wensen van de bewoner maar doet dat zo ingewikkeld of snel dat de bewoner niet in staat

is om te antwoorden of te handelen. Ook spreken de verzorgenden mensen aan zonder op antwoord te wachten en lopen weg.

Meneer Nijland ligt in bed. Trudy vraagt hem om overeind te komen. Meneer zegt: "Hè, wat?". Trudy trekt hem al aan zijn armen overeind, terwijl ze zegt: "Zo zitten". Meneer reageert: "Ja ja".

Marloes geeft meneer Arendsen drie opdrachten tegelijk: "Meneer sta maar op, loop maar die kant uit en trek uw pyjama maar uit". Meneer kijkt haar niet begrijpend aan en doet niets.

Tijdens het eten spreken de verzorgenden de bewoners even aan. "Lekker hé?", "U houdt van bami hé?", "Zo, u heeft veel gegeten". Maar ze wachten niet op antwoord.

Verwijten

Verwijten houdt in dat de bewoner iets wordt aangewreven en/of verweten waar hij door zijn ziekte niets aan kan doen. Bij ongeremd of agressief gedrag zoals vloeken, in ontlasting grijpen, slaan of steeds de kleding uittrekken heeft de verzorgende de neiging boos te worden op die bewoner.

De bewoners zitten in de huiskamer. Er is niemand van de verzorging aanwezig. Mevrouw Klaasen staat op en wil de kamer uitlopen. Bij de deur komt ze Alie tegen. Die zegt op boze toon: "Wat had ik nu gezegd. U mag niet zelf lopen en al helemaal niet zonder karretje. Wat moet ik nu met u? Als u valt hebben we een probleem. Waar gaat u heen?". Mevrouw antwoordt: "Naar de w.c.". Alie zegt nog steeds boos: "Dan vraagt u iemand om te helpen. Dat hadden we toch afgesproken?". Mevrouw zegt: "Ja ja". Alie: "Nou dan".

Meneer Buissink zit in een rolstoel. Hij trekt de hele dag door zijn kleding uit. Daarom krijgt hij zijn broek achterstevoren aan. Maar zijn trui en T-shirt blijft hij uittrekken zodat hij in zijn blote buik zit. De verzorgenden zitten in de huiskamer koffie te drinken als meneer zijn trui weer uittrekt. Jolanda zegt boos: “Nee meneer dat mag niet, wat hadden we daar nu over gezegd. Houdt dat shirt aan”. Meneer zegt: “Hm hmm”. Jolanda kleedt meneer weer aan. Vijf minuten later is het shirt opnieuw uit. Jolanda zegt: “Meneer, u houdt uw shirt aan of ik zet u op uw kamer”. Ze trekt zijn shirt weer aan. Enkele minuten later is het opnieuw uit. Jolanda loopt erheen en zegt: “Nu is het genoeg. U luistert niet. Ik ga u nu op uw kamer zetten”. Ze rijdt meneer weg en zet hem op zijn kamer.

Een bewoner is altijd redelijk vroeg op en kleedt zichzelf dan aan. Dat aankleden bestaat uit het aantrekken van enkele, willekeurige, kledingstukken over zijn pyjama. De pyjama is vaak vies, meneer is incontinent. De bewoner vindt dan dat hij aangekleed is en het is iedere ochtend moeilijk om hem er toe te bewegen de kleding weer uit te trekken, zich te wassen en schone kleding aan te doen.

Tineke gaat die ochtend aan de slag, ze neemt de bewoner mee naar zijn kamer en vraagt hem zijn kleding uit te doen. De bewoner weigert. Tineke zegt op boze toon: “Ja, die moet uit, u ziet toch zeker wel dat die broek vies is. U snapt toch ook wel dat u hier niet in kunt blijven lopen. Kom op, ik doe dit ook niet voor mijn lol. Dat hemd moet ook uit”.

Belevingswereld negeren

De verzorgende *negeert de belevingswereld* van de bewoner en ontkent daarmee de realiteit van de bewoner. Bijvoorbeeld als de verzorgende de bewoner in de realiteit wil brengen, wanneer de bewoner onrustig is of wanneer de bewoner een andere bewoner ergens van beschuldigt. Als een bewoner iets niet begrijpt, maar de verzorgende geen moeite doet om het uit te leggen wordt de belevingswereld van de bewoner eveneens genegeerd.

Mevrouw Merks is nog maar kort op de afdeling. Ze zegt: “Ik wil naar huis maar in deze jurk lukt dat niet”. Riet zegt: “U woont hier nu voor een tijdje”. Mevrouw zegt: “Ja, maar ik wil naar huis, de rolluiken moeten open en de soep moet trekken”. Riet zegt: “U woont nu hier en u eet ook hier”.

Mevrouw Van Dijk klaagt bij Francis dat ze nog niets te eten heeft gehad. Francis zegt: “Jawel hoor, u heeft juist warm eten op”. Mevrouw zegt: “Telkens als ik binnen kom is alles al op”. Francis zegt: “Welnee, ik heb u vanmiddag zelf een bordje eten voorgezet”.

Mevrouw de Wit zegt tegen Wilma dat meneer Beukema boeken heeft gestolen die van haar man zijn. Als Wilma niet reageert klaagt mevrouw tegen haar zich dat ze er te weinig aandacht aan besteed. Wilma zegt lachend: “Wat moet ik dan doen, de politie bellen? Die komen daar niet voor hoor”. Mevrouw zegt: “Daar moet je geen grapjes over maken”.

Monique is mevrouw Haastra aan het wassen en aankleden. Mevrouw Haastra zit bij de wastafel. Monique zegt: “Even sokken en broek aan” (ze doet de sokken, onderbroek en broek over de voeten om daarna alles in één keer op te kunnen trekken als mevrouw staat). Mevrouw zegt: “Ik vind het maar raar”. Monique zegt: “Oh ja”. Mevrouw zegt: “Raar hoor, dat moet toch stuk voor stuk. Gisteren ging het anders”. Monique zegt op boze toon: “Ja dat kan, maar zo gaat het ook goed”.

Bewoner negeren

De verzorgende *negeert de bewoner* in zijn geheel als deze doorgaat met een activiteit alsof de bewoner er niet bij is of de bewoner wegstuurt of psychisch buitensluit. Dit gebeurt in de praktijk regelmatig. Het gaat dan om praten over een bewoner waar de bewoner bij is of om verzorgenden die met elkaar praten tijdens de zorg zonder aandacht te besteden aan de bewoner.

De verzorgenden gaan koffie drinken in het zitje op de afdeling. Mevrouw Thijssen is daar in haar rolstoel neergezet omdat ze last had van de andere bewoners. Nu de verzorging er gaat zitten wordt mevrouw Thijssen weer weggereden: “Mevrouw Thijssen, ik zet u op de gang hoor”. Mevrouw begint te roepen: “Mnnmmnn, Mnnmmnn!! Nee! Nee!”. Niemand reageert. Mevrouw blijft gedurende de hele koffiepauze roepen.

De verzorgenden van de afdeling zitten koffie te drinken in de huiskamer. Er is die week een nieuwe bewoner opgenomen. Deze bewoner zit ook in de huiskamer. De verzorgenden praten over de bewoner. Ze verbazen zich dat ze “nog zo goed is”, en vragen zich af of ze wel op de afdeling hoort. Ook praten ze over haar dochter die “ingestort” is.

Mevrouw Kapteijns is een vrouw die nog zeer goed zelfstandig loopt. Ze loopt voortdurend over de gangen van de afdeling. Ze zegt niets, maar zoekt de nabijheid van mensen wel op. In haar voortdurende zoektocht loopt ze de koffiekamer binnen waar alle verzorgenden net pauze hebben. Mevrouw Kapteijns wordt aangekeken, één van de verzorgenden staat op, draait mevrouw Kapteijns om en duwt haar richting de deur: “Gaat u daar maar rondlopen mevrouw Kapteijns, wij zijn nu even koffie aan het drinken”. Mevrouw Kapteijns doet wat haar gezegd wordt. Even later loopt ze de keuken binnen en ook daar wordt haar verteld dat ze niet in de keuken mag komen.

Mevrouw Visser wordt door Roelien en Trudy gedoucht. Mevrouw ligt op een douchebrancard en wordt gedraaid en uitgekleeft zonder enige aankondiging. De verzorgenden praten tegen elkaar over de bewoner, maar niet met de bewoner. De bewoner stribbelt tegen en slaat de verzorgenden. Roelien en Trudy negeren dat. Mevrouw blijft slaan en gaat later ook schoppen.

Mevrouw Huizinga wordt door Carmen routinematig op bed gewassen. Naast een aantal aanwijzingen wordt er weinig gesproken en mevrouw Huizinga laat alles gewillig toe terwijl ze haar ogen dicht houdt. Plotseling wordt het gordijn dat mevrouw Huizinga enige privacy biedt half opengeschoven. Benedicte komt in het gordijn staan en kijkt Carmen aan. Ze vertelt dat haar diensttijd er weer op zit en ze kletsen verder over privé-aangelegenheden en de plannen die Benedicte heeft voor de rest van die dag. Carmen is gestopt met mevrouw Huizinga wassen en terwijl ze daar bloot ligt heeft Carmen een en al oor voor Benedicte. Na een tijdje loopt Benedicte weg en schuift het gordijn weer terug. Carmen gaat verder met wassen.

Ontnemen

Ontnemen is weigeren te voldoen aan een vraag of behoefte van een bewoner. Initiatieven van de bewoner afkappen valt hier ook onder. Meestal gaat het hierbij om een vraag, of letterlijk een schreeuw om hulp waar de verzorging niet op reageert. Dit komt ook veel voor wanneer bewoners tijdens de zorg met hun gezicht trekken of kreunen.

Mevrouw Veerman zit in de huiskamer te roepen: “Hè, hè, hallo, kom nou eens hier verdomme”. De verzorging reageert niet.

Mevrouw Jansen trekt tijdens de verzorging een angstig gezicht en kreunt regelmatig. Lenie reageert daar niet op. Ze gaat gewoon door met de zorg.

Mevrouw Ten Broeke loopt over de gang. Ze spreekt iedereen aan: “Hé hé mevrouw, hé hallo”. Riet zegt: “Ik kom zo”, en pakt de telefoon op. Mevrouw zegt tegen Amina: “Hé hallo”. Amina zegt: “Ik kom er zo aan, maar ik moet even dit naar de keuken brengen”. Riet loopt weer langs. Mevrouw: “Maar wat moet ik nu”. Riet zegt: “Wat wilt u?”. Mevrouw: “Wat wil ik, ja, ik weet het niet”. Riet loopt door. Nu komt Amina weer langs en zegt: “Ik kom zo bij u”. Ze loopt door naar een slaapkamer en komt een half uur later weer naar buiten. Ook Riet komt niet terug. Mevrouw blijft dolen en iedereen die in de buurt komt aanspreken.

Romy is meneer Huijbrechts aan het wassen. Hij heeft geen schoon overhemd meer en ze gaat zonder iets tegen de bewoner te zeggen de kamer uit naar de wasserij om er een te zoeken. Als ze terug is vraagt de bewoner: “Waar moest je heen?”. Romy is zeer verrast. Ze begint te lachen en zegt terwijl ze het hemd omhoog houdt: “Ik moest naar de wasserij voor een hemd voor u. U bent lekker wakker vandaag hè?”.

Verstoren

Verstoren is het ruw binnendringen in een activiteit of de rust van een bewoner, zoals ’s ochtends een bewoner wakker maken om hem te wassen en aan te kleden of hem overdag wakker te maken om hem te laten eten of koffie te laten drinken. Vaak gebeurt dit wakker maken met aanspreken, soms doet de verzorgende ook de lamp aan in de slaapkamer. In een enkel geval wordt zelfs het dekbed van de bewoner afgetrokken vóór hij wakker is.

Soms stoort een verzorgende een bewoner in zijn activiteit.

Lenie gaat maar mevrouw Hageman om haar uit bed te halen. Mevrouw slaapt nog. Lenie loopt naar het bed en knipt de lamp boven het bed aan die fel licht geeft. Dan zegt ze: “Ik kom u wassen” en tegelijkertijd trekt ze het dekbed van haar af. Mevrouw doet haar ogen open en knijpt ze meteen weer dicht.

Mevrouw Vreven is een bewoner die heel druk kan zijn met haar eigen bezigheid. Ze heeft zojuist koffie gedronken en is nu heel druk bezig met “dingen” oplepelen uit haar koffie mok. Na enkele minuten wordt de beker zonder dat de verzorgende iets zegt afgepakt.

Op zaterdag moet de verzorging zelf schoonmaken. Na het eten zitten bewoners te slapen als Henk de huiskamer begint te stofzuigen. Iedereen schrikt wakker.

's Middags na het eten zitten bewoners te dutten. Tineke spreekt de slapende bewoners telkens aan. “Wakker blijven hoor het is te vroeg om te slapen.” Het helpt niet veel, de bewoners vallen toch in slaap.

Misleiden

Bij *misleiden* gaat het om het misleiden van een bewoner door trucjes te gebruiken en misbruik te maken van de desoriëntatie van de bewoner om iets gedaan te krijgen. In de praktijk zien we meestal alleen milde vormen van misleiding, zoals het afwimpelen van een “lastige” vraag van een bewoner .

Inge heeft haast. Ze heeft kleding uitgezocht voor mevrouw Marselis. Bij het aankleden zegt mevrouw: “Ik wil de zwarte rok aan”. Inge: “De zwarte? Niet deze?”. Mevrouw: “Nee”. Inge: “Maar die is in de was, deze dan maar?”. Mevrouw: “Nou vooruit” (de rok is niet in de was).

Kennis testen

Bij *kennis testen* checkt de verzorgende of de bewoner dingen nog weet. Als dit met open vragen gedaan wordt (bijvoorbeeld “Hoe heet uw dochter ook al weer?”) kan dit tot verwarring, schaamte of frustratie leiden bij de bewoner. Kennis testen komt veel voor als de verzorgende met bewoners wil praten over wat er gisteren of die dag gebeurd is of wie er op bezoek komt.

In een verder stadium van dementie is het beter om gespreksonderwerpen te zoeken die in het hier en nu liggen (bijvoorbeeld wat er te zien is in de kamer of in de omgeving, hoe iets ruikt, smaakt of voelt). Je kunt je vraag ook anders formuleren. “U heeft gisteren garnalen gegeten, lekker hè?” is bijvoorbeeld beter dan “Wat heeft u gisteren gegeten?”, omdat de bewoner dan niet in verwarring gebracht wordt.

Kennis testen gebeurt ook regelmatig als de verzorgende met de bewoner wil praten over vroeger. Er worden dan allerlei vragen over vroeger gesteld. Beter is het om als verzorgende zelf de informatie in te brengen die je hebt over vroeger, en zo zonder de bewoner te frustreren na te gaan of de bewoner hierop reageert of niet. Ook familie kan de neiging hebben om te checken of de bewoner hen nog wel herkent. In zo’n geval kun je ervoor kiezen om zelf kennis in te brengen om pijnlijke situaties te voorkomen. Bijvoorbeeld door met het bezoek mee te lopen en hen met hun naam aan te kondigen: “Kijk eens mevrouw Hoekstra, uw zoon Kees is er”.

Mevrouw Hoogervorst begint tegen Carla te praten over Klaasje, die haar zorgenkind was. Carla vraagt: “Heeft u nog meer kinderen?”. Mevrouw Hoogervorst kijkt plotseling sip en antwoordt “Dat weet ik niet”. Carla vraagt door: “Heb je ook een dochter?”. Mevrouw Hoogervorst is even stil en zegt dan: “Jos”. Carla reageert verbaasd: “Jos, is dat je dochter?”. Mevrouw Hoogervorst kijkt onzeker en zegt vervolgens vragend: “Dat kan toch?”. “Ja”, zegt Carla, “dat kan...”.

Famke vraagt aan mevrouw Driehuis: “Weet u welke dag het is vandaag?”. Mevrouw Driehuis: “Nee, dat vraag ik nooit”. Famke: “Het is donderdag”. Mevrouw Driehuis: “Ja”. Famke: “Ja?”. Mevrouw Driehuis: “Ja”. Dan is het stil, mevrouw Driehuis denkt na en is duidelijk in verwarring gebracht. Even later zegt ze: “Toch niet naar school vandaag?”.

(Achteraf blijkt dat Famke wilde laten weten dat de dochter van mevrouw Driehuis, die altijd op donderdag komt, er vandaag zal zijn).

Riek kleedt meneer Gosselink aan. Als ze hem zijn trui aantrekt zegt ze: “Dat is een mooie trui, is die nieuw? Waar heeft u die gekocht?”. Meneer geeft geen antwoord.

Opleggen

Bij *opleggen* wordt een bewoner gedwongen tot iets zonder het belang van de bewoner in de gaten te houden, zoals onder de douche gaan, of gedwongen worden iets te eten of iets niet te eten. Opleggen gebeurt ook als de bewoner iets wil maar de verzorgenden het niet willen toestaan.

Enkele bewoners zitten na het middageten in de huiskamer, anderen zijn naar bed om te rusten. Mevrouw Simons wil graag naar bed maar dat mag niet omdat de dochter van mevrouw op bezoek komt. Zij wil niet dat moeder dan in bed ligt. Mevrouw zit te grommen en roept: “Zuster, kom eens ik wil naar bed”. Ingrid zegt: “Nee mevrouw dat doen we niet. Uw dochter komt zo en dan kunt u niet in bed liggen”. Mevrouw blijft zachtjes mopperen. Als de dochter er is zegt mevrouw tegen haar dochter: “Ik wil naar bed en dat mag helemaal niet”. De dochter zegt: “Nee natuurlijk niet, het is toch nog niet donker?”. Ook nu blijft mevrouw mopperen.

Meneer Nijland wordt gewassen. Marleen wil dat hij op zijn rug blijft liggen, maar hij draait voortdurend op zijn zij. Daarbij grijpt hij naar wat er te grijpen valt: zijn deken, de hand van Marleen, het bedhek etc. Marleen maakt zijn hand steeds los en zegt op boze toon: “Nee Ronald. Blijf af. Even wassen. Kom, werk nou eens even mee. Ik moet even wassen hoor. Ronald, ga eens op je rug liggen”. Meneer blijft op zijn zij draaien en grijpen.

Literatuur

1. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.
2. Weert JCM van. Multi-sensory stimulation in 24-hour dementia care. Effects of snoezelen on residents and caregivers. Utrecht: NIVEL, 2004.
3. Weert JCM van, Janssen BM, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on nurses' behaviour during morning care, assessed on the basis of Kitwood's approach to dementia care. *Journal of Advanced Nursing* (in press).
4. Janssen BM. Snoezelen in verpleeghuizen; een onderzoek naar het implementatieproces van snoezelen in verpleeghuizen (scriptie). Wageningen: Universiteit en Research Centrum, 2001.
5. Vrugink FH. Snoezelen in het verpleeghuis. Een kwalitatief onderzoek naar de effecten van snoezelen op bewoners en verzorgenden van twee psychogeriatrische verpleeghuizen (scriptie). Nijmegen: Radboud Universiteit, 2005.

Snoezelen in de zorg

Handboek voor de praktijk

Implementatie

Snoezelen in de zorg Handboek voor de praktijk

Deel 3 voor leidinggevenden en beleidsmakers

Implementatie

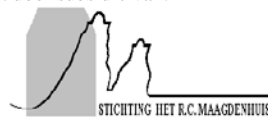
Julia van Weert
Jan Peter
Bienke Janssen
Flora Vrugink
Sandra van Dulmen



Deze publicatie is mogelijk gemaakt door subsidie van:



Zon Mw



Stichting Het R.C. Maagdenhuis

ISBN 90-6905-736-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Tekstadvies: Janke Hiemstra

Layout: Doortje Saya

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 De methodiek van het snoezelen	7
2 De ZonMw implementatiemonitor	11
3 Het implementatieproces op de afdelingen	13
3.1 Betrokkenheid van de betrokkenen	13
3.2 Bevorderende factoren: uitgevoerde interventies	14
3.2.1 Interventies gericht op kennis	14
3.2.2 Interventies gericht op vaardigheden	16
3.2.3 Interventies gericht op houding en motivatie	16
3.2.4 Interventies gericht op gewoontes	17
3.2.5 Interventies gericht op de structuur waarin geïmplementeerd wordt	21
3.2.6 Interventies gericht op de structuur voor bestending van geïmplementeerde veranderingen	24
4 Belemmerende contextfactoren	27
5 De resultaten: effecten op bewoners en verzorgenden	33
5.1 Veranderingen bij bewoners	33
5.1.1 Veranderingen in het gedrag van bewoners	33
5.1.2 Veranderingen in de kwaliteit van leven	34
5.2 Veranderingen bij verzorgenden	35
5.2.1 Veranderingen in de werkbeleving van verzorgenden	35
5.2.2 Veranderingen in de kwaliteit van zorg	37
5.3 Organisatorische veranderingen	39
6 Aanbevelingen voor de praktijk	43
6.1 Aandachtspunten bij de implementatie	43
6.2 De rol van de opleidingen	45

7 Tot slot	47
Literatuur	49
Bijlage 1 Checklist Implementatieplan	51
Bijlage 2 Voorbeeld van een stappenplan voor de eerste fase van de implementatie	55

1 Inleiding

Dit boekje is het derde in een reeks van vier boekjes over snoezelen als zorgmodel in de 24-uurszorg aan ouderen met dementie. Deel 3 beschrijft de implementatie van snoezelen als zorgmodel in de 24-uurszorg op psychogeriatrische verpleegafdelingen. De andere drie boekjes beschrijven:

- snoezelen als methode om de kwaliteit van leven van ouderen met dementie te verbeteren (deel 1),
- de bewonersgerichte werkhouding die nodig is om het snoezelen goed toe te kunnen passen (deel 2),
- en de resultaten van een onderzoek naar de effecten van snoezelen in de zorg (deel 4).

Deel 1 en 2 zijn met name gericht op uitvoerende zorgverleners of zorgverleners in opleiding. Deel 3 en 4 zijn meer bedoeld voor leidinggevenden, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in implementatieprocessen en onderzoeksresultaten van het snoezelen.

Dit boekje geeft een overzicht van de implementatie van snoezelen binnen de 24-uurszorg. Een proces waarmee we op zes psychogeriatrische verpleegafdelingen ervaring hebben opgedaan. We besteden aandacht aan de bevorderende en belemmerende factoren rond het invoeren van snoezelen in de dagelijkse zorg. De beschrijving van het implementatieproces wordt gedaan aan de hand van de ZonMw implementatiemonitor.¹ Het boekje eindigt met aanbevelingen voor de praktijk.

In de periode 2000-2004 hebben wij een onderzoek uitgevoerd naar de effecten van snoezelen, ook wel zintuigactivering genoemd, in de dagelijkse 24-uurszorg aan ouderen met dementie.² Tijdens een veldexperiment werd snoezelen als zorgmodel ingevoerd op zes psychogeriatrische verpleegafdelingen. Deze afdelingen zijn vergeleken met zes controle afdelingen, die de gangbare zorg zonder snoezelen bleven geven. Uit het onderzoek bleek dat snoezelen in de 24-uurszorg aan verpleeghuisbewoners met dementie een positief effect had op hun kwaliteit van leven. Het implementatieproces van het snoezelen, is door ons anderhalf jaar gevolgd op de experimentele afdelingen, waar het snoezelen werd ingevoerd.

Zintuigactivering

Bij de toepassing van snoezelen in de 24-uurszorg gaat het er om dat de zintuigen van de bewoner^a op een positieve manier geprikkeld worden. Snoezelen in de 24-uurszorg vertaalt de prikkels waaraan de bewoner het meeste plezier beleeft naar de zorg.²⁻⁴ Gedurende de dag bieden de verzorgenden zoveel mogelijk zintuigprikkelers aan die de bewoner als prettig ervaart, zeker tijdens de zorgmomenten zoals de ochtendzorg, de maaltijden en de avondzorg. Verzorgenden beschrijven zorgvuldig per bewoner hoe het snoezelen ingepast kan worden in de zorg. Deel 1 beschrijft hoe dit in zijn werk gaat.

Bewonersgerichte werkhouding

Daarnaast is essentieel dat de verzorgende een bewonersgerichte attitude heeft en zich verplaatst in de belevingswereld van de bewoner met dementie.^{2,5,6} Snoezelen doet geen appèl op de cognitieve vermogens van ouderen met dementie. De persoon met dementie wordt niet gecorrigeerd, maar in zijn/haar waarde gelaten. De bewonersgerichte werkhouding waarbij de zorgverlener zich inleeft in de persoon met dementie is in deel 2 uitgewerkt.

Om na te gaan in hoeverre de implementatie van snoezelen op de experimentele afdelingen geslaagd was, hebben we semi-gestructureerde interviews gehouden met de leidinggevenden van de experimentele afdelingen en/of de projectleiders. Daarnaast hebben we de 18 in-company follow-upbijeenkomsten (drie per deelnemende afdeling) met verzorgenden en activiteitenbegeleiders bijgewoond. Tot slot organiseerden we twee kaderbijeenkomsten met drie afgevaardigden (leidinggevenden, projectleiders en/of managementleden) van elk deelnemend verpleeghuis.⁷ De informatie die we zo verkregen hebben beschrijven we in dit boekje. We illustreren onze bevindingen met een casus en citaten.^b

^a Lees bij “bewoner” steeds “verpleeghuisbewoner met dementie” of “cliënt”. Omdat dit handboek gebaseerd is op onderzoek naar snoezelen op psychogeriatrische verpleegafdelingen is gekozen voor “bewoner”. Snoezelen is echter ook toepasbaar bij andere groepen cliënten.

^b De namen in de citaten zijn gefingeerd.

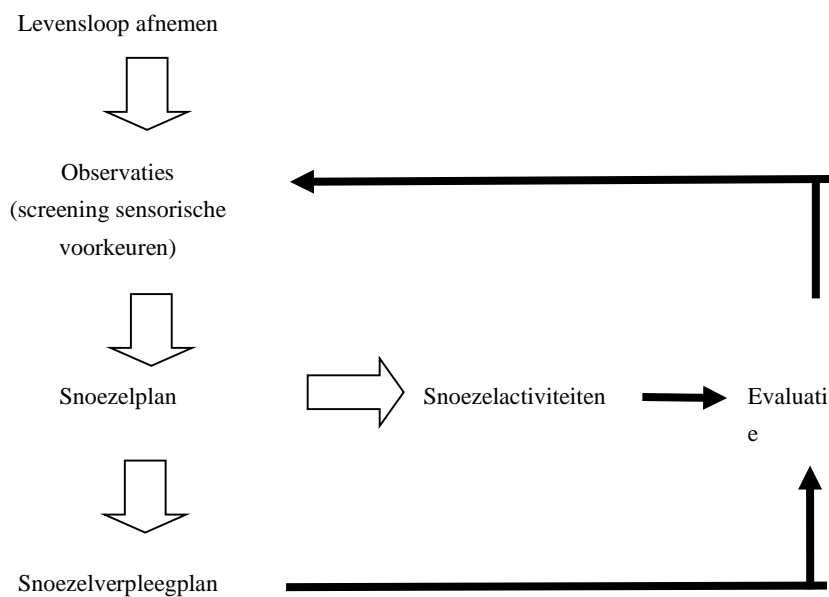
1.1 De methodiek van het snoezelen

In dit boek gebruiken we de volgende *definitie van snoezelen*:

*Snoezelen is een benaderingswijze om door middel van actieve zintuigactivering een ingang te vinden in de belevingswereld van de dementerende oudere, met als doel het welbevinden te optimaliseren of in stand te houden.*³

Bij het snoezelen staat de relatie tussen bewoner en zorgverlener centraal. Om een dementerende bewoner met snoezelen te begeleiden is de attitude van de zorgverlener van belang, maar ook zijn kennis over de bewoner zelf, de sensorische voorkeuren en het functieniveau van de bewoner. De houding van de zorgverleners moet binnen alle verzorgingssituaties gericht zijn op contact. Het contact moet affectief en individueel gericht zijn. De kern van de methodiek is hoe je erachter kunt komen hoe de bewoner vroeger was, waar de bewoner op dit moment van houdt en hoe je dit in de zorg kunt inpassen. Figuur 1 laat zien hoe de methodiek van snoezelen in schema gezet kan worden.

Figuur 1 De methodiek van het snoezelen



Om de *levensloop* van de bewoner goed in kaart te brengen is meestal de hulp van de naasten van de bewoner nodig. De partner, kinderen, broers of zussen van de bewoner kunnen veel waardevolle informatie geven. De informatie over de levensloop vormt een goede basis voor de *observaties* naar *sensorische voorkeuren* van de bewoner. Tijdens de observaties prikkelt de zorgverlener de zintuigen van de bewoner volgens een vastgesteld protocol en observeert zorgvuldig de reacties van de bewoner. De zorgverlener zet de resultaten van de levensloop anamnese en de observaties om in een individueel *snoezelplan*. Het snoezelplan beschrijft welk gedrag de bewoner kan vertonen en hoe de bewoner het beste benaderd kan worden wanneer hij dit gedrag vertoont. Vervolgens wordt het snoezelplan geïntegreerd in het verpleegplan van de bewoner, zodat een *snoezelverpleegplan* ontstaat. Het snoezelverpleegplan beschrijft de dagelijkse zorg en hoe zintuigactivering hierin geïntegreerd is. Het snoezelverpleegplan dient regelmatig *geëvalueerd* en zo nodig *bijgesteld* te worden. Dit gebeurt in feite dagelijks, aangezien de zorgverlener voortdurend blijft observeren hoe de bewoner reageert. Daarnaast wordt het snoezelverpleegplan ook besproken in het multi-disciplinaire overleg (MDO) of in andere bewonersbeprekingen (zie ook deel 1).

Casus

Verpleeghuis Duinzicht (fictief)

Verpleeghuis Duinzicht heeft ruim tien jaar geleden een snoezelruimte laten inrichten op de psychogeriatrische verpleegafdeling. Destijds was er een activiteitenbegeleider die de ruimte regelmatig gebruikte, maar sinds haar vertrek wordt deze nauwelijks meer gebruikt. Het is inmiddels meer een opslagruimte voor tilliften en rolstoelen dan een snoezelruimte. De huidige activiteitenbegeleiding biedt incidenteel snoezelactiviteiten aan verplegingsbehoefte bewoners in een gevorderd stadium van dementie. Meestal lichten zij de familie van deze bewoners nauwelijks in en wordt de familie er niet bij betrokken.

De afdeling activiteitenbegeleiding heeft kort geleden een nieuwe leidinggevende gekregen, Yolande Bakker, die in haar vorige werk veel ervaring heeft opgedaan met snoezelen. Zij was er aan gewend dat snoezelen in de 24-uurszorg geïntegreerd werd. Yolande stelt het afdelingshoofd van de verpleegafdeling, Marja Verbruggen voor om snoezelen als benaderingswijze in de dagelijkse zorg te integreren. Het is

Yolande namelijk opgevallen dat er veel onrust heerst op de afdeling. Zowel onder de bewoners, waarvan een aantal snel geagiteerd zijn en enkelen zelfs ronduit agressief kunnen zijn, als onder het personeel dat ontevreden is. De sfeer op de afdeling is minder goed dan Yolande op haar vorige werk gewend was en er wordt veel gemopperd over de werkdruk. Yolande denkt dat de snoezelmethodiek een oplossing zou kunnen bieden voor deze problemen. Met snoezelen kan het personeel beter contact maken met de bewoners en de zorg beter afstemmen op hun behoeften. Zij verwacht dat de bewoners daardoor beter gestemd zullen zijn en dat het werk ook voor de verzorgenden leuker zal worden. Yolande en Marja spreken af dat zij het managementteam zullen voorstellen om een werkgroep “snoezelen” samen te stellen die een projectplan zal schrijven.

2 De ZonMw implementatiemonitor

Het implementatieproces tijdens het onderzoek is geëvalueerd aan de hand van de ZonMw implementatiemonitor. Uitgangspunt voor de ZonMw implementatiemonitor is de definitie van ZonMw over implementatie:

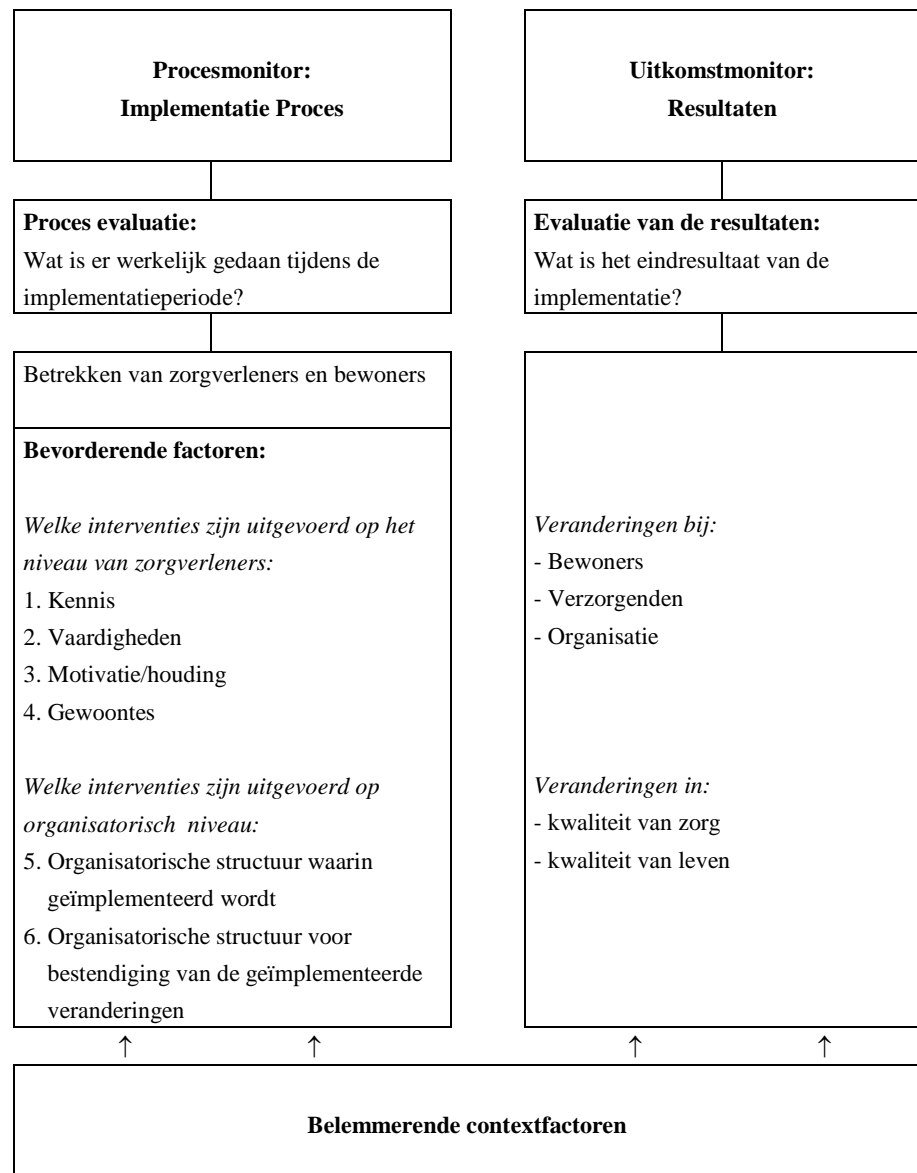
Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.⁸

Het NIVEL ontwikkelde in opdracht van ZonMw een implementatiemonitor om inzicht te geven in de mate waarin “implementatieambitie” - de wens om een innovatie succesvol in te voeren - werkelijk wordt gerealiseerd in de praktijk.^{1,9} De implementatiemonitor werkt als een managementinstrument waarmee in een vroeg stadium implementatieprocessen zijn te evalueren en te sturen. Tevens geeft het instrument de mogelijkheid de implementatie-uitkomst in kaart te brengen. Het instrument is door Theunissen e.a. (2003) zodanig aangepast dat het ook als onderzoeksinstrument te gebruiken is.¹

In dit boekje gebruiken we de volgende drie onderdelen uit de implementatiemonitor (zie figuur 2):

1. Voor het beschrijven van **bevorderende factoren** tijdens het implementatieproces: de procesmonitor
2. Voor het beschrijven van **belemmerende factoren** tijdens het implementatieproces: de belemmerende contextfactoren
3. Voor het beschrijven van de **resultaten** van de implementatie, of met andere woorden, de effecten van snoezelen: de uitkomstmonitor

Figuur 2 Evaluatie van het implementatieproces en van de resultaten volgens de ZonMw implementatiemonitor (Theunissen et al., 2003)



3 Het implementatieproces op de afdelingen

3.1 Betrokkenheid van de betrokkenen

Betrokkenen, dat wil zeggen gebruikers en doelgroepen, dienen werkelijk betrokken te worden bij de uitvoering van de implementatie. Dit is van groot belang om draagvlak te creëren en te behouden. Denk hierbij niet alleen aan verzorgenden en activiteitenbegeleiders, maar ook aan de andere disciplines die te maken hebben met de bewoners uit de doelgroep. In elk geval aan de disciplines uit het multi-disciplinaire overleg (MDO), zoals de verpleeghuisarts, psycholoog, maatschappelijk werker, psychomotorisch therapeut, fysiotherapeut en ergotherapeut. Daarnaast de pool van (vaste) oproepkrachten en vrijwilligers. Vergeet ook de geestelijk verzorger niet. Deze kan bijvoorbeeld snoezel(kerk)diensten verzorgen. De opleidingscoördinator kan een rol spelen in het scholingstraject. Ook ondersteunende diensten, zoals de facilitaire dienst, en de huishoudelijke dienst, kunnen tijdens de implementatiefase nodig zijn, bijvoorbeeld als ruimtes anders ingericht moeten worden of schoonmaaktijden aangepast. Tot slot zijn de cliëntenraad en de familieleden van bewoners belangrijke groepen, die tijdens de implementatie van snoezelen niet over het hoofd gezien mogen worden. De groepen van betrokkenen moeten al vóór aanvang van de implementatieperiode benaderd zijn. Ook tijdens de implementatiefase zelf is het van belang hen goed te informeren en te betrekken bij interventies waar zij een rol in kunnen spelen.

In ons onderzoek zijn wij nagegaan in welke mate degenen die met de beoogde verandering te maken hebben op de hoogte waren van en een inbreng hadden in de invoering van de verandering. Vier van de zes experimentele afdelingen zijn erin geslaagd een brede groep te betrekken bij de implementatie. In deze vier verpleeghuizen heeft het werken volgens de snoezelmethodiek twee jaar na afloop van het onderzoek nog steeds een duidelijke plaats. De andere twee verpleeghuizen betrokken met name de disciplines die directe zorg gaven aan de bewoners (veelal verzorgenden) bij de implementatie. In één van die huizen is het snoezelen twee jaar na het beëindigen van het onderzoek ingezakt. In het andere verpleeghuis wordt het snoezelen nog wel toegepast op de deelnemende afdeling zelf, maar is er twee jaar later nog geen breed draagvlak binnen de organisatie gecreëerd (zie ook paragraaf 3.2.6).

3.2 Bevorderende factoren: uitgevoerde interventies

Om de bevorderende en belemmerende factoren tijdens de implementatie te identificeren, gingen we uit van zes terreinen waarop interventies gericht dienen te zijn om uiteindelijk tot een succesvolle implementatie te komen (zie figuur 2).

De kans op een succesvolle implementatie wordt groter naarmate meer van die zes terreinen door één of meer interventies “gedekt” zijn. Niet alle deelnemende afdelingen hebben dezelfde interventies uitgevoerd. In deze paragraaf staat een overzicht van welke interventies door de afdelingen zijn opgepakt (zie tabel 1). Wanneer de genoemde interventie is uitgevoerd, wordt dit als een bevorderende factor beschouwd.

3.2.1 *Interventies gericht op kennis*

Dit zijn interventies waarbij kennis en informatie wordt overgebracht om het kennisniveau van de gebruikers en/of de doelgroep te verhogen of te verbeteren. Te denken valt bijvoorbeeld aan brochures, folders, boeken, voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen.¹

De belangrijkste interventie die alle experimentele afdelingen hebben ontvangen op het gebied van kennis was de **training “snoezelen voor uitvoerenden”**. De training bestond uit vier dagdelen van elk vier uur en werd in het deelnemende verpleeghuis gehouden. Daarnaast kregen de deelnemers huiswerkopdrachten mee. Figuur 3 geeft een samenvatting van de inhoud van de training.

Globaal bestond ongeveer een kwart van de training uit gerichte kennisoverdracht. De bedoeling was dat zoveel mogelijk vaste verzorgenden (ongeveer tien per afdeling) de training volgden, zodat in feite het hele team geschoold werd. De training is in totaal door tachtig personen uit de zes deelnemende, experimentele verpleeghuizen gevolgd. Dit waren 59 verzorgenden, tien activiteitenbegeleiders, zes leidinggevenden van de verpleegafdelingen, twee voedingsassistentes, een zorgmanager, een geestelijk verzorger en een stagiaire. Een enquête na afloop van de training wees uit dat vrijwel alle deelnemers de training informatief (100%), toepasbaar (100%), praktisch (99%) en interessant (99%) vonden. Geen enkel onderdeel werd door meer dan twee deelnemers niet zinvol gevonden, met uitzondering van therapeutic touch. Eén op de vijf deelnemers (20%) bestempelde dit onderdeel als niet nuttig. Op dit moment maakt het daarom

geen onderdeel meer uit van de training. Aangezien wij met bestaande teams werkten, hebben we gekozen voor een training voor gediplomeerde zorgverleners. Voor het opleiden van toekomstige zorgverleners is het van belang dat de opleidingen aandacht besteden aan kennis op het gebied van belevingsgerichte zorgvormen zoals snoezelen (zie paragraaf 6.2).

Figuur 3 Inhoud training “snoezelen voor uitvoerenden” zoals aangeboden aan teamleden van de experimentele afdelingen

<p>Dagdeel 1 Kennismaking en snoezelen visualiseren Inventarisatie leerdoelen en weerstanden Begripsbepaling snoezelen Geschiedenis snoezelen zorg verstandelijk gehandicapten / psychogeriatric Video snoezelen met daaraan gekoppeld kijkopdracht Zintuigen / materialen / wat hebben we al</p> <p>Dagdeel 2 Begripsbepaling bewonersgerichtheid Video met kijkopdrachten Eisen aan afdeling / eisen aan medewerkers / effecten Snoezelmethode: snoezelobservatie / snoezelplan / snoezelverpleegplan Casuïstiek Mogelijkheden eigen afdeling</p> <p>Dagdeel 3 Theorie aromatherapie Praktijk aromatherapie Therapeutic touch (aangepast) ¹⁾</p> <p>Dagdeel 4 ²⁾ Snoezelen en attitude Casuïstiek bespreking Evaluatie</p>
--

¹⁾ Maakt momenteel geen onderdeel meer uit van de training

²⁾ De training is inmiddels uitgebreid met een vijfde dagdeel over feedback en communicatie

De deelnemers waren erg tevreden over de deskundigheid en de kennis van

de trainer met betrekking tot snoezelen (86% was hier zeer tevreden over; 14% tevreden). In totaliteit gaf men gemiddeld een rapportcijfer van 8,4. Geen enkele deelnemer gaf een lager cijfer dan 7. Het hoogste cijfer was een 10.

3.2.2 *Interventies gericht op vaardigheden*

Als de context van een interventie gericht is op oefenen en trainen, dan is er sprake van een interventie gericht op vaardigheden.¹

De belangrijkste interventie die alle deelnemende afdelingen hebben ontvangen op het gebied van vaardigheden was weer de **training “snoezelen voor uitvoerenden”**. Globaal was ongeveer de helft van de training gericht op het vergroten van vaardigheden met betrekking tot het uitvoeren van snoezelen in de dagelijkse zorg. De deelnemers waren allen tevreden over de theorie en de vaardigheden die zij van de trainer geleerd hadden (70% zeer tevreden; 30% tevreden). Zij noemden met name spontaan het toepassen van aromatherapie (26x genoemd) en het toepassen van een bewonersgerichte benadering (17x genoemd) als toepasbaar in de praktijk. Daarnaast vonden de deelnemers vaardigheden als arm-handmassage (7x) en het omgaan met materialen, muziek en licht bij het snoezelen (7x) bruikbaar op de afdeling.

3.2.3 *Interventies gericht op houding en motivatie*

Een interventie op houding en vaardigheden houdt rekening met het draagvlak of tracht draagvlak te vergroten of te genereren. Daarnaast kan er voorlichting of overleg plaatsvinden om doelgroep en/of gebruikersgroep ervan te overtuigen, te motiveren of te enthousiasmeren tot de beoogde verandering over te gaan. Tenslotte kan een interventie op houding tot doel hebben consensus te creëren.¹

In de praktijk zijn er verschillende soorten medewerkers. Ongeveer 20% bestaat uit “voorlopers”. Zij willen graag experimenteren, zijn snel enthousiast en daardoor gemakkelijk te bereiken. De meerderheid van de medewerkers, ongeveer 60%, is wel te porren voor verandering, maar heeft meer informatie, training en ondersteuning nodig. De resterende 20% zijn de “achterblijvers”. Zij hebben weerstand tegen veranderingen en dienen uitdrukkelijker gemotiveerd te worden.¹⁰

Tijdens de implementatie van snoezelen zijn op alle deelnemende afdelingen wel **informatiebijeenkomsten** gehouden. Daarnaast was ook de **training**

“snoezelen voor uitvoerenden” uitdrukkelijk bedoeld om medewerkers te motiveren en weerstanden weg te nemen. Globaal is ongeveer een kwart van de tijd daaraan besteed. De enquête na afloop van de training wees uit dat vrijwel alle deelnemers inderdaad gemotiveerd waren om het geleerde in de praktijk te brengen (53% voelde zich heel erg aangemoedigd, 42% aangemoedigd en 5% enigszins aangemoedigd). De meerderheid was ook van plan om het geleerde werkelijk in de praktijk te gaan brengen (56% was dit zeer zeker van plan, 41% was dit van plan en 3% was dit enigszins van plan). De meeste zorgverleners voelden zich hierbij ondersteund door de leidinggevende van de afdeling (48% heel erg ondersteund en 40% ondersteund) en door hun collega's (47% heel erg ondersteund en 49% ondersteund). Toch verwachtte aan het einde van de training meer dan de helft van de deelnemers (53%) dat er in de praktijk *obstakels* zouden zijn bij het invoeren van snoezelen in de dagelijkse zorg. Zij noemden met name de volgende factoren: de werkdruk/gebrek aan tijd (15x), personeelstekort (11x), gebrek aan geld of materialen (9x), gebrek aan management ondersteuning (8x), gebrek aan ruimte of andere faciliteiten (5x) en weerstand van familieleden (4x). Welke belemmerende factoren in de praktijk echt ondervonden zijn wordt beschreven in paragraaf 4 (belemmerende contextfactoren).

3.2.4 *Interventies gericht op gewoontes*

Een interventie gericht op het doorbreken van gewoontes heeft tot doel de bestaande werkwijze van de gebruikers en/of doelgroep of een aspect daarvan te veranderen. De interventie en de vorm waarin die wordt ondernomen sluit aan op de werkbaarheid in de praktijk en houdt rekening met onder andere werkwijze, werkschema en tijd van de gebruikers en/of doelgroep.¹

Hoewel de training “snoezelen voor uitvoerenden” algemeen beschouwd werd als de basis voor veranderingen in de “gewoonten” van de dagelijkse praktijk, was het niet altijd gemakkelijk deze veranderingen ook werkelijk door te voeren en/of vast te houden.

Teamleider Karin tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Wat er nog niet helemaal in zit is het inspelen op de behoeftes van de mensen. Deze mentaliteitsverandering is meer nodig dan wat anders. De grote contradictie in de ploeg was dat het taakgerichte er gewoon niet uit ging. Die cultuuromslag is van groot belang. De bewoner is het uitgangspunt van de zorg”.

Verzorgende Karel tijdens de eerste follow-up bijeenkomst: “Je valt snel terug in het oude denken”.

Verzorgenden en leidinggevendenden vonden de **follow-upbijeenkomsten** een belangrijke stimulerende factor om dóór te gaan met de implementatie. Niet alleen waren de follow-upbijeenkomsten een “stok achter de deur” waarvoor per bijeenkomst doelen gesteld werden, ze vormden ook de mogelijkheid om praktische problemen voor te leggen en feedback te krijgen.

Daarnaast bleken **coaching en feedback** sleutelwoorden bij het omzetten van de geleerde vaardigheden naar veranderingen in de praktijk van alledag. In de meeste gevallen was het de leidinggevende van de afdeling die het implementatieproces coachte en feedback moest geven aan de verzorgenden.

Verzorgende Claudia over haar afdelingshoofd: “Door zijn enthousiasme en de ruimte die hij geeft, hebben we wel de kans gekregen om onszelf te ontwikkelen”.

Het bleek echter een moeilijke taak voor de leidinggevende wanneer deze niet gesteund werd door anderen. Op drie deelnemende afdelingen werd de leidinggevende zelf gecoacht door de zorgmanager. Zij ervoeren dit allen als positief. Op twee afdelingen werd speciaal iemand aangesteld als “coördinator zintuigactivering” (in beide gevallen was dit de coördinator activiteitenbegeleiding), die de leidinggevende ondersteunde bij het implementatieproces en individuele feedback gaf aan verzorgenden in zorgsituaties. Zo’n **onafhankelijke, ondersteunende functionaris** bleek van grote waarde voor de voortgang van de implementatie.

Verzorgende Marloes tijdens de eerste follow-upbijeenkomst over activiteitenbegeleider en coördinator zintuigactivering Wendy: “Wendy geeft feedback. De afdeling vraagt haar daar steeds vaker voor”.

Verzorgende Kyra tijdens de derde follow-upbijeenkomst over activiteitenbegeleider en coördinator zintuigactivering Gerda: “Ik vond zelf dat ik een tijdje te weinig deed. Maar door observaties van Gerda zie ik toch dat we op de goede weg zijn”.

Op één afdeling volgden de teamleden een aanvullende **cursus “feedback”**, waarin zij leerden om problemen te signaleren, bespreekbaar te maken en elkaar op een positieve manier feedback te durven geven. Zij leerden elkaar te wijzen op dingen die beter kunnen, maar ook om successen te delen.

Verzorgende Lenie tijdens de tweede follow-upbijeenkomst: “Wat we wel doen zodra er een succesje is, is anderen erbij halen. Zoals laatst met een bewoner die spontaan begint te zingen. De kleine succesjes moet je delen”.

Het gebruik van de **snoezelplannen** en **snoezelverpleegplannen** hielp eveneens om gewoonten te veranderen.

Verzorgende Boukje tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Door dat snoezelverpleegplan heb je handen en voeten gekregen om het uit te voeren en weet je ook veel meer van de bewoner”.

Verzorgende Melanie tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Voor de meeste mensen is het nu duidelijk omschreven: wat je moet doen bij angst, bij verdriet etc.”

Doordat verzorgenden nauwkeurig de zorg volgens de nieuwe snoezelmethodiek per bewoner op papier zetten, voerden steeds meer verzorgenden, inclusief oproepkrachten, de zorg op de gewenste manier uit. Vier afdelingen kregen inhoudelijke ondersteuning van de activiteitenbegeleiding. De afdelingen stelden dit zeer op prijs. Wel bestond de indruk dat wanneer verzorgenden zélf de observaties hadden gedaan en de snoezel(verpleeg)plannen hadden opgesteld - al dan niet in samenwerking met bijvoorbeeld een activiteitenbegeleider - zij zich meer betrokken voelden bij de uitvoering ervan dan wanneer de activiteitenbegeleider dit alleen deed.

Het **inplannen** van de observaties, het schrijven van de snoezelverpleegplannen en snoezelactiviteiten (zoals gebruik van snoezelkamer of -badkamer) in het dagschema hielp de verzorgenden om snoezelen echt als onderdeel van de zorgmethodiek, en dus als werk, te beschouwen.

Teamleider René tijdens het interview: “Snoezelen moet beschouwd worden als werk. In het begin dachten ze: ‘Jij zit lekker een handmassage te geven en ik werk me te pletter’. Nu is het een normaal onderdeel van het werk geworden”.

Verzorgenden schreven in de **dagrapportages** over hun ervaringen met het snoezelverpleegplan.

Verzorgende Hadassah: “Het gaat goed. Er wordt meer gelezen in de dossiers, er wordt ook meer over gerapporteerd. Dan lees je ook dat het werkt”.

Hierdoor praatten verzorgenden ook vaker informeel (in de wandelgangen, tijdens de koffiepauze) over de zorg voor bewoners. Zij gaven aan dat zij zich vrijer voelden om probleemgedrag met anderen te bespreken en gezamenlijk naar oplossingen te zoeken. Zij vonden deze **onderlinge uitwisselingen** ook bevorderlijk om door te gaan met het veranderen van gewoonten.

Verzorgende Bianca tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Er is meer onderling overleg. Het idee dat je problemen samen op kunt lossen. Als je ziet dat iemand onrustig wordt ga je meteen denken: hoe lossen we het op”.

Verzorgende Netty tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Wat er veranderd is, is dat je vaker elkaar ergens bewust van maakt. Dat je vaker overlegt: ‘goh hoe ga jij ermee om’. Dat er vaker dingen bespreekbaar worden gemaakt. We kijken kritischer naar hoe we een ingang kunnen vinden bij de bewoner voor zijn welbevinden”.

Verzorgende Benedicte tijdens de derde follow-upbijeenkomst: “Als er iets is, iets opvallends, als iemand ander gedrag vertoont, dan spelen we daar steeds sneller op in, sneller gaan kijken wat we eraan kunnen doen. We zijn sneller bereid samen naar problemen te kijken”.

De meeste afdelingen **evalueerden** de snoezelverpleegplannen ook op structurele wijze, bijvoorbeeld in het multi-disciplinaire overleg (MDO).

Teamleider Theo tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Als ik kijk naar de bewonersbespreking dan zie ik dat het nu heel anders gaat. Vroeger was het ‘de bewoner is onrustig, welke medicijnen kunnen we geven’. Nu is het ‘we hebben dit geprobeerd, aroma geprobeerd, muziekkussen geprobeerd en dat werkt wel en dat werkt niet’ ”.

Verzorgende Marysa tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Iedere maandag hebben we bewonersbespreking. We kijken dan naar wat we kunnen aanbieden, wat we moeten aanschaffen en wat we gaan observeren”.

Eén afdeling voerde éénmaal per week een evaluatie in het eigen team in, waarin steeds een aantal snoezelverpleegplannen besproken werden. Een andere afdeling startte met een structurele evaluatie aan het einde van de dagdienst. Al deze **evaluaties** hielpen mee bij het werkelijk veranderen van de gewoonten.

3.2.5 Interventies gericht op de structuur waarin geïmplementeerd wordt

Bij een interventie gericht op de structuur waarin geïmplementeerd wordt, kan de bestaande structuur of een aspect daarvan worden veranderd of een nieuwe structuur worden ontwikkeld.¹

Een structuur die alle deelnemende afdelingen ontwikkelden, was de oprichting van een **werkgroep “snoezelen”**. De werkgroep werd tijdens de laatste trainingsdag samengesteld en bestond meestal uit drie verzorgenden, de leidinggevende en een activiteitenbegeleider of de coördinator zintuigactivering.

Tabel 3.1 Bevorderende interventies tijdens het implementatieproces (per verpleegafdeling)

Bevorderende factoren	Verpleeghuisafdeling (V)					
	V1	V2	V3	V4	V5	V6
Zorgverleners' niveau						
<i>Interventies gericht op kennis</i>						
training "snoezelen voor uitvoerenden"	+	+	+	+	+	+
<i>Interventies gericht op vaardigheden</i>						
training "snoezelen voor uitvoerenden"	+	+	+	+	+	+
<i>Interventies gericht op houding/motivatatie</i>						
informatiebijeenkomst(en)	+	+	+	+	+	+
training "snoezelen voor uitvoerenden"	+	+	+	+	+	+
<i>Interventies gericht op gewoonten</i>						
training "snoezelen voor uitvoerenden"	+	+	+	+	+	+
follow-up bijeenkomsten	+	+	+	+	+	+
training "feedback door teamleden"				+		
coaching aan verzorgenden door leidinggevende		+	+	+		+
feedback aan verzorgenden door onafhankelijke, deskundige persoon					+	+
coaching aan leidinggevende door zorgmanager				+	+	+
ondersteuning van activiteitenbegeleiding	+		+		+	+
snoezelverpleegplannen opgesteld door verzorgenden	+	+	+	+		+
gebruik van snoezelverpleegplannen	+	+	+	+	+	+
onderlinge consultaties (informeel)	+	+	+	+	+	+
structurele evaluaties van de zorgplannen (formeel)	+	+	+		+	+
Organisatorisch niveau						
<i>Interventies op structuur waarin geïmplementeerd wordt:</i>						
werkgroep "snoezelen"	+		+		+	+
aanpassing in dagschema / planning	+		+	+		+
snoezelbadkamer	+				+	+
snoezelruimte	+		+		+	+
aankleding van de afdeling	+		+		+	+
<i>Interventies op structuur ten behoeve van bestendiging van geïmplementeerde veranderingen</i>						
implementatie plan (lange termijn)	+		+		+	+
structurele training van nieuwe teamleden						+
continuering op andere afdelingen			+		+	+

Het doel van de werkgroep was om het implementatieproces structureel te evalueren en waar nodig aan te passen. Daarbij hoorde ook het faciliteren, opstarten en/of aanpassen van activiteiten in het kader van het implementatieproces. Op vier afdelingen kwam de werkgroep regelmatig bij elkaar ($\pm 1x$ per maand) en functioneerde naar wens. Op twee afdelingen kwam de werkgroep niet goed van de grond. Zij beschouwden dit achteraf als een gemis.

Teamleider Liesbeth tijdens het interview: “We hadden geen tijd voor bijeenkomsten van de werkgroep. Of misschien maakten we er geen tijd voor. Nu denk ik, we hadden er prioriteit aan moeten geven. Het is ontzettend belangrijk”.

Vier afdelingen voerden **organisatorische veranderingen** door, bijvoorbeeld in de dagplanning, het dienstrooster of in de manier van werken. Eén afdeling besloot bijvoorbeeld om 7.00 uur 's ochtends met één dagdienst te beginnen in plaats van met twee, omdat men de bewoners niet meer wilde wakker, maar hen uit zichzelf wakker laten worden. Een andere afdeling maakte per bewoner een bewuste keus of de bewoner beter 's ochtends of 's avonds een uitgebreide wasbeurt kon ondergaan in plaats van iedereen standaard 's ochtends te wassen.

Afdelingshoofd Marijke tijdens het interview: “Eén dagdienst begint om 8.00 uur. Het beleid voor parttime werken is verruimd. Als je bewonersgericht wil werken moet je per afdeling kijken wat je nodig hebt”.

Verzorgende Harry tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “We hebben nu vier mensen in de avondbezettingen kunnen twaalf mensen 's avonds wassen. We letten er goed op wie graag 's ochtends en wie graag 's avonds gewassen wordt”.

Vier afdelingen kregen ook **financiële steun** (één via sponsoring) om te investeren in snoezelmaterialen, een snoezelruimte (vier afdelingen) of een snoezelbadkamer (drie afdelingen). Ook de inrichting en aankleding van de afdeling werden aangepakt om de afdeling een huiselijkere en warmere uitstraling te geven.

Verzorgende Peter tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Je merkt dat er veel veranderingen zijn hier op de afdeling. Alles is leuk aangekleed. Je kunt met bewoners praten over de vissen die er hangen enzo. Op die manier kun je ook contact leggen”.

Verzorgende Lisa tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “We hebben nu hele leuke zithoekjes gecreëerd”.

3.2.6 Interventies gericht op de structuur voor besteding van geïmplementeerde veranderingen

Dit zijn interventies waarbij binnen de duur van het project iets structureels is besloten/vastgelegd waardoor de verandering na het eindigen van het project gewaarborgd zal blijven.¹

Vier verpleeghuizen schreven een **lange-termijn implementatieplan**, waarin onder andere een meerjaren stappenplan en een geoordeeld budget waren opgenomen. Drie van hen maakten serieuze plannen om in de nabije toekomst het snoezelen als zorgmodel ook op andere afdelingen in te voeren, waarvan twee ook binnen de somatische afdelingen. Eén verpleeghuis maakte een meerjarig **scholingsplan** voor structurele training van nieuwe medewerkers in snoezelen.

Teamleider René tijdens het interview: “Als we nieuwe medewerkers krijgen dan worden ze geschoold in snoezelen”.

Deze vier verpleeghuizen zijn ook de huizen die een brede groep bij de implementatie wisten te betrekken (zie paragraaf 3.1). Hier blijkt het snoezelen twee jaar na afloop van het onderzoek (dus 3,5 jaar na de start van het project) bestendig te zijn. De vier experimentele afdelingen passen het snoezelen nog steeds toe in de dagelijkse zorg en maken daarnaast gebruik van een snoezelruimte of snoezelbadkamer. Het snoezelen heeft een duidelijke en geaccepteerde plaats verworven binnen de organisatie. Drie van deze verpleeghuizen hebben de nieuwe werkwijze inmiddels ook ingevoerd op andere afdelingen, waarvan in twee verpleeghuizen ook de somatische. Van de overige twee verpleeghuizen heeft één experimentele afdeling het snoezelen als zorgmodel na afloop van het onderzoek gehandhaafd, maar alleen op de betreffende afdeling en met eenvoudige middelen. Het snoezelen heeft nog geen breed geaccepteerde plaats in de

organisatie verworven. Het zesde verpleeghuis paste het snoezelen na anderhalf jaar (tijdens de nameting van het onderzoek) toe op de deelnemende verpleegafdeling, maar twee jaar later blijkt het te zijn ingezakt.

De interventies die door vier verpleeghuizen gedaan zijn voor bestendinging van de geïmplementeerde veranderingen lijken dus inderdaad te hebben bijgedragen aan een goede inbedding van het snoezelen in de organisatie, ook op langere termijn.

4 Belemmerende contextfactoren

Alle deelnemende afdelingen rapporteerden belemmerende factoren tijdens het implementatieproces (zie tabel 2).

Tabel 2 Belemmerende factoren tijdens het implementatieproces (per verpleegafdeling)

Belemmerende factoren	Verpleeghuisafdeling (V)					
	V1	V2	V3	V4	V5	V6
Ervaren werkdruk	x	x	x	x	x	x
Personeelstekort tijdens vakantieperiodes	x	x	x	x	x	x
Gebrek aan vast personeel	x	x		x		
Gebrek aan steun vanuit het management/ financiële ondersteuning		x		x		
Meerdere innovatieve projecten / veranderingen tegelijkertijd			x	x	x	
Te hoge verwachtingen		x	x	x	x	
Onvrede binnen het team					x	

Alle afdelingen zagen de *werkdruk* als een probleem.

Verzorgende Areke tijdens de eerste follow-up bijeenkomst: “Drukke tijd geweest, ziekte, personeelwisselingen. Dat zijn echt de dingen waar je tegenaan loopt”.

Verzorgende Marinda tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “De werkdruk is heel hoog. Ik vind toch wel dat iedereen zijn schouders eronder zet en probeert niet te blijven hangen in klagen. Maar het belemmert je soms wel”.

Met name gedurende de eerste fase van de implementatie, waarin de observaties van de bewoners en het schrijven van de snoezelplannen veel tijd kostten, was er een te hoge werkdruk. Hierdoor was geen enkele afdeling erin geslaagd de snoezelobservaties af te hebben voor de eerste follow-upbijeenkomst (drie maanden na de laatste trainingsdag).

Verzorgende Wil tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Die zorgplannen maken moet gebeuren en het zorgdossier invoeren kost ook veel tijd (...) Ik denk ook dat als eenmaal de zorgplannen in de computer staan en je het alleen maar hoeft aan te passen, het dan veel minder werk is”.

Daarnaast stagneerde het implementatieproces op alle afdelingen tijdens ***vakantieperiodes***.

Verzorgende Aygül tijdens de eerste follow-up bijeenkomst: “We zijn best wel enthousiast begonnen, maar tijdens de zomerperiode zakt het af en blijft het een beetje hangen”.

Drie afdelingen hadden ook op andere momenten te kampen met ***personeelstekorten*** in het eigen team of bij belangrijke ondersteunende disciplines.

Verzorgende Linda tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “We hebben vanaf juni geen AB (activiteiten begeleiding JvW) meer en dat merk je nu wel. Je mist iemand die de kar trekt. Het moet wel warm gehouden worden”.

Twee afdelingen ervaarden een gebrek aan financiële ondersteuning en een gebrek aan ***steun van het centrale management*** in het algemeen. Maar ook de afdelingen die (na korte of lange tijd en/of strijd) wél financiële ondersteuning kregen, zeiden belangstelling, waardering en steun van het centrale management belangrijk en bevorderlijk te vinden. Slechts één afdeling kreeg duidelijk waarneembare waardering voor de medewerkers.

Teamleider Liesbeth tijdens het interview: “Een belemmerende factor was het gebrek aan medewerking van het management. Het management toonde geen enkele interesse of steun. Ik kan me voorstellen dat het niet zo gemakkelijk is om nieuw personeel te vinden, maar ze kwamen niet eens een kijkje nemen of vragen hoe het ging. Ik vind dat erg vreemd (...). Dus we hebben het gedaan zonder financiële ondersteuning en zonder interesse van het management”.

Afdelingshoofd Anke tijdens het interview: “Snoezelen is voor mij het wakker maken van de organisatie. Het laat lang op zich wachten, het lukt niet goed. Het is een voortdurend spanningsveld tussen het willen realiseren van de voorwaarden en het niet mogen, geen toestemming krijgen”.

Een andere belangrijke belemmerende factor was het moeten uitvoeren van **meer innovaties** tegelijkertijd. Drie afdelingen vonden dat er teveel vernieuwingen gelijktijdig doorgevoerd moesten worden, waardoor niet altijd prioriteit aan het snoezelen gegeven kon worden.

Teamleider Theo tijdens het interview: “Nu denk ik, het was te veel. Vooral met de introductie van het nieuwe computerprogramma. Ik merkte dat ik zelf ook enthousiasme verloor, gewoon omdat er zoveel andere dingen moesten gebeuren. Maar ik kon het me ook niet permitteren om achter te gaan lopen met het invoeren van het computerprogramma.”

Vier afdelingen zeiden achteraf dat hun **verwachtingen** van het project te hoog geweest waren. Zij hadden sneller grotere veranderingen verwacht. Dit werd als belemmerend ervaren totdat zij zich dit realiseerden en hun doelen bijgesteld hadden. Met name wanneer er plannen waren voor het aanschaffen van materialen of het inrichten van een snoezelruimte vond men vaak dat het te lang duurde voor ze fiat kregen.

Verzorgende Ella tijdens de eerste follow-up bijeenkomst: “Het duurt allemaal zo lang. Dat tempert ook je enthousiasme. Er zijn zoveel ideeën, maar verder gebeurt er niks mee”.

Verzorgende Heleen tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Er is een nieuwe zorgmanager. Dus moeten we opnieuw vechten voor materialen en budget. Dat duurt allemaal enorm lang”.

Tot slot had één afdeling te maken met **onvrede** binnen het team over een geplande reorganisatie, wat eveneens belemmerend werkte op de voortgang van het implementatieproces. De twee afdelingen met de meeste belemmerende contextfactoren waren de afdelingen die er ook niet in geslaagd waren een brede groep te betrekken (zie paragraaf 3.1) en die geen interventies gericht op de structuur hadden uitgevoerd voor bestendiging van

geïmplementeerde veranderingen (zie paragraaf 3.2.6).

Casus

Verpleeghuis Duinzicht (vervolg)

Het projectplan “snoezelen” is goedgekeurd door het managementteam en de implementatie kan starten. De afdeling van Marja Verbruggen fungeert als pilot-afdeling. Yolande Bakker krijgt de functie van “coördinator zintuigactivering” voor de komende twee jaar. Marja moet het proces op de afdeling aansturen. Alle vaste medewerkers van het team van Marja krijgen in-company scholing gedurende vijf weken één dagdeel per week. Op de laatste trainingsdag installeert de afdeling een werkgroep “snoezelen”, met Yolande Bakker, Marja Verbruggen en drie verzorgenden van de afdeling .

Belemmeringen tijdens de opstartfase

Het team selecteert tien bewoners, die gedurende tien weken geobserveerd worden door hun EVV-er (Eerst Verantwoordelijke Verzorgende). De werkgroep komt één keer in de twee weken bij elkaar om de voortgang te evalueren en eventueel plannen bij te stellen. Yolande maakt notulen van de vergaderingen en houdt een actielijst bij. Vaak blijkt echter dat Marja de taken die zij op zich had genomen wegens drukte niet heeft kunnen uitvoeren. Na tien weken zijn er nog nauwelijks snoezelobservaties gedaan, omdat ook de EVV-ers het daar te druk voor hadden. Zij zien het snoezelen als een extraatje en niet als “echt” werk, waardoor ze alleen observeren als ze tijd over hebben. Yolande vindt dat de observaties prioriteit moeten krijgen en ingepland moeten worden in het weekschema van de EVV-ers. Marja is het hier mee eens. Bij de volgende twee vergaderingen blijken de observaties echter nog steeds niet te zijn ingepland, omdat het ziekteverzuim op de afdeling hoog was. De snoezelmaterialen die besteld mochten worden, zijn inmiddels gearriveerd, maar liggen meestal achter slot en grendel. Enkele enthousiaste verzorgenden hebben de afdeling huiselijker aangekleed, maar moeten alles weer weghalen van het hoofd van de facilitaire dienst omdat het niet aan de brandveiligheidseisen voldoet. Yolande besluit een gesprek met Marja aan te gaan, waarin ze aangeeft dat de implementatie in haar ogen niet goed loopt. Yolande voelt zich machteloos, omdat ze

geen lijnfunctie heeft en van Marja afhankelijk is. Marja loopt tegen belemmeringen op de afdeling aan, zoals het ziekteverzuim. Ze spreken af om de stagnerende implementatie te bespreken met Anita de Jong, de zorgmanager waar zij beiden onder vallen.

Coaching

Anita start een gestructureerd coachingstraject met Marja. Elke week evalueren zij samen de voortgang en stellen concrete en realistische doelen voor de komende week. Als eerste moeten de snoezelobservaties van de grond komen. Marja krijgt de toezegging van Anita dat zij de komende drie maanden volledige ziektevervangings mag inzetten, zodat de ruimte voor de observaties er ook werkelijk is. Anita vraagt Yolande om de EVV-ers te ondersteunen bij de snoezelobservaties en bij het opstellen van het snoezelplan en het snoezelverpleegplan. Vervolgens verwerken Marja en Yolande de snoezelobservaties in het rooster van de EVV-ers. Zij maken hierbij een tijdsverdeling zodat de EVV-ers niet álle tien keer bij de observaties in de snoezelruimte hoeven te zijn. In plaats daarvan geeft Yolande hen concrete, aanvullende observatieopdrachten die zij tijdens de ADL en de maaltijden kunnen uitvoeren zonder dat het hen veel extra tijd kost. Met de familieleden van de geselecteerde bewoners wordt een afspraak gemaakt om toestemming te vragen voor de snoezelobservaties en om de levensloop anamnese van de bewoner af te nemen. In de werkgroep wordt verder afgesproken dat Yolande samen met twee enthousiaste werkgroepleden een informatiefolder voor familie schrijft. Daarna bereiden zij een familie-avond over snoezelen voor. Marja vraagt het hoofd facilitaire dienst om zitting te nemen in de werkgroep, zodat hij mee kan denken over een gezelliger aankleding van de afdeling die aan de veiligheidsvoorschriften voldoet.

Drie maanden later zijn de snoezelverpleegplannen van de eerste tien bewoners klaar. Het team spreekt af om de komende drie maanden volgens deze verpleegplannen te werken om ervaring op te doen. Er wordt nog niet gestart met observaties van andere bewoners. Yolande heeft hierdoor tijd om beurt met een verzorgende mee te lopen en feedback te geven. Hoewel de verzorgenden hier aanvankelijk tegenop zien, merken ze al snel dat Yolande op een positieve manier feedback geeft en waarderen ze haar inbreng en ideeën.

Continuering

De werkgroep vraagt de verzorgenden van de afdeling om subgroepen te maken. Elke subgroep maakt een inventarisatie van wat er aanwezig is op de afdeling om een zintuig te prikkelen en/of wat er gedaan kan worden tijdens de zorg om het betreffende zintuig te prikkelen. Zo is er een visuele subgroep, een tastsubgroep, een auditieve subgroep en een geursubgroep. Tijdens klinische lessen presenteren de subgroepen hun ideeën aan elkaar en maken een definitief overzicht. Er wordt goed over nagedacht waar materialen het beste kunnen staan om zo toegankelijk mogelijk te zijn. Elke kamer krijgt bijvoorbeeld een eigen draagbare CD-speler. Gaandeweg merken verzorgenden zelf op dat zij ook de bewoners die nog geen officieel snoezelverpleegplan hebben, toch al op een andere manier benaderen dan voorheen. De familie-avond wordt druk bezocht en is een groot succes. De vooroordelen die sommige familieleden hebben over snoezelen zijn weggenomen en het is duidelijk dat snoezelen méér is dan knuffelen. Bij een verjaardag van een bewoner overlegt de familie steeds vaker met de verzorgende, zodat de bewoner iets kado krijgt wat bij het snoezelplan past. Na een half jaar komt een weekendhulp die niets weet van het snoezelproject, het eten brengen op de afdeling en zij zegt tegen de verzorgenden: “Wat is het toch rustig geworden op deze afdeling. Echt een heel andere sfeer dan vroeger”. Vlak daarna is er een follow-upbijeenkomst met de trainer, waar de verzorgenden deze anekdote trots vertellen. Iedereen realiseert zich dat er nog veel meer te verbeteren valt, maar het begin is er. De verzorgenden vinden unaniem dat het inderdaad rustiger is op de afdeling en geven aan dat hun werk er leuker op geworden is. Zij werken minder gestresst, maar merken tot hun verbazing dat het werk aan het einde van de dienst toch gewoon klaar is.

5 De resultaten: effecten op bewoners en verzorgenden

Wij hebben de veranderingen bij de bewoners, de verzorgenden en in de organisatie in kaart gebracht door de afdelingen waar gesnoezeld werd te vergelijken met de controle afdelingen die de gangbare zorg zonder snoezelen gaven. Hierdoor kregen we inzicht in de *uitkomsten* van de implementatie. Deel 4 geeft een uitvoerigere beschrijving van de achtergronden van het onderzoek en de gevonden effecten van snoezelen in de 24-uurszorg.

5.1 Veranderingen bij bewoners

In deze paragraaf geven we een korte samenvatting van de effecten die gevonden zijn op de stemming en het gedrag van de bewoners. Vervolgens gaan we in op wat dit betekent voor de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners met dementie.

5.1.1 Veranderingen in het gedrag van bewoners

De deelnemende verzorgenden rapporteerden dat het gemakkelijker was om geworden om *contact* te krijgen met de bewoners en dat de bewoners op hun beurt *meer reacties* gaven.

Verzorgende Christine tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Mensen waar je eigenlijk weinig contact mee kunt krijgen kun je nu toch bereiken. Mevrouw Hofland bijvoorbeeld: als je met een veertje over de arm gaat, dan kijkt ze je ineens aan, terwijl ze anders haast nooit reageert. ‘Hee lekker zacht’ zei ze toen”.

Verzorgende Susan tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Toen mevrouw de Vries bij ons op de afdeling kwam, was ze veel apathischer dan nu. De verandering is gelukt door haar er constant bij te betrekken, veel oogcontact en constant tegen haar praten”.

Verzorgende Annemiek tijdens de eerste follow-up bijeenkomst: “De bewoners gaan meer reageren. Je krijgt meer contact”.

Daarnaast vonden verzorgenden dat geagiteerde, opstandige, rusteloze of

agressieve bewoners *rustiger* en *tevreden* werden.

Verzorgende Jolijn tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Aan de bewoners merk je het wel. We hebben een bewoner die is overgeplaatst van een andere afdeling. Qua gedrag is ze nu denk ik toch heel anders dan op de andere afdeling. Veel tevredener en rustiger, niet meer zo snel agressief”.

Verzorgende Yvonne tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Mij valt op dat de bewoners rustiger zijn”.

De subjectieve mening van de deelnemende verzorgenden kwam overeen met objectieve gegevens uit de metingen. Bewoners van de experimentele afdelingen vertoonden in vergelijking met de bewoners van de controle afdelingen positieve veranderingen in de mate van apathisch gedrag, decorumverlies, opstandig gedrag, agressief gedrag en depressief gedrag. Dit betrof het gedrag van de bewoner op de afdeling. Tijdens de ochtendzorg waren bewoners van de experimentele afdelingen in een betere stemming dan de bewoners van de controle groep. Zij hadden meer plezier tijdens de ochtendzorg, waren tevredener, hadden een betere relatie met de verzorgende, reageerden meer op aanspreken en spraken vaker in zinnen van normale lengte. In vergelijking met de voormeting en met de controle groep was de experimentele groep tijdens de ochtendzorg minder verveeld, minder inactief, minder vaak verdrietig. Ook vertoonde de experimentele groep bij de nameting minder weerstand en minder klaaggedrag.

Concluderend waren de belangrijkste veranderingen in de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie na de implementatie van snoezelen in de 24-uurszorg: Een afname van teruggetrokken gedrag (zoals apathie) en hinderlijk gedrag (zoals agressie) en een toename van gevoelens van welbevinden (zoals betere stemming en plezier).^{2,11}

5.1.2 Veranderingen in de kwaliteit van leven

Aangezien verpleeghuisbewoners met dementie zelf niet meer in staat zijn een oordeel te geven over de kwaliteit van leven, waren we voor een oordeel over de kwaliteit van leven afhankelijk van gerichte observaties. We beschouwden de beschreven veranderingen in de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie als een indicator voor de kwaliteit

van leven. De veranderingen in stemming en gedrag zijn vastgesteld op basis van gedragsobservaties door de verzorgenden op de afdeling en video-observaties door onafhankelijke observatoren tijdens de ochtendzorg. Beide manieren van observeren leidden tot vergelijkbare resultaten. Snoezelen in de 24-uurszorg aan verpleeghuisbewoners met dementie lijkt daarom hun kwaliteit van leven te bevorderen.

5.2 Veranderingen bij verzorgenden

In de eerste plaats beschrijven we in deze paragraaf welke veranderingen er gevonden zijn in de werkbeleving van verzorgenden. In de tweede plaats wordt aandacht besteed aan de betekenis van de gemeten veranderingen voor de kwaliteit van zorg.

5.2.1 Veranderingen in de werkbeleving van verzorgenden

Verzorgenden van de experimentele afdelingen vonden dat de implementatie van het snoezelen hun **werkbeleving** ten goede was gekomen

Verzorgende Pauline tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Het geeft wel wat extra’s aan je werk. Het maakt je werk leuker, het geeft er sjeu aan”.

Verzorgenden vonden meer **uitdaging** in het werk en daardoor ook meer **voldoening**.

Verzorgende Alie tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Mijn werk is daardoor prettiger geworden. Het geeft je een doel: te zoeken naar iets waar de bewoner goed op reageert”.

Verzorgende Lonneke tijdens de eerste follow-up bijeenkomst: “Het heeft bij mij toch een denkproces op gang gebracht. Je durft intuïtiever te werken. Ik ga er zelf ook meer over nadenken, wat ik nog meer zou kunnen doen, wat ik anders zou kunnen doen”.

Verzorgende Karin tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Als je bijvoorbeeld een week iets geprobeerd hebt en het werkt, dan geeft dat een kick. Dat je niet meer met de arts rond de tafel hoeft te gaan zitten om medicijnen af te spreken, dat je het zelf al opgelost hebt”.

De **rust** die verzorgenden hadden gecreëerd kwam niet alleen de bewoners, maar ook henzelf ten goede

Verzorgende Ellis tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “In de werkdruk merk je dat je ontspanner wordt, rustiger. Je wordt er zelf ook rustiger van, minder gestressed”.

Verzorgende Laura tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Als team merken we het ook. We hebben heel wat bereikt. Eerst was het een heel onrustig team. Geen invalkracht wou bij ons aan het werk. En als je dan ziet hoe het nu is”.

Al met al was de **arbeidstevredenheid** na anderhalf jaar toegenomen.

Verzorgende Rina tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Ik merk wel dat er een heel andere sfeer heerst. Dat ik met meer plezier naar mijn werk ga en veel relaxter werk dan vroeger. Het komt vaak genoeg voor dat je met onderbezetting staat, maar dan peppen we elkaar op “het komt wel goed” en het komt ook goed”.

Verzorgende Katja tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “De arbeidstevredenheid is ook meer. Als ik naar huis ga, dan heb ik het nog over mijn werk, dan straal ik nog steeds. Ik heb zoveel voldoening van mijn werk, dat ik dat aan iedereen wil vertellen”.

De subjectieve beleving van verzorgenden, zoals hierboven beschreven kwam overeen met de objectieve uitkomsten uit vragenlijstonderzoek. De verzorgenden in de experimentele groep hadden in de nameting een betere score op de schaal voor stress reacties, de burnout subschaal “emotionele uitputting” en de arbeidstevredenheid subschalen “tevredenheid met de kwaliteit van zorg”, “tevredenheid met het contact met bewoners” en “tevredenheid met groeimogelijkheden”.

De arbeidstevredenheid in het algemeen was eveneens verbeterd in de

experimentele groep. In vergelijking met de controlegroep ervaarden verzorgenden uit de experimentele groep minder problemen door gebrek aan tijd, minder problemen door gebrek aan zelfvertrouwen en minder problemen in de omgang met specifieke gedragingen van bewoners met dementie (met name met depressief gedrag, decorumverlies en rusteloos gedrag). Tenslotte ervaarde de experimentele groep minder werkdruk. **Concluderend** had de implementatie van snoezelen in de 24-uurszorg een positief effect op de werkbeleving van verzorgenden.^{2,12}

5.2.2 *Veranderingen in de kwaliteit van zorg*

Verzorgenden uit de experimentele groep vonden dat zij een meer **bewonersgerichte attitude** hadden gekregen. De cultuuromslag van taakgericht werken naar bewonergericht werken vonden zij de belangrijkste verandering bij henzelf.

Verzorgende Conny tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Ik merk bij mezelf dat je meer kijkt naar de bewoner. Op school leer je alleen hoe alles moet. Je leert niet om naar de zorgvrager zelf te kijken. Dat heb ik hier geleerd”.

Verzorgende Maike tijdens de eerste follow-up bijeenkomst: “We hebben erg gelet op houding: hoe benader ik iemand. Wat vindt de bewoner leuk? Wat heeft de bewoner nodig? Je weet beter waar je iemand blij mee kunt maken en waarmee niet”.

Niet iedereen heeft het in zich om deze cultuuromslag te maken. De meerderheid kan het met de juiste ondersteuning echter wel leren.

Teamleider Liesbeth tijdens het interview: “Niet iedereen is in staat om echt bewonersgerichte zorg te geven. En dat is niet een kwestie van niet willen. Maar de meerderheid lukt het wel”.

Snoezelen is een combinatie van bewonersgericht werken en zintuig-activering, geïntegreerd in de zorg. In de toepassing van zintuigactivering waren er verschillen tussen de afdelingen. Vier afdelingen pasten dit bewust toe en werkten daarnaast ook met snoezelmaterialen. De andere twee afdelingen zochten het meer in de bewonersgerichte werkhouding, soms

aangevuld met eenvoudige zintuigactivering.

Verzorgenden Gemmie, Lilian en Marcel tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Aromatherapie hoort er gewoon bij. Dat pak je nu snel. Ook muziek hoort er echt bij. Rond een uur of elf soms handmassage. Van foto’s maken we veel gebruik. We hebben hele leuke ervaring met spiegelconfrontaties. De snoezelbadkamer wordt volgens schema gebruikt. We nemen daar de tijd voor rapporteren erover. De snoezelkamer wordt nu ook meer gebruikt. We proberen structureel iemand in te plannen die naar de snoezelkamer gaat. Voor de rest integreren we het snoezelen in de zorg”.

Verzorgende Felicia tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Het zit bij ons wat minder in de materialen. Ik vind ook dat met hele kleine dingetjes, een aai of een knipoog, iemand heel blij wordt. Het zit helemaal niet in grote dingen, maar je bent je er nu nog bewuster van hoe je ervoor kunt zorgen dat iemand zich goed voelt”.

Als laatste rapporteerde een aantal verzorgenden dat **medicatie** minder snel als oplossing werd gezien.

Verzorgende Cindy tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Je eerste reactie is niet meer grijpen naar de medicatiemap, wat mag iemand aan medicijnen”.

Verzorgende Marianne tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Er wordt ook veel meer over gepraat. Als er een bewoner is met moeilijk gedrag dan praten we erover. Niet meer meteen hop medicijnen, maar wat kunnen we ermee”.

Uit de objectieve video-analyses bleek dat verzorgenden uit de experimentele groep zich inderdaad een meer bewonersgerichte werkhouding hadden eigen gemaakt tijdens de ochtendzorg. De verzorgenden van de controlegroep lieten weinig veranderingen in attitude zien. Verzorgenden brachten de communicatieprincipes die aan snoezelen ten grondslag liggen achttien maanden na de start van de implementatie in praktijk. Ook pasten zij eenvoudige vormen van zintuigactivering toe tijdens de ochtendzorg. De implementatie van snoezelen leidde dus tot positieve

veranderingen in het gedrag van verzorgenden bij de ochtendzorg. Samen met de veranderingen in de werkbeleving en de organisatorische veranderingen (zie paragraaf 5.3) lijkt de implementatie van snoezelen in de 24-uurszorg de kwaliteit van zorg te hebben verbeterd.

5.3 Organisatorische veranderingen

De belangrijkste verandering op afdelingsniveau was het **“loslaten van de klok”**. Vóór de implementatie van het snoezelen werkten de deelnemende afdelingen meestal op de klok. Met name het klaar zijn met de ochtendzorg voor de koffiepauze was belangrijk. Nu konden verzorgenden de tijd loslaten. Bewoners werden niet meer gewekt, maar mochten zelf wakker worden en op sommige afdelingen werden de koffiepauzes flexibeler.

Verzorgende Merel tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Ook let je veel minder op de klok. Vroeger was het zo: om 10.00 uur moet iedereen eruit zijn. Nu hoeft dat niet meer. Dan doe ik iemand bijvoorbeeld om 10.30 in bad”.

Verzorgende Dorien tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Het viel me op toen ik hier kwam dat er geen klokken hangen”.

Verzorgende Ingrid tijdens de tweede follow-up bijeenkomst: “Het gekker is eraf. Ik was vroeger ook wel een doordouwer, ik ken mezelf, maar nu heb ik gewoon mijn horloge afgedaan”.

Openheid en veiligheid binnen het team waren factoren die ook van belang bleken te zijn. De leidinggevende op de afdeling speelde hierbij een grote rol.

Afdelingshoofd Anke tijdens het interview: “Het basisgevoel is warmte en veiligheid bij bewoners. Dat krijg je alleen als je ook de warmte en veiligheid bij de medewerkers faciliteert”.

Door de meer relaxte manier van werken bij de ochtendzorg zou men een gebrek aan tijd verwachten gedurende de rest van de dag. Dit was echter niet het geval. Verzorgenden gaven hier zelf verklaringen voor. Ten eerste vonden ze dat bewoners in een betere stemming uit bed kwamen, waar zowel

bewoners als verzorgenden de rest van de dag profijt van hadden. Ten tweede zeiden verzorgenden dat ze het ontspannen werktempo de hele dag konden volhouden, terwijl ze vroeger zo aan het “stressen” waren tijdens de ochtendzorg dat er later op de dag altijd wel een moment kwam waarop ze “terugvielen” en juist minder werk verzetten.

Verzorgende Francien tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Het kost geen extra tijd. Juist niet. Alleen al door een compliment te maken kan het de rest van de dag veel gemakkelijker verlopen”.

Verzorgende Annette tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Als je niet zo loopt te stressen, ben je misschien wel ietsje langer bezig, maar dan verloopt het veel soepeler. Als je blijft stressen, dan val je toch op een later tijdstip van de dag terug, dan loopt het niet meer”.

Verzorgende Pinar tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Maar het rare is dat ondanks dat je niet op de klok werkt alles toch gebeurd is als je naar huis gaat”.

Verzorgende Astrid tijdens de derde follow-up bijeenkomst: “Zoals bijvoorbeeld mevrouw Kooiman, die te vroeg werd gewekt en zo’n ochtendhumeur had. We weten nu dat ze tot 9.30 uur moet slapen, wachten tot ze zelf wakker wordt. En dat is zo’n tijdwinst. Als ze chagrijnig is, ben je veel langer bezig”.

Naast het “loslaten van de klok” voerde elke afdeling zijn eigen **organisatorische veranderingen** door, zoals aanpassingen in het dienstrooster of de dagplanning. Sommige afdelingen planden bewoners op vaste tijdstippen in voor aanvullende activiteiten in de snoezelruimte of de snoezelbadkamer om te voorkomen dat dit er toch weer bij in zou schieten. Drie afdelingen startten een ontbijtproject, waarbij tijdens het ontbijt bewust gewerkt werd met een mooi gedekte tafel en lekkere geuren. Twee afdelingen deden een vergelijkbaar tafelproject voor de warme maaltijd.⁷

*Verzorgende Marie-Christine tijdens de tweede follow-up bijeenkomst:
“Het ontbijt is nu helemaal uitgewerkt, op papier gezet. Ook een nieuwe
tafelindeling gemaakt. Dat werkt heel goed. Zo willen we de hele dag
analyseren. Met zijn allen kijken hoe kun je de dingen veranderen, dat is
ook al snoezelen”.*

6 Aanbevelingen voor de praktijk

6.1 Aandachtspunten bij de implementatie

Voorwaarden voor een geslaagde implementatie van snoezelen zijn:

- een goede **voorbereiding**, inclusief een analyse van te verwachten bevorderende en belemmerende factoren (sterkte-zwakke analyse).
- een **projectplan** formuleren, waarin ook de te bereiken doelen en taaktoewijzingen opgenomen zijn. Bijlage 1 geeft een checklist met aandachtspunten voor het implementatieplan.
- het identificeren van de mogelijke **belemmeringen**, het vooraf zoeken naar potentiële oplossingen voor deze belemmeringen,
- het vaststellen van de **voorwaarden** waar de organisatie aan moet voldoen en
- het zorg dragen voor de benodigde **middelen** die bij aanvang van de implementatie voor handen dienen te zijn.

Bij deze **sterkte-zwakke analyse** en bij het schrijven van het **projectplan** kan gebruik gemaakt worden van de in dit artikel beschreven bevorderende en belemmerende factoren. Bevorderende interventies bestrijken bij voorkeur elk van de zes terreinen uit de ZonMw implementatiemonitor. Dat wil zeggen dat interventies gericht dienen te zijn op kennis, vaardigheden, motivatie/houding, gewoontes, de organisatorische structuur waarin geïmplementeerd wordt en de organisatorische structuur voor bestending van de geïmplementeerde veranderingen (zie ook figuur 2). Het projectplan dient voorzien te zijn van een **stappenplan**. Bijlage 2 geeft een voorbeeld van een stappenplan voor de eerste fase van de implementatie.

Belangrijk is verder dat zowel het centrale management, de leidinggevende van de afdeling en de andere disciplines uit het team de implementatie begeleiden en **ondersteunen**, niet alleen op korte termijn, maar zeker ook op langere termijn. Het snoezelen moet passen bij de **visie** van de organisatie. De implementatie dient vervolgens opgenomen te worden in het **beleid(splan)** van het centrale management. In het lange termijn beleidsplan dienen onder andere een tijdsplanning, structureel en geoormerkt budget (bijvoorbeeld voor training van nieuwe teamleden) en structurele evaluaties van het verloop opgenomen te zijn.

De hoogte van het benodigde **budget** hangt af van het projectplan. In dit onderzoek was snoezelen gedefinieerd als een zorgmodel, waarbij een “bewonersgerichte werkhouding” en “zintuigactivering tijdens de dagelijkse zorg” sleutelwoorden waren. Dit hoeft niet per definitie “high-tech” aangepakt te worden. Met eenvoudige hulpmiddelen en creativiteit van de zorgverleners wordt al veel bereikt. Een snoezelruimte of snoezelbadkamer kunnen aanvullende waarde hebben, maar zijn geen absolute noodzaak bij aanvang van het project. Waar in elk geval geïnvesteerd dient te worden is in een **training “snoezelen”**, bij voorkeur voor verzorgenden, hun leidinggevend en andere disciplines. Trainingskosten dienen **structureel** begroot te worden, zodat nieuwe medewerkers ook scholing krijgen in het toepassen van snoezelen.

Kosten voor **snoezelmateriaal** kunnen variëren van een paar honderd euro per jaar (alleen wat kleine attributen) tot tienduizenden euro's voor een goed ingerichte snoezelruimte of snoezelbadkamer.

De **start** van de implementatie dient zorgvuldig gepland te worden. Let daarbij op dat er niet meerdere zorginnovaties tegelijkertijd plaatsvinden of dat het team instabiel is. Het hele team is betrokken bij de implementatie. Gezamenlijke training heeft de voorkeur evenals het betrekken van zoveel mogelijk **disciplines** bij de implementatie. Het effect is namelijk het grootste als bewoners door iedereen waar ze mee te maken hebben op dezelfde manier benaderd worden. Andere disciplines kunnen ook aanvullende snoezelactiviteiten met bewoners doen.

Een **training “snoezelen voor uitvoerenden”** is een belangrijke eerste stap in de implementatie. Deze training dient niet alleen kennis en vaardigheden te vergroten, maar ook de teamleden enthousiast te maken, weerstanden weg te nemen en te motiveren het geleerde toe te gaan passen in de praktijk. Een training alleen is echter niet genoeg. Uit de literatuur is bekend dat de stap van “weten” naar “doen” niet altijd meevalt.^{13,14} Een **gedragsverandering** bij verzorgenden is een belangrijke voorwaarde om een zichtbaar positief effect op het gedrag van bewoners te kunnen bewerkstelligen. **Follow-up bijeenkomsten** met dezelfde trainer zijn zeer stimulerend om door te gaan met de implementatie en steeds nieuwe doelen te bereiken. **Structurele coaching en feedback** zijn essentieel op diverse niveaus:

- op het niveau van de leidinggevende die het proces op de afdeling dagelijks moet begeleiden, bijvoorbeeld door de zorgmanager en/of door een onafhankelijk persoon in de organisatie.

- op het niveau van de teamleden die het in de praktijk uit moeten voeren, bijvoorbeeld door de leidinggevende van de afdeling of door een onafhankelijk persoon (bijvoorbeeld coördinator zintuigactivering).

Continue belangstelling en waardering vanuit het centrale **management werken** stimulerend. Structurele *evaluaties* van het implementatieproces zijn onontbeerlijk, bijvoorbeeld door een interne werkgroep, waarbij de doelen zo nodig bijgesteld worden.

De bevorderende factoren voor een geslaagde implementatie werden door een afdelingshoofd tijdens het interview als volgt samengevat:

Voorwaarden om het snoezelen tot een succes te maken: open sfeer, goede manier van samenwerken, geld, tijd, coaching, iemand die feedback geeft, die de lijnen in de gaten houdt, werkgroep, goede voorzitter van de werkgroep en managementsteun.

6.2 De rol van de opleidingen

In dit boekje zijn de bevorderende en de belemmerende factoren in kaart gebracht waar verpleeghuizen tegenaan kunnen lopen als zij het snoezelen als zorgmodel in willen voeren in een bestaand team van gediplomeerde verzorgenden. Om het bewonersgerichte werken in de toekomst definitief te bestendigen zijn de zorgopleidingen van groot belang als bevorderende factor. De opleidingen kunnen een belangrijke rol spelen bij de in dit boekje beschreven interventies gericht op kennis, vaardigheden, houding en motivatie. Als de zorgopleidingen een curriculum samenstellen dat gebaseerd is op belevingsgericht werken krijgt de nieuwste generatie verzorgenden van het begin af aan de gewenste werkhouding en vaardigheden aangeleerd. Dat wil zeggen dat verzorgenden meer leren werken vanuit een bewonersgerichte beroepshouding en minder vanuit een taakgerichte beroepshouding. Deze nieuwste generatie bewonersgericht opgeleide verzorgenden kan een positieve bijdrage leveren aan de implementatie van snoezelen in de praktijk. Naar onze mening hebben de opleidingen hierin een missie te vervullen. Tegelijkertijd is een waarschuwing op zijn plaats. Wanneer de opleidingen erin slagen deze missie succesvol te laten verlopen, kunnen er in de praktijk problemen

optreden, omdat de nieuwste verzorgenden of verzorgenden in opleiding in de praktijk te maken kunnen krijgen met werkbegeleiders en praktijkbegeleiders die nog taakgericht zijn opgeleid en werken. Ook om deze reden is het van groot belang dat vanuit het management van instellingen beleid wordt uitgezet, waarbij ook gediplomeerde zorgverleners gestimuleerd worden om zich voortdurend te blijven ontwikkelen in de gewenste richting en mee te groeien met de (bewonersgerichte) visie van de organisatie.

7 Tot slot

Alle zes deelnemende afdelingen bleken in staat om de cultuuromslag van taakgericht werken naar bewonersgericht werken te maken. Twee afdelingen beschouwden de bewonersgerichte werkhouding in combinatie met eenvoudige zintuigactivering als de basis van het snoezelen. Deze twee afdelingen hadden te maken met de meeste belemmerende contextfactoren, zoals personeelsgebrek en gebrek aan managementondersteuning. De overige vier afdelingen hebben naast de omslag naar bewonersgericht werken actief geïnvesteerd in de aanschaf van snoezelmaterialen, het inrichten van een snoezelruimte, een snoezelbadkamer of het warmer aankleden van de afdeling. Deze afdelingen hadden ook een lange-termijn implementatieplan. Op alle zes afdelingen waren er positieve effecten aan het einde van de onderzoeksperiode. De onderzoeksgroep was te klein om vast te kunnen stellen of er verschillen waren in effecten op de twee afdelingen met de “bepaalde” invulling van snoezelen en de vier afdelingen die hier actiever mee aan de slag gingen. Wel blijkt twee jaar later (3,5 jaar na de start van de implementatie) dat het snoezelen duidelijk beter bestendig is bij de vier verpleeghuizen met een “breder” aanpak. Drie van deze verpleeghuizen hebben de nieuwe werkwijze inmiddels ook ingevoerd op andere afdelingen. Hierbij merken we op dat een aantal deelnemende afdelingen de term “snoezelen” niet meer hanteert, onder andere omdat men het te “zweverig” vond klinken. Zij hebben de naam bijvoorbeeld veranderd in “zintuigactivering”, “STimulatie Activatie Programma (STAP)” of “geïntegreerde belevingsgerichte zorg”. Het principe is echter hetzelfde gebleven.

Tijdens het implementatieproces bleek dat alle afdelingen te maken hadden met belemmerende achtergrondfactoren, zoals werkdruk en personeelstekorten. Wanneer men deze onderkent en erop inspeelt, hoeft dit niet onoverkomelijk te zijn voor een geslaagde implementatie. Er dient echter wel een balans te zijn. Naast de belemmerende factoren zijn ook de bevorderende interventies van groot belang. Hoe meer terreinen deze bestrijken, hoe groter de kans is dat de beoogde verandering bestendig wordt.

Literatuur

1. Theunissen NCM, Pas SME te, Friele RD. Evaluatie Implementatiemonitor ZonMw. Onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en hun uitkomsten. NIVEL, Utrecht, 2003.
2. Weert JCM van. Multi-Sensory Stimulation in 24-hour dementia care. Effects of snoezelen on residents and caregivers. Utrecht: NIVEL, 2004.
3. Kok W, Pater J, Choufour J. Snoezelen. Amsterdam: Bernardus Expertisecentrum/Fontis, 2000.
4. NIVEL/Waerthove. Richtlijnen voor verzorgenden. Het begeleiden van mensen met dementie die depressief of apathisch zijn. Utrecht: NIVEL, 2004.
5. Kitwood T. Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.
6. Verkaik R, Francke AL. Nieuwe richtlijnen opstellen, invoeren en verspreiden. Twee richtlijnen voor verzorgenden van mensen met dementie. In: Handboek Zorgvernieuwing. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2004.
7. Weert JCM van, Kerkstra A, Dulmen AM van, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: An evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41:397-409.
8. ZorgOnderzoek_Nederland. Met het oog op toepassing: beleidsnota implementatie ZON 1997-1999. Den Haag: 1997.
9. Heiligers P, Calsbeek H, Friele RD. Ontwikkeling Implementatiemonitor ZON. Utrecht: NIVEL, 2001.
10. Splunteren P van. De brug tussen Weten en doen. In: Handboek zorgvernieuwing. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2000.
11. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated in 24-h Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(1):24-33.
12. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life of nurses in psychogeriatric care. *International Psychogeriatrics* (in press).
13. Francke AL, Garssen B, Huijter Abu-Saad H. Determinants of changes in nurses' behaviour after continuing education: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 1995;21(2):371-377.
14. Kruijver IPM. Communication between nurses and admitted cancer patients: the evaluation of a communication training program. Utrecht: NIVEL, 2001.

Bijlage 1 Checklist Implementatieplan

Bron: ZonMw: www.zonmw.nl (aangepast en overgenomen met toestemming)

Deze checklist kan gebruikt worden om het implementatieplan van een vernieuwing op te stellen of om na te gaan of tijdens de uitvoering van een project aan alle relevante aspecten voldoende aandacht is besteed.

Inleiding

Beschrijf in de inleiding

- de achtergrond van het project
- voor wie het plan beschreven is
- sluit de inleiding af met een korte beschrijving van de inhoud van het plan

Analyse

Beschrijf in de paragraaf analyse de “fit” tussen kenmerken van de vernieuwing/het programma, kenmerken van de gebruikers en kenmerken van de context.

Kenmerken van het programma

Geef een omschrijving van de kenmerken van het programma.

Denk hierbij aan:¹⁰

- wat het voordeel is in vergelijking met alternatieven
- hoe complex het programma is
- waarom het programma past bij de gebruikers en de organisatie
- hoe flexibel het programma is c.q. hoe gemakkelijk het aan te passen is aan veranderende omstandigheden
- of het programma kan worden stopgezet als het onverhoopt niet werkt
- of er risico's aan verbonden zijn
- hoe kosteneffectief het programma is
- welke bewijzen er zijn voor de effectiviteit van het programma (evidence based)
- welke problemen zich zouden kunnen voordoen tijdens de toepassing
- hoe die kunnen worden opgelost

Kenmerken van gebruikers

Geef ook een omschrijving van de kenmerken van de gebruikers (bijvoorbeeld verzorgenden, AB'ers, andere disciplines/teamleden, bewoners, familieleden, leidinggevenden, managers/MT).

Denk hierbij aan de volgende items:

- omvang van de doel- en gebruikersgroepen
- segmenten in de doelgroep
- omschrijving van informatiebehoefte en wijze van informatieverwerking
- belangrijke sleutelfiguren
- mate van draagvlak voor het programma
- positie van “implementator” ten opzichte van gebruikers.

Kenmerken van de context

Geef tot een slot een omschrijving van belangrijke organisatiekenmerken, zoals

- heersende cultuur in de organisatie
- relevante procedures
- beschikbare tijd van medewerkers
- faciliteiten zoals aanwezigheid van beschikbare middelen
- relevante wet- en regelgeving

Doelstelling van de implementatie

Geef in deze paragraaf een omschrijving van de doelen van de implementatie. Gebruik daarbij bij voorkeur meetbare en praktisch haalbare doelen. Bijvoorbeeld “het programma is na een jaar ingevoerd op drie afdelingen van ziekenhuis en daardoor verbetert de doorstroomtijd van patiënten met 15% ten opzichte van het vorige jaar”.

Een abstracte beschrijving, zoals “bijdragen aan de vermindering van wachttijden door introductie in de zorg van nieuwe in- en uitstroomprocedures van patiënten”, is minder wenselijk.

Resultaten

Geef in deze paragraaf een omschrijving van de beoogde resultaten van de implementatie. De resultaten van een project moeten na afloop van het afloop van het project gepresenteerd kunnen worden. Ze zijn met andere woorden afdwingbaar. Bijvoorbeeld: het programma is ingevoerd op één afdeling en de hulpverleners zijn getraind in een aantal vaardigheden die te maken hebben met het nieuwe programma.

Aanpak

Deze paragraaf gaat over de aanpak c.q. strategie van de implementatie.

Verspreiden

Geef onder dit kopje aan welke gebruikers over het programma worden geïnformeerd en op welke wijze dit gebeurt.

Invoeren

Geef hier een lijst met activiteiten bedoeld om het programma in te voeren bij gebruikers en doelgroepen. Plan zoveel mogelijk interventies die alle zes terreinen uit de ZonMw implementatiemonitor bestrijken. Dat wil zeggen dat geplande interventies gericht dienen te zijn op:

- kennis,
- vaardigheden,
- motivatie/houding,
- gewoontes,
- de organisatorische structuur waarin geïmplementeerd wordt
- de organisatorische structuur voor bestendinging van de geïmplementeerde veranderingen (zie figuur 2 en tabel 2).

Geef ook aan hoe gebruikers ondersteund worden.

Voorbeelden van activiteiten bij de invoering zijn:

- training van hulpverleners
- begeleiding van hulpverleners
- aanpassingen in de organisatie
- beschikbaarstelling van beloningen.

Planning van de informatie- en invoeringsfase

Geef in deze paragraaf zo gedetailleerd mogelijk een overzicht van de fasering.

- wie-wat-wanneer gaat doen tijdens de verspreidings- en invoeringsfase.

Organisatie

Geef in deze paragraaf de projectorganisatie aan

- wie is de opdrachtgever
- wie is projectleider
- wie zijn projectmedewerkers
- wat zijn hun taken en verantwoordelijkheden
- zijn samenwerkingsrelaties (contractueel) vastgelegd

Evaluatie

Geef hier aan hoe en wanneer het implementatieproject wordt geëvalueerd.

Gaat het om:

- een proces evaluatie: hoe het project verlopen is
- een productevaluatie: een beoordeling van de producten
- een effectevaluatie: een beoordeling van de bereikte effecten

Begroting

Geef in deze paragraaf de begroting van alle kosten van activiteiten en personeel weer en de dekking daarvan.

Bijlage 2 Voorbeeld van een stappenplan voor de eerste fase van de implementatie

Activiteit	Wie neemt actie	Uitvoering gereed	Bedoeld voor	In samenwerking met
Concept Snoezelen	Coördinator snoezelen	Maand 1	Werkgroep snoezelen/manager bewonerszorg	
Scholing voor leidinggevend	Opleidingsadviseur	Maand 3	Teamleiders Coördinator snoezelen Coördinator activiteitenbegeleiding	
Notitie snoezelen	Coördinator snoezelen	Maand 4	Management Teamleiders Team afdeling A Alle disciplines	
Afdelingsplan	Coördinator snoezelen	Maand 4	Manager bewonerszorg Werkgroep snoezelen Team afdeling A	Manager bewonerszorg Werkgroep snoezelen
Informatieboekje	Coördinator snoezelen	Maand 5	Manager bewonerszorg Werkgroep snoezelen Team afdeling A	Manager bewonerszorg Werkgroep snoezelen
Start pilot afdeling A	Werkgroep snoezelen	Maand 7 / Maand 8	Team afdeling A	Leidinggevenden / medewerkers afdeling A

Activiteit	Wie neemt actie	Uitvoering gereed	Bedoeld voor	In samenwerking met
Scholing voor uitvoerenden	Opleidingsadviseur Coördinator snoezelen Bernardus trainingscentrum/Fontis	Maand 7 / Maand 8	Team afdeling A Activiteitenbegeleiders Vrijwilligers	Coördinator snoezelen Coördinator activiteitenbegeleiding

Activiteit	Wie neemt actie	Uitvoering gereed	Bedoeld voor	In samenwerking met
Informatie geven op afdeling A voor alle disciplines / familie / cliëntenraad / vrijwilligers	Werkgroep snoezelen	Maand 8 / Maand 11	Team afdeling A Alle disciplines Familie Vrijwilligers Cliëntenraad	Manager bewonerszorg
Informatie in personeelsblad / blad voor familie	Coördinator snoezelen	Maand 9	Medewerkers Familie Vrijwilligers	
Inrichting ruimtes Evaluatie en aanpassing stappenplan Begroting opstellen	Werkgroep snoezelen	Tijdens traject		Manager bewonerszorg Manager facilitaire zorg Technische dienst Team afdeling A
Aanvraagformulier Observatielijst Protocol snoezelen	Werkgroep snoezelen	Maand 8 / Maand 9	Team afdeling A Activiteitenbegeleiders	Manager bewonerszorg Verpleeghuisarts
Start integratie snoezelen	Werkgroep snoezelen	Maand 10	Voor tien bewoners die aan de criteria	Alle disciplines

Activiteit	Wie neemt actie	Uitvoering gereed	Bedoeld voor	In samenwerking met
			voldoen; stapsgewijs uitbreiden naar alle bewoners die aan de criteria voldoen	
Evaluatie snoezelen afdeling A	Werkgroep snoezelen	Elk half jaar	Manager bewonerszorg Team afdeling A Werkgroep Arts Maatschappelijk werk	Alle disciplines

Snoezelen in de zorg

Handboek voor de praktijk

Achtergrond en onderzoeksresultaten

Snoezelen in de zorg Handboek voor de praktijk

Deel 4 voor leidinggevend en beleidsmakers

Achtergrond en onderzoeksresultaten

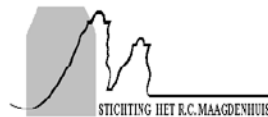
Julia van Weert
Jan Peter
Bienke Janssen
Flora Vrugink
Sandra van Dulmen



Deze publicatie is mogelijk gemaakt door subsidie van:



Zon Mw



Stichting Het R.C. Maagdenhuis

ISBN 90-6905-737-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Tekstadvies: Janke Hiemstra

Layout: Doortje Saya

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
2 Achtergrond en doel van het handboek snoezelen	7
2.1 Aanleiding	7
2.2 Doelstelling	7
2.3 Samenwerking NIVEL en Trainingscentrum Bernardus/Fontis	7
3 Onderzoek naar de effecten van snoezelen in de zorg	9
3.1 Achtergronden van het onderzoek	9
3.2 Methode van onderzoek	10
3.2.1 Onderzoeksopzet	10
3.2.2 Doel van het onderzoek	11
3.2.3 Metingen	11
3.3 Onderzoeksresultaten	13
3.3.1 Evaluatie van het implementatieproces	13
3.3.2 Effecten van snoezelen op de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg	16
3.3.3 Effecten van snoezelen op het gedrag van verzorgenden tijdens de ochtendzorg	17
3.3.4 Effecten van snoezelen op de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie	18
3.3.5 Effecten van snoezelen op de werkbeleving van verzorgenden	19
4 Resultaten van overig onderzoek	21
4.1 Onderzoeken naar snoezelen in een snoezelruimte	21
4.2 Onderzoeken naar geïntegreerde belevingsgerichte zorg	21
5 Conclusie	23
Literatuur	25
Auteurs	29
Met dank aan:	31

1 Inleiding

Dit boekje is het vierde en laatste boekje in een reeks boekjes over snoezelen als zorgmodel in de 24-uurszorg aan ouderen met dementie. Deel 4 beschrijft de achtergronden en de resultaten van een onderzoek naar de effecten van snoezelen in de zorg. De andere drie boekjes beschrijven:

- snoezelen als methode om de kwaliteit van leven van ouderen met dementie te verbeteren (deel 1),
- de bewonersgerichte werkhouding die nodig is om het snoezelen goed toe te kunnen passen (deel 2), en
- de implementatie van snoezelen als zorgmodel (deel 3).

Deel 1 en 2 zijn met name gericht op uitvoerende zorgverleners en zorgverleners in opleiding. Deel 3 en 4 zijn meer bedoeld voor leidinggevenden, beleidsmakers en anderen die geïnteresseerd zijn in implementatie en de onderzoeksresultaten die ten grondslag lagen aan het handboek. De vier boekjes worden samen uitgegeven.

2 Achtergrond en doel van het handboek snoezelen

2.1 Aanleiding

Het handboek snoezelen is ontwikkeld door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in samenwerking met het trainings- en adviescentrum van zorgcentrum Bernardus, onderdeel van Fontis (zie ook 2.3). Aanleiding voor de ontwikkeling van een handboek waren de uitkomsten van een onderzoek naar de effecten van snoezelen, ofwel zintuigactivering, op de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie en de werkbeleving van verzorgenden. De positieve onderzoeksresultaten leidden tot de vraag naar een praktisch handboek voor zorgverleners in de praktijk. Het handboek kwam tot stand met subsidie van Stichting het R.C. Maagdenhuis en ZonMw.

2.2 Doelstelling

Met dit handboek willen we zorgverleners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen handvatten geven bij de begeleiding van mensen met dementie (deel 1 en 2). Daarnaast willen we leidinggevenden, managementleden en beleidsmakers ondersteunen bij de implementie van een nieuw zorgmodel, zoals snoezelen, in de dagelijkse zorg (deel 3). In dit boekje (deel 4) beschrijven we de onderzoeksresultaten naar het effect van snoezelen in de 24-uurszorg. Hiermee willen we verantwoorden in hoeverre de implementatie van snoezelen evidence-based is.

2.3 Samenwerking NIVEL en Trainingscentrum Bernardus/Fontis

Het onderzoek naar de effecten van snoezelen, dat aan dit handboek ten grondslag ligt, is uitgevoerd door het NIVEL. De interventie werd gedaan door trainings- en adviescentrum Bernardus/Fontis. Deze interventie bestond uit een training “snoezelen voor uitvoerenden” en ondersteuning bij de implementatie tijdens drie follow-up bijeenkomsten per deelnemende afdeling. De onderzochte methodiek, zoals beschreven in deel 1, is ontwikkeld in zorgcentrum Bernardus/Fontis te Amsterdam.

Het NIVEL is een onafhankelijk onderzoeksinstituut, waar gezondheidszorgonderzoek en toegepast beleidsonderzoek plaats vindt voor beleidsmakers in de gezondheidszorg. Het NIVEL streeft naar daadwerkelijk gebruik van de resultaten van zijn gezondheidszorg-onderzoek door ze breed te verspreiden. De ontwikkeling van dit handboek past in deze missie.

Het trainings- en adviescentrum van Fontislocatie Bernardus geeft sinds 1992 scholing, training en informatie aan zorgverleners. Naast trainingen op het gebied van belevingsgerichte benadering, biedt het trainings- en adviescentrum ook andere trainingen aan zoals kleinschalig wonen, bejegening en feedback en omgaan met probleemgedrag. De trainingen zijn afgestemd op zorgverleners en ondersteunende disciplines.

3 Onderzoek naar de effecten van snoezelen in de zorg

3.1 Achtergronden van het onderzoek

In het door ons uitgevoerde onderzoek zijn de effecten van snoezelen in de 24-uurszorg aan verpleeghuisbewoners met dementie bestudeerd. Hierbij is de volgende definitie van snoezelen gebruikt:

Snoezelen is een benaderingswijze om door middel van actieve zintuigactivering een ingang te vinden in de belevingswereld van de dementerende oudere, met als doel het welbevinden te optimaliseren of in stand te houden.¹

Het woord “snoezelen” roept regelmatig discussie op. Wij hebben “snoezelen” gehandhaafd omdat deze term inmiddels in de internationale literatuur gevestigd is. In de praktijk wordt de methode in Nederland ook gebruikt onder andere namen, zoals “zintuigactivering”, “STAP (STimulatie Activatie Programma)” of “geïntegreerde belevingsgerichte zorg”. Het doel is steeds hetzelfde, namelijk om gevoelens van algemeen welbevinden van iedere individuele verpleeghuisbewoner te bevorderen. Dit is vooral belangrijk omdat dementie vaak gepaard gaat met gedragsmatige of psychologische problemen. Bij snoezelen in de 24-uurszorg is het in de eerste plaats belangrijk dat de verzorgende een bewonersgerichte werkhouding heeft en zich verplaatst in de belevingswereld van de bewoner^a met dementie. Daarnaast gaat het er om dat de zintuigen van de bewoner op een positieve manier geprikkeld worden.²⁻⁵ Gedurende de dag worden zoveel mogelijk zintuigprikkelers aangeboden die door de bewoner als prettig ervaren worden, bijvoorbeeld tijdens de zorgmomenten zoals de ochtendzorg, de maaltijden en de avondzorg. Snoezelen doet geen appèl op de cognitieve vermogens van ouderen met dementie. De persoon met dementie wordt niet gecorrigeerd, maar in zijn/haar waarde gelaten.

De effecten van snoezelen in de 24-uurszorg op de stemming en het gedrag van ouderen met dementie waren, bij de start van onze studie, nooit eerder

^a Lees bij “bewoner” steeds “verpleeghuisbewoner met dementie” of “cliënt”. Omdat dit handboek gebaseerd is op onderzoek naar snoezelen op psychogeriatrische verpleegafdelingen is gekozen voor “bewoner”. Snoezelen is echter ook toepasbaar bij andere groepen cliënten.

onderzocht. Ook is in geen van de eerdere studies het effect onderzocht van snoezelen op de werkbeleving van verzorgenden. Uit onderzoek is bekend dat in verpleeghuizen waar geen specifieke begeleidingsmethodiek wordt toegepast, meer dan 40% van de verzorgenden problemen ervaart in de omgang met ouderen met dementie.⁶ Naarmate meer problemen worden ervaren nemen bij de verzorgende de ervaren werklast en de gevoelens van burnout toe, hetgeen kan leiden tot een hoger ziekteverzuim. Daarom zijn wij in ons onderzoek ook nagegaan wat het effect is van snoezelen op de werkbeleving (arbeidstevredenheid, stress reacties en burnout) van verzorgenden.

3.2 Methode van onderzoek

3.2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestond uit een veldexperiment, waarbij snoezelen als zorgmodel werd ingevoerd op zes psychogeriatrische verpleegafdelingen. Deze afdelingen zijn vergeleken met zes controle afdelingen, die de gangbare zorg zonder snoezelen bleven geven. De deelnemende verpleeghuizen lagen verspreid over Nederland. Elk verpleeghuis leverde een experimentele afdeling (waar het snoezelen werd ingevoerd) en een controle afdeling.

Om een positief effect te kunnen bereiken op de stemming en het gedrag van bewoners met dementie en de werkbeleving van verzorgenden was het belangrijk dat het invoeren van snoezelen goed verliep. Het volgen van een training “snoezelen voor uitvoerenden” was de eerste stap. Een training alleen is echter niet genoeg. Uit de literatuur is bekend dat de stap van “weten” naar “doen” niet altijd meevalt.^{7,8} Een gedragsverandering bij verzorgenden is een belangrijke voorwaarde om een positief effect op het gedrag van bewoners te kunnen bewerkstelligen. Daarom is de implementatie in de praktijk onder andere ondersteund door follow-up bijeenkomsten onder begeleiding van dezelfde trainer die ook de cursus “snoezelen voor uitvoerenden” gaf. Daarnaast hebben we kaderbijeenkomsten georganiseerd, waar leidinggevend en management van de deelnemende afdelingen met elkaar de vorderingen van de implementatie bespraken en bediscussieerden.

De implementatie van snoezelen duurde anderhalf jaar per afdeling en vond plaats in de periode tussen januari 2001 en februari 2003.

3.2.2 *Doel van het onderzoek*

Het doel van de studie was om de effecten van snoezelen, geïntegreerd in de 24-uurszorg, te onderzoeken op (1) de verbale en non-verbale communicatie van zorgverleners en bewoners; (2) de kwaliteit van het gedrag van verzorgenden (bewonersgerichte werkhouding); (3) de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie en; (4) de werkbeleving van verzorgenden in de psychogeriatric. Daarnaast hebben wij het implementatietraject op de experimentele afdelingen geëvalueerd.

3.2.3 *Metingen*

Kwantitatieve analyses

Voor het onderzoeken van de effecten van snoezelen hebben we op twee momenten metingen verricht: voorafgaande aan de implementatie (voormeting) en na 18 maanden (nameting).

Om de effecten van snoezelen op het gedrag van ouderen met dementie te bestuderen maakten we gebruik van gedragsobservatielijsten en video-opnames van de ochtendzorg. Aan de voormeting deden 125 bewoners mee (62 in de experimentele groep en 63 in de controle groep) en aan de nameting 128 (66 in de experimentele groep en 62 in de controle groep). Verzorgenden vulden gedragsobservatielijsten in over deze bewoners. Daarnaast hebben we 250 video-opnames gemaakt: 124 bewoners werden gefilmd in de voormeting en 126 bewoners in de nameting. Bewoners die tijdens de implementatieperiode uitvielen, bijvoorbeeld door overlijden, (n=66) werden vervangen door nieuwe bewoners (n=69). In de analyses is hier rekening mee gehouden door gebruik te maken van een multilevel model.

Om de effecten van snoezelen op de communicatie en het gedrag van zorgverleners te onderzoeken hebben we opnieuw gebruik gemaakt van video-opnames van de ochtendzorg. Aan de voormeting deden 117 verzorgenden mee (57 in de experimentele groep en 60 in de controle groep) en aan de nameting 121 (60 in de experimentele groep en 61 in de controle groep). Twaalf verzorgenden zijn twee keer gefilmd omdat er meer bewoners dan verzorgenden beschikbaar waren. Verzorgenden die uitvielen tussen de voor- en de nameting (n=37) werden vervangen door nieuwe

verzorgenden (n=41). Om het werken volgens de methodiek van het snoezelen onder de knie te krijgen coachten de leidinggevenden of de coördinator zintuigactivering de nieuwe verzorgenden op de experimentele afdelingen. Ook woonden nieuwe verzorgenden de follow-up bijeenkomsten bij die werden georganiseerd op de experimentele afdelingen.

Om de effecten van snoezelen op de werkbeleving van verzorgenden te onderzoeken vulden verzorgenden een vragenlijst in. Voor de analyses van de voormeting waren 129 ingevulde vragenlijsten beschikbaar (64 uit de experimentele groep en 65 uit de controle groep). Bij de nameting hebben we 127 vragenlijsten geanalyseerd (64 uit de experimentele groep en 63 uit de controle groep).

Kwalitatieve analyses

Naast de kwantitatieve metingen vond een kwalitatieve analyse plaats van het implementatieproces om na te gaan in hoeverre de implementatie van snoezelen op de experimentele afdelingen geslaagd was.

Hiervoor hebben we interviews gehouden met de leidinggevenden van de experimentele afdelingen en/of de projectleiders (n=6) en zijn de follow-up bijeenkomsten (n=18) en kaderbijeenkomsten (n=2) op de experimentele afdelingen bijgewoond.

Daarnaast hebben we participerende observaties uitgevoerd op vijf experimentele afdelingen en twee controle afdelingen. In totaal is er 48 dagen geobserveerd, waarvan 30 dagen op experimentele afdelingen en 18 dagen op controle afdelingen. Deze 48 dagen waren als volgt verspreid over de onderzoeksperiode:

- 12 dagen vóórafgaande aan de start van de implementatie,
- 12 dagen na afloop van de cursus “snoezelen voor uitvoerenden” (zes dagen direct na de cursus en zes dagen na zes weken),
- 12 dagen een jaar na de start van de implementatie,
- 12 dagen na anderhalf jaar.

Er zijn vier varianten van participerende observatie: Volledig participeren, participeren en observeren, observeren en participeren, volledig observeren. In dit onderzoek is gekozen voor “participeren en observeren”, waarbij de

onderzoeker de gang van zaken op een afdeling minimaal verstoort.^{9,10} De onderzoeker was aanwezig vanaf de start van de ochtendzorg (dat wil zeggen vanaf 7.00 á 7.30 uur) tot minimaal het wisselen van de dagdienst (dat wil zeggen tot 15.00 á 16.00 uur). De observaties werden vastgelegd door middel van nauwkeurige veldwerknootities.¹¹ Alle geobserveerde en beschreven interacties tussen verzorgenden en bewoners hebben we stuk voor stuk in één van de categorieën uit het Dialectical Framework van Kitwood geplaatst.^{3,12} Dit leidde tot aanpassingen in het schema van positieve en negatieve omgangsvormen.¹³ Met behulp van het aangepaste schema (zie deel 2, figuur 1) hebben we de data geanalyseerd en de resultaten beschreven.^{14,15}

Deel 2 van het handboek snoezelen is gebaseerd op de resultaten van de participerende observaties. In deze samenvatting van de onderzoeksresultaten wordt dit onderdeel niet opnieuw beschreven.

3.3 Onderzoeksresultaten

3.3.1 Evaluatie van het implementatieproces

Allereerst hebben wij het implementatieproces op de experimentele afdelingen beschreven.

In totaal hebben 80 zorgverleners (waarvan 59 verzorgenden en zes leidinggevenden) deelgenomen aan de training “snoezelen voor uitvoerenden”. De in-company training bestond uit vier wekelijkse bijeenkomsten van vier uur met huiswerk opdrachten. We hebben de training geëvalueerd met behulp van een vragenlijst. De deelnemers vonden de training informatief, toepasbaar, praktisch, interessant en goed aansluiten bij hun deskundigheid en werksituatie. De meerderheid voelde zich aan het eind van de training voldoende uitgerust om het nieuwe zorgmodel in de praktijk te implementeren en had de intentie om het geleerde werkelijk in de praktijk te gaan brengen. De gemiddelde beoordeling van de training op een schaal van 0 tot 10 was 8,4.

Aan het einde van elke training stelde het team een werkgroep in die maandelijks de voortgang op de afdeling zou evalueren en zo nodig bijstellen. Alle verzorgenden kregen een bewoner toegewezen om een snoezelplan voor te schrijven. Zij namen een levensloop anamnese af bij familieleden of andere naaste(n) van de bewoner en observeerden de

bewoners volgens de methodiek van het snoezelen (zie deel 1) om erachter te komen op welke zintuigprikkelingen hij^b goed reageerde en welke minder bij hem pasten. De resultaten van de observaties werden opgeschreven in een snoezelplan en geïntegreerd in het snoezelverpleegplan.

Voor het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren hebben we het model uit de ZonMw Implementatiemonitor gebruikt (zie deel 3).¹⁶

Uit de resultaten bleek dat de training een belangrijke bevorderende factor was voor een geslaagde implementatie. Niet alleen voor het opdoen van de benodigde kennis en het motiveren van het team, maar ook voor het (uiteindelijk) veranderen van gewoontes. De verzorgenden vonden de follow-up bijeenkomsten motiverend om dóór te gaan met de implementatie. Individuele coaching en feedback (supervisie) bleken essentieel om de veranderingen daadwerkelijk in te bedden in de dagelijkse praktijk. Hierbij hielpen ook het snoezelplan en het snoezelverpleegplan. De meeste verzorgenden slaagden er uiteindelijk in hun (observatie) bevindingen in een snoezelverpleegplan op te nemen. Hierdoor was de continuïteit van de zorg beter gewaarborgd, omdat iedereen, ook oproepkrachten, wisten hoe de bewoner het beste benaderd en verzorgd kon worden. Volgens de teamleden zorgde deze werkwijze er ook voor dat zij meer gingen praten over probleemgedrag van bewoners en vaker discussieerden over mogelijke oplossingen voor probleemgedrag. Dit gebeurde zowel informeel (bijvoorbeeld tijdens de koffiepauze) als formeel (bijvoorbeeld tijdens het multi-disciplinair overleg). Het toegenomen overleg beschouwden verzorgenden eveneens als een bevorderende factor om veranderingen vast te houden en verdere verbeteringen door te voeren.

Vier verpleeghuizen schreven een lange termijn implementatieplan, inclusief tijdschema en begroting. Dit bleek bevorderend om de geïmplementeerde veranderingen te bestendigen. Deze vier verpleeghuizen werken op dit moment, 2 jaar na afloop van het onderzoek, nog steeds volgens de uitgangspunten van het snoezelen. Drie van hen hebben de implementatie na afloop van het onderzoek voortgezet op andere verpleegafdelingen. Dezelfde vier verpleeghuizen deden (grote) investeringen in bijvoorbeeld snoezelmaterialen, een snoezelkamer of een snoezelbadkamer. Op de

^b Lees bij "hij" steeds "hij of zij"

overige twee afdelingen werkten de verzorgenden minder met materialen, maar zochten zij het snoezelen met name in de bewonersgerichte benaderingswijze en in eenvoudige zintuigactivering die aanwezig is in de dagelijkse omgeving.

Naast bovenstaande bevorderende factoren noemden de verzorgenden van de experimentele afdelingen ook een aantal belemmerende factoren. De werkdruk was een faalfactor op alle deelnemende afdelingen. Met name in de eerste fase van het onderzoek, toen de observaties van de bewoners veel tijd in beslag namen, was er niet altijd voldoende tijd. Ook periodes van onderbezetting, bijvoorbeeld tijdens vakanties, bij vacatures of bij ziekte, verstoorde het implementatieproces van tijd tot tijd. Twee afdelingen meldde ook een gebrek aan beleid en ondersteuning van het management. Het implementatiemodel liet zien dat deze contextuele factoren, die niet altijd gemakkelijk op te lossen zijn, het implementatie proces beïnvloedden. Wanneer er een balans was tussen belemmerende en bevorderende factoren was het nog steeds mogelijk om tot een geslaagde implementatie te komen. Wanneer er echter te veel belemmerende factoren zijn dienen deze eerst aangepakt te worden, bij voorkeur vóór de start van de implementatie.

De resultaten lieten zien dat de implementatie van snoezelen in de 24-uurszorg leidde tot een verandering van taakgerichte zorg naar bewonersgerichte zorg op alle experimentele afdelingen. In de ogen van de zorgverleners had de implementatie van snoezelen ook geleid tot positieve effecten bij de bewoners. Verzorgenden vonden het gemakkelijker om contact te krijgen met bewoners en bewoners reageerden (daardoor) meer. Ten tweede vonden verzorgenden dat bewoners die hinderlijk gedrag vertoonden, zoals agitatie, rusteloosheid of agressie, rustiger en tevredener waren geworden.

Wat betreft organisatorische veranderingen die waren doorgevoerd noemden verzorgenden de verandering in de dagplanning, en met name het “loslaten van de klok”, het meest opvallend. Verzorgenden vonden dat ze daardoor minder gestresst waren gaan werken, hetgeen in hun ogen een positief effect had op zowel de bewoners als henzelf.

Concluderend slaagden alle deelnemende afdelingen erin de overstap te maken van taakgericht werken naar bewonersgericht werken. Dit is een

voorwaarde voor het succesvol toepassen van snoezelen in de zorg. De combinatie van implementatie activiteiten uit de verschillende niveaus uit het implementatiemodel bleek het meest effectief om blijvende veranderingen te bewerkstelligen.¹⁷

3.3.2 *Effecten van snoezelen op de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg*

Om de effecten van de implementatie van snoezelen op de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg vast te stellen, hebben we 250 video-opnames (124 uit de voormeting en 126 uit de nameting) van de ochtendzorg geobserveerd. De observatoren, die niet wisten welke bewoners in de experimentele groep zaten en welke in de controle groep, maakten gebruik van een gecomputeriseerd observatiesysteem, waarmee alle verbale uitingen van de verzorgende en de bewoner in categorieën werden ondergebracht. Zij maakten hierbij gebruik van een aangepaste versie van het Roter Interaction Analysis System (RIAS). Aanvullend hebben zij non-verbale gedragingen gemeten, namelijk “aankijken”, “affectief aanraken” en “lachen”. De verzorgenden uit de experimentele groep lieten in de nameting in vergelijking met de controlegroep een significante toename zien van deze non-verbale gedragingen: zij keken de bewoner meer aan, raakten de bewoner vaker affectief aan (om contact te maken) en lachten vaker met de bewoner. Verbaal praatten verzorgenden meer met bewoners: het totale aantal verbale uitingen van de verzorgende was in de nameting hoger dan in de voormeting. Vooral het maken van een sociaal praatje, het geven van bevestiging, het praten over zintuigactivering, het geven van informatie over de ochtendzorg en het faciliteren van autonomie nam toe. De veranderingen in de non-verbale en verbale communicatie van verzorgenden hadden een bevorderende invloed op de communicatie van de bewoners. De video-observaties wezen uit dat bewoners langer oogcontact hadden met de verzorgenden en meer lachten. Verbaal lieten zij, in vergelijking met de controle groep van bewoners, een afname van het aantal negatieve uitingen zien (tegenwerpingen en boosheid) en een toename van autonomie (mening geven, keuze maken). De ochtendzorg nam in de experimentele groep na afloop van de implementatie echter meer tijd in beslag. Dit geeft aan dat positieve effecten kunnen worden bewerkstelligd in de communicatie tussen verzorgenden en bewoners tijdens de ochtendzorg op voorwaarde dat er een

tijdsinvestering gedaan wordt op zorgmomenten met één op één zorg, zoals de ochtendzorg.

Concluderend toonden de resultaten van deze deelstudie aan dat verzorgenden de communicatie principes die aan snoezelen ten grondslag liggen 18 maanden na de start van de implementatie werkelijk toepasten. We vonden positieve veranderingen bij zowel verzorgenden als bij bewoners.¹⁸

3.3.3 *Effecten van snoezelen op het gedrag van verzorgenden tijdens de ochtendzorg*

Vervolgens hebben we onderzocht in hoeverre verzorgenden van de experimentele afdelingen er ook in slaagden de kwaliteit van hun gedrag tijdens de ochtendzorg te verbeteren door het aannemen van een bewonersgerichte(re) attitude. Hierbij beoordeelden de onafhankelijke observatoren opnieuw de 250 video-opnames van de ochtendzorg (124 in de voormeting en 126 in de nameting). Zij gebruikten een 4-puntsschaal, die was ontwikkeld voor deze studie. De schaal had tot doel om de kwaliteit van het gedrag van verzorgenden tijdens de zorg aan verpleeghuisbewoners met dementie in kaart te brengen en was gebaseerd op het Dialectical Framework van Kitwood. De schaal bestond uit 10 items met positief gedrag van verzorgenden en 12 items met negatief gedrag van verzorgenden (zie ook deel 2). Voorbeelden van positief gedrag waren erkennen/respecteren, aansluiten op de mogelijkheden van de bewoner, empathie tonen en meegaan in de belevingswereld. Voorbeelden van negatief gedrag waren infantiliseren/betuttelen, negeren, sneller gaan dan de bewoner aan kan en niet ingaan op wensen/initiatieven van de bewoner. Daarnaast telden de observatoren het aantal zintuigprikkelers tijdens de ochtendzorg.

De resultaten lieten zien dat verzorgenden uit de experimentele groep in de nameting inderdaad een meer bewonersgerichte attitude hadden tijdens de ochtendzorg, terwijl de verzorgenden van de controle groep weinig veranderingen lieten zien. De totaalscore van “positief gedrag” was in de experimentele groep significant verbeterd. Daarnaast was er een verbetering op alle tien de sub-items van positief gedrag in de experimentele groep. De totaal score van “negatief gedrag” was significant afgenomen. Een meer gedetailleerde analyse liet zien dat dit werd veroorzaakt door een afname van negatief gedrag in de experimentele groep op vier sub-items en een toename van negatief gedrag in de controle groep op vier andere sub-items. Tenslotte

was het aantal expliciet aangeboden zintuigprikkelers in de experimentele groep toegenomen.

Concluderend lieten de resultaten van deze deelstudie zien dat de implementatie van snoezelen leidde tot positieve veranderingen in het gedrag van verzorgenden tijdens de ochtendzorg.¹³

3.3.4 *Effecten van snoezelen op de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie*

Hiermee komen we bij de vraag of de implementatie van snoezelen ook werkelijk leidde tot een positieve verandering in de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie. Om de effecten van snoezelen op patiëntenuitkomsten te onderzoeken hebben we gebruik gemaakt van (1) gedragsobservaties op de verpleegafdeling en (2) video-opnames van de ochtendzorg. Bij beide metingen hebben we bestaande gedragsobservatielijsten gebruikt, die in eerder onderzoek voldoende betrouwbaar waren bevonden. De observaties op de afdeling werden gedaan door de verzorgenden. Daarnaast beoordeelden twee onafhankelijke observatoren de hierboven genoemde video-opnames van de ochtendzorg. Zij gaven een oordeel over de stemming en het gedrag van de bewoner tijdens de ochtendzorg.

De resultaten lieten een significante verschilscore in het voordeel van de experimentele groep zien op de effectmaten apathisch gedrag, decorumverlies, opstandig gedrag, agressief gedrag en depressief gedrag, zoals gemeten tijdens de observaties op de afdeling. Deze beoordelingen betroffen het (“gegeneraliseerde”) gedrag van de bewoner in de twee weken voorafgaande aan het invullen van de lijst. De beoordelingen van de observatoren over het gedrag van de bewoners tijdens de ochtendzorg wezen uit dat er ook hier significante verschilcores waren in het voordeel van de experimentele groep op een aantal uitkomstmaten voor welzijn en adaptief gedrag. In vergelijking met de controle groep die de gangbare zorg kreeg, waren de bewoners van de experimentele afdelingen in een betere stemming. Zij hadden meer plezier tijdens de ochtendzorg, waren tevredener, hadden een betere relatie met de verzorgende en spraken vaker in volledige zinnen. In vergelijking met de voormeting en met de controle groep was de experimentele groep tijdens de ochtendzorg minder verveeld, minder

inactief, minder vaak verdrietig, vertoonde minder weerstand en minder klaaggedrag.

Concluderend ondersteunden de bevindingen van deze deelstudie de effectiviteit van snoezelen op de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie. Snoezelen in de 24-uurszorg verminderde met name teruggetrokken gedrag (zoals apathie) en hinderlijk gedrag (zoals agressie) en bevorderde gevoelens van welbevinden.¹⁹

3.3.5 *Effecten van snoezelen op de werkbeleving van verzorgenden*

Tot slot hebben we de effecten van snoezelen op de werkbeleving (kwaliteit van de arbeid) van verzorgenden onderzocht. Hiervoor hebben we aan verzorgenden gevraagd om een uitgebreide vragenlijst in te vullen tijdens de voor- en de nameting. De vragenlijst bestond uit bestaande meetinstrumenten die in eerdere studies voldoende betrouwbaar waren gebleken.

De verzorgenden in de experimentele groep hadden in de nameting een significant betere score op de schaal voor stress reacties, de burnout subschaal “emotionele uitputting” en de arbeidstevredenheid subschalen “tevredenheid met de kwaliteit van zorg”, “tevredenheid met het contact met bewoners” en “tevredenheid met groeimogelijkheden”. De totaalscore voor arbeidstevredenheid was eveneens verbeterd in de experimentele groep. Daarnaast werd een significant interactie-effect gemeten op twee subschalen voor ervaren problemen van verzorgenden in de zorg aan ouderen met dementie, namelijk: “problemen door gebrek aan tijd” en “gebrek aan zelfvertrouwen en onzekerheid in de zorg”. Ook ervaaarde de experimentele groep in de nameting, in vergelijking met de controle groep, minder problemen met specifieke gedragingen van ouderen met dementie (met name met depressief gedrag, decorumverlies en rusteloos gedrag). Tenslotte lieten de resultaten een significante verbetering zien in het voordeel van de experimentele groep op de subschaal “werkdruk”. “Inspraak” en “problemen met de taak” vertoonden eveneens een interactie-effect, maar dit werd veroorzaakt door een afname in de controle groep en niet door een toename in de experimentele groep.

Concluderend lieten de resultaten van deze deelstudie zien dat de

implementatie van snoezelen in de 24-uurszorg een positief effect had op de werkbeleving (kwaliteit van arbeid) van verzorgenden.²⁰

4 Resultaten van overig onderzoek

4.1 Onderzoeken naar snoezelen in een snoezelruimte

Snoezelen in de 24-uurszorg aan demente ouderen was nog niet eerder onderzocht. Wel zijn in eerdere studies de effecten van snoezelen in een speciale snoezelkamer in kaart gebracht. Hoewel de meeste studies uitwezen dat snoezelen in een snoezelkamer een positief effect heeft op de stemming en het gedrag van demente ouderen -met name *tijdens* de sessie- liet de wetenschappelijke kwaliteit van de onderzoeken soms te wensen over.²¹ Er zijn twee literatuurstudies gedaan volgens de richtlijnen van de Cochrane Collaboration, waarbij alleen onderzoeken worden meegenomen die voldoen aan vooraf vastgestelde wetenschappelijke criteria. In deze literatuurstudies zijn alle onderzoeken met een controlegroep (randomized clinical trials (RCT's) of controlled clinical trials (CCT's)) naar het effect van snoezelen bij mensen met dementie tot eind 2002 opgespoord.^{22,23} Er bleven drie studies over van voldoende wetenschappelijke kwaliteit die het effect van snoezelen onderzochten op (onder andere) apathie, depressie of agressie. In twee studies vonden de onderzoekers een positief effect van snoezelsessies in een snoezelkamer. Uit de eerste studie bleek dat mensen met dementie beduidend minder gedragsproblemen (rusteloosheid, zinloos repetitief gedrag, apathie, bewustzijnsstoornissen) vertoonden wanneer ze gesnoezeld werden in een snoezelruimte, dan wanneer ze in de huiskamer verbleven.^{24,25} De tweede studie wees uit dat mensen met dementie tijdens de snoezelsessies meer reageerden op hun omgeving. Direct na de snoezelsessie waren zij nog steeds alerter dan daarvoor; ze toonden meer initiatief, hadden een betere relatie met anderen en praatten meer uit zichzelf.²⁶ Concluderend was de uitkomst van de literatuurstudies dat er wetenschappelijk bewijs is dat personen met matige tot ernstige dementie en een hoge mate van zorgafhankelijkheid een positief effect ondervinden van snoezelen in een snoezelruimte. Het meeste bewijs werd gevonden voor een positief effect op apathisch gedrag.

4.2 Onderzoeken naar geïntegreerde belevingsgerichte zorg

Snoezelen valt volgens de indeling van de American Psychiatric Association (APA) onder de belevingsgerichte methoden.²⁷ Snoezelen als zorgmodel in

de 24-uurszorg ligt dicht bij andere belevingsgerichte interventies, met name bij geïntegreerde belevingsgerichte zorg, hoewel er verschillen kunnen zijn in methodiek. De eerder genoemde literatuurstudie volgens de richtlijnen van de Cochrane Collaboration leverde vier studies van voldoende wetenschappelijke kwaliteit op naar het effect van belevingsgerichte zorg of validation op apathie, depressie of agressie.²³ Twee van deze studies onderzochten het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg.^{28,29} Uit de onderzoeksresultaten kwam onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat belevingsgerichte zorg apathie, depressie of agressie bij dementie gunstig beïnvloed. Finnema vond wel dat begeleidings- en verzorgingsbehoevende verpleeghuisbewoners met dementie, die geïntegreerde belevingsgerichte zorg ontvingen, emotioneel evenwichtiger en minder ontevreden met de huidige situatie waren dan de bewoners die gangbare zorg kregen.²⁸ Aanvullende kwalitatieve analyses binnen hetzelfde onderzoek lieten eveneens een verschil zien ten gunste van de experimentele groep op de adaptieve taak “handhaven van een emotioneel evenwicht”. Daarnaast was er een positief effect op de adaptieve taak “ontwikkelen van een adequate zorgrelatie”.²⁹

Concluderend is aanvullend onderzoek nodig om de effecten van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg verder in kaart te brengen.

5 Conclusie

De implementatie van snoezelen in de dagelijkse, 24-uurszorg leidde tot positieve veranderingen in de stemming en het gedrag van verpleeghuisbewoners met dementie en tot positieve veranderingen in de werkbeleving van verzorgenden. Voorwaarde hiervoor is dat de implementatie goed begeleid wordt en wordt ondersteund door zowel het centrale management, de leidinggevende van de afdeling en het afdelingsteam, niet alleen op de korte termijn, maar ook op langere termijn. Dit onderzoek was het eerste waarin snoezelen werd geïmplementeerd als zorgmodel in de 24-uurszorg. Het was daarnaast uniek omdat niet alleen de effecten van snoezelen werden onderzocht, maar ook omdat het implementatieproces systematisch werd gevolgd en geëvalueerd. Op deze manier wilden we inzicht krijgen in de bevorderende en belemmerende factoren tijdens de implementatie. Daarnaast zou deze werkwijze ons de mogelijkheid geven om verklaringen te vinden voor het wel of niet vinden van effecten. De bevorderende en belemmerende factoren zijn uitgebreid besproken in deel 3 van dit handboek.

We hebben in dit onderzoek niet vast kunnen stellen of de gevonden effecten veroorzaakt werden door de bewonergerichte attitude, door het aanbieden van zintuigprikkelers of door een combinatie van beide. Aangezien de basis van de methodiek van het snoezelen gevormd wordt door een combinatie van een bewonersgerichte attitude met het aanbieden van zintuigprikkelers, is het aannemelijk dat de combinatie het effect veroorzaakt. Om met zekerheid het werkzame mechanisme vast te kunnen stellen is echter aanvullend onderzoek nodig. In de tussentijd kan de praktijk zijn voordeel doen met de wetenschap dat de gebruikte methode, die we in dit handboek hebben beschreven, effectief blijkt te zijn.

Literatuur

1. Kok W, Pater J, Choufour J. Snoezelen. Amsterdam: Bernardus Expertisecentrum/Fontis, 2000.
2. NIVEL/Waerthove. Het begeleiden van mensen met dementia die depressief of apathisch zijn. Utrecht: NIVEL, 2004.
3. Kitwood T. Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.
4. Weert JCM van. Multi-Sensory Stimulation in 24-hour dementia care. Effects of snoezelen on residents and caregivers. Utrecht: NIVEL, 2004.
5. Verdult R. Contact in nabijheid. Snoezelen met ernstig demente mensen. Leuven: Acco, 1997.
6. Kerkstra A, Bilsen PMA van, Otten DD, Gruijter IM de, Weide MG. Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis. Utrecht: NIVEL, 1999.
7. Francke AL, Garssen B, Huijter Abu-Saad H. Determinants of changes in nurses' behaviour after continuing education: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 1995;21(2):371-377.
8. Kruijver IPM. Communication between nurses and admitted cancer patients: the evaluation of a communication training program. Utrecht: NIVEL, 2001.
9. Maso, I. Kwalitatief onderzoek. Meppel: Boom, 1987.
10. Lange J de, Pronk M, Smaling A. Participerende observatie in verpleegkundig onderzoek. *Verpleegkunde* 1999;4:226-236.
11. Have P ten. Sociologisch veldonderzoek. Meppel: Boom, 1977.
12. Kitwood T. A dialectical framework for dementia. In: *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Woods RT (Ed). Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1996.
13. Weert JCM van, Janssen BM, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on nurses' behaviour during morning care, assessed on the basis of Kitwood's approach to dementia care. *Journal of Advanced Nursing* (in press).
14. Janssen BM. Snoezelen in verpleeghuizen; een onderzoek naar het implementatieproces van snoezelen in verpleeghuizen (scriptie). Wageningen: Universiteit en Research Centrum, 2001.
15. Vrugink FH. Snoezelen in het verpleeghuis. Een kwalitatief onderzoek naar de effecten van snoezelen op bewoners en verzorgenden van twee psychogeriatrische verpleeghuizen (scriptie). Nijmegen: Radboud Universiteit, 2005.
16. Theunissen NCM, Pas SME te, Friele RD. Evaluatie Implementatiemonitor ZonMw. Onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en hun uitkomsten. NIVEL, Utrecht, 2003.

17. Weert JCM van, Kerkstra A, Dulmen AM van, Bensing JM, Peter JG, Ribbe MW. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: An evaluation through the eyes of caregivers. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41:397-409.
18. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Effects of snoezelen, integrated in 24-h dementia care, on nurse - patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling* (in press).
19. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated in 24-h Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;53(1):24-33.
20. Weert JCM van, Dulmen AM van, Spreeuwenberg PMM, Bensing JM, Ribbe MW. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life of nurses in psychogeriatric care. *International Psychogeriatrics* (in press).
21. Lancioni GE, Cuvo AJ, O'Reilly MF. Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation* 2002;24:175-184.
22. Chung JCC, Lai CKY, Chung PMB, French HP. Snoezelen for dementia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software, 2002 (issue 4).
23. Verkaik R, Weert JCM van, Francke AL. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviours of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;20:301-314.
24. Kragt K, Holtkamp CCM, Dongen MCJM van, Rossum E van, Salentijn C. Het effect van snoezelen in de snoezelruimte op het welbevinden van demente ouderen. Een cross-over trial bij bewoners van R.K. Zorgcentrum Bernardus te Amsterdam. *Verpleegkunde* 1997;12:227-236.
25. Holtkamp CCM, Kragt K, Dongen MCJM van, Rossum E van, Salentijn C. Effecten van snoezelen op het gedrag van demente ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1997;28:124-128.
26. Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, Dowling Z, Thomas P, Assey J, Wareing L. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology* 2001;40:81-96.
27. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias of late life. *American Journal of Psychiatry* 1997;154 (5 Suppl):1-39.
28. Finnema EJ. Emotion-oriented care in dementia: A psychosocial approach. Academisch proefschrift. Groningen: De Regenboog, 2000.
29. Schrijnemaekers VJJ. The Effectiveness of Emotion-oriented Care in Homes for the Elderly. Academisch proefschrift. Maastricht: VJJ Schrijnemaekers, 2001.

30. Lange J de. Omgaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment. Utrecht: Jacomine de Lange/Trimbos Instituut, 2004.

Auteurs

Mw. Julia van Weert	Onderzoeker/socioloog NIVEL ^c Postbus 1568 3500 BN Utrecht j.vanweert@nivel.nl www.nivel.nl
Dhr. Jan Peter	Trainer/coach Trainingscentrum Bernardus/Fontis Nieuwe Passeerdersstraat 2 1016 XP Amsterdam jan.peter@fontis.nl www.fontis.nl
Mw. Bienne Janssen	Onderzoeker/socioloog NIVEL Postbus 1568 3500 BN Utrecht b.janssen@nivel.nl www.nivel.nl
Mw. Flora Vrugink	Psycholoog Verpleeghuis Schuttershof Kochstraat 10 6442 BE Brunssum psych04@atrium.nl
Mw. Sandra van Dulmen	Programmaleider NIVEL Postbus 1568 3500 BN Utrecht s.vandulmen@nivel.nl www.nivel.nl

^c NIVEL: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg

Met dank aan:

Mw. Rosita Carppon	Ziekenverzorgende, zorgcentrum Ter Weel, Goes
Mw. Ingrid Dijkstra	Activiteitenbegeleidster, Stichting Zuid Oost Zorg, locatie Ikenhiem, Beesterzwaag
Mw. Anneke Francke	Programmaleider Verpleging & Verzorging, NIVEL, Utrecht
Dhr. Cor van de Griek	Teamleider, zorgcentrum Ter Weel, Goes
Mw. Janke Hiemstra	Tektschrijver / communicatie adviseur, 's Heeren Loo Noord-Nederland, locatie Noorderhaven, Julianadorp
Mw. Femke Meijer	Activiteitenbegeleidster, Stichting Zuid Oost Zorg, locatie Bertilla, Drachten
Mw. Jannie Jager	Teamleider, Stichting Zuid Oost Zorg, locatie Bertilla, Drachten
Mw. Annie Jongsma	Teamleider, Stichting Zuid Oost Zorg, locatie Ikenhiem, Beesterzwaag
Mw. Ineke de Man	Coördinator activiteitenbegeleiding / projectondersteuning zintuigactivering, zorgcentrum Ter Weel, Goes
Mw. Corry Smit	Staffunctionaris / coördinator trainingscentrum, zorgcentrum Bernardus/Fontis, Amsterdam
Mw. Ingrid de Vries	Curriculum ontwikkelaar en intervisor / coach, Mondriaanonderwijsgroep, Den Haag
Mw. Liana Walther	Teamleider, zorgcentrum Bernardus/Fontis, Amsterdam

