

Informatiebrochure dementie en belevingsgerichte benadering



inter
zorg

intens



Inleiding

Wanneer men in aanraking komt met een cliënt met dementie roept dit vaak veel vragen op over de oorzaak, de verschijnselen, het ontstaan van bepaald gedrag en hoe hier mee om te gaan. Deze brochure is bedoeld om u hier enig inzicht in te geven. Ook geven wij u uitleg over de uitgangspunten die Interzorg hanteert bij de belevingsgerichte benadering van de cliënt met dementie. Dit is een benadering waarbij de communicatie met de cliënt centraal staat. In het contact met de cliënt met dementie is er aandacht voor de beleving en de emoties van de cliënt.

In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de verschijnselen en de oorzaken van dementie. Ook worden de verschillende vormen van dementie besproken.

Hoofdstuk twee geeft een overzicht over de werking van het geheugen omdat bij een aantal vormen van dementie geheugenproblemen als eerste opvallen.

Hoofdstuk drie gaat in op de belevingsgerichte benadering. Beschreven worden de diverse methoden en de basisprincipes van deze zorg: de manier van communiceren met de cliënt/bezoeker.

Hoofdstuk vier bevat een overzicht van de verschillende stadia van dementie en de bijbehorende omgangsadviezen.

De namen in deze brochure van cliënten zijn gefingeerd.

*Vakgroep Psychologie,
Januari 2013*

Inhoudsopgave

Inleiding	blz. 3
Inhoudsopgave	blz. 4
Hoofdstuk 1 Verschijnselen en vormen van dementie	blz. 5
Hoofdstuk 2 Geheugen en dementie	blz. 13
Hoofdstuk 3 De belevingsgerichte benadering binnen Interzorg	blz. 15
Hoofdstuk 4 De stadia van dementie en omgangsadviezen	blz. 23

Hoofdstuk 1

Verschijnselen en vormen van dementie

Dementie is geen ziekte op zichzelf. Het is een syndroom, dat wil zeggen een aantal met elkaar samenhangende verschijnselen, die tegelijkertijd voorkomen. Deze verschijnselen ontstaan door een aandoening in de hersenen waarbij de zenuwcellen (neuronen) hun werk niet meer goed kunnen doen. Het begrip 'dementie' zegt dus niets over de ziekte of aandoening die de dementie veroorzaakt. Er zijn meer dan zestig oorzaken van dementie bekend.

1.1 Verschijnselen

In het algemeen spreken we van dementie als iemand een sterke achteruitgang vertoont in het verstandelijke functioneren, gepaard gaande met geheugenstoornissen. We spreken pas van dementie als de verschijnselen dusdanig zijn dat het sociale functioneren (werk, sociale activiteiten en relaties) van de persoon worden verstoord. Geheugenstoornissen op zichzelf zijn niet voldoende om de diagnose dementie te kunnen stellen, er moet meer aan de hand zijn. Geheugenstoornissen komen wel, in meer of mindere mate, bij alle vormen van dementie voor. Daarnaast komen er altijd één of meer van de volgende verschijnselen voor:

- Verlies van oriëntatie in tijd, plaats en persoon. Verlies van oriëntatie in tijd is het niet weten welke dag, maand of jaar het is of het verliezen van het tijdsgevoel over de dag. Verlies van oriëntatie in plaats is niet beseffen waar men is, in welk huis of in welke stad. Ook de weg in huis vinden wordt geleidelijk aan moeilijker. Verlies van oriëntatie in persoon is het niet meer weten wie de mensen om je heen zijn, wie je zelf bent en hoe het leven zich heeft voltrokken.

- Problemen met het (abstract) denken, logische conclusies trekken, plannen en organiseren. Het lukt b.v. niet meer om het eigen huishouden te runnen.

Op de dagbehandeling vraagt mevr. Jansen om de vijf minuten waar zij is.

- Afasie wil zeggen dat er problemen zijn met het gebruiken en/of begrijpen van taal. Bij het gebruiken van taal gaat het vaak om woordvindproblemen. Hierbij lukt het bijvoorbeeld niet om op de naam van iets te komen. Ook begrijpt men niet meer wat men hoort of leest.

Dhr. Vermeulen wil wat zeggen. Hij heeft in zijn hoofd duidelijk paraat wat hij wil zeggen. Hij doet zijn mond open, maar er komen geen woorden.

- Apraxie betekent dat er problemen zijn met het uitvoeren van alledaagse handelingen die men eerder wel kon uitvoeren, b.v. niet meer de volgorde weten waarop men de kleding moet aantrekken, niet meer kunnen bedienen van de TV en niet meer weten hoe men moet eten.

- Agnosie wil zeggen dat er problemen zijn met het herkennen van voorwerpen, geluiden en geuren om je heen en waar deze voor dienen. Je ziet dan dat iemand niet meer reageert op bijvoorbeeld gaslucht die uit de keuken komt, of op de telefoon die rinkelt.
- Het kan verder lijken alsof de persoonlijkheid is veranderd. Vaak ziet men een afname of juist een versterking van de karaktertrekken die de persoon voor zijn dementie al kenmerkten.
- Er kan sprake zijn van psychiatrische symptomen, zoals stoornissen in stemming (depressie), denken (wanen) en waarneming (hallucinaties). Stoornissen in de stemming kunnen ook tot uitdrukking komen in onaangepast gedrag, agressiviteit of veranderde motorische activiteit. Een waan is een niet kloppende overtuiging. Bij cliënten met dementie zien we vooral de paranoïde (achterdocht) wanen met diefstal, ontroof of bedreiging als thema. Soms treden er ook hallucinaties op. Visuele en auditieve hallucinaties komen relatief veelvuldig voor. De cliënt met dementie hoort of ziet dingen die niet overeenkomen met de werkelijkheid zoals wij die kennen. Waarnemingsstoornissen kunnen uiteraard leiden tot gedragsstoornissen.
- Er kunnen gedragsveranderingen optreden zoals prikkelbaarheid, onverschilligheid, agressiviteit, slaapstoornissen met nachtelijke onrust, zwerven, seksuele ontremming, eetstoornissen en incontinentie.

Dhr. Sanders reageert plotseling boos wanneer zijn echtgenote een praatje maakt met de buurman.

Welke verschijnselen bij iemand te zien zijn, wordt in de eerste plaats bepaald door welke ziekte de oorzaak is van de dementie. In de tweede plaats is bepalend in welk stadium van de ziekte iemand is. Ten derde treden er per persoon natuurlijk verschillen op en ten vierde spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol.

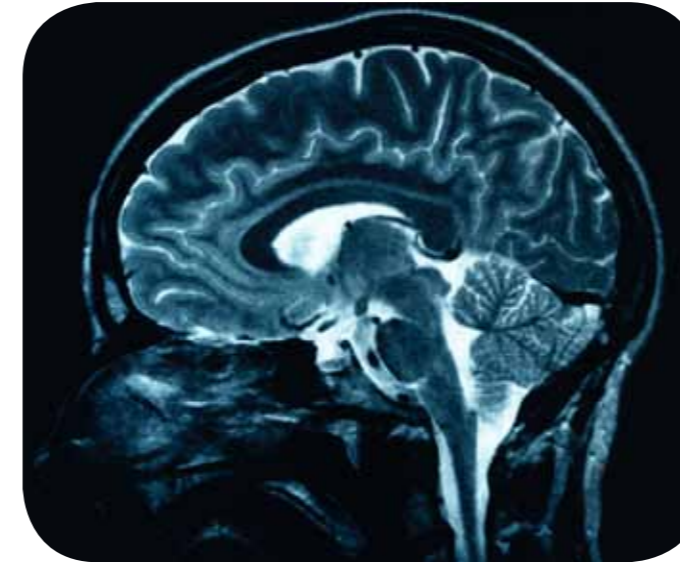




1.2 ZIEKTEBEELDEN

Dementieverschijnselen kunnen worden veroorzaakt door verschillende ziekten.

De meest voorkomende ziektebeelden zijn:



- **Ziekte van Alzheimer**

Dit is het meest voorkomende ziektebeeld (60-70%). De hersenen vertonen karakteristieke veranderingen (eiwitophopingen en de buitenste laag van de hersenschors verschrompelt). Het begin van de ziekte van Alzheimer ligt meestal tussen het 70e en 80e jaar, maar de ziekte is al op heel jonge leeftijd mogelijk. De ziekteverschijnselen zijn niet voor iedereen hetzelfde: de aard, de ernst en het tempo van het ziekteproces kunnen per persoon verschillen.

Een kenmerk van de ziekte van Alzheimer is dat de verschijnselen zich heel geleidelijk ontwikkelen. Vaak zo geleidelijk dat dit in het begin niet wordt opgemerkt. De verschijnselen nemen steeds meer in ernst toe en ze zijn niet te genezen. De ziekte van Alzheimer wordt als eerste gekenmerkt door het verlies van het geheugen voor recente feiten en gebeurtenissen en het verlies van oriëntatie in tijd. Daarnaast ziet men dat alles meer inspanning kost, nieuwe dingen worden minder snel aangeleerd, men is steeds meer met zichzelf bezig en het sociale gedrag neemt af.

Hierna kunnen oriëntatieproblemen ontstaan, eerst in tijd, dan in plaats en vervolgens kunnen alle bovengenoemde verschijnselen voorkomen. In het laatste stadium van de ziekte zien we vaak epileptische aanvallen. Mensen met de ziekte van Alzheimer hebben na een bepaalde tijd geen besef meer dat ze ziek zijn.

- **Vasculaire dementie**

De vasculaire dementie is na de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende vorm van dementie (15%). Vasculaire dementie wordt veroorzaakt door vaataandoeningen, die invloed hebben op het functioneren van de hersenen. Wanneer een bepaald bloedvat afgesloten raakt, krijgt dat gedeelte van de hersenen te weinig bloed en daardoor ook te weinig zuurstof. Hierdoor raakt dit deel van de hersenen beschadigd. Wanneer er meer afsluitingen komen, beschadigen de hersenen steeds meer en treden er verschijnselen van dementie op. Het begin van vasculaire dementie is vaak plotseling en onverwacht: de gevolgen van een afsluiting. Er kunnen in het begin andere verschijnselen op de voorgrond staan dan geheugenstoornissen. De reden hiervan is dat de stoornissen afhangen van de plaats in de hersenen die is aangetast (bijvoorbeeld problemen met taal, of vertraging van het denken). De verergering gaat niet geleidelijk (zoals bij de ziekte van Alzheimer), maar stapsgewijs. Iets anders dat vaak opvalt zijn de wisselingen in het beeld. De cliënt met dementie wisselt goede dagen af met slechte. Mensen kunnen dan ten onrechte denken dat de cliënt met dementie zich aanstelt, dat hij veel meer kan dan hij doet. Mensen met vasculaire dementie blijven een lange tijd het besef houden dat men ziek is, waardoor regelmatig emotionele problemen ontstaan (bijvoorbeeld opstandig gedrag, sombere stemming en/of snel wisselende buien).

- **Mengbeeld ziekte van Alzheimer en Vasculaire dementie**

Deze vormen van dementie komen ook regelmatig naast elkaar voor. Bij cliënten met dementie vanaf 90 jaar komen beiden altijd samen voor.

- **Parkinson dementie**

De ziekte van Parkinson gaat vooral gepaard met motorische stoornissen zoals bewegingsarmoede, stijfheid, trillen en men heeft moeite de houding te handhaven. Daarnaast worden in het beginstadium van de ziekte kleine verstoringen in het verstandelijk functioneren gevonden, zoals het met moeite kunnen uitvoeren van ingewikkelde taken. Ook wordt een toenemende mate van traagheid in het gedrag waargenomen. De geestelijke achteruitgang verloopt niet bij iedereen hetzelfde. Men kan drie vormen onderscheiden die gaan van zeer lichte achteruitgang tot zeer ernstige stoornissen in het verstandelijke functioneren waarbij ook de eerder genoemde psychiatrische symptomen kunnen voorkomen.

- **Frontaalkwabdementie**

In het begin van de ziekte ziet men voornamelijk een verandering van de persoonlijkheid en het gedrag. Het eerste verschijnsel is vaak ontremming. Dit uit zich bijvoorbeeld in onaangepast gedrag, schelden of stelen. Soms wordt men overdreven uitgelaten, claimend of opdringerig. De cliënt met dementie kan zeer passief zijn (apathie) en kan geen sociale contacten meer onderhouden (sociale isolatie). Men ziet gedrag dat niet aangepast wordt aan veranderingen in de omgeving (stereotiep gedrag) en depressies. Tevens treden er psychotische belevingen op. De cliënt met dementie hoort of ziet dingen die niet overeenkomen met de werkelijkheid (hallucinaties) of men heeft een niet kloppende overtuiging (waan). Deze verschijnselen kunnen enkele jaren eerder optreden dan het verminderen van de verstandelijke vermogens. De ontremming, samen met het niet meer goed kunnen inschatten wat in een sociale situatie passend gedrag is, kan aanleiding geven tot onaangepast gedrag.

- **Lewy Body dementie**

In het begin van de ziekte zijn de symptomen meestal licht, waarbij vooral problemen als aandachtsstoornissen opvallen. Ook zijn er vaak benoemproblemen, maar het geheugen en het uitvoeren van handelingen blijven meestal lange tijd goed. Al vroeg in het ziekteproces treden er psychotische veranderingen op. Men ziet beelden die niet overeenkomen met de werkelijkheid (visuele hallucinaties) of men heeft overtuigingen die niet kloppen (waanbeelden). Hierdoor is de dementie niet altijd gemakkelijk te herkennen. De mate van dementie is uiterst variabel van dag tot dag. Vaak zijn er verschijnselen die overeenkomen met de ziekte van Parkinson (Parkinsonisme) aanwezig. Er is sprake van trillingen (tremor), stijfheid, langzame bewegingen, een maskergelaat en gebogen postuur of een afwijkende manier van lopen. Deze verschijnselen komen pas in een later stadium van de ziekte naar voren en dan soms nog in geringe mate.

- **Lichamelijke aandoeningen**

Er zijn ook een aantal lichamelijke aandoeningen die verschijnselen van dementie veroorzaken, bijvoorbeeld een te traag of te snel werkende schildklier, of een tekort aan bepaalde vitaminen.



Hoofdstuk 2

Geheugen en dementie

Omdat bij de meeste vormen van dementie geheugenstoornissen een belangrijke rol spelen, is het belangrijk om eerst in te gaan op de werking van het geheugen. Daarom wordt in dit hoofdstuk een korte weergave gegeven over verschillende geheugenprocessen. Immers, daarmee kunnen de gevolgen van dementie beter begrepen worden en daarmee ook de cliënt met dementie zelf.

We hebben grofweg drie soorten geheugen: een sensorisch geheugen, een werkgeheugen en een langetermijngeheugen. Als we iets horen, zien of voelen komt dit eerst in het sensorisch geheugen. De informatie blijft hier ongeveer 3-5 seconden. Om informatie op te slaan in het werkgeheugen moet er aandacht aan besteed worden. Gemiddeld kun je 7 dingen tegelijk actief houden in je werkgeheugen. Om iets langer informatie te kunnen onthouden moeten de hersenen de informatie van het werkgeheugen naar het langetermijngeheugen brengen. Wat we onthouden is sterk gebonden aan de emotie die we erbij hebben beleefd. Gebeurtenissen met een sterke positieve of negatieve emotie worden dus beter onthouden en dit geldt ook voor informatie die in de loop van de tijd vaak herhaald is.

Het geheugen van mensen wordt wel eens vergeleken met een dik fotoboek. Mensen slaan hun herinneringen op in de vorm van plaatjes. Wanneer wij vertellen over een gebeurtenis uit ons leven (bijvoorbeeld een verjaardag of een vakantie), doen wij dit aan de hand van plaatjes. We gaan ons de gebeurtenis verbeelden .

Bij de ziekte van Alzheimer, de vorm van dementie die het meest voorkomt, is de opslag van informatie van het korte naar het langetermijngeheugen verstoord. Alle nieuwe informatie verdwijnt weer omdat de cliënt met dementie het niet meer vast kan houden. Het is alsof je water in een zeef probeert op te vangen.

Bij vasculaire dementie lukt het vaak nog wel om informatie op te slaan in het lange termijn geheugen, maar men heeft vooral moeite om de informatie weer naar boven te halen. Vaak verzucht iemand: "Ik weet dat ik het gehoord heb, maar ik kan er niet opkomen." Het is alsof je water in een ketel hebt gedaan, maar de ketel niet meer weet te vinden.

Voor beide vormen van dementie geldt dat dingen die erg belangrijk zijn of veel indruk maken, vaak wel onthouden worden.

Wanneer de dementie vordert, raakt ook het langetermijngeheugen aangetast. Het lange termijn geheugen is te vergelijken met een boekenkast. Bovenin staan de nieuwste boeken en onderin de oudste. De nieuwste boeken beschrijven alles wat je de laatste jaren hebt beleefd. In de oudste boeken staat alles wat je in je vroege jeugd hebt meegemaakt. Bij dementie vallen eerst de nieuwste boeken van de planken, de cliënt met dementie weet niet meer wat hij tussen zijn 60ste en 70ste heeft meegemaakt, daarna niet meer wat hij tussen zijn 50ste en 60ste heeft meegemaakt enz. Uiteindelijk weet hij alleen nog maar dingen die hij in zijn vroege jeugd heeft meegemaakt. Hij gaat dan ook in die tijd leven.

Bovendien is men ook alles vergeten wat men in de loop der jaren heeft geleerd: koffie zetten, koken, breien. Maar ook de fatsoensregels, want de boeken waar dit in stond zijn ook omgevallen. Toch kan het lijken alsof ook bij cliënten met een gevorderd beeld nog informatie onthouden wordt. Dit komt omdat het dan waarschijnlijk gaat om informatie die veel indruk maakt of veel herhaald wordt (gezicht van een vertrouwd persoon, herhalende routines).

Leestip: "De Wondere Wereld van Dementie" van A. van der Plaats en "Het Maakbare Brein" van M. Sitskoorn



Hoofdstuk 3

De belevingsgerichte benadering

In de tachtiger jaren kwam er binnen Europa en de VS kritiek op de gangbare zorg. Binnen de zorg zou teveel een accent liggen op de lichamelijke verzorging van de cliënt met dementie. Tevens was men erop gericht om de cliënt/bezoeker zo lang mogelijk bij de realiteit te betrekken. Er was onvoldoende aandacht voor het emotionele en sociale functioneren van de cliënt met dementie. Als reactie hierop werden diverse methodieken ontwikkeld om de kwaliteit van leven van de cliënt met dementie te verbeteren.

Het meest essentiële van de belevingsgerichte benadering is de wijze waarop wij communiceren en contact maken met de cliënt met dementie. Communiceren doen we met behulp van woorden (verbale communicatie), maar ook met onze gezichtsuitdrukking, gebaren en door het aanraken van de ander (non-verbale communicatie). Dit contact krijgt vorm en inhoud door een wisselwerking tussen de belevingswereld van de cliënt met dementie en de belevingswereld van de medewerker. Hierbij maakt de medewerker gebruik van de methoden van de belevingsgerichte zorg/benadering en de huidige kennis over omgevingszorg. Binnen Interzorg wordt gewerkt vanuit een belevingsgerichte visie en benadering. Dit roept direct de vraag op: Wat is dit en waaraan kan ik het herkennen? Hierop willen we in dit hoofdstuk een antwoord geven.

De visie van Interzorg luidt: "Onze cliënten willen zichzelf zijn en betekenisvol blijven beleven. Vanuit deze visie wordt de missie geformuleerd: "Wij bieden respectvol en gepassioneerd een helpende hand"

3.1 BELEVINGSGERICHTE BENADERING

Het doel van de belevingsgerichte benadering is dat de cliënt met dementie zo veel ondersteuning ervaart bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte, dat hij zich daadwerkelijk geborgen voelt en zo veel mogelijk in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden. Dit kan men alleen realiseren door als organisatie in zijn totaliteit hier actief mee bezig te zijn en voor de cliënt een veilige omgeving te creëren. Bij een veilige omgeving is ook de inzet van vrijwilligers en familieleden van groot belang. De familie kan, samen met de verzorgende, werken aan een levensboek (fotoboek met elementen uit de levensgeschiedenis). Hierdoor kan men meer inzicht en begrip krijgen voor wie de cliënt was voordat hij ziek werd en hoe hij in het heden het best benaderd kan worden. De belevingsgerichte benadering bestaat uit een integratie van de diverse methoden die gelijktijdig en naast elkaar worden gebruikt. De keuze welke benadering het meeste accent krijgt, wordt bepaald door het functioneren van de individuele cliënt. Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van verschillende hulpmiddelen (poppen, knuffels, foto's, etc.). Elke cliënt vraagt om een persoonlijke benadering. Dit wordt omschreven in een individueel zorgplan. Tijdens het Multi Disciplinair Overleg (MDO) wordt besproken of en wanneer deze benadering geschikt is voor de cliënt. Hierbij is het belangrijk dat alle medewerkers en vrijwilligers de leefgewoonten van de cliënten goed kennen en met deze kennis een verdere invulling geven aan de zorg. Hierbij speelt de familie een belangrijke rol.

De diverse methodes waar we binnen Interzorg gebruik van maken zijn:

- **Realiteits Oriëntatie Benadering (ROB)**

Het herhaaldelijk aanbieden van realistische informatie met als doel de verwardheid van de (licht) demente cliënt te verminderen.

In een 24 uren benadering betekent dit dat men de cliënt consequent duidelijk maakt hoe de werkelijkheid van het hier en nu eruit ziet. Men vertelt voortdurend wat er in de onmiddellijke omgeving gebeurt.

Deze benadering vraagt een actieve opstelling van de sociale omgeving, maar ook van de cliënt met dementie zelf; de eigen mogelijkheden worden maximaal benut. In de meeste gevallen is deze benadering geschikt voor cliënten in een beginnend stadium met dementie.

Dhr. Jansen wil zijn jas aan want hij zegt dat hij naar zijn werk moet. De verzorgster zegt: "Meneer Jansen, u bent toch al met pensioen? U heeft een leven lang gewerkt, nu mag u lekker uitrusten." Meneer Jansen kijkt de verzorgster aan en zegt: "Ach ja, dat is ook zo."

- **Validation (Naomi Feil)**

Deze methode richt zich op de realiteit van de cliënt zelf. Men kiest voor bevestiging van herinneringen, de beleving van het verleden en de wijze waarop het heden door de cliënt zelf wordt geïnterpreteerd. De belevingswereld van de cliënt met dementie wordt zo als werkelijkheid bevestigd. In deze methode wordt de belevingswereld van de cliënt met dementie beschreven in vier stadia; bedreigde-ik, verdwaalde-ik, verborgen-ik en verzonken-ik (zie hoofdstuk 4). Hierbij is kennis nodig van de specifieke levensgeschiedenis van de cliënt en over non-verbale communicatie.

- **Warme Zorg (Bolwby – hechtingstheorie)**

Dit is het scheppen van een omgeving waarin de cliënt met dementie zich veilig voelt. Dit is de belangrijkste emotionele behoefte van de persoon. In levensfasen waarin we kwetsbaar zijn en in periodes van onveiligheid en onzekerheid grijpt men instinctief terug op het oude (hechtings) gedragsrepertoire. Zo hoopt de cliënt bescherming, warmte en veiligheid te krijgen. Hiervoor moeten binnen de eigen omgeving vertrouwde personen aanwezig zijn.

Dit veilige milieu tracht men op verschillende manieren te realiseren:

- Rekening houden met de persoonlijkheid van de cliënt zoals hij was voor hij ziek werd (levensgeschiedenis) en het toepassen van de hierboven en hieronder beschreven aandachtspunten.
- Het bieden van een vaste structuur door een vast dagritme en de inzet van, zoveel mogelijk, vaste medewerkers en vrijwilligers per afdeling. Echter, wat voor de ene cliënt veilig zal voelen, is voor de andere cliënt onveilig. Daarom is het belangrijk om tijdens het MDO vast te stellen welk milieu met welke prikkels van belang zijn.
- Omgevingszorg (wordt verderop beschreven) en een zo groot mogelijke vrijheid voor de cliënt.
- De familie de mogelijkheid bieden om te kunnen blijven zorgen.
- De maaltijden zijn zeer belangrijk, deze worden afgestemd op de behoefte van de cliënt. Voor de één zal dit het gebruiken van een maaltijd alleen op een appartement zijn, voor de ander zal dit betekenen dat hij samen met anderen wil eten. Het is ook mogelijk om tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt, zoals het moluks eten. Binnen Interzorg wordt het Meals on Wheels systeem gebruikt waarbij zo veel mogelijk rekening gehouden wordt met individuele wensen.
- Het is mogelijk om huisdieren te houden; dit gaat in overleg met het team.
- Activiteiten worden aangepast aan de behoefte van de cliënt. Dit wordt individueel en in groepsverband aangeboden.



- **Snoezelen / zintuiglijke activering**

Dit is een methode om de cliënt, met name maar niet persé met vergevorderde dementie, prettige zintuiglijke indrukken te laten opdoen en te ontspannen. Men doet hierbij een beroep op het zien, horen, ruiken, proeven en het voelen en aangeraakt worden. Wat men aanbiedt, wordt bepaald door wat bij de persoon past. Hierbij maken we gebruik van gegevens over het verre en recente verleden in sociaal, persoonlijk, (neuro)psychologisch en lichamelijk opzicht (levensgeschiedenis). De benadering van cliënten met dementie in een vergevorderd stadium, vraagt om een verzorging waarbij zintuiglijke aspecten een belangrijke rol spelen.

Binnen Interzorg wordt gebruik gemaakt van aromatherapie en hydrotherapie. Binnen de aromatherapie maakt men gebruik van (rustgevend) geuren door het gebruik van oliën. Voorbeelden hiervan zijn het geven van een handmassage of het verspreiden van een geur in de huiskamer tijdens de middagrust. Binnen de hydrotherapie wordt gebruik gemaakt van water om ontspanning te geven. Voor de zintuiglijke activering, aromatherapie en hydrotherapie, zijn speciale ruimtes ingericht. Bij de hydrotherapie kan ondersteuning geboden worden door familie, maar ook bij de andere vormen kan familie betrokken worden.

- **Muziek**

Muziek is van alle tijden, van alle landen, van alle culturen. Muziek kan dan ook een belangrijke ingang zijn om aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Waar de taal functie en tal van geheugenfuncties bij een voortschrijdend ziekteproces steeds verder afnemen, blijft de kracht van muziek om herinneringen en emoties op te roepen veel langer intact. (Actief) musiceren met/voor cliënten is dus een middel om te communiceren, om contact te maken en om emoties en herinneringen op te roepen.

Muzikaal bad

Een specifieke vorm van een muzikale benadering is het ‘muzikaal bad’ hetgeen onder leiding van de muzikspecialist aangeboden kan worden. Het muzikaal bad is bedoeld voor mensen die in een gevorderd stadium van dementie verkeren. Verbale communicatie biedt deze cliënten weinig tot niets meer. Het gesproken woord is voor hen geen hanteerbaar instrument meer. Het muzikaal bad biedt, doordat de muzikale functies nog lang intact blijven, mogelijkheden tot contact en tot het oproepen van plezierige emoties en creëren van ontspanning.

Een muzikaal bad bestaat uit het toezingen van de cliënten, het laten horen van muziek (CD), rekening houdend met muzikale voorkeuren van de cliënten, en het spelen van eenvoudige melodieën op de piano. Een muziekinstrument biedt, naast de melodie, ook andere sensaties door de trillingen die het instrument veroorzaakt.

De muziek kan gepaard gaan met andere sensaties zoals geur (reuk), zachte voorwerpen (tast), bloemen (zicht). Het blijkt dat bij een muzikaal bad angst en onrust afnemen, er ontspanning optreedt, men soms gaat glimlachen, zelfs wat praten.

- **miMakker**

Interzorg heeft haar eigen miMakker, die ingezet kan worden om contact te maken met de cliënt met dementie. De miMakker is als het ware een grensganger tussen de mens zonder en de mens met een cognitieve handicap. Deze benaderingswijze vindt zijn wortels in een mengeling van clown, de zielzorger, de nar, de geliefde en het maatje.

Een miMakker heeft geleerd zich leeg te maken en alle eigen gedachten los te laten. De miMakker methode sluit naadloos aan bij de basisprincipes van de belevingsgerichte zorg en resulteert onder meer in alertheid, levendigheid, plezier en ontspanning bij de cliënt met dementie. Dit heeft tevens een positieve invloed op het woon- leefklimaat op de afdeling. De miMakker maakt contact met de cliënt middels een expressief gebruik van lichaam, stem en mimiek. Hierbij maakt zij gebruik van clowneske handelingen, maar ook van mimiek, non-verbale communicatie, muziek, jabbertalk, lichamelijk contact, enz. Hierbij sluit de miMakker aan bij de behoefte van de cliënt van dat moment. De miMakker probeert zodoende een vertrouwensband met de cliënt op te bouwen.



- **Reminiscentie**

Bij deze methode worden de herinneringen en de bijbehorende emoties opgehaald. Dit kan gaan over alledaagse gebeurtenissen en gebeurtenissen die een zeer grote persoonlijke waarde hebben. Hierbij tracht men zich te concentreren op positieve herinneringen. Men kan gebruik maken van een persoonlijk (foto)boek, muziek, gedichten en gebruiksvoorwerpen die van waarde zijn geweest. De familie en naasten van de cliënt spelen hierbij een belangrijke rol.

- **Passiviteiten van het dagelijks leven (PDL)**

De cliënt kan bij het vorderen van de dementie in toenemende mate niet meer meewerken met de eigen verzorging. In het laatste stadium is er sprake van een grote passiviteit tijdens de verzorging. Om de begeleiding, verzorging en verpleging voor de cliënt zo prettig mogelijk te laten verlopen worden bepaalde handelingen, maatregelen en voorzieningen toegepast. Een voorbeeld is het gebruik van aangepaste kleding om de verzorging van een bedlegerige cliënten prettiger te laten verlopen.

- **Omgevingszorg**

Interzorg gaat ervan uit dat cliënten, ook in een beschermde woonomgeving, zichzelf moeten kunnen zijn met de mogelijkheid om betekenisvol te blijven leven.

Recent onderzoek¹ biedt meer duidelijkheid op de eigen wijze waarop cliënten met dementie hun omgeving ervaren en wat de invloed van die omgeving is op het gedrag van een cliënt met psychogeriatrische problemen. In omgevingsgerichte zorg worden prikkels van zowel de omgeving als de bejegening (omgang) gedoseerd, waardoor het faalgevoel van cliënten verminderd en doelgerichte bewegingen worden bevorderd. Kortom de omgeving wordt zo ingericht dat de cliënt zich veilig en vertrouwd voelt.

Interzorg besteedt bij de inrichting van de woonomgeving aandacht aan thema's (feestdagen en seizoenen), gezellige zitjes, faciliteiten (bv. kapsalon) etc. Er zijn op diverse locaties mogelijkheden om 'uit eten te gaan.'

De afdelingen zijn herkenbaar door verschillende kleuren en naambordjes op de deuren van de huiskamers.

De ontmoetingsruimten of huiskamers hebben ieder een eigen indeling en sfeer. Er wordt gewerkt met verschillende leefmilieus waarbij prikkels vanuit de omgeving gedoseerd aangeboden worden. Bij sommige doelgroepen is het belangrijk om vanuit de omgeving een stimulerend effect te laten uitgaan, bij andere doelgroepen is het aanbieden van rustgevende prikkels belangrijk. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van het toedienen van kleur- en lichttherapie. Deze vorm van aanvullende of 'complementaire' zorg wordt in het MDO geëvalueerd.



Hoofdstuk 4

De stadia van dementie en omgangsaviezen

De symptomen bij dementie verlopen geleidelijk, progressief en soms grillig. In de literatuur worden verschillende indelingen van dit proces beschreven. In dit hoofdstuk worden twee indelingen beschreven met concrete omgangsadviezen. De in het vorige hoofdstuk beschreven belevingsgerichte benadering sluit hierop aan.

4.1 DE OPBOUW VAN HERSENEN IN VIER LAGEN OF NIVEAUS

Modern hersenonderzoek laat ons zien dat alle informatie vanuit de buitenwereld binnen komt via onze zintuigen. Het verwerken van deze prikkels gebeurt op vier niveaus, of in vier lagen. De buitenste 'vierde' laag is verantwoordelijk voor complex materiaal zoals bijvoorbeeld 'geweten en medeleven', 'gevoel voor decorum', 'organiseren en plannen'.

Bij sommige vormen van dementie beginnen de problemen op dit niveau. Een laag dieper, het derde niveau, wordt informatie nog gekoppeld aan emoties. Het is mogelijk om je emoties wel of niet te uiten. Als dit proces verstoord raakt door dementie, zien we ondoordacht en spontaan gedrag, maar ook angst en meer ontredde gedrag. Op het tweede niveau kunnen de hersenen nog wel prikkels herkennen en ordenen, maar dit gaat onbewust. Je ziet dan bijvoorbeeld een glimlach bij een vertrouwde geur of klank of hardop roepen bij het ervaren van ongemak, zonder dat te kunnen beheersen. Op het eerste niveau, in de diepere lagen in de hersenen, is gedrag reflexmatig aanwezig. Bewegingen verlopen ongecontroleerd. Problemen op dit niveau kunnen verslikking veroorzaken of insulten en verlammingen. Deze indeling is belangrijk en wordt gebruikt om in te schatten op welk niveau mensen functioneren en in welke mate iemand nog informatie en prikkels aan kan. Met kennis over de werking van de hersenen kijken we met andere ogen naar het welbevinden van mensen met dementie. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe dit proces verloopt als gekken wordt naar de mate van 'ik' beleving.

Dit wordt op een beschrijvende manier gedaan waardoor bovenstaande informatie verder uitgelegd wordt. Waar 'verzorgende' staat, kan uiteraard ook 'familie' of andere betrokkenen ingevuld worden.

4.2 DE VIER FASEN VAN IK-BELEIVING

Bij dementie verlopen allerlei processen in de hersenen dus anders dan bij gezonde hersenen. Willen we goed aansluiten bij de leefwereld van die cliënten, dan moeten we onze reacties en de omgeving proberen zo goed mogelijk te laten aansluiten op deze leefwereld. Het kunnen inleven in de leef- en gedachtewereld van de cliënt is erg belangrijk.



FASE 1:

Het Bedreigde ik / Cognitieve fase (beginstadium)

De cliënten in deze fase voelen zich door hun geheugen en denkstoornissen bedreigd in hun bestaan. Hierdoor kunnen zij hun eigen leven niet meer goed organiseren. Zij houden de schijn (façade) op dat alles normaal is. Zij kunnen de omgeving als vijandig ervaren en geven anderen vaak de schuld van dingen die mis gaan. Cliënten in deze fase letten goed op en reageren vaak achterdochtig. Zo kunnen zij bang zijn dat de verzorgende hen vergiftigt of beschuldigen zij familieleden van het stelen van persoonlijke spullen. Aan het gezicht en het lichaam is de spanning vaak goed af te lezen. Zij kunnen fel, zelfs 'stekend' kijken.

Hun houding kan stijf zijn met gespannen spieren. Aan alles is te zien dat zij voortdurend opletten en proberen grip te houden op wat er gebeurt. Het gedrag van deze cliënten is gekenmerkt door verschillende manieren van het trachten grip te houden op hun leven. Zij hebben behoefte aan oriëntatiepunten en vaste routine. Dit uit zich o.a. in het vastklampen aan persoonlijke bezittingen zoals een stok, een vest, een tas, een stoel of een portemonnee. Ook de afkeer van veranderingen past hierbij. Zij mijden het liefst nieuwe, onbekende situaties, bezigheden en contacten omdat die hen kunnen confronteren met hun tekorten. Zij gaan bovendien niet graag om met andere verwarde mensen die zich onaangepast gedragen.

Het begrip en de communicatie zijn over het algemeen nog vrij goed. Praten over het verleden (reminiscentie) is voor hen heel prettig. Recente gebeurtenissen vormen voor hen een probleem. Zij zijn deze snel vergeten. Ernaar vragen maakt hen onzeker, angstig of zelfs boos. Dit stelt speciale eisen aan de communicatie. Geef hen de kans om gevoelens te uiten en laat merken dat je betrokken bent. Herhaal belangrijke punten uit een gesprek. Aanraking en intimiteit worden meestal afgeweerd. Zij willen met respect bejegend worden en kunnen nog redelijk goed voor zichzelf opkomen en zorgen. Zij willen serieuze aandacht en erkenning voor hun problemen. Vergissingen en missers worden door de verzorgende zoveel mogelijk voorkomen of rechtgezet op een niet confronterende wijze. Liefst met gevoel voor humor! De bejegening van cliënten in deze fase is steeds gericht op het verminderen van angst en spanning. De cliënten worden gestimuleerd en geholpen om intacte mogelijkheden nog te gebruiken en zo mogelijk aan te passen aan het veranderde functioneren. Zoveel mogelijk zelf laten doen en dit vervolgens begeleiden staat hierbij centraal. Ook het hebben van aandacht voor persoonlijke problemen en het zoeken naar een manier om hiermee om te gaan is voor deze cliënten erg belangrijk.

FASE 2:

Het Verdwaalde ik / Emotionele fase

In het stadium van het verdwaalde ik zijn de cliënten steeds meer gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon. De cliënten maken nu geen bedreigde angstige indruk meer, maar komen eerder zoekend over.

Angst is nu het gevolg van het niet meer weten waar en wie zij zijn. Zij voelen zich verdwaald en hebben vooral behoefte aan houvast. De schouders neigen ertoe voorover te hangen. De blik is helder, maar ongericht, soms zelfs doelloos starend in de verte. Lichaamshouding en gezichtsuitdrukking zijn ontspannen. Incontinentie komt vaker voor, zonder dat de cliënten dit zelf echt merken. Het lopen is vaak zonder doel. Eenmaal onderweg is het doel immers snel vergeten of vervangen door een ander. De handgebaren zijn vloeiend en onderstrepen vooral de gevoelens die vaak heel heftig kunnen zijn. In dit stadium worden emoties meer en meer geleid door primaire behoeften zoals liefde, eten, intimiteit en seksualiteit. De uitingen hiervan worden niet meer geremd en dit kan weer leiden tot decorumverlies. Het spreken gaat langzaam. Zij praten met minder woorden, vaak met vage omschrijvingen, zoekend naar woorden. Soms is het daardoor niet duidelijk waar zij het over hebben. Het lukt hen niet georiënteerd te blijven in het heden. Zij springen van het heden naar het verleden en kunnen de gebeurtenissen van lang geleden niet meer onderscheiden van recente voorvallen. Ook huidige personen worden verward met mensen van vroeger. Deze verwardheid neemt toe naarmate de dementie voortschrijdt.

Zij kunnen zich meestal niet lang concentreren en de aandacht kan ook weer snel wegglijden naar iets anders. Regels van spelletjes worden niet meer onthouden. Zij genieten bij voorkeur van de eenvoudige activiteiten.

De verzorgende zorgt voor een vaste routine en vertrouwde activiteiten. Deze bieden houvast in tijd, plaats en persoon, iets waar cliënten in deze fase behoefte aan hebben. Aansluiten bij de beleavingswereld van de cliënt is hierbij erg belangrijk. Contact maken lukt nu vooral goed door de cliënt zachtjes en liefdevol aan te raken.

Het maken van oogcontact ondersteunt het verkrijgen van de aandacht en op gang brengen van communicatie. Als verzorgende is het belangrijk om op gelijke hoogte en op aanraak afstand voor de cliënt te staan of te zitten. Eventuele visuele beperkingen worden hiermee ook opgevangen.



Ook het gehoor is vaak verminderd en door de verwardheid minder betrouwbaar. In het algemeen moet de verzorgende langzaam en duidelijk praten met een iets verhoogd volume, zonder te schreeuwen.

Door het maken van oogcontact ziet de verzorgende of de cliënt hem hoort en begrijpt. Verder moet de verzorgende liefst eenvoudige woorden en korte zinnen gebruiken. De toon van de stem moet warm en geruststellend zijn.

Alle gebaren en gezichtsuitdrukkingen van de verzorgende mogen wat overdreven worden. Cliënten in deze fase zijn daar gevoelig voor en komen makkelijk in een positieve stemming bij een glimlach en een compliment. Het aanwijzen van bekende dingen verhoogt het contact.

Communicatie in deze fase begint met het noemen van de naam van de cliënt. Daarna zegt de verzorgende wie hij is. Vragen als 'weet u wie ik ben' dienen vermeden te worden.

De verzorgende moet er steeds voor zorgen dat de cliënt hem begrijpt en wachten totdat de cliënt antwoordt. Wanneer de cliënt niet reageert, kan de zin eenmaal herhaald worden. Begrijpt de cliënt het dan nog niet, dan is het beter een andere, eenvoudigere zin te proberen. Het iedere keer herhalen van de zin is zinloos en roept spanning op bij de cliënt. Tegelijkertijd worden alle beschikbare aanwijzingen gebruikt. Herhaal wat de cliënt heeft gezegd en werk veel met complimentjes en aanmoediging. De verzorgende moet vermijden om plotseling van onderwerp te veranderen. Wanneer de cliënt vervelend reageert moet de verzorgende dit niet persoonlijk opvatten, maar zien als een gevolg van de desoriëntatie en een impulsieve uiting van emoties die bij deze fase horen.

FASE 3:

Het Verborgen ik/ Psychomotorische fase

De IK-beleving lijkt te verdwijnen in deze fase. De cliënt verdwijnt in een tijdloze innerlijk wereld. Uit zichzelf maken ze met hun omgeving weinig of geen contact meer. Hun ogen zijn vaak gesloten of kijken ongericht. Cliënten gebruiken hun stem nog wel om zich te uiten, maar zijn vaak moeilijk te verstaan. Lopen gaat nog wel, maar schuifelend en met de schouders voorover gebogen. Veel cliënten raken in deze fase rolstoelafhankelijk en zitten in zichzelf gekeerd voor zich uit te staren. Hun gedrag wordt gekenmerkt door het zich eindelijk herhalende bewegingen en geluiden. Deze uitingen zijn vaak afspiegelingen van onderliggende behoeften en emoties. Het is belangrijk te achterhalen wat de cliënt prettig of onprettig vindt. Hierbij gaat het om basisbehoeften zoals warmte, koude, rust, prettige prikkels, honger, pijn enz. Contact maken is nog mogelijk, maar alleen op initiatief van de verzorgende. Cliënten reageren vanuit hun directe emotionele toestand. Het is belangrijk dat de verzorgende regelmatig korte contacten maakt. Cliënten bij hun naam noemen, dit kan ook een koosnaam zijn, werkt meestal erg goed. Lief praten, zachtjes aanraken en strelen, lekkere dingen laten proeven of ruiken, mooie of vrolijke muziek, iets om vast te houden en ermee te prutsen, het zijn allemaal mogelijke invalshoeken. De verzorgende moet hierbij leren te letten op vaak hele kleine signalen in gezichtsuitdrukking, beweging en lichaamshouding. Spanning, verdriet en onrust zijn dan gemakkelijk te onderkennen.



De verzorgende zoekt steeds naar manieren om ontspanning, opgewektheid en rustige betrokkenheid op de omgeving te bevorderen. Cliënten kunnen dan ineens nog rake dingen zeggen of liedjes meezingen. Cliënten zijn in feite helemaal overgeleverd aan wat de verzorgende hen biedt. De dagelijkse verzorging in al haar facetten moet gebruikt worden om dichtbij de cliënten te blijven en positieve gevoelens bij hen teweeg te brengen. Doordat cliënten in deze fase zo sterk op omgevingsprikkels reageren is een rustige sfeer erg belangrijk. Veel mensen, drukte, lawaai, plotselinge geluiden, fel licht enz., brengen primitieve angst en onrustreflexen teweeg die voor een grote onrust kunnen zorgen in het gedrag. Muziek is de allerbelangrijkste omgevingsinvloed geworden. Muziek maakt oude prettige herinneringen uit vervlogen tijden los. Liedjes uit de kindertijd worden mee geneuried en gezongen en brengen veel ontspanning.

FASE 4:

Het Verzonken ik / Zintuiglijke fase

Haast ongemerkt loopt de vorige fase over in deze laatste fase. De cliënten bevinden zich in het laatste stadium van dementie. Het lukt nu niet of nauwelijks meer om nog contact te krijgen. Het lijkt wel of het “ik” verdwenen is. Heel af en toe krijgt de verzorgende nog een glimp te zien. Dan is er even een soort contact. De cliënten liggen nu vaak in bed. Ze zijn ontspannen, maar kunnen ook contracturen gaan vormen. Ze kijken niet meer rond. Oogcontact is niet meer te maken. Er is geen doelgericht gedrag meer aanwezig.

De cliënten leven nu helemaal vanuit hun primaire behoeften. Emoties zijn moeilijk waar te nemen. Alle contacten met de verzorgende moeten ook gebruikt worden om aangename gewaarwordingen teweeg te brengen. Bij het praten gaat het niet meer zozeer om wat je zegt, maar vooral om hoe je het zegt. De toon, de klank en het volume moeten zacht, koesterend en rustgevend zijn. Ook muziek, klank, geur, warmte en andere zintuiglijke prikkels blijven manieren om de cliënt te bereiken. Soms, heel soms, krijgt de verzorgende iets terug. Dat kan een glimlach zijn of een hand die jouw hand even knijpt.

De fases zoals hierboven beschreven kunnen niet altijd gehanteerd worden. De fases lopen in elkaar over en de mate van het voorkomen van de beschreven verschijnselen zijn afhankelijk van de persoonlijkheid en de levenswijze van de cliënt met dementie.



4.2 OMGANGSADVIEZEN BIJ DEMENTIE

Het gevoel van veiligheid en begrip kunnen we dus op verschillende manieren bereiken, bijvoorbeeld door ons in te leven in de belevingswereld van de cliënt met dementie, maar ook door hen de zekerheid te bieden van een vaste regelmaat. We willen de cliënten met dementie zo benaderen dat ze het gevoel hebben dat ze op ons kunnen vertrouwen. Er bestaan geen vaststaande recepten voor de omgang met cliënten met dementie, we moeten kijken naar wat aansluit bij de cliënt met dementie en wat ons past.

Er zijn wel enkele vuistregels te geven:

- Vergeet nooit dat de cliënt met dementie een volwassene is, met een eigen geschiedenis en eigen gevoelens. Benader hem daarom met respect.
- Spreek eenvoudig, duidelijk en langzaam. Gebruik korte zinnen en stel niet meer dan één vraag tegelijk. Controleer of de cliënt met dementie het gevraagde begrepen heeft. Maak gebruik van non-verbale communicatie zoals oogcontact of aanraking. Let zowel op je eigen houding en uitstraling als op die van de cliënt met dementie.
- Houd in je achterhoofd dat wij ons kunnen aanpassen en de cliënt met dementie (door verminderd cognitief functioneren) meestal niet. Ga daarbij altijd na of dat wat je van de cliënt met dementie vraagt wel echt nodig is.
- Ga niet in discussie, door bijvoorbeeld de cliënt met dementie op fouten te wijzen of door in te gaan op beschuldigingen. Dit leidt alleen tot frustratie en verdriet aan beide kanten.

- Houd de cliënt met dementie actief, voor zover zijn/haar lichamelijke conditie dit toelaat. Betrek deze zoveel mogelijk bij dagelijkse activiteiten. Laat hem of haar zoveel mogelijk dingen zelf doen. Let wel op dat de cliënt met dementie niet wordt overvraagd.
- Zorg voor orde en regelmaat. Zowel in de omgeving, door alles een vaste plek te geven, als in de dagindeling.
- Ga cliënten met dementie niet uittesten. Breng de cliënt met dementie niet in situaties die boven zijn niveau gaan en blijf niet vragen naar dingen die de cliënt met dementie vergeten is.
- Pas de omgeving aan. Doe dit eventueel samen met de familie. Zorg voor geheugensteuntjes en veiligheid.
- Stimuleer activiteiten, sociale contacten en lichaamsbeweging.
- Houd rekening met het feit dan mensen met dementie (nog) onbewust kunnen leren. Zie leestip*

* R. Dirksen, R. Kessels, R. Hoogeveen en T. Dixhoorn 2011; *(Op)nieuw geleerd, oud gedaan*, reeks *Moderne Dementiezorg*, uitgave Kosmos.

* A. van der Plaats en B. Verbraeck 2008; *De wondere wereld van dementie*

Meer informatie over Interzorg?
Neem contact op met ons Klantencentrum:
0800 22 33 404
www.interzorg.nl

COLOFON

PRODUCTIE	Interzorg Stafbureau
TEKSTEN	Touché concept & copy Stafbureau, afdeling Communicatie en Marketing
FOTOGRAFIE	Albert Brunsting
OPMAAK	AlbertsKleve BNO
DRUKWERK	Zalsman Groningen bv



Interzorg
XXXXX
XXXXXX
www.interzorg.nl