

Hoe kan men als verpleegkundige op een goede manier omgaan met een demente persoon op hemodialyse?

Nathalie NUYTTENS



1. Dementie

In de literatuur vond ik de volgende omschrijving van dementie.

Dementie betekent in het Latijn letterlijk ontgeesting, ontgaan van geest. Dementie houdt een niet aangeboren blijvend verlies van

functies van het verstand in.

Dementie is een ernstige en uiteindelijk fatale aandoening die berust op een voortschrijdende achteruitgang van het functioneren van de hersenen (Nederlandse Gezondheidsraad, 2002).

Met andere woorden: dementie is een hersenaandoening waarin het gehele geestelijke functioneren steeds verder achteruit gaat, zodat het normale zelfstandige leven uiteindelijk niet meer mogelijk is.

Dementie is een syndroom, dit wil zeggen dat het een verzameling is van verschillende symptomen die zich tegelijkertijd voordoen en verschillende oorzaken kunnen hebben.

Deze symptomen zijn:

a. Geheugenstoornissen,

EN

b. Een of meer van de volgende cognitieve stoornissen:

- Afasie (taalstoornis)
- Apraxie (het onvermogen om bepaalde handelingen uit te voeren)
- Agnosie (stoornissen in het herkennen of identificeren van voorwerpen, ondanks een intacte zintuiglijke waarneming)
- Stoornis in de uitvoerende functies (d.w.z. plannen maken, organiseren, volgorde aanbrengen, abstract denken)

EN

c. De stoornissen veroorzaken elk een duidelijke beperking in het sociaal of beroepsmatig functioneren en betekenen een significante beperking ten opzichte van het vroegere niveau.

EN

d. De stoornissen komen niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een acute verwardheid (= delirium).

Enkel een minder goed functionerend geheugen is dus niet voldoende om te spreken van dementie. Aan al de voorgaande 4 criteria moet dus worden voldaan vooraleer men kan spreken van dementie.

2. Literatuurstudie

2.1 Hoe omgaan met demente personen

Gedrag is een multi-factorieel gebeuren. Het wordt beïnvloed door verschillende elementen, zoals cerebrale processen, angsten, omgeving, familie, persoonlijkheid, medicatie, alcohol en het inzicht van de patiënt in zichzelf en in zijn ziekteproces.

Naast cognitieve stoornissen als een direct gevolg van de hersendegeneratie bij dementie ziet men bij die mensen ook andere ontregelingen van het psychisch functioneren en het gedrag. Bijvoorbeeld: depressie en angstig gedrag, agitatie, dwaalgedrag, achterdocht, wanen en hallucinaties.

Men is geneigd om het 'lastig gedrag' van demente personen te verminderen door verhoogd toezicht, lichamelijke dwangmiddelen en het kalmeren van de demente persoon door medicatie. Deze interventies kunnen nuttig en waardevol zijn, maar men vergeet soms stil te staan bij het gedrag die een demente persoon stelt. Waarom doet het gedrag zich voor en hoe kan men er op een betere manier aan tegemoet komen?

Daarom zou het centrale uitgangspunt bij demente patiënten er één moeten zijn van begeleiding die aansluit bij hun individuele mogelijkheden en hun belevingswereld. Dit is namelijk een zorgvisie waar de patiënt uiteindelijk bepaalt welke zorg er gewenst is. Het principe van 'klant is koning'.

Bij belevingsgerichte zorg worden tal van benaderingen gebruikt. Zo wordt er in de literatuur het volgende benoemd: realiteitstraining (ROT), validation, warme zorg, snoezelen, belevingsgerichte zorg, reminiscentie, psychomotorische therapie, Passiviteiten Dagelijks Leven (PDL), muziektherapie, aromatherapie.

Deze benaderingen zal ik hieronder uitgebreider bespreken.

2.1.1 Realiteitstraining (ROT)

Het doel van realiteitstraining is het vertragen van het dementeringsproces door de verwarde persoon te stimuleren en te activeren om het verloren contact met de werkelijkheid terug te vinden. Op die manier wordt er getracht de zelfstandigheid, het zelfvertrouwen en het welbevinden van de demente persoon te bevorderen, gevoelens van angst te verminderen en verder sociale achteruitgang te voorkomen. De achterliggende gedachte is dat de verwardheid van de persoon afgeremd kan worden.

Deze benaderingswijze werd in de jaren vijftig ontwikkeld door de Amerikaanse arts Folsom. Hij ging ervan uit dat een aangepaste omgeving, in combinatie met een voortdurend aanbod van informatie over tijd, plaats en persoon en een voortdurende aanspraak op de nog intacte geheugenfuncties, zou leiden tot meer adequaat gedrag. Deze realiteitstraining is gebaseerd op gedragstherapeutische principes.

In de jaren zeventig kwam het accent meer te liggen op cognitieve training. Het doel werd nu meer het bieden van ondersteuning aan de dementerende persoon om greep te kunnen houden op zijn omgeving.

Deze therapie was het meest geschikt bij mensen die in het eerste stadium van dementie verkeerden.

De ROT benadering kan op twee manieren gegeven worden, groepsgewijs of in een 24-uurs verband.

Groepsgewijs houdt in dat er kleine groepjes gevormd worden en dat de deelnemers op vaste dagen en tijdstippen samen komen. Tijdens die bijeenkomsten krijgen de deelnemers opdrachten gericht op waarnemen, geheugen, aandacht en concentratie. Deze bijeenkomsten kennen een vaste structuur maar ook variatie.

De 24-uurs benadering wordt in combinatie met de groepsbenadering toegepast. Het zou anders zinloos zijn om gedesoriënteerde personen een of twee keer per week te activeren in groepsverband,

en ze de rest van de week niet te stimuleren. Bij de 24-uurs benadering wordt de oriëntatie in tijd, plaats en persoon ondersteund door een systematische benadering gedurende 24 uur per dag. De spelregels zijn: het regelmatig geven van informatie over plaats en gebeurtenissen van het moment, het corrigeren van verwardheid, het bekrachtigen van adequaat gedrag. Voornamelijk bij het sociaal contact en het bestrijden van storend gedrag is bekrachtiging een belangrijk middel. De oriëntatie in ruimte wordt ondersteund door wegwijzers die regelmatig aangewezen worden door de verzorgenden. Dit leidt namelijk tot herkenning van namen, kleuren en symbolen. Voor de oriëntatie in tijd zijn er duidelijk leesbare klokken en speciale ROT-borden, waarop de dag, datum, dagprogramma, jaargetijde en bijzonderheden vermeld worden. Oriëntatie in persoon wordt ondersteund door spiegeltjes, naambordjes op de deuren en door foto's. Een ander belangrijk onderdeel is het aanbieden van een vaste dag- en werkprogramma zodanig dat de dagen herkenbaar en van elkaar te onderscheiden zijn.

De ROT wordt uitgevoerd door activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, psychologen en ergotherapeuten.

In de praktijk bleek de realiteitstraining weinig effectief. De ROT als benadering bleek wel iets op te leveren voor dementerende personen, zoals het overzichtelijk en herkenbaar maken van de leefomgeving. Dit door middel van bewegwijzering, een dagindeling met verschillende activiteiten, eigen spullen laten mee nemen naar het ziekenhuis of verpleeghuis. Daarom spreekt men tegenwoordig liever van een realiteitsoriënterende benaderingswijze dan van training.

2.1.2 Validation

De validerende benadering is gericht op het verlichten van stress, en het herstellen van het gevoel van identiteit en eigenwaarde van gedesoriënteerde personen. Men moedigt de personen aan om conflictueuze gevoelens te uiten om zo onverwerkte conflicten en problemen op te lossen. Dit heeft als doel de innerlijke rust te bevorderen, waardoor dit een gunstige invloed heeft op het behouden van het contact met de omgeving.

De validerende techniek werd ontwikkeld in de jaren 60 door Naomi Feil. Het woord is afgeleid van het Latijnse woord Valor wat betekent waarde. Validation betekent dan ook dat iedere mens waardevol is en dat elk menselijk gedrag een betekenis heeft, ongeacht de mate van des-

oriëntatie ten gevolge van de dementie. Met andere woorden, de belevingswereld van de dementerende persoon wordt als werkelijkheid bevestigd.

Voor wie deze benadering geschikt is hangt af van in welk stadium de demente persoon zich bevindt.

Validation kan toegepast worden als onderdeel van een 24-uursbenadering, alsook groepsgewijs of individueel.

De validerende benadering als 24-uurstechniek houdt onder andere het volgende in:

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

De groepsgewijze benadering houdt in dat er een groepje gevormd wordt met mensen in hetzelfde stadium. De groep bestaat uit 5 tot 10 personen en komt minstens 1 maal in de week samen. Binnen die groep krijgt iedere persoon een vaste rol die het meest aansluit bij zijn of haar leefwereld. Op die manier wordt erkenning en veiligheid geboden. De bijeenkomst heeft een zeer gestructureerd karakter en bestaat uit het volgende: een vast openingslied, een gesprek over een bepaald onderwerp waarbij universele emoties zoals angst, liefde, verdriet, blijdschap tot uiting komen, een bewegingsspel en een slotlied of gedichtje met een drankje.

De individuele benadering is geschikt voor kennismaking om zo de dementerende persoon in al zijn facetten te leren kennen. Dit houdt in de behoeften te leren kennen van de persoon, zijn of haar levensgeschiedenis en levensthema's. Dit gebeurt in een gesprek van ongeveer 20 minuten aangepast aan de dementerende persoon.

Validation wordt het best toegepast door activiteitenbegeleiders, verzorgenden of verpleegkundigen. Dit vereist van de betrokkene hulpverleners dat ze zich kunnen verplaatsen en inleven in de gevoels- en ervaringswereld van de dementerende persoon. Er wordt een respectvolle en empathische grondhouding verwacht om de zorgbehoefte te signaliseren en daarop te reageren. Daarom wordt er verwacht van de

verzorgende persoon dat hij een inzicht heeft in het verleden van de dementerende persoon, omdat die sterk gericht is op zijn herinneringen, en om kennis te hebben van de sociale geschiedenis van de dementerende persoon.

Hoe men de validerende benadering toepast in de praktijk zal ik uitleggen via twee voorbeelden.

Voorbeeld 1:

Een oudere dementerende vrouw die tijdelijk in het ziekenhuis is opgenomen en op bed ligt, vraagt waar haar man is. De verpleegkundige heeft reeds gemerkt dat de vrouw erg verdrietig en onrustig wordt wanneer men zegt dat haar man thuis is. Daarom zegt zij: "U houdt veel van uw man hè?". "Ja", glundert de vrouw, "en hij van mij". De verpleegkundige merkt op dat dit een rijk bezit is. Tegelijkertijd dekt zij de vrouw nog even extra toe met een deken. Tevreden valt de vrouw in slaap.

Voorbeeld 2:

Een oudere dementerende vrouw die zojuist bezoek heeft gehad van twee van haar kinderen doet bij een verzorgende haar beklag dat ze haar kinderen nooit ziet. De verzorgende zegt niets van het bezoek dat mevrouw even tevoren nog heeft gehad maar antwoordt: "U mist uw kinderen hè, u bent geloof ik erg op hen gesteld".

2.1.3 Warme zorg

Hier staat de beleving van de dementerende persoon centraal. Het doel van warme zorg is een sfeer te scheppen waarin gedesoriënteerde personen zich veilig voelen waardoor angsten en onzekerheden verminderen of verdwijnen.

De theoretische uitgangspunten komen van de verpleeghuisarts Houweling en van de psychogerontoloog Miesen. Deze theorie is gebaseerd op de gehechtheidtheorie dat ieder individu, om vanaf de geboorte een evenwichtige ontwikkeling door te kunnen maken, één of meerdere personen nodig heeft waaraan hij zich kan hechten. Houweling en Miesen ontdekten dat de gehechtheidtheorie aanknopingspunten biedt voor de omgang met demente oude mensen. Bij dementie brokkelt het geheugen af waarbij het laatst geleerde het eerst verdwijnt. Op den duur leidt afbraak van het geheugen tot handelsonbekwaamheid: de vaardigheden die aangeleerd zijn gedurende de groei naar volwassenheid gaan verloren. Dit leidt tot een situatie van afhankelijkheid, die vergelijkbaar is met de situatie van een jong kind dat nog vele vaardigheden en handelingen moet aanleren.

Dit verschijnsel, in combinatie met de een permanente conditie van dreiging, angst en onveiligheid die dementie scheidt, zorgt ervoor dat het gehechtheidsgedrag weer geactiveerd wordt. Ten gevolge hiervan gaat de dementerende op zoek naar een veilige basis en warmte.

Warme zorg is geschikt voor dementerende personen met procesverschijnselen die variëren van licht tot zeer ernstig. Met andere woorden bij alle dementerende personen.

Niet de therapie maar de aard van de zorg staat centraal; namelijk een veilig en warm leefklimaat binnen de afdeling. Daardoor is warme zorg een 24-uursbenadering.

Met betrekking tot de inhoud van de methodiek bestaan er een aantal aandachtspunten:

1. Nabijheid. Voor de dementerende bejaarde is het van belang dat de hulpverlener weinig afstand neemt en niet bang is voor lichamelijk contact, zoals een knuffel. Tevens is het van belang dat de hulpverlener mee kan gaan in de wereld van de patiënt en wezenlijke interesse toont.
2. Herkenbaarheid. De omgeving van de dementerende dient vertrouwd en rustgevend te zijn. Om de afdeling zo min mogelijk op een ziekenhuis afdeling te laten lijken en om een vertrouwde sfeer te creëren, zijn ziekenhuismeubels zo veel mogelijk vervangen door meubels die de bewoners van huis uit gewend zijn, zoals een fauteuil, kleedjes, kastjes, een vaste vloerbedekking. Daarnaast wordt zachte muziek gedraaid. Ook is het van belang dat de verzorgenden geen uniform dragen maar eigen kleding. Tenslotte is het, ter bevordering van een band tussen hulpverlener en patiënt, van belang dat er kleine zorgteams zijn rond een vaste groep bewoners.
3. Huiselijkheid. Op een psychogeriatrische afdeling dient zo weinig mogelijk verboden te worden en dienen er zo weinig mogelijk regels te zijn. Dagelijks wordt er een herkenbare dagindeling gemaakt. Dat hoeft op zich niet elke dag hetzelfde te zijn. Een voorbeeld is het gezamenlijk ontbijten 's ochtends in de huiskamer aan tafel, waarbij de patiënt de gelegenheid krijgt zijn boterhammen zelf klaar te maken. Een ander voorbeeld is het verzorgen van huisdieren. Deze kunnen het gevoel van huiselijkheid ook versterken. Bij deze activiteiten is het van belang dat de bewoner de ruimte krijgt om zijn eigen tempo te bepalen.
4. Vrijheid. Voor mobiele bewoners is het van belang dat ze vrijheid ervaren door te kunnen

rondlopen. Voor dit doeleinde is een loopcircuit het meest ideaal. Er dienen zo min mogelijk gesloten deuren te zijn. Tijdens de zomer is een tuin om in te zitten en in te lopen geschikt. Ook worden er binnen deze methodiek geen dwangmiddelen gebruikt zoals verplicht zitten of zitten in een Zweedse band of een ander fixatie middel.

5. Familie. Vanwege de band speelt de familie een belangrijke rol bij het contact van de patiënt met de werkelijkheid. Er is dan ook alle ruimte voor contact tussen patiënt en familie en er zijn geen vaste bezoektijden. Voor de familie is het van belang dat er gelegenheid is om mee te helpen bij de verzorging, dat een familielid mee kan eten en als het gewenst is kan blijven slapen. Bij warme zorg wordt veel waarde gehecht aan contact met familie. Bij deze benadering is het gehele team van hulpverleners betrokken; d.w.z. de arts, psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, activiteitenbegeleiding, verzorgenden en verpleegkundigen.

2.1.4 Snoezelen

Het doel van snoezelen is primair gericht op het leggen van contact met ernstige demente personen, het creëren van een veilig leefklimaat, en het teweegbrengen van gevoelens van eigenwaarde, ontspanning en rust bij die personen. Zoals ook bij de validerende benadering staat de innerlijke leefwereld van de ernstig dementerende persoon centraal. Wat snoezelen zo speciaal maakt is het feit dat er een beroep gedaan wordt op de zintuiglijke waarneming. Mensen worden via het selectief prikkelen van zintuigen in de gelegenheid gesteld om hun emoties en gevoelens te uiten. En het uiteindelijke doel van snoezelen is om gevoelens van algemeen welzijn te bevorderen.

Snoezelen is een samenstelling van drie andere termen, namelijk: snuffelen, snoezelen en doezelen en het duidt op een sfeerbeeld. Een rustige gedempte sfeer (schemerig, sfeervolle verlichting, zachte muziek) waarin allerlei materialen zijn die de zintuigen kunnen stimuleren. Snoezelen wordt dan ook gedefinieerd als 'primaire activering', het activeren van de eerste ontstane voor naamste zintuigen zoals het gehoor, gezicht, de reuk, de smaak en tast.

Bij de zorg was er ook een gevoel van onmacht bij de zorgverlener, net zoals bij de zorgverlener van een zwaar demente persoon. Snoezelen bood hierop een oplossing, het bevorderde namelijk een dialoog tussen de hulpverlener, omgeving en patiënt zodat er een sfeer gecreëerd

werd van veiligheid en geborgenheid.

De doelgroep van deze benadering bestaat uit ernstige dementerende personen, met procesverschijnselen zoals beschreven in het vierde stadium volgens Naomi Feil.

Snoezelen kan zowel individueel als groepsgevoel gegeven worden. Individueel houdt in dat men bijvoorbeeld bij de verzorging een snoezelactiviteit inbouwt, bijvoorbeeld: de persoon laten ruiken aan een stuk zeep of andere lekkere geuren aanbieden. Zo kan de verzorging rustig verlopen.

De groepsgevoel aanpak gebeurt in een snoezelruimte.

Deze kenmerkt zich door een rustige, gedempte atmosfeer, die wordt bereikt met lichteffecten, kleuren en zachte muziek. In deze ruimte zijn materialen aanwezig die zintuigprikkeling stimuleren. Dit houdt in dat een uitdrukkelijk beroep gedaan wordt op het ruiken, proeven, kijken, voelen en horen:

- Om te ruiken zijn er parfums, bloemen, wierook, fruit etc aanwezig.
- Om te proeven zijn er koekjes, verschillende soorten drankjes en snoepgoed.
- Om te kijken zijn er lampen die verschillende lichteffecten kunnen geven, er zijn spiegels en andere glinsterende en gekleurde voorwerpen.
- Om te voelen zijn er voelkussens, knuffels, poppen, sop, zand, scheerschuim etc. aanwezig.
- Om te horen is er een geluidsinstallatie aanwezig waarmee allerlei muziek afgedraaid kan worden.

Per demente persoon wordt er een stappenplan of activiteitenplan samengesteld waarin duidelijk aangegeven wordt op welke manier, met welk materiaal en hoe lang de activiteit uitgevoerd mag worden.

Voor meer informatie, zie website Dementia.nl, Benaderingswijzen.

Snoezelen wordt voornamelijk toegepast door activiteitenbegeleiders, verzorgenden en verpleegkundigen. Ook kan het belangrijk zijn om de familie hierin te betrekken.

Snoezelen heeft niet alleen een positief effect op de demente persoon maar ook op de verzorgende. De positieve effecten voor de demente persoon zijn:

- Minder gebruik en minder snel voorschrijven van rustgevendende medicatie.
- Afname van onrust: er ontstaat een ontspannen sfeer tijdens de dagelijkse zorgverlening.
- Afname van agressie.

Zorgverleners ervaren dan weer dat het leven van de dementerende persoon zinvoller is en dat er een zinvolle relatie met de demente persoon kan opgebouwd worden.

2.1.5 Belevingsgerichte zorg

Belevingsgerichte zorg betekent: "het op de individuele dementerende verpleeghuisbewoner afgestemde gebruik van belevingsgerichte benaderingswijzen en communicatieve vaardigheden, rekening houdend met zijn gevoelens, behoeften en lichamelijke en psychische beperkingen, met het doel dat de bewoner zoveel ondersteuning ervaart bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte en de verpleeghuisopname, dat hij zich daadwerkelijk geborgen voelt en in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden."

Deze omschrijving houdt eigenlijk in dat een verzorgende van een demente persoon op de hoogte is van de verschillende benaderingswijzen zoals validation, realiteits oriëntatie en snoezelen en deze ook zo goed mogelijk toepast. Cora van der Kooij heeft deze benaderingswijzen geïntegreerd in een zorgconcept, geïntegreerde belevingsgerichte zorg.

2.1.6 Reminiscentie

Reminiscentie is geen benaderingswijze en hoort ook niet bij belevingsgerichte zorg. Het is slechts een methode om herinneringen op te halen en was in eerste instantie gericht op ouderen in het algemeen en niet op de dementerende persoon.

Dat demente personen er ook baat bij hebben komt omdat het lange termijn geheugen aangesproken wordt. Reminiscentie kan dus bewust gebruikt worden in een validation- benadering maar ook in een realiteitsoriëntatie- benadering en verder is het als methode therapeutisch inzetbaar.

Reminiscentie is een methode om verwerkte herinneringen op te halen en te presenteren met als doel:

- Bijdragen aan het gevoel van welzijn van de demente persoon.
- De buitenwereld in staat stelt naar de reminiscent te kijken, op een manier die recht doet

aan zijn of haar belevingswereld.

Reminiscentie kan gebruikt worden als een communicatiemiddel bij ouderen met een tekortschietend geheugen.

Bij reminiscentie wordt er ingespeeld op de natuurlijke behoefte van ouderen om te praten over vroeger. En het gegeven dat het langetermijn geheugen vaak nog intact is. Hierdoor kijken ouderen terug op het leven om de rekening op te maken. De oudere hoeft zich niet aan te passen aan de hulpverlener. De beleving van de herinnering is het uitgangspunt binnen de communicatie en er ontstaat een interactie, een gesprek. Hierbij wordt er recht gedaan aan de dementerende persoon door een appel te doen op vaardigheden die iemand nog bezit. Als hulpverleners en mantelzorgers open staan voor deze verhalen zal het een waardevolle ervaring zijn.

Informatie uit deze gesprekken kan mogelijk gebruikt worden voor het schrijven van een levensloop. Zodoende blijft de informatie bekend en kan men de dementerende persoon, wanneer deze verder achteruitgaat, belevingsgericht blijven benaderen.

2.1.7 Psychomotorische zorg

Psychomotorische therapie in de psychogeriatric is bedoeld voor dementerende ouderen met psychosociale problemen van verschillende aard. Hierbij worden zij begeleid in bewegingsactiviteiten waarbij speciale aandacht is voor de lichaamsbeleving.

Het doel van psychomotorische zorg is het geven van ondersteuning, vertrouwen en stabiliteit.

De doeleinden van psychomotorische therapie kunnen zijn: het reactiveren, resocialiseren en het bevorderen van het affectieve functioneren.

Reactivering: men hoopt hiermee cognitief verval tegen te gaan, de motivatie van de patiënt te verhogen, en een nieuw evenwicht te bevorderen door aanpassing aan de psychosociale en fysieke verandering.

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

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

De doelgroep zijn demente personen die zich in het eerste of tweede stadium bevinden van demencie volgens Naomi Feil.

Psychomotorische therapie kan aangeboden worden ter ondersteuning bij problemen die ontstaan bij het verouderingsproces maar ook bij gedragsproblemen ten gevolge van demencie. Psychomotorische therapie kan gedragsproblemen zoals: agressief- angstig- en depressief gedrag gunstig beïnvloeden. De aanpak is multidisciplinair. De psychotherapeut staat centraal bij het opmaken van het behandelingsplan.

2.1.8 PDL

Onder Passiviteiten Dagelijks Leven wordt er verstaan: het complex van handelen, maatregelen en voorzieningen dat bijdraagt tot optimale begeleiding, verzorging en verpleging van 'passieve' personen. Deze personen zijn niet meer in staat tot het verrichten van activiteiten en hebben daarmee niet meer de mogelijkheid om zelf actief mee te werken aan hun behandeling.

PDL is geschikt voor ernstige, zorgbehoevende personen die de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen niet meer zelf kunnen uitvoeren en waarbij dit moet overgenomen worden door een verzorgende of verpleegkundige.

PDL bestaat uit zeven factoren:

1. Liggen: bij passieve personen worden de kansen op decubitus en contracturen groot. De preventie bestaat voornamelijk uit wissellegging en dynamische ligvoorzieningen bijvoorbeeld: het gebruik van een banaankussen waarbij een persoon verschillende comfortabele houdingen kan aannemen met ondersteuning.
2. Zitten: dit houdt in het zitelement aan te passen aan de persoon. De druk verminderen op de stuit en ellebogen, de zithouding zo aanpassen dat de persoon goed zit en zich kan ontspannen.
3. Gewassen worden: de fysio- en ergotherapeuten kunnen hierbij helpen door een aantal vaardigheden en handgrepen te leren die de passieve persoon tijdens de dagelijkse verzorging ten goed komen. Vooral de techniek die ontspanning brengt van de spastische spiergroepen staat hier centraal. Het is hier ook belangrijk dat de verzorgende of verpleegkundige datgene doet wat de passieve persoon het aangenaamste vindt en niet routinematig te werk gaat.
4. Gekleed worden: ook hier kunnen fysio- en ergotherapeuten technieken doorgeven. Het gebruik van klittenbandaansluitingen, lange

ritsen, grotere maten of rekbare en ademde stoffen kunnen gemakkelijk aangetrokken worden. Zo kan angst met als gevolg spierspanning voorkomen worden.

5. Verschoond worden: het verschonen van een persoon is iets intiems waarbij de angst en schaamte kan ervaren worden. Het onnodig blootliggen kan voorkomen worden door het afdekken van intieme delen en het verschonen vlot uit te voeren. Een beleid rond incontinentie en het aanstellen van een incontinentie deskundige is geen overbodige luxe.
6. Verplaatst worden: veiligheid garanderen voor de passieve persoon alsook voor de verzorgende of verpleegkundige. Dit is mogelijk door een goede beheersing van tiltechnieken, het gebruik van tilliften alsook een consequent tilbeleid.
7. Eten geven: een rustige, overzichtelijke en vriendelijk omgeving is hier van belang. Ook het zich aanpassen aan de individuele noden van de passieve persoon, op ooghoogte zitten en aandacht geven aan de persoon. Dit stimuleert het contact en de zintuiglijke activering.

2.1.9 Muziektherapie

De meeste gezonde mensen zijn in staat zich vrij te bewegen. Hierdoor kunnen zij zich ontwikkelen, hun gevoelens tot uitdrukking brengen en contact maken. Deze mogelijkheden tot persoonlijke en interpersoonlijke groei is er niet voor iedereen. Soms is iemand niet in staat om op eigen krachten verder te komen. Dit geldt ook voor dementerende personen en een manier om te helpen is muziektherapie.

Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden ten einde veranderingen, ontwikkelingen, stabiliteit of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen.

2.1.10 Simulated Presence video Therapie

Simulated Presence video Therapie (Gesimuleerde aanwezigheid) is ontstaan vanuit de ervaring dat mensen met dementie meestal goed reageren op vertrouwde personen, in het bijzonder op de partner of de kinderen. Zij worden dan vaak rustig en minder angstig. Er wordt gebruik gemaakt van een speciaal op de persoon afgestemde videoband, de videobrief, om de aanwezigheid van de bekenden te simuleren. De band duurt ongeveer 5 tot 10 minuten. De inhoud van de band is de presentatie van de vertrouwde

persoon in woord en beeld. Dit beeld kan aangevuld worden met materiaal dat voor de persoon van bijzondere positief emotionele betekenis is.

De methode is vooral geschikt voor mensen in het midden stadium van de dementie. De methode is eenvoudig uitvoerbaar tegen geringe kosten en is daarmee een waardevolle aanvulling in het arsenaal van niet-farmacologische interventies bij dementie.

2.1.11 Aromatherapie

Aromatherapie is een holistische therapie waarbij gebruik gemaakt wordt van etherische, ook wel essentiële oliën genoemd. Holistisch wil zeggen dat er bij een behandeling gekeken wordt naar de mens als geheel, zowel het lichaam als de psyche.

Etherische oliën hebben een sterk effect op de psyche. Het is bekend dat er zenuwbanen direct van het reukzintuig naar het limbische systeem lopen (dit is het deel van de hersenen dat betrokken is bij de emoties). Een voorbeeld uit het dagelijkse leven is dat men een geur waarneemt en weer aan vroeger moet denken (associatie). Aromatherapie kan o.a. uitgevoerd worden als massage, als lichaamverzorging zoals het gebruik van zalf/crème/lotion, als bad/ doucheproducten, als 'pakking' of kompressen.

Uit o.a. onderzoek van het Trimbos instituut is gebleken dat massage met

lavendelolie een gunstig effect heeft, op mensen met dementie die agressief gedrag vertonen. Hoewel het niet is onderzocht lijkt het bijna zeker dat niet alleen de geur voor verbetering zorgt. Het is ook de massageolie, waarmee de handen van de dementerende worden ingewreven (waarna de lavendel in de bloedbaan wordt opgenomen), gekoppeld aan de aanraking en de persoonlijke aandacht van de ziekenverzorgende.

De Vlaamse Alzheimerstichting doet onderzoek naar het effect van de geur van sinaasappelen en mandarijnen, die fijne herinneringen aan vroeger oproepen.

2.2 Nieuwe uitgangspunten

In het artikel 'belevingsgerichte zorg bij dementie' wordt er feedback gegeven op bovenstaande benadering, namelijk: ROT. Ze zouden niet effectief zijn en zelf een averechts effect hebben doordat de dementerende zenuwachtig of agressief wordt vanwege de voortdurende confrontatie met zijn eigen tekortkomingen. Daarom geven zij meer uitleg rond 'belevingsgerichte

benaderingen' met daaronder verschillende theoretische modellen. Deze modellen zijn: model van ontwikkelingstheorie van Erikson, de gehechtheidstheorie van Bowlby en de copingtheorie van Lazarus en Folkman.

2.2.1 Model van ontwikkelingsstadia van Erikson

De Amerikaanse psycholoog Erik Erikson beschouwde de menselijke ontwikkeling als een levenslang proces met acht opeenvolgende stadia. In ieder stadium moesten er volgens hem specifieke psychosociale problemen overwonnen worden. Bijvoorbeeld in het laatste stadium de strijd tussen integriteit en wanhoop. Oudere mensen die niet kunnen accepteren dat zij bepaalde doelen in het leven niet bereikt hebben, worden volgens Erikson wanhopig. Wie dit wel kan aangaan, ervaart ego-integriteit en kan zich dus verzoenen met het einde van zijn leven.

Feil voegde hier nog een negende stadium aan toe voor oudere personen met cognitieve stoornissen, het oplossen van conflicten tegenover vegeteren. Het was Feil opgevallen dat mensen die geen ego-integriteit bereikt hadden in hun leven meer gedesoriënteerd waren dan evenwichtige en tevreden dementerenden. Met haar validation therapie wilde ze deze mensen meer rust geven in hun leven.

Het hoofddoel van validation is om gedesoriënteerde personen weer een gevoel van identiteit, waardigheid en zelfwaardering te geven door hun gevoelens te bevestigen zonder deze diepgaand te analyseren en te interpreteren.

Ook de reminiscentie - activiteiten worden gebruikt in dit ontwikkelingsstadiummodel. Ze dient dan als ondersteuning in het laatste stadium voor de dood om in het reine te komen met conflicten uit het verleden en de ego-integriteit terug te vinden.

2.2.2 Gehechtheidstheorie van Bowlby

Onder gehechtheidsgedrag wordt verstaan het gedrag dat is gericht op het verkrijgen en behouden van de nabijheid van iemand waaraan men gehecht is. Dit komt vooral voor in stressvolle situaties.

De Nederlandse psycholoog Bére Miesen gebruikte de gehechtheidstheorie om het fenomeen van ouder-fixatie onder mensen met dementie te verklaren. Bijna alle dementerende personen denken in een bepaalde fase dat hun ouders nog leven en ze willen naar hen toe gaan. Vanuit het perspectief van de gehechtheidstheorie kan dit gedrag verklaard worden als een angstreactie

op een gevoel van onveiligheid en daarmee als een uiting van de behoefte aan veiligheid. Miesen ontdekte dat mensen met meer cognitieve stoornissen zich vaker onveiliger voelden dan mensen met een hoger niveau.

Hiervan uit heeft men in Engeland een educatief programma gestart om het personeel in verpleeghuizen de emotionele behoeften van de dementerende persoon beter in te schatten. Dit gaf als resultaat dat de demente personen meer aandacht kregen en minder angstig werden.

Een andere toepassing van deze gehechtheidstheorie is wat ze in Nederland de 'warme zorg' noemen. Warme zorg heeft tot doel de verpleeghuisbewoners met dementie een huiselijke, herkenbare en veilige omgeving te bieden die aangepast is aan hun functionele mogelijkheden en hun belevingswereld.

2.2.3 Copingtheorie van Lazarus en Folkman

De copingtheorie van Lazarus en Folkman gaat ervan uit dat stress ontstaat door de persoonlijke inschatting die een individu van een situatie maakt en dat ze beïnvloed wordt door de voortdurende interactie tussen de persoon en zijn omgeving. Bewust of onbewust probeert een persoon met ontstane stress zo om te gaan dat men een gevoel van controle en evenwicht behoudt. Dementerende personen ervaren hier problemen door hun cognitieve achteruitgang, met gevolgen op hun dagelijks leven, maar ook door de zware emotionele belasting die de ziekte met zich meebrengt.

Vanuit deze theorie zijn er verschillende modellen gegroeid, namelijk: het 'verlaagde stressdrempel' model van Hall en Buckwalter, het 'adaptatie coping' model van Dröes.

- Het 'verlaagde stressdrempel' model van Hall en Buckwalter.

Dit model gaat er vanuit dat de kans op gedragsstoornissen niet alleen toeneemt door voortschrijdende hersendegeneratie maar ook doordat de persoon in het verloop van zijn ziekte veel stress ervaart. Daarom zou de zorg volgens dit model gericht moeten zijn op het aanpassen van de omgeving aan het stressolerantieniveau van de dementerende persoon. Dit houdt in: structuur bieden, prikkels op de afdeling verminderen door bijvoorbeeld minder geluid, kleinere groepen, rustige kleuren.

- Het 'adaptatie coping' model van Dröes.

Ook dit model gaat er vanuit dat gedragsproblemen niet alleen voortkomen vanuit het dementieproces. De manier waarop een demente

persoon reageert op de veranderingen in zijn leven als gevolg van de ziekte zijn ook medebepalend. Deze veranderingen die stress met zich mee brengen vragen om aanpassingen van de dementerende persoon. Dit wordt weergegeven door de term adaptieve taken of opgaven. We kunnen zeven adaptieve opgaven onderscheiden:

1. Omgaan met eigen invaliditeit.
2. Handhaven van een emotioneel evenwicht.
3. Behoud van een aanvaardbaar zelfbeeld.
4. Voorbereiden op een onzekere toekomst.
5. Onderhouden van sociale relaties met familie en vrienden.
6. Ontwikkelen van een adequate zorgrelatie met het personeel.
7. Omgaan met de instituutomgeving en met behandelingen.

Of bepaalde adaptieve opgaven tot stress leiden of niet, hangt af van de persoon in kwestie en wordt beïnvloed door tal van factoren. Bijvoorbeeld ziekte en de ernst van de cognitieve stoornissen, de persoonlijke aard zoals de levensgeschiedenis en karakter, de sociale en materiële omgeving zoals het al dan niet hebben van een sociaal netwerk en geld. Ook speelt de invloed van de omgeving een rol.

Voor de zorg betekent dit dat men moet achterhalen welke adaptieve opgave een rol speelt bij de gedragstoornis.

3. Praktische toepassing

Wanneer je nu welke benadering toepast is vanuit theoretisch perspectief dan ook niet te beantwoorden. Het uitgangspunt dient steeds de individuele persoon met dementie te zijn, met zijn functionele mogelijkheden en zijn behoeften.

Slaag je er als zorgverlener in om aan te sluiten bij de belevingswereld van de dementerende persoon, dan draagt dit bij tot kwaliteit van leven. En dit is het uiteindelijke doel van belevingsgerichte zorg.

1. Hoe waardevol andermans vrijheid ook is, je mag niet aarzelen om de maatregelen te treffen die zich opdringen: bepaalde kasten of vertrekken afsluiten, lucifers afnemen, autosleutels opvragen...
2. Misschien de belangrijkste regel van al, laat voelen dat je er bent.
3. Men is geneigd om iemand die dementeert te

corrigeren. Je corrigeert hem of haar dan stelselmatig op fouten, met woorden als "ik heb het zojuist nog gezegd" en "je moet beter oppletten". Dementerenden vertellen dat zoiets erg pijn doet, omdat het hen als het ware te kijk zet met de handicap waartegen ze zo hard aan het vechten zijn. Het is beter steeds weer geduldig te herhalen en hen te helpen om zich te redden uit vervelende situaties.

4. Later, als de dementerende veel in een andere wereld lijkt te vertoeven, ben je geneigd om hem of haar terug bij de realiteit te brengen. Dat is verloren moeite en het werkt irriterend. Je probeert beter in zijn of haar wereld binnen te treden en van daaruit in te spelen op de gevoelens. Een moeder die 's nachts dringend eten wil gaan kopen omdat ze niets in huis heeft tegen dat haar kinderen thuiskomen, is vooral gespannen omdat ze voelt dat ze tekort schiet. Het helpt niet als je haar wil doen inzien dat het nacht is en dat er geen kinderen op komst zijn. Het helpt wel als je bijvoorbeeld belooft in haar plaats te gaan winkelen en haar verzekert dat alles er op tijd zal zijn.
5. Dementie bij een ouder zorgt onvermijdelijk voor spanningen in de familie. Klassieke twistpunten zijn: ongelijke verdeling van de last en de kosten. Het is van het grootste belang dat de familie bij elkaar komt en duidelijke afspraken maakt.
6. Vooral de strijd om zelfwaarde verdient alle steun. Als je erin slaagt de dementerende vernederingen te besparen en zich 'iemand' te blijven laten voelen, wordt het leven minder krampachtig, rustiger, harmonischer.
7. Betutteling moet ook vermeden worden. Er behoort immers een zo groot mogelijk gevoel van zelfredzaamheid, zelfstandigheid en zelfwaarde te blijven. Als je iets uit handen neemt, doe je dat op een tactvolle manier, bijvoorbeeld met een uitvlucht zoals: "als we het samen doen, is het vlugger gedaan". Of je legt gewoon uit waarom je dit of dat komt doen. Anderzijds laat je de dementerende zo lang mogelijk zichzelf wassen en kleden, helpen in het huishouden, werken in de tuin... En je geeft voortdurend het gevoel dat hij of zij iets nuttigs doet, wat ook het resultaat mag zijn.
8. Door dat alles heen probeer je een gevoel van veiligheid en geborgenheid te geven. Je wuift de angst, de wanhoop, de ontredde niet weg. Je probeert ook zelf geen ongeduld of nervositeit te tonen. En verder vallen hier weinig regels te formuleren. Het is een glimlach, een plezierig woord, een knuffel...

9. Enkele vuistregels in omgang:

- Verg niet te veel van het geheugen zoals gaan winkelen zonder briefje.
- Tracht niet te corrigeren en zeker niet te berispen.
- Blijf geduldig herhalen.
- Help hem of haar zich te redden uit moeilijke situaties.
- Eerbiedig de "façade", aanvaard een "smoes".
- Laat hem of haar zoveel mogelijk doen in de tuin of het huishouden, maar let niet op het resultaat en geef zeker geen afkeurende commentaar.
- Blijf hem of haar behandelen als volwassene en niet als kind.
- Wuif angst, wanhoop en ontredde niet weg, maar toon begrip, bied steun en geborgenheid.
- Geef op tijd en stond een glimlach, een plezierig woord, een knuffel.
- Antwoord eerlijk op vragen die gesteld worden, antwoord niet op vragen die niet gesteld worden.

10. Enkele vuistregels in communicatie:

- Spreek traag en articuleer duidelijk.
- Gebruik korte zinnen.
- Laat je stem zacht en innemend klinken.
- Hou tijdens het spreken oogcontact.
- Ondersteun je woorden met uitgesproken mimiek en gebaren.
- Vul zelf aan wat de dementerende niet gezegd krijgt en herhaal wat je denkt begrepen te hebben.
- Als de woorden nergens op slaan, laat dat dan niet blijken: vraag geen verantwoording, maar verduidelijking.
- Geef huidcontact: een hand, een arm, een aai, een knuffel.
- Doe vele dingen (eten, wassen, tanden poetsen...) samen en op dezelfde manier.

11. Enkele vuistregels bij agressief gedrag:

- Peil naar de onderliggende gedachten en gevoelens en speel daar op in.
- Vermijd enerverende toestanden zoals luide radio- en televisiegeluiden
- Maak moeilijk geworden dingen eenvoudiger, b.v. door de kleren te voorzien van grotere knopen en knoopsgaten.
- Onderzoek of er geen lichamelijke stoornis

met pijn achterzit.

- Als er geen gevaar dreigt, ga uit de buurt en laat de bui overwaaien.
- Als je moet ingrijpen, praat dan sussend en begrijpend.
- Maak met woorden en een strenge blik duidelijk dat bepaalde dingen niet kunnen; vraag desnoods aan de behandelende arts een specifiek geneesmiddel tegen ongepast agressief en seksueel gedrag.

4. Casestudie

4.1 Enkele praktijksituaties

Situatie 1:

Tijdens de dialyse moest mevrouw M. visueel contact hebben met haar man, die ook aan dialyse lag. Zo konden ze met elkaar communiceren en dit door middel van gebarentaal (ze zaten soms ver van elkaar verwijderd). Als mevrouw M. geen visueel contact had met haar man, wilde ze opstaan vanuit haar zetel. Ze boog zich steeds voorover om hem te kunnen zien. Daardoor knikten de leidingen waardoor regelmatig foutmeldingen ontstonden. Dit gaf voor de verantwoordelijke verpleegkundige een extra werkbelasting. Niet alleen doordat ze meer werk had met het toestel maar ook omdat men meer met mevrouw M. moest communiceren. Men moest haar dan kalmeren en verzekeren dat haar man wel aanwezig was in de zaal maar dat door organisatorische redenen het niet mogelijk was om hen naast of over elkaar te plaatsen. Door haar dementie vergat ze deze boodschap zeer vlug en moest men deze regelmatig herhalen. Hierdoor werd mevrouw M. soms ook kwaad omdat ze de situatie niet meer verstond.

Als team probeerde men ervoor te zorgen dat ze tegenover elkaar konden zitten of toch tenminste op een plaats waar ze elkaar konden zien. Zo was mevrouw M. zeer rustig tijdens de dialyse en waren ze beiden blij dat ze nog met elkaar konden communiceren. Meestal gaf mevrouw M. aan de verpleging door als haar man iets nodig had of omgekeerd.

Situatie 2:

Na een dialyse is het de regel dat de patiënten in de wachtzaal wachten op hun taxichauffeur. Bij mevrouw M. was dit niet meer mogelijk. Na een tijdje wandelde ze rond in de gangen en zo verdwaalde ze in het ziekenhuis en moesten we naar haar op zoek gaan. Haar man kon haar op die momenten niet tegenhouden omdat hij in een rolstoel zat en ze meestal toch niet naar hem luisterde. De reden van het wegloupedrag

was dat ze op zoek was naar de taxi. Ze dacht altijd dat hij hen vergeten was.

Om deze situaties te vermijden werd er besloten om ze te laten wachten in de gang van de dialyse zodat men mevrouw M. kon zien. Soms leidde dit tot hevige discussies. Mevrouw M wilde in de wachtkamer wachten op de taxi omdat ze dacht dat die niet zou weten waar ze zaten.

Sommige verpleegkundigen verhieven hun stem omdat mevrouw niet luisterde en anderen legden keer op keer, en met veel geduld, uit waarom ze in onze gang moesten wachten.

Uiteindelijk werd ook de deur van de gang gesloten waardoor mevrouw M. kon rondwandelen op de dialysegang op zoek naar de taxi. Meestal ging ze dan eens praten met de hoofdverpleegkundige of de dienstverantwoordelijke. Zo was ze rustig en goedgehumeurd en verdwaalde ze niet meer in het ziekenhuis.

Situatie 3:

Nadat de goretex vaatprothese van mevrouw M. verschillende keren gereviseerd was werd er een Optiflow-catheter geplaatst. Door haar verwardheid trok zij altijd aan haar catheter of trok ze de verbanden los. Haar uitleggen dat dit niet mocht hielp niet veel omdat ze alles direct vergat. Het probleem werd opgelost doordat er iemand op het idee kwam om een handdoek, als halsdoek, rond haar nek te leggen waardoor ze de catheter niet kon zien. Deze oplossing gaf goede resultaten.

Situatie 4:

Op een bepaald moment weigerde mevrouw M. binnen te komen in de dialysezal. Men probeerde haar te overtuigen om binnen te komen maar niks hielp. Vriendelijk vragen, iets beloven, ergernis vertonen, Op een bepaald moment werd ze zelf kwaad en begon met een luide stem te spreken. De situatie liep wat uit de hand.

Tenslotte was er iemand die probeerde haar aandacht af te leiden. Ze nam mevrouw M. voorzichtig mee voor een wandeling en probeerde haar aandacht op iets anders te vestigen. Hierdoor kalmeerde mevrouw M. Na een tijdje werd ze rustiger en wilde ze gewillig de zaal inkomen.

Situatie 5:

Het viel op dat wanneer mevrouw M. eenmaal toegekomen was in de zaal ze bepaalde handelingen automatisch uitvoerde en ze meestal ook rustiger werd. Bijvoorbeeld haar kleden weghangen en haar pakje rechtekken, zich wegen, zich

installeren in de zetel en rond haar kijken, haar man zoeken en wat praten met hem. Dit waren een aantal rituelen die ze altijd uitvoert.

4.2 Belangrijke bevindingen

In de omgang met dementerende personen zijn er zeer veel therapieën en stromingen die tips formuleren. Zeer veel van die therapieën en tips kunnen toegepast worden op het werkveld van een verpleegkundige. Het is alleen een kwestie van kennis en het juist toepassen.

4.3 Een vergelijking tussen literatuur- en casestudie

In het volgende stuk wordt mijn literatuurstudie vergeleken met mijn casestudie. De hoofdstukken van mijn literatuurstudie, meer bepaald 2.1. Hoe omgaan met demente personen, worden overlopen en er wordt aangeduid wat ik wel of niet tegengekomen ben in de praktijk.

Realiteitstraining

De achterliggende gedachte van ROT is dat de verwardheid van de persoon afgeremd kan worden. Dit wordt toegepast bij demente personen in het eerste stadium. Mevrouw M. bevond zich niet meer in het eerste stadium in de periode waarover ik schrijf. Ze was zich niet bewust van haar dementie. Ze bevond zich eerder in het tweede stadium. Het corrigeren van haar verwardheid maakte haar eerder onrustig of kwaad.

Bij ROT spreekt men wel over herkenningpunten en een vast dag-en werkprogramma. Het is zo dat als een patiënt binnenkomt in de dialyse dit altijd via een vast patroon verloopt, aankleden, kleden weghangen in een kastje, wegen, plaats opzoeken en materiaal uithalen. Dit vast patroon kende Mevrouw M. zeer goed. Het zorgde voor herkenning, ook als ze verder gevorderd was in haar dementie. Ze voerde dit vast patroon uit en meestal werd ze ook rustiger eenmaal ze de zaal binnenkwam. Zie situatie 5.

Validation

Bij Validation wordt de belevingswereld van de dementerende persoon als werkelijkheid bevestigd. Het vereist dat de hulpverlener zich kan verplaatsen en inleven in de gevoels- en ervaringswereld van de dementerende persoon. Er wordt een respectvolle en empathische grondhouding verwacht.

In situatie twee wordt deze houding toegepast. Men weet waarom mevrouw M. het weggooigedrag vertoont en men gaat er met een positieve houding mee om.

Uit veiligheid wordt de deur van de dialysegang wel gesloten maar verder mag mevrouw M. vrij rondlopen op de gang. Men liet mevrouw M. de vrijheid om te zoeken naar de taxi en als men tijd had, maakte men een praatje met haar.

In situatie vier werkt men niet echt vanuit deze houding. Er wordt niet geprobeerd zich in te leven in de leefwereld van mevrouw M. Men probeert haar te verplichten in de zaal te komen en men wordt kwaad op haar. Dit alles heeft juist het tegenovergestelde resultaat. Tot er iemand een praatje maakt met mevrouw M., ingaat op haar gedachtegang, als het ware haar aandacht afleidt en haar meeneemt voor een wandeling.

Warme zorg

1. Nabijheid: Mevrouw M. kwam al een aantal jaren naar dialyse waardoor ze de vele verpleegkundigen kende en ook de verpleegkundigen kenden haar ook goed. Dit schiep een band tussen beide partijen.

Het kan ook waardevol zijn om tijdens de dialyse te tonen dat men aanwezig is door bijvoorbeeld de hand eens vast te nemen tijdens het praten.

In situatie vier nam een verpleegkundige mevrouw M. bij de hand om een wandeling te maken. Dit was ook een teken van nabijheid.

2. Herkenbaarheid: De dialyseomgeving is een vertrouwde omgeving door het chronische karakter van de behandeling. Mevrouw M. kende de afdeling. Een huiselijke sfeer is er niet echt in de zaal of de gang maar er is wel altijd een radio of TV die speelt. Het personeel draagt er wel een uniform. Het zijn ook meestal dezelfde verpleegkundigen die in de zaal aanwezig zijn.
3. Huiselijkheid: In de literatuur wordt er gesproken van een psychogeriatrische afdeling en de case-studie speelt zich af op hemodialyse. Omdat dit in ziekenhuisverband is, is het niet altijd mogelijk om een huiselijke sfeer te creëren. Wel zou het haalbaar zijn dat de demente persoon iets meeneemt van thuis dat voor hem of haar een rustgevend en huiselijk gevoel geeft. Bijvoorbeeld een hoofdkussen of een dekentje. Rekeninghoudend met de hygiënische procedures zou dit haalbaar kunnen zijn.
Op de hemodialyse wordt er ook altijd een tas koffie (of iets anders) met een koek aangeboden aan de mensen. Dit kan ook een huiselijke sfeer creëren omdat veel mensen dit ritueel thuis ook toepassen.
4. Vrijheid: Het ervaren van vrijheid is moeilijk aan

dialyse. Men tracht deze wel te respecteren. Zie situatie twee waar mevrouw M. een bepaalde vrijheid wordt gegund waardoor ze zich rustiger voelt. Het niet gebruiken van fixatiematerialen wordt moeilijker. Op dialyse was dit niet altijd mogelijk. In de laatste fase van haar leven aan dialyse gebeurde het wel eens dat mevrouw M. in een bed gedialyseerd moest worden waardoor ze haar man niet kon zien. Ze probeerde dan altijd recht te staan en uit haar bed te komen. Om disconnecties te voorkomen fixeerde men mevrouw M. met een heupgordel. Op die manier kon ze nog recht zitten in haar bed zonder eruit te vallen.

Het geven van vrijheid is geen evidentie. Het is belangrijk om situaties te evalueren om zo een optimale vrijheid te garanderen rekening houdend met de persoon en de omgevingsfactoren. Als fixatie nodig is dan is het belangrijk om de procedure te volgen en professioneel te werk gaat.

5. Familie: Dit item is minder van toepassing op dialyse omdat bezoek niet toegelaten is. Deze situatie is nu wel uitzonderlijk doordat de man van mevrouw M. ook een dialysepatiënt was. In situatie één wordt hier duidelijk rekening mee gehouden.

Snoezelen

Snoezelen kan een zeer waardevolle therapie zijn maar is beperkt toepasbaar op dialyse.

Een kort individueel snoezelmoment kan haalbaar en nuttig zijn op een hemodialyseafdeling. Zo kan men bijvoorbeeld tien minuten tijd uittrekken om samen met een patiënt muziek te beluisteren, handmassage toepassen, een koekje proeven, aromatherapie, een voetbad.

Dit vraagt niet veel tijd en middelen en heeft een positief effect op zowel de demente persoon als op de verzorgende.

Het kan nuttig zijn om een aantal verpleegkundigen uit het team zich hierin te laten specialiseren zodat ook deze zorg op een professionele manier verstrekt kan worden.

Belevingsgerichte zorg

Belevingsgerichte zorg houdt in dat de verzorgende van een demente persoon op de hoogte is van de verschillende benaderingwijzen zoals validation, Realiteits Oriëntatie, snoezelen en deze ook zo goed mogelijk toepast.

Doordat de populatie op dialyse verouderd en er dus ook meer kans is om in contact te komen met dementerende personen kan het van be-

lang zijn om de verschillende benaderingswijzen als dialyseverpleegkundige te kennen en toe te passen. Zo kan het contact en de verzorging van een dementerende patiënt vlotter en rustiger verlopen.

Reminiscentie

Doordat men veel in contact komt met elkaar op dialyse wordt er veel gepraat. Onder andere ook over het verleden. Men vroeg dan aan mevrouw M. waar ze vroeger woonde, welk beroep ze uitoefende, hoeveel kinderen en kleinkinderen ze had, enzovoort. Dit leidde tot gesprekken waarbij er geluisterd werd naar mevrouw M. en waar verpleegkundigen ook hun ervaring vertelden. Deze informatie werd dan later inderdaad later gebruikt als de dementie van mevrouw M. toenam.

Door deze methode toe te passen confronteert men de patiënt niet met de frustratie die hij ondervindt als hij niet kan meepraten over dingen die kort geleden gebeurd zijn. Hij krijgt de kans om zelf zijn verhaal te vertellen. Indien men dit als verpleegkundige genoeg bekrachtigt kan dit voor de patiënt een zeer positieve ervaring zijn.

Psychomotorische zorg

Deze therapie kan toegepast worden op dialyse. Dit door middel van het bevestigen van een klein fitnessapparaat waarbij men fietsbewegingen maakt. Dit toestel kan gemonteerd worden aan het voeteneinde van een zetel.

Op die manier kan de mobiliteit van de patiënt bevorderd worden.

Deze techniek kan ook nuttig zijn bij niet dementerende oudere personen.

PDL

Bij mevrouw M. was het niet nodig om PDL toe te passen. Ze was nog in staat om Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen uit te voeren, soms onder begeleiding.

PDL zou wel belangrijk kunnen zijn bij immobiele patiënten. Vooral volgende factoren: zitten, liggen, verplaatst worden, verschoond worden en eten geven.

Tijdens een dialysesessie zou het belangrijk kunnen zijn om een wisselhouding toe te passen bij een patiënt omdat de behandeling 4 uur duurt. Het kennen van hef- en tiltechnieken is belangrijk bij het verbedden van een patiënt om zo de veiligheid van patiënt en verpleegkundige te garanderen. In verband met het eten geven zou men kunnen zeggen dat men wat tijd neemt om de patiënt te helpen zijn tas koffie te drinken of

zijn koek te eten tijdens dialyse. Het kan achter wat moeilijk zijn om hiervoor tijd vrij te maken op een drukke hemodialyseafdeling.

Muziektherapie

Muziektherapie is haalbaar op een hemodialyseafdeling. Men kan voorstellen aan de patiënt of de familie om een draagbare cd- of cassette-speler mee te brengen. Tijdens de dialyse kan men als verpleegkundige even tijd maken om hier samen mee bezig te zijn met de patiënt.

Simulated Presence video Therapie

Indien men op een hemodialyse beschikt over individuele tv's dan kan men een dvd of video band laten afspelen met bekende personen voor de demente patiënt. Ook zou het haalbaar zijn om een fotoalbum mee te brengen naar dialyse of om een foto toe te laten op het tafeltje van de patiënt.

Aromatherapie

Zie snoezelen.

Nieuwe uitgangspunten

Model van ontwikkelingsstadia van Erikson, Gehechtheidtheorie van Bowlby en de copingtheorie van Lazarus en Folkman zijn verder uitgewerkte modellen steunend op de voorgaande therapieën.

Praktische tips

Deze tips zijn toepasbaar in de praktijk als verpleegkundige en ook op een dialyseafdeling. Alles hangt gewoon af van de ingesteldheid van het verpleegkundig team en de beschikbaarheid van de afdeling.

5. Bronvermelding

Dementia.nl (2005), Wat is dementie, (WWW), <http://www.dementia.nl/dementie/index.htm>, (24 november 2005).

Diagnostic and Statistical Manual (DSM IV), American Psychiatric Association, 1994)

Dementie.be, dementieel syndroom, (WWW), <http://www.dementie.be>, (3 november 2005).

Dementia.nl, Benaderingswijzen, (WWW), <http://www.dementia.nl>, (27 november 2005).

Hamer, A.F.M. en P. Jaspers (2004) Simulated Presence Therapy (SPT) in de vorm van een videobrief. (Denkbeeld in press)

R.M. Droes, (2001), Belevingsgerichte zorg bij dementie (1), Model van ontwikkelingsstadia, Denkbeeld, augustus 2001, jaargang 13, nr. 4, p. 8 en volgende