



Beeldende therapie op Buiten-Land

Klein afstudeeronderzoek naar de inzet van Beeldende therapie voor ouderen met dementie op zorgerv Buiten-Land in Nijkerk

Janny de Bruin, 1535817 - Juni 2011 - Creatieve therapie Beeldend, jaar 4 – docent Jaap Driest

Inhoudsopgave	<i>pagina</i>
Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 <i>Onderzoeksopzet</i>	6
1.1 Probleemstelling	6
1.2 Doelstelling	6
1.3 Hoofdvraag	7
1.4 Deelvragen	7
1.5 Leeswijzer	7
Hoofdstuk 2 <i>Onderzoeksdesign</i>	8
2.1 Onderzoeksopzet	8
2.2 Dataverzameling	9
2.3 Beperkingen en afbakeningen binnen het onderzoek	10
Hoofdstuk 3 <i>Deelvraag 1</i>	
Wat is zorgverf Buiten-Land en hoe is de huidige zorgsetting ingericht?	10
3.1 Uitgangspunten Zorgverf Buiten-Land	13
Hoofdstuk 4 <i>Deelvraag 2</i>	
Wat zijn de belangrijkste kenmerken van de cliënten van zorgverf Buiten-Land?	14
4.1 Dementie	15
4.2 Hoe ontstaat dementie van het Alzheimerstype?	16
4.3 De beleving van een persoon met de ziekte van Alzheimer	17
4.4 De invloed van dementie op het bewustzijn	17
4.5 De verschillende fasen van dementie	20
4.6 Ouder worden, dementie en comorbiditeit	22
4.7 Het ontstaan van creativiteit volgens Damasio	23
Hoofdstuk 5 <i>Deelvraag 3</i>	
Wat is bekend over de toepassing en effecten van beeldende therapie bij deze doelgroep?	24
5.1 Algemene kenmerken van Beeldende therapie	24
5.2 Beeldende therapie en dementie	25
5.3a Wat zijn toepassingen en effecten van beeldende therapie bij mensen met de ziekte van Alzheimer?	26
5.3b Beeldende therapie als diagnostisch instrument bij mensen met Alzheimer	27

5.3c Actief kunst kijken met ouderen met dementie	30
5.3d Ontmoeting tussen beeldende therapie en technologie	31
5.3e Onderzoek naar het verschil in de beleving van welzijn van ouderen met dementie	32
5.3f Onderzoek naar de effecten van het maken van collages	32
Hoofdstuk 6 Deelvraag 4	
Wat is het verschil tussen begeleiding en behandeling met kunstzinnige middelen?	35
6.1 Hoe ervaren cliënten het verschil tussen activiteitenbegeleiding en beeldende creatieve therapie	38
Hoofdstuk 7 Deelvraag 5	
Welke creatief therapeutische werkwijzen en behandeldoelstellingen passen bij de doelgroep op zorgverf Buiten-Land?	39
Hoofdstuk 8 Deelvraag 6	
Welke creatief therapeutische benaderingswijzen zijn er die aansluiten bij deze doelgroep?	43
8.1 Wat zijn de gangbare benaderingswijzen voor deze doelgroep?	43
8.2 Welke theorieën dragen bij aan een passende creatief therapeutische houding voor deze doelgroep?	44
8.3 De diverse vormen van creatief therapeutische houdingen die het beste aansluiten bij de doelgroep	45
8.4 Voorstel behandelvisie	46
Hoofdstuk 9 Deelvraag 7	
Hoe is de huidige bekendheid van creatieve therapie beeldend onder de cliënten zelf/ hun familie/ de zorgverleners van Beweging 3.0?	47
Hoofdstuk 10 Deelvraag 8	
Welke kenmerken van de ruimtes spelen mee bij het aanbieden van beeldende therapie?	49
10.1 Ervaringen en observaties bij het aanbieden van beeldende therapie op het zorgverf	49
10.2 Kenmerken van het zorgverf en de diverse ruimten	52
10.3 Aan welke voorwaarden zou een ruimte voor beeldende therapie kunnen voldoen?	54
Hoofdstuk 11 Conclusie	57
Hoofdstuk 12 Eindconclusie	59
Hoofdstuk 13 Discussie en Aanbevelingen	59
Geraadpleegde bronnen	62

Bijlagen	
Bijlage 1 <i>Informatie voor bezoekers en contactpersonen van het zorgert</i>	68
Bijlage 2 <i>Brief aan familieleden/ mantelzorgers van cliënten</i>	72
Bijlage 3 <i>Vragenlijst aan familieleden</i>	73
Bijlage 4 <i>Informatie over beeldende therapie voor familie en medewerkers</i>	75
Bijlage 5 <i>Vragenlijst voor medewerkers</i>	77
Bijlage 6 <i>Ingevulde vragenlijst familieleden/ mantelzorgers</i>	78
Bijlage 7 <i>Ingevulde vragenlijst collega's</i>	80
Bijlage 8 <i>Transcriptie interview psycholoog</i>	82
Bijlage 9 <i>Transcriptie interview beeldend therapeut</i>	88
Bijlage 10 <i>Transcriptie interview A</i>	94
Bijlage 11 <i>Transcriptie interview Jb</i>	95
Bijlage 12 <i>Mailcontact onderzoeker en Celine Schweizer</i>	99
Bijlage 13 <i>Beeldende werkvorm</i>	101

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek, het resultaat van vijf maanden onderzoek op zorgerv Buiten-Land in de mooie natuurrijke omgeving van Nijkerk. Ik heb kennisgemaakt met het enthousiaste team dat de deuren voor mij heeft geopend naar het fenomeen zorgerv. Ik heb mogen proeven aan de liefde voor het vak, voor de cliënten, de natuur en de dieren.

De onderzoeksvraag zelf heeft zich langzaam maar zeker aangediend, en heb ik in de loop van de afgelopen maanden verder kunnen uitwerken. Naast dit onderzoek is er een boek met beeldende werkvormen ontwikkeld; 'Binnen-Land op Buiten-Land', speciaal gericht op de doelgroep die het zorgerv bezoekt voor dagbesteding.

Met dit afstudeeronderzoek heb ik mijn proeve van bekwaamheid afgelegd om als beeldend therapeut te kunnen afstuderen aan de Hogeschool Utrecht.

Ik wil bij deze de mensen dank zeggen die hebben bijgedragen aan dit onderzoek; collega's, cliënten, medestudenten en de diverse professionals in het land. Dank!

Utrecht,
24 Juni 2011

Inleiding

In het kader van de afstudeerfase van de studie Beeldende therapie aan de Hogeschool Utrecht, wordt een praktijkonderzoek gedaan.

'Een praktijkonderzoek heeft tot doel meer zicht te krijgen op een of andere kwestie in de beroepspraktijk' (H. van keken, 2006)

De onderzoeker heeft ingespeeld op een verzoek om onderzoek te doen bij een zorgert waar gewerkt wordt met mensen met ondermeer klachten van dementie.

De opdracht die bij de Hogeschool Utrecht is aangemeld luidt: *'De doelgroep ouderen en ouderen met dementie groeit explosief de komende jaren. Ik denk dat het interessant is om te onderzoeken welke rol creatieve therapie in de behandeling zou kunnen hebben.*

De locatie die wij hebben biedt hierin vele mogelijkheden' (Yvonne van der Leest)

De opdracht wordt uitgevoerd door Janny de Bruin, 4^e jaars deeltijdstudent Beeldende therapie aan de Hogeschool Utrecht.

De plaats van het onderzoek is zorgert Buiten-Land te Nijkerk. Dit zorgert is onderdeel van beweging 3.0, een zorgorganisatie waar men verpleging en zorg biedt aan volwassenen en ouderen in de regio Eemland.

Het onderzoeksdocument zal worden aangeboden aan de eigenaars van het zorgert en biedt een leidraad voor de inzet van beeldende therapie voor de cliënten met dementie van het Alheimertype.

Hoofdstuk 1

Onderzoeksopzet

1.1 Probleemstelling

Nederland telt zo'n 230.000 mensen met dementie. Bij ongeveer 70.000 van hen is de diagnose nog niet gesteld. (Sweers, 2011)
In 2050 wordt verwacht dat een half miljoen mensen lijdt aan dementie, het wordt daarmee de 'epidemie van de 21^e eeuw'. (Beers, 2011)
Het vroegtijdig detecteren van de ziekte wordt erg belangrijk geacht en ook het bieden van therapie, zodat mensen met beginnende Alzheimer zo lang als mogelijk thuis kunnen blijven functioneren.

Via Beweging 3.0 is er een aanbod voor mensen met klachten van dementie en andere psychogeriatrische klachten. Met 3800 medewerkers bieden zij thuiszorg, verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg en maatschappelijke zorg en dienstverlening in de regio Eemland. Op zorgerv Buiten-Land in Nijkerk wordt dagbehandeling aangeboden aan ouderen uit de omgeving met psychogeriatrische klachten. Deze personen krijgen twee of meer dagen per week activiteiten aangeboden. De aanwezige behandelaars/ hulpverleners zijn: nurse practitioner Yvonne van der Leest en haar man, René van der Leest. Met de volgende verzorgenden heb ik het meest samengewerkt: Wendy Jager, -zij is naast verzorgende ook activiteitenbegeleider- en Wilma Timmer. De doelgroep bestaat uit ouderen, die te kampen hebben met psychogeriatrische klachten.

Op het zorgerv worden diverse activiteiten georganiseerd voor de cliënten. Deze activiteiten liggen in het verlengde van het zorg- erf zelf, zoals het voeren van de dieren en het helpen bij de voorbereiden van de middagmaaltijd. Er is daarnaast sprake van een actief creatief aanbod; er worden spelletjes gedaan en producten gemaakt van -veelal natuurlijk- materiaal dat op het erf aanwezig is. Van een aantal cliënten is bekend dat er extra aandacht besteed zou kunnen worden aan persoonlijke problematiek. Een structureel creatief therapeutisch aanbod ontbreekt hiervoor echter nog op het zorgerv.

Binnen de overkoepelende organisatie Beweging 3.0 wordt binnen het behandelingsaanbod weliswaar gewerkt met een aantal therapeuten en behandelaars zoals; ergotherapeuten, logopediste, psycholoog en fysiotherapeut, hierbij bevinden zich geen vaktherapeuten.

Op verschillende zorgcentra en het zorgerv zijn activiteitenbegeleiders werkzaam, die de doelgroep creatieve activiteiten aanbieden. Er lijkt op het zorgerv en binnen Beweging 3.0 een prioriteit aan eerste zorgverlening te zijn, een activiteitenaanbod draagt bij aan de praktische activering van de doelgroep. De beleving van welzijn en zingeving van de doelgroep in hun laatste fase van het leven lijkt echter minder aandacht en vorm te krijgen. Dit onderzoek is erop gericht een beeld te vormen van de huidige situatie op het zorgerv en de mogelijkheden om beeldende therapie in te kunnen zetten op het zorgerv.

1.2 Doelstelling:

Met het uitvoeren van dit onderzoek wil ik inzicht krijgen in de mogelijkheid om beeldende therapie te kunnen inzetten, op deze specifieke plek en met deze specifieke doelgroep. In hoeverre zou beeldende therapie kunnen bijdragen aan de doelgroep in het verbeteren van het gevoel van welzijn en zingeving. Wat is er al bekend over beeldende therapie in combinatie met deze doelgroep. Is er sprake van een gemis bij de doelgroep, hun familieleden en de collega's van het zorgerv. Hoe zien de mogelijkheden er precies uit en wat zijn de voorwaarden om het in te kunnen zetten.

Van 20 december 2010 en 18 april 2011 ben ik als onderzoeker/ 4^e jaars student beeldend therapeut betrokken geweest bij het zorgerf Buiten-Land. De eigenares van het zorgerf stelt het zorgerf open voor het doen van onderzoek. Een specifieke onderzoeksvraag is voorafgaande aan het onderzoek niet gesteld, deze is gaandeweg door de onderzoeker omschreven.

Op 24 juni 2011 zal het onderzoeksdocument ter beoordeling worden gegeven aan de heer Jaap Driest, docent aan de Hogeschool Utrecht. In de maand augustus 2011 zal ik het onderzoek persoonlijk aan de eigenares en collega's van zorgerf Buiten-Land uitreiken. Tevens zal er een praktijkproduct worden gemaakt; een boek zal worden samengesteld met daarin passende opdrachten die geschikt zijn voor mensen met dementie binnen een zorgsetting, zoals zorgerf Buiten-Land. Dit onderzoek is daarmee ook bedoeld als leidraad voor het opstellen van de uiteindelijke beeldende opdrachten.

1.3 Hoofdvraag:

Aan de hand van de probleemstelling en doelstelling kan de hoofdvraag gedefinieerd worden.

De hoofdvraag is:

Op welke wijze kan beeldende therapie bijdragen aan het welzijn van ouderen met dementie op zorgerf Buiten-Land en hoe kan het geïmplementeerd worden naast het huidige activiteitenaanbod?

1.4 Deelvragen

De deelvragen zijn onderdelen in het onderzoek die leiden naar beantwoording van de hoofdvraag. De hoofdvraag is uitgesplitst in vragen die apart zullen worden beantwoord. Met het beantwoorden van deze deelvragen zal ook de hoofdvraag worden beantwoord.

- 1 Wat is zorgerf Buiten-Land en hoe is de huidige zorgsetting ingericht?
- 2 Wat zijn de belangrijkste kenmerken van de cliënten van zorgerf Buiten-Land?
- 3 Wat is bekend over de toepassing en effecten van beeldende therapie bij deze doelgroep?
- 4 Wat is het verschil tussen begeleiding en behandeling met kunstzinnige middelen?
- 5 Welke creatief therapeutische werkwijzen en behandeldoelstellingen passen bij de doelgroep op zorgerf Buiten-Land?
- 6 Welke creatief therapeutische benaderingswijzen zijn er die aansluiten bij deze doelgroep?
- 7 Hoe is de huidige bekendheid van creatieve therapie beeldend onder de cliënten zelf/ hun familie/ de zorgverleners van Beweging 3.0?
- 8 Welke kenmerken van de ruimtes spelen mee bij het aanbieden van beeldende therapie?

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoek bestaat uit een praktijkgedeelte en een vooronderzoek. Het praktijkgedeelte is dat wat op het zorgerf is geobserveerd en is vastgelegd. Iedere deelvraag kent haar eigen hoofdstuk. Het onderzoek start met een beschrijvend stuk over zorgerf Buiten-Land en haar cliënten. Deelvraag 1 en 2 worden hierbij uitgewerkt.

Het vooronderzoek is beschreven op basis van literatuuronderzoek, dat is gedaan naar de specifieke kenmerken van de doelgroep, de inzet van beeldende therapie, etcetera. De deelvragen 3 t/m 6 komen hierbij aan de orde, waarbij er wordt ingehaakt op de kenmerken van de doelgroep. De theorie van de deelvragen 4, 5, 6 wordt toegepast op de praktijk van het zorgverf en in schema's weergegeven.

Daarna volgt weer een praktijkgedeelte waarin deelvraag 7 en 8 worden uitgewerkt.

Om de loop van dit onderzoek logisch te maken qua opbouw, is ervoor gekozen om het vooronderzoek een eilandfunctie te geven in dit document. Het onderzoek eindigt met de eindconclusie waarin alle deelvragen zijn beantwoord en daarmee de hoofdvraag.

Daarna volgen de aanbevelingen, de geraadpleegde bronnen en bijlagen.

Hoofdstuk 2

Onderzoeksdesign

2.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek is een kwalitatief explorerend onderzoek, waarin een behoefteonderzoek en een praktijkexperiment zijn opgenomen.

Kwalitatief onderzoek is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. De onderzoeker heeft de mogelijkheid zich aan te passen aan de omstandigheden gedurende het onderzoek. Dit maakt dat er een flexibele benadering wordt gehanteerd, waarbij verschillende lagen van het onderzoeksobjecten zoals het zorgverf zelf, de cliënten, het aanbod worden geobserveerd en gewogen.

In dit onderzoek is vijf maanden actief deelgenomen aan de dagelijkse gang van zaken in en rond het zorgverf Buiten-Land. Gaandeweg is er sprake van het assisteren bij activiteiten en het uitvoeren van sommige. De term praktijkexperiment wordt gehanteerd omdat er met een beeldend aanbod is geëxperimenteerd op het zorgverf. De insteek daarvan was om een scherper beeld te krijgen van de onderzochte doelgroep, de specifieke kenmerken van een zorgverf, het gedane beeldend aanbod en de beroepshouding van een beeldend therapeut.

Een belangrijk instrument bij mijn onderzoek is hiermee het observeren geweest. Deze observaties dragen in dit onderzoek bij om het beeld van de mogelijkheden en beperkingen voor beeldende therapie te kunnen onderbouwen.

Ik heb de open observatie gehanteerd bij aanvang van mijn onderzoeksperiode. Ik ken het zorgverf, de cliënten en collega's dan nog niet. Mijn eerste observatievraag is daarmee breed; 'ik wil weten wie hier komt en hoe hier gewerkt wordt' en heeft zich in de loop van de maanden meer toegespitst op de onderzoeksvraag. Bij de uitvoer van een beeldend aanbod is de observatie gesloten gehouden en meer omschreven.

Gaandeweg het onderzoek heb ik regelmatig 'wandelingengesprekken' gehad met collega's en de eigenaresse van het zorgverf.

Ik heb voor dit onderzoek met twee experts een focused interview gehouden. Dit is een gesprek over een afgebakend, specifiek onderwerp met personen die hetzelfde of vergelijkbare ervaringen hebben gehad.

Ik heb de bekendheid met en behoefte naar beeldende therapie geprobeerd te vangen in vragenlijsten die ik aan familie van cliënten heb gestuurd. Daarnaast zijn ook een tweetal collega's via een vragenlijst bevraagd. De antwoorden daarvan zijn in schema's weergegeven en naast uitspraken van professionals geplaatst en door de onderzoeker geïnterpreteerd.

2.2 Dataverzameling

'Uitgangspunt van kwalitatieve dataverzameling is dat deze zoveel als mogelijk levensecht moet zijn, en dat het zoveel als mogelijk binnen de context plaatsvindt.

De dataverzameling moet zoveel mogelijk gericht zijn op de directe waarneming van de onderzoeker, waarmee de onderzoeker ook het belangrijkste instrument is. De taak van de onderzoeker is niet zozeer het vaststellen van de feiten, maar veeleer het zich verplaatsen in de positie van de onderzochte'. Kenmerkend is dat dataverzamelen en data-analyse elkaar voortdurend afwisselen. Het doel hiervan is het onderzochte vanuit meerdere invalshoeken te bezien. (Baarda et al, 2005)

Het onderzoek is daarom opgebouwd uit informatie uit verschillende bronnen. De data voor dit onderzoek zijn bijeengebracht door het raadplegen van de volgende bronnen, waarbij wordt vermeld op welke wijze van deze bronnen gebruik is gemaakt:

Individuele personen

Gedeeltelijk gestructureerde vragenlijsten voor familie van cliënten en voor twee collega's.

Open interviews met twee cliënten.

Gedeeltelijk gestructureerd interview met beeldend therapeut Ineke Overtoom, werkzaam met de doelgroep ouderen met dementie binnen een klinische GGz-setting.

Open interview met psycholoog Ingrid van de Ven, werkzaam bij Beweging 3.0.

(Deze interviews zijn uitgeschreven en als bijlagen toegevoegd)

Gesprekken met nurse practitioner, eigenaar van het zorg erf, Yvonne van der Leest.

Wandelgangengesprekken met werknemers op Buiten-Land.

Praktijkervaring

Hiermee bedoel ik mijn eigen ervaring, de observaties als onderzoeker/ beeldend therapeut op zorgerf Buiten-Land. Ik breng het in dit onderzoek samen met eerder opgedane stage-ervaringen met deze doelgroep tijdens mijn studie beeldende therapie. Het experimenteel onderzoeken valt hier onder.

Literatuuronderzoek en databanken

Literatuur is verkregen via HU-catalogus, Picarta , Lexisnexis.nl en kennisinstituten, door middel van dossieronderzoek op het zorgerf zelf.

Mediaproducten

Ik heb Youtube geraadpleegd en diverse sites van beeldend therapeuten. Ik heb een radioprogramma gevolgd over dementie in Nederland, een televisieprogramma bekeken en een themadag over rouw en hechting bijgewoond.

Er is in dit onderzoek sprake van triangulatie van de data, hiermee wordt bedoeld dat vanuit diverse bronnen -vaktherapeuten, verzorgenden, psycholoog- de informatie wordt samengebracht. Er wordt daarbij gebruik gemaakt van meerdere typen dataverzameling.

2.3 Beperkingen en afbakeningen binnen het onderzoek

Elk onderzoek heeft haar eigen unieke kenmerken, zeker wanneer het een kwalitatief onderzoek betreft.

De cliënten van het zorgerv hebben klachten van psychogeriatrische aard. Hierin bevinden zich een aantal klachten die tot uiting komen in de werking van het geheugen. Ik zal in dit onderzoek vooral de nadruk leggen op de klachten van dementie en met name dementie van het Alzheimerstype met een laat begin, na het 65^e levensjaar. Dit onderzoek is voornamelijk gebaseerd op de ervaring die ik heb opgedaan op de maandagen, en de aanwezige cliëntengroep voor die specifieke dag. Zij zijn voornamelijk representatief geweest voor dit onderzoek. Ik heb mij daarbij vooral actief bezig gehouden met de groep die zich in de keuken en huiskamer van het zorgerv bevinden.

Bij de beschrijving van de creatief therapeutische werkwijzen heb ik het werk van H. Smeijsters gehanteerd als leidraad.

Ik heb in dit onderzoek de mannelijke vorm gehanteerd, met uitzondering van de momenten dat het specifiek om een vrouwelijk persoon gaat. Er zijn meerdere voorbeelden binnen de wereld van creatieve therapie waar een combinatie van twee mediums wordt toegepast bij de onderzochte doelgroep. Ik heb mij zoveel als mogelijk beperkt tot de informatie en onderzoeken waarin één medium -beeldend- het uitgangspunt vormt.

Hoofdstuk 3

Deelvraag 1

Wat is zorgerv Buiten-Land en hoe is de huidige zorgsetting ingericht?

Het onderzoek wordt uitgevoerd op het zorgerv Buiten-Land. Dit zorgerv heeft een aantal specifieke kenmerken die hieronder nader zullen worden beschreven.

Zorgerv Buiten-Land is gelegen op een vijftal kilometers vanaf Station Amersfoort Vathorst in het buurtschap Achterhoek, aan de Keienweg in Nijkerk. Op 3 juni 2009 zijn officieel de deuren geopend van het zorgerv Buiten-Land. Het zorgerv vormt een onderdeel van het zorgaanbod van Beweging 3.0.

Het initiatief voor het zorgerv is afkomstig van de eigenaren Yvonne en René van der Leest, beiden zijn als verpleegkundige opgeleid en waren werkzaam binnen de reguliere zorg. Yvonne is daarbij nurse practitioner. Zij verzorgt nu ook de maatschappelijk werk taken en het familiecontact, de overdrachten naar instellingen en zorgaanvragen. Per dag werken er twee verzorgenden en is Yvonne of René aanwezig om mee te werken. Zorgerv Buiten-Land is een zorgboerderij waar dagbehandeling wordt geboden. Cliënten kunnen genieten van het buitenleven en deelnemen aan allerlei activiteiten binnen en buiten. De activiteiten sluiten zoveel als mogelijk aan bij de behoefte van de cliënten.

De boerderij bestaat uit een aantal mooie tuinen, veel vijvers, een grote moestuin en sinds kort is er een kweekkas operationeel. Er is een kippenren, er zijn weiden voor schapen, pony's en paarden. Er zijn varkens, koeien en stieren, geiten, duiven en kalkoenen. Op het erf lopen katten, een hond en kippen vrij rond. Het zorgerv is omgeven door veel groen, heggen en weiden.

Er zijn elke dag vrijwilligers actief voor de activiteiten met de cliënten, en voor het onderhoud aan de tuinen en gebouwen.

De boerderij op het zorgerf Buitenland kent drie gedeelten (zie afbeelding 1). Er is een *tuinkamer*, deze kijkt uit over de tuinen aan de zijkant van het gebouw. De cliënten die hier hoofdzakelijk zijn, hebben veelal behoefte aan een rustige omgeving. Men is hier over het algemeen ook het minst mobiel.



Afbeelding 1

Zorgerf Buiten-Land in Nijkerk, met van links naar rechts; de tuinkamer, in het middengedeelte de slaapkamer, kleine spreekkamer, badkamer, garderobe, toilet en in het rechtergedeelte de keuken en uiterst rechts de huiskamer.

Daarnaast bevindt zich de *keuken*. Hierin staat een lange tafel en er bevinden zich mensen die een actieve taak hebben bij het verzorgen van de maaltijden, zoals het schillen van de aardappelen, snijden van groenten, doen van de afwas etc. Er wordt gezamenlijk een warme maaltijd gegeten tussen de middag, ieder in zijn gedeelte van het zorgerf.

Men leest samen met de begeleiders de kranten, drinken een kopje koffie/ thee, doen puzzels of andere spelletjes of handwerken, of maken een ommetje op het erf. Er wordt gehandwerkt of in groepsverband een activiteit uitgevoerd. In de keuken hangt een groot schoolbord waarop de dag staat, het menu, en de activiteiten die op die dag uitgevoerd gaan worden.

In de *huiskamer* zitten de cliënten die actief zijn in het meehelpen op de boerderij. Na de koffie gaan zij mee om de dieren te voederen, eieren te verzamelen, zij assisteren in de moestuin, of bijvoorbeeld bij het doen van de wekelijkse boodschappen. Er worden ook activiteiten in de huiskamer aangeboden. Dan worden er bijvoorbeeld vogelhuisjes geschilderd, of 'kabouters' geschilderd, die weer worden verkocht op de open dag. Men is uiteindelijk vrij om wel of niet mee te doen en soms wordt men ook enigszins aangespoord om deel te nemen aan de activiteiten.

De cliënten in de keuken en de huiskamer wisselen regelmatig van plaats, de huiskamer is daarbij het grootst en heeft een open haard waar banken omheen staan voor een ieder die daar wenst te zitten. Na de maaltijd doen mensen er vaak even een dutje, men kijkt rustig in de krant of werkt aan een breiwerkje. Een enkeling gaat in die periode even op bed liggen. Bij mooi weer wordt er veel buitengezeten.

Als begeleiding is er een verzorgende aanwezig. Per huis-gedeelte -tuinkamer, keuken, huiskamer- is dat één professionele werknemer. Zij kunnen assisteren bij bijvoorbeeld een bezoek aan het toilet, zorgen dat meegenomen medicatie wordt ingenomen. Zij verzorgen ook de activiteiten van de dag voor die groep.

Naast deze ruimten beschikt het zorgverf over een grote badkamer, een slaapruipte met twee bedden en daarnaast nog een kleine ruimte voor individueel contact tussen cliënt en een verzorgende of bijvoorbeeld voor een afspraak met een psycholoog of pedicure. Op de bovenverdieping staan materialen, spelletjes en ook het kantoor is daar gevestigd. Voorafgaande aan de werkdag wordt deze voorbesproken, de groepen worden verdeeld en aan het einde van de dag wordt de dag weer geëvalueerd en wordt er gerapporteerd.

Het aantal cliënten dat ten tijde van het onderzoek het zorgverf bezoekt, is in totaal 44 per week, per dag komt dit neer op een gemiddeld aantal van 20-22 personen. In de nabije toekomst wil men uitbreiden en kan het zorgverf dagelijks 26 cliënten ontvangen. Men is op het erf nu een hooiberg aan het verbouwen tot een multifunctionele ruimte met de benodigde faciliteiten. Deze ruimte zal te zijner tijd een nieuwe groep gaan herbergen.

Nadat een nieuwe cliënt geplaatst wordt, zullen de eerste weken worden benut om te onderzoeken en te observeren, wat de meest geschikte plaats op het zorgverf is voor een nieuwe bezoeker.

Binnen de ZZP, -de zorgzwaartepakketten- voldoen de cliënten van het zorgverf Buiten-land aan de criteria die voor ZZP 4 gelden. Dit pakket is gericht op verblijf in een woonzorgcentrum met aanvullende individuele en/of groepsverzorging en begeleiding, opvang en structuur. Dit zorgpakket is bestemd voor cliënten met psychogeriatrische problematiek. Er zijn gemiddeld 11 tot 13 uur per week beschikbaar voor intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging. (www.zorgspectrum.nl) Wanneer de gezondheid achteruitgaat op cognitief, gedragsmatig of fysiek gebied, dan gaat men veelal over naar een meer intensieve -veelal 24 uren zorg- binnen een instelling van Beweging 3.0.

De verzorgenden op het zorg erf zijn: Nurse practitioner, verzorgenden, waaronder zich ook activiteitenbegeleiders bevinden. Daarbij zijn betrokken bij het zorgverf: Logopediste, fysiotherapeut, psycholoog,

Van elke cliënt is een zorgleefplan opgesteld met daarin de volgende domeinen die beschreven zijn:

1. Woon- en leefomstandigheden
2. Participatie
3. Mentaal welbevinden en autonomie
4. Lichamelijk welbevinden en gezondheid

Binnen elke domein zijn gewenste zorgdoelen van de cliënt vastgesteld en beschreven. Binnen zorgverf Buiten-land wil men zoveel als mogelijk tegemoet komen aan de wensen van de cliënten. Het gaat dan ook om aanpassing in wensen voor eten, het hebben van een vaste plek in de huiskamer, voorkeur voor activiteiten, aanspreekvorm etc..

Dagelijks rapporteert de verzorging binnen de diverse domeinen de ontwikkelingen/observaties van de cliënt.

Cliënten hebben daarbij een persoonlijk logboek, waarin de verzorgers dagelijks de gebeurtenissen beschrijven, zo heeft de familie thuis gespreksonderwerpen over zaken die gebeurd zijn op het zorgverf. Vanuit de thuissituatie kan men ook in het logboek schrijven voor de verzorgende. Het draagt bij aan de communicatie tussen cliënt en zijn ervaringen, het thuisfront en het zorgverf.

Is iemand nieuw, dan is er na zes weken, daarna is er eens per half jaar een zorgoverleg plaats met de psycholoog of arts van Beweging 3.0 om de voortgang, de ontwikkeling van de klachten en eventuele bijstellingen in het zorgleefplan te bespreken.

Er is een recentelijk onderzoek gedaan naar de effecten van zorgerven en de reguliere zorgdagcentra op de gezondheid van cliënten met dementie. Het onderzoek is uitgevoerd door studenten van een drietal universiteiten in Nederland. Hierin wordt de hypothese dat er bij eenzorgerf meer gezondheidswinst te behalen valt voor mensen met dementie dan bij een regulier dagcentrum, bevestigd. Als belangrijkste reden wordt genoemd dat de interventies die op eenzorgerf worden gedaan, meer natuurlijk geïntegreerd zijn in dezorgerf omgeving, het biedt gelijktijdige en onafgebroken aandacht en zorg, dat moeilijker te realiseren is wanneer een cliënt een regulier dagcentrum bezoekt en meer zorgmomenten op een dag heeft, waaraan niet altijd aan kan worden voldaan.
(de Bruin, Oosting et al, 2010)

Zorgerf Buiten-Land is onderdeel van Beweging 3.0.

Wat is de visie, het doel en wat zijn de kernwaarden van Beweging 3.0? Hoe ziet men zijn cliënten en wat kenmerkt de rol van deze organisatie. Op de website www.beweging3.nl omschrijft men de zorgvisie en doel als volgt:

'zorg is in beweging en vraagt om beweging. Wij van beweging 3.0 willen het leven van mensen verrijken door zorg op het hoogste niveau te leveren. Dat doen we door zorg met aandacht te bieden. Ervoor te zorgen dat we op de beste manier werken. Beweging 3.0 heeft één helder doel: Het leven van haar klanten zo aangenaam mogelijk maken.

Zorg wordt anders. Omdat Nederland grijzer, wijzer en bewuster wordt. Zorginstellingen beconcurreren elkaar om de gunst van de klant, klanten worden veeleisender, zorg moet aansluiten bij de individuele wensen en eisen van de klant. Meer mensen willen steeds langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Wij willen andere, individuele zorg die meebeweegt met de persoonlijke leefomstandigheden van de cliënt. Dat is de visie van Beweging 3.0.

Ons doel is niet de grootste te zijn, maar om de beste te zijn. Om u te helpen een zo prettig mogelijk leven te leiden. We zijn voortdurend in beweging op zoek naar nieuwe diensten, zorg- en woonvormen, nog betere service, nog meer kennis. We willen wonen, zorg, welzijn en gezondheid met elkaar verbinden. We zijn een organisatie in beweging, voor u. Bij onze visie horen twee kernwaarden, zij vormen de uitgangspunten voor ons beleid, voor onze zorg. Deze kernwaarden zijn: betrokken en professioneel'

3.1 Uitgangspunten Zorgerf Buiten-Land

'Wij staan voor: 'Dagbehandeling op een buitenplek met een hoogwaardige kwaliteit'. Dit houdt in dat alle medewerkers bij ons goed zijn opgeleid en deskundig zijn in het werken met mensen met dementie. Samen met Beweging 3.0 dragen we zorg voor een deskundige behandeling met een multidisciplinaire aanpak. Een specialist oudere geneeskunde, een psycholoog, fysiotherapeut, logopediste en een nurse practitioner zijn betrokken bij de besprekingen en kunnen indien nodig -ook preventief- worden ingezet.

Wij vinden het belangrijk om te werken vanuit de laatste *wetenschappelijk inzichten*. Van voldoende beweging, licht, buiten zijn, sociale contacten en wisselende activiteiten, is bekend dat dit een positief effect heeft. Al deze aspecten zijn in ruime mate aanwezig op het Zorgerf.

We gaan uit van *belevingsgerichte zorg*. Dit houdt in dat we de wensen en behoeften van de individuele bezoeker centraal stellen. We gaan hierbij uit van wat mensen nog kunnen en waar zij zich prettig bij voelen. Dit alles onder het motto; "Niets hoeft, alles mag!".

Natuurlijk stimuleren wij mensen tot activiteiten en contact. Maar als iemand duidelijk aangeeft het heerlijk te vinden om alleen op het erf rond te lopen of de hele morgen te puzzelen, dan is dit ook prima.

Activiteiten zijn erop gericht dat de bezoekers zich *nuttig en nodig voelen*. Wij zijn gericht op dat wat iemand nog kan, waardoor we het *gevoel van eigenwaarde stimuleren*. Thuis kan iemand bijvoorbeeld niet meer koken omdat dit gevaarlijk is, op hetzorgerf kan dit onder begeleiding wel. Waardoor iemand complimenten krijgt en zich trots voelt. We sluiten met de activiteiten aan op de belevingswereld van

de bezoekers. Dit komt terug in de inrichting van het huis, maar ook in het telen van 'vergeten' groenten en ook de dieren behoren tot de oude rassen (zoals de Lakenvelder koeien en het Belgisch trekpaard).

Met elkaar zorgen wij voor een *huiselijke sfeer*. Dit komt –zoals reeds genoemd- terug in de inrichting van het huis, maar ook in de wijze waarop wij met elkaar omgaan. We vinden het belangrijk dat iedereen gerespecteerd wordt en we stimuleren zorg en aandacht voor elkaar.

Het Zorgerf kenmerkt zich, tot slot, door een groot gevoel van *vrijheid en ongedwongenheid*. In het huis zijn diverse ruimtes beschikbaar. Daardoor kan een ieder de ruimte opzoeken waar hij of zij zich prettig voelt. Het huis is open en ook het erf en de tuinen zijn open. Bezoekers kunnen wandelen op het terrein of daarbuiten. De ongedwongenheid zit hem vooral in de vrijheid zelf te kunnen bepalen wat hij of zij wil gaan doen' (Y & R van der Leest, A. Nederhand)

Samenvatting. Zorgerf Buiten-Land biedt zorg aan ouderen in de omgeving van Nijkerk in de vorm van dagopvang. De boerderij biedt een groot aanbod aan activiteiten, waaronder ook creatieve activiteiten. Zorgerf Buiten-land is onderdeel van Beweging 3.0. waar ook verpleeghuizen, maatschappelijk werk en thuiszorg onder valt. Volgens de richtlijnen van Beweging 3.0 worden zorgleefplannen opgesteld en nageleefd. Zorgerf Buiten-Land kenmerkt zich door een persoonlijke zorg met veel aandacht en daardoor maatwerk. Het erf zelf biedt daarbij veel mogelijkheden om van de natuur te genieten. Het Zorgerf kenmerkt zich, tot slot, door een groot gevoel van vrijheid en ongedwongenheid. In het huis zijn diverse ruimtes beschikbaar. Daardoor kan een ieder de ruimte opzoeken waar hij of zij zich prettig voelt. Het huis is open en ook het erf en de tuinen zijn open. Bezoekers kunnen wandelen op het terrein of daarbuiten. De ongedwongenheid zit hem vooral in de vrijheid zelf te kunnen bepalen wat hij of zij wil gaan doen

Hoofdstuk 4

Deelvraag 2

Wat zijn de belangrijkste kenmerken van de cliënten van zorgerf Buiten-Land?

Ik zal in eerste instantie kort een globale beschrijving geven van de cliënten die het zorgerf bezoeken. Daarna wordt ingegaan op het specifieke ziektebeeld, waarvan een aantal aspecten naar voren worden gebracht die in het kader van dit onderzoek belangrijk zijn.

De leeftijd van de cliënten die Buiten-Land bezoeken is 70 plus. In de huidige cliëntenpopulatie is het geboortjaar van de oudste cliënt 1920 en dat van de jongste cliënt 1940. De verhouding van het aantal mannen en vrouwen is dat tweederde van de cliënten man is en daarmee een derde vrouw.

De cliënten zijn allen afkomstig uit een straal van 25 kilometer rondom Nijkerk. Men wordt 's ochtends thuis opgehaald en na de zorgdag ook weer thuis afgezet. De cliënten wonen zelfstandig, in gezinsverband of in samenwoningverband. Een aantal is nog getrouwd, een aantal weduw(naar)e en een klein aantal is gescheiden, een enkeling is alleenstaande. Een aantal van de cliënten ontvangt thuis nog extra thuiszorg. Dit kan zijn op het gebied van persoonlijke verzorging, verpleging of maatschappelijk werk.

De bezoekers van Buiten-Land lijden aan klachten van psychogeriatrische aard. Als uitleg voor de term psychogeriatric wordt omschreven: 'leer van afwijkingen in gedrag en beleving bij de ouder wordende mens'.

(<http://www.encyclo.nl>). Vrijwel elke bezoeker heeft als belangrijkste ziekteverschijnsel een vorm van dementie. De fase waarin men lijdt aan dementie varieert.

Clënten van zorgerv Buiten-Land zijn nog redelijk mobiel. Een enkeling komt in een rolstoel of rollator. Op het zorgerv zijn rollators beschikbaar voor hen die dat ter plekke nodig hebben. Een té beperkte mobiliteit kan een contra-indicatie zijn voor aanmelding bij het zorg-erv. Bij uitbreiding van de zorghulpvraag zal worden overgegaan naar een zorginstelling, vaak wordt dit dan een 24-uurs verzorging. De achtergrond van de cliënten is zeer uiteenlopend: van ongeschoolden tot hoog opgeleiden, van boer, metselaar en productiemedewerker tot docent of eigenaar van een eigen bedrijf. Van de huidige 44 cliënten die het zorgerv bezoeken is -op twee personen na-, iedereen geboren in Nederland. Men bezoekt het zorgerv veelal twee- of driemaal per week, een enkeling is er elke dag.

4.1 Dementie

Dementie is een verzamelnaam voor verschillende aandoeningen in de hersenen. Dementie betekent letterlijk 'ontgeest', 'zonder geest'. Diegene die aan dementie lijdt, verliest zijn geest en dat is nou net wat hem tot mens maakt: zijn verstand, zijn persoonlijkheid, zijn contact met zijn omgeving, kortom zijn hele menselijke hebben en houden: zichzelf. (B. Miesen, 2003)
De meeste cliënten op het zorgerv lijden aan dementie van het Alzheimerstype

De Diagnostic and statistical manual of mental disorder, de DSM IV spreekt van dementie van het Alzheimerstype, wanneer "A. de ontwikkeling van multiple cognitieve stoornissen zichtbaar wordt door beide volgende:

1. Geheugenstoornissen (verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren).
2. Een (of meer) van de volgende cognitieve stoornissen

a: Afasie, taalstoornis

b: Apraxie, dit is het verminderd vermogen motorische handelingen uit te voeren ondanks intacte sensorische functies

c: Agnosie, het onvermogen om objecten te herkennen of thuis te brengen ondanks intacte sensorische functies

Stoornis in uitvoerende functies, dit wil zeggen plannen maken, organiseren, opeenvolgend handelen, abstraheren

B. de cognitieve stoornissen in criterium A1 en A2 veroorzaken elk een significante verslechtering in het sociaal of beroepsmatig functioneren en betekenen een significante achteruitgang ten opzichte van het vroeger niveau van functioneren.

C. het beloop wordt gekenmerkt door een geleidelijk begin en progressieve cognitieve achteruitgang.

D. de cognitieve stoornissen in criterium A1 en A2 zijn niet het gevolg van een van de volgende:

1. andere aandoeningen van het centraal zenuwstelsel die progressieve stoornissen in het geheugen en de cognitie veroorzaken (bijvoorbeeld cerebrovasculaire ziekte, ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson, subduraal hematoom, 'normal-pressure' hydrocephalus, hersentumor)
2. systeemziekten waarvan bekend is dat deze dementie veroorzaken (bijvoorbeeld hypothyreoïdie, vitamine B12 of foliumzuur deficiëntie, nicotinezuur deficiëntie, hypercalcaemie, neuroleues, HIV infectie)
3. aandoeningen door middelen teweeg gebracht

E. de stoornissen komen niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een delirium

F. de stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een andere As I stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, schizofrenie)

De af- en aanwezigheid van een gedragsstoornis kan verder nog worden gecodeerd.

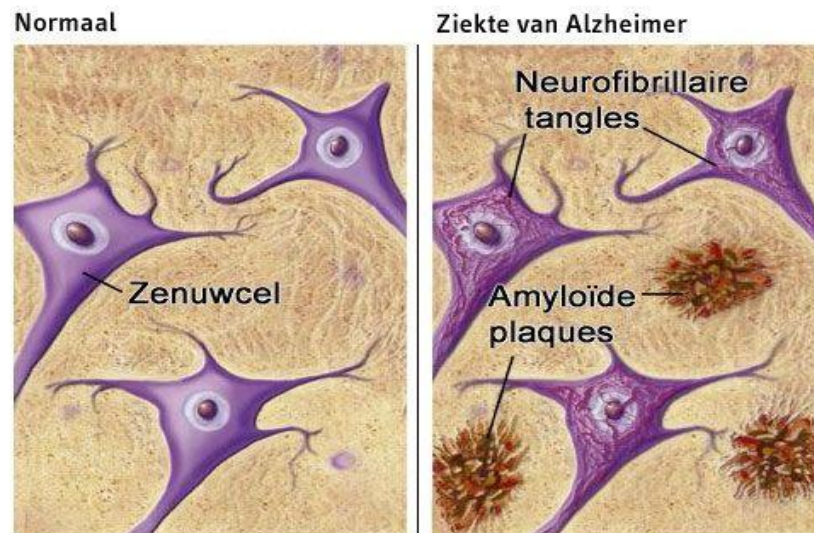
Er kan daarbij worden gespecificeerd in een dementie van het Alzheimerstype met een vroeg begin, op het 65^e levensjaar of eerder, of met een laat begin, na het 65^e levensjaar.” (American Psychiatric Association, 2001)

4.2 Hoe ontstaat dementie van het Alzheimerstype

De ziekte van Alzheimer -vernoemd naar neuropatholoog en psychiater Alois Alzheimer 1864-1915- ontstaat door uitval van hersencellen. Deze zorgt in de loop van de jaren voor een achteruitgang van de hogere cognitieve functies, het geheugen, de aandacht en bewustzijn, emotie en taal. Er is sprake van een toenemende atrofie, die start in de hippocampus die erg belangrijk is voor de rol van geheugenopslag. Later breidt deze atrofie zich uit naar de temporale of slaapkwab.

De volgende risicofactoren spelen mee in de kansen op dementie van het Alzheimerstype: een hogere leeftijd, of dementie voorkomt in de familie, opgelopen schedelletsel met een lichte hersenbeschadiging en het syndroom van Down. (Henk T. van der Molen, 2007)

Er is bij dementie van het Alzheimerstype sprake van vorming van niet afbreekbare plekkjes -amyloïde plaques genaamd- tussen de zenuwcellen. Daarnaast spelen de neurofibrillaire tangles (knopen) een belangrijke rol. Dit zijn onoplosbare kluwen vezels in de hersencellen. Ze zijn opgebouwd uit een eiwit, genaamd tau-eiwit. Dit is een normaal onderdeel zenuwcellen. In deze cellen bevinden zich microscopisch kleine draadvormige buisjes. Daar waar bij een gezond persoon de functie van het eiwit is om de zenuwcellen te verstevigen en voor het transport van voedingsstoffen van het ene deel van de zenuwcel naar de anderen. Bij mensen met dementie van het Alzheimerstype verandert dit eiwit in een andere vorm. Hierdoor raken de buisjes verstopt en brokkelen ze gaandeweg af. Doorvoer van essentiële voedingsstoffen wordt daarmee sterk bemoeilijkt en gaandeweg onmogelijk, waarna de hersencel af zal sterven. (www.alzheimer.nl en www.spreekuurhuis.nl)



Afbeelding 2, (afkomstig van de website www.alzheimer.nl)

4.3 De beleving van een persoon met de ziekte van Alzheimer

De manier waarop patiënten zichzelf ervaren in hun dementie, hangt vaak samen met de manier waarop zij dat gedurende hun leven hebben gedaan en heeft directe invloed op het gedrag. Dit onderschrijft de zienswijze van Feil, zij is grondlegster van de validation-theorie, zij stelt dat 'mensen die er niet in slagen op een positieve manier een eigen identiteit te verwerven en te behouden tijdens het proces van dementering alsnog of steeds weer op zoek zijn naar een positieve zelfperceptie'. (van der Kooij, C 2002)

Dementie kent vaak een grillig karakter en ieder verloop ervan kent een unieke route.

Hieronder volgen fragmenten uit een interview met Evert, die dan sinds drie jaar dementie van het Alzheimer type heeft.

"... ze zeggen dat mensen met beginnende Alzheimer de symptomen voor hun omgeving verdoezelen. Dat is waar, maar ik verdoezelde het ook voor mijzelf. Het gaat zo langzaam, het sluipt erin zonder dat je het zelf in de gaten hebt... na de diagnose ben ik meteen begonnen met medicijnen die de achteruitgang vertragen. Alzheimer is een glijbaan, de medicijnen maken de glijbaan een beetje stroever maar stoppen het glijden niet. Ik probeer me telkens op mijn nieuwe beperkingen in te stellen en Isaac (partner van geïnterviewde) helpt me daarbij. Hij maakt een boodschappenlijstje zodat ik alleen koop wat nodig is en ik niet mer, zoals een tijdje geleden, met een enorme tas druiven thuiskom omdat de druiven bij drie marktkramen in de aanbieding waren en ik bij elke kraam dacht 'He, ja, druiven, lekker'. Hij houdt mijn agenda in de gaten, en als ik zonder erbij nadenk vijf afspraken op een dag maak, zegt hij 'Dát doen we dus niet' en reorganiseert het een en ander...

In praktische zin red ik me zo aardig, maar er gebeuren ook wel eens vreemde dingen als ik alleen iets doe. Laatst, op de markt, begon een vrouw enorm tegen me te schreeuwen. Woedend was ze, en ik had echt geen idee waarom. Op de fiets heb ik dat ook wel eens. Ik hou van fietsen, maar mijn verkeersonzicht is geloof ik niet meer zo goed. Begint er inens iemand tegen me tekeer te gaan. Ik ben wel eens afgestapt om te vragen wat er was, maar dat kun je dus beter niet doen; dan worden mensen nóg bozer.

Die concrete dingen springen het meest in het oog, maar ze zijn niet het ergste van deze ziekte. Wat ik echt een ramp vind, is de confrontatie met mijn harde, kale ik. Mijn droomwereld verdwijnt, mijn fantasie. Er is alleen maar wat er is. Hardlopen vond ik altijd heerlijk want tijdens het lopen repeteerde ik Spaanse woordjes, had ik lekker ritmische liedjes in mijn hoofd of kon ik mijn gedachten zomaar wat laten waaien, en juist dat maakte lopen zo ontspannend. Nu ken ik de liedjes en de Spaanse woordjes niet meer, ik kan mijn gedachten niet meer laten gaan, er is tijdens het lopen alleen maar ik. Boeken lezen kan ik niet meer en dat vond ik afschuwelijk. Ik kan geen verhaallijn meer volgen, me niet meer verplaatsen in een fantasiewereld. Maar niks doen, gaat ook niet. Dan verzuip ik. Waarin, dat kan ik niet uitleggen. Ik blijf actief. Ik ga naar de bieb, en haal boeken voor Isaac en een strip voor mezelf. En ik ben bij een schilderclub gegaan. Ik kan er niets van en vind het niet speciaal leuk, maar het geeft me iets te doen. Alzheimer maakt alles vlak, eentonig.

Vreugdeloos, zakelijk. Dwars tegen mijn karakter in."

(F. Geerdink, 2006)

4.4 De invloed van dementie op het bewustzijn

Om een beter beeld te krijgen van de gevolgen van dementie op het bewustzijn van de mens biedt de theorie van Antonio R. Damasio een begrijpelijk kader. Antonio R. Damasio (geboren in 1944) is een neuroloog die de biologische basis van de werking van de hersenen tot zijn levenswerk heeft gemaakt. De laatste twintig jaar zijn van groot belang geweest binnen de cognitieve neurowetenschappen.

Er zijn nieuwe technieken ontwikkeld om een beter observatie te kunnen doen van hersenen en diens structuur. Kon men voorheen pas na een overlijden van iemand hersenonderzoek verrichten. Nu, met de nieuwste technieken kunnen veranderingen in hersenenstructuur

vroeger en bij leven van de patiënt worden opgespoord en gevolgd in hun ontwikkeling. Er kunnen verbanden gelegd worden welke invloeden dit heeft op de gedragingen van de mens.

De voorheen wat traditionele werelden van de filosofie en de psychologie hebben gaandeweg meer hun wegen verstrengeld gezien met die van de biologie en hun krachten verenigd.

Een belangrijk is punt dat Damasio stelt is dat een aantal van de bewustzijnsprocessen gerelateerd kunnen worden aan de specifieke werking van bepaalde hersengebieden en -systemen.

In zijn boek "Ik voel dus ik ben" spreekt Damasio over de 'anatomie van het bewustzijn', waarbij een bepaalde en unieke constructie verantwoordelijk is voor het bewustzijn. Patiënten kunnen wakker en aandachtig zijn, zonder dat zij beschikken over een normaal bewustzijn.

Damasio ziet bewustzijn als iets anders dan waaktoestand, zo ook bewustzijn en een laag attentieniveau.

Als belangrijkste feit ziet hij dat bewustzijn en emotie niet gescheiden kunnen worden. Wanneer er een verstoring optreedt van het bewustzijn, raakt ook de emotie van betreffende patiënt in een bepaalde mate ontregeld.

Binnen de doelgroep van het zorgverf is er een verschuiving in de mate van bewustzijn te constateren bij de cliënten. Voor de ene cliënt is dit meer op de voorgrond aanwezig dan bij een ander.

Damasio geeft verder aan dat er -bij mensen althans- een verdeling mogelijk is van het bewustzijn. Er kan een verdeling en onderscheid gemaakt worden eenvoudige en meer complexe vormen van bewustzijn.

Hij noemt de meest eenvoudige soort van bewustzijn het *Kernbewustzijn*. Dit kernbewustzijn is verantwoordelijk voor het zelfgevoel op één moment en op één plek.

Het bereik van dit kernbewustzijn is daarmee beperkt en reikt aan die van het hier en nu. Het biedt geen zicht op de toekomst en een vaag beeld van het verleden is maar een fractie van het hier en nu verwijderd. Voor dit bewustzijn geldt dat er geen vóór en ná bestaat, er is geen elders. Het is een 'eenvoudig biologisch verschijnsel', aldus Damasio. De stabiliteit van het kernbewustzijn blijft gehandhaafd zolang de persoon/ het organisme leeft. Damasio spreekt overigens van organisme omdat het kernbewustzijn niet exclusief menselijk is. Het kernbewustzijn is daarnaast niet afhankelijk van het conventionele geheugen, het werkgeheugen, de rede en de taal.

Het *uitgebreide bewustzijn* noemt Damasio de meer complexe vorm van bewustzijn. Deze versie kent meer en verschillende niveaus en intensiteiten. Het vormt een hoog-ontwikkeld zelfbesef, een identiteit en een individualiteit. 'Het plaatst een persoon op één punt in een individueel historische tijd, rijkelijk bewust van het doorleefde verleden en de voorzienbare toekomst, en volledig op de hoogte van de wereld om zich heen'. Het uitgebreide bewustzijn is echter geen onafhankelijke bewustzijnsvorm.

Zonder kernbewustzijn is er namelijk geen mogelijkheid tot de vorming van een uitgebreid bewustzijn, het vormt daarmee de basis van het uitgebreide bewustzijn.

Wanneer er bijvoorbeeld stoornissen ontstaan aan het uitgebreide bewustzijn blijft het kernbewustzijn intact. In het andere geval betekent het, dat wanneer er stoornissen ontstaan op het gebied van het kernbewustzijn, dit zijn uitwerking heeft op het uitgebreide bewustzijn. Hiermee word dus ook de basis aangetast dat grote gevolgen kan hebben.

Het zelfgevoel in het kernbewustzijn is het *kernzelf*; een steeds veranderlijk verschijnsel bij ieder object waarmee de hersenen een interactie aangaan.

Een tweede entiteit wordt het *autobiografische zelf* genoemd en omvat de onveranderlijkste kenmerken van een persoon. Deze worden in het kernbewustzijn opgemerkt. Het bestaat uit de belangrijkste aspecten van iemands levensgeschiedenis, dit zijn gesystematiseerde herinneringen: wie zijn je ouders, wat is je geboorteplaats en de wijze van opvoeding, wat vind je prettig, hoe gedraag je je over het algemeen in een relatie, bij een conflict of verdriet? Het vormt daarmee de biografie. Dit autobiografische zelf komt voort uit het kernzelf. Het autobiografische geheugen is weer een geordend systeem van herinneringen aan van de levensgeschiedenis.

Bewustzijn kent haar oorsprong in een gevoel voor wat er gebeurt als we iets zien, horen of aanraken. Het gevoel gaat samen met het maken van een voorstelling, visueel, auditief, tactiel en visceraal (inwendig). Wanneer dit in een passende en juiste context wordt geplaatst, dan geeft het gevoel aan dat 'die voorstellingen van onszelf zijn en kunnen we zeggen dat we iets werkelijk zien, horen of aanraken'.

Bij cliënten bij wie Alzheimer in een vergevorderd stadium is, is het bewustzijn ook aangetast. In het vroegste stadium vormt geheugenverlies de belangrijkste bepaler van de ziekte, later takelt ook het bewustzijn af. Dat gebeurt in eerste instantie bij het uitgebreide bewustzijn. Langzaam aan wordt het bereik van dit uitgebreide bewustzijn steeds kleiner, totdat het autobiografische zelf bijna helemaal verdwenen is. Op den duur dooft ook het kernbewustzijn uit, waarna er ook geen primair zelfgevoel meer is. Patiënten reageren nog op simpele manier op personen en objecten, dat gebeurt met een blik of door het object aan te raken, te pakken. Het lijkt er echter op dat de patiënt niet meer weet wat hij aan het doen is. Het is een kwestie van een korte periode waarna de aandacht weg is daarmee het doel. (Pagina 108)

Damasio heeft onderzocht dat mensen met ernstig geheugenverlies nog steeds in staat zijn om vaardigheden aan te leren, wanneer de eenvoudig uit te voeren opdracht wordt uitgelegd en voorgedaan. Wat zij niet kunnen is zich een beeld vormen van de omstandigheden, de omgeving van de verrichting. Zij leren puur en alleen de opdracht uit te voeren. Hierin maken ook zij -net als personen zonder geheugenstoornissen- een ontwikkeling door en worden naar verloop van tijd sneller in het uitvoeren van de opdracht. Het bewust kunnen overzien van een taak heeft daarmee geen invloed. Men weet niet meer elke problemen er eerder op hun pad zijn geweest, of wat hen te wachten staat gedurende de uitvoer. Elke situatie is een nieuwe.

In het artikel 'onbewuste geheugen verrassend intact' over het boek 'Opnieuw gedaan, oud geleerd' over het lerende vermogen van mensen met dementie wordt dit onderschreven. 'Men leert dingen waar men plezier aan beleeft, vermijd het woord 'moeten', en sluit aan bij de voorkeur van de persoon. Dat zorgt niet alleen voor een prettige sfeer, positieve emoties helpen ook de geheugenfuncties te optimaliseren. Want gebeurtenissen die emoties oproepen worden beter onthouden' aldus Roy Kessels. Emoties worden in de hersenen verwerkt door de amandelkern, die bij mensen met dementie nog lang blijft functioneren. 'De amandelkern maakt als het ware een kleurenkopie van een emotionele gebeurtenis, die gemakkelijk terug te vinden is tussen de zwart-wit kopietjes. Voor negatieve emoties geldt hetzelfde, alleen blijven die nog langer hangen. Vervelende situaties moet je zoveel mogelijk vermijden, omdat die snel beklijven in het onbewuste geheugen.'

Vaardigheden en gewoontes worden geprent in het onbewuste geheugen. Door dit onbewuste geheugen aan te spreken kunnen mensen met matige tot ernstige dementie nog nieuwe vaardigheden leren, ook alledaagse dingen die verloren zijn gegaan kunnen opnieuw worden aangeleerd; de wasmachine bedienen, de tafel dekken. Dat gaat echter niet vanzelf, mensen hebben daarin sturing nodig van buitenaf. De kunst daarin is om het foutloos aan te leren. De moeilijkheid is dat er geen reflectie meer mogelijk is voor mensen met

dementie. Hierdoor worden goede en foute handelingen door elkaar in het onbewuste geheugen opgeslagen. De leerstof zal dusdanig gestructureerd moeten worden dat alleen de juiste informatie binnenkomt. *Foutloos leren* wordt deze methode genoemd; de taak wordt opgedeeld in kleine stapjes die stuk voor stuk worden geoefend. Pas wanneer iemand een eerste stap onder de knie heeft, wordt aan de tweede stap begonnen. Door deelstapjes aan elkaar te plakken en de keten van handelingen te blijven oefenen, slijpt de nieuwe vaardigheid in het onbewuste geheugen in.

Roy Kessels heeft onderzoek gedaan naar deze methode door mensen met dementie in een verpleeghuis eenvoudige taken te laten oefenen zoals het opvouwen van de was en koffie zetten. Zes keer werd dit een half uur per dag getraind. De taken werden gaandeweg steeds beter uitgevoerd. Na drie weken was er 75% van het aangeleerde blijven hangen. Taken die door *trial and error* werden geleerd, werden minder goed opgeslagen en bleven minder goed hangen daardoor. Na drie weken was de helft van het geleerde al verloren gegaan.

‘Dementie is een aftakeling, daar is niets aan te doen, maar mensen veel uit handen nemen, werkt contraproductief. Je moet er bovenop zitten. Als je mensen zelf laat aanmodderen, zorgt dat voor een permanent gevoel van falen. Het vele getest -welke dag is het vandaag?- helpt niet hierbij. De methode vraagt een consequente aanpak van familie en hulpverleners. In het boek ‘opnieuw gedaan, oud geleerd’, staan veel tips en praktijkvoorbeelden. Ongewenst gedrag wordt gedoofd en nieuw gewenst gedrag slijpt in. Belonen en straffen is volgens de schrijvers een goede methode. ‘Vergelijk het met het opvoeden van een kind. Het lijkt schokkend, maar bij het vergelijken van het geheugen van een dementerende met die van een kind, is deze vergelijking niet eens zo slecht. Belangrijk is natuurlijk wel dat men deze personen wel in hun waarde moeten laten. Foutloos leren is geen wondermiddel: uiteindelijk wordt ook het onbewuste geheugen aangetast. Maar voordat het zover is, zijn er hele wat jaren voorbij. Als mensen door nieuwe vaardigheden te leren, langer zelfstandig kunnen functioneren, betekent dat een enorme winst’, aldus Kessels.

Uit testen blijkt ook dat vroegere prikkels worden opgeslagen en onbewust een lichamelijke reactie teweegbrengen, ook al is de cliënt bijvoorbeeld niet meer in staat een gezicht als bekend te onderscheiden van andere gezichten. ‘Weliswaar zijn de hersenen van de cliënt niet meer in staat om kennis op te roepen in de vorm van een voorstelling, zodat deze kennis bewust kan worden overzien en herkenning mogelijk is. Toch brengen hersenen een specifieke reactie voort, buiten het bewuste overzicht om, die bewijst dat deze cliënt vroeger wel bekend was met deze prikkel. Deze uitkomst illustreert de kracht van onbewuste verwerking en het feit dat er ook onder het bewustzijn specifieke activiteiten plaats kunnen vinden’. (A.R. Damasio, 2009)

4.5 De verschillende fasen van dementie

Fase 1: de bedreigde ik-beleving

Een persoon met beginnende dementie merkt dat hij in toenemende mate dingen vergeet, afspraken, waar ligt wat, wat was nou het onderwerp van het gesprek. Men weet niet meer goed hoe dingen moeten, bijvoorbeeld het bedienen van de televisie. Een aantal van deze symptomen zijn voor de persoon zelf nog passend bij zijn leeftijd. (B. Miesen, 2003)

Cliënten die in deze fase van dementie verkeren hebben vaak nog veel energie en kunnen ze doelgericht handelen. Men mist wel meer het overzicht. Men heeft de neiging om anderen te beschermen voor de gevolgen van hun achteruitgang door niets over hun klachten te ventileren. In het geheugen is nog voldoende samenhang om zichzelf te kunnen beleven als de persoon die men wil zijn.

Wanneer het hun dementie betreft, worden gevoelens ontkend, dat komt to uiting in de soms felle wijze waarop men kijkt, de spanning die in het gezicht, de spieren en houding zichtbaar is en de scherpte van hun stem.

Het belangrijkste doel dat men zich stelt in deze fase is vol te houden, betrokken te blijven bij de wereld om zich heen en normale betekenisvolle levens leiden. Men probeert zich daarom te handhaven door middel van strategieën (coping) met alle angstige en de beperkende gevolgen in hun hoofd.

Er is behoefte aan structuur in dag en weekprogramma. Dit biedt hen houvast en is zinvol, het voorkomt een gevoel van vervreemding, leegte en verveling. (C. van der Kooij, 2002)

Fase 2: de verdwaalde ik-beleving

Bij het verder vorderen van de dementie, ervaart de verergering van klachten van het onthouden en denken. Daarbij komt ook een verlies aan vermogen om zijn waarnemingen en de werkelijkheid waarin hij zich bevindt, te ordenen en te benoemen. G. Jones wordt in 'Gewoon lief zijn' geciteerd om zijn metafoor van 'een boekenkast waaruit boeken zijn verdwenen. Wat er over is, ligt door elkaar'. Er is geen noodzaak meer om de werkelijkheid om deze personen heen, te willen beheersen. Men hoeft niet meer de schijn op te houden dat alles oké is. Men houdt zich graag bezig met gestructureerde opdrachten zoals aardappelen schillen en was opvouwen. In de omgang is men ontspannen en reageert men levendig op wat er om hen heen gebeurt. De ogen kijken helder en hebben een verminderde felheid, de spieren zijn ontspannen. De schouders hangen licht voorover. Men is associatiever in de eigen levensgeschiedenis en gebeurtenissen. Dan komen emoties uit het verleden naar boven die te maken hebben met een actuele gebeurtenis. Er is sprake van een innerlijke werkelijkheid waar heden en verleden ongeordend door elkaar heen lopen. Men verwacht mensen om zich heen met dierbaren. Een belangrijke voorwaarde om zich ontspannen te kunnen voelen is dat men zich in een vertrouwelijke omgeving bevindt. Gevoel en gedrag komen in deze fase steeds dichterbij elkaar te liggen. (Miesen, B.)

Fase 3: de verborgen ik-beleving

De belangrijkste termen in deze fase zijn afgeslotenheid en ontoegankelijkheid. Het lijkt erop dat een persoon in een eigen innerlijke tijdloze wereld is waar hij niemand nodig heeft en niemand toelaat. Dit betekent overigens niet dat er geen contact meer mogelijk is. Men gaat meer repeterende bewegingen maken, zoals rok oprollen, servet in en uitvouwen en gelijksoortige klanken uitbrengen. Hun ogen zijn met moeite gericht op mensen of op dingen. Men kan in deze fase ook moeilijk hanteerbaar gedrag vertonen zoals schreeuwen, vloeken, stampen, uiting geven aan seksuele behoeften, continu sigaretten vragen. Men is zich niet meer bewust van de hulpbehoevendheid en dat kan een shockreactie teweegbrengen bij het wassen of helpen met aankleden. Men heeft een gebogen rug, zit voorover of met het hoofd op tafel. Deze fase is nog sterk veelvormig.

Fase 4: de verzonken ik-beleving

In deze fase is er nauwelijks nog sprake van contact tussen de patiënt en de buitenwereld. De ogen zijn gesloten of staren nietszeggend voor zich uit.

Het grootste gedeelte van de patiënten maken deze fase niet meer, omdat ze dan al zijn overleden.

Cora van der Kooij schrijft over deze fase dat de dementerende 'de vanzelfsprekende band tussen zijn ik en zijn levensloop, zijn sociale en fysieke omgeving en zijn lichaam definitief is verloren'. Mensen in dit stadium zijn niet in coma, de energie die men nog uitstraalt en sommige reacties van dementerenden –onverwachts reageren op prikkels– zijn hiervan het voorzichtige bewijs.

De fasen van dementie die op het Zorgerf Buiten-Land het meeste bij de clienten voorkomen, zijn fase een, twee en soms drie.

In de praktijk bevinden personen zich niet in een vaste fase, maar vertonen gedrag en ik-beleving uit een volgende of vorige fase.

De oorsprong van de volgende vier fasen van dementie ligt bij Cora van der Kooij (geboren in 1946), zij was verpleegkundige. Zij ervoer tijdens het uitoefenen van haar werk dat er te weinig werd stilgestaan bij de patiënten en heeft een eigen zorgconcept ontwikkeld volgens de Maieutische theorie. Er waren inmiddels een drietal fasen omschreven door Engelen en Peeters in 1984. In haar boek "gewoon lief zijn" maakt zij een onderscheid in de vier verschillende fasen van dementie op basis van de gedragsbeelden en ik-beleving.

4.6 Ouder worden, dementie en comorbiditeit

Om een goed beeld te krijgen van de onderzochte doelgroep, is het zinvol te weten wat onder normale veroudering verstaan wordt. Daarna komen andere klachten en problemen aan de orde die samen met klachten van dementie kunnen voorkomen.

Bij de ouder wordende mens gelden normaal zintuiglijke veranderingen zoals:

- Veranderingen in het zien; ooglenz wordt star, men neemt minder kleuren waar, het oog heeft meer licht nodig en een verhoogde gevoeligheid voor fel licht.
- Veranderingen in het gehoor; verlies van vermogen om geluiden met een hoge frequentie te horen, verminderd vermogen om medeklinkers als S, Z, T, F, G te horen, toename in gevoeligheid voor harde geluiden, verminderd vermogen om geluiden te onderscheiden bij veel achtergrondgeluid, verminderd gehoor door een teveel aan oorsmeer.
- Verandering in proeven en ruiken; verminderd smaak en reukvermogen.
- Verandering in het tasten; afnemende gevoeligheid in handen en voeten. (Opmerking. Met het verlies van andere zintuigen wordt de tast belangrijker).

Wanneer zintuigen niet langer gestimuleerd worden, verliest men het vermogen deze zintuigen te gebruiken. (R.W. Toseland, Philip McCallion, 2002),

De definitie van comorbiditeit is: het tegelijkertijd voorkomen van verschillende psychische stoornissen en/of lichamelijke ziekten bij één patiënt of cliënt. Naast de klachten van dementie bij de cliënten van het zorgverf Buiten-Land spelen regelmatig andere klachten en stoornissen een rol die van invloed zijn op hun dagelijkse leven.

Depressie is een veel voorkomende stoornis bij personen die aan dementie lijden. In een onderzoek gedaan door ondermeer Reifler, constateerde men dat van een groep van 131 dementerende ouderen er 31% tevens aan een depressie lijdt.

Gaandeweg het dementieproces verminderen overigens ook de klachten van depressie en trad de dementie meer op de voorgrond.

Affectlabiliteit kan het gevolg van depressieve klachten zijn, men kan dan niet meer goed de emotie afstemmen op de situatie, er zijn schommelingen in de expressie van gevoelens.

Angststoornissen kunnen optreden, doordat een persoon in zijn ziekteproces langzaam aan de grip op zijn leven kwijtraakt. Het niet meer kunnen ophalen van herinneringen, niet meer herkennen van familie en omgeving kan gepaard gaan met angst.

Bij mensen met de ziekte van Alzheimer kunnen hersenaandoeningen voorkomen, bijvoorbeeld in de vorm van een hersenbloeding. Men spreekt dan van *afasie* wanneer er stoornissen ontstaan in het taalgebruik. Zowel de taalproductie, het spreken en schrijven als de taalreceptie, het begrijpen en lezen, kan gestoord worden. Dan kunnen problemen ontstaan op klank-, woord-, en/of zinsniveau. Het gevolg kan zijn dat men problemen gaat krijgen, zoals het niet goed kunnen uiten van gevoelens.

Dementie gaat regelmatig gepaard met *achterdocht*, na het wegvallen van zekerheden, volgt een angst voor dreigend onheil. Ziekelijke achterdocht beheerst de gehele persoonlijkheid en leidt tot vereenzaming en isolement.

Agressie komt voor bij mensen met de ziekte van Alzheimer en wordt een probleem, wanneer mensen zich niet goed meer kunnen beheersen en men dreigend wordt naar anderen toe. Er is enerzijds een aanleg voor het ontwikkelen van agressie, anderzijds kunnen Opvoeding en leerervaringen van invloed zijn. Vaak zijn het echter gebeurtenissen en omstandigheden die agressie bij een cliënt oproepen.

Apathie kan voorkomen bij personen met de ziekte van Alzheimer, wanneer men bijvoorbeeld probeert om niet te falen. Men ervaart de mate van onveiligheid dan als hanteerbaar. Hersenbeschadigingen kunnen daarnaast leiden tot verlies van initiatief en emotionele vervlakking. De omgeving verliest haar betekenis en zet niet meer aan tot handelen.

4.7 Het ontstaan van creativiteit volgens Damasio

In Damasio's bijdrage dat in het boek 'The origins of creativity' is opgenomen, stelt hij in 'some notes on brain, imagination and creativity' het volgende:

Vanuit een evolutionair perspectief heeft het oudste beslissende ontwerp betrekking op de biologische regulatie, het tweede op het persoonlijke en sociaal bereik en de laatste heeft betrekking op een collectie van abstract-symbolische operaties. Hieronder bevinden zich de artistieke en wetenschappelijke bereiken, de toepassing van dagelijkse handelingen en de ontwikkeling van taal en wiskunde. Damasio gebruikt voor dit gebied de term 'plasticity', waarmee hij bedoelt dat dit gebied gaandeweg een leven gevormd gaat worden. Zonder rekenschap te houden met disciplines buiten de neurologie, is het onmogelijk creativiteit te bespreken.

Een gedeelte van onze hersenen is vanaf de geboorte geprogrammeerd, puur om te kunnen overleven. Dat gedeelte waarin ook de creativiteit zich ontwikkelt, vormt zichzelf op een unieke wijze vanaf de geboorte door sociale interactie en ervaringen die iemand opdoet in zijn leven. Het kan niet simpelweg gereduceerd worden naar een bepaalde plek in de hersenen van een volwassene en nog minder naar onze genen. Het vastleggen en begrijpen van het fenomeen creativiteit is daarmee niet goed te vangen in de wetenschap.

Samenvatting.

Een groot gedeelte van de cliënten lijdt aan en vorm van dementie, een aandoening die de hersenen aantast en die de cognitieve functies naar verloop van tijd doet afsterven. Dementie tast echter pas in een laat stadium het kernbewustzijn aan, waardoor een cliënt nog steeds emoties kan ervaren. Dementie kan gepaard gaan met andere klachten die in persoonlijkheid en gedrag tot uitdrukking kunnen komen. Wanneer zintuigen niet geprikkeld blijven, dan doven deze uit. Er zijn vier fasen van dementie, de cliënten van het zorgverf bevinden zich over het algemeen in fase een en twee.

Hoofdstuk 5

Deelvraag 3

Wat is bekend over de toepassing en effecten van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Het onderzoek richt zich op de mogelijkheden voor beeldende therapie bij de doelgroep. Ik heb tijdens het onderzoek bemerkt, dat er in Nederland nog niet veel is onderzocht over beeldende therapie met mensen met dementie. In het Tijdschrift voor Vaktherapie zijn er geen artikelen over onderzoeken te vinden, die in het kader van dit onderzoek geraadpleegd konden worden. Binnen de buitenlandse beeldende therapie is dit onderzoeksgebied al meer uitgebreid. In Art Therapy, Journal of the American art therapy association staan wel onderzoeken binnen het medium beeldend en de doelgroep beschreven. Een aantal heb ik gebruikt voor dit onderzoek.

5.1 Algemene kenmerken van Beeldende therapie

In het 'Handboek Beeldende therapie, uit de verf', uit 2009, onder eindredactie van Celine Schweizer, wordt de volgende definitie van beeldende therapie aangehouden:

Beeldende therapie is een vorm van behandeling waarbij de ervaring van mensen ten behoeve van ontwikkelingsprocessen centraal staat. De beeldend therapeut hanteert het proces van beeldend vormen (tekenen, schilderen, beeldhouwen en andere beeldende vormen), en de zichtbare en tastbare beeldende producten die hieruit voortkomen, als middel binnen de therapeutische relatie.

In een behandelsetting wordt beeldende therapie in combinatie met andere behandel- en begeleidingsvormen gericht op een specifiek behandel doel aangeboden met als doel op emotioneel, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied een wenselijke verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie bij de cliënt te bewerkstelligen.

Niek Baeten schrijft in zijn boek 'Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie' het volgende: Beeldende therapie onderscheidt zich van de andere therapieën vooral omdat de patiënt zich individueel in het medium uit en er altijd een tastbaar product achterblijft... beeldende therapie heeft het in zich de handelingen vast te leggen, anders gezegd: het proces in een product te laten neerslaan. Dit impliceert dat de beeldend therapeut naast het proces het product in de behandeling kan en zal betrekken. Suzanne Haeyen heeft daarbij de volgende aanvullingen over de kracht van het medium in haar boek 'Niet uitleven, maar beleven':

Zij maakt een onderverdeling in:

Het scheppende karakter van beeldend werken. Er wordt iets gemaakt door de cliënt. De cliënt kan zo ervaren dat hij invloed kan uitoefenen op materialen en misschien, als hij de lijn verder doortrekt, beseffen dat je invloed uit kunt oefenen op je omgeving.

Kortom, de cliënt kan zich bewust worden van de eigen invloed en kan ervaren dat je iets kunt maken dat helemaal uit jezelf komt.

Het creatief bezig zijn op zich

Het creatief bezig zijn wordt voor een groot deel gestuurd door onbewuste drijfveren. Dit proces kan al een positieve werking hebben. Het veronderstelt een in beweging zijn.

Patronen en mechanismen in het beeldend werken. De wijze waarop een werkstuk tot stand komt biedt al veel aanknopingspunten over hoe een persoon in het leven staat, werkt hij snel, of denkt hij juist veel na, wordt er gedetailleerd gewerkt of zijn er snelle opzetten.

Het is vaak een afspiegeling van hoe een cliënt in zijn dagelijkse leven omgaat met zaken zoals problemen, weerstand of in zijn contact met anderen.

Naast de wijze waarop gewerkt wordt, heeft het materiaal haar eigen vormgevingskenmerken die van invloed zijn op de cliënt, het proces en het werkstuk. Een citaat van Beljon (1987) hierover luidt: 'we identificeren ons met wat we zien, bijvoorbeeld: we vliegen als we een meeuw zien vliegen, met andere woorden we voelen mee met de dingen of vormen die we zien'

In een werkstuk zijn de volgende vormgevingsaspecten waarneembaar;

Gebruikte kleuren in een werkstuk. Is een kleur warm of koel, zacht of fel. Een kleur heeft vaak ook een symbolische waarde. Welke sfeer en gevoel wordt ermee opgeroepen.

Vormen in het werkstuk: welke eigenschappen hebben de vormen, zijn ze open of gesloten, recht, grillig, geometrisch, omhullend, rond, hoekig.

Lijnen in een werkstuk: hoe ziet een gebruikte lijn eruit, is hij onderbroken, recht, kort lang, bibberig, hoekig, dynamisch, gebogen.

Ongearticuleerde vormelementen: Hiermee worden 'toevallige' krabbels bedoeld die in een werkstuk naar voren kunnen komen.

De compositie en verhouding van de verschillende beeldelementen ten opzichte van elkaar: voorbeeld hiervan is een geordend of ongeordend geheel, is het een dynamisch werkstuk, zijn elementen gestapeld, waar in het papier/ werkstuk ligt het zwaartepunt, welk beeldelementen roept om aandacht.

Materiaalbehandeling is de term waarmee de textuur of de huid van een werkstuk wordt bedoeld. Is er sprake van een bepaalde grofheid, of juist gladheid, zijn de kleuren wel of niet gemengd. Welke uitdrukking biedt het werkstuk.

De functie van het werkstuk: is het werkstuk een vorm van zelfexpressie, heeft het een bepaald nut of moet het vooral decoratief zijn.

De inhoud/betekenis of thema van het werkstuk. Het verschil van een klein of groot formaat, kleine formaten vragen een meer gedetailleerd werk, waarbij grote formaten ook grotere bewegingen te maken zijn, het meer aanwezig zijn, meer aandacht wensen.

Mate van detaillering in een werkstuk. Wanneer een persoon heel gedetailleerd vormgeeft en extreem is in de uitwerking van een werkstuk, dan is deze persoon voornamelijk materiaal- en vormtechnisch bezig. Het kan in relatie worden gebracht met een behoefte aan controle of indruk willen maken op anderen.

Een werkstuk wordt samen door al deze onderdelen gevormd. De kracht ligt daarin dat deze wijze van uitdrukken ons iets vertelt over de maker van het werkstuk. Vaak vertelt het zelfs meer over de maker dan dat de maker bewust wil laten zien.

5.2 Beeldende therapie en dementie

In het boek 'Healing arts therapies and person-centered dementia care' staat een stuk beschreven over de pionier van beeldende therapie voor ouderen met dementie, Tom Kitwood. Hij gebruikt een bloem als beeld voor de psychologische behoeften van iemand met dementie; met liefde in het centrum, en troost, verbondenheid, het gevoel onderdeel te zijn van, identiteit en bezigheden. Beeldende therapie wil deze aspecten aanspreken en mogelijkheden bieden om in deze behoeften te voorzien. In het werken met mensen met dementie ontkomt men niet aan de existentiële worsteling die men bij hen ziet, mensen op zoek naar veiligheid, een plek zoekend voor hun schuldgevoel, de naderende dood van hun gevoel van identiteit, hun rollen in dit leven en hun autonomie. Wanneer een persoon zulke crises doormaakt zou het nalatend zijn om geen aandacht te hebben voor gevoelens van angst, schuldgevoel, relaties en liefde. Het beeld dat gemaakt wordt -gestructureerd of spontaan aangeboden door de therapeut-, is altijd een weerspiegeling van een intern proces door kleur, metafoor, dialoog en titel. Het beeld is een 'spiegel van canvas'.

Existentiële theorie en cliëntgerichte benadering gaan samen in de praktijk van beeldende therapie voor mensen met dementie. De focus ligt in de individuele existentiële behoefte en waarden en het te doorlopen proces. Met het proces wordt door Cronin en Werblowsky de gehele reeks aan gebeurtenissen, vanaf het moment dat een persoon een tekening (of anderszins vormgeven) begint tot aan het

moment dat de sessie is afgelopen. Het bevat het gedrag, de emoties, het commentaar en associaties, de vorming van het beeld zelf, het gebruik van materialen en het proces van tekening naar tekening.

Het eindproduct is een waardevol instrument voor zelfreflectie en afstand nemen. Afstand nemen is fysiek en psychisch ruimte nemen van een beeld met als doel helderheid te verschaffen en nieuwe perspectieven te ontdekken. De meeste therapeutische positieve gebeurtenissen zijn er tijdens het proces van maken -de dialoog tussen persoon en beeld- en de interactie tussen de cliënt en de anderen. Het maken van een tastbaar product helpt de cliënt bij beeldende therapie om de herinnering van een ervaring vast te leggen.

De vraag die dit oproept is; moet een werkstuk een compleet kunstwerk worden, en kan een werkstuk een langdurig gevoel van veiligheid of een emotionele/ spirituele verbinding laten voortduren, die is ervaren tijdens het maken? Wanneer een persoon met dementie een werkstuk heeft afgerond, is het mogelijk dat het geheugen na dat proces het gebeuren niet meer kan terughalen, soms gebeurt dit zelfs tijdens het beeldend werken. Een persoon kan onzeker zijn of hij wel betrokken is geweest bij het proces van maken. In een geval is door Tom Kitwood een werkstuk opgehangen in de kamer van de maker en dat bleek later weggegooid. Een onbekend abstract beeld zien, waar ook nog je eigen naam onder staat, kan onrust creëren. Een beeldend therapeut dient goed op een eventuele emotionele reactie kunnen inspelen. Het is dan bijvoorbeeld beter om een portfolio aan te leggen en vragen of de werkstukken daarin bewaard mogen worden. Wanneer een persoon zijn werk graag opgehangen wil zien, kan dat natuurlijk. De nadruk komt sterker te liggen op het proces zelf dan op het eindproduct, is de mening van Tom Kitwood. De ervaring van een zorgzaam gebaar, de verbinding met de groep draagt bij aan de kinesthetisch en zielrijk geheugen van een persoon, dat even zwaar moet wegen als het werken aan een bepaald thema of de herinnering aan een gemaakt product.

5.3a Wat zijn toepassingen en effecten van beeldende therapie bij mensen met de ziekte van Alzheimer?

'Art therapy with geriatric dementia clients' door Kathleen B. Kahn-Denis

Het categoriseren van beeldende therapie voor de individuele mens met dementie is geen gemakkelijke taak. Er zijn veel factoren die hierin meespelen; de mate van dementie en de gevolgen voor de cliënt, de beeldende werkvorm die gebruikt wordt en de benadering en bedoeling van de beeldend therapeut. Een cliënt met dementie raakt uiteindelijk steeds meer kwijt in zijn leven. Beeldende therapie is effectief gebleken in haar rol bij het diagnosticeren en evalueren van de cognitieve status van een cliënt (zie ook het onderzoek van Lev-Wiesel et al). Het is een geleider voor non-verbale communicatie, voor reminiscentie. Het helpt bij zintuiglijke verkenning en stimulatie, en het draagt bij aan een zelfreflectieve activiteit die een tastbaar product oplevert. Naast deze positieve elementen kan beeldende therapie echter ook cliënten verwarren.

Kathleen Kahn-Denis is overtuigd dat het therapeutisch potentieel van beeldende processen bij mensen met dementie groot is. Het is daarmee veel *meer dan een creatieve activiteit* en de taak van de beeldend therapeut is om deze veralgemenisering te weerleggen.

Kathleen Kahn-Denis laat aan de hand van een viertal figuren, gemaakt over een periode van twee jaar door een 82-jarige vrouw met dementie, zien hoe beeldend werk bij kan dragen aan een diagnose en evaluatie van het proces van dementie bij een cliënt.



afbeelding I, zonnebloem



afbeelding II, hart



afbeelding III, zonder titel



afbeelding IV, zonder titel

Met figuur I heeft de vrouw -in groepsverband- een onderdeel van een bestaand stilleven vastgelegd, op de achtergrond zijn de gebroken lijntjes zichtbaar die zich in afbeelding II voortzetten in de vorm van een hart. Dit hart is gevormd als werkstuk na een gesprek in een groep over Valentijnsdag. De vrouw begon met het zetten van puntjes en strepen die zich gaandeweg vormde tot een hart. In figuur III en IV, -die zij in een individuele sessie met aquarel heeft gemaakt-, zien we de verdere teruggang van vaste lijnen en zelfs vormen. Deze vier afbeeldingen volgen grafisch ook de vermindering van haar cognitieve functies als gevolg van de dementie.



Afbeelding V, zonder titel/ zelfportret

Bovenstaande tekening is een zelfportret, gemaakt door een 83-jarige vrouw met een geschiedenis van meervoudige infarcten die tot dementie hebben geleid. In tegenstelling tot Alzheimer -waar een geleidelijke achteruitgang van hersenfuncties speelt- kent deze vorm specifieke plekken in de hersenen die abrupt zijn aangetast/afgestorven.

Deze cliënte leed aan afasie waardoor zij zichzelf niet verstaanbaar kon maken, anderen begrijpen kon zij wel.

Op een dag was zij rusteloos en was haar gedrag ook moeilijk te interpreteren door de therapeut.

De cliënte pakte aan het begin van de sessie een penseel, doopte dit in de verf en maakte bovenstaand werkstuk. Dit beeld is zonder aansturing van een therapeut tot stand gekomen. Op de vraag of ze verdrietig was, antwoordde cliënte zonder hapering met 'Ja'.

Door middel van het beeld heeft deze vrouw de therapeut laten zien hoe het met haar gaat. De dochter van mevrouw is met haar naar de dokter gegaan en er is een ontsteking gevonden, die mogelijk heeft bijgedragen aan haar ongemak/verdriet.

Personen met dementie missen vaak de bekwaamheid om verbaal uiting te geven aan hun psychische of psychologische ervaringen, maar kunnen nog steeds via de non-verbale weg affectief en visueel reageren. Beeldend werken kan vorm geven aan gevoelens, gedachten en emoties van het individu op zijn eigen niveau van ontwikkeling. Mensen met dementie ervaren een heel spectrum aan gevoelens van frustratie tot kwaadheid en van verdriet naar blijheid. Zij verliezen echter gaandeweg het ziekteproces, de vaardigheden om deze te kunnen uiten. Beeldende therapie kan een middel zijn voor de affectieve ontlading van gevoelens, en een manier om te communiceren naar anderen door in beeld te brengen wat zij op dat moment ervaren.

5.3b Beeldende therapie als diagnostisch instrument bij mensen met Alzheimer

Onderstaand onderzoek is gepubliceerd in het blad 'Arts in psychotherapy' 2003

In een publicatie uit 2003 van Rachel Lev-Wiesel en Einav Hirschenzon-Segev is onderzoek gedaan onder personen met Alzheimer en de weergave van hun gemaakte zelfportretten. Symptomen van Alzheimer laten jarenlang onopgemerkt een sluimerende progressie zien en worden pas in een later stadium als klinisch gediagnosticeerd, wanneer een situatie onhoudbaar is geworden voor de persoon of zijn omgeving. In een in 1982 door Reisberg, Ferris, de Leon en Crook ontwikkelde Globale Deteriation scale kan een overzicht worden verkregen in de cognitieve functies en de afname van deze functies. Volgens hen zijn er zeven verschillende stadia van dementie van het Alzheimer type. De eerste drie bevinden zich in het pre-dementiële stadium, lopend van geen achteruitgang tot een geringe achteruitgang van de cognitie. Mensen vergeten nieuwe namen, vergeten wat men zojuist heeft gelezen, nieuwe namen worden niet opgenomen, objecten worden misplaatst en de concentratie loopt terug. Stadia vier tot en met zeven begint in een mild stadium, in de achteruitgang van het geheugen in huidige en recente gebeurtenissen, er kunnen 'leemtes' ontstaan in de persoonlijke geschiedenis, financiën kunnen niet meer beheerd worden. Complexe taken kunnen niet meer goed worden uitgevoerd. In stadium vijf ervaart men een afhankelijkheid waarbij hulp van anderen noodzakelijk is voor overleving. Men vergeet belangrijke zaken als woonadres, telefoonnummers en namen van intieme familieleden. Stadium zes kenmerkt zich door het vergeten van basale dingen, de naam van de echtgenoot en in verregaande mate het besef van de omgeving en gebeurtenissen. In dit stadium treden ook de meer persoonlijke en emotionele veranderingen op de voorgrond in de vorm van obsessieve gedragingen, angstsymptomen, agitatie en gewelddadig gedrag. Het laatste stadium, zeven, kenmerkt zich door het verlies van alle basale verbale en motorische vaardigheden. Gegeneraliseerde stijfheid en ontwikkelde neurotische reflexen zijn frequent aanwezig. Naast alles dat we weten over Alzheimer ontbreekt het aan een diagnostische test voor het kunnen detecteren van Alzheimer. Om zover te komen zijn legio aan tests nodig waaronder vragenlijsten, lichamelijk onderzoek, bloedtesten, anamnese, röntgenfoto's, hersenscans, onderzoek naar hersenvocht. Het eigenlijke waterdichte onderzoek voor vaststelling van Alzheimer kan pas worden gedaan wanneer iemand is overleden gedurende een autopsie. In het

onderzoek dat is gedaan onder een groep ouderen (patiënten een controlegroep) waarvan de helft is gediagnosticeerd met Alzheimer wordt beeldende therapie gebruikt. Het doel is het kunnen vaststellen van de diagnose en fase van dementie waarin men verkeerd aan de hand van de tekenopdracht "teken jezelf". De tekeningen werden later door beeldend therapeuten geanalyseerd. Voor de hypothese van achteruitgang in het cognitieve gebied van de proefpersonen werd gebruik gemaakt van de ontwikkelingspsychologische stadia van een kind, afgezet in vaardigheden die een kind zich eigen heeft gemaakt wanneer het tekent. Hierin zijn zes stadia te onderscheiden: Malchiodi heeft in 1998 de zes stadia van artistieke ontwikkeling omschreven.

Stadium 1: Krabbelen (leeftijd 18 maanden tot 3 jaar)

Deze fase is erg kinesthetisch van aard en er is sprake van een eerste kennismaking met de coördinatie tussen visuele en motorische activiteiten. Tegen het einde van deze fase begint het symbolische denken, het kind kan meer van zijn omgeving classificeren in de zin van vorm, kleur en afmeting.

Stadium 2: Basisvormen (leeftijd 3 tot 4 jaar)

Vormen worden van het ongeordende gekrabbel meer langwerpig en rond van vorm tot een representatief symbool, in deze periode ontstaan ook de eerste rudimentaire mensvormen. Mandalavormen in goede cirkelvormen komen veelvuldig voor, zoals afbeeldingen van gebeurtenissen en handgeschreven teksten en gedrukte letters.

Stadium 3: Menselijke vormen en *structuren*. (leeftijd 4 tot 7 jaar)

In dit stadium begint het kind rudimentaire, primitieve menselijke figuren te tekenen. Het ruimtelijk inzicht is zich aan het ontwikkelen, hoewel nog sterk gerelateerd aan zichzelf en hun eigen lichaam. Een mensenfiguur heeft een cirkel als hoofd, met daaruit in twee lijnen voortvloeiende benen, en armen aan de linker en rechterzijde van het hoofd. Soms heeft een gezicht ook ogen, neus, mond en heel soms een buiknavel in het midden. Tegen het einde van dit stadium laat een kind al meer details zoals tenen, vingers, tanden, oren etc. zien.

Stadium 4: Ontwikkeling van visuele *structuren* (leeftijd 7 tot 9 jaar)

Er is een kleine ontwikkeling te zien in de afgebeelde tekeningen, ruimtelijk werken -met diepte- en natuurgetrouwe kleuren. De mensfiguren zijn nog gestandaardiseerd en stijf met een rond hoofd, specifieke haarstijl en met armen en benen. Vaak staat het figuur op een basislijn getekend. Een gemiddeld kind is in deze periode niet in staat om diepte te representeren, maar probeert door gebruik van de ruimte boven en onder het object een diepte-effect te creëren. Overdrijving in afmetingen en nadrukkelijk aanwezige elementen komen veelvuldig voor.

Stadium 5: Realisme (leeftijd van 9 tot 12 jaar)

Er is in deze leeftijdperiode een meer kritische besef van menselijke figuren en de omgeving, door veel details op te nemen in een afbeelding, komt dit tot uiting. Er is een verschuiving van het schematische, naar meer complexe en realistische representaties. De menselijke figuur kent nu ook meer seksespecifieke kenmerken. Er zijn ook eerste pogingen voor perspectieftekeningen zichtbaar.

Stadium 6: Adolescentie (leeftijd 13 en ouder)

De artistieke expressie komt nog meer gedetailleerd tot uitdrukking in de tekeningen. De omgeving wordt meer en meer bewuster. Er ontstaat meer vakmanschap wat betreft materiaal en er is meer aandacht voor kleur en ontwerp. Men is ook meer in staat om abstract te werken. Sommige adolescenten ontwikkelen zich tot het niveau van volwassen kunst en maken keuzes over hoe iemand te portretteren.

In het onderzoek is de volgende hypothese onderzocht; hoe verder ontwikkeld de achteruitgang van cognitieve functies is bij mensen, de overeenkomsten met bovenstaande ontwikkelingsstadia van Malchiodi zullen aansluiten bij de artistieke uitingen van de personen. Zonder kenmerken van Alzheimer past een ontwikkelingsstadium 5 en hoe verder de ziekte zich ontwikkelt, hoe verder het stadium terugloopt richting stadium nummer 1. Dit onderzoek is een onderzoek dat verder borduurt op eerder uitgevoerde onderzoeken naar de correlaties tussen cognitieve achteruitgang en beeldend werk bij deze doelgroep en bij psychologische assessments, waarbij de beeldende reflecties zijn van de innerlijke wereld van de persoon, en onthullingen biedt voor diens impulsen, angsten, conflicten, vervormingen, afweermechanismen, en zijn mentale staat. (Hammer, 1997, Machover, 1949, Pihl & Nimrod, 1976)
Men ziet daarnaast de artistieke ontwikkelingsstadia als spiegelende bekwaamheden op diverse gebieden zoals; motorische vaardigheden, symbolische vorming, perceptie, taal, sensorisch bewustzijn en ruimtelijke oriëntatie. (Malchiodi, 1998)

Aan de hand van kenmerken van het getekende, met als belangrijkste factoren het gemis aan lijf, ogen, onderbroken lijnen zijn overeenkomsten gevonden die passen bij een vroeg stadium in de ontwikkeling van een kind. Bijna de helft van de deelnemers gaven het zelfportret geen ogen, dat kan duiden op het zich bewust zijn van de achteruitgang. Het kan ook een indicatie zijn dat men het moeilijk vindt om te accepteren, het missen van de ogen zou kunnen duiden op 'het niet willen zien, of gezien worden'. Bijna iedereen miste een lichaam in het zelfportret, dat kan mogelijk een reactie zijn op het 'verraad van het lichaam' (body-betrayal). De helft van de deelnemers met een milde vorm van Alzheimer had bovendien een hoed of een lijn die op het hoofd werd getekend en het hoofd als het ware 'dichthield'. Mogelijk is dat de personen hiermee pogingen doen en willen voorkomen dat men verder achteruit gaat wat cognitie betreft. Afname in het geheugen zoals het vergeten van namen en plaatsen is mogelijk ene reden voor het ontstaan van sociale schaamte, vergoten van angst en verlies van controle. Daarom is het gezegde 'de ogen zijn de spiegel van de ziel' passend, daar waar op de getekende zelfportretten de ogen missen. Het ontbreken van de ogen kan symboliseren dat men niet gezien wil worden door anderen, net zoals men probeert te voorkomen dat men zélf anderen ziet. Het kan ook een expressie zijn van het nut van de ogen als een manier om controle vast te houden. Doordat ze ontbreken, kan men opmerken dat 'de persoon ziet, maar het niet begrijpt'.
Het lichaam dat ontbreekt in de tekeningen kan duiden op de achteruitgang van de eigen identiteit. Een lichaam maakt het niet alleen mogelijk om in een omgeving te functioneren, maar met een lichaam onderscheidt men zich qua sekse. Dat draagt weer bij tot een totaal zelfidentiteit en zelf zelfperceptie. Gaandeweg het proces van Alzheimer, gaat de zelfidentiteit langzaam verloren waarbij men mensen om zich heen vergeet en langzaam ook de herinneringen rondom zichzelf. Misschien dat het ontbreken van een lichaam een signaal is van zichzelf kwijtraken, het ultieme verlies in de strijd om een onafhankelijke, denkende mens te zijn.

Het belangrijkste gegeven dat uit het onderzoek komt is -misschien niet schokkend nieuw- dat de fase in hevigheid van de ziekte gereflecteerd wordt op de artistieke ontwikkelingsstadia. Het kan daarmee een zinvol instrument zijn in een vroeg-diagnostische fase van dementie.

De groep die deelnam aan het onderzoek was klein en mogelijk zijn in de controlegroep mensen aanwezig geweest, die ook een lichte vorm van dementie hebben, dat van invloed kan zijn op de resultaten. Verder onderzoek is geboden om met de al bekende en meer gangbare opdracht van 'the Clock drawing' (Heinik, et al, 2002) een goed diagnostisch instrument te vormen voor deze doelgroep. Beeldende therapie is hierbij een nuttig communicatiemiddel, ongeacht de fase van dementie.

5.3c Actief kunst kijken met ouderen met dementie

Een geheel nieuwe wijze die misschien niet het predicaat behandeling krijgt, maar wel van invloed is op het welzijn van de persoon met Alzheimer is het fenomeen actief kunst kijken met ouderen met dementie

Er zijn op Youtube een aantal mooie filmpjes geplaatst over dementie en beeldende therapie en in het volgende geval over het bekijken en bespreken van kunst. Mensen met Alzheimer bezoeken het -voor reguliere gasten gesloten- museum voor moderne kunst in New York en praten over kunst. 'In this quiet place there are no wrong answers, and no stigma'. Kunst kan intellectueel en emotioneel prikkelen en mensen met dementie kunnen op deze beide prikkels reageren, aldus Francesca Rosenberg, betrokken als museumdocent bij de rondleidingen voor deze specifieke doelgroep.

Een keer per maand is het museum geopend voor deze doelgroep onder de titel 'meet me at Moma' (Museum of modern art). Vanuit het centrum voor hersenstudies, onderdeel van de Universiteit van New York heeft psychiater Mary Mittelman onderzoek gedaan naar de effecten van deze bijeenkomsten in het museum op deze bijzondere bezoekers. De positieve effecten zijn dat deze bezoekers met Alzheimer plezier beleefde en geprikkeld werden door deze uitstapjes. Het maakte dat men meer het gevoel kreeg weer de persoon te zijn die men altijd was geweest. Vanuit het museum wil men in deze vorm actief bijdragen aan het veranderen van het stigma dat aan Alzheimer verbonden is, en ziet men zichzelf als katalysator een bijdrage leveren aan deze verandering.

(Megan Marcus, NBC News)

5.3d Ontmoeting tussen Beeldende therapie en technologie

Beeldende therapie was voorheen een wat conservatieve therapie, waar men met zijn handen of materialen werkte en waarbij thema, materiaal en technieken bijdroegen aan het ervaren en uiten van emoties. Een onderzoek naar de inzet van nieuwe technologie binnen beeldende therapie levert evenwel een interessante insteek. Een doel van beeldende therapie voor de doelgroep van personen die lijden aan een vorm van dementie, is om de kwaliteit van het leven toe te laten nemen of in stand te houden door de bevordering van de autonomie en onafhankelijkheid. Deelname aan artistieke activiteiten kan een gevoel bieden van betekenisvol bezig zijn. Het draagt bij om deel te nemen aan de omgeving waarin men leeft en biedt een uitlaat voor emoties. Onderzoek heeft uitgewezen dat beeldende therapie het welzijn bevordert (onderzoek van Kinney & Cole, 1992), verkleint het risico op dementie (Karp et al, 2006) en het proces van afname van cognitieve functies/ vaardigheden (Wilson, et al, 2002). Onderzoek heeft uitgewezen dat activiteiten in beeldend werken positief effect heeft op de kwaliteit van leven bij oudere mensen. (Rusted, Sheppard & waller, 2006)

De huidige stand van zaken is echter dat er te weinig geld en middelen zijn voor beeldend therapeuten om deze doelgroep te ondersteunen. Dit betekent dat mensen met dementie lange tijd spenderen zonder dat er activiteiten worden geboden die betekenisvol zijn. De verzorgers zijn vaak druk bezig met de dagelijkse routine rondom zorgtaken. Dit is echter een belangrijke periode waarin de motivatie en het verlangen om beeldend actief te willen zijn, als het ware uitdooft. De schrijvers van het artikel stellen dat technologie, en specifiek een kunstmatig 'computer-based' apparaat, het potentieel heeft om de beeldend therapeuten meer toe te rusten om ouderen te kunnen bereiken met het aanbieden van beeldende opdrachten, waaraan een persoon zelfstandig kan werken. Het is daarbij een apparaat dat meer is dan een spelletjesmachine voor de ontspanning: het is speciaal voor beeldend therapeuten ontwikkeld als instrument voor therapie. Dit instrument is in staat om verschillende vormen van beeldende therapie te bieden, het kan door de oudere persoon zelfstandig gebruikt worden, of in samenwerking met de beeldend therapeut.

Het sluit automatisch aan bij het niveau van de cliënt, het dirigeert de cliënt gedurende de activiteit en verzamelt relevante data om de resultaten van de input te kunnen evalueren.

Een ander ontwikkeld computergestuurd therapieprogramma voor tele-gezondheid ontwikkeld door Collie & Cubranic in 1999, vraagt om aanwezigheid van de beeldend therapeut en is niet op mensen getest met dementie. Het gros van de ontwikkelde computergestuurde programma's kennen hun weg bij assessments in beeldende therapie zoals het oordelen over hoofdkleuren en objectplaatsing in een afbeelding, of de globale mate van dementie die af te lezen is van elementen in een gestructureerde Mandala tekening (Kim et al, 2009).

Aan het onderzoek hebben 133 beeldend therapeuten -zij werkten met diverse doelgroepen- deelgenomen die hebben bijgedragen in de vorming van de aanbevelingen voor verdere ontwikkeling van het instrument.

De ondervraagde therapeuten geven aan dat het belangrijkste doel voor hen is, dat een gebruiker geniet van het werken met het apparaat, en dat er positieve veranderingen waarneembaar zijn na verloop van het gebruik, zoals meer ontspannenheid en betrokkenheid bij de opdrachten. Daarmee zou deze moderne vorm van beeldende therapie voor hen succesvol zijn. Als problemen en belemmeringen bij deelname aan reguliere beeldende therapie werden genoemd; gebrek aan zelfvertrouwen, fysieke problemen, verwardheid, fysieke problemen in het gebruik van materiaal.

Met het apparaat kan worden geschilderd en er kunnen collages worden gemaakt.

Wanneer een gebruiker naar het scherm kijkt, wordt dit vastgelegd. De mate van betrokkenheid wordt afgelezen aan het feit of een gebruiker de vinger aan het scherm heeft. Heeft iemand moeite met de opdracht of is iemand actief of meer passief is daarmee ook af te lezen. Bij het maken van een afbeelding staat veelal de afbeelding op het scherm en kan een gebruiker kiezen uit kleuren die hij uitsmeert op het vlak. Aan de hand van het gezicht van de gebruiker kan een extra opdracht worden gegeven of een huidige opdracht worden gewijzigd.

Er kunnen collages worden gemaakt door afbeeldingen te slepen op het scherm en daarna te 'plakken'. De functies die een persoon gebruikt zijn slepen, lijmen, weglaten of vegen. Door met de vinger tweekeer te tikken op het scherm wordt de opdracht uitgevoerd.

Met dit beginnend onderzoek naar de ontwikkeling van technologie en beeldende therapie is een eerste stap gezet. Men beschouwt deze vorm als een acceptabele en valide optie voor de bevordering van betrokkenheid bij creatief therapeutische activiteiten voor mensen met dementie. De focus zou daarbij gelegd dient te worden op het tekenen en schilderen, om goed aan te sluiten bij de voorkeur van de gebruikers. Er zal begeleiding beschikbaar moeten zijn, het systeem zal de gebruiker toestaan zoveel mogelijk zelf aan de slag kunnen en te kunnen kiezen uit de opdrachten. Het apparaat zou de mogelijkheid moeten hebben om als cliënt en therapeut ook samen te kunnen werken aan een opdracht. Verder zal door het monitoren (op ondermeer expressie, tijd, hapering) de opdrachten zo goed als mogelijk afgesteld dienen te worden aan de gebruiker, waarbij aanmoedigingen, keuzes en tempo steeds optimaal aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt. (A. Mihailidis et al, 2010)

5.3e Onderzoek naar het verschil in de beleving van welzijn van ouderen met dementie

In het programma 'Memories in the Making'© worden mensen met dementie aangemoedigd om zichzelf uit te drukken via beeldende kunst. Men heeft twee groepen ouderen met dementie gevolgd, waarvan een een traditioneel dagactiviteitenaanbod kreeg en de andere groep het programma 'Memories in the Making'© volgde. Dit programma is ontwikkeld door kunstenaar Selly Jenny, wiens moeder leed aan dementie.

De groep die het programma volgde scoorde op de volgende domeinen beter dan de groep die een gangbaar dagactiviteitenaanbod kreeg: men was meer geïnteresseerd, men kon de concentratie langer vasthouden, men had meer plezier, zelfrespect en men vertoonde meer normaal gedrag tijdens de bijeenkomsten van het programma. Er zijn geen verschillen waargenomen in negatieve gevoelens of verdriet. (J. Kinney, C. Rentz, 2005)

5.3f Onderzoek naar de effecten van het maken van collages

Jessica Woolhiser is beeldend therapeut en zij heeft in het verlengde van de door Landgarten ontwikkelde Magazin Photo Collage een eigen onderzoek uitgevoerd en daarover in 2010 gepubliceerd in het Art Therapy, journal of the American art therapy association.

Het onderzoek is uitgevoerd bij drie van haar cliënten in een zorgcentrum in het middenwesten van de Verenigde Staten.

Hoewel veel beeldend therapeuten collages als onderdeel van beeldende therapie adviseren voor de doelgroep ouderen met dementie, is er weinig concreet onderzoek naar gedaan.

De belangrijkste punten in haar onderzoek zijn de volgende

Voor de specifieke doelgroep is het maken van keuzes een belangrijk topic. Men wordt geconfronteerd met een ziekte die door achteruitgang in begrip, beoordeling en/of verbale beperkingen afhankelijk maakt, doordat anderen in toenemende mate de belangrijke keuzes maken voor hen. Beeldende therapie en vooral het maken van collages kan vrijheid in het maken van keuze bieden en een gevoel van controle teruggeven. Vormen van Beeldende Therapie als mogelijkheid om de progressie van dementie af te remmen zijn hoopvol.

Hoewel er een aantal uitdagingen zijn voor deze doelgroep omdat men het voortschrijden van de ziekte, herkenbare vormen niet meer goed te reproduceren zijn en gaandeweg verworden tot fragmenten, ronde vormen met missende onderdelen. (K. Kahn-Denis, 1997)

De doelgroep kan soms ook materiaal en eten niet uit elkaar halen, plakken lijm aan de verkeerde kant van het te plakken plaatje, hebben moeite met knippen of met het verdunnen van verf. (Wald, 1997)

Een cirkel, huis of golvende lijn op papier kan al stimulerend zijn voor deze doelgroep. (Couch, 1997, Harlan, 1990, Shore, 1997)

Reminiscentie en life-review wordt al een vijftigtal jaar toegepast bij ouderen en terminale patiënten en kan goed werken binnen beeldende therapie.

Sezaki en Bloomgarden (2000) stelden dat het maken van een collage een effectieve wijze in het proces van reminiscentie is. Het maken van een collage met voorgeknipte items is daarbij mogelijkwerwijs een van de beste manieren, omdat het mensen stimuleert en aan de noodzaak refereert om zelf een keuze te kunnen maken. Het wordt vaak ook als laagdrempelig ervaren omdat er geen vaardigheden voor nodig zijn, zoals bij schilderen of tekenen. Het zoeken naar en kiezen van bepaalde plaatjes kan versterkend werken in het ophalen van herinneringen, stimuleren en bijdragen aan het opbouwen van contact. Het maken van een creatief en concreet tastbaar product kan helpen om iemands waardigheid te behouden, die op andere gebieden in hun leven verloren zijn gegaan. (Berardi, 1997)

Magniant (2004) moedigt zelfs aan om gebruik te maken van collages bij de doelgroep van dementerenden, als een manier om hun verhaal te vertellen.

De methode.

Het onderzoek dat Jessica Woolhiser zelf heeft uitgevoerd, draagt bij aan de eerdere studies over het maken van een collage bij de doelgroep dementerenden. Zij heeft kwalitatieve data verzameld uit bijeenkomsten met een drietal cliënten (Kyle, Rory en Mabel), door te observeren en gebruik te maken van het 'Magazine Photo Collage assessment' (MPC) van Landgarten (1993).

Als voorbereiding zijn er twee doosjes met daarin geknipte afbeeldingen uit tijdschriften, een met dingen en een doosje met afbeeldingen van mensen.

Er werden twee sessies gehouden. Cliënten met dementie -en waarvan een persoon aan apraxie leed- kregen per sessie een opdracht, de eerste was; 'maak een collage over dingen je leuk vindt' en de tweede opdracht luidde; 'maak een collage over jezelf'. Men kreeg een

leeg vel papier van A3 formaat, een schaar en een lijmstift. De onderzoeker maakte notities over de wijze van selectie en ordening, de expressie verbaal en non-verbaal tijdens en na het werken en het hanteren van het te gebruiken materiaal.

Van de drie personen hebben er twee de tweede sessie ook bijgewoond.

Alle drie de personen hadden een unieke wijze om een interactie aan te gaan met de collage en de deelname aan deze creatieve sessie.

Er is daarbij wel een vorm van overlap te bemerken, in de wijze waarop sommige thema's te identificeren zijn door het werk en de opmerkingen van de deelnemers. De volgende verdeling werd gemaakt door de onderzoeker;

Organisatie:

In alle collages van de deelnemers was de wens om te ordenen terug te zien in het werkstuk; de plaatjes werden of op een strakke manier dan wel losjes georganiseerd in kolommen. Het kan duiden op de wens om iets onder controle te hebben, daar waar in het dagelijkse leven steeds minder sprake van is. In het werkstuk hebben zij dit kunnen ervaren.

De bereidheid om deel te nemen:

Twee van de drie deelnemers (Rory en Kyle) hebben met enthousiasme deelgenomen aan de sessies. Een van de deelnemers sprak over belangrijk werk dat hij verrichtte tijdens het maken van de collage.

De derde (Mabel) had afgedwongen om na de sessie voor een wandeling te worden meegenomen door de onderzoeker, anders zou zij niet meedoen. De tweede sessie heeft zij geweigerd deel te nemen. Rory wachtte in de tweede sessie een half uur voordat zij aan het werk ging. In die tijd observeerde zij Kyle die aan het werk was. De indruk wordt gewekt dat ze de ander persoon het genoeg gunde te ervaren, wat zij ook had ervaren in een eerdere sessie. De bereidheid deel te nemen kan ook te maken hebben met de ervaringen die men al heeft opgedaan binnen het medium. Misschien dat Mabel heeft geweigerd, omdat ze het niet leuk vond.

Reminiscentie:

Het maken van een collage draagt bij aan kans om te praten over iemands leven. Alle drie de deelnemers refereerde naar hun kinderen bij het maken en noemde het werk ook 'memory work'. Het aantal plaatjes dat Kyle gebruikte in zijn collega riep herinneringen op over zijn acht kinderen, ook al was hij verbaal niet meer in staat dit te kunnen uiten.

Het onderzoek kent natuurlijk haar beperkingen. Er zijn maar twee deelnemers die de twee sessies hebben afgerond, mogelijk dat er te weinig tijd is geweest om hun wijze van werken met het medium en met de therapeut goed te kunnen observeren en analyseren.

De deelnemers hebben elkaar ook geobserveerd tijdens het werken dat door kan werken in het gebruik van het materiaal en opdracht.

Het werk van de derde persoon is niet meegenomen in het onderzoek, aangezien zij maar één sessie heeft bijgewoond.

Hoe dan ook, het maken van een collage kan werken als een 'facilitator' voor communicatie. Het maken van een collage is voor de deelnemers een goede weg geweest om uiting te geven aan wat hen bezighoudt. Een collage zorgt voor een non-verbale wijze van communiceren en staat een uiting toe die verder gaat dan de verbale en cognitieve vaardigheden. Alle drie de deelnemers zijn een proces van reminiscentie aangegaan, zoals is geobserveerd in hun uitlatingen tijdens het werken aan de collage.

Er zijn veel wegen voor verder onderzoek na dit project. Hoewel een groter aantal deelnemers niet noodzakelijk is voor het doen van kwalitatief onderzoek, kan uitbreiding van onderzoek met meer deelnemers, ook meer informatie opleveren in het nut van collage maken in therapie met dementerende ouderen. Er kunnen ook vergelijkende onderzoeken uitgevoerd worden met andere media, naast beeldend. (J. Woolhiser, 2010)

Samenvatting. De onderzoeken naar beeldende therapie in combinatie met ouderen met dementie laten positieve effecten zien op het kunnen uiten van emoties, het maken van keuzes, het vasthouden van concentratie, het langer onafhankelijk kunnen blijven, het plezier in het leven en het zingeven in deze levensfase. Het kan daarbij als diagnostisch instrument zijn om de mate van dementie te kunnen

duiden. De kenmerken van een persoon kunnen binnen beeldende therapie zichtbaar worden in de wijze van werken, het gebruik van het materiaal en het uiteindelijke resultaat. De cliënt laat hiermee veel van zichzelf zien.

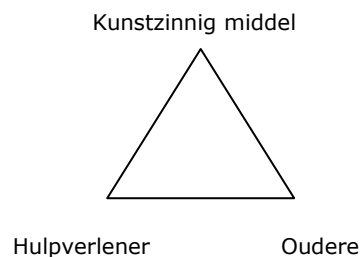
Hoofdstuk 6

Deelvraag 4

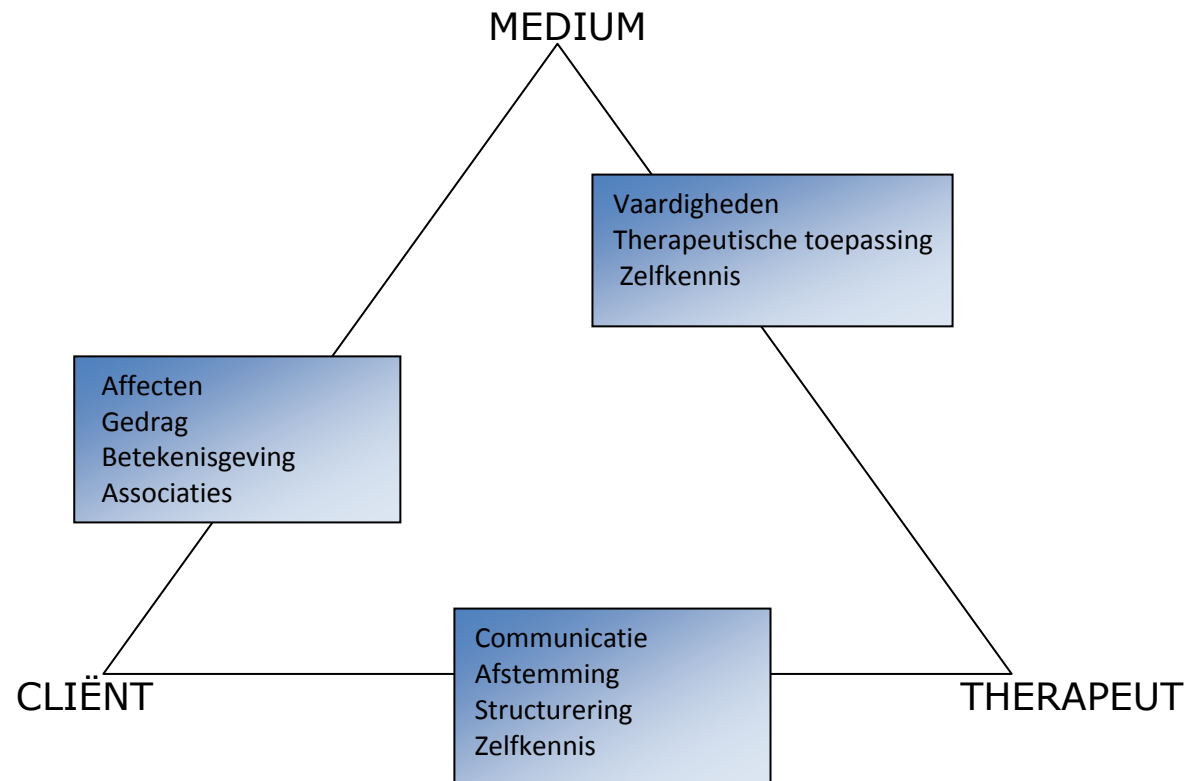
Wat is het verschil tussen begeleiding en behandeling met kunstzinnige middelen?

Gedurende mijn onderzoeksperiode op zorgerv Buiten-Land is deze deelvraag een vraag geweest die gaandeweg steeds meer op de voorgrond trad. Er is een dynamisch aanbod voor creatieve activiteiten, vaak wordt er gebruik gemaakt van natuurlijk materiaal van het erf zelf. Er is wel duidelijk sprake van activiteitenbegeleiding, maar waar ligt nu precies de scheiding tussen begeleiden en behandelen?

Op 17 November 2008 heeft Celine Schweizer gesproken op een symposium over 'Kunst en dementie' in IJsselstein. Zij gaat in haar presentatie in op het lineair contact tussen een hulpverlener en een cliënt. De inzet van het medium (Celine Schweizer noemt het in haar presentatie kunstzinnig middel) maakt dit contact tot een driehoeksrelatie. De grote afbeelding is aangepast op de creatief-therapeutische driehoek, zoals staat vermeld in het 'Handboek Beeldende therapie, Uit de verf', onder eindredactie van dezelfde Celine Schweizer.(2009)



Afbeelding 3



Afbeelding 4

De professionals die werken met de doelgroep ouderen en kunstzinnige middelen zijn; de kunstenaar, de creatieve agoog (activiteitenbegeleider) en de creatief therapeut.

Celine Schweizer heeft in haar presentatie een onderverdeling gemaakt in het werken met kunstzinnige middelen door bovengenoemde hulpverleners, welke doelen worden door welke hulpverlener uitgevoerd. Het onderzoek 'verschil moet er zijn', naar overeenkomsten en verschillen in interventies met kunstzinnige middelen door creatieve agogen en creatief therapeuten, is in 2006 door C. Schweizer en C. Visser uitgevoerd en kent de volgende onderverdelingen.

Doelen

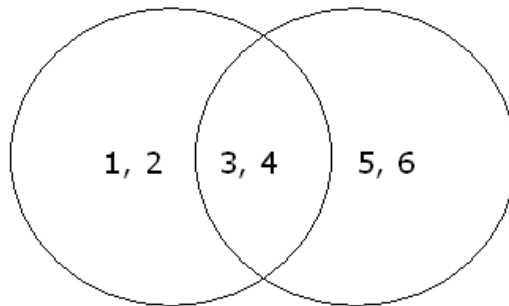
De doelen waaraan met ouderen wordt gewerkt:

1. Vormingsdoelen
2. Educatieve doelen

3. Ondersteunende doelen
4. Ontwikkelingsdoelen
5. Doelen gericht op verwerking en acceptatie
6. Inzichtgevende doelen

Het beeld ziet er dan als volgt uit

Begeleiding overlap behandeling



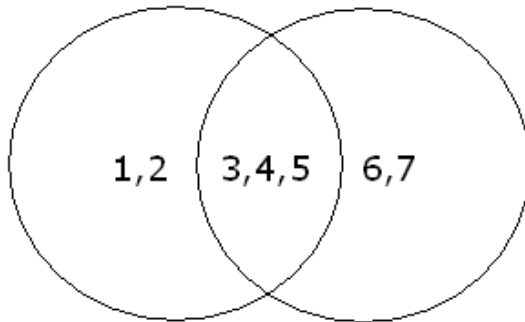
Afbeelding 5

Algemene indeling interventies

Een algemene indeling van interventies die met kunstzinnige middelen worden ingezet bij het begeleiden of behandelen van ouderen:

1. Bevorderen woon- en leefklimaat
2. Adviseren en voorlichten
3. Ondersteunen bij het verwerken van en leren omgaan met problemen
4. Ondersteunen van de ontwikkeling
5. Bieden van bijstand, steun en structuur
6. Op indicatie en binnen gelimiteerde tijd
7. Doorwerken van problemen

Begeleiding overlap behandeling



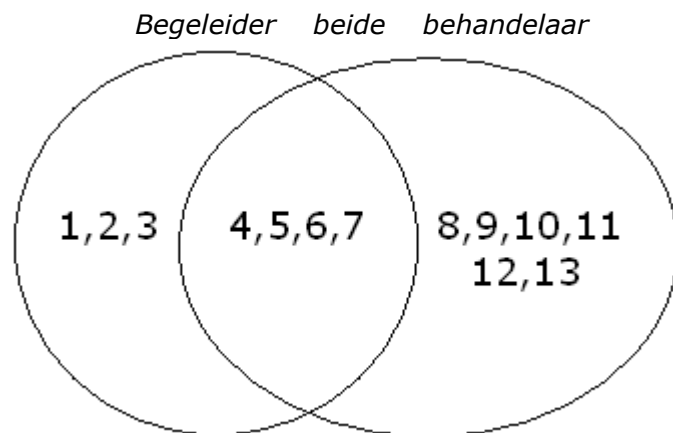
Afbeelding 6

Specifieke indeling interventies

Wanneer we de interventies die met kunstzinnige middelen worden ingezet, verdelen onder de noemers *begeleiden* of *behandelen* voor de specifieke doelgroep -ouderen met dementie-, komt uit het onderzoek de volgende onderverdeling

Welke interventies betreft het:

1. Zorgen voor een gezellige sfeer
2. Werken op een cognitieve en gedragsmatig manier in een competentiemodel
3. Werken in de relatie ouderen/ groepsleiding
4. Instructies geven, voorbeeld geven om technieken uit te voeren
5. Zorgen voor succeservaringen
6. Gesprek aanknopen over gedrag n.a.v. activiteit
7. Ondersteunen van de ontwikkeling van egosterkte, het uiten en reguleren van emoties, het verbeteren van interacties en communicatie, uitbreiden gedragsrepertoire, verbeteren van cognitieve vaardigheden
8. Gericht op het proces, op de beleving en de eigen vormgeving van de oudere en op de ervaring die de ouderen opdoet Door het werken met het materiaal of het werkstuk
9. Werken met materiaal- en symboolstructuur om expressie aan te brengen
10. Gericht op het bevorderen van innerlijke structuur
11. In de relatie en in het medium wordt de activiteit zo opgezet, dat de oudere aan de behandeldoelen kan werken
12. Werken aan therapeutische doelen, al of niet gebaseerd op cognitieve gedragstherapie
13. Werken aan supportieve, ortho-pedagogische en palliatieve interventies



Afbeelding 7
(C. Schweizer, 2006-2008)

6.1 Hoe ervaren cliënten het verschil tussen activiteitenbegeleiding en beeldende creatieve therapie

In het boek "Grijs bekent kleur" van Anke Voorwinden-Duurkoop uit 1994, zijn cliënten gevraagd naar hun beleving van het verschil tussen activiteitenbegeleiding en beeldende creatieve therapie, en wat beeldend creatieve therapie voor hen heeft betekend.

Anke Voorwinden-Duurkoop heeft geput uit haar eigen ervaring op Eikenstate. Dit is onderdeel van Zon en Schild, een kliniek voor ouderenpsychiatrie. Deze publicatie is bij haar afscheid uitgebracht.

In haar publicatie heeft zij de reacties van cliënten verzameld op de vraag wat men vindt van activiteitenbegeleiding en beeldende creatieve therapie.

'Activiteitenbegeleiding: Er wordt minder zelfstandig gewerkt en vanuit jezelf gewerkt. De dingen/voorbeelden zijn er al. Er is minder diepgang. De groep is groter. Minder tot niets persoonlijks. Soms wel gezellig. Activiteiten worden vooral als afleiding gezien.

Beeldende creatieve therapie: Er wordt in kleine groepen en individueel gewerkt. Dit wordt als positief ervaren. Er is diepgang in opdrachten en thema's. Er wordt meer zelfstandigheid en eigen initiatief gevraagd. Rustiger. De therapie geeft naast spanning ook ontspanning. Er wordt indirect gewerkt om bij het uiteindelijke doel te komen (volgens één cliënt). De therapie geeft de mogelijkheid je te uiten en jezelf terug te vinden en is probleemgericht.'

Op de vraag wat beeldende therapie voor hen heeft betekend, worden de volgende antwoorden gegeven:

'Zinnen verzetten, rustgevend, afleiding van eigen problemen, afscheid nemen, afronden, herinnering aan enkele redelijke resultaten, bewuster waarnemen, gericht werken aan problemen, "uur waar ik naar uitkeek". Veel van me af kunnen tekenen en schrijven, wat heel diep in mij vastzat, meer afstand kunnen nemen van problemen. Heel zwaar; veel herinneringen die naar boven komen, eerst wennen -daarna doorgaan. Fijn en ontspannen, problemen zijn goed aan de orde gekomen, signalen worden goed opgemerkt. "Tot mijn verwondering sprak het mij zeer aan -een openbaring-".

Opmerking hierbij is dat het om ouderen gaat met psychische stoornissen hebben en niet zozeer mensen met dementie. Men had daarbij een eigen beeldende ruimte tot hun beschikking, waardoor de cliënten voor een sessie van hun eigen afdeling afgingen. Anke Voorwinden-Duurkoop gebruikt in deze publicatie veelvuldig evaluatieformulieren waardoor zij opdrachten, materiaal en voorkeuren in kaart kon brengen.

Een fragment uit mijn interview met de psycholoog van Beweging 3.0 gaat zijdelings in op het wel of niet benoemen dat iets therapie is. Interviewer; 'Heb je dan het idee dat wanneer een, stel dat een beeldend therapeut, dat die eigenlijk niet zo erg op dat beeldend therapeutische moet gaan zitten, maar gewoon iets aanbiedt wat het plezier verstevigt en het lekker bezig zijn van de mensen? Dus dat het woord therapie daar meer van af gehaald zou moeten worden'

I: 'ja, misschien wel, ja het ligt denk ik wel gewoon wel heel erg aan de persoon, want ik denk zeker... een aantal mensen die wat die ook wel wat meer inzicht hebben. We hebben natuurlijk steeds meer dat mensen al in de beginnende fase van de dementie gediagnosticeerd zijn en ook nog wel een bepaalde mate van zelfreflectie hebben, zeg maar, maar ik kan me wel voorstellen dat bij die mensen het juist wel heel fijn werkt om juist het therapie te noemen, met ze te duiden wat ze nou creëren en het daar met ze over te hebben. ... en dan moet je dat ook vooral niet doen, want die mensen lopen volgens mij al tegen, zo erg aan tegen het taboe dementie en hoe je daar dan mee om moet gaan. Maar zeker voor voor mensen denk ik die al wat verder zijn, zeg maar zou het zou het denk ik wel een optie zijn. Het niet zo therapeutisch benaderen, maar meer het, het bezig zijn, zeg maar, veel meer op die ja, hoe noem je dat, die tactiele prikkel richten en niet zozeer op het resultaat...

Samenvatting

Er zijn verschillen en overlappen in begeleiding en behandeling. De overlap zit met name in de ontwikkeling van egosterkte, emotieregulaite, samenwerking, nieuwe ervaring met het materiaal opdoen. Het werken aan behandeldoelen, gedragtherapeutische doelen, werken aan supportieve, ortho-pedagogische en palliatieve interventies is de taak van een beeldend therapeut.

Cliënten ervaren therapie als diepgaander, harder werken, confronterend, leerzaam en de persoon komt zelf meer in beeld.

Het creatieve aanbod expliciet benoemen als beeldende therapie zou ook nog een extra drempel kunnen opwerpen voor sommige cliënten van het zorgf. Voor anderen kan het juist weer prettig zijn, en bijdragen aan hun proces door het wel therapie te noemen.

Hoofdstuk 7

Deelvraag 5

Welke creatief therapeutische werkwijzen en behandel doelstellingen passen bij de doelgroep op zorgf Buiten-Land?

Binnen de huidige zorgsetting wordt in mindere mate gesproken over behandeling en behandel doelen, de begeleiding en zorg staat nog op de voorgrond. Wel is er aandacht voor specifieke aandachtspunten voor bepaalde cliënten. In het zorgplan staat dan bijvoorbeeld de wijze van benadering omschreven.

Onder creatief therapeutische werkwijzen worden door Henk Smeijsters in het handboek voor creatieve therapie uit 2008 'categorieën van behandelingen, met elkaar samenhangende doelstellingen', bedoeld.

'Deze vormen van behandelingen hebben weliswaar qua naamgeving een psychologische lading, in de uitvoering zijn zij duidelijk onderscheiden van de behandelingsvormen van verbale therapieën. De creatief therapeutische methoden waarmee deze werkwijzen gerealiseerd worden, vinden met name plaats door te handelen in het medium. Het medium vormt de aanleiding voor doorwerking van de problematiek'.

Smeijsters onderscheidt in zijn handboek een vijftal creatief therapeutische werkwijzen; de ortho(ped)agogische creatieve therapie, supportieve creatieve therapie, palliatieve creatieve therapie, de re-educatieve creatieve therapie en de reconstructieve creatieve therapie. De twee laatstgenoemden zijn meer gericht op het doorwerken van problematiek en behandeling van interne bewust of onbewuste conflicten. In geval van de onderzochte doelgroep ouderen met dementie zijn dit in mindere mate een passende creatief therapeutische werkwijzen. Zij worden daarom in dit onderzoek niet nader omschreven.

Ortho(ped)agogische creatieve therapie,

De algemene doelstelling van deze vorm van creatieve therapie is het ondersteunen van de ontwikkeling bij mensen met een beperking. De psychogeriatric is een werkveld, waarbinnen deze vorm ondermeer wordt toegepast.

Toepassingen van deze vorm bij de doelgroep van mensen met dementie kunnen zijn;

- verbeteren van de motoriek,
- vasthouden van de aandacht,
- opheffen van passiviteit,
- leren samenwerken,
- leren omgaan met emotionaliteit,
- zich in een ander kunnen inleven,
- vergroten van de concentratieboog,
- leren onderscheiden van stimuli

De houdingsaspecten van een beeldend therapeut die op een ortho(ped)agogische wijze beeldende therapie aanbiedt zijn voornamelijk directief. De beeldend therapeut bepaalt wat er gaat gebeuren. Er zal daarom veelal een gestructureerde werkvorm worden gekozen waarvan het verloop van tevoren min of meer vastligt.

Supportieve creatieve therapie

Deze werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen. Er wordt gewerkt aan het beter leren omgaan met de problematiek. De doelstelling is om een te ondersteunen, te stabiliseren of te ontwikkelen.

Voor de doelgroep van mensen met klachten van dementie kunnen de volgende doelstellingen zijn;

Het verbeteren van de emotionele aanpassing (leren om te reageren in overeenstemming met de situatie)

Het bereiken van een emotioneel evenwicht, (het rustig worden, minder geëmotioneerd zijn)

Exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens

Ontwikkelen van controlemechanismen (dingen wel of niet doen)

Binnen deze werkwijze wordt in mindere mate aandacht besteed aan het doorwerken van problemen. Het heeft niet tot doel dat men inzichten verkrijgt over het eigen gedrag. De cliënt leert hoe beter om te leren gaan met zijn symptomen/ klachten.

Voor de doelgroep van het zorgerf past deze werkwijze goed als het gaat om ondermeer levensfaseproblematiek, zingevingproblematiek en psychosomatische problematiek.

Qua werkvorm past de directieve, structurerende of assimilerende het beste. Bij onderwerpen als het exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens bijvoorbeeld zullen de werkvormen minder gestructureerd zijn en zal meer het rogeriaanse therapeutische principes doorklinken. De beeldend therapeut sluit in zijn houding aan bij de werkvormen en de doelstelling. Deze is steunend, waarin een ontspannen en veilige sfeer wordt gecreëerd.

Palliatieve creatieve therapie

Belangrijkste doel van de palliatieve creatieve therapie is het verzachten van fysieke pijn alsmede het verzachten van, en ondersteunen en valideren bij psychische problematiek.

De behandeldoelen zijn gericht op;

Het verminderen van psychosomatische klachten,

Verminderen van chronisch aanwezige pijn,

Het verwerken van een verlies van een persoon,

Het verwerken van een verlies dat optreedt na een plotseling verworven handicap,

Het afscheid kunnen nemen van het leven

De creatief therapeutische houding van de beeldend therapeut is bij palliatieve creatieve therapie ondersteunend en validerend.

De doelgroep van zorgerf Buiten-Land past qua problematiek/ behandeldoelen binnen deze palliatieve creatief therapeutische werkwijze. Men bevindt zich immers in een levensfase waarbij de dood een steeds belangrijker rol krijgt toebedeeld. Hun eigen dood en vaak het verlies van een partner, vrienden, kind is een thema dat niet ver van hen vandaan ligt. Daarbij speelt in het geval van dementie 'het verlies van onafhankelijkheid, evenals het verlies van de geest', zoals het wordt beschreven in 'leidraad Psychogeriatric' (B. Miesen, 2003) belangrijke rol in hun leven.

Gedurende de studie tot Beeldend therapeut heb ik naast de ervaring bij het zorgerf Buiten-Land ervaring bij nog een tweetal instellingen met ouderen opgedaan;

Verpleeghuis: Zonneheuvel -onderdeel van Hilverzorg-, in Hilversum bij dementerenden in de verborgen en verzonken ik-beleving.

Hier biedt men 24-uurs zorg aan de bewoners.

Klinische setting: Afdeling ouderenpsychiatrie bij psychiatrische kliniek Amstelmere -onderdeel van GGz inGeest- te Amstelveen. De doelgroep bestond uit ouderen met klachten van psychogeriatric aard, waaronder een groot aantal met dementie. Vaak was de dementie aanwezig naast een psychiatrische aandoening.

Om zicht te krijgen in de aard van werkwijzen met betrekking tot de doelgroep heb ik in een tabel de diverse plekken en de werkwijzen die daarin het beste tot hun recht kwamen, ondergebracht. De doelstellingen heb ik ingevuld op basis van mijn eigen ervaring met de doelgroep in de verschillende settings en de mogelijkheden die ik zie als beeldend therapeut bij zorgerf Buiten-Land.

Geschikte werkwijzen en doelstellingen binnen diverse vormen van ouderenzorg. Bron; eigen ervaringen en onderzoek naar mogelijkheden. (H. Smeijsters, 2008)

	<i>Ortho(ped)agogische creatieve therapie</i>	<i>Supportieve creatieve therapie</i>	<i>Palliatieve creatieve therapie</i>
Kliniek GGz inGeest, afdeling ouderenpsychiatrie doelstellingen	-vasthouden van de aandacht, -opheffen van passiviteit, -leren samenwerken, -leren omgaan met emotionaliteit, -zich in een ander kunnen inleven, -vergroten van de concentratieboog, -leren onderscheiden van stimuli	-het verbeteren van de emotionele aanpassing (leren reageren in overeenstemming met de situatie) -het bereiken van een emotioneel evenwicht, (het rustig worden, minder geëmotioneerd zijn) -exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens -Ontwikkelen van controlemechanismen	-verminderen van psychosomatische klachten, -verminderen van chronisch aanwezige pijn, -verwerken van een verlies van een persoon, -verwerken van een verlies dat optreedt na een plotseling verworven handicap, -het afscheid kunnen nemen van het leven.
Verpleeghuis Zonnehoeve, patiënten in de fase van verzonken ik-beleving doelstellingen	-vasthouden van de aandacht, -opheffen van passiviteit, -vergroten van de concentratieboog	-het bereiken van een emotioneel evenwicht, (het rustig worden, minder geëmotioneerd zijn)	-het verminderen van psychosomatische klachten, -verminderen van chronisch aanwezige pijn
Zorgerf Buiten-Land, <i>Cliënten met beginnende dementie</i> <i>mogelijke doelstellingen</i>	-verbeteren van de motoriek, -vasthouden van de aandacht, -opheffen van passiviteit, -leren samenwerken, -zich in een ander kunnen inleven, -vergroten van de concentratieboog,	-het bereiken van een emotioneel evenwicht, (het rustig worden, minder geëmotioneerd zijn) -exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens -ontwikkelen van controlemechanismen	-verminderen van psychosomatische klachten, -verminderen van chronisch aanwezige pijn, -het verwerken van een verlies van een persoon, -het verwerken van een verlies dat optreedt na een plotseling verworven handicap, -het afscheid kunnen nemen van het leven

In dit schema zijn de gestandaardiseerde werkwijzen -door Smeijsters ontwikkeld- en de daarbij behorende doelstellingen cursief vermeld. Op het verpleeghuis Zonnehoeve was overigens een kunstzinnig therapeut en een muziek- en dramatherapeut werkzaam op de diverse afdelingen.

Samenvatting. Creatief therapeutische werkwijzen en behandeldoelstellingen die passen bij de doelgroep op het zorggerf zijn; orthopedagogisch, gericht op verbetering van vaardigheden en sociale interactie; supportief, gericht op de emoties; palliatief, gericht op verwerking.

Hoofdstuk 8

Deelvraag 6

Welke creatief therapeutische benaderingswijzen zijn er die aansluiten bij deze doelgroep?

Creatief therapeutische benaderingswijzen/ houdingsaspecten sluiten aan bij de kenmerken van de cliëntengroep en de hulpvraag en dragen bij aan doelgericht behandelen. Voordat de creatief therapeutische benaderingswijzen worden omschreven worden eerst de gangbare benaderingswijzen omschreven en de theorievorming van een creatief therapeutische houding. Daarna zal een voorstel voor een behandelvisie worden omschreven.

8.1 Wat zijn de gangbare benaderingswijzen voor deze doelgroep?

Binnen de psychogeriatric en ook de ouderenpsychiatrie worden de volgende hoofdstromen onderscheiden in benaderingswijze van de zorgverlener.

Reminiscentie: Het woord stamt af van het Latijnse woord 'riminiscere', dat het werkwoord voor herinneren is.

Met reminisceren wordt bedoeld 'het ophalen van persoonlijke herinneringen' iets in het hier en nu doet je denken aan iets of iemand van vroeger. Reminisceren is dat je even bij die herinnering of die gebeurtenis blijft staan.

(M.van den Brand, W. Huizing, 2009)

Huub Buijssen heeft in 1997 samen met Karin Poppelaars een handleiding geschreven voor de praktische toepassing van reminiscentie. Zij stellen dat reminiscentie een goede manier is om de beleving en het gedrag van een dementerende beter te leren kennen.

Het is niet alleen voor de dementerende en de zorgverlener een plezierig tijdverdrijf, individueel of in groepsverband, maar ook het voorhouden van zijn levensverhaal toont de dementerende mens ons wie hij is en waaraan hij zijn eigenwaarde, zijn identiteit ontleent.

(B.Miesen, 2003)

Realiteitsoriëntatie beleving (ROB)

Realiteitsoriëntatie gaat uit van een optimistische, respectvolle benadering. In het boek "Dementeren, ziekte en zorg, " wordt het volgende daarover beschreven 'de omgeving vormt als het ware een prothese voor de geheugendefecten'. Deze benadering gaat uit van de realiteit van het heden. Door de steun uit de omgeving, kan iemand daardoor langer zelfredzaam blijven en zoveel als mogelijk volwaardig meedenken en meebeslissen. Voor verzorgers geldt in alle fasen van de ziekte zoveel mogelijk: vermijd het geven van kritiek, voorkom confrontaties en welles-nietes discussies over wat waar is en wat niet. De kunst is om op een ontspannen manier kleine aanwijzingen te geven. Dit zijn voorwaarden om cognitieve functies te stimuleren en om het zelfvertrouwen te vergroten.

(F.M.J. Alkema, et al 2001)

Een voorwaarde voor deze benadering is dat een oudere nog begrijpt wat hem gevraagd of gezegd wordt. En ten tweede dat hij nog in staat is om te leren, dat wil zeggen dat hij voor korte of langere tijd iets onthoudt. (B. Miesen, 2003)

Validerende benadering, bevestiging van gevoelens

Bij een validerende benaderingswijze vormt de moeilijk toegankelijke, chaotische belevingswereld van de ouderen het vertrekpunt.

Validation is een benaderingswijze, die door Naomi Feil (geboren in 1932) is ontwikkeld.

Deze benaderingswijze is gebaseerd op een empathische houding en een holistische visie op het individu. Wanneer iemand in andermans schoenen kan staan en door hun ogen kan kijken, kan diegene in de wereld van de gedesoriënteerde, zeer oude mensen stappen en de betekenis van hun soms bizarre gedrag begrijpen. Mensen die de validerende benaderingswijze gebruiken zijn zorgzaam, oordelen niet en staan open voor gevoelens die worden geuit.

(www.validation-nederland.nl)

De sturende of directieve benadering

Wanneer een oudere grensoverschrijdend gedrag vertoont, of wanneer hij niet in staat om keuzes te maken vraagt dit om een directieve benadering. Deze benadering gaat uit van de zorgverlener en in mindere mate van de oudere zelf. Met grensoverschrijdend gedrag wordt hier bedoeld; gedrag dat het sociaal toelaatbare overschrijdt, dan wel dat een oudere eindeloos in herhaling valt in woorden of gedrag dat niet langer als passend wordt beschouwd, ook wel perseveratief gedrag genoemd.

8.2 Welke theorieën dragen bij aan een passende creatief therapeutische houding voor deze doelgroep?

In het boek 'The creative arts in dementia care', geschreven door Jill Hayes en Sarah Povey wordt gesteld dat creativiteit vloeit vanuit een intuïtieve niet-rationele plaats in het lichaam en geest, zodat we kunnen aansluiten op de creativiteit van iedereen, ongeacht de storingen die er zijn op het gebied van logica of het systeem van geheugen. De schrijvers maken een link met de staat van zijn bij de geboorte en bij dementia; de preverbale sensitiviteit van een baby op de variëteit aan signalen die bij hem binnenkomen, en de relatie daarin tot de moederfiguur. Als de cognitie wegvalt, worden we weer teruggeworpen op het lijf om de signalen van communicatie op te vangen. Wanneer we dat erkennen, is de kracht van de non-verbale therapie als communicatievorm een weliswaar niet conventionele manier, maar wel een passende wijze in communiceren. Het woord 'attunement' past bij deze therapeutische houding.

In het Handboek creatieve therapie, 'Uit de verf', is de theorie van Stern en de term attunement op compacte wijze uitgelegd.

Stern omschrijft stadia van de ontwikkeling van het 'zelf'. Hij wil hiermee een empirische basis leggen voor de ontwikkelingspsychologie en is daarmee ook kritisch geweest naar voorgaande theorieën vanuit de psychoanalyse en herstructureringstheorie van cognitief ontwikkelingspsycholoog Piaget.

Stern heeft empirisch onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van het jonge kind, hij heeft hiermee neuropsychologische, inter-relationale en ontwikkelingspsychologische evidenties opgespoord. Hij was op zoek naar meer samenhang in theorievorming. Stern verdeelt de ontwikkelingsfasen in de volgende:

Emergent self (0-2 maanden)

Core self (2-7 maanden)

Subjective self (7-15 maanden)

Verbal self (vanaf 15 maanden)

In het bijzonder in de preverbale stadia -de stadia voordat het kind leert spreken- komen concepten naar voren die erg belangrijk zijn vanuit de zintuiglijk-motorische kant van de verschillende mediums (beeldend, muziek, drama, dans). Een concept waarmee Stern een belangrijk en zeer vroeg in de ontwikkeling al aanwezig fenomeen beschrijft is het concept 'vitality affects'. Hij omschrijft dit als globale kinetische gevoelskwaliteiten. Het betreft dan 'rushes' of 'vlagen' van gevoelsenergie, die aanzwellen of afnemen, die heftig of spannend en opgewonden kunnen uitbarsten, maar ook weer kunnen doven en tot ontspanning kunnen komen.

Het gaat om een puur zintuiglijkheid en motorische vitaliteit die hiermee gepaard gaat en niet zozeer emoties als blijheid, boosheid etc. Deze vitality affects beheersen het leven van een jong kind enorm. Doordat met de gevoelservaring lichamelijke beweging gepaard gaat, is het waar te nemen. Het genoemde concept van attunement sluit hierop aan. De ouder kan vanuit de eigen lichamelijke en innerlijke betrokkenheid afstemmen op de vitality affects van het kind. Deze vitality affects zijn in de handelingen waar te nemen of in de details die de 'beweging' in een product achterlaat. (C. Schweizer, 2009)

In het boek 'the creative arts in dementia care' schrijft men; 'De enige manier om attunement te bewerkstelligen is wanneer we stoppen... kijken en luisteren met ons hele zijn. Om zover te kunnen komen, moeten we bewust zijn van ons eigen responsieve en expressieve lichaam'. Wat is ónze persoonlijke manier van contactmaken? Het onderzoeken van onze eigen wijze daarin is een belangrijke voorwaarde om het te leren kennen en te kunnen inzetten bij therapie.

Wanneer wij deze therapeutische houding terugbrengen naar een oorspronkelijke theorie over cliëntgerichtheid, raken we een aantal gemeenplaatsen vanuit de humanistische of rogeriaanse denkwijze. De grondlegger hiervan is psycholoog Carl R. Rogers (1902-1987). 'De cliënt staat, als uniek individu met zijn denken en doen centraal'. Rogers was verder van mening dat het niet de taak is van de therapeut om vast te stellen wat de cliënt mankeert en wat daar dan aan gedaan dient te worden, maar dat de cliënt zelf vanuit zijn vermogen tot een positieve ontwikkeling en ontplooiing, moet aangeven hoe en waar verbeteringen kunnen plaatsvinden'.

De mens heeft een neiging tot zelfverwezenlijking, hij wil zijn in aanleg aanwezige individuele mogelijkheden verwezenlijken.

Rogers heeft zich min of meer afgezet tegen de negatieve beeldvorming waar in de mens als zondaar werd afgeschilderd en in het bezit was van kwade krachten. Zijn positieve mensbeeld en -benadering hebben een grote invloed gehad op de psychologie in die tijd, en ook kritische geluiden opgeroepen van de oude psychoanalytici.

Rogers biedt geen overzicht van psychische stoornissen met algemeen diagnostische categorieën en behandelingsvoorschriften. Dit stemt ook niet overeen met zijn grondprincipes van de cliëntgerichte benadering. Ieder mens maakt op geheel eigen wijze een unieke ontwikkeling door en neemt deze ook op zijn persoonlijke manier waar. In de cliëntgerichte therapie is de therapeut erop gericht de voorwaarden te scheppen waaronder de cliënt in staat is zelf 'de diagnose te stellen', te ervaren en te accepteren. Stoornissen komen wat Rogers' theorie betreft voort uit blokkaden of een verstoorde geblokkeerde zelfverwezenlijking.

(H. van der Molen et al,)

8.3 De diverse vormen van creatief therapeutische houdingen die het beste aansluiten bij de doelgroep

Smeijsters' 'Handboek voor creatieve therapie' hanteert een aantal definities van creatief therapeutische houdingen. De onderstaande drie zijn van toepassing op de onderzochte doelgroep op het zorgterrein Buiten-Land.

Ortho(ped)agogisch creatief therapeutische houding

De ortho(ped)agogische creatief therapeutische heeft als belangrijkste kenmerk dat er op een directieve wijze -de therapeut bepaalt wat er gebeurt- actieve werkvormen worden geboden, waarvan de werkvorm in het medium een vast verloop kent.

Naar aanleiding van dit onderzoek is een boekwerk ontwikkeld met beeldende werkvormen voor zorgverlener Buiten-Land. Een aantal werkvormen is op deze wijze vormgegeven.

Supportieve creatief therapeutische houding

De supportieve creatief therapeutische houding kenmerkt zich door de ondersteuning die geboden wordt in het leren omgaan met problemen. De houding is directief en structurerend en assimilerend, de therapeut voegt de cliënt veelal in een bestaande werkvorm in. Liggen de werkvormen meer op het gebied van zelfactualisatie -verkennen van gevoelens, levenswijzen en gedachten- dan zijn de werkvormen minder gestructureerd en komen de principes zoals de rogeriaanse psychotherapie tot uiting in de therapeutische relatie.

Palliatieve creatief therapeutische houding

Wanneer de palliatieve creatief therapeutische houding ingezet wordt, ligt de nadruk op het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek. Ook hier komen de rogeriaanse principes aan de orde.

8.4 Voorstel behandelvisie

Op het zorgverlener is geen behandelvisie voor beeldende therapie. In het kader van dit onderzoek zal daarom een voorstel gedaan worden. Als we de theorieën van Daniel Stern en Carl Rogers elkaar laten ontmoeten en combineren met de eerder omschreven benaderingswijzen vanuit de psychogeriatric en de diverse creatief therapeutische houdingen, ontstaat dit voorstel tot een creatief therapeutische behandelvisie;

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat mensen met dementie nog steeds goed in staat zijn om gevoelens te ervaren en hier vorm aan kunnen geven. Ieder individu is daarbij een uniek persoon met zijn eigen geschiedenis en de beleving daarvan. Met zijn persoonlijke levensverhaal toont de dementerende mens ons wie hij is en waaraan hij zijn eigenwaarde, zijn identiteit ontleent. De beeldend therapeutische behandeling is gericht op ondersteuning van de cliënten in het vormgeven van dat wat hen bezighoudt in deze fase van hun leven. Het beeldend therapeutisch aanbod is afgestemd op de draagkracht van de persoon, waarin een veilig klimaat wordt gecreëerd om zich te durven uiten. Er is sprake van respectvolle zorgzaamheid, men is niet oordelend en staat open voor gevoelens die men laat zien. Op een positief bekrachtigende wijze wordt aangesloten bij de beleving van cliënt. Een beeldend therapeut biedt structuur, veiligheid en rust, waardoor de persoon zich uitgenodigd voelt om deel te nemen aan creatief therapeutische activiteiten.

Het voorstel voor de creatief therapeutische behandelvisie kan dienen voor verdere profilering van beeldende therapie binnen het zorgverlener Buiten-Land en eventueel daarbuiten.

Samenvatting. Een creatief therapeutische benaderingswijze is een wijze waarop een therapeut vorm geeft aan de beeldende therapie. De belangrijkste die aansluiten bij ouderen met dementie zijn Ortho(ped)agogisch creatief therapeutische houding, Supportieve creatief therapeutische houding en de palliatieve creatief therapeutische houding. Theorieën van Stern en Rogers dragen bij aan het mensbeeld dat aansluit bij de palliatieve en supportieve creatief therapeutische houding. Aansluiten bij, herinnering en valideren zijn daarbij belangrijke termen.

Hoofdstuk 9

Deelvraag 7

Hoe is de huidige bekendheid van creatieve therapie beeldend onder de cliënten zelf/ hun familie/ de zorgverleners van Beweging 3.0?

Het is bij de start van het onderzoek niet helder of familieleden van de cliënten die het zorgerf bezoeken op de hoogte zijn van beeldende therapie. Datzelfde geldt voor de collega's. Voor de implementatie van beeldende therapie op het zorgerf is het belangrijk te weten of men bekend is met beeldende therapie. Is er geen of te weinig bekendheid, dan kan daarop ingespeeld worden.

Aan de hand van een tweetal vragenlijsten heb ik dit willen onderzoeken. Naast de familie en de collega's heeft ook de psycholoog deze vraag beantwoord. Bij de twee cliënten die ik heb bevraagd zijn onderstaande antwoorden gedestilleerd uit het interview.

(bijlagen 5, 6, 7, 9 en 11)

	Familie (4 personen)	Collega's (2 personen) verzorgenden	Psycholoog Beweging 3.0	Cliënten (2 personen)
Beeldende therapie is mij bekend.	50% bekendheid	100% bekendheid	bekend	Niet bekend met beeldende therapie, *wel bekend met creatieve activiteiten
Voorbeeld ervaring met beeldende therapie*	1' Ervaring van een vriendin dat het heilzaam kan werken en kan helpen bij uitingen' 2' Mijn moeder vindt het erg leuk om te knutselen'	1'Ik heb geen ervaring met beeldende therapie' 2'... weinig in de zin van concrete ervaring. Heb er in de opleiding veel van gehoord, gelezen etc. heeft altijd wel mijn interesse gehad. Vind het zelf fijn om beeldend bezig te zijn, maar bekijk dit niet altijd vanuit de beeldende therapie'.	'...toen ik stage liep bij Altrecht in de GGz, heb ik nog wel zo'n dag meegelopen op zo'n deeltijdcentrum... heb lopen schilderen en kleien en doen... ik vond het heel bijzonder toen om te zien... wat je daar dan toch nog wel uithaalt... ik vind het vak ergens wel boeiend...' '...ik heb daar (Altrecht) ook wel leuke dingen gezien, mensen die eigenlijk best wel al in hun dementie zaten, maar gewoon echt helemaal los gingen in het schilderen...	1'... ik word er blij van...' 2'... ik kan het niet alleen... Ik weet niet hoe ik m'n verf moet mengen en ik weet niet waarmee ik het schilder. Hoe moet ik dat doen, dan moeten ze mij helpen...'
Mening/ideeën over beeldende therapie	1'Ik schilder zelf erg graag en ervaar dat je helemaal "los" kunt komen. Zeker voor mensen die zich verbaal niet of niet meer goed kunnen uiten zou 't een oplossing, een therapie kunnen zijn!'	1'...zeker een meerwaarde. Ik denk dat mensen door deze vorm van therapie zich op een andere manier kunnen uiten. Naast gesprekken ook met hun handen hun gevoelens kunnen uiten'.	'...ik kan me voorstellen dat je daarmee, of dat je echt weer wat kan maken, kan creëren, het idee dat je dat met je handen doet voor heel veel mensen wel fijn werkt, ja en ik denk ook wel een manier om je te uiten'.	1'... ja het is net of je iets ... net zoiets als met schrijven, denk ik, dat je van je afschrijft... Daar hoor je ook zoveel mensen die schrijven, ja ik schrijf het eigenlijk van me af, dan heb ik dat gehad...

	2'Goede manier om mensen bezig te laten zijn. Een gevarieerd programma aanbieden helpt mensen zo lang mogelijk alert te blijven'	2'Ik vind de ervaring die ik nu op doe, door dat ik jou zie werken hier, heel positief. Soms zie ik dat het moeilijk is om het vast te houden'. <i>Als feedback gegeven:</i> 1'... bezoekers op een andere manier bezig zijn als wij gewend zijn en dat ze trots zijn op wat gemaakt is!'		2'...Nou, je moet het zo zien, de een doet het wel graag en de ander niet, dat is een beetje moeilijk, he? Want hier zijn een hele hoop mensen bij, die willen niks... die willen alleen maar zitten...'
Om welke specifieke hulpvragen/problemen zou het dan ook kunnen gaan	1'geen hulpvraag of probleem, maar een vorm van uiting!' 2'activeren van de hersenen'	1'... lastige vraag waar ik niet echt een antwoord op weet.' 2'Het verwerkingsproces b.v. van hun ziekteverloop. Velen kunnen dit zelf ook aangeven dat dit moeilijk en pijnlijk voor hen is'.	'... maar het stukje echt zingeving en gewoon het idee van wie wil een mens nou zijn en hoe willen ze zichzelf nou nog kunnen uiten enzo...'	1'...nou omdat, dat bepaalde dingen anders lopen dan je denkt...' 2'...Dan ben je veel rustiger (<i>J: dus je wordt er rustig van</i>). Je doet rustig aan. Je bent niet, zeg maar óf dit óf dat, maar je doet gewoon kalm aan... dan word je zelf ook rustiger...'

Aan de hand van bovenstaande antwoorden blijkt dat beeldende therapie matig bekend is, het is bijvoorbeeld nog niet ervaren door de meeste familie/ collega's. Het blijft bij theorievorming. De toegevoegde waarde van beeldende therapie wordt wel onderkend, waarbij het zich kunnen uiten als belangrijkste behandeldoel wordt aangegeven. Naast het zich kunnen uiten, wordt ook het activeren van de hersenen en het alert blijven door een familielid genoemd. De gesproken cliënten van het zorgverf hebben beiden interesse voor beeldende activiteiten en zien de interesse als een belangrijke factor voor de inzet van creatieve activiteiten. In één geval is de aanwezigheid/ondersteuning van de begeleiding erg belangrijk. In de hulpvragen komt bij hen het plezier, de rust en het verwerken naar voren als therapeutisch effect van het creatief bezig zijn. Deelname aan beeldende therapie/ creatieve activiteiten vraagt ook om motivatie van cliënten, zoals een geïnterviewde cliënt aangeeft.

De aan Beweging 3.0 verbonden psycholoog zegt over de noodzaak van beeldende therapie het volgende;

'... een aantal mensen die... ook wel wat meer inzicht hebben, we hebben natuurlijk steeds meer dat mensen al in de beginnende fase van de dementie gediagnosticeerd zijn en ook nog wel een bepaalde mate van zelfreflectie hebben... ik kan me wel voorstellen dat bij die mensen het juist wel heel fijn werkt om het juist therapie te noemen, met ze te duiden wat ze nou creëren en het daar met ze over te hebben...'

'... maar het stukje echt zingeving en gewoon het idee van... wie wil een mens nou zijn en hoe willen ze zichzelf nou nog kunnen uiten enzo, dat is eigenlijk nog wel een beetje een ondergeschoven kindje hier (Beweging 3.0, JdB). Het gaat toch wel heel veel over de zorg...'

De relatieve onbekendheid in combinatie met een mogelijke toegevoegde waarde van inzet van beeldende therapie komt in deze uitspraak goed tot uitdrukking.

Samenvatting. Onder familie en collega's is beeldende therapie en de effecten ervan maar matig bekend. De noodzaak voor meer zingeving wordt onderkend, concrete andere hulpvragen kunnen niet goed worden benoemd. Cliënten zelf vinden het creatief bezig zijn leuk en kunnen zich ook uiten. Zij zien ook dat motivatie om deel te nemen belangrijk is en niet voor iedereen op het zorgverf geldt.

Hoofdstuk 10

Deelvraag 8

Welke kenmerken van de ruimtes spelen mee bij het aanbieden van beeldende therapie?

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag heb ik een praktijkexperiment uitgevoerd op het zorgverf. Ik heb daarnaast de kenmerken van de verschillende ruimtes van het zorgverf op een rij gezet. Daaruit heb ik conclusies getrokken over de mogelijkheden van elke ruimte voor de toepassing van beeldende therapie. Aan de hand van deelvraag 4 (verschil tussen begeleiden en behandelen) heb ik interventies onderverdeeld in begeleidingstaken AB, en behandelstaken BT en dit in een schema verwerkt.

10.1 Ervaringen en observaties bij het aanbieden van beeldende therapie op het zorgverf

Ieder zorgverf kent haar eigen unieke kenmerken. Om een goed beeld te krijgen van zorgverf Buiten-Land, de doelgroep en de beschikbare ruimtes om beeldend therapeutisch aanbiedingen te doen, ben ik als onderzoeker mee gaan draaien op het zorgverf. In eerste instantie heb ik open observaties toegepast bij aanvang van mijn onderzoeksperiode. Ik ken het zorgverf en de cliënten en collega's nog niet. Mijn observatievraag is daarmee open 'ik wil weten wie hier komt en hoe hier gewerkt wordt' en zal zich in de loop van de maanden meer toespitsen op de onderzoeksvraag. Bij de uitvoer van een beeldend aanbod is de observatie gesloten.

Aan de manier waarop met deze opdracht werd omgegaan, heb ik tussen week 4 en week 9 in 2011 geobserveerd hoe en waardoor men;

- a- betrokken was/ raakte bij dit kleine project.
- b- zich zaken nog konden herinneren.
- c- zich konden vinden in de werkvorm.
- d- zich door mij of het werk genoeg uitgenodigd voelde om ook mee te doen.
- e- een keuze maakte tussen dat wat er op dat moment binnen/ buiten het zorgverf te doen, was en mijn aanbod.
- f- men zich tijdens het werk heeft kunnen concentreren op het werk zelf.

Het kleine beeldend project is een eerste kennismaking geweest met de cliënten en hun affiniteit met het zorgverf en creatieve interesse. Ik wilde met dit project meer inzicht in de mogelijkheden van hen en hun deelname aan laagdrempelig beeldend werken. Daarbij wilde ik onderzoeken welk effect de ruimte had op de uitwerking van deze opdracht. Ik heb de opdracht in de huiskamer uitgevoerd.

Opdrachtbeschrijving

Op locatie is het volgende project bedacht, waaraan ik een aantal weken met cliënten aan heb gewerkt. "Het mooiste plekje op Buiten-Land door de ogen van..." (bijlage 12)

Aan de mensen uit de huiskamer/ keuken (de meest dynamische cliënten) heb ik gevraagd om samen met mij hun mooiste plekje op het zorgterrein te gaan zoeken en het vast te leggen op foto. Ik heb een twaalfstal foto's gemaakt met hen. Dit kon een dier van het erf zijn (de pony, de haan, hond en koe), de kleuren van de coniferen, een exotische boom, het uitzicht op de polder/ tuin. Maar ook de bank waarop iemand met genoeg vaak zat en het hoekje bij de open haard, dat voor weer iemand anders een speciaal plekje was.

Het plan was daarna om de afbeelding te gaan inkleuren/ schilderen/ borduren, nadat ik het had vergroot op een lijstje, of op stramien had overgezet. Het resultaat van een twaalfstal foto's is:

- Een borduurwerk, dat een cliënt thuis heeft gemaakt. Ze gaf aan dat ze dan meer rust had en dat zij niet op haar vingers werd gekeken.
- Een half afgemaakt schilderijtje van een hondje, waarna mevrouw geen zin meer had om het af te maken. Ze had ook commentaar op haar schilderskwaliteit.
- Een drieluikje van een polderlandschap, waaraan een cliënt met plezier heeft geschilderd. Meneer gaf aan dat hij wel ondersteuning nodig had bij het schilderen, daarbij heb ik hem bijgestaan.
Na een tijdje kwam hij met een ander idee voor een nieuw schilderij. Een tijdje daarna heeft de lente cliënt naar buiten gelokt en naar zijn andere groen-activiteiten op het erf zelf.
- Een cliënt koos voor een foto -met uitzicht dat door een ander persoon als 'mooiste plekje' was gekozen- en heeft een aantal weken met veel plezier geschilderd. In het verleden had zij ook al geschilderd. Ze had les gehad van een bekende schilder, vertelde ze. Ze nam haar tijd om zelf de kleuren te mengen en deed dit erg professioneel, ik heb haar geassisteerd waar nodig. Ze ging op in haar schilderwerk en keek uit naar volgende schilderbijeenkomsten. Door een operatie is zij echter een aantal weken niet meer geweest op het zorgterrein.

Na een viertal weken waren er twee cliënten die nog werkten aan hun eigen werkstuk.

Aan het einde van de observatieperiode heb ik van de foto's met bijschriften een collage gemaakt die in de gang is opgehangen. "De mooiste plekjes op Buiten-Land door de ogen van..." met daaronder de foto's en in het kort de motivatie van de persoon die de plek had gekozen.

Aantal gemaakte foto's	Vervolgopdrachten, door mij voorbereid	Deelnemers bij eerste week	Deelnemers na twee weken	Deelnemers na vijf bijeenkomsten
12 foto's	5	4	2	1

Uit deze opdracht en de observaties heb ik een aantal conclusies kunnen trekken:

- a- betrokkenheid bij dit project hangt samen met interesse/ervaring in creatieve activiteiten. Het weerzien van de gemaakte foto's gaf direct eenzelfde prettige of grappige reactie/ herinnering teweeg als bij het maken van de foto. Men wist precies welke foto van hen was en in vrijwel alle gevallen ook nog waarom.
- b- kon men zich zaken nog herinneren? Het geheugen diende bij vrijwel iedereen steeds weer opgefrist te worden met betreffende werkstuk of foto. Ik kwam dan persoonlijk bij een van hen zitten en nam het werkstuk of de foto mee. Ik vertelde dat zij dit hadden gemaakt en vroeg of men het leuk vond om ermee verder te gaan.
- c- kon men zich vinden in de werkvorm? Wat opviel, was dat alleen de personen die bekend waren met schilderen langer aan het werk gingen, en de persoon die veel borduurde nam het werk mee naar huis. Personen die afhaakten waren snel kritisch op het eigen werk en ook op dat van anderen. Als het niet goed leek te zijn, werd er niet verder aan gewerkt en werd kritisch commentaar gegeven. Dit werd dan ook niet onder stoelen of tafels geschoven, soms waar de maker bij aanwezig was.
- d- voelde men zich door mij of het werk genoeg uitgenodigd om mee te doen. Hier heb ik -naast de blijvers- vergeefse pogingen gedaan om mensen uit te nodigen deel te nemen. Men haakte soms even aan en snel weer af. Het aanbod zal daar wellicht ook een rol in hebben gespeeld.
- e- het maken van een keuze tussen activiteiten binnen of buiten op het zorgerf, en mijn aanbod. Men ging gezellig met een ander een praatje doen, een dutje doen of naar buiten. Er was genoeg om uit te kiezen en deelname aan mijn aanbod kende geen verplichtend karakter.
- f- kon men zich genoeg concentreren op het werk zelf. Het aantal afleidende prikkels in de huiskamer belemmerde naar mijn mening het rustige werken. Diegene die bleven werken, konden zich echter gemakkelijk afsluiten voor het rumoer en het commentaar. Hier lijkt de aanwezige creatieve vaardigheid en daaruit voortvloeiende zelfvertrouwen een rol in te spelen. Na verloop van tijd leek de interesse voor het project terug te lopen. De lente deed haar intrede en buiten was er meer werk te doen.

De groep cliënten liep wat interesse betreft uiteen van zeer geïnteresseerd tot helemaal niet geïnteresseerd. Men reageerde assertief dat men niet mee wilde doen, 'dat is niets voor mij' of men deed heel even mee en haakte dan snel weer af. Mogelijk kan faalangst of vermoeidheid meespelen, gebrek aan veiligheid of simpelweg desinteresse. Men kon in dezelfde ruimte ook kiezen om op de bank of fauteuil te gaan zitten. Het haakt ook in op wat de psycholoog vertelt over de doelgroep en de mogelijkheid om beeldende therapie toe te kunnen passen:

'... ik kan me voorstellen dat het, als je als je cognitieve problemen krijgt, zeg maar dan gaat weet je de nadruk op heel die informatieverwerking die wordt in die zin wat minder. Mensen worden wel steeds meer gericht op zintuiglijke prikkels, dus ook en ook op tactiele prikkels. Ik kan me voorstellen dat je daarmee, of dat je echt weer wat kan maken, kan creëren, het idee dat je dat met je handen doet voor heel veel mensen wel fijn werkt, ja en ik denk ook wel een manier, ja om je te uiten. Alleen merk ik dat soms dat bij de generatie waarmee we werken ook nog wel een beetje lastig is, zeg maar, dat het wel , je moet wel denk ik een beetje ... er wonen hier in de omgeving tuurlijk ook gewoon echt veel boeren. En dat, die hebben toch net een wat andere manier om daarmee aan te kijken. Zo van, je maakt wat van hout en dat is functioneel en dat is praktisch en dat doe je ergens voor maar, of je dat ook echt meer voor jezelf doet of als een manier van zingeving, dat weet ik niet zo, dat zie ik nog niet zo... '

10.2 Kenmerken van het zorgerf en de diverse ruimten

Binnen de observatieperiode heb ik de diverse ruimten goed kunnen observeren en heb ik kenmerken van elke ruimte vastgelegd. Onderliggende observatievraag daarbij 'is deze ruimte geschikt/ kan deze ruimte geschikt gemaakt kunnen worden voor beeldende therapie en voor welke doelen'. Ik heb een onderverdeling gemaakt in dynamiek -de bewegingen- in de ruimte, prikkels, de voordelen voor inzet van creatieve of beeldende activiteit, de doelen waaraan gewerkt kan worden in deze ruimte en het maximaal aantal deelnemers aan een sessie.

*Ten tijde van mijn onderzoek wordt een hooiberg omgebouwd tot nieuwe multifunctionele ruimte op het zorgerf. Ik heb deze hooiberg niet meegenomen in mijn onderzoek.



Zorgerf Buiten-Land in Nijkerk, met links de tuinkamer, in het middengedeelte ondermeer de slaap- en badkamer, kleine spreekkamer, toilet en in het rechtergedeelte de keuken en de huiskamer.

Kenmerken	Tuinkamer	Keuken	Huiskamer	Spreekkamer
Dynamiek	Statisch, cliënten verblijven het meest in dezelfde ruimte	Wisselend, sommigen blijven zitten voor het lezen van de krant en/ of helpen mee met keukentaken	Dynamisch, veel bewegingen van binnen en buiten de ruimte.	Rustige plek. Er zijn soms cliënten, voor een individueel rustmoment na de maaltijd of voor gesprekken.
Prikkels/Afleiding	Relatief weinig prikkels van buitenaf	Veel, de voordeur komt uit in de keuken. De keuken vormt een doorgang naar de toiletten. Veel prikkels van cliënten uit de huiskamer.	Veel, er is een open doorgang van de keuken naar de huiskamer. Er wordt veel gepraat, en soms gezongen. Veel in- en uitlopen van cliënten. Mensen maken snel opmerkingen naar elkaar, ook bij het werken aan creatieve activiteiten. Buiten op het erf zijn er taken te doen.	Weinig
Voordelen voor inzet activiteitenbegeleiding of beeldende therapie	Ligt het meest afgezonderd, rustig	Aansluiting cliënten onderling, samen een spelletje doen	Aansluiting door het zien van activiteiten, drempelverlagend	Geschikt voor een-op-een contact
Voor welke doelen, zie deelvraag 4 Door welke professional begeleid: AB=activiteitenbegeleider BT=beeldend therapeut	1 Vormingsdoelen AB 2 Educatieve doelen AB 3 Ondersteunende doelen AB/BT 4 Ontwikkelingsdoelen AB/BT 5 Doelen gericht op verwerking en acceptatie BT 6 Inzichtgevende doelen BT	1 Vormingsdoelen AB 2 Educatieve doelen AB 3 Ondersteunende doelen AB/BT	1 Vormingsdoelen AB 2 Educatieve doelen AB 3 Ondersteunende doelen AB/BT	1 Vormingsdoelen AB 2 Educatieve doelen AB 3 Ondersteunende doelen AB/BT 4 Ontwikkelingsdoelen AB/BT 5 Doelen gericht op verwerking en acceptatie BT 6 Inzichtgevende doelen BT
Geschiktheid max. aantal personen	6	6	6	Maximaal 2

Conclusie:

De tuinkamer en spreekkamer komen uit deze observatie naar voren als meeste geschikt voor besloten sessies voor beeldend therapeutische activiteiten. De huiskamer kenmerkt zich als een ruimte met een lage drempel. Een ander een activiteit zien uitvoeren, kan uitnodigen om zelf ook aan te schuiven. De huiskamer en keuken hebben de meeste afleiding in geluid en doorloop.

In het praktijkproduct 'Binnen-Land op Buiten-Land', dat op basis van dit onderzoek is opgesteld, is n.a.v. deze bevindingen een verschil gemaakt tussen het aanbieden van 'open sessies' en 'besloten sessies'.

Het is aan te bevelen om de gesloten sessies van beeldende therapie op een vaste dag en een vast tijdstip aan te bieden. Dit biedt de deelnemer houvast en structuur. Gaandeweg de sessies zal waarschijnlijk de beeldende therapie worden ingeprent en een onderdeel uit gaan maken van de week op het zorgterrein.

Voor de creatieve activiteiten die er nu worden aangeboden binnen het zorggerf, voldoet de huidige indeling van het zorggerf. Het betreft dan creatieve activiteiten zoals handwerken, schilderen van bijvoorbeeld vogelhuisjes of kabouters van stammetjes hout. In de huiskamer en de tuinkamer worden de meeste activiteiten aangeboden en uitgevoerd.

Wanneer er mensen bij deze activiteiten aansluiten en weer even weglopen, is dat prima. Het zien van de activiteiten die gedaan worden, kan anderen ook uitnodigen om aan te schuiven en mee te willen doen. De cliënt bepaalt uiteindelijk in grote mate wat hij wel of niet doet op het zorggerf en hoelang hij iets wil gaan doen.

De structuur van de dag wordt mede bepaald door de vaste momenten, de koffie bij ontvangst, het voederen van de dieren, de warme maaltijd en de middagkoffie. Dat wordt aan dezelfde tafels gedaan waar de creatieve activiteiten worden uitgevoerd.

Ik neem eigen ervaring mee met ouderen met dementie -vanaf fase 3- in een verpleeghuis, waar 24 uren zorg werd geboden. Daar werd veelal in de huiskamer een beeldend aanbod gedaan. De bewoners daar waren -in vergelijking met die van het zorggerf- verder in hun fase van dementie en vaak ook minder mobiel. Men werd ook wel naar aparte ruimten gebracht voor een groepsactiviteit zoals bloemschikken.

De ervaringen zijn wisselend; men kon soms angstig worden van het vervoeren per rolstoel en terecht komen in een voor hen vreemde ruimte in een grote groep mensen met teveel prikkels. Dit hing vaak samen met de persoonlijkheid, het gevoel van veiligheid dat men ervoer en de mate van dementie waarin men verkeerde. Sommige bewoners leefden echter ook helemaal op van alle prikkels en de extra aandacht die men kreeg.

10.3 Aan welke voorwaarden zou een ruimte voor beeldende therapie kunnen voldoen?

In het boek 'Grijs beklemt kleur' van Anke Voorwinden-Duurkoop over beeldende creatieve therapie in de ouderenpsychiatrie worden aanbevelingen gedaan voor therapieruimte. Het betreft dan de ruimten zelf en de inventaris, formaat stoelen, tafels tot zelfs aan de kleur van de zonwering toe.

Zo ver hoeven we niet te gaan in dit onderzoek; het zorggerf is in eerste instantie een plaats voor begeleiding en in mindere mate van behandeling. Alle ruimtes zijn multifunctioneel; er wordt aan dezelfde tafels gegeten en creatief gewerkt. Deze werkstukken worden verzameld in persoonlijke bakken waar werkstukken in liggen. Men kan aan verschillende dingen werken, handwerken, inkleuren mandala's etcetera. Het materiaal ligt in een grote kast of op de zolder van de boerderij.

In een behoefteonderzoek dat is gedaan onder jongeren en ouderen komt naar voren dat men graag in een overzichtelijke, rustige en vrolijke ruimte wil werken. Niet teveel prikkels in de ruimte. Gesloten kasten, zachte kleuren op de muren en het liefste planten in de ruimte. Een ruimte met veel werkstukken aan de muur wordt als onrustig ervaren.

De materialen moeten een vast geordende plek hebben en de resultaten moeten goed opgeborgen kunnen worden. Persoonlijke mappen zouden daarbij kunnen bijdragen, zodat het werk in de gehele behandeling bewaard kunnen blijven. Het is handig wanneer cliënten zelf ook bij hun spullen kunnen komen en materiaal zelf goed kunnen vinden. (C. Schweizer, 2009)

In mijn interview met beeldend therapeut Ineke Overtoom (bijlage 8) zijn door haar onderstaande uitspraken gedaan over de ruimte en de voordelen daarvan, waarin zij beeldende therapie aanbiedt.

"... Nou, ik vind het dus heel fijn dat deze ruimte er is, er is veel ruimte hier... en dat is heel erg fijn... dat geeft ook ruimte om je heen en het geeft ook een bepaalde rust... er is hier dus een smalle tafel bij, waarbij mensen dus aan die tafel kunnen zitten aan beide kanten.

Dus er is niet een hele grote afstand tussen mensen, ... dicht bij elkaar zitten, dat schept ook wel, ... een soort eenheid aan die tafel krijgt, iedereen zit aan dezelfde tafel, dus dat schept ook een band... mensen zien elkaar en dat is heel plezierig, dat werkt heel plezierig, dat stimuleert ook. Als de een begint te werken, dan ziet de ander dat en die gaat dan ook werken, dat heeft wel een stimulerende werking.

... Ik doe creatieve therapie nooit in de huiskamer zelf. Ik heb ook activiteitenbegeleiding, dan wel, dat ik dan wel een uitzondering maak, dat ik dan bijvoorbeeld naar de huiskamer ga en een spel ga doen of een quiz ga doen. Maar de creatieve therapie doe ik altijd in een aparte ruimte, waar toch een bepaalde rust is, weinig geluid... ik gebruik ook helemaal geen televisie of radio of muziek, helemaal niets, gewoon alleen maar dus deze ruimte en de stem, mensen kunnen wat spreken met elkaar, dus dat is het enige..."
Ineke heeft veelal sessies van vijf kwartier, inclusief de nabespreking.

Wanneer ik voorgaande informatie samenbreng in een aantal voorwaarden voor het bieden van beeldende therapie op het zorgerv, dan kom ik op de volgende;

- Een deelnemersgroep die in een bepaalde ruimte kan verblijven voor de duur van de beeldende therapie.
- Prikkelarme ruimte; een omgeving waarin men niet/weinig wordt afgeleid door geluid, in- en uitlopende personen, muziek of andere afleidende elementen.
- Goed licht; omdat de cliëntengroep last kan hebben van een verminderd gezichtvermogen.
- Tafel waar men ruimte heeft om te kunnen werken, en waarbij de handen goed over tafel heen kunnen, om zelf iets te kunnen pakken en waar genoeg ruimte is voor een werkstuk.
- Tijd; beschikbaarheid van ruim een uur voor het beeldend werken en de nabespreking. Dat zou in het geval van het onderzochte zorgerv na de koffie in de ochtend kunnen, rond elf uur. 's Middags is een passende tijd na de maaltijd en de rustpauze die men neemt, dat is dan rond twee uur.
- Beschikbare materialen zoals; stevig papier, tijdschriften -of voorgeknipte plaatjes- voor het maken van bijvoorbeeld collages. Schilder- en tekenmateriaal. Mappen om platte werkstukken in op te bergen. In het praktijkproduct staat een uitgebreide lijst met basismateriaal opgenomen.
- Het zorgerv zou ook de mogelijkheid om buiten beeldend te werken, kunnen bieden.

Samenvatting. De ruimten van het zorgerv hebben elk hun kenmerken die van invloed kunnen zijn op het verloop van een sessie beeldende therapie. Suggesties voor gebruik van ruimtes voor beeldende therapie worden gedaan op het gebied van afleiding, geluid, tijdstructuur, groepsgrootte, materiaal. Er is daarbij een verschil gemaakt in open en besloten sessies.

Hoofdstuk 11

Conclusie

In de conclusie zijn de samenvattingen van de afzonderlijke deelvragen bijeengebracht.

Deelvraag 1 Wat is zorgerf Buiten-Land en hoe is de huidige zorgsetting ingericht?

Zorgerf Buiten-Land biedt zorg aan ouderen in de omgeving van Nijkerk in de vorm van dagopvang. De boerderij biedt een groot aanbod aan activiteiten, waaronder ook creatieve activiteiten. Zorgerf Buiten-land is onderdeel van Beweging 3.0. waar ook verpleeghuizen, maatschappelijk werk en thuiszorg onder valt. Volgens de richtlijnen van Beweging 3.0 worden zorgleefplannen opgesteld en nageleefd. Zorgerf Buiten-Land kenmerkt zich door een persoonlijke zorg met veel persoonlijk aandacht en daardoor maatwerk. Het erf zelf biedt daarbij veel mogelijkheden om van de natuur te genieten. Het Zorgerf kenmerkt zich, tot slot, door een groot gevoel van vrijheid en ongedwongenheid. In het huis zijn diverse ruimtes beschikbaar. Daardoor kan een ieder de ruimte opzoeken waar hij of zij zich prettig voelt. Het huis is open en ook het erf en de tuinen zijn open. Bezoekers kunnen wandelen op het terrein of daarbuiten. De ongedwongenheid zit hem vooral in de vrijheid zelf te kunnen bepalen wat hij of zij wil gaan doen.

Deelvraag 2 Wat zijn de belangrijkste kenmerken van de cliënten van zorgerf Buiten-Land?

Een groot gedeelte van de cliënten lijdt aan een vorm van dementie, een aandoening die de hersenen aantast en die de cognitieve functies naar verloop van tijd doet afsterven. Dementie tast echter pas in een laat stadium het kernbewustzijn aan, waardoor een cliënt nog steeds emoties kan ervaren. Dementie kan gepaard gaan met andere klachten die in persoonlijkheid en gedrag tot uitdrukking kunnen komen. Wanneer zintuigen niet geprikkeld blijven, dan doven deze uit. Er zijn vier fasen van dementie, de cliënten van het zorgerf bevinden zich over het algemeen in fase een en twee.

Deelvraag 3 Wat is bekend over de toepassing en effecten van beeldende therapie bij deze doelgroep?

Onderzoeken naar beeldende therapie in combinatie met ouderen met dementie laten positieve effecten zien op het kunnen uiten van emoties, het maken van keuzes, het vasthouden van concentratie, het langer onafhankelijk kunnen blijven, het plezier in het leven en de zingeving in deze levensfase. Het kan ook een diagnostisch instrument zijn om de mate van dementie te kunnen duiden. De kenmerken van een persoon kunnen binnen beeldende therapie zichtbaar worden in de wijze van werken, het gebruik van het materiaal en het uiteindelijke resultaat. De cliënt laat hiermee veel van zichzelf zien.

Deelvraag 4 Wat is het verschil tussen begeleiding en behandeling met kunstzinnige middelen?

Er zijn verschillen en overlappen in begeleiding en behandeling. De overlap zit ondermeer in de ontwikkeling van egosterkte, emotieregulatie, samenwerking, nieuwe ervaring met het materiaal opdoen. Het werken aan behandeldoelen, gedragtherapeutische doelen, werken aan supportieve, ortho(ped)agogische en palliatieve interventies is de taak van een beeldend therapeut. Cliënten ervaren therapie als diepgaander, harder werken, confronterend, leerzaam en de persoon komt meer zelf in beeld. Het creatieve aanbod expliciet benoemen als beeldende therapie zou ook nog een extra drempel kunnen opwerpen voor sommige cliënten van het zorgerf. Voor anderen kan het juist weer prettig zijn en bijdragen aan hun proces door het wel therapie te noemen.

Deelvraag 5 Welke creatief therapeutische werkwijzen en behandeldoelstellingen passen bij de doelgroep opzorgerf Buiten-Land?

De creatief therapeutische werkwijzen en behandeldoelstellingen die passen bij het zorgerf zijn; ortho(ped)agogisch, gericht op verbetering van vaardigheden en sociale interactie; supportief, gericht op de emoties; palliatief, gericht op verwerking.

Deelvraag 6 Welke creatief therapeutische benaderingswijzen zijn er die aansluiten bij deze doelgroep?

Samenvatting. Een creatief therapeutische benaderingswijze is een wijze waarop een therapeut vorm geeft aan de beeldende therapie. De belangrijkste die aansluiten bij ouderen met dementie zijn Ortho(ped)agogisch creatief therapeutische houding, Supportieve creatief therapeutische houding en de palliatieve creatief therapeutische houding. Theorieën van Stern en Rogers dragen bij aan het mensbeeld dat aansluit bij de palliatieve en supportieve creatief therapeutische houding. Aansluiten bij, reminiscentie en valideren zijn daarbij belangrijke termen.

Deelvraag 7 Hoe is de huidige bekendheid van creatieve therapie beeldend onder de cliënten zelf/ hun familie/ de zorgverleners van Beweging 3.0?

Onder familie en collega's is beeldende therapie matig bekend. De noodzaak voor meer zingeving wordt onderkend, hulpvragen kunnen niet goed worden benoemd. Cliënten zelf vinden het creatief bezig zijn leuk en kunnen zich uiten. Zij zien ook dat motivatie om deel te nemen belangrijk is en dat er mensen zijn die niet willen meedoen.

Deelvraag 8 Welke kenmerken van de ruimtes spelen mee bij het aanbieden van beeldende therapie?

De ruimten van het zorgerf hebben elk hun kenmerken die van invloed kunnen zijn op het verloop van een sessie beeldende therapie. Suggesties voor gebruik van ruimtes voor beeldende therapie worden gedaan op het gebied van afleiding, geluid, tijdstructuur, groeps grootte, materiaal. Er is daarbij een verschil gemaakt in open en besloten sessies, die een minder en meer gestructureerde vorm kennen.

We moeten opmerken dat door het aantal geretourneerde vragenlijsten van familieleden (10% van het totaal aantal cliënten) de representativiteit van de uitkomsten niet helemaal duidelijk is geworden. Mogelijk dat een uitgebreider onderzoek meer reacties op zal leveren.

Hoofdstuk 12

Eindconclusie

De hoofdvraag

Op welke wijze kan beeldende therapie bijdragen aan het welzijn van ouderen met dementie op zorgerv Buiten-Land en hoe kan het geïmplementeerd worden naast het huidige activiteitenaanbod?

Beeldende therapie kan een goede bijdrage leveren aan het verbeteren van het welzijn doordat de cliënten de mogelijkheid wordt geboden om zich via het medium beeldend te kunnen uiten. In deze levensfase waar men zich in bevindt en waarbij de cognitieve functies langzaam verdwijnen, biedt beeldende therapie de mogelijkheid om in contact te blijven. Mensen met dementie kunnen daarbij nog steeds nieuwe dingen aanleren. Het kernbewustzijn blijft nog heel lang intact en is in staat emoties op te halen en te beleven.

De wijze waarop beeldende therapie kan worden aangeboden:

Gestructureerd in een groep (besloten sessies)

Individueel (besloten), en in open sessies in de huiskamer. Het zorgerv heeft een aantal ruimtes die geschikt -te maken- zijn voor de diverse vormen van beeldende therapie. Van de beeldend therapeut wordt verwacht dat deze kan inspelen op de doelgroep en zijn therapeutische beroepshouding daarop laat aansluiten. De beeldende werkvormen dienen daarbij niet om problemen op te rakelen en te verwerken, maar om persoonlijke eigenschappen positief bekrachtigt te zien, te reminisceren, waardoor het zelfvertrouwen en plezier toeneemt. De belevingsgerichte benadering van het zorgerv biedt hierbij aanknopingspunten, er heerst daarbij een ongedwongen sfeer die tot uiting komt in de vrijheid van de cliënt, zelf te kunnen bepalen wat hij of zij wil gaan doen.

De term therapie wordt enkel gebruikt bij de besloten sessies. Deelname aan deze besloten therapiesessies vraagt motivatie van de cliënt en een behandelingsdoel waaraan gewerkt kan worden.

Hoofdstuk 13

Discussie en aanbevelingen

Wat zijn sterke kanten aan het onderzoek en wat zijn minder sterke kanten. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om hierin verbeteringen aan te brengen.

De sterke kanten van dit onderzoek liggen in het specifieke van het onderzoek, het is maatwerkonderzoek geworden voor zorgerv Buiten-Land. Het maakt de verbinding tussen de kenmerken van het gebouw en de omgeving, de doelgroep en diens eigenschappen en het medium met de daarbij horende kenmerken. De familie is geraadpleegd, de verzorging bevraagd, de professionals hebben gesproken. Veel is in kaart gebracht en er is een praktijkproduct 'Binnen-land op Buiten-Land' uit voortgekomen, met werkvormen passend bij deze doelgroep in de fase van hun leven met de ziekte dementie.

Het onderzoek lijkt daarmee op een 0-meting, waarna er verder praktijkonderzoek gedaan kan worden. Dit onderzoek vormt een basis voor praktische evidence based werken met de werkvormen op de onderzoeksvloer van het zorgerv.

In Nederland is er niet erg veel bekend over beeldende therapie voor mensen met dementie op een zorgerv. Uit het onderzoek komt naar voren dat de nadruk toch nog veel ligt op de feitelijke zorg die iemand nodig heeft. Dit onderzoek maakt duidelijk dat er nog veel te ontwikkelen valt op het gebied van zingeving en welzijn voor ouderen met dementie.

Naast dat het maatwerk is, zijn er wellicht andere zorgerven die gebruik zouden kunnen maken van het fenomeen beeldende therapie. Uit onderzoek blijkt dat een zorgverf adequater zorg kan bieden dan die van zorg- en verpleeginstellingen, waarmee er ruimte en aandacht lijkt te zijn voor kwaliteit.

Een minder goede kant aan dit onderzoek is dat er maar één zorgverf onderzocht is en dat het aantal mensen dat aan dit onderzoek heeft meegewerkt beperkt is, waardoor interpretaties van de informatie uit respondenten minder representatief kunnen zijn. Het onderzoek is daarbij gedeeltelijk beschrijvend van opzet en daarmee wellicht wat subjectief.

Een conclusie kan ook zijn dat er geen draagvlak is voor beeldende therapie op het zorgverf, omdat het erf al genoeg afleiding biedt.

Er zijn activiteiten binnen en buiten, waardoor men wellicht geen tijd of motivatie kan opbrengen voor beeldende therapie.

In het onderzoek zijn twee mensen geïnterviewd die actief hebben deelgenomen aan het beeldend aanbod, dat ook staat beschreven in dit onderzoek. Voor anderen kan creativiteit al te ver van hun bed zijn. Het zorgverf kenmerkt zich ook doordat niets hoeft, alles mag.

De inzet van beeldende therapie -met name de besloten sessies- kan daarmee teveel aan structuur zijn voor de cliënten dat niet strookt met hun beleving.

De aanbevelingen heb ik uitgesplitst in drie niveaus; microniveau waarmee de cliënt bedoeld wordt, mesoniveau dat betrekking heeft op de organisatie en macroniveau dat de maatschappij/ maatschappelijke ontwikkelingen betreft.

Microniveau

Er zou per cliënt een 0-meting gehouden kunnen worden naar hun beleving van welbevinden op de levensdomeinen. Interesse in beeldende therapie kan worden geïnventariseerd. Daarna kunnen twee groepen worden gevormd, waarbij één groep beeldende therapie aangeboden krijgt en de ander niet. Naar verloop van een aantal sessies kan weer worden gemeten op het welbevinden.

Per cliënt kan onderzocht worden, waaraan zij plezier ontleent en dit kan omgezet worden in een groeps- of individueel creatief aanbod waar per week aandacht aan kan worden besteed.

Mesoniveau

Voor de uitvoering van beeldende therapie zou een beeldend therapeut kunnen worden aangenomen voor twee halve dagen per week. Voor de praktische uitvoering van een vervolgonderzoek kan ook een vierdejaars student beeldende therapie worden aangetrokken.

Beeldende therapie is maar matig bekend onder cliënten, familie en collega's. Wanneer men beter weet wat het inhoudt, kan men aangeven of het ingezet zou kunnen worden bij hulpvragen voor deze doelgroep. Voorlichting bieden/ maken van folder/ geven van workshops of een klinische les is daarom een middel om de cliënt/ familie en de professional beter te informeren.

Bij een intake van een nieuwe cliënt kan men de interesse/ indicatie voor beeldende therapie bespreken met cliënt en familie en beeldende therapie inzetten voor specifieke hulpvragen.

Binnen het zorgverf Buiten-Land en Beweging 3.0 kan dit onderzoek bijdragen om verder praktijkonderzoek te gaan doen. Dat kan ondermeer door uitvoering van de opdrachten die in het praktijkproduct 'Binnen-Land op Buiten-Land' staan beschreven. Door de effecten hiervan te gaan meten bij de deelnemers, kan er een bijdrage worden geleverd aan evidence-based werken met het medium beeldend in combinatie met deze doelgroep. Er zou een pilot van vijf/ tien bijeenkomsten kunnen worden gehouden op het zorgverf/

verpleeghuis om dit uit te voeren. Op diverse leefdomeinen kan voorafgaande aan de pilot, tussentijds en achteraf worden gescoord op welbevinden van de deelnemers (zie microniveau).

Macroniveau

De komende veertig jaar zal het aantal mensen met een diagnose dementie van het Alzheimerstype stijgen tot een half miljoen. Dat betekent een grote groei van zorgvraag voor de zorgsector. Vanuit diverse onderzoekscentra in Nederland worden er onderzoeken gedaan, maar er is nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten over de inzet van beeldende therapie.

Thuis therapie maakt haar opmars en ook beeldende therapie kan -naast het aanleren van praktische vaardigheden-, in de vorm van thuis therapie worden aangeboden. Doel is om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren. De noodzaak om ouderen met dementie een kwalitatief goed leven te bieden met de juiste zorg en behandeling zal alleen maar groter worden. Meer financiële middelen voor onderzoek en uitvoering zijn hiervoor nodig.

Geraadpleegde bronnen

Artikelen

Sweers, Alexandra
Thuisbegeleiding bij dementie.
Gepubliceerd in Zorg en welzijn ,
nummer 4 februari (2011)

Ruud Dirkse, Roy Kessels, Frans Hoogeveen en Irmgard van Dixhoorn
Onbewuste geheugen verrassend intact
Artikel in Psy, juni 2011 over het boek:
Opnieuw gedaan, oud geleerd
over het lerende vermogen van mensen met dementie.
Uitgeverij Kosmos, (2011)

Frédérique Geerdink
Interview over de beleving van dementie
Gepubliceerd in Plus Magazine (2006)

Onderzoeken

Rachel Lev-Wiesel en Einav Hirschenson-Segev
Alzheimer's disease as reflected in self-figure drawings of diagnosed patients
Gepubliceerd in het blad 'Arts in psychotherapy', (2003)

C. Malchiodi
Understanding children's drawings
Uitgeverij Guilford
New York, (1998)

Simone de Bruin, Simon Oosting, Akke van der Zijpp, Universiteit Wageningen,
Marie-José Enders-Slegers, Universiteit Utrecht
en Jos Schols, Universiteit Tilburg,
The concept of green care farms for older people with dementia,
an integrative framework,
(2010)

Alex Mihailidis, Phd. Eng, Scott Blunsden, PhD, Jennifer Boger, M.A.Sc.P Eng,
Brandi Richards., Ba, MFA, MDER, Kristis Zutis, BSc, Laurel Young, MTA, FAMI, PhD, Jesse Hoey, PhD.
Towards the development of a technology for art therapy and dementia
Definition of needs and design constraints
Gepubliceerd The arts in psychotherapy nummer 37, (2010)

Jessica Woolhiser,
Collage as a therapeutic modality for reminiscence in patients with dementia
Gepubliceerd in Art therapy; Journal of the art therapy association, nummer 27, (2010)

Celine Schweizer,
Verschil moet er zijn
Oorspronkelijk is het een onderzoek naar verschillen in behandelen en begeleiden van kinderen met behulp van spel- en kunstzinnige middelen door de creatief therapeut en de creatieve agogisch werker.
(Celine Schweizer heeft haar stuk aangepast voor het symposium in IJsselstein)
www.celineschweizer.nl
(2007-2008)

Kathleen B. Kahn-Denis,
Art therapy with geriatric dementia clients
Gepubliceerd in Art therapy, journal of the American art therapy association,
nummer 14, (1997)

Jennifer M. Kinney, department of sociology and gerontology, Miami University, Oxford, Ohio
Clarissa A. Rentz, Alzheimer's association of greater Cincinnati, Ohio
Observed well-being among individuals with dementia:
Memories in the Making©, an art program, versus other structured activity.
(2005)

Literatuur

Drs. F.M.J. Alkema, drs. M.M. Blom, drs. M. Kootte, prof. dr. D.H. Sipsma
Dementeren: ziekte en zorg
Uitgeverij Van Gorcum & Comp. Bv.
(2001)

American Psychiatric Association
Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de
DSM IV-TR (bureau-editie),
Harcourt book publishers,
Derde druk, (2000)

Baarda, De Goede en Teunissen
Basisboek kwalitatief onderzoek
Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van een kwalitatief onderzoek
Uitgeverij Wolters-Noordhoff, Groningen
Tweede druk, (2005)

Frans Beelen, Marianne Oelers
Interactief,
Creatieve therapie met groepen
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Houten, tweede druk, (2004)

Marie-Elize van den Brandt-van Heek en Wout Huizing
Mijn leven in fragmenten
Met dementerenden in gesprek over hun leven
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Houten, (2009)
Bevat boek en kaarten

Ellen Budde
Wat woorden niet kunnen zeggen,
Creatieve middelen in begeleiding en hulpverlening
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Houten, Diegem, (2000)

Antonio R. Damasio
Ik voel dus ik ben,
Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen
Wereldbibliotheek, (2009)

Suzanne Haeyen
Niet uitleven maar beleven,
Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Houten, (2007)

Jill Hayes, Sarah Povey
The creative arts in dementia care,
Practical person-centered approaches and ideas
Jessica Kingsley Publishers,
London, Philadelphia, (2011)

Anthea Innes en Karen Hatfield (redactie)
Healing arts therapies and person-centered dementia care
uitgeverij Jessica Kingsley,
Groot-Brittannië, (2002)

Johannes Itten
Kleurenleer,
Uitgeverij Cantecleer, de Bilt
Achtste druk, (1984)

Hans van Keken
Voor het onderzoek
Het formuleren van een probleemstelling
Uitgeverij Boom
Tweede druk, (2006)

Cora van der Kooij
Gewoon lief zijn?
Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie
Uitgeverij Lemma
Utrecht, (2002)

Redactie Bere Miesen, Maritza Alewijn, Cees Hertogh, Fokje de Groot, Marijk van Wetten
Leidraad psychogeriatric,
Beter doen/ meer weten

Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Houten/Mechelen, (2003)

Redactie Bere Miesen, Maritza Alewijn, Cees Hertogh, Fokje de Groot, Marijk van Wetten
Leidraad psychogeriatric, Scherper zien
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Houten/Mechelen, (2003)

Henk T. van der Molen, Sandra Perreijn, Marcel A. van den Hout
Klinische psychologie, Theorieën en psychopathologie
Uitgeverij Wolters-Noordhoff, Groningen
Tweede druk, (2007)

Karl H. Pfenninger, Valerie R. Shubik, Bruce Adolphe (redactie)
The origins of creativity
Uitgeverij Oxford University press
Groot-Brittannië, (2001)

Sijtze de Roos
Diagnostiek en planning in de hulpverlening, Een dynamische cyclus
Uitgeverij Coutinho
Bussum, vierde druk (2008)

Eindredactie Celine Schweizer
Uit de verf
Handboek beeldende therapie
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Houten, (2009)

Henk Smeijsters
Handboek voor creatieve therapie
Uitgeverij Coutinho
Bussum, derde druk, (2008)

Daniel N. Stern
The interpersonal World of the infant, A view from psychoanalysis and developmental psychology
Uitgeverij Karnac Books, London, (1985)

Ronald W. Toseland, Philip McCallion
Contact houden met dementerende ouderen, Een cursus voor verplegenden, verzorgenden en familieleden.
Docentenhandleiding
Uitgeverij Koninklijke van Gorcum, Assen, 2002

Anke Voorwinden-Duurkoop
Grijs bekennt kleur
Beeldende creatieve therapie in de ouderenpsychiatrie.
Uitgeverij Pheadon,
Culemborg, (1994)

Media

Mariëlle Beers
Goedemorgen Nederland, Radio 1,
Reportage over dementie
Uitgezonden op 15 april 2011

Reportage van Megan Marcus, NBC News
Meet me at Moma, kunstkijken met ouderen met dementie,
<http://www.youtube.com/watch?v=Q5LAvzN-VXo&feature=related>
(jaartal onbekend)

Website Alzheimer association
www.alz.org

Website Beweging 3.0,
www.beweging3.nl

Website News medical,
<http://www.news-medical.net>

Website zorgerv Buiten-Land,
www.buiten-land.nl

Website validation
www.validation-nederland.nl

Naslagwerken

Clïëntendossiers op locatie zorgerv Buiten-Land te Nijkerk

Praktische informatie over Zorgerv Buiten-Land
Yvonne en rené vander Leest
Annie Nederhand
(jaartal inbekend)

Verslagen gemaakt tijdens mijn therapiestage
bij kliniek Amstelmere, Amstelveen,
Onderdeel van GGz InGeest,
afdeling Ouderenpsychiatrie,
Studiejaar 2009/2010

en mijn tweedejaars stage
bij Zonnehoeve, Hilversum
Onderdeel van Hilverzorg
Studiejaar 2008/2009

Tijdschrift voor Vaktherapie
Geraadpleegd nummers/ inhoudsopgaven vanaf 1971
www.vaktherapie.nl

Interviews e.d.

Interview met Ineke Overtoom
Beeldend therapeut GGz inGeest
Maandag 2 mei 2011, te Amstelveen

Interview met Ingrid van de Ven
Psycholoog bij Beweging 3.0
Vrijdag 1 april 2011, te Nijkerk

Interview met A, cliënte op zorgerf Buiten-Land
Interview met J, cliënt op zorgerf Buiten-Land
Beiden op 18 april 2011
Locatie Buiten-Land te Nijkerk

Studiedag Hogeschool Utrecht,
Rouw en hechting
Georganiseerd door studenten van de minor
Beroepsmatig omgaan met rouw- en verliessituaties
Bijgewoond op dinsdag 11 januari 2011
Uithof, Utrecht

Bijlage 1

Informatie voor bezoekers en contactpersonen van het zorgerf

Toelichting:

Deze informatie is bedoeld voor bezoekers en contactpersonen van het Zorgerf.

Het eerste deel bestaat uit praktische zaken rondom het Zorgerf. Een deel van de informatie is al tijdens het intake-gesprek besproken. U kunt deze informatie nog eens rustig thuis lezen en bewaren als naslagwerk.

In het tweede deel zijn de uitgangspunten van het Zorgerf beschreven; waar staan wij voor?

Het laatste deel bestaat uit een pagina waarin wij uw aandacht vragen voor het reanimatie beleid en de gevaren en risico's op het Zorgerf.

Als bijlage is een overeenkomst bijgevoegd. We willen u vragen deze te ondertekenen en aan ons terug te sturen.

Praktische informatie Zorgerf Buiten-land

Openingstijden en bereikbaarheid Zorgerf

Het Zorgerf is op werkdagen van 8:45 tot 16:45 uur te bereiken op telefoonnummer **033 -2987300**.

Tussen 8:45 en 10:00 uur zijn er geen bezoekers aanwezig en hebben wij meer tijd om u te woord te staan. Mocht het nodig zijn dan kunt ons natuurlijk ook gedurende de dag bereiken. U kunt ook een e-mail sturen: **info@buiten-land.nl**

Yvonne van der Leest (mede-eigenaar Zorgerf) is op werkdagen, behalve dinsdag(!), bereikbaar op **06-55966617**.

In de avonden en weekend zijn wij alleen bereikbaar voor zaken die niet tot de volgende ochtend resp. tot na het weekend kunnen wachten (06-55966617).

beweging 3.0

Wij werken samen met Beweging 3.0 (B3.0), een grote zorgondernemer in deze regio. Samen zorgen wij voor een deskundige behandeling.

Vervoer

Alle bezoekers worden thuis opgehaald met de taxi en aan het eind van de dag thuisgebracht.

Rond 10:00 uur komt iedereen op het Zorgerf aan. Hoe laat u thuis wordt opgehaald, hangt af van de route die de taxi rijdt en de afstand tot het Zorgerf. Rond 16:00 uur gaat iedereen weer met de taxi naar huis.

Het taxibedrijf Klompgroep geeft u de eerste dag informatie over de gang van zaken rondom het vervoer (aan-en afmelden etc).

Globaal verloop van de dag

De dag beginnen we met koffie en thee in één van de kamers in huis, bij mooi weer natuurlijk buiten in het zonnetje.

Dagelijks gaan er diverse bezoekers mee de dieren voeren, buiten met hond Jill wandelen of in de moestuin werken. Anderen helpen mee met koken of doen huishoudelijke activiteiten. Er zijn ook bezoekers die het fijn vinden om met elkaar te praten, wat te lezen, het nieuws door te nemen, boeken door te bladeren of samen een spelletje te doen.

Rond 12:30 uur gaan we aan tafel. De dagelijkse maaltijd bereiden we zelf en zoveel mogelijk met voedsel uit de eigen moestuin. Op het dagelijkse menu staat: soep, de hoofdmaaltijd en een toetje. Vanzelfsprekend eten we met de seizoenen mee; erwtensoep en stamppot in de winter, sla, andijvie in de zomer.

's Middags drinken we weer koffie en thee met elkaar.

We hebben dus een aantal vaste activiteiten en momenten die dagelijks terugkomen. De andere activiteiten hangen af van het seizoen en waar behoefte aan is. We vinden het belangrijk dat iedereen een leuke dag heeft. Dit betekent dat de één heel actief is en een ander het heerlijk vindt om gezellig wat te praten in het zonnetje of bij de open haard.

Ons motto is: `Niets hoeft, alles mag!`.

Communicatieboekje

Alle bezoekers krijgen een boekje mee waarin wij schrijven wat hij of zij gedaan heeft, wat we gegeten hebben en eventuele bijzonderheden. U kunt hier ook in schrijven als u bijzonderheden heeft of als u iets leuks wilt vertellen over wat er voorgevallen is.

Medicatie

Sommige bezoekers krijgen medicatie tussen de middag. Wij helpen ze hier aan herinneren. Bij de intake wordt om een actuele medicatielijst gevraagd. Mochten er wijzigingen in de medicatie zijn, stel ons dan a.u.b. op de hoogte!

Rusten

Na de maaltijd is er de mogelijkheid om te rusten. Dit kan op bed (wij hebben 2 bedden), op de bank of in een ruststoel.

Ziekte

Als er iemand ziek wordt in de loop van de dag op het Zorgterf dan bellen wij altijd naar huis. We bekijken dan of het mogelijk is dat de zieke wordt opgehaald.

Open

Het zorgterf is het hele jaar op doordeweekse dagen geopend. De feestdagen zijn wij gesloten. Bij afwijking hiervan zult u altijd tijdig op de hoogte worden gesteld.

Aanspreekpunt bezoekers en familie

Alle bezoekers krijgen een medewerker toegewezen die voor hem of haar en de familie het eerste aanspreekpunt is. We noemen dit de 'Eerst Verantwoordelijk Verzorgende' (EVV-er). Deze medewerker regelt zoveel mogelijk de zorg rondom de bezoeker en is dan ook het beste op de hoogte van de betreffende bezoeker. Voor in het communicatieboekje staat wie uw EVV-er is.

Behandeling

Van elke bezoeker houden wij een *dossier* bij, een zogenaamd *zorgleefplan*. Hierin zitten alle gegevens van de bezoeker zoals; het intakeverslag en de administratieve gegevens.

In het zorgleefplan beschrijven wij ook waar iemand behoefte aan heeft en de belangrijkste aandachtspunten en afspraken. Hier kan bijvoorbeeld in staan dat iemand het fijn vindt om op een vaste plek te zitten, moeite heeft om zich te oriënteren of graag meehelpt met koken. Tevens staan hier ook -indien van toepassing- de dagelijkse oefeningen vanuit de fysiotherapie, medicatiegebruik en valgevaar in. Dagelijks rapporteren wij aan de hand van deze punten, hoe het gegaan is.

Na een observatieperiode van 6 weken vindt het eerste *zorgleefplan-overleg* plaats. Voor het allereerste overleg wordt er een kort *lichamelijk onderzoek* gedaan. Tevens wordt in het eerste en in elk volgend overleg met een vragenlijst een *korte geheugentest* afgenomen. Zowel het lichamelijke onderzoek als de geheugentest wordt afgenomen door Yvonne van der Leest. Zij is hiervoor opgeleid.

Bij dit overleg zijn aanwezig: de directe medewerker(s) van het Zorgerf, de specialist ouderengeneeskunde of de psycholoog en soms ook de fysiotherapeut. De eerste contactpersoon is ook welkom bij dit overleg.

Het overleg vindt plaats aan de hand van het verslag dat de EVV-er geschreven heeft. Zij schrijft dit verslag op basis van informatie van de bezoeker zelf, de eerste contactpersoon, evt. thuiszorg of case-managers en op basis van hoe wij de bezoeker ervaren op het Zorgerf. U kunt dit verslag ook inzien.

Na dit overleg wordt de eerste contactpersoon, indien u niet aanwezig bent geweest, gebeld en geïnformeerd over datgene wat besproken is. Vervolgens vindt er elk half jaar een zorgleefplan-overleg plaats en indien nodig vaker.

Kapper en pedicure

Het is mogelijk om op het zorgerf naar de kapper en de pedicure te gaan. Zij werken ambulant en komen op afspraak. Wij hebben voor u, indien gewenst, een brief met informatie over de pedicure en de kapster.

Klachten

Kwaliteit staat bij ons hoog in ons vaandel. Wij staan altijd open voor zaken die voor verbetering vatbaar zijn. Dus mocht u suggesties of verbeterpunten hebben, dan horen wij dit graag!

Uitgangspunten Zorgerf Buiten-Land

Wij willen u ook wat vertellen over de uitgangspunten van het zorgerf, waar staan wij voor?

Wij staan voor: 'Dagbehandeling op een buitenplek met een hoogwaardige kwaliteit'. Dit houdt in dat alle medewerkers bij ons goed zijn opgeleid en deskundig zijn in het werken met mensen met dementie. Samen met Beweging 3.0 dragen we zorg voor een deskundige behandeling met een multidisciplinaire aanpak. Een specialist oudere geneeskunde, een psycholoog, fysiotherapeut, logopediste en een nurse practitioner zijn betrokken bij de besprekingen en kunnen indien nodig -ook preventief- worden ingezet.

Wij vinden het belangrijk om te werken vanuit de laatste *wetenschappelijk inzichten*. Van voldoende beweging, licht, buiten zijn, sociale contacten en wisselende activiteiten, is bekend dat dit een positief effect heeft. Al deze aspecten zijn in ruime mate aanwezig op het Zorgerf.

We gaan uit van *belevingsgerichte zorg*. Dit houdt in dat we de wensen en behoeften van de individuele bezoeker centraal stellen. We gaan hierbij uit van wat mensen nog kunnen en waar zij zich prettig bij voelen. Dit alles onder het motto; "Niets hoeft, alles mag!". Natuurlijk stimuleren wij mensen tot activiteiten en contact. Maar als iemand duidelijk aangeeft het heerlijk te vinden om alleen op het erf rond te lopen of de hele morgen te puzzelen, dan is dit ook prima.

Activiteiten zijn erop gericht dat de bezoekers zich *nuttig en nodig voelen*. Wij zijn gericht op dat wat iemand nog kan, waardoor we het *gevoel van eigenwaarde stimuleren*. Thuis kan iemand bijvoorbeeld niet meer koken omdat dit gevaarlijk is, op het zorgerf kan dit onder begeleiding wel. Waardoor iemand complimenten krijgt en zich trots voelt. We sluiten met de activiteiten aan op de belevingswereld van de bezoekers. Dit komt terug in de inrichting van het huis, maar ook in het telen

van 'vergeten' groenten en ook de dieren behoren tot de oude rassen (zoals de Lakenvelder koeien en het Belgisch trekpaard).

Met elkaar zorgen wij voor een *huiselijke sfeer*. Dit komt –zoals reeds genoemd- terug in de inrichting van het huis, maar ook in de wijze waarop wij met elkaar omgaan. We vinden het belangrijk dat iedereen gerespecteerd wordt en we stimuleren zorg en aandacht voor elkaar.

Het Zorgerf kenmerkt zich, tot slot, door een groot gevoel van *vrijheid en ongedwongenheid*. In het huis zijn diverse ruimtes beschikbaar. Daardoor kan een ieder de ruimte opzoeken waar hij of zij zich prettig voelt. Het huis is open en ook het erf en de tuinen zijn open. Bezoekers kunnen wandelen op het terrein of daarbuiten. De ongedwongenheid zit hem vooral in de vrijheid zelf te kunnen bepalen wat hij of zij wil gaan doen.

Medisch Beleid en Verantwoordelijkheid Zorgerf

Deze informatie is bedoeld om helderheid te geven rondom de medische zorg voor bezoekers tijdens verblijf op het Zorgerf. Drie belangrijke punten worden toegelicht:

1. Wat er gebeurt als iemand ziek wordt of zich een ongeval voordoet tijdens verblijf op het Zorgerf.
2. Onze visie op en beleid ten aanzien van reanimatie.
3. Gevaren en risico's rondom het Zorgerf

1. Medische zorg op het Zorgerf

Wanneer een bezoeker ziek wordt of gewond raakt tijdens zijn of haar verblijf op het Zorgerf wordt de familie ingelicht.

Daarnaast wordt er indien nodig telefonisch contact opgenomen met de huisarts of met de specialist ouderengeneeskunde van Beweging3.0. Bij een acuut bedreigende situatie wordt er een ambulance gebeld of andere passende acties getroffen.

2. Het reanimatiebeleid van het Zorgerf

Onder reanimatie wordt verstaan: het geven van hartmassage en mond-op-mondbeademing bij mensen met een hart- en/of ademstilstand.

Beleid Zorgerf ten aanzien van reanimatie:

Er wordt in principe **niet** gereanimeerd op het Zorgerf.

Dit beleid komt voort uit de ervaring en wetenschap dat reanimatie in het algemeen, buiten een ziekenhuis ingezet, een matige prognose heeft. Hersenaandoeningen (waaronder dementie) beïnvloeden de kans op een succesvolle reanimatie in negatieve zin. Dit geldt ook voor het gelijktijdig aanwezig zijn van meerdere ziektebeelden waarbij de algehele lichamelijke conditie matig is.

Indien er **wel** sprake is van een reanimatiewens dan is het van groot belang dat u dit zo snel mogelijk bekend maakt bij het Zorgerf. Hiervoor kan een verklaring worden opgevraagd bij het Zorgerf.

3. Gevaren en risico's Zorgerf

Hoewel wij op het Zorgerf de gevaren en risico's zoveel mogelijk beperken, zijn er aan het verblijf op het Zorgerf ook een aantal risico's verbonden. De belangrijkste noemen wij hier:

- Het huis en het terrein van het Zorgerf is open. Dit houdt in dat bezoekers zelfstandig het erf af kunnen om te wandelen. Als de situatie er om vraagt, dan houden wij bezoekers extra in de gaten en gaan zij alleen 'samen' wandelen. Het erf en het huis blijven echter open, wat inhoudt dat wij risico's –als gevolg daarvan- niet geheel kunnen uitsluiten.
- Op het Zorgerf zijn veel dieren, die wij samen met de bezoekers verzorgen. Tevens maken wij regelmatig huifkartochten. Hoewel wij dit op een zo veilig mogelijke manier doen, kunnen wij niet uitsluiten dat dit risico's met zich mee brengt.
- Wij stimuleren dat mensen in beweging komen, op het erf rondwandelen en actief zijn. Dit brengt mogelijk een verhoogd valrisico met zich mee. Wij laten de fysiotherapeut bij alle bezoekers een inschatting maken van het valrisico en volgen zijn advies op bijvoorbeeld gebruik rollator of afstand van de wandeling.

Mochten er naar aanleiding van bovenstaande informatie vragen zijn dan kunt u zichten wenden tot Yvonne van der Leest.

Opgesteld door:

- Annie Nederhand <Specialist Ouderengeneeskunde Beweging 3.0>;
- Yvonne en Rene van der Leest <Nurse Practitioner en Eigenaren Zorgerf>.

Bijlage 2

*Brief voor familieleden/ vrienden/ mantelzorgers van cliënten
Alinea's zijn aangepast en ingekort, de tekst zelf is intact overgenomen*

Utrecht/ Nijkerk, 21 maart 2011

Geachte familieleden, mantelzorger(s) van _____

Uw familielid/vriend(in) is cliënt(e) bij *Zorg-erf Buiten-land*, voor één of meerdere dagen per week.

Sinds eind december 2010 ben ik als stagiaire verbonden aan *zorgerf Buiten-land*.

Het doel is mede om afstudeeronderzoek te doen voor mijn studie Creatieve Therapie, beeldend. Deze studie volg ik aan de Hogeschool te Utrecht. Voor meer informatie daarover kunt u onderstaande site bezoeken.

<http://www.amersfoort.hu.nl/Onderwijsaanbod/Creatieve%20Therapie%20deeltijd%20Amersfoort.aspx>

Mijn -voorlopige- onderzoekvraag betreft de behoefte voor inzet van Creatieve therapie beeldend op een zorgerf, zoals *Buiten-land*. Dit zal ik vanuit verschillende kanten onderzoeken. Eén daarvan is om familieleden/mantelzorgers van cliënten te bevragen.

Mijn verzoek aan u is, of u bereid bent deel te nemen aan dit onderzoek. Het zal dan gaan om het invullen van een vragenlijst. Deze zal ik te zijner tijd meegeven bij het logboek van uw familielid/ vriend, of kan per e-mail aan u worden gemaild. Ik zal dan ook meer informatie meesturen over creatieve therapie beeldend.

Daarnaast wil ik graag met een aantal cliënten vragen doornemen met betrekking tot dit onderzoek. Dit zal op het *zorgerf Buiten-land* zelf plaatsvinden, en neemt dan ongeveer 20 minuten in beslag.

U kunt hieronder aankruisen of uzelf, of uw familielid/vriend(in) wel of niet deelneemt.

- ☐ Ik wil zelf **wel** deelnemen aan dit onderzoek
- ☐ Ik wil zelf **niet** deelnemen aan dit onderzoek
- ☐ Ik geef **wel** toestemming dat mijn familielid/vriend(in) op *Buiten-land* bevraagd kan worden voor dit onderzoek
- ☐ Ik geef **geen** toestemming dat mijn familielid/vriend(in) op *Buiten-land* bevraagd kan worden voor dit onderzoek

Indien u digitaal wilt deelnemen, kunt u hier uw e-mailadres vermelden.

_____ @ _____

Voor vragen over dit onderzoek kunt u mij mailen of bellen, hieronder vindt u mijn gegevens.

Met vriendelijke groet,

Janny de Bruin

Janny.debruin@student.hu.nl

06-403 781 35/ 030 223 11 40

Bijlage 3

Vragenlijst aan familieleden

Beste meneer, mevrouw,

Ik stel het zeer op prijs dat u wilt meewerken aan het onderzoek.

Bij deze stuur ik u de vragenlijst ten behoeve van dit onderzoek. Het onderzoekthema betreft de eventuele plaats van een beeldend therapeut binnen eenzorgerf, zoals Buiten-land. Uw antwoorden zullen anoniem voor dit onderzoek worden gebruikt.

De vragenlijst heeft een negental open vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord schrijven. (In de bijlage vindt u informatie over beeldende therapie, behorend bij vraag 3)

Vraag 1

Uw familielid/vriend(in) bezoektzorgerf Buiten-land, sinds wanneer, en voor hoeveel dagen per week?

Vraag 2

Wat is/zijn de belangrijkste reden(en) dat hij/zij opzorgerf Buitenland komt?

Vraag 3 (wilt u a.u.b. eerst de bijlage over beeldende therapie lezen?)

Wat is uw ervaring met Beeldende therapie? Dit kan uw eigen ervaring zijn, die van uw familielid, van een kennis etc.

Vraag 4

Wat is uw mening of zijn uw ideeën over Beeldende therapie?

Vraag 5

Zou Beeldende therapie uw familielid/vriend(in) kunnen ondersteunen?

Omdat,

Vraag 6

Om welke specifieke hulpvragen/problemen zou het dan ook kunnen gaan?

Vraag 7

Krijgt uw familielid/vriend(in) op dit moment op een ander wijze behandeling bij deze hulpvragen/problemen?

Indien ja, waar/bij wie?

Hierbij nog een tweetal korte vragen

Bent u zelf een man/vrouw

Wat is uw geboortejaar

En tot slot,

Heeft u nog opmerkingen of vragen, dan kunt u deze hier opschrijven,

Dank u wel voor uw medewerking,

Voor vragen over deze vragenlijst of het onderzoek kunt u mij mailen of bellen.
Hieronder vindt u mijn gegevens.

Met vriendelijke groet,

Janny de Bruin

Janny.debruin@student.hu.nl

06-403 781 35/ 030 223 11 40

Bijlage 4

Informatie over beeldende therapie voor familie en medewerkers

Informatie Beeldende therapie

Beeldende therapie is een non-verbale vorm van therapie. Creatieve therapie is daarmee geen 'praattherapie'.

"Een beeldend therapeut helpt mensen met problemen/ hulpvragen met behulp van beeldende werkvormen op professionele wijze.

Mensen kunnen in hun dagelijkse leven tegen zaken aanlopen die hun leven bemoeilijken en waar ze niet goed raad mee weten.

Met behulp van beeldend materiaal, zoals klei, hout, draad, krijt, kwast of verf helpt de beeldend therapeut de cliënt zich te uiten. De vormgeving van de problematiek in beeldende materialen draagt vaak bij aan het verwerken en/of anders leren omgaan met de problematiek, zodat de persoon beter uit de verf komt in het dagelijkse leven".

(uit Handboek beeldende therapie, 'uit de verf' onder eindredactie van Celine Schweizer, 2009)

Voor beeldende therapie is het zeker niet noodzakelijk dat mensen creatief zijn of zijn geweest. Het belangrijkste is dat met het materiaal belangrijke onderwerpen kunnen worden verbeeld. De *manier waarop* het beeld wordt gevormd en de *betekenis die een persoon eraan geeft*, is het belangrijkste bij beeldende therapie.

Hieronder ziet u twee voorbeelden die gemaakt zijn tijdens mijn therapiestage voor de studie beeldende therapie.



Een samenwerkingsopdracht.

Doelgroep: psychogeriatrische ouderen deeltijdbehandeling



Individuele opdracht met thema 'situatie nu en in de toekomst'.

Doelgroep: volwassenen deeltijdbehandeling kliniek

(Beide foto's zijn afkomstig van mijn therapiestage bij GGz Ingeest in 2009/2010)

Bijlage 5

Vragenlijst voor medewerkers

Beste medewerker bij Zorgerf Buiten-Land,

Ik stel het erg op prijs dat je wilt meewerken aan het onderzoek.

Bij deze stuur ik je de vragenlijst ten behoeve van dit onderzoek. Het onderzoekthema betreft de eventuele plaats van een beeldend therapeut binnen een zorgerf, zoals Buiten-land. Je antwoorden zullen anoniem voor dit onderzoek worden gebruikt.

Je kunt onder de vraag je antwoord schrijven. (In de bijlage vind je informatie over beeldende therapie, behorend bij vraag 3)

Vraag 1

Je werkt bij zorgerf Buiten-land, sinds wanneer, en voor hoeveel dagen per week?

Vraag 2

Welke opleiding(en) heb je gevolgd?

Vraag 3 (wil je a.u.b. eerst de bijlage over beeldende therapie lezen?)

Wat is je eigen ervaring met Beeldende therapie? Dit kan van jou persoonlijk zijn, die van een familielid, van een kennis, eerder opgedane werkervaring, etc.

Vraag 4

Wat is je mening of zijn je ideeën over Beeldende therapie?

Vraag 5

Zou Beeldende therapie de cliënten van zorgerf Buiten-land kunnen ondersteunen?

Omdat,

Vraag 6

Om welke specifieke hulpvragen/problemen zou het dan kunnen gaan?

Hoe worden deze problemen nu behandeld?

Vraag 7

Om hoeveel cliënten van zorgverf Buiten-land zou het dan ongeveer gaan?

En tot slot,

Heb je nog opmerkingen of vragen, dan kun je deze hier opschrijven,

Dank je wel voor je medewerking,

Voor vragen over deze vragenlijst of het onderzoek kun je mij mailen of bellen.
Hieronder mijn gegevens.

Met vriendelijke groet,

Janny de Bruin

Janny.debruin@student.hu.nl

06-403 781 35/ 030 223 11 40

Bijlage 6

Ingevulde Vragenlijst familieleden/ mantelzorgers

Aan 15 cliënten is de verzoekbrief meegegeven voor het thuisfront. Zeven personen hebben aangegeven te willen deelnemen aan het onderzoek en uiteindelijk zijn er 4 vragenlijsten schriftelijk of per email ingevuld en retour gestuurd naar de onderzoeker. De geschreven vragenlijsten heb ik integraal overgeschreven in deze bijlage.

Vraag 1

Uw familielid/vriend(in) bezoekt zorgverf Buiten-land, sinds wanneer, en voor hoeveel dagen per week?

Eén van de respondenten heeft een familielid die sinds 2009 het zorgverf bezoekt en 3 personen sinds 2010, respectievelijk april, augustus en september.

2 cliënten zijn voor 2 dagen per week op het zorgverf en twee bezoeken het zorgverf 3 dagen per week.

Vraag 2

Wat is/zijn de belangrijkste reden(en) dat hij/zij op zorgerf Buitenland komt?

De antwoorden die men opschreef waren de volgende:

'... om mij wat rust te geven, mijn man heeft Alzheimer'

'Hij heeft de ziekte van Alzheimer en is een echte buitenman en vindt het gezellig onder de mensen'

'om onder de mensen te komen en mij als mantelzorger te ontlasten'

'dementeert en heeft zorg nodig, omdat zij nog zelfstandig woont'

Vraag 3 (wilt u a.u.b. eerst de bijlage over beeldende therapie lezen? (bijlage 3 in het onderzoek)

Wat is uw ervaring met Beeldende therapie? Dit kan uw eigen ervaring zijn, die van uw familielid, van een kennis etc.

De helft van de respondenten heeft geen ervaring met beeldende therapie

De anderen geven de volgende antwoorden:

' Ervaring van een vriendin dat het heilzaam kan werken en kan helpen bij uitingen'

' Mijn moeder vindt het erg leuk om te knutselen'

Vraag 4

Wat is uw mening of zijn uw ideeën over Beeldende therapie?

50% heeft geen idee, of de vraag met een streepje beantwoord.

De overige 50% antwoordt het volgende:

'Ik schilder zelf erg graag en ervaar dat helemaal "los" kunt komen. Zeker voor mensen die zich verbaal niet of niet meer goed kunnen uiten zou 't een oplossing, een therapie kunnen zijn!'

'Goede manier om mensen bezig te laten zijn. Een gevarieerd programma aanbieden helpt mensen zo lang mogelijk alert te blijven'

Vraag 5

Zou Beeldende therapie uw familielid/vriend(in) kunnen ondersteunen?

Omdat,

Eén persoon vult deze vraag niet in, bij omdat, 'Hij doet daar toch niet aan niet aan mee, hij is zeer eigenwijs!'

Eén persoon geeft aan 'mogelijk wel' en vult bij omdat, niets in

Eén persoon vult in 'mogelijk wel, altijd het proberen waard' Omdat, 'hij vroeger wel graag plaatjes inkleurde bv. Van Ollie B. Bommel'

Eén persoon antwoordt met 'Zeker', omdat, 'het een mooie manier is om actief te blijven en mee te doen'.

Vraag 6

Om welke specifieke hulpvragen/problemen zou het dan ook kunnen gaan?

Eén persoon heeft een streep onder de vraag gezet

Eén persoon antwoordt met een '?'

Eén persoon antwoordt; 'geen hulpvraag of probleem, maar een vorm van uiting!'

Eén persoon antwoordt; 'activeren van de hersenen'

Vraag 7

Krijgt uw familielid/vriend(in) op dit moment op een ander wijze behandeling bij deze hulpvragen/problemen?

Twee personen antwoorden met 'Nee'

Eén persoon heeft een streep onder de vraag gezet

Eén persoon antwoordt met; 'Ja,

Indien ja, waar/bij wie?

Eén persoon antwoordt met; 'casemanager' en de naam van de casemanager

Hierbij nog een tweetal korte vragen

Bent u zelf een man/vrouw

De respondenten zijn één man en drie vrouwen

Wat is uw geboortejaar

Het geboortejaar van de respondenten; 1962, 1946, 1930 en 1925.

Heeft u nog opmerkingen of vragen, dan kunt u deze hier opschrijven,

Een persoon schrijft; 'wie geeft dan beeldende therapie?'

Eén persoon schrijft; 'Iemand die nooit iets op gehad heeft met creatieve uitingen, kan door 't zien van anderen die bv. schilderen, zelf aangezet worden en er dan misschien toch plezier aan beleven!'

Bijlage 7

Ingevulde vragenlijst collega's.

Aan twee collega's met wie ik samen heb gewerkt heb ik ook een korte vragenlijst meegestuurd, hieronder de antwoorden die zij hebben gegeven. Ik heb de antwoorden integraal overgenomen.

Vraag 1

Je werkt bij zorgverf Buiten-land, sinds wanneer, en voor hoeveel dagen per week?

- Sinds juni 2009, voor twee dagen per week
- Juni 2009, ben begonnen met 1 dag in de week en werk nu 2 dagen in de week

Vraag 2

Welke opleiding(en) heb je gevolgd?

- LHNO, INAS, 1 jaar Z-Verpleegkundige, Ziekenverzorgende
- Ik ben begonnen als verzorgende en heb vervolgens de opleiding voor activiteitenbegeleiding gedaan

Vraag 3 (wil je a.u.b. eerst de bijlage over beeldende therapie lezen?)

Wat is je eigen ervaring met Beeldende therapie? Dit kan van jou persoonlijk zijn, die van een familielid, van een kennis, eerder opgedane werkervaring, etc.

- Ik heb geen ervaring met Beeldende therapie
- Eerlijk gezegd weinig in de zin van concrete ervaring. Heb er in de opleiding veel van gehoord, gelezen etc. heeft altijd wel mijn interesse gehad. Vind het zelf fijn om beeldend bezig te zijn, maar bekijk dit niet altijd vanuit de beeldende therapie.

Vraag 4

Wat is je mening of zijn je ideeën over Beeldende therapie?

- Als ik jouw bijlage lees en de theorie die ik erover heb gehad in het verleden, dan zie ik zeker een meerwaarde. Ik denk dat mensen door deze vorm van therapie zich op een andere manier kunnen uiten. Naast gesprekken ook met hun handen hun gevoelens kunnen uiten.
- Ik vind de ervaring die ik nu op doe, door dat ik jou zie werken hier, heel positief. Soms zie ik dat het moeilijk is om het vast te houden. De mensen haken af, en kunnen soms moeilijk gestimuleerd worden. Maar zodra er aan tafel gewerkt wordt, wekt dit nieuwsgierigheid en schuiven ze toch aan. En pakken het dan zelf op.

Vraag 5

Zou Beeldende therapie de cliënten van zorgverzekering Buiten-land kunnen ondersteunen?

- Ja!
- Jazeker.

Omdat,

- Ook bij dementerenden deze vorm een extra uiting van creativiteit en gevoelens kunnen zijn.
- Er veel mensen zijn die zich d.m.v. creatief bezig zijn beter kunnen uiten. Beter als met woorden.

Vraag 6

Om welke specifieke hulpvragen/problemen zou het dan kunnen gaan?

- Dat is een lastige vraag waar ik niet echt een antwoord op weet
- Het verwerkingsproces b.v. van hun ziekteverloop. Velen kunnen dit zelf ook aangeven dat dit moeilijk en pijnlijk voor hen is.

Hoe worden deze problemen nu behandeld?

- Geen antwoord
- Doordat er veel over gesproken wordt, zowel met begeleiders als wel met medebezoekers, hopen we ze tot steun te zijn. Zonodig wordt er hulp ingeroepen van de psycholoog voor evt. gesprekken en anders ondersteuning en adviezen voor ons.

Vraag 7

Om hoeveel cliënten van zorgverzekering Buiten-land zou het dan ongeveer gaan?

- Geen antwoord
- Vind ik moeilijk te zeggen, denk dat niet iedereen open staat voor beeldende therapie. Maar toch bleek wel dat vaak de bezoekers waarvan je het soms niet verwachtte, toch aanschoven en na afloop aangaven het ontzettend plezierig te hebben gevonden.

En tot slot,

Heb je nog opmerkingen of vragen, dan kun je deze hier opschrijven,

- Ik zie wat jij tot nu toe hebt gedaan in de huiskamer groep, dat bezoekers op een andere manier bezig zijn als wij gewend zijn en dat ze trots zijn op wat gemaakt is!
- Bedankt voor al je leuke, gezellige en vooral leerzame uurtjes hier op het Zorgerf. Misschien kun je ons wat meer aanknopingspunten bieden waar wij weer me aan het werk kunnen hier op het Zorgerf. Je inzichten waren vaak zeer verfrissend.

Bijlage 8

Transcriptie interview psycholoog

Vrijdag 1 april 2011: Interview met Ingrid van der Ven, als psychologe verbonden aan Beweging 3.0. locatie gesprek: Huize Zilver schoon, Vetkamp 85 te Nijkerk.

Ingrid is in augustus 2010 als psychologe komen werken bij Beweging 3.0.

I =Ingrid

J= Interviewer

J: Heb je hiervoor in een ander verpleeghuis gewerkt?

I: Ja,

J, met dezelfde doelgroep?

I: Ja, alleen één afdeling ouderenpsychiatrie daar nog bij, wat ze hier niet hebben, zeg maar.

J: Oké, I: Hier is het meer somatiek en PG

J: de psychogeriatric, mis je het stukje ouderenpsychiatrie van je oude plek?

I: hmmm een beetje wel, ja. Daar waren nog wel de hele heftige en interessante beelden, zeg maar

J: Oké, I: Ja...

J: en nu zit je sinds augustus hier en wat zijn je bevindingen tot nu toe, hoe het staat gesteld met de zorg voor de psychogeriatrische mens?

I: uuuhmmm... in het algemeen, of hier?

J: Ja, op deze plek, binnen beweging 3.0

I: Ja, nou ik, ik merk dat er grote verschillen zijn in de huizen, want ik werk dan uhm, ik werk op zilver schoon, twee dagen in de week en dat is eigenlijk een huis waarbij men zowel somatiek als psychogeriatric hebben en daar merk je dus dat er met een wat somatische blik naar de psychogeriatric gaat, nou ik werk daarnaast nog een dag in de week in Leusden en dat is echt een PG-huis, eigenlijk alleen maar voor de psychiatrie, en daar zijn ze dus wel wat verder, zeg maar in de, uh, in de ontwikkeling van uh, van wat meer naar welbevinden kijken (J: huhum), meer naar, ja daar heb je echt zo'n snoezelgang met vogeltjes d'raan en.. (J: Ja..) en veel op het stimuleren van de zintuigen. Hier is dat natuurlijk wat moeilijker in het beleid door te voeren, omdat je eigenlijk meer met twee doelgroepen werkt. (J:Ja)

Ehh, maar ik vind wel dat er hier steeds meer oog voor komt... er zijn wel ehh... eehm... nou echt bezig van hoe kan je nou meer voor mensen organiseren, om ze... dan staat er op afdeling vijf en zes ineens een vleugel en dan gaan ze toch familie uitnodigen, van wie kan spelen en (J; Ja) en dat brengt er wat sfeer in, zeg maar, dus dat is wel, dat vind zijn wel leuke ontwikkelingen.

J: dat is een mooie ontwikkeling, wanneer... weet je waar die vandaan komt? Komt ie van de mensen zelf, of de familie, of de medebehandelaars of de (I: weet ik eigenlijk niet), of het management. I: nee, dat weet ik eigenlijk niet, dat is echt voor mijn tijd. (J: oké)

I: dat heb ik mij nooit afgevraagd, (onduidelijk door elkaar heen), J: ik stel de vragen, inderdaad, sorry (gelach) J: maakt niet uit J: ik zag inderdaad, als je hier naar binnen loopt dan heb je zo'n ehm.. lijst met daarin alle activiteiten die er zijn, dus er zijn ook heel veel clubs waar mensen zich kunnen bij, bij aansluiten, creatieve clubs, schilderen enneh... en naaien... werken en muziek... en noem maar op,

I: film. J: ja, en dat wordt gedaan door activiteitenbegeleiders of wordt dat gewoon ook door de verzorgenden uh uh uitgevoerd?

I: Nee, met name door de activiteitenbegeleiders, en die hebben hier tegenover een grote ruimte zeg maar, waar echt de clubs plaatsvinden. (J: uhu) en een aantal activiteiten doen ze ook op de afdeling. Maar daar is eigenlijk een paar jaar geleden voor gekozen om dat meer ook echt in verenigingsverband te doen, dus meer van de afdeling af... (J:Ja) uhm, en op zich is dat wel, is dat wel op zich een goeie ontwikkeling, alleen merk je ook wel dat nou veel mensen die ook aan het dementeren zijn het het best wel eng vinden om van de afdeling af te gaan, en in eens in een nieuwe ruimte (J: huhu) en dan is de ruimte ook zo groot zeg maar en nieuw met heel veel mensen dat het ook wel heel snel erg druk kan zijn. (J: Ja) en dan is het soms wel jammer dat sommige mensen dus niet naar een club kunnen. Op zich is daar wel aandacht voor in de zin van dat er ook eehmm... een paar activiteiten dan in de huiskamers op de afdeling aangeboden worden... (J: uhu) dat is nog vrij beperkt, vind ik. (J: het wordt wel wat meer doelgroepgericht, he, dus dat er meer richting acties (onduidelijk) rekening houden met het feit dat veiligheid, bekendheid voor die doelgroep erg belangrijk is.

J: De ZZP bij ehm Buiten-land, dat is zorgzwaartepakket van 4, (I: zou zo maar kunnen) en hier is het natuurlijk (I: vanaf 5) vanaf 5, dat ze hier dan verblijven... ehm en heb je het idee dat daar ook heel sterk naar wordt gekeken, goh we hebben zoveel voor deze persoon en...

I: Ja niet persoons... ehm, ja, wel als we het idee hebben zeg maar dat iemand meer nodig heeft, zeg maar dan dat z'n ZZP aankan, (J:hmu) dus eigenlijk in de psychogeriatric heb je spreek je eigenlijk van ZZP 5 en 7, he, dus 5 is eigenlijk eh, dan moet je gewoon een PG-grondslag hebben en als je gedragsproblemen hebt, dan kan je daar ook een 7 voor krijgen. (J: Oké) ehm, het is altijd een beetje dubbel want als psycholoog willen we graag preventief werken, dus willen we eigenlijk de gedragsproblemen voorkomen, maar daarvoor moet je dan extra behandelingen inzetten, terwijl eigenlijk krijg je die extra behandeling pas bij een 7, dus daar (door elkaar) het hele systeem zit wel ehh, dus we zijn veel bezig met gewoon motivaties te schrijven en benaderplannen te schrijven voor mensen die dan een 7 nodig hebben, zodat we 'm wel kunnen aanvragen.

J: omdat je in de gesprekken met de personen al kunt inschatten, van goh, binnen nu en twee jaar kan het daar en daar op gedrag die problemen met zich meebrengen of... ze verergeren?

I: Nee, je kan die prognose niet altijd even goed stellen, zeg maar eh want ook ehm (J: Nee) het is een hele kwetsbare doelgroep, maar je ziet gewoon natuurlijk al aan mensen die wat angstiger zijn ofzo, dat ze wat eerder ook wat forser gedragsproblematiek gaan krijgen of mensen die eh ehm wat meer, wat extravert zijn en wat meer acting out, zich wat snel bedreigd voelen, dat die ook wat meer agressie gaan vertonen. (J: uhu, ja) en meestal zie je wat beginnende signalen en schrijf je een benaderplan en wordt er dan wat sneller ZZP 7 aangevraagd.

J: ja... oké, dus daar ben je nu actief mee bezig inderdaad om zo'n plan te maken, soort... toch een beetje preventief he? toewerkend naar eh extra. (door elkaar gepraat)

I: Ja, Het is is meer voor de zorg, he hoe ga je nou om ook met dat soort gedrag want... zorg wordt natuurlijk wel schaarser, dus je staat er als verzorgende wel vaak alleen voor.

J: ja ik merk wel dat de druk daarin steeds toeneemt. (I: ja) het voordeel van een plek als Buiten-land, dat is dat mensen nog redelijk mobiel zijn en de communicatie en interactiviteit van mensen en de verzorging die is nog redelijk aanwezig. (I: Ja) wat eh, vind jij het verschil daar en hier? Hoe het daar gedaan wordt en hoe het hier gedaan wordt. I: ja, eh dit is echt ook wel instellinggericht, je merkt gewoon dat het wat groot, vanuit een instelling allemaal georganiseerd en bedacht is, zeg maar, terwijl daar heb je gewoon echt het idee dat ook gewoon buiten bent dus je hebt en hele andere sfeer. (J: ja) en ik merk wel erg dat dat voor mensen heel erg helpt. Ik hoor daar eigenlijk nooit, van ik ik voel me opgesloten of eh, terwijl dat hier, staan mensen wel bij de deuren te morrelen en (J:ja) en.. het contact met buiten heb je hier gewoon bijna niet. (J:ja ja, met grootschaligheid en al...) je kan het terras op en daar zie je ook allemaal dementerenden, en daar is het anders, je kan de moestuin in en of effe (J: precies, even een koe wat eten geven enne..) Ja... ja (J; oké) J; de plek van de vaktherapieën, die is wat onderbelicht binnen Beweging 3.0, ik kom het zelf niet tegen op de behandelprogramma's die zij aanbieden, wel de logopedie, psychologie, fysiotherapie, ergotherapie, diëtiste en de specialist oudergeneeskunde dat zijn dan wel de hoofdbehandelaren en ik meende dat je vertelde over een eerdere werkplek waar je wel met muziektherapie ervaring hebt opgedaan. I: Ja, eig... wel heel minimaal, hoor, maar dat werd toen ingezet toen, juist op de ouderenpsychiatrie-afdeling, daar waren wel veel mensen die ook ehm veel ook schizofrenen die heel erg al in zichzelf gekeerd waren, zeg maar. Mensen die dus al veertig jaar lang antipsychotica slikken, nou daar word je cognitief natuurlijk toch ook wel beschadigd van. Die mensen zijn überhaupt wel moeilijk te bereiken juist met contacten enzo maar we merkten wel dat juist als we muziek gingen aanbieden dat mensen daar wel op reageerden, zeg maar met emoties enzo. (J; mmhm) en ook wel mensen met angststoornissen enzo die al langdurig eh eigenlijk niet meer eh, heel weinig van zichzelf lieten zien. zeg maar en dat ze daar wel emoties bij los kwamen. (J:ja) alleen zaten we altijd wel met het dilemma van 'k bedoel, ja, waar doe je nou goed aan, zeg maar? Want sommige mensen hadden ook zoveel meegemaakt dat ze zo emotioneel werden dat we er ook zaten van jaha... uh (J: dat het moeilijk te begrenzen was op een gezonde manier daarin) ja... dus dat was echt nog wel effe zoeken. J: ja... was de persoon, de vaktherapeut nog wel aanwezig toen jij wegging daar, weet jij dat? I: nee, het was echt een pilot van volgens mij een jaar geweest, waarbij zij ook maar echt vier uur had op de afdeling, dus dat wasseh (J:ja) ook echt minimaal. J: en heb je zelf nog ervaring met een vaktherapie muziek of beeldend, of drama... (I: nee) of in je studie. I: ik weet trouwens wel een collega van mij een collega-psycholoog en die eh bij de Lichtenberg werkt en die is zelf ook muziektherapeut geweest. (J:oke, ja... in Amersfoort), ik weet niet waar zij muziektherapeut is geweest, maar zij werkt nu wel als psycholoog daar dus, ja. (J: mm), misschien ook nog wel leuk om aan haar te vragen wat zij daarvan vindt. J: qua tijd weet ik niet of dat er nog heel erg inzit. (gelach)

J: wat voor extra problemen naast dementie kom jij tegen bij de mensen, mensen die klachten hebben van dementie, van welke extra klachten liggen daar nog bij, daar onder, of...

I: tj, ja (J: is heel breed) ja, is ook heel complex natuurlijk (J;Ja) op zich is het probleemgedrag heeft zoveel factoren, dat dementie dat is zeg maar een klein onderdeel... (J; ja) door de dementie heb je minder grip op dingen (J; ja) dat je dat je en opgesloten zit, in een instelling woont waar je niemand kent, (J; ja) uh, constant geconfronteerd wordt, zeg maar met (J: dat dingen anders zijn dan dat je...) ja, nou met een omgeving, zeg maar die je niet zelf uitgekozen hebt en bedacht hebt die je niet kan plaatsen vanuit je dementie, het afhankelijk zijn van zorg, (J; ja) terwijl heel veel mensen ook niet eens weten dat ze afhankelijk zijn van zorg, dus dan zit er iemand aan hun ofzo. (J; jaja) of beslist dat ze weer. Familieleden die het lastig vinden om het contact goed te houden en daar ook steunend in te zijn. we maken van alles mee eigenlijk. Stemningsproblemen die daarbij komen, veel angsten... (J; ja) agressie. J: ja, dus eigenlijk... heel erg veel I; een ontzettend boeiend vak! Het is een ontzettend boeiend vak.

J; hoe ziet het... is er een zorgconcept bij Beweging 3.0? Is er een manier van bejegening zoals bijvoorbeeld Cora van der Kooij heeft ooit een mooi boek geschreven over de maieutische wijze van benaderen, ja eh ook heel sterk op het communiceren van de mensen in de verschillende fases van dementie, is daar een eh... methodisch iets binnen de Beweging 3.0 of voor de Zilver Schoon?

I: ik weet, ik moet eerlijk zeggen dat ik dat te weinig weet, zelf zelf uhm, vind ik dat de belevingsgerichte zorg, dat is eigenlijk die ehm, dat staat eigenlijk een beetje gelijk aan dat maieutische, dat je eigenlijk gaat kijken van wat is nou de behoefte van de ander en daar reageer je zeg maar op, dus eh... dat je eigenlijk kiest uit verschillende benaderingswijzen, dat je niet kiest voor om iemand te oriënteren met ROT of te valideren zeg maar vanuit de validation methode, maar echt gaat kijken waar heeft iemand nu behoefte aan (J; ja) ehm... J; dus heel sterk in de aansluiting, he van goh passend bij...

I: ja en ik weet dat de psychologen dat allemaal nastreven die belevingsgerichte zorgen dat wij dat dus ook in onze omgangsadvisen het op die manier ook graag willen leren, in de omgangsoverleg en zo die we op de afdeling hebben. Maar ik merk ook wel dat het nog steeds heel hoog gegrepen is, zeg maar, dus dat in de dagelijkse hectiek van de zorg... ehm het vergt best wel veel van rust en ook erg goed kijken naar mensen enne en ja dat is voor heel veel mensen nog echt wel heel moeilijk. J; ja, dat dingen ook gedaan moeten worden, he en dat de manier waarop wat meer op de achtergrond kan komen. (I: ja ,ja) Hoewel ik me ook kan voorstellen dat deze setting dat mensen zo intern zitten en leven dat juist die rust daar in heel belangrijk is, ook voor het gevoel van veiligheid en dat eh... misschien wel bij personeelsverschuivingen van uhhuh ochtendploeg naar middagdiensten (I:ja) dat dat he, dat dat mogelijk ook al heel verstorend kan werken op de beleving van de mensen. (I:ja) Je zegt eigenlijk het streven is het belevingsgerichte en heel erg sterk de aansluiting zoeken bij de behoefte van eh, van de me.. de personen hier. I:ja, nou op zich als, er zijn ook echt weleens periodes dat er dan, dat het dan ineens heel onrustig is op een afdeling. Maar ik vind het wel om het hier te zien dat er wel altijd medewerkers opspringen van, dan moeten we samen hier een plan voor maken, en dat we... dat we elkaar ook wel kunnen vinden en iedereen ook wel, nou met zijn ideeën komt en er even extra tijd voor vrijmaakt, en... (J:ja) veel van dat we dan ook wel familieleden kunnen betrekken die toch ook nog best wel wat extra's kunnen, vaak, en ook eigenlijk extra's willen. Ik moet zeggen natuurlijk (onduidelijk)

J: en die betrekken bij de zorg en dan voor de afdeling of... I: ja... bijvoorbeeld op het moment, ik bedoel de onrust komt vaak op de momenten dat de zorg eigenlijk het krapste staat, en dan krijg je vaak zo'n strijd van dat alle mensen tegelijk naar de wc willen en tegelijk hun eten, al hun medicijnen en.. dus het helpt als heel erg als er in ieder geval een familielid of een vast gezicht in ieder geval in de huiskamer blijft, (J:ja) om in ieder geval de veiligheid daar wat te verhogen voor de mensen die er zijn.

J: en dan even Buiten-land er weer bijhalen, want daar, ik ben er in december gestart, is dat er eigenlijk zit daar geen geen spoortje van stress... bij de zorg die geboden wordt en de activiteiten die geboden wordt, dat is zo minimaal dat dat eigenlijk een hele natuurlijke wijze is en ik kan me voorstellen dat dat hier het streven is en dat de grootschaligheid dat het daarmee wat teloor gaat. Maar ik vind het een heel mooie manier daar, hoe ik het zelf daar ervaar, ben zelf nogal wat stressgevoelig, dan krijg je dat ook.

Denk je dat beeldende therapie voor een aantal mensen interessant zou kunnen zijn? voor de doelgroepen die bij Buiten-land zitten, dan wel bij Beweging 3.0?

I: Nou ik denk het wel, omdat het natuurlijk... ik kan me voorstellen dat het, als je als je cognitieve problemen krijgt, zeg maar dan gaat weet je de nadruk op heel die informatieverwerking die wordt in die zin wat minder, (J:ja) dus je... mensen worden wel steeds meer gericht op zintuiglijke prikkels, dus ook en ook op tactiele prikkels (J:ja), dus het is wel eh, ik kan me voorstellen dat je daarmee, of dat je echt weer wat kan maken, kan creëren, het idee dat je dat met je handen doet voor heel veel mensen wel fijn werkt, ja(J:hmm) en ik denk ook wel een manier ja om je te uiten. Alleen merk ik dat soms dat bij de generatie waarmee we werken ook nog wel een beetje lastig is, zeg maar, dat het wel , je moet wel denk ik een beetje eh...ehm... d'r wonen hier in de omgeving tuurlijk ook gewoon echt veel boeren. (J:ja) en dat, dat die hebben toch net een wat andere manier naareh om daarmee aan te kijken. Zo van je maakt wat van hout en dat is functioneel en dat is praktisch en dat doe je ergens voor (J:ja...ja) maar of je dat ook echt meer voor jezelf doet of als een manier van zingeving of eh ja dat weet ik niet zo, dat eh... zie ik nog niet zo eh

J: nee, in de bekendheid en de generatie, dat dat onderschrijf ik ook bij de ervaring die ik heb bij Buiten-land, dan zijn de mensen die actief zijn, zij ook mensen die het in het verleden ook veel hebben gedaan, en de mensen die er eigenlijk weinig ervaring mee hebben en

het eheh... weg eheh... zwaaien dat is te ver van mijn bed en daar moet ik niks van of dat kan ik niet. Dat is vaak ook een reden die ik hoor van mensen die zich daar wat terughoudend in opstellen. Maar het is inderdaad een interessant gegeven, generatie speelt mee en ja ook de achtergrond van de personen. Heb je dan het idee dat wanneer een een, stel dat een beeldend therapeut, dat die eigenlijk niet zo erg op dat beeldend therapeutische moet gaan zitten, maar gewoon iets aanbiedt wat het plezier verstevigt en het lekker bezig zijn van de mensen? (I: eehhmm...) Dus dat het woord therapie daar meer van af gehaald zou moeten worden.

I: ja, misschien wel, ja het ligt denk ik wel gewoon wel heel erg aan de persoon, want ik denk zeker mens, een aantal mensen die wat die ook wel wat meer inzicht hebben, we hebben natuurlijk steeds meer dat mensen al in de beginnende fase van de dementie gediagnosticeerd zijn en ook nog wel een bepaalde mate van zelfreflectie hebben, zeg maar ja, maar ik kan me wel voorstellen dat bij die mensen het juist wel heel fijn werkt om juist het therapie te noemen, met ze te duiden wat ze nou creëren en het daar met ze over te hebben. (J:ja) en dan moet je dat ook vooral niet doen, want die mensen lopen volgens mij al tegen, zo erg aan tegen het taboe dementie en hoe je daar dan mee om moet gaan. (J:hmm) maar zeker voor voor mensen denk ik die al wat verder zijn, zeg maar zou het zou het denk ik wel een optie zijn. Het niet zo therapeutisch benaderen, maar meer het, het bezig zijn. (J:ja) zeg maar, veel meer op die ja, hoe noem je dat, die tactiele prikkel richten en niet zozeer op het resultaat of op eh. (J:ja, ja precies, ja)

J: ja want iets maken en dan dat het niets is, (gelach) dat kan er bij heel veel mensen nog niet echt eh... nee het zit er nog niet helemaal in. Maar ik kan me wel voorstellen wat je zegt, dat er zijn mensen die echt de behoefte hebben om, of met depressieve dat daar echt een uiting in willen, willen eh willen zien en dat echt het therapeut-zijn daarbij onderschreven wordt, en mensen bij wie je juist dat therapeutische juist weg moet laten en mensen bij wie je juist moet uitnodigen om actief bezig te gaan en en en hen gewoon te prikkelen op de zintuigen (I:ja) en ja wanneer het cognitieve wat minder eh eh aanwezig is en dat verder zich negatief ontwikkeld, dan ga je op die andere zitten. (I:ja, ja)

J: Zou je zelf beeldend therapie zou willen hebben wanneer je met iets zou zitten? Zou het jou...

I: Nou ik moet zeggen toen ik stage liep bij Altrecht in de GGz, heb ik nog wel zo'n dag meegelopen op zo'n deeltijdcentrum waar eh, ehm heb lopen schilderen en kleien en doen en ik vond het toen wel, ik vond het heel bijzonder toen om te zien zeg maar, wat je daar dan toch nog wel uithaalt enneh eh, ik vind het vak ergens wel boeiend en aan de andere kant ben ik er denk ik ook wel een beetje te nuchter voor. (gelach) (J:ja). Het is niet iets dat me nou zo heel erg eh... aanspreekt, maar dat is ook omdat ik nu zelf nog vrij cognitief ingesteld ben (J; ja, precies), dat ik liever ehm met mijn gedachtes aan de slag ga als (door elkaar) J: dat je meer een praattherapie zou willen volgen wanneer je met...

I: Ik kan natuurlijk niet voorspellen hoe dat is wanneer dat wegvalt.

J; Nou ik heb mijn therapiestage bij GGzinGeest doorlopen, bij een psychiatrische kliniek en ehm, ik heb wel bij Altrecht gewerkt, ook als re-integratieconsulent, dus ik... dat is wel grappig. (I;Ow) Ja het is, ja ik kan me ook wel voorstellen dat daar zo'n contra-indicatie is, he wanneer iemand, misschien juist voor jou, als je dan heel cognitief bent inge.. en heel rationeel juist een non-verbale therapie meer tot de kern kan doordringen, maar dat is dan inderdaad nog maar de vraag of het aan de orde is. Voor mezelf zou bijvoorbeeld muziektherapie waarschijnlijk meer effect hebben dan ehm beeldende therapie, waarschijnlijk omdat ik al veel te ver hier in verdiept heb en ja muziek raakt toch ook op een andere manier een ander aspect van de mens.

J: Zou het meegenomen kunnen worden bij de intakes, want ik vermoed dat jij daar ook bij betrokken bent, wanneer mensen hier worden opgenomen. I; nee

J: Zit je niet in een multidisciplinair team, die bepaalt wat voor soort behandelplan.. er wordt opgesteld?

I: Ja, jawel, maar dat is eigenlijk pas na zes weken na opname, natuurlijk, als we het eerste MDO hebben... ehm... ik aah ik moet wel zeggen dat dat ik denk ik ook nog schandalig weinig naar voren komt, omdat dat ik dat ook een beetje zie zeg maar als, weet je, er wordt natuurlijk wel nagedacht wel goh, bij welke vereniging kan iemand die hier van de activiteitenbegeleiding enzo en die zitten ook

weer in die zin heel vaak vol. De mensen worden dan naar clubjes gebracht zeg maar die, waarvan we denken dat dat ze daardoor aangesproken worden, (J:hja) ehm... maar het stukje echt zingeving en gewoon het idee van eh eh weet je, wie wil een mens nou zijn en hoe willen ze zichzelf nou nog kunnen uiten enzo, dat is eigenlijk nog wel een beetje een ondergeschoven kindje hier(J:hmm). Het gaat toch wel heel veel over, over de zorg en over de steunkousen en over...

J: Maar ook het actief bezig zijn, het maken van bloemstukjes bijvoorbeeld en het maken van schilderijtjes dat soort, dingen die ook echt tot een doel eh leiden. Tenminste dat is mijn indruk dan een beetje van de activiteiten. Ja, maar dat is dan wel weer echt als deelplan van de activiteitenbegeleiding, dat is dan dat is dan een klein onderdeel van het zorgplan, het zorgplan weet je daar zet je de algemene grote doelen in, maar niet de uitwerking daarvan (J:oké ja). In die zin ontgaat mij dat denk ik ook een beetje. (J:hm ja)

J: nou ja, het zou een aanbeveling kunnen zijn om bij het onderzoek om binnen de diagnose, of de eerste zes weken ook te kijken in hoeverre iemand een indicatie zou krijgen, of zou kunnen krijgen voor een vaktherapie (I:ja), zoals beeldend of anderszins.

I: We hebben hier ook heel het aanbod niet (J:nee), je kan er wel over nadenken (lachen), maar...

J; Ik kan een hele leuke aanbeveling doen, maar zou er geld voor zijn? als duidelijk was dat het bijdraagt aan...

I: Nou, over geld (lachen)

J: nou, als ik al hoor dat de behandelgang weg bezuinigd wordt (lachen) I: Ik ben een beetje bang dat het, het zijn nu gewoon echt even hele krappe tijden, gewoon ook omdat ze inderdaad gewoon heel graag dat nieuwe gebouw neer willen zetten, tuurlijk gewoon ook voor de mensen. J: En het is niet zo familieleden daar zo om zouden kunnen vragen, of meer de vraag vanuit familie komt, van goh... we willen toch extra aandacht voor dat stukje, bijvoorbeeld depressieve klachten of een stukje zingeving, waar we tegen aanlopen, waar ze toch iets mee wil, dat zo'n prikkel zou helpen voor jullie?

I: Misschien, nou ik denk dat we allemaal wel onderkennen dat het wel meerwaarde zou kunnen hebben, maar dat eigenlijk dat wat we nu al bieden nu elke keer nog schaarser aan het worden is, dus dat je dan ook weinig ruimte om iets anders of iets extra's uit te gaan proberen. (J:ja, dat snap ik)... dat we nu even aan het, aan het overleven zijn met elkaar, totdat er dadelijk weer wat meer ruimte is in een nieuw gebouw en we het gevoel hebben we kunnen weer met z'n allen en slag gaan maken, zeg maar. (J:ja) . Maar dat is iets heel erg dat op Zilver schoon speelt, als je het aan de psycholoog op de Lisidunehof vraagt, dan krijg je een heel ander verhaal. (J:mm)

Die zijn er gewoon al, wat ik zeg, die zijn met dat stuk ook al echt een stuk verder.

J: Allright... Ja, (I; dat was wat je wilde weten), wil je zelf nog wat kwijt I: ehm nee, volgens mij niet.

J: ik had nog een stukje tekst mee, voor het geval je beeldend therapie (onduidelijk), maar je hebt er al wel zicht op, want je hebt natuurlijk ook je dag meegedraaid bij Altrecht, I:ja, ik heb daar ook wel leuke dingen gezien, mensen die eigenlijk best wel al in hun dementie zaten, maar gewoon echt helemaal los gingen in het schilderen enneh... J: heb je bij de Es (I:ja) gezeten, bij hoe heet ze nou...? (er volgt niet-relevante info over al dan niet bekende managers)

J: Dankjewel Ingrid voor je gesprek,

I: Ja, graag gedaan

J: ik ga 'm stopzetten

Afsluiting

Bijlage 9

Transcriptie interview beeldend therapeut

Ineke Overtoom op maandag 2 mei 2011

Locatie, psychiatrische kliniek 'Amstelmeer', onderdeel van GGZinGeest, in Amstelveen

I= Ineke

J= Interviewer

J: hij begint te lopen, dankjewel dat je met mij in gesprek wilde gaan, Ineke... ehm ik heb een aantal vragen op papier gezet, die te maken hebben met de doelgroep waar ik mijn onderzoek naar doe, dat zijn mensen met dementie. Ik wilde van jou nog weten, wanneer ben jij afgestudeerd aan de Kopse Hof, in Nijmegen.

I: Ik ben afgestudeerd aan de Kopse Hof in Nijmegen in 1986. J: 1986, hm en heb jij ehm daarna ben je... ehm heb je nog de kunstacademie gedaan.. I: Ja, ik heb daarna heb ik van 1991 tot 1996 de kunstacademie gedaan, maar dan in de avonduren (J:oké) en overdag werkte ik dan. J: werkte je al als beeldend therapeut? I: Ik eh werkte toen als activiteitenbegeleidster in het verpleeghuis.

J: oké, eh ja, en sinds wanneer ben jij verbonden bij GGZinGeest? I: In februari 2003 ben ik hier gestart eh bij de Geestgronden. J: Oké, en dat is later overgegaan naar GGZinGeest, he de Geestgronden, samen met de Buitenamstel, (I: ja) J: of Overamstel, Buitenamstel en... I: Nee, het is Buitenamstel, GGZ Buitenamstel en GGZinGeest, dat is bij elkaar gekomen, nee de Geestgronden en buitenamstel zijn bij elkaar gekomen en dat is GGZinGeest geworden (J: Ja... ja)

J: Jij hebt in jouw functie nu, ben je, heb je ook twee functies eigenlijk, he? I: ja, ik ben dusseh... voor... eh... ik ben dus voor 8 uur ben ik hier creatief therapeut (J: hm) en ik ben 8 uur dus, ben ik begeleidster, van de continuïteitsgroep, lotgenotengroep en ik ben dus ook nog eh... 16 uur activiteitenbegeleidster (J: Ja,ja) voor een klinische groep. J: dus drie functies, drie petten op? I: ja, ja.

J: hoe, hoe vindt je dat zelf te combineren? I: Nou, dat is soms lastig, want als je mensen dan in de kliniek meemaakt, de klinisch setting, dan ben je dus activiteitenbegeleidster en mensen zijn dus toch wel ernstig ziek bij opname, het is echt een opnamekliniek (J: ja) en eh, wanneer mensen danneh zo tegen het ontslag aan zijn, kunnen ze dus al in een eh deeltijdgroep komen. Ze kunnen het ook na hun ontslag doen, dan kunnen ze ook in een deeltijdgroep, maar soms is al een of twee keer tijdens een opname komen ze al in die deeltijdgroep om een beetje te wennen, en dan komen ze in die deeltijdgroep en dan ben ik gewoon, heb ik een andere functie, dus dat is al verwarrend voor mensen, omdat (J: ja) ze dan eh... In de kliniek als activiteitenbegeleidster en in de deeltijd ben ik creatief therapeut. J: ja...ja... en het aantal cliënten, laten we even een half jaar geleden nemen, omdat er nu best wel wat ontwikkelingen zijn, he? Dat je (I:hm) de doelgroep waar je mee werkt ja, die neemt, die neemt nu af... en een half jaar geleden... hoeveel van je cliënten hadden ook dementie? I:, nou dat is dan eh de deeltijdgroep, dat is de neuropsychiatrie (J: hm), dat is de deeltijdgroep PG, die hadden allemaal allemaal een vorm van dementie. (J:ja) allemaal... (even door elkaar gepraat) J: en zag je die groep eenmaal of tweemaal per week, of vaker? I: Ik zag die groep drie keer per weekJ: drie keer per week zelfs, oké (I: ja) als beeldend therapeut? I: Nee, ik zag die groep maandagmiddag als creatief therapeut (J: ja) ja. J: en dan twee andere keren als activiteitenbegeleider, (I: ja, ja) J: ja... oké... (gelach van J) ik kijk even naar m'n papiertje... Zijn d'r bepaalde opdrachten waarvan jij zegt, ja die die passen heel erg goed bij de doelgroep, mensen met dementie. (I:ja), waar let jij dan op?I: Ik let op als mensen dus, vooral de maandagmiddagmensen dus eh, de groep van PG, neuropsychiatrie en dan had ik hele duidelijk gestructureerde opdrachten (J: hm), dus dat mensen hele duidelijke structuur en dat ze in die structuur hadden ze nog enige vrijheid, maar dat ze wel wisten waar ze aan toe waren. (J:hm) en vormen zij

heel erg belangrijk, zichtbare vormen, en toch ook een houvast eh... hebben ze nodig... dat is dat is echt heel belangrijk, want anders raken ze het gewoon ehm, weten ze het gewoon niet, en weten, kunnen ze ook moeilijk beginnen, en ehm... Bijvoorbeeld een opdracht die ik ook heb gegeven, dat is dan bijvoorbeeld een hele duidelijke opdracht; bijvoorbeeld teken het huis waar je in geboren bent.

(J:hmm) Ja, en dan geef ik ook altijd aan van, nou jullie hoeven, het hoeft allemaal niet netjes, gewoon, je kunt gewoon een een een indruk geven van het huis waar je dus geboren bent. En dan geef ik een papier en een liniaal en een potlood en meer niet (J: hmm) dat is alles wat ze krijgen. J: jaa, hm... en vind je het belangrijk dat het ook stil is in de ruimte, of maakt dat jou niet zo heel veel uit. I: ja ik vind het over het algemeen wel heel fijn als de opdracht wordt gegeven, dat wanneer mensen met de opdracht bezig zijn dat het toch rustig is... Bij mij hoeft het niet helemaal doodstil te zijn, dus mensen mogen wel wat tegen elkaar zeggen (J:hm), maar ik vind het toch lastig, als het te druk gaat worden, dan dan dan dan wordt het niet serieus genomen en gaan mensen gewoon niet aan het werk. (J: ja) dus het is wel belangrijk dat mensen toch lekker aan het werk zijn en gewoon een beetje rustig met elkaar omgaan (J:hm), maar het is soms niet la.. makkelijk, want dan is het werkstuk gemaakt, of dan zijn ze bezig met datgene waar ze mee bezig zijn en dan is het dus klaar he?... (J:ja) dan komt de nabespreking, en dan vinden mensen het heel erg moeilijk om de concentratie vast te houden, in de nabespreking. (J:oké) en dan mogen ze dus een voor een vertellen over datgene dat ze gemaakt hebben (J:hm) en daar krijgen ze dus maar een paar minuutjes tijd voor, twee minuten, drie minuten, en dan kunnen anderen er dus vragen over stellen, maar dat vinden heel veel mensen, dat kunnen ze vaak niet meer goed opbrengen. Het luisteren naar elkaar, de concentratie naar elkaar toe, dus dan eh ehm, probeer ik het altijd maar zo kort mogelijk te houden, want dan komt het weleens dat ze dus door elkaar heen gaan praten. J: Ja, ja, ja, en heb je ze dan vijf kwartier, een uur... (I: vijf kwartier) vijf kwartier, he? Inclusief de nabespreking, (I: ja) want ik heb hier natuurlijk ook mijn stage eh... doorlopen, maandagmiddagen met de deeltijdgroep en ehm... de motivatie, want je hebt hier een eigen ruimte, we zitten hier in jouw eh therapieruimte. Die is een meter of acht bij vier, enneh voornamelijk wit met kasten... Wat is omgeving voor jou, is dat belangrijk voor je, waar je eh... je ding doet, of zou je ook op de afdeling zelf dat kunnen doen, he? Dat je aan de tafel gaat zitten en dat je daar... je aanbod doet. I: Nou, ik vind het dus heel fijn dat deze ruimte er is, he, vrij ruime eh, er is veel ruimte hier (J:ja) en dat is heel erg fijn... ehm dat dat geeft ook ruimte om je heen en het geeft ook een bepaalde rust (J:hm) ennehm... er is hier dus een smalle tafel bij waarbij mensen dus aan die tafel kunnen zitten aan beide kanten, dus er is niet een hele grote afstand tussen mensen, dus datteh (J:Hm).. dicht bij elkaar zitten, dat schept ook wel, dat je dus een soort eenheid aan die tafel krijgt, iedereen zit aan dezelfde tafel, dus dat schept ook een band (J:hm) mensen zien elkaar en dat dat dat is heel plezierig, dat werkt heel plezierig, dat stimuleert ook. Als de een begint te werken, dan ziet de ander dat en die gaat dan ook werken, dus dat (J:ja) heeft wel een stimulerende werking.

J:, ja, heb je het wel eens uitgeprobeerd om in de huiskamer zelf eh op de afdeling iets daar aan te bieden? I: nou, ik heb dus, ik doe creatieve therapie doe ik nooit in de huiskamer zelf (J: nee) nee, ik doe, ik heb activiteitenbegeleiding wel, dat ik dan wel een uitzondering maak, dat ik dan bijvoorbeeld naar de huiskamer ga en een spel ga doen of een quiz ga doen. Maar de creatieve therapie doe ik altijd in een aparte ruimte, waar toch een bepaalde rust is, weinig geluid (J:ja) ik gebruik ook helemaal geen televisie of radio of muziek, helemaal niets, gewoon alleen maar dus deze ruimte en de stem, mensen kunnen wat spreken met elkaar (J:ja) dus dat is het enige (J:ja) J: Hoe... heb je je... mmm, want je hebt verschillenden petten op eh Ineke, heb je, weten de mensen wanneer ze bij een creatief therapeut zitten en weten ze wanneer ze bij een activiteitenbegeleider zitten, weten ze het verschil? Of zeg jij, nee dat is voor mij om het te weten, maar.

I: Nou, het is... voor niet iedereen is het duidelijk, nee, dat is soms lastig, maar ik, als mensen voor het eerst komen in de deeltijdgroep, he? Deeltijdgroep, dat is dus niet de neuropsychiatrie deeltijdgroep, maar de andere deeltijdgroep (J:hm) ehm GP... dan komen ze voor het eerst in de groep en dan leg ik altijd in het begin van de groep, was ze voor het eerst komen, leg ik in het kort uit wat creatieve

therapie inhoudt. (J:ja) En, ehm ik ben ook wat strenger... ja, ik ben wat strenger met de therapie dat mensen zich toch, ja mensen moeten toch hard werken... (J:ja), en (J: dus je bent daarin ook wel sturend)

Ik ben wat sturender en ook dat mensen die komen hier niet voor niets en ze komen toch met bepaalde, ze komen toch met... jaa... voor de behandeling er zijn bepaalde doelen waar ze aan willen werken (J:hm), meestal drie of vier doelen die dan belangrijk zijn (J:hm) en die moet je dan eigenlijk ook een beetje, ja, een beetje in je hoofd hebben, dat je denkt, nou dat is belangrijk daar komen mensen voor en daar moet aan gewerkt worden. (J:ja) dus dat is dan ook belangrijk dat mensen zich ook proberen zich in een groep te ontwikkelen. (J: ja) en ook te werken aan de eigen doelen. J: Ongeacht de leeftijd die sommigen al hebben en de leerbaarheid, he, die daar wel of niet nog inzit, of het ziekte ehh... inzicht of bepaalde vaardigheden, dan heb je nog steeds als doel van goh, dit zijn de de behandeldoelen, daar ga op inzetten en daar ga je ook je beeldend therapie bij gebruiken. I: Ja, klopt, maar het is ook inderdaad zo, kijk het is wel een ik zit dus ik werk voor twee deeltijdgroepen, en de ene deeltijdgroep, ehm dus GP, die heeft gewoon (J: PG, denk ik, psychogeriatric), ja psychogeriatric, maar ik werk voor twee groepen dus de een is dan eh GP en de ander is PG, he, nou ja het zijn alle twee verschillende doelen (J: lacht), maar voor die ene groep (J:sorry) stel ik, dat zijn eh... wat grotere doelen voor de deeltijdgroep, dus de neuropsychiatric, heb ik wat laagdrempeligere doelen (J:ja, oké... ja) maar daar worden ook aan doelen gewerkt. (J:ja) Maar dat zijn dus mensen die dus hier in deeltijd zijn, dus sowieso dus dementie hebben en vaak ook nog lichamelijke factoren, er zijn vaak ook lichamelijke stoornissen of dat ze dusseh lichamenlijk allerlei dingen hebben en ook natuurlijk ook psychiatrische stoornissen, want het is daarom ook dubbele handicap eigenlijk (J:Ja) ze hebben meerdere dingen in een (J:ja) of een moeilijke thuissituatie, dus het is best een grote problematiek (J:ja) dusseh, maar de doelen voor die groep zijn wat laagdrempeliger.. hmJ: Ja, ... en ben jij zelf ook bij het opstellen van de behandelplannen aanwezig, wordt jij daarbij eh... gehoord?I: Nee, dat is wel heel erg jammer, want ik ben dusseh voor die groep ehm zit ik niet in de behandelplanbespreking. Dat vind ik heel erg groot gemis (J: hmm) je krijgt dus informatie van eh de coördinator, daar krijg je de informatie van, en ik kan het op de computer opzoeken wat de doelen zijn, dat kan ik vrij snel opzoeken... eh je ziet de naam en je ziet direct de doelen, want we hebben een nieuw programma nu. Dus dat kan ik vrij snel opzoeken (J:ja) dat is op zich wel fijn, maar ik mis wel dus de communicatie daarover. J:ja, dus je moet het zelf nog allemaal achterhalen wat het is enneh, ja. I: Ja, dat is wel dat is wel, vind ik wel een gemis, dat is wel een gemis. J: en via de rapportages geef je aan wat de ontwikkelingen zijn, (I:Ja) ook gericht op die doelen die zijn gesteld I: ja gericht op die doelen die zijn gesteld. En ik maak elke keer, dus dan heb ik de groep, en dan maak ik naar aanleiding van de therapie, vrij snel, de dag zelf of een dag later, maak ik de rapportage. (J:ja)

Het is voor mensen, vooral met die groep hier, is het toch een eh verdieping, omdat ehm, je merkt dat eh de mensen zich toch een beetje kunnen verschuilen achter de gezelligheid en het een beetje leuk hebben met elkaar (J:hmm) maar daarachter schuilt dus heel erg veel, want mensen worden niet zomaar opgenomen (J: ja precies) op de afdeling, dus d'r speelt en thuis en bij henzelf ehm zijn dubbele problematieken, he? (J:ja), duss eh. En als je dan met creatieve therapie kom je d'r net, kom je net gewoon, je gaat verder dan de oppervlakte, dus je kan het gewoon (J: waar merk je dat aan, dat je verder gaat dan de oppervlakte?) Nou, je merkt dat ehm, ook door de opdrachten die je dan die ik dan geef, he probeer ik dan toch nog dat ehm probeer je dan een beetje zo te structureren dat ze dan toch nog

eventjes, (J: een overstaanbaar raken) Ja een laagje dieper raken, ja (J: oké) en het is echt dat het persoonlijke verhaal wat dan bij stukje en bij beetje naar boven komt ... J: Ja... wat zijn de belangrijkste thema's waar jij aan werkt met de doelgroep? I: belangrijkste thema's (J; in de zin van de opdrachten die je, die je hebt) ehm, belangrijkste thema, ik heb dus eh, ik heb heb veel thema's maar belangrijkste is ehm... even kijken, hoor, ik zal eventjes goed nadenken... ehm... ehm... samenwerken, samenwerken, en ik het thema van ehm... ehm... ehm... Nou de verwerking dus van bepaalde ehm van bepaalde problematiek he, die ze hebben meegemaakt (J:hm) het is eventjes en ehm, ik heb bijvoorbeeld ook het thema wat is belangrijk, he? Wat is belangrijk, dat heb ik ook gedaan, daar ben ik verder

op ingegaan, wat is belangrijk, wat wat zijn je interesses, wat heb je altijd veel gedaan (J: hm) weet je wel het is eigenlijk een soort rode draad door je leven, he, en dan daar een collage van maken. En dan hebben ze daar een collage van gemaakt en dan kun je naar aanleiding daarvan van de collage kun je weer vragen stellen, kun je dat weer uitdiepen en dan hebben ze herkenning naar elkaar toe. Dus ook, ehm ik heb ook heel erg het accent op de positieve krachten die ze nog in zich hebben, he, de mogelijkheden die ze nog in zich hebben, (J:hm) en ook eh, daar waar ze op terug kunnen kijken, wat goed is gegaan (J:ja) dus dat heb ik ook eh, bepaalde situaties van vroeger (J:ja), en ik heb bijvoorbeeld ook, ik heb natuurlijk meerdere ehm onderwerpen en thema's, waar ik bijvoorbeeld ook, nou dat hebben we toen ook gedaan, weet je dat je bijvoorbeeld een straat maakt, dat je in samenwerking met elkaar dat je een straat maakt (J:hm) en dan mogen mensen dusseh zelf invulling geven aan die straat en wat komt er dan soms terug; herinneringen van vroeger waar ze vroeger gewoond hebben, of nou er moet nog een winkeltje, nou ja want dat winkeltje stond vroeger ook in de straat. (J:hm) en dan eh heeft de ander ook een idee, weet je, want er moet ook een dokter, want die was ook altijd bij mij in de buurt (J:hm), zo krijg je dus doordat je dus bezig bent met iets, komen er dus bepaalde dingen naar boven. J: Ja, hm en de verwerking zit dan in in het werken aan de opdracht of zit de verwerking dan in het evalueren van de opdracht, en het delen van bepaalde aspecten van iemands leven.

I: Nou ik denk, dat dat de verwerking zit dat in het delen van van eh bepaalde aspecten, dus dat je dat je dus bij, tijdens de opdracht als er dan iets naar boven komt he, bijvoorbeeld ehm wat is belangrijk voor mij en dat ze dan dus heel erg, nou, kinderen en dan ehm de kleinkinderen en dan heeft dus iemand dus die kleinkinderen getekend, dan zegt ze ja, maar, m'n dochter is overleden, weet je wel, want een van die dochters is overleden, dat weet ik toevallig. Dan zegt ze ja, ik heb haar wel getekend, maar ze is er niet meer. En dan zegt die ander, ja ik heb dat ook meegemaakt, of in ieder geval, weet je, weet je, (J:ja) dat je dan, die steun, dat ze elkaar dus ondersteunen, zogezegd. (J:ja). (kort door elkaar) J: Ja ik kan dan ook wel voorstellen, dat je niet allerlei dingen op gaat rakelen (I:, nee, nee, nee) door middel van de opdrachten he, dus dat het ook een bepaalde veiligheid moet kennen, waarin het allemaal hanteerbaar is, wat er mogelijk eh los kan komen bij mensen of... I: Ja, en vooral met die groep, nou vooral met deze groep is het ook van dat je dus de, denk ik dat je gewoon wat dingen aan kunt stippen, he? Dingen die het verdriet wat ze hebben meegemaakt ook in hun leven, dingen die dus anders zijn geweest die ze dus anders ja, ik zeg maar, (onverstaanbaar, bijvoorbeeld?) een moeilijk huwelijk of het verlies van een kind of, ja moeilijke dingen, de oorlog, die ook voor sommige mensen nog heel belangrijk onderwerp is, maar dat je dingen wel naar boven komen, maar dat je mensen ook probeert weer met een positief gevoel dusseh, ja dat ze met een positief gevoel weer weg gaan, dat ze ook weer kracht krijgen van elkaar, laat ik het zo zeggen. (J:ja). Dus ik ga niet alleen maar in die problematiek, maar ik ga ook gewoon door het luchtig, ik wil ook dus dat het dat het gewoon goed gaat met elkaar. (J:ja) dus dat het niet heel zwaar gaat worden, maar dat het dus ook zo van eh; dingen mogen benoemd worden, moet ook niet overheen gesproken worden, maar het moet ook, ook goed zijn dat je denkt, van hee er zijn ook andere dingen die je er tegenover kunt stellen (J:hm) er zijn ook heel mooie dingen geweest...(onverstaanbaar) dus dat is ook zo. Ja, dus het plezier hebben met elkaar is ook vooral met deze groep heel erg belangrijk. (J:ja) heel erg belangrijk. J: Ja, en er wordt soms ook ontzettend gelachen met de dames, toen de dames nog in de meerder... ja die zijn over het algemeen in de meerderheid. (I:ja), mijn onderzoeksplek zijn de mannen in de meerderheid, (I:oh) dat geeft vaak ook een hele andere, andere dynamiek inderdaad. Ehm, heb jij... geef jij ook individuele creatieve therapie? I: ik heb individuele creatieve therapie gegeven, nu op dit moment doe ik dat niet (J: nee), maarreh het is wel heel erg interessant en leuk om te doen. Ik heb er jammer genoeg nu geen mogelijkheid meer voor, mar je merkt echt wel voor mensen die niet zo gemakkelijk in een groep eh zich kunnen handhaven, dat die met individuele therapie, dat het gewoon echt een hele goeie ingangshoek is, (J:hm) eh ingangs eh ingangspunt is, heel erg (J:hm) goed, ik heb wel een keer gehad met een man, die was dus vroeger architect geweest, en die ehm, ja die kon zich totaal niet aanpassen in de groep en die had ik individueel, toen ging ik met hem dus interieurs bekijken en toen hebben we met hem, heb ik helemaal zo, een boekje samengesteld en dan ging ie elke week weer, want de ene week waren we met

de huiskamer bezig, volgende week met de keuken, en dan met de badkamer en hij was, gingen allerlei dingen knippen en ging ie ditte bij elkaar voegen en, nou hij was helemaal in zijn element (J:hm), het was heel erg leuk om te zien, omdat z'n vak zat nog helemaal in z'n leven (J:hm...ja) en hij was helemaal, hij was helemaal, hij was helemaal, hij wist helemaal niet meer waar ie stond en waar ie liep, maar als ie dan bezig was, dan dan wist ie het precies (J: helemaal in z'n kracht), zattie helemaal in zijn kracht. En dat is ook wel het leuke, dus dat je ook, dat wat mensen goed kunnen, dat je dat ook naar boven haalt (J:ja) en dat wat ze dus niet meer kunnen, van ehm, ja het korte geheugen, en dat ze de weg kwijt zijn en dingen niet meer, niet meer weten, (J:hm) dat is gewoon heel verdrietig, dat is voor hun ook heel verdrietig, maar dat je dan denkt, maar hee wat, wat kunnen ze nog wel, wat vinden ze nog wel leuk. (J:ja) hmmm... J: Wat zijn je, wat zijn je favoriete eh materialen, waar je mee werkt?

I: Nou, de fi, favoriete materialen waar ik mee werk, dat is met deze doelgroep, is eigenlijk ehe heel eenvoudige materialen, omdat mensen d'r, niet zo heel veel ervaring mee hebben, gebruik ik heel, maak ik heel vaak gebruik van het platte vlak (J:hm) en daar wordt heel veel ehm wordt er getekend, ennehm. Ik maak gebruik van collages, dus fotomateriaal heel veel (J:hm), en ehm, d'r wordt ook gewerkt met ehm ja heb ik ook wel 'ns weet je, stillezens, he, dus dat je dus eh dingen gebruikt in die collage als het ware, dus dat je beeldmate.. of eeh de hoe noem je dat, stilleven gebruikt en ik heb ook wel inderdaad wordt er wel met eeh, d'r wordt weleens met klei gewerkt, maar niet zoveel. (J:hm) niet zoveel... (J:nee) het is veelal tekenen, schilderen, collagemateriaal en hele grote werkstukken en dat is dan een groepsopdracht, daar wordt wel veel in gewerkt. (J:ja...ja), dus dat je dus ehm met de groep, met één groep gewoon een hele groot ding gaat maken. (J:ja) ennehm, ja.

J: Hoe zit het met de contra-indicatie voor beeldende therapie, om hier wel of niet aan mee te doen, (I: hm) da je bij een intake kan er in een gesprek naar voren komen, nou mevrouw heeft altijd geschilderd, etc, heeft, is creatief en anderen misschien niet, van wat, merk je gaandeweg van, dit is niks voor iemand of eh... hebben ze daar, als ze niet willen, hoeven ze dan niet. I: Nou, dat heb ik wel, want ik ik ik denk dat het heel belangrijk is dat mensen daar duss eh, want kijk, een aantal mensen die. Ik heb ook iemand gehad die was directrice van een huis geweest en die wilde dus niets, maar dan ook werkelijk niets met creativiteit, want overal kreeg ze vieze vingers van. Dat zei ze dan ook echt, ik had haar dus in de groep en dan zei ze, nee, want krijg ik allemaal vieze vingers van. Dus dan ging ze gewoon zitten met de handen over elkaar en toen dacht ik echt, nee dit is, want ik heb een aantal keren geprobeerd met haar, maar... omdat ze gewoon dat bleef zeggen, had ik zoiets van, dat geeft heeft een heel negatief effect op de groep en toen heb ik het ook besproken met Job (= zorgcoördinator afdeling). Ik zei dat gaat gewoon niet lukken (J:hm) ts, kijk, ik, ik... sommige mensen die kun je nog dan eh, dan gaat het een eerste keer dan willen ze d'r niets mee, hebben ze d'r niets mee, maar dan trekt het nog bij, maar met haar ging het niet, dat ging gewoon niet lukken. Dus toen na drie keer is ze ook gewoon niet meer gekomen. En ik heb het ook een keer met een vrouw meegemaakt, die was dus heel heel ernstig aan het dementeren, daar was jij volgens mij nog bij, en toen gingen we dus eh, een heel groot werkstuk maken, met schilderen was dat, en toen had ik allemaal verf op een bordje gedaan en die vrouw was gewoon, ja, die is gewoon toch al vrij ver aan het dementeren. En toen had ik dus verf erop gedaan en toen was het bruine verf en toen dacht ze dat het chocola was en toen ging ze het opeten. Ja, en dan dat is dan eigenlijk dan ook heel... moeilijk (J:dan is 't ook bijna gevaarlijk om), bijna gevaarlijk om dan toch zoiets te doen, omdat, ja die mevrouw had eigenlijk helemaal geen besef meer waar ze mee bezig was, waar ze was en wat de bedoeling was en... J: En voor zo'n mevrouw zou één op één dan beter zijn? want in een groep gaan dat soort signalen misschien wat eh, verloren. I: Hm Ja, ik denk dan zo iemand zou dan één op één heel goed kunnen, maar wel met heel erg materiaal wat zij aankan, dus heel erg... ehm... duidelijk materiaal; en heel weinig materiaal (J:ja) enneh... dat zou heel goed kunnen. Ja, en ik heb ook weleens een keer een man meegemaakt die dan ook echt, ja dat was ook heel moeilijk, als mensen heel negatief zijn dan dan dan dan heeft het een enorm effect op de groep en dan moet je gewoon een zo iemand niet, die kan gewoon niet in de groep. (J:nee) dat is heel jammer (J:ja)... ja

J: Dus, daar kun je je adviezen ook in geven. I: Maar ik vind het wel heel, dat was wel heel gek, ik had dus een man die heel negatief was en niet in de groep mee wilde doen, en ook zo van; kinderachtig gedoe en dat is allemaal niks voor mij en, en toen had ik 'm een keer individueel, en toen had ik dus eh eh papier vormen, driehoeken, vierkantjes en dat was dus tangram, he, tangram (J:hm), en die moest hij dus in een vierkant krijgen... en toen dacht ik eh ik, he, ik ga 'm eens uitdagen, kijken of hij dat kan. En toen had ik dus die vormen, had ik 'm individueel, en had dus die vormen en ik zei tegen 'm; nou, meneer dit zijn gewoon papiertjes in allerlei vormen en kunt u hier een vierkant van maken? Hij heeft zitten puzzelen puzzelen, want hij was, hij was vroeger dus technicus geweest (J:hm) weet je wel, hij ging allemaal televisies, radio's heel maken enzo. Hij heeft zitten puzzelen en puzzelen en hij kwam er toch niet uit maar hij begon het helemaal interessant te vinden (lachend), toen was echt, ik had hem helemaal (opgegeven?) J: Ja, ik kan me voorstellen dat je dan erg aansluit, he? Ook bij de geschiedenis van ehh, van de persoon he, wat iemand meeneemt aan werkervaring en het technische aspect van eh creatieve therapie, dat die er dus ook is, dat vraagt wel goed opletten wat iemand meeneemt, he, waar die warm voor loopt. I: ja, en dat is natuurlijk wel, dat is natuurlijk wel heel erg leuk, als je dan individueel gaat werken met iemand, dat je je echt verdiept, wat heeft die persoon gedaan in zijn leven, wat wat is belangrijk, wat is de zin geweest in zijn leven, wat is de rode draad geweest en op daarop aan te sluiten (J:ja) want dan kun je dan heb je iets, dan kun je vandaar uit weer verder gaan (J:ja) en dan , naa en dan kun je ook dingen verder ontwikkelen (J:ja) dat is heel leuk, ja

J: Mooi, ik zit heel even te kijken naar de lijst... ehm... je hebt het al een beetje gezegd he, van de voorwaarden voor een ruimte is dat die rustig is, ik proef daar ook een beetje tussen goh, dat er weinig prikkels zijn, dus geen geluid, geen... je hebt geen muziek gebruik je bij creatieve therapie. Eh... de groepsgrootte, ja dat kan wel variëren, de laatste tijd is het/ zijn de groepjes kleiner

I: Ja, de groep is nu eh vrij klein, zes personen maar eigenlijk moet je ook denken de grootte van de groep is met acht personen eigenlijk, dat is eigenlijk maximaal. (J:ja) Maar ik heb ook een aantal keren toch een grotere groepen, met tien personen, soms twaalf personen, en dat is dat is met deze groep eigenlijk dan toch wel vrij snel druk. (J:ja), want dan eh, jaa, dat is toch soms wel eh..

J: En je gebruikt ook, sorry dat ik je onderbreek, je gebruikt ook meerdere creatieve therapieën, he? Want ik weet dat je ook eh... en soort Hints, ik noem het even hints (I:ja) wel mensen of gezegdes uitbeelden, of beroepen uitbeelden, dat doe je d'r ook bij. I: ja, omdat, het is leuk om met verschillende vormen te werken (J:hm) en op op een laagdrempelige niveau en dat is soms wel heel erg leuk om met die groep is heel erg veel mogelijk, dus ook in het uitbeelden van dingen. Sommige mensen kunnen zich dan, ja eh niet gewoon tekenen, ja ik kan niet tekenen, daarom is het inderdaad een eenvoudige vorm van uitbeelden met een gewoon heel duidelijk onderwerp, is ontzettend, hele goeie vorm, voor deze groep mensen. (J:ja) is 'n hele goeie vorm

J: Wat moet een beeldend therapeut in zich hebben om heel goed met deze doelgroep te kunnen werken? I: Nou, ik denk dat een beeldend therapeut dan heel erg in zich moet hebben om duidelijk te zijn (J:hm) eehm, dat is heel belangrijk, dat mensen weten waar ze aan toe zijn, ehm ook, ehm moet aanpakken, dus mensen die wat vrijheid geven, maar ook denken van hup we gaan dat doen (J:hm) want anders verzanden ze heel snel in eh., ja alles gaat door elkaar heen en dan is er geen lijn, dus je moet ook heel duidelijk hup je plan neerzetten en dan gaan we dat doen, en dan ehm en dat is ook heel goed, en ik denk dat je ook ja een bepaalde manier van, ja je moet ook geduld hebben, geduld (J:hm) en ook ehh... het respect naar mensen toe, omdat mensen dan toch dingen vergeten, dus ze hebben iets gezegd en

zij ze dan vertellen ze het weer, vertellen ze het nog een keer, dus dan dat je dan toch probeert eh daar op een goeie manier mee om te gaan. (J:ja) En ook de situatie kan soms heel erg eh, snel veranderen, het ene moment zijn mensen nog rustig en dan heb je iemand die opeens onrustig wordt, de deur uit wil het kan heel onrustig zijn, en dat je daar wel goed mee om kan gaan (J:ja) dat je de rust weet te bewaren, he. (J: Ja, en goed inspeelt op wat er gebeurt) I: en goed inspeelt op wat er gebeurt, ja (J:ja) ja.

J:, Nou, we zijn bijna aan het half uur, zo hard ging het, ik ga eh de recorder uitzetten

I: Alleen wilde ik je nog zeggen (J:oh) alleen wilde ik je nog zeggen het kwam niet zo goed naar boven, die thema's (J:hm) dus ik denk ik vind het nog wel heel erg leuk om bepaalde thema's nog even op een rijtje te zetten. (J:hm) weet je wel bepaalde thema's, waar ik dan aan werk in de groep J: Ja, want je noemde verwerking, (I: ja, verwerking, want dat heb...) en het samenwerken. I: ja en het samenwerken, maar ik zou bijvoorbeeld wat kleinere thema's, dat kan misschien nu niet meer, maar dat dat, dat jij dat kan opschrijven, J:ja, nee dat is prima, danneh komen die dadelijk wel naar voren, ja? I: ja oké.

De thema's worden na de opname in een kort nagesprek opgetekend.

Bijlage 10

Transcriptie interview A

Dinsdag 18 april 2011

Plaats, zorgerv Buiten-Land te Nijkerk

A = cliënt

J = interviewer

J:... Aanzetten, nu begint ie te lopen, de recorder, en uhm... ik weet... je dochter heeft gezegd dat je hier drie dagen per week zit.

A: Ja

J: ... en je bent hier ook actief met creatieve dingen te maken, kun je vertellen wat je allemaal doet hier, aan creativiteit?

A: Ja, je neemt wat voor handen is, natuurlijk, als het mooi zomerweer is, met leuke bladeren en bloemen (J: hm)

En in de winter is het ook wel leuk, bakjes schors, ja... J: dus er wordt actief gebruik gemaakt van de spullen die hier groeien

A: jaaha, dat wel, maar ja... dat kan je, die feeling heb je, of die feeling heb je niet, die kan je aan anderen ook niet bijbrengen.... (J: nee) Dan zitten ze je an te kijken, met een gezicht van het wordt toch niks. (gelach door A en J)

J: maar jij maakt wel van dingen heel creatieve spulletjes om neer te zetten in de boerderij (A: Ja) ja... je hebt er wel echt oog voor.

En we hebben ook een keer een opdracht gedaan dat je ging schilderen aan de hand van een foto... (A: ja), weet je dat nog? (A: ja, ja)

A: Toen had ik die nooit mag zien (?) J: Ja, hij ligt nog op zolder. (A: ohh), maar hij wacht op slecht weer, dan kunnen we er weer mee verder eigenlijk. (A: ja, ja), of dat Wendy ermee verder gaat. A: Ik zou niet meer weten waar het over ging, (3e persoon: ja, dat doen we, we maken het af)

J: ja, want er is geschilderd en ik weet dat je dat ook heel erg leuk hebt gevonden. (A: Ja hm) Denk je dat ehm, dat voor mensen schilderen Ook iets extra's kan bieden, dat ze zich kunnen uiten bijvoorbeeld, stel iemand is heel verdrietig, zou die dat ook met...

A: ja je wordt er wel blij van... (J: ja?) A: ja... J: Is dat het effect dat het op jou heeft? A; eh Ja, (J: ... schilderen) ja. J: voor jou is een hele goeie (A: ja inderdaad) om het te doen. A: niet dat ik dat eh andere afkietst, hoor, helemaal niet, maarreh... hoe moet ik dat nu uitleggen? We zijn nu eenmaal niet allemaal begaafd of wat dan ook, (J; hmm) en toch willen we de (onverstaanbaar) mee doen. J: Ja..

A: Ja Het is de raaf (bedoeld vraag?) uit welke hoek ga je dan handelen, denk ik (J: ja) een ene keer zie ik een hele mooie kleur en een ander keer -weet ik veel- tuh, voor mijn part zit ik in de bomen, bij wijze van sp...ee (J: lacht) ... jaah... heb ik ook wel eens gedaan. J: ja... ja, je was wel een boomklimmer, vertelde je eens, ja. En voor jou z.. vind, ja ik kan met met schilderen, kan ik ook iets... 'kword er blij van A: ja het is net of je iets ehh, tis net zoiets als met schrijven, denk ik, dat je van je afschrijft. (J: hmm) daar hoor je ook zoveel mensen die schrijven, ja ik schrijf het eigenlijk van me af, dan heb ik dat eeh... gehad...

J: en wat voor dingen zouden dat dan kunnen zijn? A: Hoe bedoel je? J: Wat zou, wat zouden ze allemaal van zich af kunnen schrijven... of ... wat zou je van je af kunnen schilderen bijvoorbeeld, of tekenen...? A; nou omdat, dat bepaalde dingen anders lopen dan je denkt (j: hmm), Waarom dat is, wie er dan tussenkomt, of wat dan ook (J: hmja) Ja weet niet, dat zal voor iedereen anders zijn. J: Ja, en voor jou helpt het wel om blijer te worden, dat schilderen. A:, Nee, ik was al blij van mezelf... J: (lachend) Je bent al heel blij van jezelf! (A: Ja...) Ja... ja

A: Nou, ik ben gewoon blij dat ik leef, op zich (J: Ehja...), (onverstaanbaar) blij dat ik leef, dat ik dat mee mag maken (onverstaanbaar) (J:Ja... mooi) A:, dus, maar ja, goed ben je ook niet helemaal alleen, natuurlijk... uh ik... vader en moeder gehad, haha, ja ik heb schattige ouders (J: dus dat helpt ook) Alleen jammer dat ze het bij een kind gelaten hebben... ja, dan zie je in crisistijd (J: hmm) en dan eh is het er gewoon niet (J; Ja)

J: Ik zet nu de recorder weer uit
(er is een gesprek gelijktijdig gaande naast de interviewer en cliënt A)

J: Vroeger heb jij ook geschilderd... je hebt schilderles gekregen van een bekend schilder, zei je... was dat iets wat je zelf hebt gedaan of... kreeg je dat thuis aange... (onverstaanbaar).... (A zegt iets: '... enig kind...' dan doe je dat wel wordt overstemd) Vader en moeder kwam van een heel ander tijdperk, duss eh

J: Je mocht eigenlijk ook wel veel ontdekken... (de rest wordt overstemd)

J: Dat mensen niks meer leuk vinden... A: nou een heleboel mensen vinden niet zo veel leuk, vind ik... (J: hm) Ga maar lekker een boek lezen... boek lezen.. dan ben je toch uitgepraat... haha? (J; Jaah... ja)

J: en dat je zegt, er is eigenlijk nog zoveel, wat je kunt doen en (A; Ja, ja) A: dat heb ik ook gedaan, (onverstaanbaar) tis allemaal even leuk eerlijk gezegd. De kinderen vond ik ook altijd leuk, (onverstaanbaar) om te spelen en ... vroeger toch nog veel... J: ze hebben een goeie plek bij jou gehad? (A: Jaa) ... J: een beetje zoals je het zelf ook hebt ervaren... A: van bij mijn thuis? J; zoals jij het ook hebt ervaren, dat je vrij bent gelaten... (einde opname)

Bijlage 11

Transcriptie interview met Jb

Dinsdag 18 april 2011

Plaats, zorgerv Buiten-Land te Nijkerk

Jb = cliënt

J = interviewer

J: Zoo... nou J, daar zitten we de zon (Jb: ja...), lekker te genieten. Jb: Lekker te genieten, ja (J: Ja, precies)

J; We hebben ook een aantal keren... zijn we wezen schilderen. Jb: Dat is waar, ja. Dat heb ik ook hele leuk gevonden, ik vond het wel leuk, maar eeh, als het mooi weer is, dan zit ik liever buiten... als dat ik aan het schilderen ben. (J: Ja,) en nou heb ik met eh... Henny (verzorgende) afgesproken, als het wat koeler wordt (J; hmm), dan wil Henny die wil dan wel met mij, zeg maar, die uil afmaken. J; Ja, want er liggen nog wat werkstukken van je, he... Jb: Ja, er liggen nog wat werkstukken van mij en dan zegt Henny, dan ga ik wel met jou dat wel afmaken en dan, zal ik wel doen, (J: ja). Want gister was ik bij mijn dochter dan en zegt ze, nou, weet je nog pa, da je dat allemaal geschilderd hebt? (J; Ja) Ik zeg dat weet ik wel, zei ze wat is dat mooi, want er waren nog meer mensen en dah.. die zeiden heb jij dat gedaan, ik zei dat heb ik gedaan (J: Ja), nou en dat vonden ze grandioos mooi, ja (J: Ja, precies). J: dus er liggen nog wat klusjes

voor je, wat schilderwerk betreft hier, voor moeil... donkere dagen. Jb: ja, dat doe ik als het kouder weer wordt dan. Niet met dat warme weer, dan ga ik niet binnen zitten schilderen, want daar hou ik niet van (J: Nee, nee)

J: Heb je het idee dat eh... in sommige gevallen, eh... mensen ook geholpen kunnen zijn, met schilderen? Bijvoorbeeld wanneer iemand heel verdrietig is, of in de rouw zit... of eh (Jb: Nou, ik...) moeite heeft met zijn ziekte...?

Jb: Ik geloof eh, ja, er zijn veel mensen, die houden niet van schilderen (J: hm), maar het is wel zo, als je met ze praat, dan gaat het toch goed. (J:hm), Da's net hetzelfde als met M. (clientnaam), die zegt van de week tegen mij -we liepen samen buiten- zegtie, J., ik wil jou wat vragen. Ik zeg wat is't dan? Zou jij m'n vriend willen wezen? (J: hmmm), ik zeg, waarvoor? Ja, die andere mensen die moeten mij niet, ik zeg j.. ikzei daar kan ik ook niets aan doen (J:Jaa), Nee, daar kan ik niks aan doen. J: en wilde je z'n vriend worden? Jb: Ik wil best zijn vriend worden, maar het is o.. (onverstaanbaar) eeh... hij doet soms apart, ja (J: Ja) en daar hou ik ook nie van. J: je hebt hier veel verschillende mensen, he dus iedereen neemt ook... Jb: ik eh ik heb een hele goeie band met iedereen, ik kan met iedereen goed overweg (J: Ja) Jb: ja, dat heb ik met de begeleidsters, maar ook met de mensen (J: Ja) ik kan ehm met iedereen kan ik lezen en schrijven, (J: Ja), ja.(J: en he...) Ik heb voor iedereen een hartelijk woord, ik ben op niemand ben ik kwaad, ik word ook nooit chagrijnig op iemand, want ik heb zelf, ik was altijd thuis en was ik gauw kort van de raad. (J: Hoe bedoel je?). Ik was gauw kwaad, als mijn vrouw wat zei, dan brandde ik erop. (J: dus dan ging je los). Dan ging ik los (J: mm), maar toen, ik loop dan bij een specialist in het ziekenhuis (J: hmm) en dan zegt de specialist tegen mij, moet je luisteren eh, meneer B., zou het fijn wezen dat we jou medicijnen geven voor de kwaadheid? Ik zei, nou da's goed. En nou heb ik geen last meer. J: dus die medicijnen hebben heel goed geholpen? Jb: Die medicijnen hebben mij heel goed (J: Oké) geholpen. Want het is zeg het maar zo, ik gebruik ze elke dag en het gaat steeds beter. (J: Ja), en als mijn vrouw nou wat tegen me zegt, dan zeg ik, -naam?- je hebt gelijk. (J: ook als is het niet zo...), al is het niet zo, ja (J: lacht), ik word niet kwaad meer, ik wor hier ook niet kwaad, ik was hier ook weleens eh, wat kort van de raad was. Dan zei ik ook hoe ik erover dacht (J:, Ja), maar nou nie meer, nou laat ik het over me heen komen (J: Ja), want al word je kwaad, het helpt je toch weinig.

J: En stel je voor dat je die pillen, nou stel dat die pillen een beetje zouden helpen, zou d'r bijvoorbeeld, want met creatieve therapie, wat ik studeer (Jb: Jaa?) bijvoorbeeld ook door bepaalde opdrachten, wanneer je gaat schilderen of iets gaat maken, zou je ook met bepaalde thema's aan de slag kunnen gaan. Jb: en.. hoe bedoelt u dat? J: ... en dan bedoel ik dat je bijvoorbeeld eh onderzoek gaat doen, ja waar komt die kwaadheid vandaan, bijvoorbeeld Jb: ja, maar dat komt, uh... dat zegt die specialist tegen mij ook, ik heb een kort lontje (j; hm), ik ben gauw op mijn tenen getrapt, dat wat ik vroeger toen ik bij de baas werkte, hij zegt wat tegen mij, en leek het me niet, dan brandde ik erop, dan zei ik hoe ik erover dacht. Of was het de directeur, (J: hm) dan zegt hij zei ook wel eens tegen mij, ook wel eens gehad en toen waren we ook wel een wat, toen gingen die jongens die gingen elke avond laat naar huis, toen was ik ook weg (J: hm). Toen zatten ze in de bus, zatten ze erover te zeuren dat ze laat naar huis gingen, en toen heb ik 'smorgens gezegd, tegen de chauffeur, ik zal morgen vragen als de uitvoerder wil komen, ik zei doe maar, ga je gang maar. En toen kwam de uitvoerder dan, en bennen we met z'n tweeën aan het praten geweest, toen zeg de uitvoerder tegen mij, moet je luisteren J., als je weer wat heb, kom naar me toe. Als jij een schop onder je kont gekregen, hadden je jongens je uitgelachen. (onverstaanbaar) en dat deed ik tegen de directeur ook. (J: Ja). Daar kon ik mee lezen en schrijven (J: maar dan is het wel helder) Ja, ik heb ook een hele goeie job gehad ik ben altijd grondwerker geweest, het was in die tijd kon ik niet doorleren, want armoed was troef (J:... ja er moest gewoon gewerkt worden en er moest geld in het laatje), Jb: Ja, er moest geld op de plank komen. J: Ja, en de tijd is even terug naar, want je hebt hier geschilderd en je hebt, in het verleden heb je ook geschilderd, he want je... Jb: Ja, want ik heb geschilderd, maar toen kwam het zo, ik was in de Meent (zorgcentrum) in Leusden (J: Hmm), daar heb ik dan drie jaar gezeten en ten zegt Marian (activiteitenbegeleider/ verzorgster), die zegt tegen mij, moet je luisteren, heb je nu zin om te schilderen? Ik zeg nou, liever niet, en ze bleef elke week als ik kwam, begon ze over dat schilderen. (J: Hmm) Toen zeg ik, moet je luisteren, ik wil het proberen, als het niet gaat dan stop ik ermee. Nou, dat hebben ze mij uitgelegd en toen

kwam ze elke keer naar mij toe, want ze kon heel goed met mij opschieten (J: Hmm), want ik deed alles daaro en iedereen die jongens waren allemaal gek met me, en toen ben ik gaan schilderen, da het ze me helemaal geholpen (J: Ja) en heb ik mooie schilderijen gemaakt, ik heb nog zelf twee in huis hangen, of drie, een aan mijn dochter gegeven (J: Hm) en ik heb er eentje gemaakt die was van een boerderij met koeien eromheen en alles, heb ik ook gemaakt.

J: En wo... merk je wanneer je schildert, hoe gaat het dan met je? Jb: Dan ben je veel rustiger (J: dus je wordt er rustig van). Je doet rustig aan. Je bent niet, zeg maar of dit of dat, maar je doet gewoon kalm aan. J: Dan neem je de rust en de tijd ervoor (Jb: Ja) en merk je dan ook dat je zelf rustiger wordt? Jb: Ja, dan word je zelf ook rustiger.

J: is het dan ook een beetje een soort medicijntje of is dat te groo... Jb: Ja, ergens wel, ja. Want, als je zo loopt, ik ben als ik hier buiten loop, dan is het gauw dit, ik wil gauw dat (J: Hmm), dat is niet goed. J: nee, dus even dat haphap snelsnel dit dat doen, dan... Jb: dat kan

niet meer. (J: enne...) Dat doe ik ook niet meer, nou doe ik ook minder werken. Het is wel zo als René (eigenaar zorgerv) tegen mij zegt, moet je luisteren J., zou je me hiermee helpen willen, dan zeg ik niet nee dan zeg ik ja... Want ik ben gek op dieren (J: Hm), daar ben ik gek op, en ik praat veel met Vaniki (paard), want verleden week toen zat ik eh in de stal, ik ben aan het praten, deed ie zijn hoofd, lei ie op mijn schouder, zo lief. (J: aah), ja eerlijk waar. J: Dus je hebt wel een speciale band met de dieren. Jb: Ik heb een hele speciale band met de dieren, ik ben ook niet bang voor ze, helemaal niks... J: Nee, Niet bang, niet kwaad, niet... Jb: Nee, nee J: Wat mooi Jb: Ja... ik ben nergens niet bang voor, alleen ik ben banger voor een hond als voor een paard. J: hmm, okéeh

Jb: Toen een keer gebeten en toen hoefde het voor mij nie meer. J: de hond heeft je gebeten, oh dat is niet fijn... Jb: (Nog een halve minuut wordt dit onderwerp besproken)

...

J: oké, in het kader van mijn onderzoek (Jb: Ja?) want ik ben, over twee maanden ben ik , als het goed is ben ik creatief therapeut. (Jb: Ja) En, nou een creatief therapeut kan ook helpen met rouw, bijvoorbeeld mensen zoals jijzelf, mensen hebben Alzheimer en sommige hebben er heel veel moeite mee, zou dan het helpen iets kunnen maken of iets kunnen schilderen, zou dat ook kunne helpen om dat troost uit te halen?

Jb: Nou, je moet het zo zien, de een doet het wel graag en de ander niet (J: ja, dus), dat is een beetje moeilijk moeilijk, he? Want hier zijn een hele hoop mensen bij, die willen niks. (J: Ja), die willen alleen maar zitten. (J: Ja, dat heb ik gemerkt), en eh, ik weet wel, toen ik hier voor het eerst kwam, toen was ik met ene K. (oud-cliënt), die heb je niet gekend, mevrouw de K. (oud-cliënte) heb je wel geweten, heb je wel misschien wel gekend, die oude vrouw (J: Ja), en toen was haar man ook en hebben we hier de hele tuin, stond zo'n (wijst een meter

hoogte aan) laag onkruid op, hebben we helemaal met z'n tweetjes schoongemaakt. Dat land hiero, daar stonden allemaal brandnetels in, hebben we allemaal schoon geplukt, hebben we allemaal klaargemaakt. En dat hebben die man en ik gedaan. Enne er was een zoon en ik kon niet zo goed met die man overweg, maar... toen kreeg ik op een gegeven moment kreeg ik een tia (J: hmm), dat was hiero in huis, eerst vielen mijn handen weg, toen werden mijn armen niks meer, m'n benen werden minder en toen zeg ik tegen Wendy (verzorgende) of tegen Martine (verzorgende), ik weet het niet meer, breng me maar naar de kamer...

(gesprek vervolgt het ziek zijn en een opmerkelijk herstel met een beter geheugen dan voorheen, en ander gezondheidsthema's)

...

Na 12 minuten wordt de recorder uitgezet.

...

Jb: Ik heb het hier goed naar de zin, ik kan het iedereen aanraden om hierheen te gaan. Want het is hier zo, het is niet moeten, (J: Hmm) maar het mag. Dat zegt René naar mij, want ik heb veel in die tuin gewerkt, ik ook ik doe het nou niet meer, omdat ik eh... gauw

moe ben. Dat zeg ik ook, enneh en daarom zeg ik ook, ik heb het hier goed naar mijn zin. Ik heb m'n uitje. (J: ja, voor jou is het een dag uit) Jb: Ik ben een dag uit. (J:Ja) Ik heb het naar mijn zin. Ik kan goed met René opschieten, ik kan goed met Yvonne (eigenaar zorgerv) overweg, ik kan goed met de kinderen (van de eigenaren) opschieten, ik zeg, met iedereen. Ik heb Gijs veel geholpen, die timmerman, ik heb in de hooiberg gewerkt; ik hielp overal in mee. (J: ja) Ik heb veel gedaan hiero en nou wordt het iets minder. Want je wordt ouder en dan wordt het minder. J: en hoe is dat voor je, dat het minder wordt? Jb: eeh... ik heb er niet zo erg in. (J: mm), nee, J: Gaat het dan sluipenderwijs. Jb: het gaat sluipenderwijs gaat dat erin. (J: Ja) want je verneemt het niet, nee. J: En als je nu vertelt het verschil met een jaar geleden, is het dan meer achteruitgegaan? Jb: eeh, is het bij mij achteruit gegaan als toen, toen kon ik veel meer, ik en werken, ik heb hier een overall liggen, ik heb andere schoenen, die trek ik nooit meer aan, want ik weet dat ik dan zeker ga werken, en dat wil ik niet J: ja, en dan ga je te hard. Jb: Ja, dan ga ik te hard en daarom doe ik het liever niet, nee, nee (J: Dat snap ik) J: En een vorm van therapie op het zorgerv. Jb: nou dat heb ik met mijn dokter ook al over gehad, ze zeggen, Yvonne zegt tegen mij, therapie die heb je elke dag, want je kunt hier doen en laten wat je wilt. (J: hmm), je kunt dit doen en je kunt dat doen, het is niet moeten, maar het mag. (J: ja), en dat is onze therapie. (J: Ja), maar toen ik in Leusden zat, toen kreeg ik ook geheugentests (J: hm) ja. Dan gingen ze gingen we aan tafel zitten en dan deden we een spelletje, dan deden we dit en dan kregen we vragen stellen kreeg je dan, en je moesten dit doen en je moesten dat doen, dat krijg je hier niet. Alleen (?) heel af en toe J: En mis je dat, dat soort therapie? Jb: Nu niet meer, eerst wel, maar nu niet meer. (J: hm) Ik ben er nou aan gewend, ik weet dat het niet zo is, en heel af en toe zegt Martine wel een tegen mij, hier heb je een papier J., en vul 'm maar in. (J: Hm) En Wendy stelt mij ook wel eens vragen, met kaarten en ook wel en dan, dat vind ik leuk en mag ik graag doen. (J: Ja), het is bij mij zo, ik hou veel van bloemen en van dieren en dan weet je ook veel. (J: Ja... Ja, je weet heel veel van de natuur) Jb: ik weet heel veel van de natuur, want vanmorgen zat ik bij Gijs, toen begon ie over die grote aardappels die liggen hier ook in de kas, wat we ermee doen moeten. Ik zeg dan snij je ze middendoor en dan laat je ze een dag en nacht dan laat je ze liggen. Ik zei als je dat niet doet, en je stopt ze gelijk in de grond, dan rotten ze, en als je ze laat drogen dan gaat het vocht eruit en met een dag later kun je ze in de grond zetten. J: ja, je hebt gewoon een adviserende rol hier. (Jb: Ja), Ja. En als je nou per week bijvoorbeeld nou één uur zou gaan schilderen, in jouw geval een op een bijvoorbeeld, zou jou dat ook nog iets kunnen helpen hier? Zou je zeggen, nou dat zou ik nou juist heel fijn vinden, of zeg je Jb: Ik vind het wel leuk, maar niet met dit warme weer. J: Nee, dus dat heeft echt met het seizoen te maken (Jb: ja, met het seizoen). En als we het buiten zouden doen? (Jb: Dan wel, dan zou ik het wel willen) dan zou je het ook buiten willen, dat ik buiten de ezels op zou stellen of (onverstaanbaar) Jb: dan zou ik het wel doen willen, ja. Mar dat zeg ik ook, ik kan het niet alleen.(J: Nee). Ik weet niet hoe ik m'n verf moet Mengen en ik weet niet waarmee ik het schilder, hoe moet ik dat doen, dan moeten ze mij helpen. J: maar dat het schilderen jou ook helpt om rustig te worden, en om dingen misschien een een, op orde te krijgen in je hoofd, he? Dat je effe Nou, eerst stap deze, en dan die stap, en dan die en dan die, dat zou voor jou ook een beetje kunnen helpen. Jb: Ja, ik weet wel, toen ik hier weer gewoond (?), toen heb ik eerst allemaal bloemen gemaakt en dan wart ik begonnen en twee tellen later ben ik klaar (J: Ja) toen zeg Marian, dat kan niet J., want het is wel een begin, maar je moet langzamer werken. Toen ben ik begonnen met dieren (J: Ja) Ik heb een ree gemaakt en edelhert en paarden. Er staat nog een schilderij in de kamer, met dat paard (J: ja bij de haard) heb ik ook gedaan. (J: ja). En toen ben ik begonnen met landschappen. J: En als iemand helemaal niet zou kunnen schilderen, zou het dan ook nog leuk zijn om toch... bezig te zijn? Jb: dan kun je het leren. (J: Ja) Maar dan moet je wel iemand hebben die dat kan, die je begeleid. J: ja, en wat ik bij jou hoor, is dat je het heel belangrijk vindt, dat als iemand dat wil gaan doen, dat ie het dan leert om het goed te doen. (Jb: ja), terwijl creatieve therapie hoeft éigenlijk, of het mooi is of niet mooi is, dat... is niet zo heel belangrijk (Jb: niet zo belangrijk...), maar het gaat om de (Jb: stappen die je maken kunt) stappen die je maakt daartussen, he? Of je je inderdaad kunt concentreren

Jb: ja, dat heb ik ook (J: Ja, oké) het is bij mij zo niet eh, ik wil niks meer hebben met schilderen, niet gauw gauw dit, dit wil ik langzamer doen. J: Ja, daar wil je een paar weken over kunnen doen, (Jb: ja daar wil ik een paar weken, niet gauw gauw dit, gauw dat, dat kan niet dan doe je het verkeerd. J: enneh... de vogelhuisjes schilderen bijvoorbeeld, hoe heb je dat gevonden? Jb: Hartstikke leuk, (J: Ja) dat vond ik leuk en is heb al die dingen hebben we er samen opgedaan met... Wendy, geloof ik. J: ik denk met Wendy ja, die dakpannetjes, he? (Jb: die dakpannetjes, ja) ja, dus dat is eigenlijk ook heel creatief (Jb: is ook creatief) En dat vind je eigenlijk ook net zo leuk als het zelf schilderen, (Jb: Ja, precies hetzelfde... ja) Oké... Ik ga 'm nu uitzetten, echt. Ik had 'm net weeven eventjes aangezet (Jb: Oh had je 'm weer eventjes aan gezet?)

Bijlage 12

Mailcontact tussen onderzoeker en Celine Schweizer
op 5 en 6 mei 2011-05-15

Dag Janny

dank voor je compliment! altijd fijn om te horen dat het boek tegemoet komt aan een behoefte.

ik ben deze week niet thuis en ook niet op mn werk en kan de tekst nu niet checken. het is zo dat ik het onderzoek heb gedaan naar beeldende therapie/ groepswork met kinderen. in een artikel in het tijdschrift voor \vaktherapeutische beroepen kan je dat ook lezen. ik heb de tekst aangepast voor ouderen en gecombineerd met andere (afstudeer-) onderzoeken. de tekst van het artikel kan je vinden op mn website (gewoon www met mijn naam .nl heb je hier genoeg aan? succes met je scriptie! Celine Schweizer

> Beste Celine Schweizer,

>

> Op dit moment ben ik actief met mijn afstudeeronderzoek voor de studie
> beeldende therapie aan de Hogeschool van Utrecht. Het onderwerp is CT
> beeldend en dementie. Juist het verschil tussen het huidige aanbod van
> activiteitenbegeleiding en de toegevoegde waarde van CT komt naar boven in
> dit onderzoek.

>

> Ik wil mede daarom graag gebruik maken van gedeelten uit uw/ jouw
> presentatie in het kader van het symposium 'Kunst en dementie' uit 2008,
> Nieuwegein.
> Hierin wordt ingegaan op het onderzoek 'verschil moet er zijn'. Nu

> (b)lijken er echter wat fouten in de tekst die ik heb gevonden op
> internet. (i.p.v. ouderen staat er een aantal maal kind, pagina 3).
>
> Ik zou deze fouten in mijn tekst willen herstellen, maar wijk dan wel af
> van de originele tekst...
> Bij deze daarom dit mailtje met de vraag om dit ook te mogen doen.
>
> Dat lees ik graag van u, alvast bedankt voor uw/ je reactie.
> En dank voor het mooie nieuwe handboek, écht een enorme aanwinst voor
> beeldend therapeuten (in de dop)!
>
> Met vriendelijke groet,
>
> Janny de Bruin,
> 4e jaars Student Beeldende therapie
> Utrecht

Bijlage 13

Beeldende werkvorm

1 Werkvorm Fotografie (open sessie)

"Het mooiste plekje door de ogen van..."

Tijdsduur variabel

Omschrijving

Maak van alle plekken die het zorgerv biedt, een foto van jouw persoonlijk mooiste plekje.

Iemand kan hierbij zelf de foto maken, of de foto wordt op basis van cliënts aanwijzingen door de begeleider/ therapeut gemaakt.

De foto's kunnen in een collage worden samengebracht, met de vermelding welke foto van wie is, en ook de reden van deze keuze.

Doel van deze opdracht is om een verbinding tot stand te brengen tussen de persoon en zijn omgeving, in dit geval het zorgerv Buiten-Land. Daarbij maakt de persoon een persoonlijke keuze uit dat wat de omgeving biedt. Hij kan een verhaal vertellen over het waarom van zijn keuze. Door van een aantal mensen hun favoriete plekje te fotograferen en later weer te laten zien, herinnert men zich vaak het mooiste plekje en komt het verhaal daarbij weer tot leven.

Materiaal

Fotocamera

Deze opdracht kan individueel of in de groep worden gedaan.

Evaluatie

Deze vindt plaats wanneer de foto's zijn afgedrukt en kunnen in de groep worden besproken.

Mogelijke vragen bij de evaluatie

- Van wie is dit het mooiste plekje?
- Weet iemand waar op het erf hij is genomen?
- Kunt u vertellen wat u er zo mooi aan vindt?

Eventuele vervolgoopdracht

Er is de mogelijkheid om van deze opdracht een langer project te maken, waarbij de foto's het uitgangspunt vormen voor bijvoorbeeld een

schilderijtje waarop de foto is overgetekend. Het ontwerp kan ook op een stramien worden overgezet en geborduurd of op hout dat wordt

geschilderd, of waar met spijkertjes het -eerder getekende- beeld wordt overgenomen.

