



OMGANGSADVIES VANUIT PMT NAAR DE PARTNER BIJ DEMENTIE

Windesheim 

Afstudeerproject van : Alwies Hendriks (S1031455) en Anita Vlug (S1024361)
School : Hogeschool Windesheim
Deeltijdstudie : Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie
Begeleider : Thea Tiemersma
Beoordelaar : Esther van der Steeg
Datum : 4 juli 2012

Voorwoord

Dit onderzoek is onze eindschrijving voor de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie aan de Christelijke Hogeschool Windesheim. Wij hebben ons binnen dit onderzoek gericht op de thuiswonende cliënt met dementie in de beginfase. Een doelgroep die naar verwachting steeds groter wordt. Wij zijn beiden werkzaam in het werkveld geriatric en horen regelmatig van problemen binnen de thuissituatie tussen de cliënt met dementie en de (verzorgende) partner. Door onze studie Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie zien wij mogelijkheden voor deze doelgroep om binnen de thuissituatie te werken aan omgang- en gedragsproblemen. Deze mogelijkheden willen we graag in kaart brengen middels deze afstudeeropdracht.

Graag willen wij van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken en die ons op weg geholpen hebben. Allereerst willen wij onze begeleider Thea Tiemersma bedanken voor haar feedback gedurende het proces van schrijven. Wij bedanken Henrike Klok voor het versturen van onze vragenlijst onder de werkgroep geriatric binnen de NVPMT. Ook willen wij degenen bedanken die reactie hebben gegeven op onze vragenlijst.

Tot slot bedanken we onze partners, kinderen, vrienden en collega's voor hun interesse en steun.

Alwies Hendriks
Anita Vlug
Juli 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
1. Inleiding	5
1.1. Aanleiding	5
1.2. Probleemstelling	6
1.3. Doelstelling	6
1.4. Vraagstelling	6
1.5. Deelvragen	6
1.6. Onderbouwing van de vraagstelling	7
1.7. Opbouw van de scriptie	7
2. Theoretisch kader	8
2.1. Dementie	8
2.1.1. Stadia van dementie	9
2.2. Problemen voor de partner	10
2.3. Gedrags- en omgangsadvies	10
2.4. Psychomotorische therapie	11
2.4.1. Psychomotorische therapie doelen	12
2.4.2. Groepstherapie of individuele therapie	12
2.4.3. Psychomotorische relatietherapie	12
2.5. Omgangsadvies vanuit de psychomotorische therapie	12
3. Methode	14
3.1. Onderzoeksdesign	14
3.2. Zoekstrategie	14
3.3. Selectiecriteria	15
4. Resultaten	16
4.1. Wat wordt verstaan onder de beginfase bij dementie?	16
4.2. Welke omgangsproblematiek is er bij dementie?	17
4.3. Welke problemen zijn er voor de partner ?	17
4.4. Wat is er op het gebied van omgangsadvisering bij dementie te vinden?	17
4.5. Wat gebeurt er nu met PMT op het gebied van dementie in het algemeen ?	19
5. Discussie	22
5.1. Reflectie op de methode	22
5.2. Reflectie op de resultaten van het onderzoek	22
5.2.1. Kritische beschouwing op de onderbouwing van de vraagstelling	22
5.3. Reflectie op de uitvoering van het onderzoek	23
6. Conclusie	24
Literatuurlijst	25
 Bijlagen	 28
Bijlage 1 Overzicht van het interview met de antwoorden op de vragen	28
Bijlage 2 Tabel meest voorkomende problemen van mantelzorgers in de zorg voor hun naaste	32
Bijlage 3 De resultaten van het onderzoek schematisch weergegeven	33
Bijlage 4 Omgangsadvies zoals Paans ze opstelt en gebruikt binnen haar werkomgeving	37

Samenvatting

In deze scriptie wordt een onderzoek beschreven betreffende de mogelijkheden van een omgangsadvies vanuit psychomotorische therapie voor de dementerende en zijn partner in de thuissituatie.

Het betreft een kwalitatief onderzoek in de vorm van een literatuurstudie. Naast de literatuurstudie is er ook gebruik gemaakt van een interview onder de leden van de werkgroep Geriatrie van de NVPMT. Middels deze vragenlijst wordt de professional gevraagd naar de ervaringen van omgangsadvies en de mogelijkheden van omgangsadvies binnen de thuissituatie van dementerenden en hun partner.

De resultaten uit het literatuuronderzoek geven niet een direct antwoord op onze vraagstelling. Er is nog onvoldoende (gedocumenteerd) onderzoek gedaan naar omgangsadvies op basis van PMT in de thuissituatie. Er zijn echter wel aanwijzingen gevonden vanuit de literatuur en het interview die een aanzet kunnen geven voor een vervolgonderzoek of een pilotstudie. Een van de bevindingen is dat omgangsadvies vanuit psychomotorische therapie naar het systeem van waarde kan zijn; hiermee kan ook de partner van de dementerende worden bedoeld.

In het theoretisch kader worden begrippen uitgewerkt vanuit de probleemstelling. Deze begrippen zijn: dementie, problemen voor de partner, gedrags- en omgangsadvies, psychomotorische therapie en omgangsadvies vanuit psychomotorische therapie.

Vanuit de resultaten uit het onderzoek en de antwoorden uit het interview worden aanbevelingen gegeven, die aanwijzen dat PMT een oplossing kan zijn om de problemen in de thuissituatie bij dementie op te lossen.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt omschreven wat de aanleiding, probleemstelling en de doelstelling is van dit onderzoek en wordt de onderzoeksvraag geformuleerd. Vervolgens wordt de onderzoeksvraag in deelvragen opgedeeld en wordt de vraagstelling onderbouwd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer voor deze scriptie.

1.1. Aanleiding

Ieder uur krijgen vier mensen in Nederland dementie en de kans dat het iemand treft is één op vijf! In totaal wordt het aantal mensen met dementie in Nederland in het jaar 2012 geschat op 250.000 personen en dat zijn er 7000 meer dan in 2011 (Alzheimer Nederland, 2012). Dementie is een groeiend probleem. Hoewel de stijging van dementie door vergrijzing wellicht minder groot is dan verwacht zal het percentage mensen dat dementie krijgt toch stijgen (Volkskrant, 2012). Mensen die te maken krijgen met dementie, wonen het grootste deel van hun ziekteproces gewoon thuis. De zorg voor de thuiswonende dementerende komt veelal neer op de schouders van de mantelzorgers¹ en in meer dan de helft van de gevallen is dat de partner (Verduin, Methodebeschrijving Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers, 2009). Mantelzorg is de zorg voor iemand uit de naaste omgeving die vanwege de dementie hulpbehoevend is geworden (Mercken, 2005).

In de beginfase van dementie ontstaan vaak gedrags- en stemmingsproblemen bij de dementerende doordat hij zich steeds weer moet aanpassen aan de nieuwe en verslechterende situatie door de dementie. Problemen als het verlies van het korte termijn geheugen, moeite met plannen en organiseren van alledaagse activiteiten, oriëntatie problemen en denkstoornissen, zorgen ervoor dat de dementerende steeds meer afhankelijk wordt van de hulp van anderen (Alzheimer Nederland, 2012). Het verwerken van het dementieproces verloopt niet altijd goed, waardoor ongewenst gedrag als depressie, mindere initiatief name, verdriet, agressief en onrustig gedrag kan ontstaan (Dröes, In beweging, 1991).

De gedrags- en stemmingsproblemen spelen een belangrijke rol in de thuissituatie van de dementerende en de partner. De problemen die ontstaan zorgen ervoor dat het voor de partner zwaar is om de zorg op zich te nemen. Er zijn verschillende mogelijkheden van ondersteuning en begeleiding voor de partner. Dit wordt geboden op het gebied van informatie, advies, emotionele steun en praktische steun in de vorm van maaltijd- en boodschappen service en de tijdelijke overname van zorg in een dagopvang (Mercken, 2005). Hiermee wordt bewerkstelligd dat de partner wat meer rust en eigen tijd heeft, zodat diegene de zorg langer vol kan houden.

Met deze manier van ondersteuning wordt niet gewerkt aan de gedrags- en stemmingsproblemen van de dementerende zelf en in de relatie tot de partner. Uit de praktijk blijkt, dat als de dementerende van de dagopvang thuis komt, vaak direct weer problemen ontstaan. Gedrags- en stemmingsproblemen zijn de belangrijkste redenen dat de partner de zorg thuis niet meer aan kan en de dementerende naar een psychogeriatrische afdeling in een verzorgings- of verpleeghuis moet verhuizen (Dröes, Amsterdamse ontmoetingscentra: een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende mensen en hun verzorgers: over de gebruikers, de effectstudie en de implementatie in het reguliere aanbod: eindrapport november 1996, 1996).

Een van de manieren om aan de slag te gaan met gedrags- en stemmingsproblemen bij dementie is psychomotorische therapie (PMT). Binnen PMT kan de dementerende, door middel van aangepaste bewegingsactiviteiten in een ongedwongen sfeer, leren omgaan met de eigen beperkingen. Dit geeft

¹ In de literatuur wordt de term mantelzorger gebruikt. In dit onderzoek is de partner de mantelzorger.

hen de gelegenheid sociale contacten op te doen, emoties te uiten en plezier te beleven (Verduin, Methodebeschrijving Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers, 2009).

Kenmerkend en de kracht van PMT is de non verbale communicatie door te bewegen, iets wat de persoon met een vorm van dementie nog lang en goed kan. Door de dementerende goed te observeren in de interactie met zijn omgeving kan een omgangsadvies opgesteld worden.

In een onderzoek naar de waarde van een omgangsadvies vanuit PMT is binnen de klinische setting onderzoek gedaan. Het omgangsadvies wordt als waardevol ervaren en blijkt het probleemgedrag daadwerkelijk te verminderen (Paans, 2010).

De resultaten vanuit het onderzoek geven aanleiding om binnen deze afstudeeropdracht op zoek te gaan naar de mogelijkheden van omgangsadvisering vanuit PMT naar de thuissituatie van de dementerende en zijn partner om te werken aan de omgangsproblemen, waardoor de gedrags- en stemmingsproblemen verminderen.

1.2. Probleemstelling

In de regel neemt de partner de zorg op zich van de dementerende en neemt steeds meer taken van hem over. Dit is een hele opgave, omdat men nu naast partner ook hulpverlener wordt. De partner weet vaak niet goed met de gedrags- en stemmingsproblemen van zijn dementerende naaste om te gaan wat tot onbegrip en stress binnen de thuissituatie kan leiden.

Het meldpunt 'Stop ouderenmishandeling!' geeft aan dat, door overbelasting, onmacht en gebrek aan kennis, situaties kunnen ontstaan, waarin mishandeling en lichamelijk geweld plaats vindt. Signaleren van de mishandeling en het melden of hulp bieden is noodzakelijk. Dit wordt bevestigd door het onderzoek van het landelijk dementieprogramma (2004), waaruit blijkt dat partners aangeven dat hulp en ondersteuning gewenst is om met omgangs- en gedragsproblemen om te kunnen gaan. Nu de regering de weg is ingeslagen om de zorg van dementerenden zo veel mogelijk thuis plaats te laten vinden is de verwachting dat problemen binnen de thuissituatie zullen toenemen. De druk op de partner neemt toe.

Psychomotorische therapie is een effectieve interventie in het verminderen van gedrags- en stemmingsproblemen van de dementerende. Tevens kan er vanuit de psychomotorische therapie een omgangsadvies worden opgesteld die binnen de klinische setting als waardevol wordt ervaren en waardoor problemen in het gedrag verminderen (Paans, 2010). Omgangsadvisering vanuit PMT binnen de thuissituatie is echter nog niet georganiseerd.

1.3. Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de literatuur om te kunnen bepalen of PMT een bijdrage kan leveren in de omgangsadvisering bij dementie in de thuissituatie.

1.4. Vraagstelling

Op welke manier kan PMT een bijdrage leveren aan het geven van omgangsadvies aan de partner van mensen in de beginfase van dementie om de problemen in de thuissituatie te verminderen.

1.5. Deelvragen

De vraagstelling van dit onderzoek is opgesplitst in meerdere deelvragen. Een deelvraag helpt mee om te komen tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag in fases door middel van een literatuuronderzoek (Bakker & van Buuren, 2009). De volgende deelvragen zijn geformuleerd:

- 1 Wat wordt verstaan onder de beginfase bij dementie?
- 2 Welke omgangsproblematiek is er bij dementie?

- 3 Welke problemen zijn er voor de partner ?
- 4 Wat is er op het gebied van omgangsadvies bij dementie te vinden?
- 5 Wat gebeurt er nu met PMT op het gebied van dementie in het algemeen ?

1.6. Onderbouwing van de vraagstelling

De onderzoeksvraag die centraal staat in dit onderzoek is: Op welke manier kan PMT een bijdrage leveren aan het geven van omgangsadvies aan de partner van mensen in de beginfase van dementie om de problemen in de thuissituatie te verminderen.

Door recente literatuur te zoeken op het gebied van PMT en dementie, omgangsadvies vanuit PMT en de omgangsproblemen binnen de thuissituatie van de dementerende en de partner wordt geprobeerd inzicht te krijgen of PMT een bijdrage kan leveren in de vermindering van de problematiek. Literatuur die hierbij centraal staat is het onderzoek 'Omgangsadvies: waardevol?' (Paans, 2010), waarin het effect van omgangsadvies is gemeten onder het personeel van verschillende zorginstellingen dat werkt met dementerende mensen. Als dit omgangsadvies voor een verzorgende waardevol is, kan dit ook gelden voor de partner van de dementerende. Andere literatuur die centraal staat binnen het beantwoorden van de onderzoeksvraag is dat PMT een effectieve interventie bij de psychosociale problematiek bij dementie kan zijn. Hiervoor wordt het adaptatie coping model (Dröes, In beweging, 1991) gebruikt dat inzicht geeft in het behandelen van gedrags- en stemmingsproblemen bij dementerenden.

Aan de hand van een kwalitatief onderzoek in de vorm van een literatuurstudie wordt geprobeerd een betrouwbaar antwoord te geven op de onderzoeksvraag. De literatuurstudie wordt ondersteund door een interview onder vakgenoten in de geriatrie waarmee naar de ervaringen met omgangsadvies gevraagd wordt.

1.7. Opbouw van de scriptie

In hoofdstuk één worden aanleiding, probleemstelling en doelstelling van het onderzoek beschreven, evenals de vraagstelling, deelvragen, de onderbouwing en de opbouw van het onderzoek. In het tweede hoofdstuk wordt een theoretisch kader gegeven met betrekking tot de verschillende deelvragen van de vraagstelling en een verwijzing naar literatuur. In hoofdstuk drie wordt aandacht besteed aan de methode van dit onderzoek. Hierin worden de methodiek en de procedure beschreven. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten van de literatuurstudie en het interview beschreven. In hoofdstuk vijf wordt gereflecteerd op de methode, resultaten, waaruit de discussie ontstaat. Hieruit wordt in hoofdstuk zes conclusies getrokken en volgen er tenslotte aanbevelingen in hoofdstuk zeven.

2. Theoretisch kader

Om de onderzoeksvraag te verduidelijken worden er een aantal begrippen uitgewerkt in de vorm van een casusbeschrijving en bevindingen vanuit de literatuur. Het betreft de volgende begrippen:

- de beginfase bij dementie
- de problemen voor de partner
- het gedrags- en omgangsadvies
- psychomotorische therapie
- omgangsadvies vanuit de psychomotorische therapie en ergotherapie.

2.1. Dementie

Dementie betekent letterlijk ontgeesting. Bij dementie worden de vermogens van de hersenen aangetast in een progressief verloop. In de beginfase ontstaan er problemen op het gebied van het korte termijngeheugen, het vermogen om te denken, moeilijkheden op het gebied van oriëntatie, veranderen van persoonlijkheid. In een gevorderd stadium ontstaat er ook verlies van mogelijkheden op het gebied van taal, handelen, begrijpen, niet meer in contact staan met het lichaam en geen contact met de ander kunnen maken (Ekkerink, 2003).

Dementie brengt ingrijpende veranderingen met zich mee op alle gebieden in het leven van de dementerende waardoor ook een lijden kan ontstaan. Een emotionele pijn om alles wat de dementerende verliest.

Onderstaand citaat maakt duidelijk hoe ingrijpend dementie is:

“Dement worden betekent een fundamentele aantasting van onze hoogste gaven (ons reflexief vermogen) en van onze diepste kern (onze autonomie en identiteit). Alles wat wij in ons leven als vanzelfsprekend ervaren, wordt onderuit gehaald. Wie we zijn, wat we doen, waar we naartoe gaan, alles wordt in vraag gesteld. Dement worden is dan ook niet anders op te vatten dan een diep tragisch proces” (Verdult, 2003).

Er is lang gedacht dat mensen met dementie geen besef hebben van wat er met hen gebeurt en dus niet zwaar lijden onder hun ziekte. Dit beeld is inmiddels door onderzoek bijgesteld. Dementerende houden vrij lang een zeker besef van de gevolgen van de dementie. Zij lijden psychisch onder hun aandoening en passen een strategie van ontkennend of vermijgend gedrag toe wat er juist vaak op wijst dat zij zich bewust zijn van de situatie (Miesen, 2006).

Dementie wordt in 60% van de gevallen veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer. Andere voorkomende typen van dementie zijn de vasculaire of Fronto temporale dementie (FTD) en dementie veroorzaakt door de ziekte van Parkinson of Creutzfeldt Jacob (BTSG innovatie in ouderenzorg, 2012).

In dit onderzoek wordt de beginfase van dementie binnen het type Alzheimer behandeld, omdat dit de meest voorkomende vorm van dementie is. Bovendien geven de indicatie en contra-indicatie in de module PMT bij agressief gedrag in de psycho-geriatrie aanleiding om PMT in te zetten voor ouderen met vasculaire dementie of met de ziekte van Alzheimer. In de module wordt een contra-indicatie beschreven voor ouderen met een frontaalkwabdementie of ouderen die agressief gedrag vertoonden voordat de dementie aanwezig was. Deze doelgroepen worden behandeld met medicatie of het systeem van de dementerende wordt begeleid in de manier van omgaan met de betreffende personen (Albers, Beks, & Kerklaan, 2000).

2.1.1. Stadia van dementie

Meneer en mevrouw Jansen wonen in Amstelveen in een appartement. Meneer Jansen is 80 jaar oud en mevrouw Jansen is 78 jaar. Meneer Jansen merkt steeds vaker op dat er iets niet klopt in het gedrag van zijn vrouw.

Hij merkt op dat zijn vrouw steeds vaker haar sleutels kwijt is en ziet haar dan haar hele tas overhoop halen. Soms kan ze de weg niet meer vinden naar de supermarkt, waar ze toch al jaren komt of weet ze niet meer hoe het koffiezetapparaat werkt.

Mevrouw Jansen wordt dan boos, omdat het koffiezetapparaat niet meer deugt volgens haar. Soms staat haar gezicht heel strak en staat ze op met gebalde vuisten, of begint ze uit het niets te huilen, daar schrikt meneer Jansen van. Mevrouw wil geen nieuwe dingen uitproberen, is gestopt met haar gymclubje en ze maakt niet meer zomaar een praatje met de buren. Wanneer ze niets doet, kan ze ook niets verkeerd doen. Voor meneer Jansen is dit ontzettend frustrerend. Hij begrijpt niet waarom ze zoveel vergeet en steeds minder in het huishouden onderneemt. Hij voelt zich machteloos en verdenkt zijn vrouw van ongeïnteresseerdheid. Er ontstaan conflicten die steeds heviger worden. Hij voelt zich onzeker en heeft moeite om soms het geduld op te brengen, hier wordt hij heel verdrietig van. Zijn vermoeden dat er iets meer aan de hand is wordt bevestigd. Na doorverwijzing van de huisarts naar de geriater is bij mevrouw Jansen na een neurologisch onderzoek de ziekte van Alzheimer (een vorm van dementie) vastgesteld.

Het verloop van de ziekte Alzheimer is te verdelen in drie stadia. In het eerste stadium zijn de effecten nog niet duidelijk zichtbaar, wel merkt de dementerende vergeetachtigheid, desoriëntatie, verandering van persoonlijkheid en verminderd reactievermogen op. In het tweede stadium ondervindt de dementerende belemmeringen door de geestelijke invaliditeit. De herinneringen uit een ver verleden bestaan nog wel, maar het korte termijn geheugen functioneert niet goed meer. In het derde stadium is de dementerende volledig afhankelijk van de zorg van anderen (Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek).

Diverse auteurs hebben dementie verdeeld in stadia van belevingsfases. Dit is belangrijk voor de keuze in benaderingswijze door de omgeving. De fases van dementie, die het meest worden gebruikt, zijn beschreven door Verdult en van der Kooij. Zij spreken van de 'bedreigde ik', 'verdwaalde ik', 'verborgen ik' en 'verzonken ik' fase. De verschillende fases lopen in elkaar over en overlappen elkaar (Ekkerink, 2003).

Problemen die vaak in de 'bedreigde ik' fase bij dementerenden voorkomen zijn: vereenzamen doordat zij zich steeds vaker sociaal afzonderen, steeds meer afhankelijk opstellen, geen initiatief nemen, afnemend zelfvertrouwen, boos, verdrietig, angstig, achterdochtig en agressief gedrag (Allewijn & Miesen, 2010).

In de 'verdwaalde ik' fase trekt de dementerende zich steeds meer terug in zijn eigen belevingswereld en creëert hier zijn eigen werkelijkheid. De dementerende voelt zich verdwaald in tijd, plaats en persoon en beleeft hevige emoties.

In de 'verborgen ik' fase, is de dementerende in zijn eigen veilige innerlijke wereld. Men leeft meer op een onbewust niveau. Dit is ook terug te zien in het doelloos en ongericht rondlopen.

De laatste fase van het 'verzonken ik' is het maken van contact nauwelijks mogelijk. Meestal is de dementerende bedlegerig geraakt en lijkt het erop alsof de ziel uit het lichaam is (De Zorgboog). Vaak woont de dementerende nog thuis gedurende een deel van de 'verdwaalde ik' fase.

Binnen de fase 'het verdwaalde ik' haalt mevrouw Jansen het heden en verleden door elkaar. Zij herkent haar man soms niet meer als echtgenoot maar als haar broer en het huis waarin zij woont is niet haar 'thuis'. Ze is op zoek naar haar 'thuis' en loopt soms weg naar haar ouderlijk huis van vroeger. Ook wil ze haar kinderen van school halen maar die zijn allang volwassen en wonen op zichzelf. Mevrouw Jansen beseft soms dat haar 'waarheid' niet meer klopt.

Het komt steeds vaker voor dat het verleden haar inhaalt. Na verloop van tijd zal zij binnen deze fase steeds minder in staat zijn om overzicht te houden, goed na te kunnen denken en de juiste woorden kunnen gebruiken.

Vooraf in de beginfase van dementie ontstaan gedragsproblemen door het niet adequaat kunnen reageren op het verloop van de ziekte (Dröes, Beweeg met ons mee!, 1999). Het begrip, logisch nadenken en onthouden nemen steeds meer af waardoor verwerking van het ziekteproces steeds moeilijker wordt. In deze fase van dementie kan de oudere op sommige momenten het falen op verscheidene gebieden ontkennen en ervaren; de oudere is zich meer bewust van zijn achteruitgang. Met de gevolgen van de dementie en de problemen die hieruit ontstaan, moet de dementerende om weten te gaan. Maar zeker ook de omgeving ondervindt de gevolgen van de ziekte.

2.2. Problemen voor de partner

Meneer Jansen vindt het steeds zwaarder om voor zijn vrouw te zorgen. Hij durft haar niet meer alleen te laten waardoor meneer Jansen in een sociaal isolement terecht komt. Ze gaan niet meer bij vrienden langs en meneer Jansen heeft zijn biljartclub opgezegd. Hij raakt zijn geduld steeds sneller kwijt als zijn vrouw weer eens iets 'doms' uit haalt. Ze krijgen steeds vaker hevige ruzie. Soms sluit hij haar zelfs wel eens een uurtje op in de slaapkamer zodat hij even snel een boodschapje kan doen. Mevrouw Jansen is helemaal in tranen en in de war als hij dan weer thuis komt. Soms herkent mevrouw Jansen hem zelfs niet meer als echtgenoot. Daar heeft meneer Jansen het ontzettend moeilijk mee. Hij voelt zich dan in zijn man-zijn aangetast. Hij merkt dat zijn rol steeds meer verandert van echtgenoot naar verzorger. Hij wil er graag voor zijn vrouw zijn maar heeft het emotioneel heel zwaar met deze verandering van rol.

Dementie heeft enorme gevolgen voor de dementerende, maar zeker ook voor de partner en eventuele kinderen in het gezin. Zij worden geconfronteerd met een voortdurend proces van achteruitgang en zijn getuige van het gevecht dat de dementerende levert. Zij verliezen hun naaste terwijl die nog leeft (Miesen, Liefde voor het leven: zorg voor mensen met dementie, 2006). Buiten dit verlies hebben zij ook te maken met een veranderde rol binnen de relatie; namelijk van partner naar de rol van verzorger.

De mate van de zorgzwaarte is afhankelijk van een aantal factoren, zoals de frequentie en intensiteit van de verleende zorg, maar ook hoe de zorgzwaarte wordt beoordeeld en hoe er mee wordt omgegaan. Naast de fysieke zwaarte van de zorg is het ook belastend op het emotionele en sociale vlak. Het evenwicht binnen de relatie raakt verstoord en er is weinig sprake van wederkerigheid door de afhankelijkheid van de een en de zorg rol van de ander (Merken, 2005).

Miesen beschrijft de voortdurende lijdensweg die de partner ondergaat in het proces van de dementie. Aan de ene kant verliest men bij iedere signalering van achteruitgang een stukje van de geliefde en aan de andere kant zien zij voortdurend het niet te winnen gevecht, die hun geliefde levert tegen het ziektebeeld (Miesen, Liefde voor het leven: zorg voor mensen met dementie, 2006).

2.3. Gedrags- en omgangsadvies

Meneer Jansen kan de zorg voor zijn vrouw niet meer aan. Hij ervaart een groot gevoel van stress en komt door de zorg van zijn vrouw niet meer aan zijn rust toe. Meneer Jansen bespreekt zijn problemen met de huisarts en die stelt voor om bij een ontmoetingscentrum voor mensen met dementie te gaan kijken. Meneer en mevrouw Jansen gaan een kijkje nemen en besluiten om mevrouw 3 dagen per week te laten deelnemen aan het programma. Meneer Jansen kan binnen het centrum ook terecht voor gedrags- en omgangsadviezen.

In de zorg voor dementerenden wordt gesproken over een belevingsgerichte benaderingswijze. Dit betekent dat de wijze waarop de dementerende wordt benaderd, aansluit bij het stadium waarin de dementerende verkeerd.

Binnen de zorg wordt gewerkt met benaderingswijzen bij dementie. In de literatuur staat beschreven dat er zes hoofdstromen van benaderen zijn waarmee binnen de psychogeriatric gewerkt wordt. Dit zijn: reminiscentie, realiteitsoriëntatie benadering, validation, warme zorg, snoezelen en een directe of sturende benadering. Welke benaderingswijze het beste past hangt af van de belevingsfase waarin de dementerende zich bevindt. Deze vier belevingsfasen zijn eerder beschreven bij het kopje dementie. Het is van belang om af te blijven stemmen op de dementerende en te voelen en te kijken waar zij het beste op reageert (Ekkerink, 2003).

Binnen de eerste 2 fases van dementie (het bedreigde ik en het verdwaalde ik) zullen de volgende drie benaderingswijzen het meest geschikt zijn voor toepassen:

1. Reminiscentie: werken met herinneringen
Door samen terug te gaan naar verhalen uit het verleden kan de dementerende laten zien wie hij is en daar kan hij zijn identiteit en eigenwaarde aan ontleen. Door de dementie was hij dit even kwijt en maakt hij opnieuw kennis met zijn identiteit.
2. Realiteitsoriëntatie benadering (ROB)
In deze benadering haal je de dementerende terug naar de realiteit. Het is een manier van communiceren met de dementerende, waaruit blijkt wat voor dag het is, waar iemand zich bevindt en waaruit de realiteit blijkt.
3. Validation
Deze benadering gaat uit van de realiteit (de belevingswereld) van de dementerende. Validation is niet alleen meegaan met de belevingswereld van de dementerende oudere, maar laten merken dat je hem begrijpt. Bij validation gaat de zorgverlener ook op zoek naar achtergronden waarom iemand zich zo gedraagt of uit. Dit kan door te observeren, te luisteren, waar te nemen en vragen te stellen. Naomi Feil heeft de validation benadering omschreven in 2004 (Ekkerink, 2003).

2.4. Psychomotorische therapie

In het ontmoetingscentrum, waar mevrouw Jansen naar toe gaat, speelt psychomotorische therapie een belangrijke rol. Mevrouw Jansen doet enthousiast aan de therapie mee. Zij houdt van bewegen en kan dat nog goed. Hier 'faalt' zij niet en kan ze haar moeite met het accepteren van haar cognitieve achteruitgang van zich afgooien. De oefening hard gooien met de zachte bal is voor haar een uitlaatklep. Ook het contact met de anderen in de groep vindt mevrouw erg fijn. Binnen de therapie wordt uitleg gegeven over vergeetachtigheid en er wordt gesproken over schaamtegevoelens. Meneer Jansen begint het verschil in gedrag van zijn vrouw ook thuis te merken. Mevrouw is minder vaak boos of gefrustreerd. En meneer Jansen zelf komt weer een beetje onder de mensen, omdat hij daar nu weer meer tijd voor heeft.

Binnen de Psychomotorische therapie worden mensen behandeld met psychosociale problemen of psychiatrische stoornissen. De problemen worden onderzocht in een bewegingsgerichte en/of lichaamsgerichte oefenvorm en stelt de patiënt in staat te kunnen oefenen en ervaren wat ander gedrag met hem doet. Het denken, voelen en handelen van de patiënt staat centraal.

Bij PMT gaat men ervan uit dat de patiënt via het lichaam en de manier van bewegen communiceert met zichzelf en zijn omgeving. Voor mensen met een dementie geeft bewegen en lichamelijke de mogelijkheid tot communiceren met de omgeving, ondanks de cognitieve beperkingen en vaak ook de beperkingen van het zich verbaal moeilijk kunnen uiten (de Lange & Veerbeek, 2009).

2.4.1. Psychomotorische therapie doelen

Doelen van PMT in de beginfase van dementie zijn gericht op het beïnvloeden van het coping-gedrag van de dementerenden (Albers, et al., 2003):

- Reactivering: door het activeren van cognitieve restfuncties en autonomiegevoelens.
- Re-socialisering: door het stimuleren van betrokkenheid en onderlinge communicatie
- Behoud van een emotioneel evenwicht: door het bevorderen van succeservaringen, plezier en een positief zelfbeeld.

2.4.2. Groepstherapie of individuele therapie

In principe wordt iedere demente ouderen met een indicatie voor PMT behandeld in een groep.

Voordelen van groepstherapie (Albers, et al., 2003):

1. Een groep kenmerkt zich voor veel personen door veiligheid
2. Mogelijkheid in een groep tot herkenning van de eigen problemen bij de ander
3. Onderlinge uitwisseling van hoe met de problemen om te gaan (soms effectiever dan door de therapeut)
4. De groep biedt de mogelijkheid om sociale vaardigheden te bewaren.

Individuele therapie indien:

1. De dementerende ouderen zware persoonlijke problemen hebben.
2. De dementerende ouderen problemen hebben met sociale vaardigheden.
3. De therapeut zelf in de hand wil houden op welke wijze de dementerende wordt gestimuleerd.

2.4.3. Psychomotorische-relatietherapie

Buiten groepstherapie is er ook de mogelijkheid om de partner (het systeem) in de therapie te betrekken. Dit wordt PM-systeemtherapie of PM-relatietherapie genoemd.

Bij systeem georiënteerde PMT worden gezinssituaties, conflicten en rolpatronen in een bewegingsactiviteit en belevingssituatie behandeld. Daarin worden de problemen binnen het systeem zichtbaar, voelbaar, bespreekbaar en bewerkbaar.

Echter zonder verbale communicatie, zonder vaardigheid om situaties, gevoelens adequaat te verwoorden is systemische PMT niet mogelijk (van den Blink & Hekking, 2004).

2.5. Omgangsadvies vanuit de psychomotorische therapie

Meneer Jansen bemerkt de veranderingen op bij zijn vrouw, maar hij ergert zich erg aan het feit dat mevrouw in huis zelf niets doet. Hij hoort van de medewerkers op het ontmoetingscentrum dat mevrouw mee doet met de activiteiten, maar zodra mevrouw thuis is zit ze in de stoel en is niet te bewegen om hem te helpen of om iets te gaan doen. Meneer Jansen wil graag weten wat hij kan doen om daar verandering in te brengen.

De waarde van het geven van omgangsadviezen vanuit de PMT aan zorgverleners in de geriatrie is onderzocht en wordt gewaardeerd (Paans, 2010).

Het omgangsadvies wordt gegeven, nadat er een observatie in de context heeft plaatsgevonden, waar het probleemgedrag zich voordoet. Het omgangsadvies wordt mondeling overgedragen en schriftelijk vastgelegd in het zorgdossier van de dementerende.

Het geven van omgangsadvies vanuit PMT wordt als zeer waardevol ervaren. Er wordt een positieve verandering op het probleemgedrag gezien, met name in het contact, de stemming en het gedrag van de bewoners.

Tevens is er vanuit het onderzoek een product Omgangsadvisering – Psychomotorische Therapie geschreven (Paans, 2010). Dit product is bedoeld voor “het systeem” en daarmee bedoelt ze; verzorgende, verpleegkundigen, mantelzorgers, en andere betrokkenen zoals vrijwilligers, andere medewerkers en familieleden.

Het doel van het product is de reductie van probleemgedrag. Dit kan worden bereikt door een analyse en een observatie van het probleemgedrag. Hieruit volgt een omgangsadvies voor een juiste benaderingswijze. Dit advies wordt gegeven in de vorm van een mondelinge of schriftelijke overdracht. Het systeem wordt geattendeerd op de eigen rol op het gedrag en kan worden aangevuld met psycho-educatie. Het advies is gericht op het gevoel van controle, autonomie en verbondenheid van de dementerende.

3. Methode

In de methode wordt uitgewerkt hoe de gegevens zijn verzameld, met welke zoektermen naar literatuur is gezocht en welke databases zijn gebruikt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de selectiecriteria die zijn gebruikt om tot de bruikbare literatuur te komen.

3.1. onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek, bestaande uit een literatuurstudie. Binnen dit onderzoek is voor een literatuurstudie gekozen om inzicht te krijgen in het onderzoek naar PMT en daaraan gerelateerd omgangsadvies in de thuissituatie. Eveneens kan op basis van dit literatuuronderzoek bepaald worden of en op welke manier omgangsadvisering vanuit PMT een bijdrage kan leveren aan het verminderen van omgangsproblemen binnen de thuissituatie. Naast de literatuurstudie is een interview onder vakgenoten binnen de geriatrie gehouden door middel van een vragenlijst. Voor dit interview is gekozen om ervaringen uit het werkveld, op het gebied van PMT en omgangsadvisering naar mantelzorgers, mee te kunnen nemen in het onderzoek. Hiervoor is de werkgroep Geriatrie van de NVPMT onder leiding van Henrike Klok benaderd. Zij heeft de vragenlijst verspreid onder de 15 leden van de werkveldgroep. Hierop zijn 5 reacties terug gekomen, waarvan 4 ingevulde vragenlijsten.

De vraagstelling van het onderzoek is als leidraad gebruikt voor het opstellen van de vragen voor het interview. Het interview bestaat uit 15 vragen, waarin de vraagstelling in drie onderwerpen zijn verwerkt, namelijk:

- vragen over PMT (Hoe verloopt de verwijzing voor PMT?)
- vragen over PMT en partner (Wordt familie of andere betrokkenen in de zaal gehaald?)
- vragen over PMT en omgangsadvies aan partners (Wat is het effect van het geven van omgangsadvies?).

De vragenlijst is geen enquête en is niet gevalideerd. De antwoorden op de vragenlijst geven een beeld hoe omgangsadvisering vanuit PMT leeft en gebruikt wordt door de professionals en zal gebruikt worden om de aanbevelingen te versterken. De vragenlijst en de bijbehorende antwoorden zijn terug te vinden in bijlage 1.

3.2. Zoekstrategie

Bij het zoeken naar informatie en literatuur is gebruik gemaakt van vakbladen, tijdschriften, kranten, internet en bestaande onderzoeksverslagen. Er is literatuur gebruikt die beschikbaar is op de werkplek en er is naar literatuur gezocht binnen de volgende databanken:

- Catalogus van de universiteitsbibliotheek van de VU
- Catalogus van Mediacentrum Windesheim
- Google Scholar
- Google

De volgende zoektermen zijn gebruikt:

Zoektermen deelvragen:	Zoektermen onderzoeksvraag:
- Dementie - o Verschillende vormen van dementie - o Fase van dementie - Alzheimer	- ondersteuning mantelzorg - Rose Marie Dröes - Psychomotorische therapie en geriatrie - psychomotorische therapie en dementie - psychomotorische therapie en

- psychomotorische therapie - omgangsadvies - Omgangsproblematiek - mantelzorg - gedragsproblemen bij dementie - Omgangsadvisering	- omgangsadvies - Adaptatie coping model Zoektermen in later stadium geformuleerd: - Ontmoetingscentra voor dementie - Ergotherapie, omgangsadvies, dementie - Landelijk dementie programma - Richtlijnen van omgangsadvies - Psychomotorische therapie individueel - PMT groepstherapie - Psychomotorische therapie en systeemtherapie
---	---

3.3.Selectiecriteria

Er zijn zoektermen gebruikt voor het beantwoorden van de deelvragen en er zijn zoektermen gebruikt om geschikte literatuur te vinden voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

De zoekterm dementie geeft veel resultaten. Om het aantal resultaten te verkleinen is de zoekterm dementie gebruikt in combinatie met een tweede of meerdere zoekterm(en). Een voorbeeld is dementie en psychomotorische therapie. De zoekterm psychomotorische therapie is in de database van de universiteitsbibliotheek van de VU ook enkelvoudig gebruikt om te zoeken in een grotere literatuurlijst. Wanneer de combinatie met de zoekterm dementie werd gezocht leverde dat drie bruikbare titels op maar uit nieuwsgierigheid is verder gezocht binnen het vakgebied.

Gedurende het schrijven zijn er meerdere zoektermen geformuleerd om meer verdieping in de literatuur te vinden. Naast de zoektermen die gericht zijn op de onderzoeksvraag is ook gezocht naar de mogelijkheden van omgangsadvies vanuit multidisciplinair oogpunt. Hieruit is de zoekterm ergotherapie in combinatie met omgangsadvies en dementie geformuleerd.

De gebruikte literatuur is geselecteerd op basis van de informatie die het geeft rondom de onderzoeksvraag. Hoewel de informatie geen rechtstreeks antwoord geeft op de vraag, geeft de informatie wel inzicht of mogelijkheden waarvan uit aanbevelingen kunnen volgen. De resultaten uit de zoektocht naar literatuur zijn met de bijbehorende zoektermen en database terug te vinden in een tabel in bijlage 2.

4. Resultaten

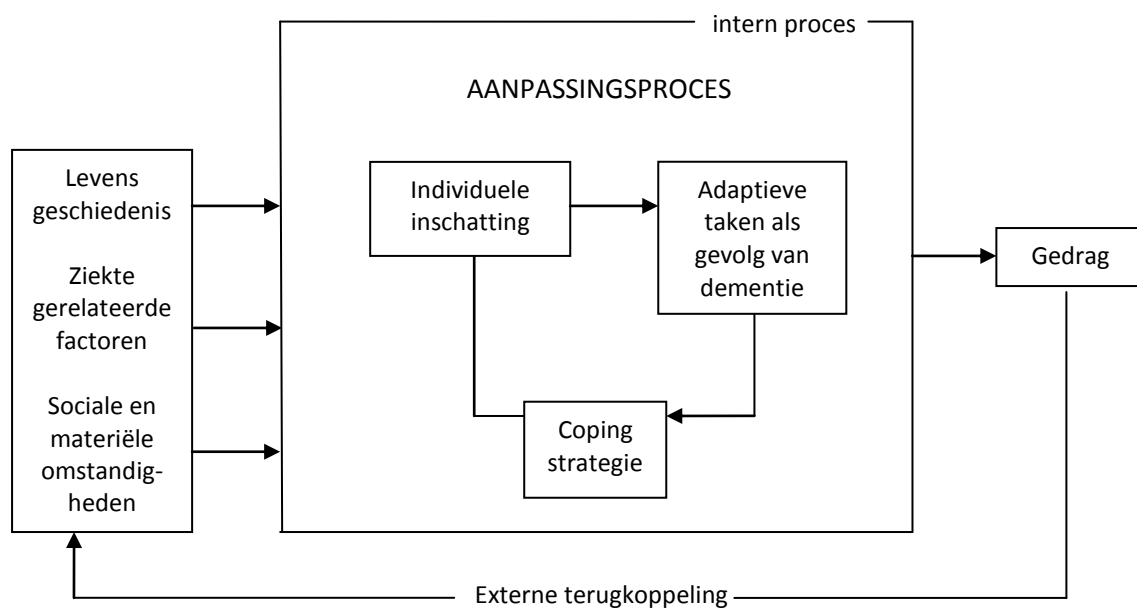
De resultaten uit het onderzoek bestaan uit de bevindingen vanuit de literatuur en de antwoorden uit het interview. De deelvragen, die de vraagstelling ondersteunen, worden gebruikt als hoofdstukken om de resultaten weer te geven.

4.1. Wat wordt verstaan onder de beginfase bij dementie?

In het theoretisch kader wordt het begrip dementie uitgelegd en de problemen die ontstaan ten gevolge van de dementie. Vanuit de literatuur wordt een verklaring gegeven hoe probleemgedrag ontstaat doordat dementerenden voortdurend een aanpassing moeten doen aan de veranderingen, ten gevolge van de dementie (Dröes, In beweging, 1991).

Volgens Dröes maakt de dementerende vooral in de beginfase gebruik van de emotiegerichte coping strategieën zoals projectie, vermijding en ontkenning, waardoor problemen in gedrag en stemming ontstaan. Deze eerste fase speelt zich voornamelijk af binnen de thuissituatie.

Voor het vinden van een evenwicht is het reguleren van emoties blijkbaar erg belangrijk. Dit wordt verklaard doordat het ziekte proces niet te stoppen is en probleemoplossend gedrag dus niet werkt.



Adaptatie-coping model (Dröes, In beweging, 1991)

Hoe er wordt omgegaan met de adaptieve taken is voor iedere dementerende anders en afhankelijk van de levensgeschiedenis, de stoornis en de steun vanuit de sociale omgeving.

Wanneer er gedragsproblemen ontstaan zou dit kunnen betekenen dat de dementerende moeite heeft met het omgaan met een bepaalde adaptieve taak.

In een richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden bij gedragsproblemen bij dementie zijn een aantal reviews geselecteerd en geanalyseerd. "Er worden zes studies genoemd die het effect van gedragsobservatie en -management op depressie/ stemming hebben onderzocht (bewijskracht niveau 1). Gedragsobservatie en -management werd uitgevoerd bij thuiswonende cliënten met diverse typen dementie. Uit de reviews blijkt dat gedragsobservatie en -management waarschijnlijk een positief effect heeft op de depressie/ stemming van ouderen met dementie" (van Achterberg, Peijnenburg, & van Eijken, 2008).

4.2. Welke omgangsproblematiek is er bij dementie?

In de richtlijn probleemgedrag 2008, wordt een definitie gegeven voor gedragsproblemen: “Gedragsproblemen is het gedrag van de dementerende dat door de omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren”. De omgangsproblemen zijn afhankelijk van het probleemgedrag en de manier waarop de omgeving hierop reageert (NVVA, 2008).

Het Landelijk Dementie Programma 2004, beschrijft een aantal problemen in de omgang vanuit de beginfase van dementie: er kunnen situaties van conflicten ontstaan ten gevolge van het verbloemen en/of ontkennen van de kenmerken van dementie door de dementerende. Deze conflicten kunnen ook ontstaan, doordat de dementerende niet altijd kan accepteren afhankelijk te zijn van de hulp van anderen of door te weinig ziekte inzicht. De partner van de dementerende mist vaak het inzicht in de oorzaken van de gedrags- en stemmingsproblemen en weet daardoor niet altijd de juiste benaderingswijze te hanteren om de problemen op te lossen (Meerveld, Schumacher, Krijger, Bal, & Nies, 2004).

4.3. Welke problemen zijn er voor de partner ?

De partner ondervindt persoonlijke problemen ten gevolge van de dementie. Vanuit de literatuur wordt dit als volgt beschreven:

In het landelijk dementieprogramma 2004 worden de problemen voor de partner beschreven als een gevoel van machteloosheid die na de gestelde diagnose ontstaat. De partner en de dementerende weten niet altijd wat zij moeten doen om de dagelijkse problemen op te lossen. Er wordt beschreven dat de dagelijkse zorg door de partner als zeer zwaar wordt ervaren, zowel op fysiek als psychisch gebied. Tevens krimpt het sociale netwerk van beiden, doordat de dementerende zich steeds meer richt op de wereld dicht om zich heen (Meerveld, Schumacher, Krijger, Bal, & Nies, 2004).

De partner kan moeite hebben met de adaptieve taken van zijn dementerende echtgenoot. De veranderde rol van partner naar verzorger, het probleemgedrag van de dementerende en het niet meer aankunnen van de zorg, kan leiden tot stress en psychische problemen (Mercken, 2005). In onderzoek, door het NIVEL in samenwerking met Alzheimer Nederland (Zwaanswijk, Van Beek, Peeters, Spreeuwenberg, & Francke, 2009), zijn de meest voorkomende problemen van partners in de zorg voor hun naaste met dementie onderzocht.

De 3 belangrijkste problemen waar de partner tegenaan loopt zijn:

- De moeite met veranderingen in het gedrag van de naaste.
- Het opzien tegen opname van de naaste in een zorginstelling.
- Het emotioneel zwaar ervaren van de zorg voor de naaste.

De tabel uit het onderzoek is opgenomen in bijlage 3.

Uit onderzoek blijkt dat vrijwel alle partners (98%) problemen ervaren in de zorg voor hun dementerende echtgenoot. Ondanks dat zij een vorm van professionele ondersteuning krijgen hebben bijna zes op de tien partners behoefte aan aanvullende ondersteuning. Zowel in de beginfase van dementie als in de periode erna is de behoefte aan praktisch advies over het omgaan met het gedrag en aanvullende informatie over het aanbod van zorg (Zwaanswijk, Van Beek, Peeters, Spreeuwenberg, & Francke, 2009).

4.4. Wat is er op het gebied van omgangsadvies bij dementie te vinden?

Er is op het gebied van omgangsadvies veel terug te vinden vanuit de literatuur en de informatie is er op gericht om problemen op te lossen.

In deze paragraaf wordt beschreven:

- wat de noodzaak van omgangsadvies is
- de noodzaak van het betrekken van de partner
- wat nodig is om problemen op te lossen
- omgangsadvies vanuit de discipline ergotherapie

Omgangsadvisering naar het systeem van de dementerende is waardevol (Paans, 2010). In het product Omgangsadvisering-Psychomotorische therapie (Paans, 2010) wordt beschreven dat onder 'systeem', naast verzorgende en verpleegkundige, ook mantelzorgers en familieleden worden verstaan.

Uit studies zijn richtlijnen voortgekomen die concluderen dat de interactie en communicatie tussen de oudere en de zorgverlener van wezenlijk belang zijn voor het verminderen van probleemgedrag (Paans, 2010).

In de Richtlijn Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (van Achterberg, Peijnenburg, & van Eijken, 2008) werd vastgesteld dat niet-medicamenteuze interventies dezelfde of grotere effectgroottes in gedragsverandering bij dementie patiënten opleveren (zonder bijwerkingen) dan na behandeling met acetyl-cholinesteraseremmers (met bijwerkingen).

“Doordat demente ouderen vaak een verminderd leervermogen hebben, zijn de mogelijkheden van inzicht gevende therapie beperkt. De ouderen zijn over het algemeen niet meer in staat het verband te leggen tussen ervaringen opgedaan tijdens de therapie en ervaringen in het dagelijks leven. De dagelijkse omgeving van de ouderen heeft wel een grote invloed op hun welbevinden. Om die reden is het uitwisselen van kennis en ervaringen ook een essentieel onderdeel van PMT” (Albers, et al., 2003).

In de richtlijn “omgaan met gedragsproblemen bij dementie” (van Achterberg, Peijnenburg, & van Eijken, 2008) wordt vanuit verschillende reviews sterk aanbevolen om gedragsobservatie en gedragsmanagement toe te passen bij een persoon met dementie en gedragsproblemen. Tevens worden er in deze richtlijn nog een aantal aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op het geven van advies aan de partner; zo wordt aanbevolen de partner te ondersteunen in het vergaren van kennis en vaardigheden in het omgaan met gedragsproblemen. Als ook, de partner educatie en vaardigheden over dementie en het omgaan met gedragsproblemen aan te bieden, met als doel het verbeteren van de coping vaardigheden en de preventie van depressie en overbelasting van de partner.

Vanuit het landelijk dementieprogramma (Meerveld, Schumacher, Krijger, Bal, & Nies, 2004) worden problemen beschreven en worden suggesties gegeven voor praktische oplossingen. Een van de voorstellen uit dit programma is om een preventief huisbezoek te doen in de beginfase om problemen in kaart te brengen of problemen op te lossen.

Uit het interview met onder andere R. Paans, L. Bego en F. Buma, kwam een antwoord met betrekking op het geven van omgangsadvies vanuit PMT, waarbij de partner van de dementerende betrokken wordt. Paans: “Ook kan het zijn dat bepaalde rollen/ patronen zichtbaar zouden kunnen worden waardoor familieleden elkaar beperken i.p.v. versterken. Om dit bespreekbaar te kunnen maken, is het waarschijnlijk wel noodzakelijk dat familieleden voorafgaand aan hun deelname hierover worden ingelicht, en daarvoor toestemming geven. Het kan natuurlijk ook heel confronterend zijn. Het is en blijft een interactie. Sowieso kan aan de hand van de therapie inzicht gegeven worden in mogelijkheden/ onmogelijkheden, en op welke manier mensen uit de thuissituatie hier het beste mee om kunnen gaan. Denk aan attitude, maar ook de facetten van non-verbale communicatie”. In bijlage 4 is een omgangsadvies van Paans opgenomen zoals zij die gebruikt binnen haar werk.

In 2006 is een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek (RTC) naar de effectiviteit van ergotherapie in de thuissituatie verricht. Het onderzoek 'Ergotherapie aan huis bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers' bewijst de effectiviteit op de kwaliteit van leven tussen de dementerende en de partner (Graff, Vernooij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels, & Rikkert, 2009). Ergotherapie stelt twee doelstellingen om in de thuissituatie interventies te plegen:

1. Verbeteren van het dagelijks handelen van de dementerende, zodat de onafhankelijkheid groeit en deelname aan sociale activiteiten verbetert.
2. De draaglast van de partner verminderen door het gevoel van competentie te vergroten en omgang met gedragsproblemen te verbeteren.

"Partners leerden hun supervisievaardigheden verbeteren door enerzijds informatie te ontvangen over het ziektebeeld en anderzijds het aanleren van effectieve communicatiestrategieën en praktische toepassingen (zoals het door hen effectief leren aanpassen van de omgeving aan de mogelijkheden van de patiënt). Daarnaast leerden zij effectieve probleemoplossing- en coping strategieën toepassen om zowel de autonomie als sociale participatie van de patiënten met dementie als van henzelf te vergroten" (Graff, Vernooij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels, & Rikkert, 2009).

Het programma is opgebouwd uit 3 fases:

Fase 1: probleeminventarisatie en analyse (diagnostiek):

- Er wordt een interview uitgevoerd
- Het dagelijks handelen van de dementerende wordt geobserveerd
- De interactievaardigheden van de partner wordt geobserveerd
- Een etnografisch interview wordt bij de partner uitgevoerd

Fase 2: doelbepaling en plan van aanpak:

- Het gezamenlijk opstellen van doelen met de dementerende en zijn partner

Fase 3: uitvoering van plan van aanpak (behandelen)

- observeren van strategieën van dementerende
- Het verbeteren van vaardigheden met behulp van strategietraining of externe compensaties
- Het adviseren van de partner door middel van de consulentmethode (vorm van interventie)

4.5. Wat gebeurt er nu met PMT op het gebied van dementie in het algemeen ?

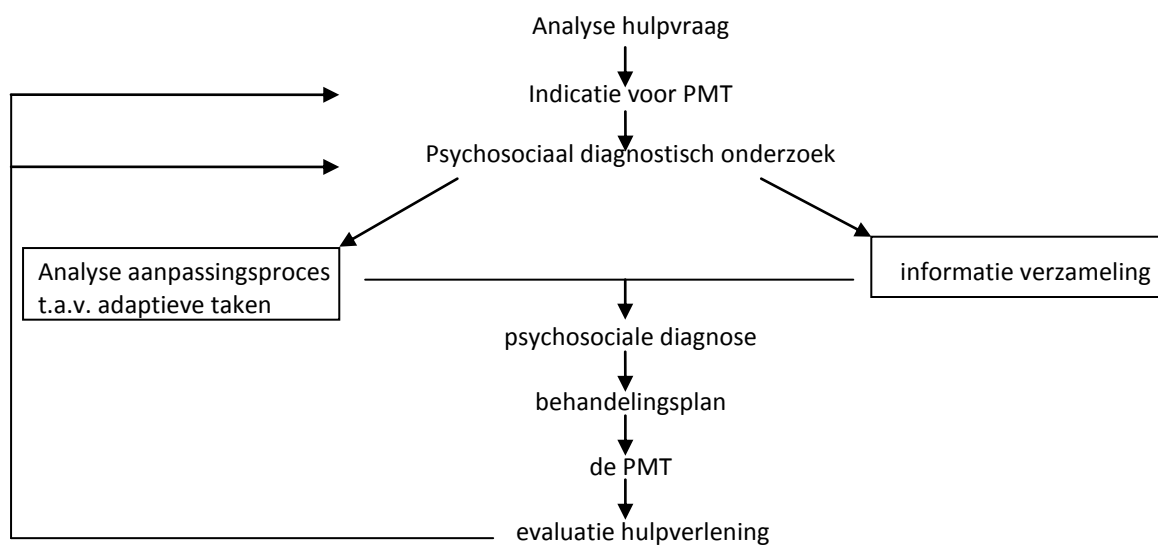
Vanuit het interview zijn de volgende citaten opgenomen om duidelijk te maken wat er gebeurt op het gebied van PMT in de praktijk. Er wordt gewerkt aan de hand van een aantal thema's. Paans: "In groepen: aangaan van contact, samenwerking, acceptatie, herkenning/erkenning, cognitieve stimulatie (geheugentraining), succeservaringen opdoen. Individueel: herstellen van lichaamsbeeld, opdoen van positief lichaamsbeeld. Omgaan met depressie en/of angst. Zo nodig: rouw, verwerking, acceptatie en uiten van emoties indien nodig/wenselijk. Inzicht en soms confrontatie met de werkelijkheid". Het effect vanuit PMT wordt gezien door Buma: "Men wordt actiever, slaapt beter, meer ontspannen, beter contact met anderen, stemming verbetert" en Bego: "minder conflicten in de omgang, emotioneel stabiel". In de praktijk wordt er vanuit PMT omgangsadvies gegeven. "Omgangsadvies: na observatie (liefst 2 maal) en een mondelinge nabespreking adviezen op papier. Na een aantal weken evaluatieformulieren om na te gaan of de adviezen duidelijk waren, hebben geholpen of dat er nog aanvullingen nodig zijn". Het effect van deze adviezen worden als volgt ervaren door Bego: "Er wordt beter afgestemd met cliënt omgegaan op de afdeling en in de verzorging" en Paans: "Over het algemeen een positief resultaat, mensen hebben meer begrip en hebben handvaten hoe om te gaan met bepaald gedrag".

In de literatuur wordt in combinatie met PMT gebruik gemaakt van het adaptatie coping model (Dröes, In beweging, 1991). De psychosociale hulpverlening is hierbij gericht op de ondersteuning bij het vervullen van de adaptieve taken.

Dröes onderscheidt in dit aanpassingsproces zeven adaptieve taken:

- Omgaan met de eigen invaliditeit
- Handhaven van een emotioneel evenwicht
- Behoud van een positief zelfbeeld
- Voorbereiden op een onzekere toekomst
- Ontwikkelen en onderhouden van sociale relaties
- Omgaan met de verpleeghuisomgeving
- Ontwikkelen van een adequate verhouding met het personeel.

De therapeut onderzoekt met welke adaptieve taak de dementerende problemen heeft en stelt naar aanleiding van de diagnose een behandelplan op. In het volgende hulpverleningsmodel van Dröes wordt weergegeven hoe het proces van hulpverlening voor de PMT eruit kan zien:



PMT in de beginfase van dementie is effectief bevonden. Doelen binnen PMT zijn reactivering, re-socialisering en behoudt van emotioneel evenwicht (Albers, et al., 2003).

Uit een tweetal effectstudies in de loop van de jaren tachtig is onderzocht of regelmatige deelname aan een bewegingsgroep een positieve uitwerking had op het welbevinden van demente ouderen. Deze studies zijn door de Faculteit der Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit in Amsterdam uitgevoerd en er is een eindrapport met de bevindingen verschenen. In de eerste studie werd onderzocht of er behoefte bestaat aan aangepaste bewegingsactiviteiten voor verschillende niveaus van dementie. Dit was het geval en werd voor licht tot matig demente ouderen vooral gezien doordat het actief meedoen met aangepaste sportieve bewegingsactiviteiten met een spelelement als positief werd ervaren. De tweede studie onderzocht de effecten op het functioneren en het welbevinden van ouderen. Op basis van gedragsobservaties werd geconcludeerd dat de deelnemers emotioneel meer in evenwicht waren, dan de niet deelnemers. Bij de deelnemers werd overdag minder agressie waargenomen en sliep men 's nachts beter. Bij de deelnemers in de beginfase van dementie werd meer tevredenheid over het leven ervaren. Ook werd er een positief effect op alertheid en sociaal gedrag ervaren. Deze effecten zijn in andere studies bevestigd (Dröes, Beweeg met ons mee!, 1999).

Psychomotorische therapie of bewegingstherapie is een belangrijk onderdeel van het programma voor de deelnemers met dementie. In de ontmoetingscentra wordt drie maal per week een uur

psychomotorische groepstherapie gegeven. Het algemene doel van de therapie is om dementerende personen in een ongedwongen sfeer door middel van aangepaste bewegingsactiviteiten met een spel- of sportief karakter te leren omgaan met de eigen beperkingen en de gelegenheid te bieden, sociale contacten op te doen, emoties te uiten en plezier te beleven. Het personeel gebruikt de bewegingsactiviteiten tevens als observatiemiddel om na te gaan of de dementerende persoon problemen heeft met bepaalde adaptieve taken. In het boek *Beweeg met ons mee!* (Dröes, 1999) wordt het programma voor bewegingsactivering uitgebreid weergegeven inclusief beschrijvingen van mogelijke activiteiten. Vanaf de vijfde maand, nadat de verzorger en de persoon met dementie gestart zijn met het ondersteuningsprogramma, wordt ook de verzorger uitgenodigd om aan de psychomotorische therapie deel te nemen, om spelenderwijs te leren hoe hij kan omgaan met de dementerende persoon en diens veranderende gedrag (Verduin, Methodebeschrijving Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers, 2009).

Psychomotorische relatietherapie kan alleen worden toegepast wanneer beide partners in staat zijn tot verbale communicatie en de vaardigheid bezitten om situaties en gevoelens adequaat te verwoorden (van den Blink & Hekking, 2004).

5. Discussie

5.1. Reflectie op de methode:

In hoeverre is de gebruikte methode geschikt om iets te kunnen zeggen over op welke manier PMT een bijdrage kan leveren aan het geven van omgangsadvies aan de partner van mensen in de beginfase van dementie om de problemen in de thuissituatie te verminderen.

Een literatuurstudie is een geschikte methode om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Door intensief te zoeken is literatuur gevonden die rondom de onderzoeksvraag inzicht heeft gegeven. De stand van zaken is daarmee op het gebied van omgangsadvisering vanuit PMT binnen de thuissituatie in kaart gebracht. De bevindingen vanuit de literatuurstudie geven richting voor verder onderzoek binnen het onderwerp. Er zijn voldoende aanwijzingen gevonden dat PMT binnen de thuissituatie kan werken.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van Nederlandstalige literatuur.

Er is een vragenlijst in de vorm van een interview opgesteld voor vakgenoten uit de psychogeriatric. Het interview heeft tot doel te achterhalen of professionals omgangsadvies geven en of dit al gebeurt naar de thuissituatie. Ook wordt de mening van professionals naar omgangsadvies binnen de thuissituatie gevraagd. De vragenlijst is niet gevalideerd, er is binnen dit interview gebruik gemaakt van 'critical friends'.

5.2. Reflectie op de resultaten van het onderzoek

Vanuit de literatuur zijn nog geen onderzoeken bekend, die aanwijzingen geven dat PMT in de thuissituatie werkzaam is om de problemen ten gevolge van dementie te verminderen. Het is om die reden niet mogelijk om op de vraagstelling een direct antwoord te geven.

In de inleiding van het verslag zijn twee onderbouwingen van de vraagstelling geformuleerd; de eerste betrof het onderzoek van Paans, waarbij omgangsadvisering vanuit PMT als waardevol wordt ervaren en positieve effecten op het probleemgedrag wordt gezien. De tweede betrof de onderbouwing, dat PMT een effectieve interventie bij de psychosociale problematiek bij dementie kan zijn.

Het onderzoek leverde verschillende resultaten op die niet samengevoegd kunnen worden, waardoor er geen antwoord op de onderzoeksvraag kan worden gegeven. Wel geven ze richting aan de twee geformuleerde onderbouwingen en kunnen een aanbeveling zijn voor verder onderzoek.

5.2.1. Kritische beschouwing op de onderbouwing van de vraagstelling

De waarde van omgangsadvisering vanuit PMT is slechts in 1 studie teruggevonden, namelijk het onderzoek 'Omgangsadvisering: waardevol?' (Paans, 2010), maar het product 'omgangsadvisering', dat hieruit is ontstaan kan worden gebruikt in de thuissituatie voor de partner en voor verder onderzoek.

Het blijkt uit de literatuurstudie dat er behoefte is aan aanvullende ondersteuning en informatie ondanks dat er al veel informatie en advies wordt gegeven op het gebied van gedrags- en stemmingsproblemen. Tevens blijkt dat gedragsobservatie en -management in de thuissituatie een positief effect heeft op de depressie/stemming van ouderen (Meerveld, Schumacher, Krijger, Bal, & Nies, 2004). Dit geeft aanleiding om omgangsadvies vanuit PMT te geven aan de partner in de thuissituatie. Door de gedragsproblemen te onderzoeken en te behandelen kan er gewerkt worden aan de juiste interactie en communicatie tussen de dementerende en de partner.

In de zorg wordt gewerkt volgens diverse benaderingswijzen die passen bij de fase van dementie. De juiste benaderingswijze door de partner kan daarbij belangrijk zijn.

PMT wordt ingezet in diverse zorginstellingen of andere zorginstanties, waarvan mensen in de beginfase van dementie gebruik maken. De gedrags- en stemmingsproblemen zijn daarbij een indicatie om PMT in te schakelen en de therapie wordt effectief bevonden (Albers, et al., 2003).

Het adaptatie coping model wordt veel gebruikt als hulpmiddel in het stellen van de psychosociale diagnose en de behandeling die eruit voortkomt. In diverse studies is aangetoond dat de dementerende door de PMT behandeling, meer in emotioneel evenwicht komt (Dröes, In beweging, 1991).

De dementerende is in het algemeen niet meer in staat verband te leggen tussen ervaringen opgedaan tijdens de therapie en ervaringen in het dagelijks leven. Hier heeft de dementerende de omgeving bij nodig. Het systeem heeft invloed op het algemeen welbevinden van de dementerende waardoor het uitwisselen van kennis en ervaringen ook een essentieel onderdeel is van PMT (Albers, et al., 2003). Dit wijst erop het betrekken van de partner bij PMT succesvol kan zijn in het verminderen van gedrags- en stemmingsproblemen. Uit de literatuur blijkt niet dat dit geïntegreerd is binnen de PMT.

Het onderzoek 'Ergotherapie aan huis bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers' (Graff, Vernooij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels, & Rikkert, 2009) bewijst de effectiviteit van de interventies vanuit de ergotherapie in de thuissituatie. Deze studie kan de onderbouwing van de vraagstelling versterken in het geven van omgangsadvies vanuit PMT naar de partner in de thuissituatie bij dementie.

De noodzaak om hier verder onderzoek naar te doen is hoog, omdat de problemen in de thuissituatie in het verloop van het dementieproces steeds heviger worden en partners aangeven extra ondersteuning en begeleiding nodig te hebben.

In een artikel van www.nu.nl (Europees onderzoek naar zorg dementerenden, 2011) wordt aangegeven dat in de meeste Europese landen, waaronder Nederland, het beleid erop gericht is om mensen met een dementie zo lang als mogelijk thuis te laten wonen.

Onder leiding van de Universiteit Maastricht (UM) wordt wetenschappelijk onderbouwd onderzoek gedaan, om antwoord te kunnen geven op de vraag of dit inderdaad het beste is voor de demente patiënt. In 2013 worden de eerste resultaten verwacht.

Indien het huidige beleid gehandhaafd blijft, zou PMT een goede interventie kunnen bieden om dit te realiseren.

5.3. Reflectie op de uitvoering van het onderzoek

In de beginfase van het onderzoek bleek de onderzoeksvraag nog niet helemaal helder te zijn. Hierdoor is gezocht naar literatuur op zoekwoorden die niet relevant bleken. Na het herschrijven van de onderzoeksvraag is verder gezocht naar relevante literatuur. De literatuurlijsten zijn naast elkaar gelegd en een schifting in de beschikbare titels is gemaakt. Contacten met het werkveld zijn gelegd.

De voorzitter van de werkgroep Geriatrie van de NVPMT heeft de vragenlijsten verstuurd. Hier is weinig respons op gekomen. Tijdens het schrijven van de scriptie bleek dat er van te weinig bronnen gebruik werd gemaakt en dat er verdieping nodig was. Er is tot het einde van het schrijfproces nog gezocht naar literatuur en deze is verwerkt in de onderzoeksopdracht. Het schrijfproces was een langdurig proces van schrijven, herschrijven en controleren.

6. Conclusie

Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen vanuit de literatuur over de bijdrage van PMT en het omgangsadvies aan de partner bij dementie binnen de thuissituatie. Op de onderzoeksvraag kan geen direct antwoord worden gegeven. De literatuur geeft aan dat omgangsadvisering een onderdeel vormt van PMT en ingezet wordt om het systeem te begeleiden bij gedrags- en stemmingsproblemen van de dementerende. Dit gebeurt nu binnen instellingen, maar de link naar de thuissituatie en de partner wordt niet gelegd. Wel zijn er aanwijzingen vanuit de literatuur gevonden om te denken dat PMT en omgangsadvies binnen de thuissituatie gaat werken. Daar moet onderzoek naar gedaan worden. Aan de hand van de resultaten worden suggesties gegeven voor nader onderzoek.

Het opzetten van een pilot studie is noodzakelijk, waarin het geven van omgangsadvies vanuit PMT naar de partner en het probleemgedrag van de dementerende binnen de thuissituatie onderzocht kan worden.

De manier waarop dit wordt vormgegeven vanuit de discipline ergotherapie kan een voorbeeld zijn en kan worden bekeken vanuit de PMT. Een multidisciplinaire samenwerking is een aanbeveling om de kwaliteit in de zorg te verbeteren en concurrentie te voorkomen.

Een aanbeveling is om de partner structureel te betrekken bij de PMT zodat een transfer kan worden gemaakt van de therapie naar de thuissituatie. Daarnaast kan een behoefte onderzoek onder partners en dementerenden nodig zijn om de hulpvraag specifiek te kunnen maken.

Ook de persoonlijke problemen van de partner, ten gevolge van de dementie van de echtgenoot, kunnen een indicatie zijn voor PMT voor de partner zelf.

De manier waarop door PMT de transfer wordt gemaakt naar andere contexten is een onderwerp voor verder onderzoek, die mogelijk een antwoord kan geven in de manier waarop dit ook naar de thuissituatie gedaan kan worden.

Literatuurlijst

- Albers, N., Beks, C., & Kerklaan, A. (2000). *PMT bij agressief gedrag in de psycho-geriatrie. PMT bij agressief gedrag in de psycho-geriatrie*. Utrecht, Nederland: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Albers, N., Faas, S., Flapper, B., Oudhof, J., Penders, S., Roodenburg, A., et al. (2003). Problemen te lijf gaan. In B. Miesen, M. Allewijn, C. Hertogh, F. de Groot, & M. van Wetten, *Leidraad Psychogeriatric* (pp. 526-543). Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Allewijn, M., & Miesen, B. (2010). *Zorg om ouderen: een leidraad voor mantelzorgers*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Alzheimer Nederland. (2012, februari 16). *Cijfers en feiten over dementie*. Opgeroepen op juli 1, 2012, van [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl/media/38133/factsheet%20dementie%20algemeen%20-%20publieksversie%20-%2016%20feb%202012.pdf): <http://www.alzheimer-nederland.nl/media/38133/factsheet%20dementie%20algemeen%20-%20publieksversie%20-%2016%20feb%202012.pdf>
- Alzheimer Nederland. (2012). *Symptomen*. Opgeroepen op juli 1, 2012, van [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/leven-met-dementie/symptomen.aspx): <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/leven-met-dementie/symptomen.aspx>
- Bakker, E., & van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- BTSG innovatie in ouderenzorg. (2012, januari 20). *Dementieel syndroom*. Opgeroepen op mei 30, 2012, van BTSG innovatie in ouderenzorg: <http://www.btsg.nl/infobulletin/dementie/dementie-algemeen.html>
- de Lange, J., & Veerbeek, M. (2009). *De Kopgroep: een behandelgroep voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos instituut.
- De Zorgboog. (sd). *Verdwaalde ik*. Opgeroepen op juni 15, 2012, van [www.werkenindeouderengeneeskunde.nl](http://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/verdwaalde-ik/): <http://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/verdwaalde-ik/>
- Dröes, R. (1991). *In beweging*. Meppel: Krips Repro.
- Dröes, R. (1996). *Amsterdamse ontmoetingscentra: een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende mensen en hun verzorgers: over de gebruikers, de effectstudie en de implementatie in het reguliere aanbod: eindrapport november 1996*. Amsterdam: Thesis publishers.
- Dröes, R. (1999). *Beweeg met ons mee!* Maarsen: Elsevier-De tijdstroom.

- Ekkerink, J. (2003). Zoveel hoofden, zoveel zinnen. In B. Miesen, M. Allewijn, C. Hertogh, F. de Groot, & M. van Wetten, *Leidraad Psychogeriatric* (pp. 288-311). Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Europees onderzoek naar zorg dementerenden*. (2011, februari 1). Opgeroepen op mei 20, 2012, van [www.nu.nl](http://www.nu.nl/gezondheid/2436581/europees-onderzoek-zorg-dementerenden.html): <http://www.nu.nl/gezondheid/2436581/europees-onderzoek-zorg-dementerenden.html>
- Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W., & Rikkert, M. (2009). Ergotherapie aan huis bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. *NVFG*, 19-31.
- Internationale Stichting Alzheimer Onderzoek. (sd). *Het verloop van Alzheimer*. Opgeroepen op mei 15, 2012, van www.alzheimer.nl: http://www.alzheimer.nl/verloop_van_alzheimer.html
- Meerveld, J., Schumacher, J., Krijger, E., Bal, R., & Nies, H. (2004). *Landelijk dementieprogramma*. Opgeroepen op mei 2, 2012, van www.ggzbeleid.nl: http://www.ggzbeleid.nl/pdfouderenzorg/nizw_ldp_werkboek_0412.pdf
- Mercken, C. (2005). *Mantelzorg en dementie: een zorg op zich*. Opgeroepen op april 15, 2012, van [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl/docs/producten/Mantelzrg_en_dementie2005.pdf): http://www.vilans.nl/docs/producten/Mantelzrg_en_dementie2005.pdf
- Miesen, B. (2006). *Liefde voor het leven: zorg voor mensen met dementie*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Miesen, B. (2006). *Liefde voor het leven: zorg voor mensen met dementie*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- NVVA. (2008, november). *Richtlijn probleemgedrag*. Opgeroepen op mei 2, 2012, van www.vilansprojecten.nl: <http://www.vilansprojecten.nl/documents/richtlijn%20probleemgedrag.pdf>
- Paans, R. (2010). *Omgangsadvies: waardevol? Kwalitatief onderzoek naar de waardering van zorgverleners betreffende omgangsadvies door psychomotorisch therapeuten in de geriatrie*. Arnhem: Paans.
- van Achterberg, T., Peijnenburg, R., & van Eijken, M. (2008). *Richtlijn Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie*. Opgeroepen op mei 1, 2012, van www.venvn.nl: <http://www.venvn.nl/portals/20/publicaties/richtlijnomgaanmetgedragsproblemenbijdementie.pdf>
- van den Blink, M., & Hekking, P. (2004). *Het gezin in de zaal*. Zwolle.
- Verduin, M. (2009). *Methodebeschrijving Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers*. Utrecht: Movisie.
- Verduin, M. (2009, december). *Methodebeschrijving Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers*. Opgeroepen op mei 1, 2012, van *Moderne dementiezorg*: <http://www.moderne->

dementiezorg.nl/upl/activiteiten/Methodebeschrijving%20Ontmoetingscentra%20voor%20mensen%20met%20dementie.pdf

Verdult, R. (2003). *De pijn van het dement zijn: de belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Culemborg: Centraal boekhuis.

Volkskrant, r. (2012, mei 8). Minder dementerenden dan verwacht. *Volkskrant*.

Zwaanswijk, M., Van Beek, S., Peeters, J., Spreeuwenberg, P., & Francke, A. (2009). *Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie*. Opgeroepen op april 20, 2012, van www.nivel.nl: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-Advies-beginfase-alzheimer-belangrijk.pdf>

Bijlagen

Bijlage 1

Overzicht van het interview met de antwoorden op de vragen:

Hoe verloopt de verwijzing voor PMT ?

1. *Pmt is een vast onderdeel binnen onze deeltijdbehandeling PG. Soms zijn er specifieke vragen. Heel af en toe worden vanuit het ambulante behandelteam cliënten verwezen voor individuele pmt.*
2. *Voor extramurale zorg (mensen die nog thuiswonend zijn, aanleunwoning) via de huisarts.*
3. *Via de hoofdbehandelaar: arts / psycholoog*
4. *Via de specialist ouderengeneeskunde.*

Hoe ontstaat de hulpvraag ?

1. *De hulpvraag wordt geformuleerd vanuit het behandelteam n.a.v. de thuissituatie*
2. *In extramurale zorg kan de thuiszorgmedewerkers, of familie problematiek signaleren.*
3. *Vanuit cliënt zelf, meestal via de afdeling en evv.*
4. *Vaak door mentale en/ of fysieke beperkingen waardoor onveilige situaties ontstaan voor de persoon zelf en/ of zijn omgeving met betrekking tot omgangsadviesing. Door mentale beperkingen (bijvoorbeeld dementie of NAH) raken mensen uit balans, op emotioneel, sociaal, cognitief en/ of fysiek gebied.*

Wat voor hulpvragen worden er gesteld ?

1. *Reactivering, spanningsklachten, verminderen stemmingsstoornis,*
2. *structuur aanbrengen in dagelijks leven, zelfbeeld versterken, kanaliseren van emoties*
3. *Onrust, agressie, passiviteit, verveling, stabiliteit bewaren.*
4. *Onbegrepen gedrag, zoals agressief gedrag (fysiek en verbaal) , verzet of claimend gedrag bij omgangsadviesing. Rouwverwerking, acceptatie, het herstellen van het lichaamsbeeld/ lichaamsbewustzijn enz. Leren omgaan met de nieuwe situatie. Depressie en angst.*

Wordt de PMT behandeling in groepsverband of individueel gegeven ?

1. *In groepsverband, heel af en toe individueel*
2. *Wordt tot nu toe individueel geboden. Door ontbreken van faciliteiten en aantal cliënten.*
3. *Beiden.*
4. *Beide is mogelijk. Groepsverband alleen op dagbehandeling*

Wordt er gewerkt met bepaalde PMT thema's en zo ja welke ?

1. *Nee, er wordt niet specifiek themagericht gewerkt.*
2. *Zie 3*
3. *Vertrouwen, Samenwerking, Ruimte, Kracht/agressie, Macht/onmacht/frustratie, Assertiviteit/grenzen (bepalen), Incasseren/lenigheid, Hulp vragen, Leiding/initiatief, Contact, Lichaamsbeleving, Ontspanning/spanning, Evenwicht, Overigen*

4. *Wisselt, maar meestal wel. In groepen: aangaan van contact, samenwerking, acceptatie, herkenning/erkenning, cognitieve stimulatie (geheugentraining), succeservaringen opdoen. Individueel: herstellen van lichaamsbeeld, opdoen van positief lichaamsbeeld. Omgaan met depressie en/of angst. Zo nodig: rouw, verwerking, acceptatie en uiten van emoties indien nodig/ wenselijk. Inzicht en soms confrontatie met de werkelijkheid.*

Welke effecten worden hiermee bereikt ?

1. *Men wordt actiever, slaapt beter, meer ontspannen, beter contact met anderen, stemming verbetert.*
2. *minder conflicten in de omgang, emotioneel stabiel*
3. *Verbeteringen op bio-psycho-sociaal niveau.*
4. *Omgangsadvies: Regelmatig prettiger omgang met cliënt.
Groepen: hoewel moeilijk inzichtelijk te maken: Positieve zelfbeeld, gemakkelijker aangaan van contacten, herkenning waardoor mogelijk gemakkelijker acceptatie van situatie.
Individueel: Vermindering van depressie en angst, positiever zelfbeeld, inzicht in de situatie, vaardiger in het (gepast) uiten van emoties, meer in balans waardoor stabiliteit in emotie en sociale interactie.*

Worden familieleden of anderen in de zaal betrokken bij de PMT ?

1. *Ja, individueel soms wel. Vanuit de PMT voor de deeltijd groep niet.*
2. *Daar er nog geen gelegenheid en vraag zich voor gedaan heeft, is dit niet van toepassing.
De idee om familie en anderen waar nodig te betrekken staan wij wel voor.*
3. *Bij mij standaard!*
4. *In de groepstherapie wordt verwacht dat een collega van de dagbehandeling actief meedoet aan de therapie.*

Lijkt het u een meerwaarde als de thuis situatie in de zaal betrokken wordt bij de PMT en wat kan die meerwaarde zijn ?

1. *Ja, thuissituatie is geheugensteun voor de dementerende dus als zij op de hoogte zijn van bepaalde oefeningen zoals bv adem oefeningen is dat zeker een meerwaarde.*
2. *?*
3. *Zeker, maar op een geïntegreerde manier. Mensen zitten samen in een proces van verwerking en hebben behoefte aan ondersteuning.*
4. *Ja, het zou kunnen zorgen voor meer inzicht in mogelijkheden. Ook kan het zijn dat bepaalde rollen/ patronen zichtbaar zouden kunnen worden waardoor familieleden elkaar beperken i.p.v. versterken. Om dit bespreekbaar te kunnen maken, is het waarschijnlijk wel noodzakelijk dat familieleden voorafgaand aan hun deelname hierover worden ingelicht, en daarvoor toestemming geven. Het kan natuurlijk ook heel confronterend zijn. Het is en blijft een interactie.
Sowieso kan aan de hand van de therapie inzicht gegeven worden in mogelijkheden/ onmogelijkheden, en op welke manier mensen uit de thuissituatie hier het beste mee om kunnen gaan. Denk aan attitude, maar ook de facetten van non-verbale communicatie.*

Geeft u een vorm van omgangsadvies of mogelijk ander advies en zo ja aan wie wordt dit advies gegeven ?

1. *In de verslagen komt ook wel eens advies t.a.v. bejegening. Dit kunnen groepsbegeleiders zelf hanteren en/of doorgeven aan familie/begeleiding. Het is echter geen specifieke vraag aan de pmt om omgangsadvies te geven.*
2. *aan de zorgmedewerkers ook naar familie indien mogelijk*
3. *Advies wordt standaard gevraagd. Het gaat via rapportage van de psycholoog naar het dossier, dat is voor iedereen inzichtelijk.*
4. *Ja. Zowel omgangsadvies als advies via VIB (video interactie begeleider, dit samen met 3 collega's, allen niet PMT-ers) Advies is altijd gericht op medewerkers*

Hoe wordt dit advies gegeven ?

1. *Schriftelijk*
2. *Op papier en afhankelijk van de complexiteit van de problematiek, in een overleg*
3. *Via een pmt rapportageformulier.*
4. *Omgangsadvies: na observatie (liefst 2 maal) en een mondelinge nabespreking adviezen op papier. Na een aantal weken evaluatieformulieren om na te gaan of de adviezen duidelijk waren, hebben geholpen of dat er nog aanvullingen nodig zijn.
VIB: volgens traject. (Mochten jullie dit traject willen weten, kan ik het nog doorgeven.*

Kunt u een voorbeeld of een aantal voorbeelden geven van omgangsadvies ?

1. *Bv bepaalde bejegening, bepaalde plek in de ruimte, bepaalde taken die iemand nog wel/niet meer kan uitvoeren.*
2. *Positief benaderen en initiatief stimuleren, Reguleren van energie (luisterend oor, activiteit aanbieden), Verbeteren contactmogelijkheden met cliënt*
3. *Advies*
Mw. zal uit zichzelf niet gauw om aandacht vragen door haar strengheid. Zij geeft zich ook gemakkelijk over. Hierdoor is het belangrijk voldoende het contact met haar te blijven zoeken.
 - *Praatje maken.*
 - *Aandacht voor positieve en eventuele negatieve dingen in haar beleving.*
 - *Haar sterke kanten stimuleren in de groep: wijsheid, leiderschap.**Advies*
 - *Contact maken en een relatie met haar opbouwen, waardoor zij zich vertrouwd kan voelen.*
 - *Haar levendigheid omarmen en samen naar oplossingen voor problemen zoeken.*
 - *Ons wordt gevraagd de adviezen zo eenvoudig mogelijk te schrijven, omdat verzorging er anders weinig mee kan of doet.*
4. *Zie bijlage*

Wat is het effect van het geven van omgangsadvies ?

1. *Meestal goed. Soms ook moeilijk in te schatten, omdat het niet direct aan thuissituatie gegeven wordt.*
2. *Dat de cliënt en/of omgeving de problematiek beter kan hanteren zodat het reduceert of zich opheft.*
3. *Er wordt beter afgestemd met cliënt omgegaan op de afdeling en in de verzorging.*
4. *Over het algemeen een positief resultaat, mensen hebben meer begrip en hebben handvaten hoe om te gaan met bepaald gedrag.*

Hoe wordt de betrokkenen gemotiveerd om omgangsadviezen op te volgen ?

1. *Niet, geen direct contact mee.*
2. *?*
3. *Werkrelatie opbouwen met verzorging.*
Klinische lessen geven.
Behandelteam draagt belang van positief klimaat uit.
Organisatie draagt belang van positief klimaat uit.
4. *Omgangsadvies: Daar ligt vaak wel een last, het is vaak een "extra" taak, die meer tijd vraagt. Motivatie ligt vaak in het zien van resultaat.*
VIB: door heel inzichtelijke beelden gaan mensen anders kijken en worden ze nieuwsgierig.
Gerichte (persoonlijke) opdracht. Duidelijke planning/ traject, waarbij steun van teamleider goed werkt.

Tegen welke problemen loopt u aan ?

- 1.
2. *NVT*
3. *Motiveren is een blijvend deel van je werk. Risico is dat je ontmoedigd raakt: "oh nee, niet weer zo'n domme vraag of opmerking?!".*
Rapportage wordt vaak niet gelezen, maar ... dat is niet mijn probleem!
Verzorging zegt vaak 'geen tijd' te hebben, wat een misvatting is!
4. *Omgangsadvies: Hoe iedereen te bereiken? Vaak zijn de mensen bij wie je observeert wel te betrekken, en ook degenen die echt tegen een probleem aanlopen, maar niet iedereen voelt dat. Er voor zorgen dat iedereen de adviezen ook echt toepast, zodat er een eenduidige aanpak is.*

Wat zijn de positieve kanten aan het geven van omgangsadvies ?

- 1.
2. *Inzicht in problematiek en eenduidigheid in omgang met cliënt.*
3. *Een advies is een handvat, met een handvat kun je ZELF verder. Zonder de advisering is de cliënt slechter af. Psycholoog heeft op vele vragen GEEN antwoord.*
4. *Medewerkers zien meer in dat het een persoon is die bepaald gedag laat zien omdat hij geen andere mogelijkheid ziet om zijn boodschap over te brengen. Beter contact met de mens, vaak toch wel het verminderen of zelfs oplossen van een probleem.*

Dag Alwies, Anita

Binnen onze organisatie houden wij ons als PMT-ers inderdaad bezig met omgangsadvisering. Maar de mensen, al dan niet in de beginnende fase van dementie, zijn dan al opgenomen. Deze advisering geven we aan teams op de afdeling, dus niet direct aan de partner of aan andere mensen uit het systeem.

Hopelijk weet u zo voldoende en kunnen jullie het onderzoek succesvol voortzetten. Mocht u nog vragen hebben, dan ben ik bereid die te beantwoorden.

Bijlage 2

Meest voorkomende problemen van mantelzorgers in de zorg voor hun naaste met dementie

Probleem	Begin- fase ^a N=89 (%)	Latere fasen ^b N=145 (%)	Totaal N=1526 (%)
- Heeft moeite met veranderingen in het gedrag van zijn/haar naaste	76	79	78
- Ziet op tegen opname van zijn/haar naaste in een zorginstelling	59	61	60
- De zorg voor de naaste is emotioneel vaak te zwaar	48	55	55
- Wist onvoldoende welke mogelijkheden voor ondersteuning hij/zij kon krijgen nadat bij de naaste dementie werd geconstateerd	47	49	49
- Is ongerust over het ontstaan van onveilige situaties in/rond huis door het gedrag v.d. naaste	42	46	46
- Heeft door de ziekte v.d. naaste minder contact met vrienden/kennissen in clubverband*	26	43	42
- Kan de zorg voor zijn/haar naaste niet aan anderen overlaten als daar behoefte aan is	40	41	41
- Kan niet goed omgaan met verdriet over de achteruitgang van zijn/haar naaste	40	40	40
- Voelt zich eenzaam*	23	42	40
- Vindt het lastig om voor zijn/haar naaste te moeten beslissen	45	39	40
- Heeft onvoldoende uitleg gekregen over verschijnselen en verloop van dementie	35	38	38
- Vindt dat er gezondheidsproblemen ontstaan omdat de naaste lichamelijke ongemakken moeilijk kan aangeven*	27	39	38
- Heeft het gevoel er alleen voor te staan	32	37	37
- Weet onvoldoende hoe om te gaan met tegenwerking van zijn/haar naaste	39	35	35
- De zorg voor de naaste is lichamelijk vaak te zwaar*	15	32	31
- Heeft door de ziekte van zijn/haar naaste minder contact met familie*	16	30	29

* Verschillen tussen de scores voor de categorieën 'Beginfase' en 'Latere fasen' zijn statistisch significant ($p < 0,05$).

^a De naaste heeft sinds minder dan een jaar verschijnselen van dementie

^b De verschijnselen van dementie doen zich al een jaar of langer voor

(Bron: www.nivel.nl/.../Factsheet-Advies-beginfase-alzheimer-belangrijk.pdf).

Bijlage 3

De resultaten van het onderzoek schematisch weergegeven

Literatuur	Samenvatting	Zoekopdracht
PMT bij agressief gedrag in de psycho-geriatrie. Albers, N., Beks, C., & Kerklaan, A.	Een psychomotorische therapie module waarin de behandeling van non-verbaal agressief gedrag bij psychogeriatrische patiënten wordt beschreven.	Geen zoekwoorden, in eigen beheer.
Leidraad Psychogeriatrie Bohn Stafleu Van Loghum, 2003 Miesen, B., Allewijn, M., Hertogh, C., de Groot, F., van Wetten, M.	Scherper zien, beter doen en meer weten. Een werkwijzer voor iedereen die werkzaam is op het terrein van de ouderenzorg en psychogeriatrische problematiek.	psychomotorische AND therapie AND dementie In UBVU Gebruikt hoofdstuk: problemen te lijf gaan (pp. 526-543) en hoofdstuk: Zoveel hoofden, zoveel zinnen (pp. 288-311)
Zorg om ouderen Een leidraad voor de mantelzorger Allewijn, M., Miesen, B. 2010	Zorg om ouderen biedt hulp bij de uiteenlopende vragen en dilemma's waarvoor de mantelzorger komt te staan. De auteurs geven talrijke waardevolle adviezen over de omgang met ouderen.	Zoekwoorden: Psychomotorische therapie en dementie Google books
Alzheimer Nederland Cijfers en feiten over dementie Symptomen	Cijfers en feiten over dementie	Zoekwoorden: Dementie Google
Onderzoek in de gezondheidszorg Bakker, E., & van Buuren, H.	Een praktisch hulpmiddel bij het doen van onderzoek. De stappen die je neemt om van een idee te komen tot een onderzoek worden uitgelegd.	Geen zoekwoorden, in eigen beheer. Blz. 23
BTSG innovatie in ouderenzorg Dementieel syndroom	Uitleg over dementie.	Zoekwoorden: Psychomotorische therapie en dementie Google
De Kopgroep Een behandelgroep voor mensen met dementie de Lange, J. en Veerbeek, M. Trimbos instituut ism Alzheimer NL 2009	De Kopgroep; een behandelgroep voor mensen met dementie. De handleiding beschrijft wat een Kopgroep is, evenals de meerwaarde ervan. De uitgangspunten, doelstelling en doelgroep van een Kopgroep worden uit de doeken gedaan. De onderdelen van het programma worden toegelicht en er wordt uitgelegd wat nodig is voor het organiseren en begeleiden van een Kopgroep.	Zoekwoorden: psychomotorische therapie en dementie Google
De Zorgboog	Informatie over ouderengeneeskunde, waaronder dementie.	Zoekwoorden: Fase van dementie Verdwaalde ik Google

In beweging Over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen Dröes, R.M. 1991	Een theoretische en empirische studie naar de mogelijkheden en effecten van psychosociale hulpverlening, in het bijzonder psychomotorische therapie, aan ouderen die lijden aan seniele dementie van het Alzheimer-type (SDAT)	Zoekwoorden: psychomotorische AND therapie AND dementie In UBVU Gebruikt blz. 72-79
Amsterdamse Ontmoetingscentra Een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende mensen en hun verzorgers Dröes, R.M. Eindrapport 1996	Over de gebruikers, de effectstudie en de implementatie in het reguliere aanbod	Zoekwoorden: ontmoetingscentra In UBVU Gebruikt hoofdstuk 2, 4 en 8
Beweeg met ons mee! Dröes, R.M. 1999	Een activeringsprogramma in groepsverband voor dementerende mensen.	In bezit op werkplek
Ergotherapie aan huis bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Graff, M., Vernooij-Dassen, M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W., & Rikkert, M. 2009	Dit artikel laat zien dat het dagelijks functioneren van patiënten met dementie verbetert en de draaglast van mantelzorgers afneemt door het bieden van een gestructureerde aanpak.	Vakblad op werkplek Artikel uit NVFG
Het verloop van Alzheimer www.alzheimer.nl	Inzicht in het verloop van de ziekte Alzheimer	Zoekwoorden Fase dementie Google
Landelijk dementie programma Meerveld, J. Schumacher, J. Kriger, E., Bal, R., & Nies, H. 2004	Een werkboek bedoelt als instrument om het aanbod van mensen met dementie beter af te stemmen op de problemen en hun naaste. En het aanbod tussen professionals onderling beter af te stemmen.	Zoekwoorden Dementie en mantelzorg Google
Mantelzorg en dementie, een zorg op zich Factsheet expertisecentrum informele zorg Mercken, C. 2005	In deze factsheet staan de naasten van mensen die lijden aan een vorm van dementie centraal. Het zijn partners, kinderen, familieleden en/of bekenden die vaak langdurig voor een dementerende zorgen. Zij worden mantelzorgers genoemd.	Zoekwoorden: Mantelzorg en dementie In Google Scholar
Zorg voor mensen met dementie: liefde voor het leven Miesen, B. 2006	Mensen met dementie Familie van mensen met dementie Consequenties voor de zorg Hulp voor mensen met dementie Praktisch en emotioneel Opvang van de familie	Zoekwoorden: Dementie en omgangsadvies In Google Scholar Gebruikt blz.14
Richtlijn probleemgedrag NVVA 2008	een handreiking voor verantwoord verpleeghuisgeneeskundig handelen op het gebied van probleemgedrag bij verpleeghuispatiënten.	Zoekwoorden: Probleemgedrag Google scholar Gebruikt blz. 5 definitie

Richtlijn Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie. Van Achterberg, T. Peijnenburg, R., & van Eijken, M. 2008	Een richtlijn voor het bijdragen aan het hanteerbaar maken (verminderen, oplossen, accepteren) van gedragsproblemen van mensen met dementie.	Zoekwoorden Probleemgedrag en dementie Google Scholar
Omgangsadvies: waardevol? Paans, R. Tijdschrift voor vaktherapie 2011/1, jaargang 7.	Kwalitatief onderzoek naar omgangsadvies door psychomotorisch therapeuten in de geriatrie	Gelezen in Tijdschrift voor vaktherapie. In eigen beheer. Via google gezocht naar de complete thesis
Het gezin in de zaal Van den Blink, M. & Hekking, P. 2004	Een artikel over het systeem en gezin in de zaal bij psychomotorische therapie gebruikt bij een studiedag	Artikel van docent zelf
Methodebeschrijving Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun verzorgers, Verduin, M. Movisie 2009	Binnen deze methodebeschrijving wordt de werkwijze van ontmoetingscentra voor dementerende geëvalueerd. Er wordt omschreven waar de knelpunten liggen en waar de kansen.	Zoekwoorden: Ontmoetingscentra voor dementie Google
De pijn van het dement zijn: de belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag. Verdult, R.	Dit boek geeft uitleg over het belevingsgericht werken bij dementie	Geen zoekwoorden, in eigen beheer op werkplek. Gebruikt citaat hoe ingrijpende dementie is.
Minder dementerenden dan verwacht Volkskrant 2012	Een artikel dat het onderzoek aangeeft onder ouderen naar de groei van dementie	Geen zoekwoorden, gelezen in de ochtendkrant
Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie Zwaanswijk, M., van Beek, S., Peeters, J., spreeuwenberg, P., & Francke, A. 2009	De problemen van mantelzorgers binnen de beginfase van dementie.	Zoekwoorden: Beginfase dementie google

Hyperlinken die verwijzen naar de zoekmachines met de zoekwoorden:

UBVU:

[http://elibrary.vu.nl/primo_library/libweb/action/search.do?jsessionid=D46AADD572780E251876C85701E7F07F?dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28%22VRIJE%22%29%2Cprimo_central_multiple_fe&frbg=&tab=all&dstmp=1341258309224&srt=rank&ct=search&mode=Basic&dum=true&indx=1&tb=t&vl\(freeText0\)=psychomotorische+AND+therapie+AND+dementie&fn=search&vid=VU_V1&fromLogin=true](http://elibrary.vu.nl/primo_library/libweb/action/search.do?jsessionid=D46AADD572780E251876C85701E7F07F?dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28%22VRIJE%22%29%2Cprimo_central_multiple_fe&frbg=&tab=all&dstmp=1341258309224&srt=rank&ct=search&mode=Basic&dum=true&indx=1&tb=t&vl(freeText0)=psychomotorische+AND+therapie+AND+dementie&fn=search&vid=VU_V1&fromLogin=true)

[http://elibrary.vu.nl/primo_library/libweb/action/search.do?dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28%22VRIJE%22%29%2Cprimo_central_multiple_fe&frbg=&tab=all&dstmp=1341262314623&srt=rank&ct=search&mode=Basic&dum=true&indx=1&tb=t&vl\(freeText0\)=ontmoetingscentra&fn=search&vid=VU_V1](http://elibrary.vu.nl/primo_library/libweb/action/search.do?dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28%22VRIJE%22%29%2Cprimo_central_multiple_fe&frbg=&tab=all&dstmp=1341262314623&srt=rank&ct=search&mode=Basic&dum=true&indx=1&tb=t&vl(freeText0)=ontmoetingscentra&fn=search&vid=VU_V1)

BTSG

http://www.google.nl/search?sourceid=navclient&hl=nl&ie=UTF-8&rlz=1T4GGHP_nINL460NL461&q=bewegen+en+hulpverlening&hl=nl&rlz=1T4GGHP_nINL460NL461&tbn=bks&scint=psy-ab&q=bewegen+en+hulpverlening+droes&oq=bewegen+en+hulpverlening+droes&gs_l=serp.3...13644.14865.1.15043.6.6.0.0.0.75.365.6.6.0...0.0.m_G33YQJG8U&pbx=1&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_qf..cf.osb&fp=4a29fcaa365a9188&biw=1366&bih=618

Kopgroep:

http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=psychomotorische%20therapie%20en%20dementie&source=web&cd=14&ved=0CF4QFjADOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.trimbos.nl%2Fwebwinkel%2Fproductoverzicht-webwinkel%2Fimplementatie%2Faf%2F~%2Fmedia%2Ffiles%2Finkijkexemplaren%2Faf0899_de_kopgroep.ashx&ei=twXyT-bDCceM8gPH7JCcDQ&usg=AFQjCNETMf2GUbsW9fXWwt80hsVNAsHzXg

Zorgboog:

http://www.google.nl/search?sourceid=navclient&hl=nl&ie=UTF-8&rlz=1T4GGHP_nINL460NL461&q=bewegen+en+hulpverlening#hl=nl&rlz=1T4GGHP_nINL460NL461&tbm=bks&scient=psy-ab&q=bewegen+en+hulpverlening+droes&oq=bewegen+en+hulpverlening+droes&gs_l=serp.3...13644.14865.1.15043.6.6.0.0.0.0.75.365.6.6.0...0.0.m_G33YQJG8U&pbx=1&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=4a29fcaa365a9188&biw=1366&bih=618

Landelijk dementie programma

http://www.google.nl/search?q=dementie%20en%20mantelzorger&hl=nl&sa=N&tab=sw#hl=nl&scient=psy-ab&q=landelijk+dementie+programma&oq=landelijk+dementie+programma&gs_l=serp.3..0j0i30j0i5i30i2.1205.7522.2.8131.59.33.0.8.8.10.171.2615.25j7.33.0...0.0.2jd-jlSi_D0&pbx=1&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=9e112e247a8470d4&biw=1366&bih=618

Mantelzorg en dementie: een zorg op zich

<http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&q=mantelzorg+en+dementie&btnG=&lr=>

Liefde voor het leven: zorg voor mensen met dementie

http://scholar.google.nl/scholar?q=dementie+en+omgangsadvies&btnG=&hl=nl&as_sdt=0%2C5

NVVA

<http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&q=richtlijn+probleemgedrag&btnG=&lr=>

Richtlijn omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie

<http://scholar.google.nl/scholar?hl=nl&q=richtlijn+probleemgedrag&btnG=&lr=>

Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk

<http://www.google.nl/search?q=beginfase%20dementie&hl=nl&sa=N&tab=sw>

Methodebeschrijving ontmoetingscentra voor dementie

http://www.google.nl/search?sourceid=navclient&hl=nl&ie=UTF-8&rlz=1T4GGHP_nINL460NL461&q=ontmoetingscentra+voor+dementie#q=ontmoetingscentra+voor+dementie&hl=nl&rlz=1T4GGHP_nINL460NL461&prmd=imvns&ei=ernyT_DICOKA0AXAifmvCQ&start=10&sa=N&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=3f600915d641e1ff&biw=1366&bih=618

Bijlage 4 Omgangsadvies zoals Paans ze opstelt en gebruikt binnen haar werkomgeving

Omgangsadviezen zorgmoment

Naam: Mw. J.
Afdeling: PG verblijf
Datum: 17-04-'12
Observant: Ramona Paans, PMT

Aanleiding

Tijdens zorgmomenten kan m
w. soms agressief reageren, door te slaan en te knijpen.

Observatie

Tijdens het zorgmoment had mw. de meeste tijd haar ogen dicht en was merkbaar dat zij erg stijf is. Het was onduidelijk of mw. echt nog half in slaap was, of dat zij uit bewust haar ogen dicht hield. Indien mw. nog niet helemaal wakker was, zou het kunnen zijn dat haar stijfheid minder wordt, en haar reacties beter.

Wanneer je aan mw. vroeg om mee te bewegen, ging dit wel, maar in beperkte mate. Wat daarbij wel opviel is dat mw. ongeveer 3 seconden nodig heeft om de gesproken informatie te verwerken. Op tast reageert mw. iets vlotter, maar nog steeds vertraagd.

Op sommige vragen kwam een correcte reactie, dus de kans is groot dat mw. de meeste gesproken vragen en opdrachten begrijpt. Helaas is het zo dat haar gesproken reactie slecht te verstaan is, wat voor miscommunicatie kan zorgen. Het is dan ook belangrijk om op andere (non-verbale) signalen te letten.

Tijdens de observatie heeft mw. grotendeels geen agressief gedrag laten zien. Er was wel een moment waarop mw. leek te willen slaan en de collega nogal stevig vast pakte. Dit was tijdens het wassen van de intieme zone. Het kan zijn dat de agressie hiermee te maken heeft. Tegelijk was het onduidelijk of de bewegingen (slaan en vastpakken/ knijpen) echt een doelgerichte actie waren om de ander pijn te doen. Het zou ook verklaard kunnen worden doordat mw. houvast zoekt (slaan is dan het zoeken naar iets om vast te pakken), en in haar ziekte haar eigen kracht niet meer kent (vasthouden wordt knijpen).

Advies

Ga bij jezelf na of het gedrag van mw. een doelbewuste poging is om je pijn te doen, of dat het wellicht komt door het zoeken naar houvast en het niet kennen van de eigen kracht. Dit graag in de rapportage opschrijven!

- **Geef mw. de tijd om jou informatie te verwerken.** Mw. heeft ongeveer 3 seconden nodig om te snappen wat je van haar wilt.
- **Ondersteun je gesproken informatie met aanraking.** Omdat mw. aanraking sneller “begrijpt”, maak je de boodschap veel duidelijker. Denk bijvoorbeeld aan het aanraken van haar arm als je zegt: “Doe uw arm maar omhoog,” of het bewegen van de nachtpon als je zegt: “Ik doe uw nachtpon uit,” enz.
- **Geef directieve aanwijzingen.** Omdat mw. slecht te verstaan is, is het niet mogelijk om een samenspraak te maken tijdens de zorg. In plaats van te vragen: “Wilt u uw arm omhoog doen?” is het nu beter om het (netjes) tegen mw. te zeggen: “Doe uw arm maar omhoog.”
- **Geef mw. de tijd om wakker te worden.** Als mw. goed wakker is, is de kans groot dat zij ook beter mee werkt. Daarbij is het ook waarschijnlijk dat mw. opdrachten sneller begrijpt.
- **Geef mw. opgerolde washandjes (badstof) in de handen tijdens de zorg.** Mocht mw. op zoek zijn naar houvast, is dit misschien al voldoende om te geven.

Veel succes! Als je vragen hebt, stel ze gerust. Over een paar weken zal ik evaluatieformulieren in de dossiers doen om te horen of de adviezen nut hebben gehad en/ of er nog meer tips nodig zijn.