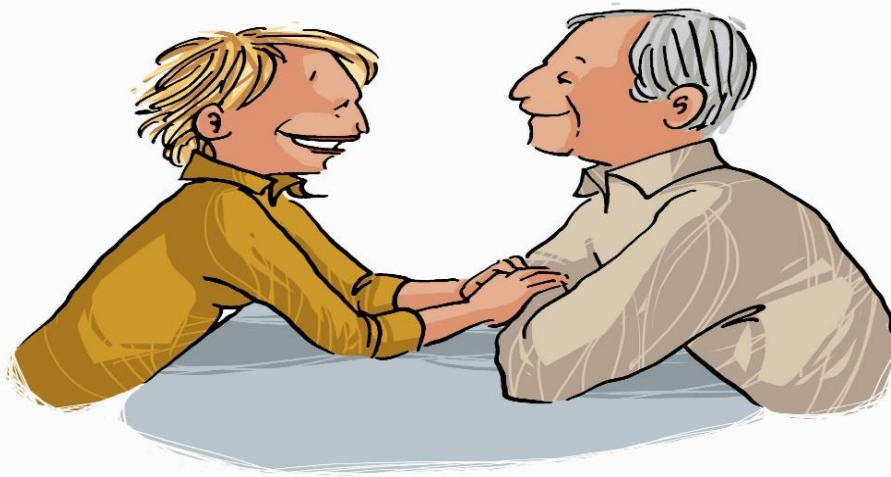


# Dementie, delier en onbegrepen gedrag

*zij mag dan Alzheimer  
hebben, wij hebben jou.*



Reader eigendom van Care Cursus Centrum 2020

© Deze reader is eigendom van Care Cursus Centrum

**Copyright: het is niet toegestaan gehele of gedeeltelijke tekst uit deze reader schriftelijk of digitaal te vermenigvuldigen. Ook is het niet toegestaan op enige andere wijze deze reader te gebruiken voor een commercieel doel dan met toestemming van de schrijver van deze reader.**

Laren, januari 2020

## **Inhoud:**

1	Inleiding	pagina 4
2	Leerdoelen	pagina 5
3	Verschillende vormen van dementie	pagina 7
4	Belevingsgerichte zorg: even wat dingen op een rijtje	pagina 10
5	De vier fasen van de IK-beleving	pagina 14
6	Contact maken met de dementerende oudere, hoe doe ik dat?	pagina 16
7	Validation als benadering	pagina 19
8	Bijlagen:	
1.	Casus 1	pagina 22
2.	Casus 2	pagina 23
3.	Schema met de vier fasen van IK-beleving bij dementie	pagina 24
9	Bronvermelding	pagina 25

**GA JE MEE  
VERDWALEN**

**IK  
WEET DE WEG**

*Loesje*

6811 SA Arnhem Postbus 1045  
www.loesje.nl

# 1. Inleiding

## Over de training:

Het kan zijn dat je als de reader dadelijk doorleest, dat je dan denkt "dat doe ik toch allemaal al".

En vaak is dat ook zo. Veel van de communicatie met de dementerende oudere doe je intuïtief al vaak uitstekend. Toch hebben we als zorgverlener ook onze gewoontes en valkuilen. In mijn werk als trainer heb ik gezien hoe deze gewoontes ons soms in de weg zitten om de cliënt echt te ontmoeten. In deze training wil ik vooral hier mee aan de slag. Hoe leren wij de cliënt te verstaan, te ondersteunen en aan zijn behoeften te voldoen. Wat bedoelt de cliënt wanneer hij boos is of voortdurend heen en weer loopt, en hoe gaan we hier dan op in. Communiceren met dementerende ouderen.

Aan de hand van jullie praktijkervaringen gaan we hiermee aan de slag. Mijn motto hierbij is "samen op zoek". Ik heb zeker niet alle antwoorden, maar ben ervan overtuigd dat wanneer we nieuwsgierig zijn en blijven proberen, we tot een beter begrip kunnen komen.

## Over de trainer:

In de trainingen die ik gaf over omgaan met agressie in de zorg viel mij op dat veel cursisten het moeilijk vonden om met de dementerende oudere om te gaan. Vaak voelden ze zich het slachtoffer van een onrechtvaardige boosheid en wist men hier geen raad mee. Wanneer ik dan samen met de cursist nog eens goed naar de situatie keek, bleek er altijd een behoefte van de cliënt te zijn die niet goed werd begrepen. Naomi Feil, de grondlegster van de Validation Therapy, hielp mij de taal van de cliënt beter te verstaan. Voor mij is het een uitdaging geworden om zorgverlener en cliënt samen meer te laten genieten van het contact.

## Over de reader:

Deze reader geeft achtergrondinformatie over "Dementie en hoe om te gaan met het onbegrepen gedrag. Communiceren met dementerende ouderen, een hele uitdaging".

De reader kan als naslagwerk gebruikt worden om na de training nog eens op je gemak door te lezen. Je kunt er ook ter voorbereiding van de dag alvast wat in snuffelen. Alle onderwerpen beschreven in deze reader komen ook in de training aan orde. Neem de reader in ieder geval mee. Je kunt daar ook je aantekeningen in maken.

## 2. Leerdoelen

### Theoretisch:

- **Leerdoel:** De cursist is in staat de meest voorkomende vormen van dementie te benoemen.  
**Dus:** Welke vormen van dementie zijn er en waarin onderscheiden ze zich van elkaar?  
**Werkvorm:** *Centraal, hierbij gebruikmakend van de aanwezige kennis.*
- **Leerdoel:** De cursist kan benoemen wat belevingsgerichte zorg inhoudt. **Dus:** Wat verstaan we onder belevingsgerichte zorg? Taakgericht versus mensgericht werken .  
**Werkvorm:** *Groepsgesprek, inventariseren van reeds opgedane ervaringen. Problemen waar men mee te maken heeft in de praktijk (intramuraal en extramuraal.)*
- **Leerdoel:** De cursist weet welke fases in we in het dementieproces kunnen onderscheiden en hoe deze te herkennen.  
**Werkvorm:** *Centraal, uitleg over bedreigde ik, verdwaalde ik, het verborgen ik, en het verzonken ik. Hoe kan ik dit herkennen en hoe hierop te reageren*
- **Leerdoel:** Hoe kan ik systematisch werken vanuit het concept "belevingsgerichte zorg" dat wil o.a. zeggen dat de zorgverlener een zorgplan kan smaken en rapporteren vanuit deze visie. **Werkvorm:** *Oefenen met casuïstiek. Groepsgesprek.*

### Vaardigheden:

- De cursist is in staat om in contact met de cliënt te onderscheiden. In welke fase van het dementieproces deze zich bevindt.  
**Werkvorm:** *we werken systematisch met de volgende vier begrippen: Het bedreigde IK, verdwaalde IK, het verborgen IK en het verzonken IK.*
- De cursist is in staat om, vanuit de uitgangspunten van belevingsgerichte zorg en validation, op positieve wijze het contact met de cliënt aan te gaan en houdt hierbij rekening met de fase van het dementieproces waarin de cliënt zich bevindt.  
**Werkvorm:** *samen zoeken we naar effectieve contactvormen bij de verschillende stadia van de ziekte dementie.*
- De cursist herkent bij zichzelf de signalen van weerstand en spanning in het contact, en kan deze benoemen en hierop adequaat reageren.  
**Werkvorm:** *Door middel van gesprek en lichaams oefeningen leert cursist spanning en weestand in zich zelf te herkennen en hier op adequate wijze mee om te gaan.*

### Symptomen van dementie herkennen:

De eerste verschijnselen van dementie verschillen per persoon en per ziekte. Het valt op dat iemand terugkerende geheugenklachten, gedragsproblemen en veranderingen in karakter heeft. Iemand heeft bijvoorbeeld moeite om te onthouden welke dag het is of wordt sneller boos.

### Veelvoorkomende symptomen van dementie of de ziekte van Alzheimer:

- vergeetachtigheid
- problemen met dagelijkse handelingen
- vergissingen met tijd en plaats
- taalproblemen
- kwijtraken van spullen
- slecht beoordelingsvermogen
- terugtrekken uit sociale activiteiten

- veranderingen in gedrag en karakter
- onrust
- problemen met het zien

Bron: [www.alzheimer-nederland.nl](http://www.alzheimer-nederland.nl)



#### **Documentaires:**

Uit elkaar (2019)  
 Om die liefde gaat het (2018)  
 Een poging tot vrolijk verval (2018)  
 Voor het te laat is (2016)  
 DementieEnDan (2013)

#### **Films:**

De liefhebbers (2019)  
 Still Alice (2015)  
 Away from her (2014)  
 Iris (2001)

#### **Boeken:**

Hersenschimmen (J.Bernlef 1984)  
 Voorbij, voorbij (Clairy Polak, 2019)  
 Woorden schieten tekort (Nicci Gerrard, 2019)  
 Had ik het maar geweten, praktische tips voor familie, vrienden en verzorgenden (Ruud Dirkse, Caro Petit, 2010)

### 3. Verschillende vormen van dementie, hoe zit het ook alweer

Dementie is een verzamelnaam voor **ruim vijftig ziektes**. Deze ziektes tasten de hersenen aan en zorgen voor een geleidelijke achteruitgang van iemands geestelijke gezondheid. De meest voorkomende soorten dementie zijn:

- 1 Alzheimer
- 2 Vasculaire dementie
- 3 Fronto-temporale dementie
- 4 Lewy body dementie.

**Ad. 1:** Van deze soorten van dementie is **de ziekte van Alzheimer** is de meest voorkomende vorm. Maar liefst 70% van de mensen met dementie heeft alzheimer. Iemand met alzheimer krijgt problemen met het geheugen. Naarmate de ziekte erger wordt, krijgt iemand steeds meer moeite met dagelijkse vaardigheden.

Onderzoekers denken dat eiwitophoping in de hersencellen de ziekte van Alzheimer veroorzaken.

#### Symptomen:

Iemand met alzheimer krijgt moeite met alledaagse dingen zoals: plannen maken, beslissingen nemen en een gesprek volgen. Daarnaast kan hij niet meer goed:

- nieuwe informatie onthouden. Uiteindelijk verdwijnt ook informatie die al langere tijd in het geheugen zat.
- onthouden waar hij is of welke dag, welke maand of welk jaar het is.
- taal gebruiken en begrijpen. Dit heet afasie.
- voorwerpen en geluiden herkennen en weten waar ze voor zijn. Dit heet agnosie.
- handelingen uitvoeren of in de juiste volgorde uitvoeren. Dit heet apraxie.
- nadenken over situaties en deze beoordelen.

Iemand met de ziekte van Alzheimer kan zich ook anders gaan gedragen. Zijn karakter verandert. Hij wordt bijvoorbeeld onrustig, achterdochtig of agressief. Of hij wordt juist lusteloos. Zijn/ haar stemming kan snel omslaan. Bij de ziekte van Alzheimer gaan de zenuwcellen in de hersenen kapot. Dit komt door de ophoping van bepaalde eiwitten. Ook kunnen bepaalde vezels zich in de cellen ophopen tot zogenaamde neurofibrillaire tangles. Deze ophopingen van eiwitten en vezels maken de cellen kapot en verstoren de onderlinge communicatie. Hierdoor kunnen de hersenen niet goed meer functioneren en sterven zenuwcellen af. Vasculaire dementie is een van de meest voorkomende soorten dementie. Problemen in de doorbloeding van de hersenen veroorzaken deze ziekte.

Ongeveer zestien procent van de mensen met dementie heeft stoornissen in de hersendoorbloeding.

**Ad 2: Vasculaire dementie** is na de ziekte van Alzheimer de meest voorkomende soort van dementie. Problemen in de doorbloeding van de hersenen veroorzaken deze ziekte. Ongeveer zestien procent van de mensen met dementie heeft stoornissen in de hersendoorbloeding.

Veel mensen met vasculaire dementie hebben hart- en vaatziekten (gehad). Bijvoorbeeld langdurig een hoge bloeddruk, hartritmestoornissen, suikerziekte en TIA's (kortdurende afsluiting van een

bloedvat in de hersenen). Ook is het mogelijk dat iemand één of meerdere beroertes heeft gehad voordat de dementie begon.

### **Symptomen:**

Welke symptomen iemand met vasculaire dementie heeft, hangt af van het hersengebied dat beschadigd is geraakt. Eigenlijk bestaan er dus verschillende soorten vasculaire dementie. Wat opvalt bij mensen met vasculaire dementie is dat ze langzamer gaan denken, spreken en handelen. Ze kunnen zich moeilijker concentreren. Naast de geestelijke achteruitgang kan iemand ook lichamelijke verschijnselen hebben. Er kan bijvoorbeeld verlamming, spierverstijving of gevoelsverlies ontstaan.

### **Depressie:**

Mensen met een beginnende vasculaire dementie hebben niet altijd geheugenproblemen of persoonlijkheidsveranderingen. Hierdoor weten ze nog goed dat ze ziek zijn. Dit leidt vaak tot een **depressie**. Hierdoor voelen mensen zich verdrietig, somber en minder energiek. Een depressie moet behandeld worden. Een goede behandeling kan soms ook het cognitief functioneren verbeteren.

### **Verloop:**

Vasculaire dementie kan zich geleidelijk of juist plotseling ontwikkelen. In tegenstelling tot de **geleidelijke achteruitgang** bij Alzheimer is het verloop bij vasculaire dementie **meer trapsgewijs**. Iemand blijft een periode stabiel en gaat dan ineens weer achteruit. Ook kunnen de symptomen toenemen of afnemen van dag tot dag.

### **Ad 3: Frontotemporale dementie:**

(FTD) komt vaak voor op **jongere leeftijd**. Deze aandoening is ook bekend als de **ziekte van Pick**. Veranderingen in het gedrag vallen meestal als eerste op. Ook taal en spraak kunnen aangetast zijn. Deze vorm van dementie ontstaat doordat hersencellen in de frontaalkwab (gedragsgebied) en de temporaalkwab (taalgebied) afsterven.

Beschadiging frontaal- en temporaalkwab

Bij FTD zijn de frontaalkwab (het voorste deel van de hersenen) en/ of de temporaalkwab beschadigd. Deze hersengebieden zijn verantwoordelijk voor onze besluitvorming en coördinatie en voor onze emotionele reacties en taalvaardigheid.

-Varianten fronto-temporale stoornissen:

Er zijn **drie varianten** fronto-temporale stoornissen, die bepaald worden door de eerste symptomen die optreden:

#### 1. Gedragsvariant van FTD

Mensen met deze vorm van fronto-temporale dementie vertonen veranderingen in hun gedrag, persoonlijkheid, emoties en het beoordelen van situaties.



## 2. Taalvariant van FTD

Mensen met deze vorm van fronto-temporale dementie hebben problemen in de taalvaardigheid, zoals moeite met spreken, begrijpen, lezen en schrijven. Dit heet primair progressieve afasie of semantische dementie.

## 3. Bewegingsvariant van FTD

Deze vorm wordt gekenmerkt door veranderingen in iemands motoriek en moeilijkheden met bewegen zoals: trillen, moeite met lopen, vaak vallen en problemen met de coördinatie.

### **Symptomen:**

De eerste verschijnselen van fronto-temporale dementie zijn afhankelijk van de plaats in de hersenen die beschadigd raakt. Meestal ontstaan er eerst veranderingen in gedrag, persoonlijkheid en spraak. Pas in een later stadium krijgen mensen met fronto-temporale dementie geheugenproblemen.

### **Ad 4: Lewy body dementie:**

Is te herkennen aan schommelingen in iemands geestelijke achteruitgang. Ook heeft iemand met Lewy body dementie vaak verschijnselen van de ziekte van Parkinson. Denk aan tremoren (beven van lichaamsdelen zoals handen), stijfheid, langzame beweging, een gebogen houding en een afwijkende manier van lopen.

### **Symptomen:**

Iemand met Lewy body dementie heeft in het begin geen geheugenproblemen of moeite met het uitvoeren van handelingen. Vaak valt het op dat iemand aandacht stoornissen krijgt. Ook kan iemand visuele hallucinaties krijgen: hij ziet dingen die er niet zijn. Dit maakt het moeilijker om deze vorm van dementie te herkennen. Een extra probleem is dat mensen met Lewy body dementie vaak erg gevoelig zijn voor de bijwerkingen van de medicijnen tegen hallucinaties.

### **Wisselingen in achteruitgang:**

De geestelijke achteruitgang van iemand met Lewy body dementie kan van dag tot dag erg wisselen. Veel mensen met Lewy body dementie zijn regelmatig verward. Ook kunnen ze andere verschijnselen hebben, zoals depressiviteit of wanen. Ook de verschijnselen van parkinson kunnen erg wisselen. Wanneer iemand dementieverschijnselen krijgt voor of binnen één jaar nadat hij parkinson kreeg, dan heet het Lewy body dementie. Krijgt iemand pas later in het verloop van de ziekte van Parkinson symptomen van dementie? Dan spreekt men van Parkinsondementie.

### **Behandeling:**

Lewy body dementie lijkt veel op alzheimer en parkinson. Hierdoor wordt in het begin vaak een verkeerde diagnose gesteld. De medicijnen die mensen met parkinson meestal krijgen, hebben nauwelijks effect bij mensen met Lewy body dementie. Het is daarom belangrijk dat de diagnose Lewy body dementie zo vroeg mogelijk wordt gesteld.

## **4. Belevingsgerichte zorg, even wat dingen op een rijtje:**

In theorie wil belevingsgerichte zorg zeggen dat je ingaat op de beleving van de cliënt. Het betekent ook dat je je afstemt op de) individuele cliënt en zijn ervaringswereld. Hiervoor zijn met name bij ouderen verschillende methodieken ter beschikking. Hier volgt een opsomming:

### **1. Realiteits Oriëntatie (RO):**

Door systematische aandacht te besteden aan geheugen- en oriëntatieoefening wordt getracht eventuele achteruitgang ten aanzien van deze functies af te remmen. Wordt tegenwoordig ruimer toegepast als vorm van zintuigprikkeling.

#### **Doelgroep:**

Oorspronkelijk vooral gericht op ouderen met beginnende geheugen- en oriëntatieproblemen, R.O. doet een beroep op cognitieve vermogens.

#### **Doel:**

Ondersteunen van de resterende zelfredzaamheid (omgeving als prothese). Denk aan: goede aanduidingen, klokken die herkenbaar zijn en de tijd goed aangeven, herkenbare pictogrammen, eigen meubels e.d. als herkenningspunt en, specifieke benadering door medewerkers.

#### **Toepassingsvoorbeelden:**

Groepsgewijs: enkele malen per week komen ouderen bij elkaar om gezamenlijk te oefenen. De oefeningen zijn speels en afgestemd op de hier-en-nu leefwereld van de ouderen. Koffie drinken en "het nieuws" zijn vaste onderdelen. Leefomgeving: aandacht aan oriëntatie en geheugenaspecten.

### **2. Warme zorg:**

Door de achteruitgang in het geheugen verliezen dementerenden de grip op het hier-en-nu wat angst en gevoelens van onzekerheid met zich meebrengt.

#### **Doel:**

Warme zorg probeert door een aangepaste en zo veel mogelijk vertrouwd overkomende omgeving en begeleiding, deze gevoelens te voorkomen of op te vangen.

#### **Toepassingsvoorbeelden:**

Inrichten van kleinschalige verblijfsomgeving op een voor de oudere herkenbare manier, in combinatie met een begeleiding gericht op het opbouwen en onderhouden van relaties met cliënten.

### **3. Validerende benadering:**

Gebaseerd op de theorie van de ontwikkelingstaken (Erikson), bekend geworden door Naomie Feil. Ieder mens komt in zijn leven in bepaalde ontwikkelings fasen. Bekend is het model van stadia in het proces van dementie: 'het bedreigde ik' 'het verdwaalde ik', 'het verborgen ik' en 'het verzonken ik'. Nader uitgewerkt in problemen die met deze stadia samenhangen zowel op cognitief als fysiek niveau.

**Doelgroep:**

Ouderen in alle stadia van een dementeringsproces.

**Doel:**

Contact krijgen met cliënt en bevestigen van zijn leefwereld.

Medewerkers kunnen worden getraind in een aantal communicatieve vaardigheden waardoor zij beter in staat zijn aan te sluiten bij die leefwereld. De benadering is individueel gericht en maakt ook gebruik van technieken vanuit de RO en zintuigactivering.

**4.Zintuigactivering (snoezelen):**

Oorspronkelijk en meest bekend vanuit de zorg voor geestelijk gehandicapten. Kern: wanneer verbaal/ rationeel contact moeilijk is blijven altijd stimulansen via zintuigen mogelijk: geluid, licht, reuk, tast.

**Doelgroep:**

Ouderen in de laatste stadia van dementie waarbij verbaal contact moeilijk is. De laatste jaren is de toepassing verbreed omdat ook andere doelgroepen baat hebben bij de principes van deze benadering.

Meest bekend is de snoezelruimte met allerlei materialen om de zintuigen gedoseerd en gericht te stimuleren.

**Doel:**

Bevorderen van prettige gevoelens of verminderen van angst.

Meer algemene voorbeelden: het gebruik van kleuren, verschillende lichtbronnen, muziek, materialen op de gangen die uitnodigen om vast te pakken, geuren op de afdeling of huiskamer (b.v. koffie, cake) e.d. Opgelet: al deze zaken zijn afgestemd op het individu of worden variabel toegepast.

**5.Psychomotorische therapieën (PMT):**

Door middel van bewegen en spel worden cognitieve functies en sociale contacten gestimuleerd. Voorop staat het beleven van plezier en van daaruit de onbewuste oefening. Sommige van deze therapieën kennen een uitgebreide theoretische achtergrond. Het Bewegings Activerings Programma (BAP) wat bestaat uit een groot aantal gestructureerde oefeningen, is een voorbeeld van een PMT.

**Doelgroep:**

Alle ouderen waarbij enige mate van contact mogelijk is. Naarmate dit meer mogelijk is, zijn positieve effecten groter.

**Toepassingsvoorbeelden:**

Groepsbijeenkomsten van een of meerdere keren per week waarbij cliënten op een leuke manier spelvormen doorlopen. Door dit te omkleden met eenvoudige opdrachten wordt ontspanning gecombineerd met lichte fysieke inspanning, sociale contacten en geestelijke oefening. De bijeenkomsten duren meestal zo'n 45 minuten

**6.Reminiscentie:**

Gericht op het stimuleren en ophalen van herinneringen. Met elkaar praten over thema's uit het leven van vroeger, het bekijken van oude voorwerpen.

**Doelgroep:**

Ouderen die vergeetachtig zijn, maar tegenwoordig alle ouderen.

**Doel:**

Het geheugen wordt geprikkeld, er worden sociale contacten gestimuleerd en de eigen identiteit versterkt.

**Toepassingsvoorbeelden:**

Groepsgewijs bespreken van thema's zoals bijvoorbeeld: religie, schooltijd, opvoeding, ontspanning (spelletjes van vroeger) etc. Stimulerend zijn materialen uit die tijd. Voorbeeldthema op een afdeling: expositie over school met oude schoolbank, oude boeken, leesplankje aap-noot-Mies etc. Leuke vorm waarbij ook familie kan worden betrokken. Duizend en één mogelijkheden.

**7.Levensboeken:**

Door met een individuele oudere of diens familie een levensboek samen te stellen, kan beter worden aangesloten op de leefwereld van de cliënt.

**Doelgroep:**

Zijn primair ouderen in een dementeringsproces. Samen met de cliënt of cliënt en familie maken van een levensboek. Dit wordt regelmatig bekeken samen met de oudere. Het biedt familie en medewerkers houvast tijdens individuele contacten. Stimuleert medewerkers bij het inhoud geven aan persoonsgerichte zorg.

Heeft vaak ook een positief effect op het verwerkingsproces van de familie zelf.

**Doel:**

Is herkenning, contact leggen en het verminderen van gevoelens van angst.

**8.PDL: passiviteiten van het dagelijks Leven:**

Passiviteiten van het dagelijks leven ook wel afgekort als PDL, wordt toegepast bij cliënten die niet meer in staat zijn om zichzelf te verplaatsen. Door hun passiviteit is de kans op doorligplekken en verstijving van spieren groot. Om deze negatieve gevolgen zoveel mogelijk tegen te gaan, worden bij PDL speciale voorzieningen getroffen en speciale handelingen verricht.

**Doelgroep:**

Ouderen die niet mobiel en/of bedlegerig zijn.

**Doel:**

Op deze manier probeert men deze cliënten te laten ontspannen en het leefklimaat voor hen zo aangenaam mogelijk te maken.

PDL is ontstaan vanuit de gedachte dat deze cliënten niet zo nodig meer geactiveerd hoeven te worden. De cliënt wordt geaccepteerd in al zijn beperkingen en er wordt uitgegaan van de mogelijkheden die er nog zijn. Zij hoeven niet meer zelf mee te helpen bij de zorg, krijgen alle aandacht van de verzorgenden en worden in bed 'vertroeteld' in een rustige sfeer.

**9.Persoonsgerichte benadering of presentie:**

'Presentie' betekent dat je als zorggever met de cliënt een relatie opbouwt, waarin je elkaar goed leert kennen, waarin je dichtbij mag komen en waarin je heel goed leert begrijpen wie die cliënt is en wie jij voor hem of haar kunt zijn. Als je je zorg zó op de cliënt kunt afstemmen, dan weet je in allerlei situaties heel precies wat je wel en niet moet doen, wat voor deze cliënt nu het beste is, wat hem of haar het meeste goed zal doen. Dit opbouwen van een relatie is niet alleen nodig en nuttig om zo

goed mogelijk zorg te kunnen geven, maar draagt ook bij aan een goed leven waarin cliënten gezien en gehoord worden, waarin ze meetellen.

**Doelgroep:**

Ouderen in het algemeen en ouderen met dementie in het bijzonder.

**LET OP:**

Het is niet verstandig om uit te gaan van één benadering, dat sluit niet aan bij de dagelijkse werkelijkheid. Bovenstaande benaderingswijzen maken onderdeel uit van gereedschapskist van de professionele zorgverlening.

# **DEMENTERENDE PARTNER**

**IK GEEF HEM  
ELKE DAG  
EEN ONVERGETELIJKE  
ZOEN**

de oma  
van

*Loesje*



## 5. De vier fasen van de IK beleving

In deze training werken we met de onderstaande begrippen:

De ziekte van Alzheimer, begint vaak sluipend met vergeetachtigheid en kleine symptomen die niet zo opvallen. Met het verstrijken van de tijd veranderen de symptomen en worden deze steeds erger. Afhankelijk van welke vorm van dementie iemand heeft, kan dit langer of korter duren. Soms gaat de achteruitgang heel langzaam en geleidelijk, bij andere vormen zoals bv. vasculaire dementie gaat het heel snel en met grote stappen. Hoe de dementerende zichzelf en de wereld om zich heen beleeft kunnen we indelen in vier fasen van ik-beleving. De overgang van de ene fase naar de andere is niet altijd even scherp en duidelijk. Er zijn mensen met dementie die door de dag heen dan eens in de ene en later weer in een andere fase zitten. Goed observeren is de boodschap!

In de verschillende fasen van ik-beleving hebben mensen met dementie behoefte aan verschillende manieren van benadering en begeleiding. Daarom is het zo belangrijk om goed te weten in welke fase van ik-beleving de dementerende zich bevindt, en hoe we daar het beste mee om kunnen gaan.

De vier fasen zijn:

- 1 De bedreigde ik
- 2 De verdwaalde ik
- 3 De verborgen ik
- 4 De verzonken ik

**Ad 1: De bedreigde ik** (cognitieve fase, lichte verwardheid):

Ik vergeet veel, vooral nieuwe dingen, afspraken, recente gebeurtenissen en ik ben me er daar ook bewust van. Ik merk dat ik stukjes mis in mijn geheugen. Soms lukt het me ook niet te zeggen wat ik bedoel, ik kan dan een woord niet vinden en opeens komt er iets anders uit mijn mond. Sommige dingen die ik voorheen als vanzelfsprekend deed worden nu veel moeilijker, ik moet er bij nadenken en dan weet ik soms niet meer waar ik mee bezig was.

Ik praat er niet over en probeer mijn missers en geheugenverlies te verbergen. Ik wil niet dat iemand het weet, ze zullen denken dat ik gek ben, of dement.

Ik ben bang voor wat komen gaat, ik maak me zorgen, voel me gespannen, nerveus, verdrietig. Ik weet dat ik soms feller reageer dan normaal, maar ik kan er niks aan doen. Zolang er niks verandert om me heen red ik me wel. Ik heb briefjes voor mezelf neergelegd, gebruik geheugensteuntjes en doe alles in een vaste volgorde, altijd op dezelfde manier.

Ik zal uit mezelf nooit een nieuwe situatie opzoeken, dat maakt me onzeker.

Zolang alles om me heen bij het oude blijft met mijn eigen spullen in mijn eigen vertrouwde omgeving kan ik me wel staande houden. Het is wel krampachtig, ik moet me sterk houden en niet opgeven.

#### **Ad. 2: De verdwaalde ik** (verward in de tijd, emotionele fase):

De grip op mijn leven glipt tussen mijn vingers door, ik kan me niet meer vastklampen aan het hier en nu. Ik voel me soms verdwaald, ben niet meer op mijn plek. De dagen en de tijd geven me dan geen houvast meer, ik weet niet welk dagdeel of hoe laat het is, tijd betekent dan niets voor me.

Ik beleef dingen van vroeger en nu door elkaar heen, soms ben ik in mijn verleden, dan weer hier. Ook mensen van vroeger zie ik nu hier, ze brengen dan oude gebeurtenissen en gevoelens met zich mee die ik nu weer beleef. Mijn onbewuste knoopt op die manier allerlei gebeurtenissen en gevoelens aan elkaar tot een onbegrijpelijk geheel.

Soms heb ik geen idee wie ik ben, in welke tijd ik leef, waar ik ben en dat is heel angstig.

Ik ben vaak op zoek; naar mezelf; naar huis; naar mensen van vroeger en nu; naar houvast in deze onbegrijpelijke brei waarin ik leef. Gelukkig herbeleef ik ook fijne dingen en zijn er ook goede, gelukkige gevoelens.

#### **Ad 3: De verborgen ik** ( motorische onrust):

De omgeving verdwijnt naar de achtergrond. Ik verblijf in een wereld waar de tijd verdwenen is. Mensen verdwijnen naar de achtergrond en komen soms de wereld binnen waarin ik het merendeel verblijf. Wanneer ik honger of pijn heb of me ongemakkelijk voel, word ik onrustig. Ik schrik erg van geluid en ben snel moe. Het lukt me niet meer om te vertellen wat er aan de hand is en vaak maak ik dan herhaalde bewegingen. Ik luister graag naar rustige muziek en soms herken ik zelf iets van vroeger. En vaak is het ook goed zo. Dan hoeft er niets meer. Van hard geluid schrik ik en boosheid en ongeduld komen erg bij me binnen. Alles doet snel pijn.

#### **Ad 4: Het verzonken ik** (zintuiglijke fase (vegeteren):

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

De oudere leeft nu helemaal vanuit de primaire behoeften. Emoties zijn moeilijk waar te nemen.

## 6. Contact maken, met de dementerende oudere, hoe doe ik dat?

In deze training benader ik dit vanuit de "validation" visie. Hieronder een aantal artikelen over validation en wat dat betekent.

### Validerende benadering:

Een benaderingswijze voor dementerende ouderen.

In 1989 bezocht Naomi Feil Nederland om te vertellen over wat toen nog Validation Therapy heette. De belangstelling hiervoor was overweldigend. Inmiddels heeft de validerende benadering een vaste plaats verworven binnen de benaderingswijzen voor dementerende ouderen.

### Wat is de Validation Therapy eigenlijk?

#### Ontkennen van gestelde vragen:

Stel u voor: u gaat een dag uit winkelen in een vreemde stad. Als u uit gewinkeld bent, wilt u terug naar uw auto, maar u weet niet meer precies waar de parkeergarage is. U schiet een voorbijganger aan en vraagt: "Meneer, weet u hoe ik het beste bij de parkeergarage kan komen?" De man kijkt u aan en zegt: "Ach mevrouw, zullen we een kopje thee gaan drinken?" U denkt natuurlijk 'Wat een idioot antwoord' en stelt de vraag nogmaals: "Nee, meneer, ik ben vreemd in deze stad en weet nu niet goed de weg naar de parkeergarage." De man steekt vriendelijk een arm onder uw arm en zegt "Ach, dat zien we straks wel. Laten we eerst maar gezellig een kopje thee drinken". Velen zullen verbolgen zijn over zo'n rare reactie. Toch is deze situatie helemaal niet zo onwettelijk. Dit gebeurt regelmatig in de omgang met psychogeriatrische ouderen. Wat hier gebeurt is het ontkennen van een toch duidelijk gestelde vraag. En daarover gaat nu de Validation Therapie: het herkennen en bevestigen van de vragen en gevoelens van de psychogeriatrische ouderen.

#### Praktijktheorie:

Validation Therapie combineert een theorie over het verschijnsel dementie met praktische aanwijzingen voor de omgang met de mensen. Validation is daarmee een **praktijktheorie**, die verder gaat dan het beschrijven van voorbeelden. Validation is niet nieuw in de zin van een totale omwenteling in de omgang met dementerende ouderen. Integendeel. Iedereen die serieus met dementerende ouderen omgaat, ontdekt op een gegeven moment dat die oudere in zijn eigen werkelijkheid leeft en dat het geen zin heeft om hem of haar op onze werkelijkheid te oriënteren.

#### **Validation gaat er vanuit dat dementerende mensen niet perse meer teruggehaald moeten worden naar onze werkelijkheid.**

Dit verklaart waarschijnlijk voor een groot deel het enthousiasme (en dus de enorme belangstelling van hulpverleners) voor deze validerende benadering. Iedereen heeft immers wel eens ervaren dat het corrigeren van dementerende ouderen (= op de werkelijkheid oriënteren) in veel situaties weerstand en onrust oproept.

#### Dementering:

Dementie, een proces van geestelijke achteruitgang, is een ingrijpende verlieservaring, zowel voor de oudere persoon in kwestie als voor diens omgeving. Bij dit proces staan inprentingsstoornissen voorop die een gedesoriënteerdheid tot gevolg kan hebben. Er ontstaan geheugenproblemen. De beleving van de eigen persoonlijkheid - zijnde een mens met een verleden, heden en toekomst -



raakt verstoord. Door de gestoorde inprenting "maakt" de dementerende oudere geen nieuw hier-en-nu, terwijl er ook problemen gaan ontstaan met de organisatie en constructie van herinneringen (het verleden).

Daarnaast valt, in het geval van een dementie- syndroom, een achteruitgang van de kwaliteit van het vermogen tot denken en oordelen waar te nemen.

**Het bewustzijn is echter intact.** Een en ander leidt ertoe dat "tijd" steeds minder een structurerende rol heeft en dat herinneringen uit de verschillende levensfasen door elkaar heen naar boven komen, en op een voor de zorgverleners niet logische manier in een nieuw verband worden geplaatst.

#### **Vier stadia:**

De Validation Therapy onderscheidt binnen het proces van dementering een viertal stadia:

1. Het eerste stadium is het stadium van "Lichte verwardheid" (Disorientation). Hiermee wordt niet bedoeld de desoriëntatie in tijd, plaats én persoon. Het proces van dementeren begint met gaten in het heden en verleden (inprentings- en geheugenstoornissen waarbij tijd nog zijn structurerend karakter bezit. Ook zijn er problemen met het ordenen van de waarnemingen en met het vermogen tot oordelen. Voor de mensen die in dit eerste stadium van geestelijke achteruitgang zitten, heeft oriënteren op de werkelijkheid wel degelijk zin.
2. Pas in een latere fase, het tweede stadium "Verwardheid in tijd" (Time Confusion), verliest de tijd zijn structurerende functie en komt de oudere in een tijdloze algemeenheid terecht. Verleden en heden lopen door elkaar. De oudere praat meer over zijn herinneringen en leeft meer in een eigen werkelijkheid.
3. Als de dementerende in het derde stadium van "Voortdurende beweging" komt, zijn de verbale vermogens langzaam aan het verdwijnen. De persoon is steeds minder ontvankelijk voor prikkels uit de omgeving. Deze mensen houden van bewegingen en ritmische herhalingen.
4. In het vierde stadium van "Vegeteren", dringt de omgeving nauwelijks meer door. De ogen zijn gesloten. Er is wel een reactie op aanraking en deze ouderen zijn zeer gevoelig voor warmte en koestering.

#### **Acceptatie:**

Het is belangrijk uit te gaan van de belevingswereld van dementerende mensen met als doel hen te helpen gelukkig te zijn met het leven dat zij leiden. Herinneringen en fantasieën worden geaccepteerd. Deze zijn ook van essentieel belang omdat zij behoren tot iemands leven en van invloed zijn op iemands huidige gedrag en motivatie. Inzicht in de levensgeschiedenis van een oudere is bij validation erg belangrijk.

Als gevolg van dementie kunnen ook tal van onverwerkte emoties van vroeger alsnog naar boven komen. Validation kan helpen deze dan te verwerken. Waar het om gaat bij deze validerende benadering is dat de zorgverlener bevestigend (accepterend) is naar de dementerende bewoner. Dus niet ontkennen of er omheen praten, maar echt luisteren en bevestigen wat de bewoner aangeeft.

## Houding en vaardigheden:

Wat nu vaak gebeurt in de omgang met deze bewoners is, dat veel zorgverleners op hun eigen intuïtie afgaan. Er is geen goede theoretische onderbouwing die datgene wat zij doen rechtvaardigt. Men vraagt zichzelf dan ook af of men het goed doet. Er is behoefte aan handvatten.

De validation benadering geeft dergelijke handvatten. Deze handvatten kunnen samengevat worden met de trefwoorden "houding" (attitude) en "vaardigheden". Bij de houding moet het gaan om empathie. Hieronder wordt verstaan het zich dusdanig in anderen kunnen verplaatsen dat hun reacties begrepen worden. Het is een houding naar de oudere bewoner toe waaruit blijkt dat je zijn of haar gevoelens herkent en bevestigt.



## 7. Validation als benadering

Validation is dus meer dan meegaan met de belevingswereld van de dementerende oudere, het is meer dan het bevestigen dat die wereld wel degelijk een realiteit is. Validation wil ook zeggen dat de zorgverlener op zoek is naar de redenen waarom iemand zich zo gedraagt of uit. Dit geschiedt door te observeren, te luisteren, waar te nemen en vragen te stellen.

Het hanteren van validation is niet uitsluitend voorbehouden aan therapeutisch geschoolde deskundigen, maar ook uitstekend toepasbaar door de directe zorgverlener van de dementerende oudere: de ziekenverzorgende, de bejaardenverzorgende en familieleden.

### Hoe kan validation worden toegepast?

De validerende benadering kan zowel onderdeel zijn van de 24-uursbenadering, alsmede groepsgewijs of individueel aangeboden worden.

Bij de 24-uurs benadering gaat het vooral om de attitude of houding van de validerende benadering, die tot uiting komt gedurende de omgang en zorg voor dementerende mensen; d.w.z. een empathische en respectvolle grondhouding jegens de cliënt. De validerende benadering als 24-uurs benadering houdt onder andere het volgende in:

- het bevestigen en inleven in de gedachten en gevoelens van de cliënt; hierbij wordt de cliënt in zijn dementie gerespecteerd en blijven correcties achterwege het meer gericht zijn op de gevoelens van de cliënt die doorklinken in het verhaal, dan op de feiten die verteld worden;
- het met name gericht zijn op non-verbale signalen;
- het vermijden van 'doe-alsof' gedrag. Vaak heeft de cliënt door of de hulpverlener wezenlijk validation als individuele benadering

De individuele benadering is met name geschikt voor kennismaking, vanwege de gelegenheid om de dementerende in al zijn facetten te leren kennen. Met andere woorden: om inzicht te krijgen in behoeften van de cliënt, zijn levensgeschiedenis en levensthema's. Ook kan bij de kennismaking op deze wijze inzicht worden verkregen in het stadium, waarin de dementerende zich bevindt. De individuele benadering is eveneens geschikt voor een therapeutische aanpak, waarbij de genoemde punten bij de 24-uursbenadering van belang zijn en waarbij het tevens van belang is om feitelijke vragen te stellen.

Naomi Feil benadrukt het stellen van wie, wat, waar en hoe vragen om te achterhalen waarom mensen zich op een bepaalde wijze gedragen of uiten. Ook wijst Naomi Feil op het belang deze feitelijke vragen af te stemmen op de wijze waarop mensen hun ervaringen beleven:

1. bij **visueel** ingestelde mensen kunnen vragen gesteld worden die duiden op zien (Hoe zag hij eruit?)
2. bij **auditief** ingestelde mensen kunnen vragen gesteld worden die te maken hebben met horen (Was het een mooi geluid?)
3. bij **gevoelsmatig** ingestelde mensen kunnen vragen gesteld worden met een gevoelswoord erin (Voelde het prettig?)

De duur van individuele gesprekken varieert van twintig minuten tot een uur. Ook kan de individuele benadering toegepast worden bij kleine crisissituaties die zich op een dag voor doen.

Aan de hand van een aantal voorbeelden uit de praktijk wordt hieronder uitgelegd hoe validation toegepast kan worden. Het eerste twee voorbeeld is een praktijksituatie uit het algemeen ziekenhuis, de andere voorbeelden hebben gespeeld in een psychogeriatrisch verpleeghuis.

### **Voorbeeld 1.**

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

### **Voorbeeld 2.**

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

### **Voorbeeld 3.**

Een 90-jarige man van boeren- afkomst, die is opgenomen in een verpleeghuis wil in het voorjaar de koeien het weiland inlaten. Hij staat bij de deur en vraagt of hij eruit mag. Een verzorgende neemt hem mee naar de binnentuin geeft hem een hark en begint te praten over de koeien: 'Wat lekker dat alle koeien al weer buiten in de wei lopen'. 'Ja' zegt de man, 'Het mooiste moment is, als ze het verse gras ruiken en gaan galopperen en bokken van blijdschap, heerlijk!'. Vervolgens zegt hij dat hij het werk nog even af moet maken en later binnen zal komen om een bakkie koffie te drinken. De verzorgende reageert hier weer op met de opmerking: 'Ik ga alvast koffie zetten, tot zo'.

### **Doelen in de validerende benadering:**

#### **1. Herstel van het gevoel van eigenwaarde:**

Door het bevestigen van de dementerende persoon in zijn gedachten en beleving door te bevestigen dat deze gedachten en beleving de realiteit zijn voor hem, ontstaat er bij de dementerende mens een gevoel van innerlijke rust.

#### **2. Het verminderen van stress/spanning:**

Als een dementerende persoon positief bevestigd wordt dan geeft hem dat een steun in de rug. Hij voelt zich begrepen en gewaardeerd in het heden. Dit maakt het heden minder pijnlijk waardoor hij minder gespannen wordt.

#### **3. Het helpen bij het vinden van rechtvaardiging van het eigen leven:**

De oudere mens staat op een gegeven moment op een punt, waarop hij de balans opmaakt van zijn leven. De vraag komt dan centraal te staan in hoeverre iemand in staat is het leven zoals het geleefd is te accepteren. Erkennen en accepteren dat je leven gelopen is zoals het gelopen is en je gebracht heeft tot waar je nu bent. Dat je terugkijkend kunt zeggen 'het is goed zoals het geweest is'. Wanneer dat niet lukt bij iemand, kan dit tot gevolg hebben dat de persoon wanhopig wordt. Zijn leven is immers al bijna voorbij en hij kan het niet meer overdoen of goed maken.

**4. Het helpen verwerken van vroegere onverwerkte emoties:**

In een later stadium van dementie krijgen vroegere (onverwerkte) emoties meer de overhand. Dit kan bijvoorbeeld doordat de demente mens de gelegenheid krijgt en gestimuleerd wordt om nu te uiten wat vroeger niet tot uiting is gekomen. Het kan hierbij gaan om negatieve en positieve emoties. Zeer oude mensen die opgezadeld zijn met diepgewortelde onverwerkte gevoelens uit eerdere levensfasen, keren terug naar het verleden om die gevoelens te verwerken. Het is geen bewust gedrag maar een diepgevoelde menselijke behoefte om in vrede te sterven. Deze mensen hebben iemand nodig die naar hen luistert, die hun gevoelens valideert.

*Literatuur*

*N. Feil, Validation, respectvol omgaan met dementerende ouderen. Kavanah, Uitgeverij, 2004.*



## 8. Bijlagen

### CASUS 1:

Mw. Hogendoorn 80 jaar woont alleen in een groot huis met tuin in L. Vijf jaar geleden is haar man overleden en na een moeilijk jaar heeft ze haar leven weer goed opgepakt. Ze heeft in haar tuin een atelier waar ze beeldhouwlessen geeft. In het verleden heeft ze met haar werk geëxposeerd. Samen met haar man, die architect was leefde ze voor de kunst. Ze maakten samen veel reizen waarbij vooral Italië favoriet was. Mw. heeft een groot netwerk van kennissen en vrienden. Mw. heeft drie dochters waarvan er een ook in L. woont. De andere twee dochters wonen in het buitenland.

Het laatste jaar ging het echter langzaam minder met Mw. Het kostte haar steeds meer moeite om haar leven te organiseren. Het regelen van bankzaken, het organiseren van de cursussen kostte haar steeds meer tijd en moeite. Ook het geheugen ging achteruit. Concentreren werd moeilijk. Op verzoek van haar dochter ging Mw. naar de huisarts, die haar doorverwees naar de neuroloog. Mw. kreeg de diagnose ziekte van Alzheimer.

We zijn nu een jaar later. De dochter neemt contact op met een bureau voor particuliere thuiszorg. Zij maakt zich ernstig zorgen over haar moeder. Moeder kan zichzelf niet goed meer verzorgen, en kan het huishouden niet meer organiseren. Mw. verzamelt allerlei spullen en is de hele dag bezig met het maken van lijstjes en briefjes. Ook het dag/ nachtritme lijkt zoek.

Mw. zelf vindt dat er niet zoveel aan de hand is, ze ziet het probleem niet zo. Ze wordt dan ook boos wanneer men zich teveel met haar bemoeit.

Er is thuiszorg ingeschakeld die dagelijks komt voor een wasbeurt. En er worden maaltijden thuisbezorgd. De directe aanleiding dat de dochter belt is dat ze onlangs langskwam en haar moeder aantrof onder de douche in haar nachtkleding.

En ze heeft al een paar keer aangebrand eten op het fornuis aangetroffen.

### VRAGEN VOOR DE CURSIST:

1. In welke fase van de IK-beleving verblijft Mw?
2. Wat is haar coping houding m.b.t haar ziekte?
3. Hoe maak je in deze fase van haar ziekte beleving contact met Mw.?



## **CASUS 2:**

Mevrouw van Heemskerk is de dochter van mevrouw De Wit die sinds een jaar bij ons op de afdeling van het verpleeghuis voor dementerende ouderen woont. Mevrouw van Heemskerk kwam aanvankelijk dagelijks op bezoek, maar na enkele maanden liep dit terug tot eens in de veertien dagen.

We hebben gemerkt dat de dochter van mevrouw de Wit nog maar weinig op bezoek komt. We vinden het belangrijk dat de bewoners nog contact met hun familie onderhouden. Vaak is het confronterend voor familieleden om hun vader of moeder zo achteruit te zien gaan en als zoon of dochter bijna niet meer herkend te worden. We weten dat mevrouw De Wit soms erg boos kan zijn en dan het erg moeilijk is om met haar om te gaan. Toch is ze soms ook anders. Als je wat langer bij haar bent verandert haar stemming, en dan kan ze veel toegankelijker zijn.

We weten niet waarom haar dochter zo weinig komt. We vinden het wel belangrijk om haar voor te leggen dat haar moeder daar toch wel veel behoefte aan kan hebben. Daarnaast vinden we de betrokkenheid van familieleden bij de zorg erg belangrijk omdat zij voor ons de sleutel vormen tot het vroegere leven van bewoners en ons een beeld kunnen geven van hun persoonlijkheid en levensinstelling.

### **Instructie voor de mantelzorger:**

Mevrouw van Heemskerk merkt dat ze haar moeder niet meer kan bereiken en is zich tijdens het bezoek steeds ongemakkelijker gaan voelen. Ze weet niet goed meer hoe ze met haar moeder om kan gaan als ze op de afdeling is. Daarbij komt dat ze sinds kort een parttime baan heeft als receptioniste bij een handelsfirma. U vraagt u af of uw moeder wel iets aan uw bezoeken heeft, omdat ze u niet meer lijkt te herkennen, en u maar weinig woorden met haar kunt wisselen. Ook om deze reden komt u minder op bezoek. Daarnaast is uw moeder vroeger niet erg aardig voor u geweest.

Zij was in de ogen van de familie ook een "moeilijk mens".

U bent met uw zevende jaar naar een kostschool gestuurd omdat er altijd ruzie was tussen u en uw moeder. Soms denkt u dat uw moeder, nu ze dement is geworden, laat merken dat ze u niet accepteert. Het lijkt er in uw ogen soms op dat ze u met opzet niet wil herkennen en u tijdens de bezoeken negeert. Deze gedachte kunt u maar moeilijk van u afzetten en u hebt u voorgenomen wat meer afstand te nemen van uw moeder en haar ook daarom minder te bezoeken.

Als de verpleegkundige, die veel voor uw moeder zorgt, daar bij het volgende bezoek met u over begint, reageert u gekwetst en emotioneel. Volg ook hier uw eigen gevoelens, met name de gevoelens die door de benadering van de verpleegkundige worden opgeroepen.

### **OPDRACHT:**



-----  
Namens het team voer je een gesprek met de dochter van mevrouw De Wit. Je nodigt haar uit voor een gesprek waarin je het probleem van het team voorlegt en in een oplossingsgericht gesprek naar perspectieven zoekt.

---

## Omgaan met de vier fasen van ik-beleving bij dementie

Wanneer we inzien dat mensen met dementie binnen de verschillende fasen van ik-beleving zo anders functioneren is het vanzelfsprekend dat we hen ook anders gaan benaderen en begeleiden. Het doel hiervan is om onszelf en de omgeving zo gunstig mogelijk te maken en aan te sluiten bij de specifieke behoeften in de verschillende fasen.

In de rij 'algemeen' staan belangrijke aandachtspunten die voor alle mensen met dementie van toepassing zijn.

Thema 1: <b>contact maken</b>	
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Benader iedere dementerende als uniek persoon met wie je een relatie onderhoudt. Een relatie is altijd wederkerig; probeer te blijven zien en waarderen wat de dementerende als mens voor jou kan betekenen. Dit gaat verder dan alleen het contact als hulpverlener en hulpvrager.</li> <li>- Verdiep je in het levensverhaal en pas je benadering aan op de levensgeschiedenis en afkomst van de dementerende.</li> <li>- Observeer steeds de fase van ik-beleving en stem jezelf en de omgeving hier zo gunstig mogelijk op af.</li> <li>- Neem rustig de tijd om contact te maken, zeker bij dementie is haastige spoed echt nooit goed.</li> </ul>
 DE BEDREIGDE IK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wanneer je de dementerende nog niet goed kent bewaar je lichamelijk en gevoelsmatig afstand. De dementerende geeft zelf aan hoe dichtbij je mag komen en hoe vertrouwelijk jullie met elkaar om kunnen gaan.</li> <li>- Maak normaal oogcontact.</li> <li>- Hou je aan de gewone omgangsvormen (niet kinderlijk of betuttelend).</li> <li>- Spreek aan met u en gebruik in eerste instantie de achternaam.</li> </ul>
 DE VERDWAALDE IK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kom rustig dichterbij in het gezichtsveld van de dementerende, maak dan oogcontact.</li> <li>- Let op een vriendelijk gezicht, ontspannen houding en warme stemklank.</li> <li>- Spreek rustig met korte zinnen, ondersteun wat je zegt evt. met gebaren.</li> <li>- Lichamelijke nabijheid en fysiek contact door aanraken worden nu belangrijker. Tast af wat de dementerende prettig vindt. Als je de dementerende aanraakt doe dit langzaam en rustig, van onverwachte en snelle aanrakingen kan men schrikken.</li> <li>- Er komt een moment waarop de dementerende zichzelf niet meer zal herkennen in de achternaam (of getrouwde naam), het is belangrijk dan de voornaam te gebruiken. Bespreek dit met familie en collega's.</li> </ul>
 DE VERBORGEN IK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedenk dat de dementerende alleen bewust is van de zeer nabije omgeving. Kom rustig die omgeving in en praat, zing of neurie rustig terwijl je dit doet. Maak vervolgens contact door voorzichtig aanraken op de hand, arm of schouder.</li> <li>- Kom op ooghoogte en probeer oogcontact te maken.</li> <li>- Kijk hoe de dementerende op je reageert en ga hier in mee door te praten, zingen, neuriën, aan te raken.</li> <li>- De dementerende uit zich vaak door het herhalen van bewegingen en geluiden, je kunt mee doen met het maken van dezelfde bewegingen en geluiden om contact te krijgen. Dit heet spiegelen.</li> <li>- Contactmomenten duren niet lang; liever regelmatig korte contacten dan één lang contactmoment.</li> <li>- Omdat de dementerende zelf geen initiatief meer kan nemen, maar nog wel de menselijke behoefte heeft aan contact is deze hierin volledig afhankelijk van ons. Voorkom eenzaamheid en isolatie door regelmatig even contact te maken.</li> </ul>
 DE VERZONKEN IK	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De dementerende ervaart alleen directe lichamelijke en zintuigelijke prikkels en zal hier niet of nauwelijks op reageren.</li> <li>- Laat weten dat je er bent door aanraken, praten, zingen of neuriën en het stimuleren van de zintuigen op andere manieren.</li> <li>- Ook al reageert de dementerende niet of nauwelijks, toch moeten we er vanuit gaan dat de basale menselijke behoefte aan contact en geborgenheid altijd blijft bestaan.</li> </ul>



9. **Bronvermelding:**

-De Dag door met Dementie, auteur Anneke van der Plaats. Te verkrijgen via [www.dedagdoormetdementie.nl](http://www.dedagdoormetdementie.nl).

-www.zorgvoorbeter.nl Informatie over Belevingsgerichte Zorg.

-Respectvol omgaan met dementerende ouderen, auteur Naomi Veill

-Dementia Care Mapping : De Zwette 52, 9257 RR Noardburgum