

Publicaties

Jaarboek Ergotherapie 2010

Liever geen G.P.S.

Het RESPECT zorgkader

De plaats van de ergotherapeut in de
psychogeriatrische zorg



KENNISATELIER **ARCHIPEL**

Liever geen G.P.S....!!!

Bij de routeplanning van onze autovakantie werd tot voor kort gebruik gemaakt van een simpele wegenkaart. Een dergelijke kaart, die weliswaar niet het gebruiksgemak heeft van een huidig G.P.S.-systeem, heeft echter wel het voordeel dat men het overzicht van zijn reis goed voor ogen heeft, zowel hoofdroute als nevenbestemmingen blijven in het vizier.

In de psychogeriatrische G.P.S. wordt vandaag doorgaans als hoofdbestemming 'persoonsgerichte of belevingsgerichte zorg' aangeduid. Het zou een boeiende studie zijn om na te gaan hoe verschillende zorgvoorzieningen deze metatheorie inhoudelijk gestalte geven, welke outputresultaten zij beogen. Het G.P.S.-denken gaat alvast voorbij aan de realiteit dat steeds geldende communicatieve omgangsvormen eerder een illusie zijn. De uitkomst van het handelen bij personen met dementie is zelden voorspelbaar: wat nu heilzaam en rustgevend is in deze situatie kan in een later stadium juist probleemopwekkend werken. Om deze reden stemmen zorgverleners hun handelen doorgaans niet af op een verpleegkundige of psychogeriatrische theorie maar trachten op het moment af te wegen hoe er gehandeld moet worden. Dikwijls zal 'wijs en verstandig handelen' zelf niet mogelijk zijn: de persoon met dementie zet ons NU voor een feit en er moet direct gehandeld worden zonder al te veel nadenken waardoor enkel improviseren overblijft. Improvisatie wil niet zeggen dat er een handelvisie ontbreekt maar wel dat op ieder ogenblik moet gezocht worden om er het beste van te maken. Kortom, de relativiteit van elk getheoretiseer over omgaan met dementie is gesteld. En toch: zorgverleners hebben bakens en een heldere visie nodig om hun dagelijks handelen richting te geven. Bij het blindelings vertrouwen op de G.P.S. dreigen wij daarenboven nevenbestemmingen, hier te begrijpen als zinvolle omgangsvormen, begeleidingsmethodieken en specifieke benaderingswijzen, uit het oog te verliezen of althans niet te integreren in onze dagelijks routeplanning. De vaststelling is dat vele zorgconcepten moeilijk geïntegreerd geraken in woon- en zorgcentra. De redenen hiervan zijn legio: een beperkt middenkader om tot borging te komen, een equipe die te sterk wordt opgeslorpt waardoor er voor zorgverdieping weinig ruimte overblijft, het ontbreken van een schragende visie waarbinnen deze concepten een plaats kunnen krijgen, een te grote theoretische inslag waardoor de vertaalslag naar de dagelijkse praktijk niet voor de hand ligt.

Binnen de zorggroep Bejaardenzorg Grauwzusters Limburg heeft men het G.P.S.-denken willen overstijgen door terug een klassieke kaart in te voeren, hier te verstaan als een richtinggevend en appelerend raamwerk die beschikbare inzichten samen brengt. De kaart of het raamwerk is uitgeschreven aan de hand van de woord mnemonic RESPECT waarbij elke letter van dit woord staat voor een bepaald aandachtspunt dat op zich verdiept wordt met talloze indicatoren en aandachtspunten.

RESPECT integreert daarbij de voornaamste psychogeriatrische referentiekaders en begeleidingsvormen maar overstijgt een louter aspectuele benadering door de dwarsverbanden tussen de aandachts- en actievelden te benadrukken: niet alleen het belang van beleving en emoties maar ook van ruimtelijke omgevingsfactoren, niet alleen comfortzorg maar ook aandacht voor communicatieondersteuning, niet alleen vroegtijdige zorgplanning maar ook dagelijkse autonomiebevordering, niet alleen plezier maar ook zinbeleving, niet alleen zintuiglijke overprikkeling maar ook sensorische deprivatie, .. Kortom, in het RESPECT zorgkader wordt fragmentering van het denken en handelen voorkomen omdat de woord mnemonic voortdurend de relaties benadrukt in een pragmatische werkkader.

De praktische grondslag uit zich ook in de vertaling van het zorgkader naar de meest voorkomende zorgitems: voedingszorg, hygiënezorg, palliatieve en overlijdenszorg, slaaphygiëne en mobiliteitszorg. Ook ethische vragen als medisch handelen bij het levenseinde, de toepassing van vrijheidsbelemmerende maatregelen maar ook het gebruik van 'poppen', het leugentje om bestwil, de waarheid vertellen worden in RESPECT-boek behandeld.

In dit artikel wordt het raamwerk bondig voorgesteld door in te zoomen op enkele aspecten en begrippen die verband houden met het competentieprofiel van een ergotherapeut.

Ruimtelijk beleven

Elk mens is onlosmakelijk verbonden met zijn sociale en fysieke omgeving. Ook bij dementie is er sprake van een wederzijdse beïnvloeding van de persoon en zijn omgeving alhoewel deze betrokkenheid gradueel vermindert door ruimtelijke desoriëntatie en een verminderde aandachtsfocus. Dit ecologische uitgangspunt wordt uitgewerkt in de letter R waarbij wordt stilgestaan bij het habitatusverlies in een woon- en zorgcentrum, het belang van privacy, de impact van hospitaliserende processen, de beleidskeuze voor categoriaal of gemengd opvangen. In RESPECT wordt de aandacht voor ruimtelijke aspecten alvast niet verengd tot een pleidooi voor kleinschalige woonomgevingen, hoe belangrijk deze ook zijn. Het is immers niet enkel de schaal waarop wordt georganiseerd die belangrijk is maar ook het bewustzijn en de consequenties die men hieruit trekt. Zorgvoorzieningen, van welke schaal ook, zijn complexe omgevingen waar relaties voortdurend fluctueren, waar zich vreemde routines en een andere tijdsordening voordoen die een grote soepelheid vereisen van hun bewoners juist op een ogenblik dat hun aanpassingscapaciteit tanend is. In RESPECT introduceren wij hiervoor het begrip '*sociale dichtheid*' om aan te geven dat elke vorm van collectief samenleven invloeden genereert die inwerken op het welzijn. Sociale dichtheid refereert naar de gevolgen van een geringe prikkeltolerantie maar ook naar groepdynamische processen. Sociale dichtheid is concreet: een roepende medebewoner waar men zich niet aan kan

onttrekken, het geknoei van een disgenoot die de apertij ontnemt, de geluidsoverlast die ontstaat door rijdende karren, telefoontoestellen die beantwoord worden of personeelsleden die onderling communiceren.

De ergotherapeut is doorgaans niet bij machte om de architecturale vormgeving te beïnvloeden wel kan hij het bewustzijn van te complexe, onveilige, niet herkenbare, weinig overzichtelijke, te drukke omgevingen vertalen in kleine maar betekenisvolle veranderingen. Enkele voorbeelden. Het ruimtelijk mappingsprobleem kan gunstig beïnvloed worden door de introductie van een broodoven die de geur prikkelt en daardoor als het ware de persoon ruimtelijk aanzuigt of door de uitgangdeuren te maskeren waardoor exit-gedrag wordt voorkomen. Te drukke omgevingsprikkels die de stressdrempel tijdens de maaltijden doen overschrijden kunnen voorkomen worden door de invoering van een bijkomende maaltijdshift waardoor het onmiddellijk een stuk rustiger wordt. Bij matige tot ernstige dementie wordt de omgeving verrijkt door deze levensprikkelend te maken met attractieve spullen: inkijk- en voel dozen, zakken met spullen, mandjes met allerlei ontdekspullen in de gang.

Eigenheid (h)erkennen

“Zorg op individuele maat” staat hoog ingeschreven in vele opdrachtverklaringen. Een zorgverlening die geen ‘gelijken monniken-gelijke kappen benadering’ wil hanteren neemt daarom de eigenheid van de bewoner als uitgangspunt. Bij de ‘eigenheid’ denken wij in eerste instantie aan het unieke levensverhaal van de persoon, zijn persoonlijkheidskenmerken. De verschillen in de persoonlijkheid en het eigen levensverhaal pleiten voor een individuele en behoedzame aanpak van het gedrag waarbij de ergotherapeut zich vragen zal stellen als: ‘wat heeft deze persoon meegemaakt’, ‘welke sociale rollen heeft hij vervuld en hoe kunnen wij hierop inspelen’, ‘welke levenservaringen hebben een blijvende indruk op hem gemaakt en tekenen ook vandaag het welbevinden’, ‘welke waardebeleving is de persoon eigen en met welke generatie-eigen gewoonten moet er rekening gehouden worden?’. De uitdaging is om de informatie van dergelijke anamnese te vertalen in een afgestemd zorg- en leefplan.

De eigenheid van deze persoon wordt ook sterk gekleurd door de fysieke toestand en de hieraan verbonden activiteitsbeperkingen. Even ingrijpend is de mentale status, de psychische kwetsbaarheid ten gevolge van zingevingvragen, uitzicht op de dood, het verlies van belangrijke derden of de geringere vitaliteit. In het RESPECT zorgkader wordt dementie dus niet als een geïsoleerde ziekte beschouwd maar wordt de interferentie van andere levensfacetten mee tegen het licht gehouden. Zorgverleners moeten deze informatie verwerven en vervolgens integreren in hun dagelijks handelen, hiervoor wordt de *E-momentkaart* als instrument voorgesteld. Alle hulpverleners krijgen, onder impuls van de ergotherapeut, de opdracht om tijdens hun dagelijkse zorgmomenten aandachtig te zijn voor de typische geaardheid van deze persoon. Dergelijke E-moment kaart, die een rijk informatiepatroon oplevert, is heilzaam in de omgang zeker bij het voorkomen van complex gedrag.

Eerder dan een persoonsgerichte insteek heeft RESPECT een *relatie- en systeemgerichte focus*. De familie, die wellicht het meest fundamentele kader is waarbinnen iemands leven zich afspeelt, krijgt een centrale plaats al is het maar omdat zij over een unieke set van kennis beschikken die dienstbaar kan zijn voor het begrijpen van de typische geaardheid van de persoon met dementie. De ergotherapeut zal familieleden aanmoedigen om (mede) zorg te blijven opnemen, hij zal hulpmiddelen en tips aanreiken die het hen mogelijk maken dat zij hun genegenheid kunnen uiten in een zinvolle bezigheid: een voetbadje geven, een huisdier meebrengen, behulpzaam zijn bij het schrijven van een brief naar een vriend, iets voorlezen. Dergelijke aandacht is geen luxe omdat velen hun bezoek als leeg en zinloos ervaren. Het kan zelfs nog simpeler: de vraag om de geliefde muziek mee te brengen zal de dochter, die het moeilijk heeft met de opname van moeder, geruststellen dat er ook aandacht is voor de ‘kleine dingen van het leven’.

Samen beslissen en handelen

Bij dementie is het gevaar reëel om de persoon te bevoogden omdat wij hem tot weinig in staat achten waardoor enkel de rol van patiënt overblijft. Hierdoor kan er een vicieuze cirkel tot stand komen met toenemend functieverlies tot gevolg. Ontvoogdende zorg ontstaat daar waar zorgverleners te weinig tijd nemen, geen keuzen of juiste teveel keuzen aanbieden, hen ontmoedigen, onderdrukken of informatie aanbieden aan een tempo dat de persoon niet kan volgen.

Zorg mag geen passief gegeven zijn dat de persoon overkomt: het moet een proces zijn waar, ook bij dementie, zo lang mogelijk het eigen initiatief tot uiting komt. Samen beslissen en handelen veronderstelt een cultuur van overleg, van aftasten van mogelijkheden: de persoon wordt bevraagd over zijn eigen voorkeur en wensen. In RESPECT wordt autonomie niet beschouwd als een dwingend dogma, zoals in vele domeinen van het maatschappelijk leven, maar wel als een moreel basisprincipe dat ons verplicht tot een actieve en stimulerende houding om de persoon zo lang en zoveel mogelijk zijn eigen leven te laten leven. Er kan geen eenduidige grens getrokken worden om een punt aan te duiden waar de verwarde geest geen inbreng meer kan doen. Elke zorgverlener moet er dus beducht om zijn de locus of control niet te snel over te nemen. De grenzen die bepalen hoe er met de wil- en beslisvaardigheid moet omgesprongen worden zijn ondermeer de voorhanden cognitieve functies, de mate waarin de executieve hersenfuncties zijn gestoord, het nog aanwezige plannings- en oordeelsvermogen. Zorgverleners zullen daarbij dikwijls op basis van intuïtie en opgebouwde ervaringswijsheid handelen waarbij men zich rekenschap geeft van de graduele afname van de autonomie, zelfs binnen verscheiden momenten van een dag. Door het dementeringsproces ontstaat een mensenleven met veel beperkingen waardoor anderen de opdracht krijgen als reisgenoot mee te gaan opdat de persoon met dementie zolang als mogelijk de gids kan zijn van zijn eigen leven. Het is aan de naast zorgdragers om de voorwaarden te scheppen waaronder deze persoon, binnen de marges van zijn kunnen en zijn aspiratie, optimaal kan functioneren.

De zorgdraggers reiken hiertoe steun- en oriëntatiepunten aanbieden in een grillige en onbetrouwbare werkelijkheid die de persoon omgeeft. In dit kader wordt alvast een warm pleidooi gehouden om personen te *betrekken bij de zorgplanning*. Zij zijn immers niet alleen consumenten maar effectieve ervaringsdeskundigen die iets te vertellen hebben over het aanbod dat voor hen wordt uitgetekend. Veelvuldig onderzoek bevestigt dat personen met dementie in staat zijn hun voorkeuren en wensen over hun dagelijkse leven kenbaar te maken. Vragen als 'wil je t.v. kijken', 'hoe wil jij het eitje gekookt hebben' lijken banaal maar zijn dit allerminst: 'Lust u een zachtgekookt eitje?'.

In RESPECT wordt het autonomie aspect dus ruimer bekijken dan recente insteken als vroegtijdige zorgplanning, mentorschap en wilsbeschikking. Het is immers niet in grote (ethische) probleemvelden dat het welzijn wordt verzekerd maar wel in het leven van elke dag. Vanuit zijn functieprofiel werkt de ergotherapeut aan een cultuur van 'bevragen' omdat hij ervan overtuigd is dat personen met dementie via verbale en niet verbale weg hun voorkeuren kunnen aangeven, overtuigt hij collega's om niet onnodig A.D.L.-zorg over te nemen omdat dit belangrijk is voor het zelfrespect, informeert hij hoe er moet omgegaan worden met apathie, chaotisch activisme of enertie, adviseert hij om niet onnodig zorg door te drukken als de persoon afwerend gedrag stelt, attendeert hij op processen als aangeleerde hulpeloosheid. In dit kader wordt het *A.D.L.-zorgprofiel* voorgesteld waarbij vragen worden gesteld als: waar situeren zich de problemen van beperkte zelfstandigheid (cognitieve, visuele disfuncties, is het een probleem van stress of verwardheid, ...) en hoe kan hieraan voorkomen worden?; Op welke wijze wordt de persoon het liefst benaderd en behandeld (vb. rustig wekken en dan nog een kwartiertje laten doezelen?); Door wat is hij snel uit zijn lood gebracht?.

Plezier en zin beleven

Plezier beleven

De mens is een homo ludens, een homo festivus: plezierbeleving is een essentieel deel in alle ontwikkelingsfasen van het mens-zijn. Spreken over plezier in de context van dementie is vreemd want het lijkt of dit nauwelijks nog mogelijk is. Personen met dementie zijn niet bij machte om hun verveling uit te spreken, zij moeten voor hun plezierbeleving terugvallen op anderen. De energie en de verlangens die aanwezig zijn botsen op een beperkt plannings- en organisatievermogen waardoor zij moeilijk tot betekenisvolle actie komen.

In RESPECT wordt zeer uitdrukkelijk aandacht gevraagd voor plezier omdat er een, weliswaar complex, verband bestaat met het welbevinden. In dit verband wordt verwezen naar veelvuldig onderzoek waaruit blijkt dat een aanbod van horen, voelen, zien, lachen heilzaam is om complex gedrag te dempen.

Als zorgverleners over hun werk spreken dan valt het op dat zij plezierbeleving als een afzonderlijke bezigheid beschouwen die los staat van hun werk: een animatieve grondhouding is doorgaans nog geen werkelijkheid niettegenstaande zorgverleners in de dagelijkse omgang constant de vraag naar individuele aandacht beluisteren. RESPECT neemt alvast uitdrukkelijk stelling: plezierbeleving is ieders opdracht en niet alleen van de animatoren of ergotherapeuten. Wij verwachten hier het nodige heil van de integratie van de *kleine verwennerij in het dagelijks zorggebeuren*: een handmassage als afsluiting van de wasbeurt, een lekker aperitief bij een maaltijd, een geliefd muziekstuk opzetten bij slapen gaan, een bolletje ijs tijdens warme dagen, een lekker glas melk voor het slapen gaan. Of nog: hoe verrassend zou het niet zijn als op een speciaal moment, zoals een verjaardag, het team de familie heeft aangespoord om een oude kennis uit te nodigen voor een onverwacht bezoek. Is kwaliteit niet juist datgene doen dat iets meer is dan wat als vanzelfsprekend mag verwacht worden?

Om een zo breed mogelijk aanbod van plezierbeleving mogelijk te maken moeten zorgteams afstand durven nemen van een *verkeerd begrepen hygiënisme*, te begrijpen als een rituele toepassing van hygiënische voorschriften ook als de situatie er niet om vraagt. Kortom, een pleidooi om afstand te nemen van routines die ingebakken zijn om zo tijd vrij te krijgen voor individuele aandacht: 'ga eens even zitten'. Het is trouwens onze overtuiging dat het integreren van de kleine verwennerij ook heilzaam is voor de zorgverleners omdat zij op deze momenten in het bijzonder ervaren dat zij zinvol werk verrichten. Om een dergelijke cultuuromslag mogelijk te maken, waarbij voor ergotherapeuten een belangrijke rol is weggelegd, wordt in RESPECT het *persoonlijk plezier en zinbelevingsplan* voorgesteld dat geënt is op de eigenheid van de persoon (vanuit het begrippenkader van de 'big five' persoonlijkheidskenmerken), zijn cognitieve en emotionele status. Het PPZ-plan is de neerslag van datgene waar het team zich structureel toe engageert voor deze persoon in zijn situatie. Het PPZ-plan wordt toetsbaar gesteld door indicatoren als de participatie- en aansluitingsgraad.

Zinbeleving

Naast plezier krijgt ook het aspect zinbeleving een plaats in RESPECT omdat personen met dementie betrokken willen blijven bij het gewone leven, zij willen hun bijdrage leveren aan het leven, hebben ook behoefte aan bevestiging en waardering. In hun op schrift gestelde ervaringen schreeuwen zij uit niet alleen object van zorg te willen zijn: zij willen nog iets kunnen betekenen voor anderen.

De (ethische) opdracht is hen dus niet op te sluiten in een zorgeloos en dus onnatuurlijk bestaan waar de kans reëel is dat men zich laat wegzinken: waarom zich dan niet terugplooiën in een mistig bestaan. Vanzelfsprekend zal deze mogelijkheid tot zinverval gradueel verminderen omdat bij het vorderen van het dementieproces de mens steeds meer wordt geraakt in zijn kern als ordenend subject. Wij gaan hier niet verder in op de concretisering die in RESPECT worden uitgewerkt.

Eenduidig empathisch toewenden

Eenduidig handelen

Zorgen doet men niet alleen maar samen in een team met andere disciplines. In de praktijk zien wij dat, zelfs in tijden van geautomatiseerde zorgplannen waar de verschillende disciplines hun informatie samenbrengen, er niet altijd consequent en consistent wordt gehandeld. Eenduidig handelen is echter als een levenslijn voor iemand met geheugenproblemen. De kracht van herhaling en stabiliteit in de omgang voorkomt bijkomende verwarring. Continuïteit wijst op het belang van eenzelfde benadering doorheen plaats en tijden om te voorkomen dat de persoon met dementie de speelbal wordt van zorgverleners die er uiteenlopende benaderingen op na houden: de één trekt de persoon naar de realiteit ('uw ouders zijn overleden'), de ander omzeilt de vraag, nog een ander gaat mee in de beleving. Kortom, voorspelbaarheid en herkenbaar in het dagelijkse leven omdat dit een gevoel van veiligheid creëert. In die zin is de vaak gehekkelde strakke tijdsindeling, het routinematige karakter van het dagelijks leven die een verregaande institutionalisering laten vermoeden, niet op zich negatief. Vaste (tijds)patronen, automatismen en gewoontehandelingen vergen nu immers veel minder energie voor personen met beperkte cognitieve mogelijkheden.

Empatisch toewenden

Niemand scherper dan Tom Kitwood heeft de contrastervaring van 'empathie' omschreven met de 'kwaadaardige omgangsvormen' zoals bevelen, vermanen, oordelen, vermijden, bekritisieren of negeren. In dergelijke gevallen is er onvoldoende waakzaamheid voor de kwetsbare positie waarin de persoon zich bevindt. Hier dient ook verwezen te worden naar de *valkuil van attractiviteit* waar zorgverleners ertoe neigen bepaalde 'moeilijke' personen te mijden.

Het gebrek aan bejegening hoeft niet noodzakelijk een oordeel in te houden over zorgverleners. De 'opgave van het nooit eindigende werk' en het 'emotioneel belastende karakter' doen hen dikwijls louter uit lijfbehoud vluchten in taakgerichte zorg waarbij de relationele betrokkenheid beperkt is. Vanuit het oogpunt van de persoon met dementie is dergelijke *eeltvorming* echter nefast omdat zo wordt voorbij gegaan aan hun nood aan veiligheid en geborgenheid. Toewenden wijst op een bewuste actieve houding in het onvoorwaardelijk aanbieden van geborgenheid waarbij mildheid, luisterbereidheid, openheid en betrokkenheid voorop staan. Deze oproep wordt versterkt vanuit het inzicht dat er bij dementie gedurende lange tijd geen sprake is van een gelukzalige onwetenschap maar wel van reëel, weliswaar tanend, besef. Wij nemen dus afstand van de stelling dat er bij dementie sprake is van een aantasting van het kernbewustzijn die leidt tot een ernstige verstoring van het vermogen tot het hebben en uiten van gevoelens waardoor de waarde van empathie, van belevingsgericht handelen te relativiseren is.

Communicatie en comfort cultiveren

Comfort cultiveren

Het voorkomen van multi-pathologie veroorzaakt bij de oldest old een wankel fysiek evenwicht waarbij kleine oorzaken grote gevolgen kunnen krijgen. Gelet op het verband tussen deze medische comorbiditeit en de cognitieve status is een volgehouden attentie nodig voor functionele beperkingen in dagelijkse levenshandelingen. Personen met dementie blijken door hun grote passiviteit en apathie immers gevoelig voor verkramping, verstijving en spasme van de ledematen. Door geringe zelfgeïnitieerde beweging dreigt het gevaar van algemene verzwakking. De ergotherapeut heeft een belangrijke taak in het detecteren en verzachten van deze fragiliteit door gerichte motorische en zintuiglijke interventies. In het boek worden meerdere zorginhoudelijke actievelen onderscheiden zoals het belang van pijnpreventie en bestrijding.

Communicatie cultiveren

Onderzoek duidt op een geringe kwantiteit en kwaliteit van communicatie met personen met dementie: nauwelijks 10% van de dag blijken zij sociaal geëngageerd te zijn met anderen. Er zijn meerdere barrières in de communicatie, zoals afasie, een verstoorde werkelijkheidsbeleving (wanen, achterdocht) maar ook hun beperkte ervaringshorizon waardoor een diepgaand gesprek niet evident is. Het contact wordt hierdoor onpersoonlijk, stereotyp en zonder wederkerigheid. Zorgverleners zullen moeten leren omgaan met de stilte die steeds meer inherent deel zal uitmaken van de relationele omgang.

Communicatie moet door zorgverleners gefaciliteerd of ontlokt worden waarbij men de geordende wereld van de hier en nu feiten moet loslaten en zich begeven in een werkelijkheid van een totaal andere orde. Op dit vlak mag een woon- en zorgcentra niet te snel zelfgenoegzaam zijn: het samenbrengen van bewoners in een gezellige living is nog geen garantie voor sociaal contact. Woon- en zorgcentra zijn eigensoortig collectief sociaal milieu waar interacties zich afspelen tussen mensen die psychologisch weinig voor mekaar betekenen omdat er weinig is dat hen bindt.

De kansen om 'samen eenzaam' te zijn is dus meer dan reëel als anderen de 'sociale leegte' niet invullen. Bij het maken van contact moeten we niet direct denken aan het 'vinden van mekaar' maar wel aan de diep menselijke band die bestaat uit het bij elkaar verwijlen. De naaste zorgdrager, die geconfronteerd wordt met een uitspraak als 'ik heb niemand meer' kan zich alleen maar in zijn eigen hulpeloosheid aanbieden en reageren met 'wat verschrikkelijk voor u'. Hij ontkent of minimaliseert de gevoelens niet (bijvoorbeeld: 'niet zo somber, de kinderen menen het goed met u') maar hij biedt zich begrijpend en troostend aan. Of een diep verzonken persoon wordt troostend gerustgesteld bij een warme knuffel: 'u ben niet alleen'.

De ergotherapeut, die doorgaans vrijer staat ten aanzien van dagelijkse zorgrouines, zal middels een geduldige observatie en gedragsdagboeken relevante communicatiesleutels kunnen aanreiken aan collega's. We denken hier aan het inspelen op het specifieke ritme van fysieke alertheid, het eigen levensverhaal durven delen, letten op de integriteit van onze communicatie (wat we zeggen moet matchen met onze lichaamstaal), het gedoseerd aanbieden van tedere lichamelijke nabijheid (aanraken niet als een methodiek maar als een attitude), het spiegelen van het gedrag, verschillende sensorische stimuli simultaan te gebruiken, ... "Eigen-aard-ige gedragsuitingen" die zeer expliciet moeten beschouwd worden als betekenisvolle communicatie wordt hier onbesproken gelaten.

Toestand evalueren

Dementie is een bij uitstek evolutief proces dat een voortdurende afstemming vraagt op de voorhanden mogelijkheden van de persoon. Dit is het voorwerp van de laatste letter waarbij de diverse (kunstmatige) fasen van het dementieproces aandachtspunten worden besproken.

In de beginfase is het belangrijk om dementie *bespreekbaar* te stellen opdat personen met dementie hun gevoelens van angst, droefheid en onzekerheid kwijt kunnen. Dit kan zowel individueel als een geheugenclub of lotgenotencontact gebeuren. Ook op het vlak van vroegdiagnostiek is er belangrijk signaalwerk te verrichten waarbij de ergotherapeut in eerste instantie opmerkzaam is voor de achteruitgang in de instrumentele activiteiten die een belangrijke marker vormen voor het (later) optreden van dementie. In de laatste levensfase, waarbij de monitoring van fysieke zorgen aan belang wint en deze ook meer en meer tijd opsloppen, zal de ergotherapeut erop toezien dat het team ook aandacht blijft hebben voor andere behoeften zoals het belang van warme koestering en nabijheid. In RESPECT wordt in dit kader gewaarschuwd voor de *inverse zorgwet* waarbij zorgverleners nog weinig stimuli aanbieden omdat ze van mening zijn dat de apathisch in zichzelf verzonken persoon hier geen behoefte aan heeft.

Bij de laatste letter van RESPECT worden items zoals de waarheidsmededeling bij diagnostiek, dementie en euthanasie, de mixed blessing van medicatie in pro- en contra polen aangereikt zodat de lezer zich een standpunt kan vormen of onderling in discussie kunnen treden. Zijn wij immers niet geroepen om als ambassadeur op te treden voor degenen die ons zijn toevertrouwd? Wie zal morgen anders de beschermwaardigheid van dit gehavende leven verdedigen?

Abrahams johan

Een uitgebreide literatuurlijst (22 blz) is terug te vinden in het boek waar het RESPECT wordt voorgesteld. Abrahams Johan, 'RESPECTvol omgaan met personen met dementie: een praktijkgids voor de zorgsector', Acco, 2009, 208 blz. . Op de website: www.begralim.be kan u de inhoudsopgave van het boek consulteren.

KENNISATELIER ARCHIPEL

ARCHIPEL IS EEN PRAKTIJKGERICHTE 'WERKPLAATS' WAAR DE

TOEPASBAARHEID EN DIRECTE VERTALING VAN NIEUWE PSYCHO-GERIATRISCHE OMGANGSVORMEN EN METHODIEKEN CENTRAAL STAAT. HET ATELIER WIL BIJDAGEN TOT EEN KENNISVERTALING VAN VOORHANDEN WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN EN BENADERINGSWIJZEN MET HET OOG OP EEN IMPLEMENTATIE OP DE WERKVLOER WAARBIJ ER REKENING WORDT GEHOUDEN MET DE PRAGMATIEK VAN DE DAGELIJKSE REALITEIT IN WOON- EN ZORGCENTRA.