SAMENWERKING ZORGTEAM EN ERGOTHERAPEUT BIJ HET BEHOUDEN VAN BETEKENISVOLLE ACTIVITEITEN EN GEWOONTEN BIJ MENSEN MET DEMENTIE IN EEN VERPLEEGHUIS

ASTRID AMMERLAAN
OPLEIDING ERGOTHERAPIE
OPDRACHTGEVERS MANJA TROUW & MARI GROENENDAAL

AFSTUDEERBEGELEIDER NETTA VAN 'T LEVEN
AANTAL WOORDEN: 6749
DATUM: 13-06-2019

Inhoudsopgave

1. Inleiding

1.1Inleiding....3
1.1.1WoonZorgcentrum Haaglanden....3
1.1.2Dementie....3
1.1.3Lerend Vermogen....4
1.2Probleemanalyse....4
1.3Doelstelling....5
1.4Vraagstelling....5
2.1Methode Literatuuronderzoek....6
2.1.1Zoekvraag literatuurstudie....6
2.1.2Zoektermen....6
2.1.3Zoekstrategie....6
2.1.4In- en exclusiecriteria....7
2.2Resultaten literatuurstudie....7
2.2.1Betekenisvolle activiteiten....7
2.2.2Factoren van invloed....8
2.2.3Belang van het zorgteam....10
3.1Onderzoeksmethode....13
3.1.1Zoekvragen praktijkonderzoek....13
3.2Focusgroep....13
3.3Dossieronderzoek....13
3.4Participerende observaties....14
4.1Focusgroep....15
4.1.1Wat geeft het zorgteam aan al te doen....15
4.1.2Wat ziet zorgteam graag anders....16
4.2Dossieronderzoek en observaties....16
4.2.1Dossieronderzoek....16
4.2.2Observaties....17
5.1Conclusie....20

5.1.1Literatuurstudie.....20

5.1.2Praktijkonderzoek.....20

5.2Discussie.....21

Sterke punten.....22

Zwakke punten.....22

5.3Aanbevelingen.....23

Bijlage 1 - Zoekhistorie ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Bijlage 2 – Advies opdrachtgever onderzoeksvoorstel + onderzoeksverslag **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Bijlage 3 – Plan participerende observaties..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Bijlage 4 – Uitwerkingen focusgroep ..... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.** Bijlage 5 – Uitwerkingen participerende observaties ... **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

1.INLEIDING

1.1Inleiding

1.1.1WoonZorgcentrum Haaglanden

WoonZorgcentrum Haaglanden (WZH) is een organisatie die zorg biedt aan mensen in verschillende vormen: psychogeriatrie/PG-plus; somatiek; screening- en observatieafdelingen; niet aangeboren hersenletsel; geriatrische revalidatiezorg; dagactiviteiten- en ontmoetingscentra en thuiszorg (De Glint, Huijbregts, 2018).

Binnen de organisatie WZH bestaat de projectgroep Lerend Vermogen, waar o.a. Manja Trouw (ergotherapeut) en Mari Groenendaal (lecturer practitioner) in actief zijn. Deze projectgroep houdt zich bezig met het behouden van betekenisvolle activiteiten van mensen met dementie bij de transitie van thuis naar verpleeghuis, o.a. door gebruik te maken van het lerend vermogen van mensen met dementie. Het doel dat zij nastreven is: 'Cliënten met dementie, die worden of zijn opgenomen in het woonzorgcentrum kunnen betekenisvolle activiteiten uitvoeren, rekening houdend met voorkeuren en gewoonten, waardoor zij een zinvolle dagbesteding hebben en hiermee hun kwaliteit van leven en autonomie behouden blijft (WZH, 2018).'

Er zijn al meerdere studenten van de Hogeschool Rotterdam bezig geweest met dit onderwerp waaruit de volgende informatie is gekomen. Het blijkt dat veel betekenisvolle activiteiten verloren gaan na verhuizing naar een verpleeghuis. Ergotherapeuten kunnen een hele grote rol hebben in het inventariseren van wensen bij mensen met dementie in een verpleeghuis. Dit bevordert het uitvoeren van deze wensen in de vorm van activiteiten, waardoor het welbevinden en de zelfstandigheid van de ouderen met dementie worden vergroot. Lerend vermogen kan hierbij een grote rol spelen (Van der Vorm, 2017). Huisbezoeken kunnen een grote meerwaarde hebben in de inventarisatie van betekenisvolle activiteiten en omgevingselementen. Deze informatie kan worden verwerkt in de cliëntenkaart waardoor het in het dagelijks leven in het verpleeghuis voortgezet kan worden. Een multidisciplinaire aanpak kan het behouden en voortzetten van de betekenisvolle activiteiten versterken (Soares, 2018). De ergotherapeutische zorg omtrent het behouden van betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie kan nog effectiever geleverd worden door het benutten van de krachten van de andere disciplines (Loor, 2018).

1.1.2Dementie

Dementie is de naam voor een combinatie van symptomen (een syndroom), waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken (Alzheimer Nederland, z.d.). Onder andere de volgende ziekten vallen onder dementie: ziekte van Alzheimer; vasculaire dementie; frontotemporale dementie; ziekte van Pick; lewy body dementie; korsakov, Creutzfeldt-Jakob, Posterieure Corticale Atrofie, Mild cognitive Impairment, corticobasale degeneratie en multi-systeem atrofie (Alzheimer Nederland, z.d.; De Werd, Boelen, & Kessels, 2013). Bij een dementie is er sprake van ernstige stoornissen in meerdere denkfuncties, zoals het geheugen, de taalfunctie, de tijdsoriëntatie of plannings- en

organisatievaardigheiden (Dirkse, Kessels, Hoogeveen, & Van Dixhoorn, 2016). Mettertijd zullen er ook lichamelijke beperkingen voorkomen, zoals incontinentie, problemen met lopen en het niet uiten van pijn, honger of verzadigingsgevoel (De Lange, 2018). Er wonen ongeveer 70.000 mensen met dementie in verpleeg- of verzorgingshuizen (Alzheimer Nederland, 2017).

1.1.3Lerend Vermogen

Bij dementie is er een verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren of om eerder geleerde informatie te herinneren (Graff, Van Melick, Thijssen, Verstraten, & Zajec, 2010). Dit betekent dus niet dat er helemaal geen vermogen meer is om nieuwe informatie te leren. Mensen met dementie kunnen vaak niet meer leren in het bewuste geheugen, maar wel in het onbewuste geheugen (Dirkse et al., 2016). En dat is het stuk lerend vermogen waar het hier over gaat. Bij het leren in het onbewuste geheugen zijn gevoel, goede ervaringen en herhalingen erg belangrijk.

Bij foutloos leren staat het voorkomen van fouten centraal (De Werd et al., 2013). Deze vorm van leren is wetenschappelijk bewezen effectief bij mensen met dementie (Clare & Jones, 2008). Het voorkomen van fouten zorgt er voor dat de persoon met dementie niet alleen maar met falen wordt geconfronteerd (Dirkse et al., 2016). Bij emotie leren leiden positieve gevoelens en associaties tot een betere geheugenfunctie (Dirkse et al., 2016). Bij associatieleren worden gebeurtenissen, ervaringen en gevoelens aan elkaar gekoppeld, zodat er 'automatisch' gedrag ontstaat (Dirkse et al., 2016). Door het belonen van dingen die goed gaan en bij vervelend gedrag te zorgen voor afleiding of het te negeren kan operant leren ervoor zorgen dat vervelend gedrag niet meer voorkomt en goed gedrag wel wordt uitgevoerd (Dirkse et al., 2016).

1.2Probleemanalyse

De stap om van thuiswonend naar een verpleeghuis te verhuizen is van grote invloed voor iemand met dementie. De fysieke en sociale omgeving worden in één klap anders. Het leven in het verpleeghuis verloopt anders dan de mensen met dementie gewend zijn, waardoor ze hun houvast en controle kunnen verliezen (Keesom, 2006; Olsen et al., 2016). Daarnaast kan de verpleeghuisomgeving onvoldoende betekenis geven of sluit onvoldoende aan op de mogelijkheden om tot handelen te komen (Satink, & Van De Velde, 2012). In vergelijking met thuis wonen, ondernemen mensen die in een verpleeghuis wonen minder activiteiten (Olsen et al., 2016). Het behouden van betekenisvolle activiteiten is erg belangrijk voor de kwaliteit van leven (Beerens et al., 2014). Betekenisvolle activiteiten omvatten alle handelingen of taken die het dagelijks leven zin en betekenis geven (Ergotherapie Nederland, z.d.). Daarnaast zijn gewoonten ook erg belangrijk. Wanneer gewoonten veranderen of wegvallen kunnen de benodigde vaardigheden hierdoor verloren gaan (Groenewoud & De Lange, 2012). Bovengenoemde bronnen bevestigen dat verhuizen naar het verpleeghuis het behouden van betekenisvolle activiteiten niet bevordert.

Voor iemand met dementie die naar een andere woonvorm verhuist, kan het lerend vermogen uitkomst bieden (Dirkse et al., 2016). Daarmee kan men leren nog enkele betekenisvolle activiteiten uit te voeren, zodat deze behouden blijven of weer mogelijk worden gemaakt.

Ergotherapeuten kunnen een grote rol spelen in het behouden van de betekenisvolle activiteiten. Het kan gaan om allerlei activiteiten, bijvoorbeeld koken, zingen of piano spelen. Ergotherapeuten richten zich op het mogelijk maken van handelen ten behoeve van gezondheid en welzijn, wat wordt bereikt door enerzijds de mogelijkheden van personen, organisaties of populaties met betrekking tot het handelen te benutten en te vergroten en anderzijds door de omgeving aan te passen en/of te gebruiken (Van Hartingsveldt, LogisterProost, & Kinébanian, 2010). Door rekening te houden met de verschillende aspecten die meespelen bij het leren kunnen ergotherapeuten de bewoners met dementie die in een verpleeghuis wonen ondersteunen in het blijven - en weer uitvoeren van hun gewoonten en betekenisvolle activiteiten.

Echter, zoals eerder benoemd, is het bundelen van de expertise van verschillende disciplines effectiever bij het behouden van betekenisvolle activiteiten bij mensen met dementie (Loor, 2018). Ergotherapeuten kunnen het niet alleen. Om een stap te maken naar multidisciplinair werken dient er een goede samenwerking met het zorgteam te zijn. Een samenwerking met het zorgteam (helpende zorg en welzijn, verzorgende IG, verpleegkundige, gespecialiseerde verpleegkundige en huiskamerbegeleider) kan het proces van het behouden van betekenisvolle activiteiten verbeteren. Het zorgteam ziet de cliënt in andere situaties, meer situaties en voor langere periodes in vergelijking met ergotherapeuten, waardoor zij een grote bijdragen kunnen leveren in de inventarisatie en in het behouden van gewoonten en betekenisvolle activiteiten.

Uit onderzoek is gebleken dat verschillende disciplines het behouden van betekenisvolle activiteiten belangrijk vinden, echter lukt dit niet altijd als gevolg van meerdere factoren: onvolledige inventarisatie van betekenisvolle activiteiten van de cliënt, tijdgebrek van het zorgteam, verlies van interesses en hobby's van cliënten met dementie en het gemis van een bepaalde structuur om betekenisvolle activiteiten en gewoonten uit te voeren (Soares, 2018). Daarnaast bestaat er ook een ander beeld van betekenisvolle activiteiten tussen ergotherapeuten en het zorgteam (Loor, 2018). Ergotherapeuten willen in de samenwerking met het zorgteam een manier vinden om de invloed van deze factoren te verminderen en daarmee het behouden van betekenisvolle activiteiten bij mensen met dementie te ondersteunen.

1.3Doelstelling

Vanuit dit onderzoek worden aanbevelingen opgesteld voor de samenwerking tussen het zorgteam en ergotherapeuten. Deze samenwerking richt zich op het behouden van betekenisvolle activiteiten en gewoonten van cliënten met dementie die in een verpleeghuis wonen.

1.4Vraagstelling

Wat kunnen ergotherapeuten bieden in de samenwerking met het zorgteam binnen WZH bij het ondersteunen van het behouden van betekenisvolle activiteiten en gewoonten bij mensen met dementie in een verpleeghuis?

2.LITERATUURSTUDIE

2.1Methode Literatuuronderzoek

2.1.1Zoekvraag literatuurstudie

Wat zijn de factoren die van invloed zijn om handelen mogelijk te maken bij mensen met dementie in een verpleeghuis bij de samenwerking tussen ergotherapeuten en het zorgteam.

P: Mensen met dementie in een verpleeghuis
I: Factoren van invloed om handelen mogelijk te maken
C: -
O: Samenwerking tussen ergotherapeut en het zorgteam om handelen mogelijk maken

2.1.2Zoektermen

Dementie	Dementia	Alzheimer's
Mensen met dementie	People with dementia	Dementia patients, Patients with dementia, PwD, Elderly persons with dementia
Verpleeghuis	Nursing home	Care home, psychogeriatric wards, institutional long-term care
Ergotherapie	Occupational therapy	Occupational therapists
Zorgteam	Nursing staff	Caregivers, Nurse, Nursing
Multidisciplinair	Multidisciplinary	Multidisciplinary collaboration
Zorgprofessionals	Healthcare professionals	Care professionals
Mogelijk maken van handelen	Enable performance	Enable act, Enable doing
Betekenisvolle activiteiten	Meaningfull activities	Meaningful occupations, Daily activities, Daily occupations, activities of daily living
Kwaliteit van leven	Quality of life	
Gewoonten	Habits	
Betrokkenheid	Engagement	

Figuur1:Zoektermen

2.1.3Zoekstrategie

In de databanken: Cochrane, Medline, Cinahl en OT-seeker is met behulp van de opgestelde trefwoorden gezocht naar relevante artikelen. De trefwoorden werden met behulp van de boleaanse operatoren gecombineerd om de meest relevante artikelen te vinden. De gevonden artikelen zijn beoordeeld op validiteit en betrouwbaarheid, om zo ook de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen. De zoekhistorie van de gevonden artikelen in de databanken staan in bijlage 1.

Naast het zoeken in de databanken is er gebruik gemaakt van het netwerk. Door met mensen in gesprek te gaan die ook betrokken zijn of zijn geweest met dit onderwerp zijn er soortgelijke artikelen verkregen.

2.1.4In- en exclusiecriteria

Om gericht te kunnen zoeken in de databanken zijn er in- en exclusiecriteria opgesteld.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Artikelen zijn full text beschikbaar	Artikelen ouder dan 10 jaar (bij voorkeur)
Artikelen zijn Nederlandstalig en Engelstalig	

Figuur2:In- en exclusie criteria

2.2Resultaten literatuurstudie

Er zijn 35 artikelen uitgekozen uit de databanken. De artikelen die niet voldoende relevantwaren en een matige methodologische waarden hadden zijn niet in de literatuurstudie meegenomen. Uiteindelijk zijn er 23 artikelen overgebleven en gebruikt in de literatuurstudie. Daarnaast zijn er 7 artikelen/bronnen meegenomen in de literatuurstudie die via het netwerk zijn verkregen.

2.2.1Betekenisvolle activiteiten

Verpleeghuis patiënten hebben behoefte aan het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten (Smit et al., 2014). Dit is volgens bewoners bevorderend voor de mentale en fysieke gezondheid en geeft een gevoel van tevredenheid (Holthe et al., 2007; Du Toit & Surr, 2011; Lood et al. 2017). Het zo lang mogelijk kunnen behouden van zelfstandigheid bij de ADL is erg belangrijk voor de kwaliteit van leven (Forbes, Forbes, Blake, Thiessen, & Forbes, 2015).

Betekenisvolle activiteiten verschillen per individu. Het is belangrijk dat er gepersonaliseerde activiteiten worden aangeboden die betekenisvol zijn voor iemand, maar die ook passen bij de mogelijkheden van de persoon (Holthe et al., 2007; Klapwijk, Caljouw, Pieper, Van der Steen, & Achterberg, 2016). Als bij het aanbieden van een activiteit de mogelijkheden, de behoeften, het gedrag, de levensgeschiedenis en de voorkeuren van de persoon allemaal passen, zorgt dit voor een betere kwaliteit van leven (Smit et al., 2015; Trahan, Kuo, Carlson, & Gitlin, 2014). Activiteiten die zijn gebaseerd op het functionele niveau en de interesses van de persoon, resulteren in een grotere betrokkenheid, wat weer tot gevolg heeft dat er over de dag minder passiviteit te zien is en onrust wordt verminderd (Kolanowski, Litaker, Buettner, Moeller, & Costa, 2011).

Het succesvol uitvoeren van betekenisvolle activiteiten, verbale aanmoediging en het elimineren van onplezierige gevoelens resulteren in een sterker gevoel in eigen kunnen (Resnick et al., 2009) wat zorgt voor een grotere inspanning in activiteiten (Resnick et al., 2009). Het bekrachtigen van adequaat gedrag werkt hierbij effectief (Graff et al., 2010). Het ondersteunen van dagelijkse activiteiten door het zorgteam is daarin belangrijk (Barca, Engedal, Laks, & Selbæk, 2011). Het doen van een betekenisvolle activiteit is belangrijker dan het resultaat (Chung, 2004).

2.2.2Factoren van invloed

Om mensen met dementie te ondersteunen zijn specifieke communicatieve vaardigheden erg belangrijk (Fortinsky et al., 2016; Eggenberger, Heimerl, & Bennett, 2012; Padilla, 2011). Educatie over communicatie is effectief, maar komt in de praktijk weinig voor (Gitlin, Walter, Dennis, & Winter, 2005; Eggenberger et al., 2012). Door educatie is er meer begrip voor de cliënt (Eggenberger et al., 2012; Den Ouden, 2018). Belangrijke componenten binnen de communicatieve vaardigheden zijn: taal, verbale-, non-verbale- en emotionele vaardigheden (Padilla, 2011; Eggenberger et al., 2012). Door goede communicatie met de cliënt kan er beter met moeilijke situatie omgegaan worden (Eggenberger et al., 2012). Communicatie vereenvoudigen kan functionele zelfstandigheid verbeteren (Fortinsky et al., 2016).

Taken simplificeren vermindert de moeilijkheden in het uitvoeren van taken, waardoor frustratie wordt vermindert (Fortinsky et al., 2016; Gitlin et al., 2005; Gitlin et al., 2008). Handig daarin kan zijn om de activiteit op te delen in kleine stappen (Fortinsky et al., 2016; Padilla, 2011). Bij mensen die nog niet zo ver in hun dementie zijn kan het helpen om deze stappen op te schrijven (Trahan et al., 2014). Ergotherapeuten kunnen een rol spelen in het simplificeren van betekenisvolle activiteiten (Gitlin et al., 2008).

Veel taken in dagelijkse handelingen worden overgenomen door het zorgteam in plaats van met behulp van cues de cliënt zelf de handelingen uit laten voeren (Resnick et al., 2009). Cues kunnen activiteiten weer mogelijk maken (Padilla, 2011). Verbale cues kunnen effectief zijn, maar bij mensen met vergevorderde dementie kan het voorkomen dan zij de woorden niet meer begrijpen. Daarnaast kunnen visuele cues, bijvoorbeeld in de vorm van een object ook erg goed werken bij het beginnen van een activiteit (Padilla 2011; Holthe et al., 2007; Smit et al., 2014). Deze cues zijn niet effectief als deze op een corrigerende wijze worden ingezet (Graff et al., 2010).

Het behouden van de persoonlijkheid, waaronder identiteit, zelfvertrouwen, gevoelens en het ergens toe behoren, is erg belangrijk voor iemand met dementie in het uitvoeren van activiteiten (Chung, 2004; Du Toit & Surr, 2011). Als de persoonlijkheid van een individu niet wordt erkend, vermindert dat het welzijn, wat woede, angst, onrust en terugtrekken kan veroorzaken (Chung, 2004). Door de mensen met dementie hun eigen gewoonten uit te laten voeren kun je de eigen identiteit waarborgen (Van Hoof & Janssen, 2018).

De fysieke omgeving is bepalend voor het bevorderen van het functionele vermogen bij mensen met dementie (Fortinsky et al., 2016; Morgan, Stewart, D'arcy, & Werezak, 2004). De omgeving veranderen of simplificeren kan functionele zelfstandigheid verbeteren (Fortinsky et al., 2016; Gitlin et al., 2005; Woodbridge et al., 2016). Het kan ook invloed hebben op het deelnemen van klusjes in het huishouden (Smit et al., 2015). Veranderen van omgeving kan door onnodige objecten en vuilnis weg te halen, de te gebruiken objecten in het zicht zetten en gebruik te maken van labels (Padilla, 2011; Woodbridge et al., 2016).

Kleinere ruimtes voorzien betere ondersteuning voor oriëntatie, bewustzijn, veiligheid, overzicht, geborgenheid en stimulatie (Graff et al., 2010; Morgan et al., 2004). Daarnaast is er ook een hogere deelname in activiteiten doordat er een kleinere groep is die het zorgteam moet leren kennen, waardoor er passende activiteiten kunnen worden aangeboden (Woodbridge et al. 2016). Kleinere ruimtes bevorderen ook het thuisgevoel (Morgan et al., 2004).

Thuisgevoel bevordert comfort, veiligheid, geborgenheid en kan angst verminderen (Morgan et al., 2004). Daarnaast wordt er meer betrokkenheid gezien in het uitvoeren van activiteiten (Woodbridge et al., 2016). In vergelijking met het wonen op een algemene afdeling worden er meer sociale bezigheden ondernomen door de mensen met dementie die op een dementie afdeling wonen (Lood et al., 2017).

Eetmomenten zijn momenten waarop bewoners actiever zijn dan andere momenten. Dit komt waarschijnlijk doordat er bepaalde prikkels zijn die elk eetmoment terugkomen, waardoor bewoners worden gestimuleerd om actief te worden (Holthe et al., 2007). Eten en drinken zijn belangrijke betekenisvolle activiteiten die naast basisbehoeften ook genietmomenten en sociale interactie biedt. Eten en drinken zijn activiteiten die vaak aangepast zijn aan het niveau van de individu (Chung, 2004).

Het lang achter elkaar zitten veroorzaakt slaperigheid en kan passitiviteit en afhankelijkheid bevorderen (Holthe et al., 2007). Slapen tussen de middag wordt aangeraden bij mensen met dementie, maar de hele dag slapen kan slecht zijn, omdat het slaapptroon wordt verstoord wat het immuunsysteem, het geheugen en het vermogen om te concentreren beïnvloed (Holthe et al., 2007).

Vermindering in cognitieve functies belemmert het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten (Olsen et al., 2016; Chung, 2004). Hoe erger de cognitieve problemen, hoe minder sociale bezigheden er worden uitgevoerd (Lood et al. 2017). Cognitieve achteruitgang kan onder andere problemen in communicatie, geheugen, taal, herkenning, plannen en functioneren beïnvloeden bij het uitvoeren van handelingen (Smit, Willemse, De Lange, & Pot, 2014; Trahan et al., 2014). Vermindering van het geheugen zorgt ervoor dat er meer hulp nodig is bij het uitvoeren van activiteiten (Fortinsky et al., 2016; Olsen et al., 2016).

Mensen moeten zo veel mogelijk meegenomen worden in activiteiten die betekenisvol zijn voor diegene. Niet alleen in georganiseerde activiteiten, omdat deze niet passen bij het individu en dit kan het thuisgevoel verminderen (Chungs, 2004; Smit et al., 2014).

Vrouwen ondernemen meer sociale bezigheden (Lood et al., 2017). Vrijetijdsactiviteiten met sociale interactie zij de meest belovende activiteiten voor mensen met dementie (Letts et al., 2011).

Bij het doen van sportoefeningen wordt de mogelijkheid om bepaalde dagelijkse handelingen uit te voeren vergroot (Forbes et al., 2015; Stevens & Killeen, 2006).

Humor, humeur, motivatie, cultuur, sociale isolatie, probleemoplosend vermogen, mobiliteit, pijn, gehoor, geluid, comorbiditeit, vermoeidheid en valangst/gevaar zijn overige factoren (Low et al., 2013b; Resnick et al., 2009; Fortinsky et al., 2016; Padilla, 2011; Holthe et al., 2007).

2.2.3Belang van het zorgteam

Mensen met dementie verliezen het initiatief om tot handelen te komen (Fortinsky et al., 2016; Holthe et al., 2007). Dit initiatief wordt extra verminderd doordat er minder aanspraak gemaakt wordt op de autonomie in een verpleeghuis (Smit et al., 2014). Daarnaast wordt initiatief ook beïnvloed door de sociale omgeving en het sociale klimaat (Holthe et al., 2007). Het kan helpen als het zorgteam bewoners uitnodigt om bepaalde activiteiten uit te voeren (Holthe et al., 2007).

Het zorgteam heeft vaak te weinig basiskennis om mensen met dementie te begrijpen en gepaste activiteiten aan te bieden (Husebo et al., 2015; Smit, De Lange, Willemse, Twisk, & Pot, 2015). Dit gemis van kennis is vooral te zien voor mensen met vergevorderde dementie (Smit et al., 2015). Het goed trainen van het zorgteam kan voor meer betrokkenheid van activiteiten zorgen bij mensen met dementie (Smit et al., 2014; Den Ouden, 2018). Educatie van het zorgteam is dus erg belangrijk (Low et al., 2013a; Smit et al., 2015). Meer coaching en het verhogen van kennis over dementie bij het zorgteam maar ook bij therapeuten heeft een positieve invloed op therapietrouw (Döpp et al., 2014). Belangrijk is dat het zorgteam weet hoe zij activiteiten aan individuen kunnen aanbieden (Smit et al., 2015). Als de mensen met dementie niet juist worden ondersteund ondervinden de individuen beperkingen, wat resulteert in het verminderen van het welzijn (Chung, 2004).

Het zorgteam heeft de autoriteit om te bepalen wat er wordt gedaan (Holthe, Thorsen, & Josephsson, 2007). Het lijkt erop dat de bewoners zich als gast gedragen, waardoor zij een passieve en afwachtende rol aannemen. Daartegenover staat het zorgteam die als gastvrouw/heer speelt en een actieve rol heeft (Holthe et al., 2007). Het is belangrijk dat het zorgteam de bewoners stimuleren om activiteiten te ondernemen (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard, & Hamers, 2013). Het zorgteam is daar een bepalende factor voor (Smit et al., 2014). Gepersonaliseerde stimulerende uitspraken kunnen erg effectief zijn in de betrokkenheid van activiteiten (Trahan et al., 2014). De aanwezigheid van het zorgteam zorgt voor veiligheid, stabiliteit en voorspelbaarheid voor bewoners (Holthe at al., 2007). Bij aanwezigheid van een zorgmedewerker van het zorgteam lijken bewoners actiever te worden en gaan vragen stellen of geven commentaar (Holthe et al., 2007).

Zorgteam medewerkers hebben ook een belangrijke rol tijdens het doen van activiteiten, o.a. het ingaan op wat er door bewoners wordt gezegd bij activiteiten, zodat bewoners zich betrokken voelen bij de activiteit en langer betrokken blijven (Holthe et al., 2007; Padilla 2011). Als mensen met dementie worden gevraagd om een activiteit te doen die hen interesseert krijgen ze het gevoel van respect, onderkenning, plezier en blijven dicht bij hun indentiteit (Chung, 2004; Gitlin et al., 2008).

Het zorgteam is niet altijd bewust van het voordeel dat het doen van betekenisvolle activiteiten heeft op mensen met dementie (Smit et al., 2015). Werkzaamheden die als belangrijk worden gevonden door het zorgteam zijn de basiszorg, een schone omgeving en comfort, maar ook punten waarop medewerkers worden geconfronteerd door anderen (Smit et al., 2015). Om inactiviteit te verkleinen zou het zorgteam bewoners moeten stimuleren om deel te nemen aan huidhoudelijke activiteiten op de afdeling en tijdens ADL meer zelf te doen (Den Ouden, 2018).

De relatie tussen zorgteam medewerkers met de persoon met dementie is bepalend voor het uitvoeren van activiteiten (Fortinsky et al., 2016; Smit et al., 2015). De rol van de mantelzorger kan heel groot zijn naast de werkzaamheden van het zorgteam (Fortinsky et al., 2016; Gitlin et al., 2005).

De angst om iets fouts te doen tijdens een activiteit in het bijzijn van anderen kan mensen met dementie tegenhouden in het doen van activiteiten (Holthe et al., 2007). Bewoners geven de voorkeur om mee te doen met activiteiten waar ze niet geconfronteerd worden met hun zwakheden en verslechteringen/beperkingen. Ze doen liever mee met activiteiten waar ze gelijk zijn aan de anderen (Holthe et al., 2007).

Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Betekenisvolle activiteiten	Cues inzetten op een corrigerende wijze
Activiteiten passend bij de mogelijkheden van de persoon met dementie	Het niet erkennen van de persoonlijkheid van de persoon met dementie.
Activiteiten gebasseerd op het functionele niveau en interesses	Lang achter elkaar zitten
Sterk gevoel in eigen kunnen	Hele dag slapen
Bekrachtigen van adequaat gedraag	Vermindering van cognitieve functies
Gepersonaliseerde communicatieve vaardigheden met betrekking tot taal, verbale-, non-verbale- en emotionele vaardigheden	Uitvoeren van alleen georganiseerde activiteiten
Communicatie vereenvoudigen	Humeur
Taken simplificeren	Sociale isolatie
Activiteit in kleine stappen opdelen en eventueel opschrijven	Verminderd probleemoplossend vermogen
Gebruik maken van verbale en visuele cues	Mobiliteit
Behouden van de persoonlijkheid waaronder indentiteit, zelfvertrouwen, gevoelens en het ergens toe behoren	Angst om iets fouts te doen in het bijzijn van anderen
Omgeving simplificeren door onnodige objecten en vuilnis weg te halen; te gebruiken objecten in het zich zetten en gebruik maken van labels	Activiteiten waarin de persoon met dementie geconfronteerd wordt met hun zwakheden en verslechteringen/beperkingen
Wonen op een dementie afdeling ; Kleinere woongroep	Geluid
Vrije tijds activiteiten met sociale interactie	Comorbiditeit
Sportoefeningen uitvoeren	Vermoeidheid
Humor	Valangst/valgevaar
Motivatie	Verpleeghuis seting vermindert autonomie
Passend bij de cultuur	Door dementie vermindering van initiatief
Educatie voor zorgteam en therapeuten	Te weinig kennis vanuit zorgteam
Gepersonaliseerde stimulerende uitspraken	Onjuiste ondersteuning
Aanwezigheid van zorgteam	Pijn
Ingaan op wat bewoners zeggen tijdens activiteiten	Gehoor
Vragen om een activiteit te doen die hen interesseert	
Activiteiten waarin ze gelijk zijn aan anderen.	

Figuur3:Bevorderende- en belemmerende factoren

3.METHODE PRAKTIJKONDERZOEK

3.1Onderzoeksmethode

Om te onderzoeken wat het zorgteam nodig heeft is het noodzakelijk dat onderzoek gedaan wordt naar de meningen en ervaringen van de zorgmedewerkers in het zorgteam. Daar past kwalitatief onderzoek het beste bij.

3.1.1Zoekvragen praktijkonderzoek

1. Wat geeft het zorgteam aan al te doen bij het ondersteunen van het behouden van betekenisvolle activiteiten en gewoonten en wat zouden zij graag anders zien.
2. Wat doet het zorgteam wel en niet bij het ondersteunen van het behouden van betekenisvolle activiteiten en gewoonten.

Er zijn drie verschillende dataverzamelingsmethoden gecombineerd: focusgroep, dossieronderzoek en participerend onderzoek, rondom één casus; een tachtig jarige vrouw met dementie. Deze triangulatie vergroot de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker - Van Doorn, & Rosendal, 2016).

3.2Focusgroep

De projectgroep lerend vermogen van WZH heeft een focusgroep gehouden over het ondersteunen van betekenisvolle activiteiten bij deze mevrouw. Er is een filmpje getoond over mevrouw bij wie door een ergotherapeut een huisbezoek heeft plaatsgevonden op het moment dat zij op de wachtlijst van het verpleeghuis stond. De focusgroep vond plaats twee maanden na verhuizing. Aan de hand van dit filmje is onder andere het behoud van betekenisvolle activiteiten besproken samen met een activiteitenbegeleider, verpleegkundige (EVV'er), verzorgende, stagiaire ergotherapie en leerling woonzorgbegeleider.

Deze focusgroep van ruim een uur is opgenomen in aanwezigheid van de onderzoeker van dit onderzoek. Tijdens de focusgroep zijn er aantekeningen gemaakt en aan de hand van het audio-bestand is er een volledige samenvatting geschreven. In deze samenvatting is datgene van belang voor de deelvraag gearceerd. Deze informatie is geordend en in de resultaten beschreven.

3.3Dossieronderzoek

Er is dossieronderzoek uitgevoerd voor een periode van 19 weken. Deze periode omvatte 232 rapportages met een gemiddelde van 12 rapportages per week. Er is gebruik gemaakt van het multidisciplinaire digitale dossier. Voordat mevrouw was opgenomen heeft er een huisbezoek plaatsgevonden, waaruit verschillende betekenisvolle activiteiten en gewoonten naar voren kwamen. In de rapportages, de cliëntkaart en het zorgleefplan is bekeken hoevaak deze betekenisvolle activiteiten en gewoonten werden ondersteund.

3.4Participerende observaties

Als laatste zijn participerende observaties uitgevoerd. Hierbij is de onderzoeker aanwezig geweest op de afdeling en heeft situaties rondom mevrouw kunnen bekijken en tegelijk de

motieven achter handelingen kunnen achterhalen middels gesprekken met het zorgteam (Verhoef et al., 2016; Ferdie Migchelbrink Consultancy, z.d.). Aan de hand van een vooropgesteld plan zijn de observaties uitgevoerd (zie bijlage 3).

Er hebben 3 observaties plaatsgevonden op verschillende tijden en momenten, 3 uur, 0,5 uur en 1 uur. Er is mondeling toestemming gevraagd aan de op dat moment aanwezige medewerkers van het zorgteam om deel te nemen aan dit onderzoek. De relevante punten zijn door de observator opgeschreven en deze zijn op verschillende momenten tijdens en na de observatie uitgewerkt. In dit uitgewerkte logboek is datgene van belang voor het beantwoorden van de deelvraag gearceerd. Deze gearceerde informatie is geordend en in de resultaten in verhaalvorm beschreven.

4.RESULTATEN

4.1Focusgroep

Wat geeft het zorgteam aan al te doen bij het ondersteunen van het behouden van betekenisvolle activiteiten en gewoonten en wat zouden zij graag anders zien.

Beschrijving filmpje

De partner van mevrouw vertelt dat hij haar loopje van veraf al kan herkennen. Vroeger is ze hoofdverpleegkundige geweest. Voordat ze naar haar werk ging, haalde ze altijd even een knuffel bij haar partner. Laatste jaren ging ze twee tot vier keer per nacht uit bed. Dan aaide ze eerst over de bol van haar partner en ging dan naar haar werkkamer. Daar lag altijd een stapeltje wasgoed en die was dan de volgende ochtend netjes opgevouwen. Mevrouw kon stralen als haar partner haar daar en compliment over gaf. Thuis kon zij dus dag en nacht naar haar eigen werkkamer en kon daar haar ding doen om vervolgens weer naar bed te gaan. In het cliëntdossier wordt gezien dat mevrouw veel uit bed gaat, maar dat deed ze thuis dus eigenlijk ook al.

Betekenisgeving

Het bovenstaande verhaal prikkelde de deelnemers om na te gaan denken over het leven van mevrouw. De deelnemers zagen in dat de routine van thuis door de verhuizing werd onderbroken. Zij had niet de mogelijkheden om haar normale gewoonten in het verpleeghuis uit te voeren.

De deelnemers waren niet op de hoogte dat een bepaalde activiteit zo veel betekenis had voor mevrouw. Ze gaven meerdere voorbeelden waarbij mevrouw onbegrepen of onrustig gedrag vertoonde, waarvan ze de mogelijke oorzaak niet wisten. Dit kon mogelijk het gevolg zijn van het doorbreken van gewoonten. Doordat de betekenis van een bepaalde activiteit voor mevrouw vanuit het filmpje zo belangrijk bleek, leek het zorgteam het ook belangrijker te vinden, waardoor ze met verschillende ideeën kwamen om de betekenisvolle activiteiten en gewoonten voor haar mogelijk te maken.

4.1.1Wat geeft het zorgteam aan al te doen

Rollen zorgteam en mantelzorgers

De deelnemers gaven aan dat de periode rondom de verhuizing erg belangrijk is om de mate van betekenis van bepaalde activiteiten te kunnen achterhalen. Tijdens de verhuizings periode van mevrouw waren de EVV'er en de verzorgende op vakantie. Zij geven aan dat zij haar minder goed hebben leren kennen in vergelijking met iemand bij wie ze wel aanwezig zijn geweest tijdens de verhuizings periode.

De huiskamerbegeleiders hebben een grote rol bij het betrekken van bewoners bij huishoudelijke taken en andere activiteiten. De mantelzorgers hebben een rol door informatie te geven over hoe de activiteiten thuis uitgevoerd werden en daarnaast ook veel activiteiten samen uit te voeren. Er werd benoemd dat de betrokkenheid van mantelzorgers per cliënt wisselt.

Belemmeringen

Deelnemers gaven aan dat het ondersteunen van bepaalde activiteiten moeilijk realiseerbaar is. Het is niet mogelijk in de beschikbare tijd. Daarnaast zijn afspraken moeilijk te handhaven, omdat niet iedereen de cliëntkaart leest, nieuwe afspraken niet iedereen bereiken en nieuwe werknemers zich niet bewust zijn van alle afspraken. Ze noemde ook het dilemma 'waarom wel voor de ene bewoner en niet voor de ander'.

Ook zag het zorgteam in dat er sprake is van hospitalisatie. De gedachten van artsen en het zorgteam belemmeren soms het behouden of ondersteunen van activiteiten en gewoonten. Zij relateren de situaties op zichzelf, waardoor situaties die niet normaal voor hun zijn, vaak niet worden ondersteund. Bewoners lijken zich te moeten aanpassen aan het verpleeghuis in plaats van andersom.

4.1.2Wat ziet zorgteam graag anders

De deelnemers zien een grote meerwaarde als er een huisbezoek plaatsvindt voordat iemand wordt opgenomen. Nog beter vinden zij als de EVV'er hierbij aanwezig kan zijn, zodat er al een band/feeling kan worden ontwikkeld voordat iemand wordt opgenomen. Daarnaast kan dan van tevoren het beeld en de verwachtingen met de afdeling worden besproken zodat er ingespeeld kan worden op vragen of mogelijke problemen.

Andere ideeën van het zorgteam waren:
-Mantelzorgers de eerste paar dagen laten logeren.
-In weken voor verhuizing een aantal keren in de toekomstige huiskamer mee laten lunchen.
-Filmpjes gericht op de betekenisvolle activiteiten van iemand kunnen behulpzaam zijn in het inzichtelijk maken naar het zorgteam hoe belangrijk een bepaalde acitviteit kan zijn voor een cliënt.
-De deelnemers geven aan dat zij bepaalde activiteiten moeten stimuleren die cliënten niet meer zelf oppaken. Daarnaast een bepaalde vorm van controle op activiteiten, omdat door de dementie grenzen verlegd worden.

4.2Dossieronderzoek en observaties

Wat doet het zorgteam wel en niet bij het ondersteunen van het behouden van betekenisvolle activiteiten en gewoonten.

4.2.1Dossieronderzoek

Naast de betekenisvolle activiteiten die uit het uitgevoerde huisbezoek kwamen, zijn er drie andere activiteiten meegenomen in het dossieronderzoek, aangezien deze activiteiten vaak terug te zien waren in de rapportages. Dit gaat om: 'opruimen', 'rommelen' en 'buiten wandelen'.

Betekenisvolle activiteit / Gewoonten	Aantal keer in rapportages terug te vinden	Komt terug in cliëntkaart	Komt terug in het zorgleefplan
Opvouwen	0	Ja	Nee
Kleuren	1	Nee	Nee
Strijkwerk	0	Nee	Nee
Dansen	1	Nee	Nee
Bloemschikken	0	Ja	Nee
Zorzaam zijn/helpen	6	Ja	Nee
Samenzijn met partner	16	Ja	Nee
Opruimen	5	Nee	Nee
Rommelen	4	Nee	Nee
Buiten wandelen	4	Ja	Nee

Figuur4:Dossieronderzoek

Er is te zien dat niet alle betekenisvolle activiteiten die voor de verhuizing zijn genoemd terugkomen in de rapportages, de cliëntkaart of het zorgleefplan. Er zijn activiteiten die niet terug komen in de rapportages maar wel in de cliëntenkaart. Er zijn ook activiteiten die wel worden gedaan maar niet in de cliëntkaart staan. Verder valt op dat het zorgleefplan geen persoonsgerichte doelen bevat, waardoor geen van de betekenisvolle acitviteiten of gewoonten hierin terugkomen.

4.2.2Observaties

Huisbezoek

Wat opviel binnen de gesprekken met het zorgteam is dat niemand van het zorgteam van het huisbezoek voor de verhuizing af wist. Zij kenden mevrouw vooral van hoe zij nu is en niet hoe zij voor de verhuizing was.

Eetmomenten

De activiteit eten werd door het zorgteam als erg belangrijk gezien en daar ging een groot deel van de zorg naar toe. Het eten moet klaargemaakt worden, waarbij rekening gehouden moet worden met persoonlijke behoeften en eventuele eet- of slikproblematiek van de bewoners van de huiskamer. Daarnaast is er veel begeleiding nodig tijdens het eten.

In verschillende situatie kreeg mevrouw wel of niet een keuze. Tijdens ieder eetmoment kreeg ze een mes en vork aangereikt, met de reden dat mensen vroeger 'altijd' met mes en vork hun brood aten. Ze maakte hier echter geen gebruik van. Daarnaast krijgt ze wel de keuze of ze thee wilde of niet en of ze hier suiker in wilde.

Voordat mevrouw werd opgenomen maakte haar partner gebruik van proosten om haar te stimuleren met drinken. Dit werd niet door het geobserveerde zorgteam uitgevoerd, terwijl mevrouw moeilijk te stimuleren is om voldoende te drinken.

Persoonsgerichte activiteiten

De zorgmedewerkers benoemen dat er vaak geen tijd is om activiteiten met bewoners te ondernemen in de ochtend.

Tijdens de observatieperiodes waren er gelegenheden om mevrouw activiteiten aan te bieden, zoals kleuren of bijvoorbeeld te helpen met het neerzetten of opruimen van de borden. Dit werd tijdens de observatiemomenten niet gedaan.

Er is een verschil in het ondersteunen van activiteiten per zorgteam medewerker. Een aantal zorgmedewerkers en een huiskamerbegeleider herkennen het niet, maar andere zorgmedewerkers en een huiskamerbegeleider wel en laten mevrouw servetten vouwen of brenen de was van de afdeling bij mevrouw, zodat zij het kan opvouwen.

Betekenisvolle activiteit en gewoonten	Wordt door zorgteam ondersteund	Wordt door activiteiten-begeleider ondersteund	Wordt door mantelzorger ondersteund	Wordt niet ondersteund
Opvouwen	X			
Kleuren	X	X		
Strijkwerk				X
Dansen			X	
Bloemschikken		X		
Zorgzaam zijn/ helpen	X			
Samenzijn met partner			X	
Opruimen	X			
Rommelen	X			
Buiten wandelen			X	

Figuur5:Dossieronderzoek-praktijk

Het zorgteam benoemd dat zij mevrouw moeten stimuleren om tot handelen te komen. Dit moet wel op de juiste manier aangeboden worden om irritatie te voorkomen. Bijvoorbeeld de activiteit kleuren voerde mevrouw niet altijd uit als alleen het kleurboek en de kleurtjes op tafel gelegd werden. In sommige gevallen is het nodig om het potlood in de handen van haar te leggen.

Tijdens de drie observatie periodes is mevrouw tweemaal meegevraagd om deel te nemen aan een activiteit buiten de huiskamer. Beide keren leek ze het leuk te vinden meegevraagd te worden en ging graag mee. Dit waren groepsgerichte activiteiten: gymmen en koffie drinken.

Afspraken binnen zorgteam

Huiskamerbegeleiders geven aan niet vaak betrokken te worden bij het maken van afspraken, terwijl zij ook een goede inbreng kunnen hebben. Huiskamerbegeleiders kunnen

in principe ook rapporteren en in het dossier kijken. Dit wordt echter niet gedaan omdat dit niet van hen wordt verwacht en er geen tijd voor is.

Belangrijke gebeurtenissen spelen de huiskamerbegeleiders door naar de zorgmedewerkers. Echter worden de meeste betekenisvolle activiteiten die de mevouw uitvoert niet als belangrijk gezien om te rapporteren. Wel wordt er benoemd door een zorgmedewerker dat zij graag ziet dat collega's meer zullen rapporteren.

Een zorgmedewerker benoemd dat rapporteren niet de beste manier lijkt om afspraken duidelijk te maken met het zorgteam. Het wordt door haar als beter ervaren, wanneer er mailtjes worden verstuurd. Mailtjes leest iedereen, rapportages zijn na twee dagen niet makkelijk toegankelijk voor iedereen, waardoor veel medewerkers dit niet lezen.

In het zorgteam was er een nieuwe werknemer die nu ongeveer een maand op deze locatie werkte. Zij geeft aan nog niet de gelegenheid gehad te hebben om het zorgdossier van mevrouw in te lezen, waardoor zij vanuit het dossier geen persoongerichte interventies heeft kunnen toepassen.

5.CONCLUSIE

5.1Conclusie

Wat kunnen ergotherapeuten bieden in de samenwerking met het zorgteam binnen WZH bij het ondersteunen van het behouden van betekenisvolle activiteiten en gewoonten bij mensen met dementie in een verpleeghuis.

5.1.1Literatuurstudie

Het doen van betekenisvolle activiteiten is erg belangrijk voor mensen met dementie die in een verpleeghuis wonen. Gepersonaliseerde activiteiten, het functionele niveau, interesses, succesvol uitvoeren, verbale aanmoediging, het elimineren van onplezierige gevoelens en het bekrachtigen van adequaat gedrag zijn factoren die hierbij meespelen. Activiteiten simplificeren, cues, het cognitieve niveau, de fysieke omgeving, activeren en het kunnen en willen zijn factoren die van invloed zijn om het handelen mogelijk te maken. Het zorgteam heeft hier een grote rol bij. Echter lijkt er een tekort van kennis, neemt het zorgteam te veel over en moedigen zij de mensen met dementie niet genoeg aan om tot handelen te komen. Specifieke communicatieve vaardigheden en educatie over communicatie is hierbij erg belangrijk. In de samenwerking tussen het zorgteam en ergotherapeuten spelen bovenstaande punten mee.

5.1.2Praktijkonderzoek

Vanuit de onderzoeken lijken er veel tegenstrijdigheden te zijn tussen willen en doen. In de focusgroep waren de deelnemers heel gemotiveerd om manieren te vinden om mevrouw te ondersteunen in haar betekenisvolle activiteiten en gewoonten. Echter zagen de deelnemers in de observaties minder mogelijkheden om de dagelijkse gang van zaken aan te passen.

Daarnaast is de rol van de ergotherapeut niet duidelijk. In de focusgroep wordt zelfs de rol van de ergotherapeut niet benoemd. En het huisbezoek wat door de ergotherapeut bij mevrouw is afgenomen is door de deelnemers van de observatie niet gezien.

Er is dus een kloof tussen het willen en doen door het zorgteam en er is geen duidelijk beeld wat de ergotherapeut doet en kan doen. Om die kloof te kunnen overbruggen dienen ergotherapeuten aanknopingspunten te faciliteren om op micro-niveau aan te sluiten op de persoon met dementie, maar deze dienen ook aan te sluiten op de mogelijkheden van de afdeling. Om dit mogelijk te maken speelt de communicatie tussen het zorgteam en de ergotherapeut een grote rol. Wat allemaal belangrijk is binnen deze communicatie dient verder onderzocht te worden maar daarbij lijkt de betekenisvolle activiteiten en gewoonten van de persoon met dementie voor het zorgteam ook betekenis te geven een belangrijk aspect te zijn om samen met het zorgteam op zoek te gaan naar mogelijkheden om passende ondersteuning te bieden.

5.2Discussie

Uit de focusgroep zijn er veel mogelijkheden gecreeërd om een betekenisvolle activiteit voor mevrouw mogelijk te kunnen maken en dit leek in de praktijk ook echt uitgevoerd te gaan worden. Echter bleek uit de observaties dat deze afspraken in de praktijk niet werden gedaan. De deelnemers van de observaties spraken meer over belemmeringen in vergelijking met de deelnemers van de focusgroep. De deelnemers die zijn gesproken tijdens de observatiemomenten, waren niet aanwezig bij de focusgroep en hebben ook niet de betekenisgeving van de activiteit voor mevrouw kunnen zien in de vorm van het filmpje. Doordat zij deze betekenis niet achter de activiteit zien, resulteert dit waarschijnlijk in het minder open staan om mogelijkheden te creeëren.

Het grootste gedeelte van de focusgroep gaat over hoe het zorgteam het graag anders zou zien, en het gaat weinig over hoe het nu gaat. Hoogstwaarschijnlijk komt dat doordat het ondersteunen van betekenisvolle activiteiten in de dagelijkse praktijk niet de prioriteit heeft voor het zorgteam (Smit et al., 2015).

Tijdens de observatie is ook benoemd dat niemand van het huisbezoek afwist. Terwijl er in de focusgroep wel wordt gesproken over het grote belang van een huisbezoek voor verhuizing. Hieruit kunnen verschillende dingen opgemerkt worden. Het zorgteam 'wil' graag een huisbezoek omdat dit een meerwaarde kan bieden voor de zorg voor de mensen met dementie, de ergtherapeuten voeren het huisbezoek uit, maar uiteindelijk bereikt het niet het zorgteam waardoor het niet tot 'doen' leidt.

Bovenstaand voorbeeld geeft grotendeels aan dat de communicatie tussen de ergotherapeuten en het zorgteam anders dient te verlopen. Het is voor ergotherapeuten daarom heel belangrijk om met hun interventies niet alleen goed aan te sluiten op de persoon met dementie, maar ook aan te sluiten op het zorgteam en daarbij de mogelijkheden van de afdeling.

Wat bij het vergelijken van het dossieronderzoek en de observaties duidelijk naar voren kwam was dat er zaken benoemd stonden in de cliëntkaart, die niet uitgevoerd werden. Daarnaast werd er gemiddeld nog geen twee keer per dag een rapportage geschreven over mevrouw. Hierdoor zijn de rapportages en de cliëntkaart geen betrouwbaar hulpmiddel voor ergotherapeuten en andere disciplines om de situatie rondom een cliënt goed in kaart te brengen om vervolgens interventies toe te kunnen passen.

Daarnaast zijn afspraken die door ergotherapeuten in de rapportages worden gezet ook geen effectieve manier om iedereen te kunnen bereiken. De rapportages worden in de praktijk namelijk niet door iedereen gelezen of zijn niet beschikbaar voor iedereen.

In het zorgleefplan worden momenteel geen persoonsgerichte doelen opgesteld. Volgens de NHG-Standaard Dementie is het echter wel gewenst om een zorgbehandelplan te hebben met daarin geformuleerde doelen op basis van persoonlijkheid, achtergrond en leefwijze (Moll van Charante et al., 2012). Het opstellen van persoonsgerichte doelen kan een goed moment zijn om samen met de betrokken zorgverleners na te denken hoe en door wie deze doelen nagevolgd kunnen worden en wat daarvoor nodig is, wat meer draagvlak kan creëren.

Tussen medewerkers van het zorgteam is er een verschil te zien in de manier waarop er ondersteuning wordt gegeven aan mevrouw. Zo kan door de ene medewerker wel succesvol een activiteit ondersteund worden en door de ander niet. Succesvolle ondersteuning is vaak ondersteuning die beter past bij het individueel, oftewel persoonsgerichte ondersteuning.

Het zorgteam geeft ook aan weinig tijd te hebben om activiteiten en gewoonten te kunnen ondersteunen. Hierdoor waren er tijdens de observatie veel momenten waarop mevrouw 'niks' aan het doen was. Terwijl er wel mogelijkheden tot ondersteuning leken te zijn. In een onderzoek van Smit et al. (2014) wordt aangetoond dat wanneer het zorgteam weet hoe ze activiteiten moeten ondersteunen en effectief gebruik maken van de beschikbare tijd, dat er significant meer activiteiten kunnen worden ondersteund met dezelfde hoeveelheid werknemers. Deze persoonsgerichte ondersteuning zou dus mogelijk ook tijdens de drukke momenten toegepast kunnen worden. Een ergotherapeut zou hierbij passend advies kunnen

geven en een plan kunnen maken om deze persoonsgerichte ondersteuning te implementeren (Le Granse & Kuiper, 2012).

Er is benoemd dat huiskamerbegeleider vaak niet worden betrokken bij het maken van afspraken, terwijl er ook benoemd wordt dat huiskamerbegeleiders een grote rol kunnen hebben bij het betrekken van bewoners bij huishoudelijke taken en andere activiteiten. Een nauwe samenwerking tussen huiskamerbegeleiders en ergotherapeuten kan mogelijk resulteren in ondersteuning van activiteiten die beter passen bij de interesses en het functionele niveau van de persoon met dementie, wat positief is voor een grotere betrokkenheid en een betere kwaliteit van leven (Kolanowski et al., 2011; Smit et al., 2015; Trahan et al., 2014).

Sterke punten

Doordat er gebruik is gemaakt van verschillende manieren van dataverzameling is de bewijskracht van de onderzoeksresultaten groter (Verhoef et al., 2016).

Zwakke punten

De mate van participatie in de participerende observaties was beperkt. Hier is uiteindelijk voor gekozen om de situatie zo betrouwbaar mogelijk te kunnen beschouwen. Er is besloten om niet meer dan drie observaties af te nemen, omdat één observatie meer, niet veel verschil zal gaan maken. Om nu een meerwaarde te kunnen halen uit de observaties zouden er meerdere observaties afgenomen moeten worden en de resultaten hiervan zouden met het zorgteam besproken moeten worden. Dit was niet meer haalbaar binnen de beschikbare tijd.

De hoofdvraag is breder dan wat in het onderzoek aan bod kon komen. Het zou een meerwaarde kunnen hebben om de bevindingen uit dit onderzoek met ergotherapeuten te bespreken om met betrekking tot de samenwerking tussen de ergotherapeut en het zorgteam beter antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag. Dit zou in de vorm van een presentatie kunnen waaruit een focusgroep doorvloeit. Echter gaat dat niet meer binnen de tijd van dit onderzoek passen.

5.3Aanbevelingen

Voor een betere samenwerking tussen de ergotherapeuten en het zorgteam dient er een betere communicatie te zijn tussen beide. Mogelijkheden tot een betere samenwerking en communicatie zijn:
-De rol van ergotherapeuten binnen het ondersteunen van activiteiten verduidelijken.
-Ergotherapeuten kunnen bewustwording creeëren voor de betekenis achter een activiteit. -Gericht kijken naar de mogelijkheden van de afdeling bij het bieden van persoonsgerichte ondersteuning.
-Ook de huiskamerbegeleider betrekken om activiteiten beter aan te laten sluiten op de interesses en het functionele niveau.
-Een persoonlijker zorgleefplan met daarin concrete doelen meet wie wat doet.
-In de samenwerking rekening houden met de bevorderende en belemmerende factoren om handelen mogelijk te maken, zie figuur 3.
Mogelijk kan het uitvoeren van meerdere (participerende) observaties en deze bespreken met het zorgteam en de resultaten van dit onderzoek met een groep ergotherapeuten en het zorgteam een meerwaarde bieden.

LITERATUURLIJST

Alzheimer Nederland. (2017). Cijfers en feiten over dementie. Geraadpleegd op 23-10-2017, van https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementiealgemeen.pdf

Alzheimer Nederland (z.d.) Soorten dementie. Geraadpleegd op 03-10-218, van https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/soorten-vormen

Alzheimer Nederland. (z.d.). Wat is dementie. Geraadpleegd op 02-10-2018, van https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie

Barca, M. L., Engedal, K., Laks, J., & Selbæk, G. (2011). Quality of Life among Elderly Patients with Dementia in Institutions. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, (31), 435-442.

Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M. G., Verbeek, H., Ruwaard, D., Ambergen, A. W., Leino-

Kilpi, H., Stephan, A., Zabalegui, A., Soto, M., Saks, K., Bökberg, C., Sutcliffe, C. L., & Hamers, J. P. H. (2014). Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long-term care facilities. Journal of Advanced Nursing 71(6), 1435-1447.

Beerens, H. C., Zwakhalem. S. M. G., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J. P. H. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 50(9), 1259-1270.

Chung, J. C. C. (2004). Activity Participation and Well-Being of People with Dementia in Long-Term – Care Settings. OTJR: Occupation, Participation and Health, 24(1), 22-31.

Clare, L., & Jones, R. S. (2008). Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment: a critical review. Neuropsychology Review 18(1), 1-23.

De Glint, E. H. J., & Huijbregts, P.P.C.W. (2018). WZH Jaardocument 2017. Geraadpleegd op
03-10-2018, van https://www.wzh.nl/sites/default/files/files/WZH%20Jaardocument%202017.pdf

De Lange, J. (2018). Factsheet dementie. Geraadpleegd op 23-10-2018, van https://www.hogeschoolrotterdam.nl/contentassets/9c6098fd357a4cc79dc6369b18c235c6/factsheet-dementie.pdf

Den Ouden, M. (2018). Dagelijkse activiteiten van verpleeghuisbewoners en de rol van verpleegkundige en verzorgenden. Geraadpleegd op 14-11-2018, van https://www.academischewerkplaatsouderenzorg.nl/sites/intranet.mumc.maastrichtuniversity.nl/files/awo/public_news_events/factsheet_mirre_den_ouden.pdf

De Werd, M., Boelen, D., & Kessels, R. (2013). Foutloos Leren bij dementie. Den Haag: Boom Lemma.

Dirkse, R., Kessels, R., Hoogeveen, F., & Van Dixhoorn, I. (2016). (Op)nieuw geleerd, oud gedaan (8e druk). Utrecht/Antwerpen: Kosmos uitgevers.

Döpp, C. M. E., Graff, M. J. L., Teerenstra, S., Olde Rikkert, M. G. M., Nijhuis – van der Sanden, M. W. G., & Vernooij – Dassen, M. J. F. J. (2014). Effectiveness of a training package for implementing a community-based occupational therapy program in dementia: A cluster randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation, 29(10).

Du Toit, S., & Surr, C. (2011). Well-being and person-centred care of people with dementia cared for in institutional settings in South Africa. World Federation of Occupational Therapists Bulletin 63(1), 48-54.

Eggenberger, E., Heimerl, K., Bennett, M. I. (2012). Cmmunication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care setting. International Psychogeriatrics, 25(3), 1-14.

Ergotherapie Nederland. (z.d.). Cliënten. Geraadpleegd op 02-11-2018, van https://ergotherapie.nl/voor-clienten/

Ferdie Migchelbrink Consultancy. (z.d.). Participerende observatie en andere observatievormen. Geraadpleegd op 31-10-2018, van http://www.actie-onderzoek.nl/pdf/websiteobserverengereed238.pdf

Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C. M., Thiessen, E. J., & Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia. Coachrane Database of systematic reviews, (4).

Fortinsky, R. H., Gitlin,, L. N., Pizzi, L. T., Piersol, C.V. Grady, J., T., & Molony, S. (2016). Translation of the Care of Persons with Demetia in their Environments (COPE) intervention in a publicly-funded home care context: Rationale and research design. Contemporary Clinical Trials, 49, 155-165.

Graff, M., Van Melick, M., Thijssen, M., Verstraten, P., & Zajec, J. (2010). Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers. Houten: Bohm Stafleu van Loghum.

Groenewoud, H., & De Lange, J. (2012). Van thuis naar verpleeghuis. Ondersteuning van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Handreiking voor zorgverleners. Geraadpleegd op 28-11-2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_hr:oai:surfsharekit.nl:b76997e3-a4dd-4b2c-87ef53399e31b39b

Gitlin, L. N. Walter, H. W., Dennis, M. P., & Winter, L. (2005). Maintenance of Effects of the Home Environmental Skill-Building Program for Familiy Caregivers and Individuals With Alzheimer's Disease and Related Disorders. Journal of Gerontology, 60(3), 368-374.

Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M. P., Hauck, W. W. (2008). Tailored Activities to Manage Neuropsychiatric Behaviors in Persons with Dementia and Reduce Caregiver Burden: A Randomized Pilot Study. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 16(3), 229-239.

Holthe, T., Thorsen, K., & Josephsson, S. (2007). Occupational patterns of people with dementia in residential care: An ethnographic study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 14(2), 96-107.

Husebo, B. S., Flo, E., Aarsland, D., Selbaek, G., Testad, I., Gulla, C., Aasmul, I., & Ballard, C. (2015). COSMOS – improving the quality of life in nursing home patients: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized clinical hybrid trial. Husebo et al. Implementation Science, 10(131).

Keesom, J. (2006). Van thuis naar huis: het begeleiden van de overgang van thuis naar verpleeghuis. Den Haag: Lemma.

Klapwijk, M. S., Caljouw, M. A. A., Pieper, M. J. C., Van der Steen, J. T., & Achterberg, W. P. (2016). Characteristics Associated with Quality of Life in Long-Term Care Residents with Dementia: A Cross-Sectional Study. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 42(3-4), 186-197.

Kolanowski, A., Litaker, M., Buettner, L., Moeller, J., & Costa, P. T. (2011). A Randomized Clinical Trial of Theory-Based Activities for the Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents. Journal of the American Geriatrics Society, 59(6), 1032-1041.

Le Granse, M., & Kuiper C. (2012). Cliënt. In: M. le Granse, M. van Hartingsveld, & A. Kinebanian (Red.), Grondslagen van de ergotherapie (Derde druk, 211-230). Amsterdam: Reed Business Education.

Letts, L., Edwards, M., Berenyi J., Moros, K., O'Neill, C., O'Toole, C., & McGrath, C. (2011). Using Occupations to Improve Quality of Life, Health and Wellness, and Client and Caregiver Satisfaction for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. The American Journal of Occupational Therapy, 65(5), 497-504.

Lood, Q., Björk, S., Sköldunger, A., Backman, A., Sjögren, K., & Edvardsson, D. (2017). The relative impact of symptoms, resident characteristics and features of nursing homes on residents' participation in social occupations: Cross-sectional findings from U-age Swenis. Journal of occupational science, 24(3), 327-337.

Loor, A. (2018). Bevorderende en belemmerende factoren in de multidisciplinaire samenwerking bij het inventariseren en behouden van betekenisvolle activiteiten bij ouderen met dementie die naar een verpleeghuis verhuizen. https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_hr:oai:surfsharekit.nl:e3798de8-eba7-4f33-a8ab-660329c8b774?q=Belemmerende+en+bevorderende+factoren+bij+transitie+van+een+oudere

Low, L., Baker, J. R., Jeon, Y., Camp, C., Haertsch, M., & Skropeta, M. (2013a). Study protocol: translating and implementing psychosocial interventions in aged home care the lifestyle engagement activity program (LEAP) for life. BMC Geriatrics, 13(124).

Low, L., Brodaty, H., Goodenough, B., Spitzer, P., Bell, J., Fleming, R., Casey, A., Liu, Z. & Chenoweth, L. (2013b). The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and

ElderClowns (SMILE) study: cluster randomized trial of humour therapy in nursing homes. BMJ Open, 3(1).

Moll van Charante, E., Perry, M., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Boswijk, D. F. R., Stoffels, J., Achterhoven, L., & Luning-Koster, M.N. (2012). NHG-Standaard Dementie. Huisarts en Wetenschap, 55(7), 306-317.

Morgan, D. G., Stewart, N. J., D'arcy, K. C., & Werezak, L. J. (2004). Evaluating rural nursing home environments: dementia special care units versus integrated facilities. Aging & Mental Health, 8(3), 256-265.

Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M., Jøranson, N., Calogiuri, G., & Ihlebæk, C. (2016). Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. BMC Geriatrics, 16(137).

Padilla, R. (2011). Effectiveness of Interventions Designed to Modify the Activity Demands of the Occupations of Self-Care and Leisure for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. American Journal of Occupational Therapy, 65, 523-531.

Resnick, B., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K., & Hebel, R. J. (2009). Nursing Home Residents Outcomes from the Res-Care Intervention. The American Geriatrics Society, 57(7), 1156-1165.

Satink, T., & Van de Velde, D. (2012). Kerndomein van de ergotherapie. In: M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Red.), Grondslagen van de ergotherapie (Derde druk, 73-94). Amsterdam: Reed Business Education.

Schwarts, L. A., & Feeny, N. C. (2007). The Nature of and Behavioral Treatmant of Sleep Problems in Youth with Bipolar Disorder. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 3(1), 88-95.

Smit, D., De Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A. M. (2015). Activity involvement and quality of life of people at different stages dementia in long term care facilities. Aging & Mental health, 20(1), 100-109.

Smit, D., Willemse, B., De Lange, J., & Pot, A. M. (2014). Wellbeing enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long term dementia care facilities: an explorative study. International Psychogeriatrics, 26(1), 69-80.

Soares, S. (2018). Belemmerende en bevorderende factoren bij transitie van een oudere met dementie van huis naar woonzorgcentrum m.b.t. het behouden van de betekenisvolle activiteiten/omgevingselementen. Geraadpleegd op 16-09-2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_hr:oai:surfsharekit.nl:e3798de8-eba7-4f33-a8ab-660329c8b774?q=Belemmerende+en+bevorderende+factoren+bij+transitie+van+een+oudere+

Stevens, J., & Killeen, M. (2006). A randomised controlled trial testing the impact of exercise on cognitive symptoms and disability of residents with dementia. Contemporary Nurse, 21(1), 32-40.

Trahan, M. A., Kuo, J., Carlson, M. C., & Gitlin, L. N. (2014). A Systematic Review of Strategies to Foster Activity Engagement in Persons With Dementia. Health Education & Behavior, 41(10), 70-83.

Van der Vorm, S. (2017). Het belang van behoud van activiteiten, gewoonten en voorkeuren van ouderen met dementie: de invloed van opname op een psychogeriatrische afdeling en de rol van ergotherapie. Geraadpleegd op 16-09-2018, van https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_hr:oai:surfsharekit.nl:f83cee4c-4c56-45ee-9565-6f9e685c89da?q=Het+belang+van+behoud+van+activiteiten%2C+gewoonten+en+voorkeuren+van+ouderen+met+dementie%3A+de+invloed+van+opname+op+een+psychogeriatrische+afdeling+en+de+rol+van+ergotherapie

Van Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). Beroepsprofiel Ergotherapeut. Utrecht: Boom Lemma.

Van Hoof, J., Janssen, B. (2018). Oost west, thuis best: Het thuisgevoel in verpleeghuizen. Denkbeeld, 5, 18-19.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., & Rosendal, H. (2016). Zorgbasics: Praktijkgericht onderzoek. Amsterdam: Boom.

Woodbridge, R., Sullivan, M. P., Harding, E., Crutch, S., Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., McIntyre, A., & Wilson, L. (2016). Use of the physical environment to support everyday activities for people with dementia: A systematic review. Dementia, 17(5), 533-572.

WZH. (2018). Huisbezoek mw. XXXXXXXX. Den Haag: WZH Rustoord.