

Gezondheidszorg en chemie

Bachelor in de ergotherapie



Stimulering van de levenskwaliteit bij ouderen met dementie aan de hand van het maaltijdgebeuren

CAMPUS

Geel



Grieten Kelly

Academiejaar 2009-2010

VOORWOORD

Graag zou ik van de gelegenheid gebruik willen maken om enkele personen te bedanken die mij geholpen hebben bij het realiseren van mijn eindwerk.

Op de eerste plaats zou ik graag mijn begeleidende docente, Ann Van Uytsel, en mijn externe begeleidster, Liesbet Hendrickx, willen bedanken. Zij hebben me hier gedurende het hele proces voor gemotiveerd en vele tips gegeven. Zonder hen was mij dit nooit gelukt.

Daarnaast is er nog het fantastische team en alle bewoners van het rusthuis Binnenhof. Het is dankzij hun inzet en samenwerking dat het project tot een goed einde is gebracht.

Ook mijn familie en vrienden verdienen een woord van dank. Vooral mijn ouders, die het mogelijk maakte dat ik de opleiding ergotherapie heb kunnen volgen. Eric, mijn tante en mijn zus voor het nalezen van mijn eindwerk en het geven van kritische opmerkingen.

En Andrew die zo vrij was om mijn artikel naar het engels te vertalen.

Mijn klasgenoten waarmee ik leuke tijden heb beleefd en goede herinneringen aan over heb gehouden. In het bijzonder Tina, Gitte en Jantien voor de enorme stimulerende steun en ontspannende momenten. Het is deels door hun bezorgdheid en aanmoedigingen dat ik het zo ver geschopt heb.

En als laatste mijn vriend die heel veel geduld met mij heeft gehad en mij bleef steunen in mindere tijden.

Heel erg bedankt allemaal!

ARTIKEL

Het is kwart voor twaalf en alle bewoners worden naar hun plaats begeleid door het verzorgend en verplegend personeel.

Staf wordt apart aan tafel gezet in een hoekje van de kamer. Door zijn dementie eet hij zeer onsmakelijk, waardoor hij wordt afgewezen door de andere bewoners. Jos wordt eveneens apart aan tafel gezet om dezelfde redenen, maar door eerdere opmerkingen van de familie mogen Staf en Jos niet meer samen aan tafel zitten. Zij vinden dit onsmakelijk in Jos zijn plaats.

Het eten arriveert in een ijzeren kar waar het eten beurtelings wordt uitgeschept voor de bewoners.

De ouderen met dementie krijgen hun eten maar laten dit onaangeroerd liggen. Als het personeel het niet te druk heeft geven ze hen hun eten nog als het warm is.

Het eten wordt door elkaar gemengd, de bewoner met dementie krijgt een hap toegestopt en het personeel is even verder om een andere taak uit te voeren.

Terwijl men nog steeds aan het eten is, begint het personeel al met opruimen. De geluiden van het bestek dat in een ijzeren kom wordt geworpen en borden die op elkaar worden geplaatst nemen de bovenhand.

Drie maanden lang ben ik actief en enthousiast op zoek geweest naar een antwoord op mijn onderzoeksvraag: "Kan een project omtrent het maaltijdgebeuren bijdragen tot een betere levenskwaliteit bij ouderen met dementie op een open afdeling?" Om hierop een antwoord te kunnen formuleren is het nodig om na te gaan wat levenskwaliteit juist inhoudt en hoe een ergotherapeut dit kan stimuleren. Verder is een goed inzicht vereist om het verband te leggen tussen het maaltijdgebeuren bij ouderen met dementie en hoe dit enig effect kan hebben op hun levenskwaliteit.

Aanleiding tot project

Dit eindwerk is opgestart op vraag van mijn stageplaats, rusthuis 'Binnenhof'. Zij kwamen met het voorstel om de levenskwaliteit bij ouderen met dementie op een open afdeling te verbeteren.

Het begrip levenskwaliteit is deze dagen niet meer weg te denken in de ouderenzorg. Het maaltijdgebeuren is een ervaring die meerdere keren per dag terugkeert. Daarom is het belangrijk dat zorgafhankelijke bewoners dit als iets positiefs en aangenaams ervaren en is het uiterst zinvol om dit te verbeteren.

Levenskwaliteit

Tot op de dag van vandaag is er nog steeds geen algemeen aanvaarde definitie om het begrip 'Kwaliteit van het leven' te omschrijven.

"Kwaliteit van leven verwijst daarbij naar de mate waarin iemand tevreden en gelukkig is met zijn bestaan en persoonlijke doelen en wensen kan realiseren" (platform handicap & ontwikkelingsamenwerking, 2005).

Door het onderdrukken of overwinnen van verscheidene ziektes worden de ouderen meer hulpbehoevend en krijgen ze vaak te maken met dementie. Als gevolg van hun ziektebeeld is er een vermindering in hun functioneren op enkele belangrijke domeinen van de levenskwaliteit zoals de zelfredzaamheid, gezondheid, fysisch functioneren en zelfwaardering (Trimbos Instituut, 2009). Dit alles leidt tot een vermindering in de levenskwaliteit (De Hollander, 2006).

In dit eindwerk is er gekozen om de visie volgens Kitwood omtrent de persoonsgerichte zorg, het omgaan met personen met dementie en kwaliteitsvolle zorg te bespreken. Tom Kitwood (1997) is de grondlegger van de persoonsgerichte zorg. Hij geloofde sterk in de onderlinge verbondenheid van mensen.

De persoon met dementie kan aan de hand van een andere zijn eigen emoties beleven en zichzelf aanvoelen als persoon. Via deze empathische inleving kwam hij tot de conclusie dat de kwaliteit van communicatie zich vaak op een heel laag pitje bevond en

dit een negatieve invloed had op het welbevinden van de persoon met dementie (Abrahams, 2005).

Het allerbelangrijkste bij het aanbieden, onderhouden of bevorderen van kwaliteitsvolle zorg bij ouderen met dementie is dat deze vertrekt vanuit de bewoner zijn individuele beleving. Deze moet de individuele kwaliteit van leven van de oudere met dementie ondersteunen (De Visscher C., Doucet D., Van Averbeke D., Moeraert R., 2000). Het is vanzelfsprekend dat ook de manier van omgaan met ouderen met dementie medebepalend is voor de levenskwaliteit. Empathie en respect liggen aan de basis hiervan (Rosseels, 2009).

Wanneer men aandacht besteedt aan deze drie bovengenoemde begrippen en men deze tracht te stimuleren, zal dit eveneens een positieve stijging teweeg brengen in de levenskwaliteit.

Als laatste wordt het netwerkmodel van Hughes uitgelegd om het multidimensioneel en complex karakter van de levenskwaliteit weer te geven. Het model bestaat uit verscheidene factoren, die zowel op een subjectieve als objectieve manier geëvalueerd worden. Rusthuisbewoners streven naar een optimale autonomie en veiligheid, dit zijn voor hen de belangrijkste domeinen (Vanden Boer, Pauwels, Callens en Carrette, 2006).



Het meten van de levenskwaliteit: De qualidem

Naast de vele onderzoeken naar de levenskwaliteit zijn er ook verscheidene methoden om de levenskwaliteit te meten.

Om de levenskwaliteit van iemand te bepalen maakt men gebruik van een objectieve en een subjectieve component.

Bij de subjectieve component gaat men de tevredenheid proberen te achterhalen aan de hand van het individu zelf. Deze component wordt echter soms ter discussie gesteld doordat men er van uit gaat dat ouderen met dementie hierover geen juist oordeel meer kunnen vellen.

Bij de objectieve benadering gaat men na of de levensomstandigheden, waarin de oudere met dementie zich bevindt, voldoen aan de basisbehoeften.

De qualidem is een meetinstrument, waarbij men de levenskwaliteit kan evalueren bij ouderen met dementie die ouder zijn dan 65 jaar en wonen in verpleeg- en verzorgingstehuizen. Het is bedoeld om de levenskwaliteit van een ganse groep te evalueren, niet van de bewoners individueel.

De qualidem bestaat uit een veertigtal vragen en negen subschalen die ingevuld moeten worden door verzorgenden die gedurende ieder moment van de dag met de bewoners geconfronteerd worden (Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M., 2005). Na het afnemen van de lijst worden de scores per subschaal opgeteld, hoe hoger dit getal, hoe hoger de levenskwaliteit omtrent deze subschaal (Boudry, 2007).

Projectwerking

Er is bewust gekozen om via een project enige verandering teweeg te brengen omdat het een nieuwe verfrissing is in de dagelijkse routine voor zowel de ouderen als het team. Aan de hand van de verschillende fasen (initiatiefase, voorbereidingsfase, uitwerkingsfase, uitvoeringsfase en nazorgfase) wordt er met alles rekening gehouden en is men goed voorbereid wanneer het project van start gaat.

Deze fasen beïnvloeden elkaar voortdurend. De keuzes die men maakt hebben steeds invloed op latere momenten, en soms zal men ook achterom kijken naar bepaalde informatie of beslissingen die men genomen heeft.

Men moet projectmatig werken eigenlijk niet als rechtlijnig beschouwen, maar eerder als een circulair gebeuren (Verbeke, 1988).

Om dit alles tot een goed einde te brengen zal men beroep moeten doen op enthousiaste medewerkers. Zonder een goed samenwerkend team heeft het project weinig kans op slagen.

Zo is er de opdrachtgever. Dit is de persoon die de toestemming geeft om het project op te starten. De medewerkers die bereid zijn om mee te werken aan het project. En tot slot een projectverantwoordelijke. Hij is de spilfiguur van het project (Kor, 2002).

Methode

Door de veranderingen ten gevolge van de dementie stoten ouderen met dementie vaak op enkele problemen. Gedurende het project werden hier twee problemen aangepakt met het maaltijdgebeuren als middel.

- Allereerst was er een observatieperiode waarbij de ouderen met dementie geobserveerd werden in verschillende situaties. Ik ging na welke ouderen met dementie het meest gebaat waren bij het stimuleren van de levenskwaliteit. Doordat elke oudere een eigen unieke persoonlijkheid heeft is er een grote diversiteit aan beperkingen. Uiteindelijk is er geopteerd om met twee observatiegroepen te werken: Een maaltijdgroep en een activiteitengroep. De maaltijdgroep was een vaste groep van vijf ouderen met dementie waar er een aangepaste maaltijdbegeleiding verzorgd werd. Voor de activiteitengroep concentreerde ik mij voornamelijk op vier ouderen met dementie. Het is ook voorgevallen dat er andere bewoners de aangepaste activiteiten bijwoonden.
- Wanneer de negen volgbewoners bekend waren, kon hierbij de qualidem afgenomen worden. De gegevens werden verwerkt en de resultaten werden omgezet naar een grafiek. Hierdoor werden de minpunten naar voor geschoven en gaf het duidelijk aan, aan welke onderdelen van de levenskwaliteit er moest gewerkt worden. Voor de maaltijdgroep waren dit de drie aspecten 'rusteloos gespannen gedrag', 'sociale relaties' en 'iets om handen hebben'. De activiteitengroep scoorde het minst op de aspecten 'rusteloos gespannen gedrag' en 'iets om handen hebben'.
- Hierdoor waren de doelstellingen duidelijk en werden er geschikte activiteiten aan gekoppeld om deze te stimuleren. Voor de maaltijdgroep vertaalde dit in de praktijk dat we twee keer per week samen aten om zo het sociaal contact te stimuleren. Verder werd er gestreefd naar een optimale zelfstandigheid. De belangrijkste doelstelling was dat het maaltijdgebeuren voor hen een aangenaam en rustgevend moment in de dag werd waar ze ten volle van konden genieten. Doordat de activiteiten voor de activiteitengroep aangepast waren aan hun niveau en dus uit eenvoudige handelingen bestonden, konden ze hierbij de nodige rust en ontspanning vinden en hadden ze een zinvolle dagbesteding. Doordat ze allen geconfronteerd zijn geweest met het maaltijdgebeuren waren dit veilige en bekende situaties voor hen. (Rijstpap maken, wafels bakken, koffie drinken aan de hand van een oude koffiemolen, spek en eieren bakken, verschillende soorten cake bakken, koekjestaart maken, cakejes maken, soep maken, volledige maaltijd koken en snoepjestaart maken)

- Hierna zijn de verschillende activiteiten uitgevoerd. Gedurende deze periode zijn er nog enkele aanpassingen en veranderingen gebeurd om het project in goede banen te leiden. Er was een verandering in de keuze van de volgbewoners en er werden meer activiteiten uitgevoerd.
- Wanneer al de activiteiten uitgevoerd waren en het project ten einde liep heeft er een tweede afname van de qualidem plaatsgevonden. Deze gegevens zijn verwerkt en werden eveneens in een grafiek geplaatst.

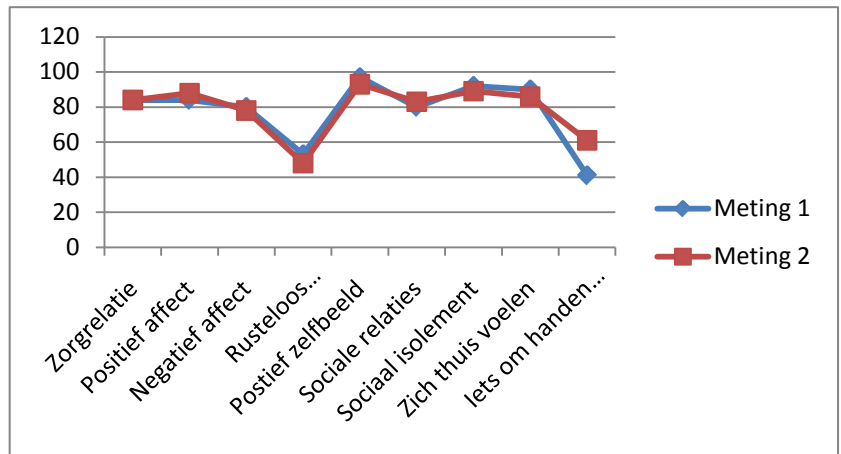
Resultaten

Aan de hand van de resultaten van de qualidem en eigen evaluaties/observaties van de activiteiten kan er uiteindelijk een besluit geformuleerd worden. Om dit objectiever neer te schrijven is er rekening gehouden met de mening van, in de eerste plaats, de ergotherapeute en de rest van het personeel.

Uit onderstaande grafiek er is echter maar weinig tot geen stijging merkbaar in de levenskwaliteit van de ouderen met dementie, wat niet wil zeggen dat het project geen positieve invloed had.

Tijdens de activiteiten zijn er positieve veranderingen merkbaar, deze verdwijnen bij de meeste ouderen met dementie in de loop van de dag.

Er was een betere communicatie merkbaar onderling. De ouderen waren spontaner en reageerden ook beter op prikkels. Er was een grotere zelfstandigheid en motivatie dan in de niet aangepaste activiteiten. Ze waren rustig en genoten steeds van de activiteit en de aandacht die ze kregen.



Het project omtrent het maaltijdgebeuren heeft absoluut een positieve bijdrage geleverd en het is uiterst zinvol om dit voort te zetten!

Literatuurlijst

Constant - De Visscher C., Doucet D., Van Averbeke D., Moeraert R. (2000). *Kwaliteitsvolle zorg voor dementerende ouderen*.

Gevonden op 22 November 2009 op <http://www.kluwer.be>

Jacobs, Th., L. Vanderleyden & L. Vanden Boer (Red.) (2004), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. CBGS-Publicaties. Antwerpen: Garant,

Kor (2008). *Werken aan projecten: aandacht voor mens en methode*. Kluwer: Deventer.

Abrahams (2005). *Op zoek naar welzijn. Naar een zorgvisie voor dementerenden: de bijdrage van Tom Kitwood*.

Gevonden op 20 November 2009 op <http://www.begralim.be>

Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M. (2005). *Handleiding Qualidem: Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*

Gevonden op 30 September 2009 op <http://www.trimbos.nl>

ARTICLE

Stimulating the quality of life amongst demented elderly by means of the meal process

It is a quarter to twelve and all the residents are accompanied to their spot by the nursing staff.

Staf gets assigned to a separate little table in the corner of the room. His dementia has given him very unpleasant eating manners and this gets him rejected by the other residents.

Jos also gets put on a separate table for similar reasons, but due to remarks from family members, Jos and Jef can no longer sit at the same table. They find it bad taste in his place.

The food arrives on a metal trolley from which food is dished out to the residents in turns.

The demented elderly just leave their food untouched. If the staff is not too busy they will feed it to them when it is still warm.

The food gets mixed, the demented gets a bite and the staff runs off to do some other task.

While they are still eating, staff already starts clearing the tables. The sound of cutlery being chucked into a metal container and the noise of plates being stacked starts filling the room...

For three months I have been actively and enthusiastically searching for an answer to following question : "Can a project related to the meal process help improve the quality of life of demented elderly staying in an open regime ?"

To be able to formulate this answer, it is necessary to carefully check what actually defines quality of life and how an ergo therapist could stimulate this. Furthermore it is important to have a very good insight into the relationship between meal times of demented elderly and the effect of this on their quality of life.

Reason for the project

This thesis was started on the request of my apprenticeship place, retirement home 'Binnenhof'. They made this proposal to improve the quality of life of demented elderly in an open institution.

The term "quality of life" can no longer be ignored in the present care of the elderly.

Meals are an event in the life of the elderly that repeats itself several times a day, making it really important that they experience it as pleasant and positive. This makes it is very worthwhile to try to improve the process.

Quality of life

To the present day, there is no generally accepted definition of describe the term 'Quality of life'.

'Quality of life' refers to the degree in which someone is content and happy with his existence and they can realize personal goals and dreams. (platform handicap & ontwikkelingsamenwerking, 2005)

By suppressing or overcoming multiple diseases, the elderly can become more dependent on external help and they are often confronted with dementia. The result of their diseases is a diminished functioning in several important areas of life quality such as independence, physical functioning and self esteem (Trimbos institute,2009). All this leads to a lowering of the quality of life (De Hollander, 2006)

In this thesis we have chosen to discuss the vision of Kitwood concerning the personalized care and the contact with demented people and quality care.

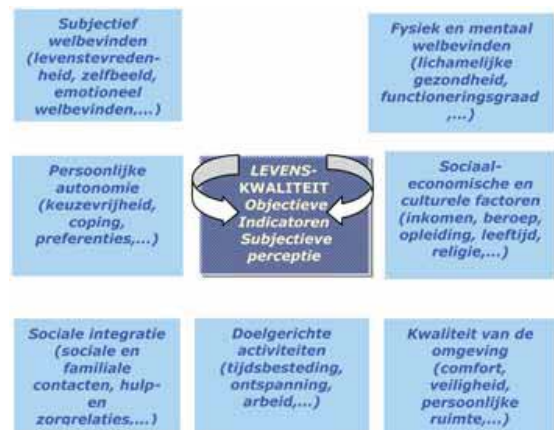
Tim Kitwood (1997) is the founder of personalized care. He strongly believed in the interconnectivity between people.

A demented person can have personal emotions and sense himself as an individual via another person.

Via this empathy he concluded that the quality of communication was very low and this had a negative effect on the wellbeing of the demented person (Abrahams, 2005) The most important aspect of giving, maintaining or improving quality care for demented elderly is that it has to focus on the individual perception of the patient. This care should support the individual quality of life of the demented person (De Visscher C., Doucet D., Van Averbek D., Moeraert R., 2000).

It is obvious that the way we interact with the elderly with dementia, has an influence on the quality of life. Empathy and respect are basic in these (Rosseels, 2009) When one keeps previously mentioned concepts in mind and try to stimulate them, a rise in the quality of life will be achieved.

Finally the network model of Hughes is explained in order to represent the multidimensional and complex character of the quality of life. The model exists of several factors. These are evaluated in both an objective and a subjective manner and have a direct or indirect influence on each other (Vanden Boer, Pauwels, Callens en Carette, 2006).



Measuring the quality of life: The qualidem

Besides the multiple studies into quality of life, there are also several methods available to measure the quality of life.

To measure someone's quality of life we use an objective and a subjective component. With the subjective component you try to discover the happiness using the individual himself. This component often is subject to discussion as it is assumed that a demented person can no longer pass judgment over this.

With the objective approach we study whether the actual circumstance the individual lives in satisfies his basic needs.

The qualidem is a measurement instrument that can be used to evaluate the quality of life amongst the demented elderly older than 65 and living in a retirement home. It is designed to evaluate the quality of life of a whole group, not an individual.

The qualidem consists of about 40 questions in nine subcategories that need to be answered by the caring personnel that deal with the patients every part of the day. (Ettema T., De Lange J., Drees R.M., Mellenbergh D., Ribbe M., 2005) After taking the test, the scores are counted per sub category, the higher the number, the higher the quality of life concerning this sub category.

Project Work

We made a deliberate decision to initiate a change by means of a project as this could mean a refreshing break from the daily routine both for the elderly and the team.

By phasing the project (initiation phase, preparation phase, execution phase, follow-up phase), everything is taken into account and we were better prepared when the project actually started.

The several phases keep influencing each other. Any choice you make in one phase has repercussions in the later ones and sometimes you will look back to the specific information or decision taken in the past.

A project should not be seen as a linear but rather as a circular event (Verbeke, 1988).

To achieve a successful result you have to rely on enthusiastic team members. Without a coherent and functional team, a project has very little chance of success.

The project customer: he approves the initiation of the project

The project team: they are the persons willing to participate in the project. And finally

The project responsible: he is the core figure of the project (Kor R., 2002).

Method

Due to the changes as a result of their dementia, elderly people often experience problems. During this project two problems were tackled by leveraging the meal.

- First of all there was an observation post that watched the demented elderly in several situations. I checked which elderly would be most helped by stimulation their quality of life.
As every elder has a very unique personality there is also a huge diversity in limitations. Finally we opted to work with 2 focus groups : one meal support group and one activity group.
Finally a choice was made to work with a fixed group of five demented elderly and provide them with an adapted personalized meal support.
For the adapted activities I mainly concentrated on four other elderly people with dementia. I always tried to stimulate them to participate in the activity.
It did also happen that other residents participated.
- When the nine follow-up residents were know we took their qualidem. The data was processed and the results plotted in a graph.
This accentuated the low points and made clear which aspects of the quality of life had to be tackled.
For the meal support team there were three aspects: 'restless agitated behavior', 'social relationships' and 'having something to do'.
The activity group scored low on 'restless agitated behavior' and 'having something to do'.
- With these clear goals, appropriate activities were found to stimulate these.
For the personalized meal support group this resulted in us eating together twice times a week to encourage social behavior and optimize self sufficiency.
The main goal was that a meal would become a pleasurable and calming moment in the day and would fully enjoy it.
Because we adapted the tasks of the 'activity group' to their level, simple tasks were created that allowed them to find the necessary rest and relaxation whilst giving them a useful spend of the day.
Since they were all confronted with meal time situations before, these where safe and known situations for them. (Making rice pudding, bake waffles, drink coffee made with a hand turned coffee grinder, make cakes, prepare soup, cook full meals and bake candy cakes.)
- After this several activities were done as planned.
During this period we had to adapt and make changes to allow the project to run smoothly. There was a change in the choice of the follow-up residents and more activities were executed.
- When all the activities were completed and the project got in the end phase a second qualidem was taken. These data are represented in a graph.

Results

Using the results of the qualidem in combination with personal evaluations/observations of the activities we can come to a conclusion. To make this more objective we took into account the opinion of, in the first place, the ergo therapist and the rest of the staff.

Attached graph shows little or no increase in the quality of life of the demented elderly, although this does not mean this project did not have any positive effects.

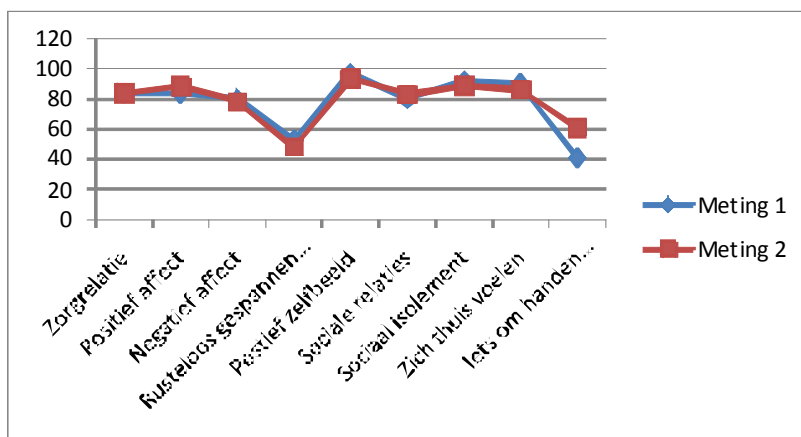
During the activities a clear positive change is noticeable however as the day wears on these subside with most elderly.

A better communication amongst the elderly was noticeable. The elderly were more spontaneous and reacted better to stimulation.

There was a greater self sufficiency and motivation than in similar situations.

They were calm and enjoyed the attention given to them.

The project around the meal routine was a positive contribution and it would be very worthwhile to continue this!



Literatuurlijst

Constant - De Visscher C., Doucet D., Van Averbeke D., Moeraert R. (2000). *Kwaliteitsvolle zorg voor dementerende ouderen*.

Gevonden op 22 November 2009 op <http://www.kluwer.be>

Jacobs, Th., L. Vanderleyden & L. Vanden Boer (Red.) (2004), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. CBGS-Publicaties. Antwerpen: Garant,

Kor (2008). *Werken aan projecten: aandacht voor mens en methode*. Kluwer: Deventer.

Abrahams (2005). *Op zoek naar welzijn. Naar een zorgvisie voor dementerenden: de bijdrage van Tom Kitwood*.

Gevonden op 20 November 2009 op <http://www.begralim.be>

Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M. (2005). *Handleiding Qualidem: Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*

Gevonden op 30 September 2009 op <http://www.trimbos.nl>

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	2
ARTIKEL	4
ARTICLE.....	7
INHOUDSTAFEL	12
INLEIDING	13
BRONNENONDERZOEK.....	14
1 LEVENSKWALITEIT	15
2 LEVENSKWALITEIT BIJ OUDEREN MET DEMENTIE	17
2.1 Netwerkmodel levenskwaliteit	17
2.2 Ouderen met dementie en levenskwaliteit	18
2.3 Kwaliteitszorg	19
2.4 Omgangsvormen	20
2.5 Persoonsgerichte zorg	21
2.6 Het meten van de levenskwaliteit bij ouderen met dementie: De qualidem.	23
2.6.1 Het meten van levenskwaliteit	23
2.6.2 Het meten van de levenskwaliteit bij ouderen met dementie	23
2.6.3 De qualidem.....	25
2.7 Besluit.....	25
3 PROJECTWERKING	26
3.1 De vijf fasen bij een project	27
3.2 De projectmedewerkers	28
3.3 Besluit.....	28
4 MAALTIJDGEBEUREN EN OUDEREN MET DEMENTIE	29
4.1 Het belang van het maaltijdgebeuren	29
4.2 Oorzaken van het niet of slecht eten.....	30
4.3 Aandachtspunten en tips.....	30
4.4 Besluit.....	33
5 HET PROJECT	34
5.1 Voorstelling stageplaats	34
5.1.1 De visie	35
5.1.2 Ergotherapie	35
5.2 Initiatiefase	36
5.3 Uitwerkingsfase	38
5.4 Voorbereidingsfase	45
5.5 Uitvoeringsfase	45
5.6 Nazorgfase.....	49
6 BESLUIT & DISCUSSIE	50
7 LITERATUURLIJST	52
8 BIJLAGE	54
8.1 Bijlage 1: De qualidem	54
8.2 Bijlage 2: Vragenlijst personeel	56

INLEIDING

Dit eindwerk is opgestart op vraag van mijn stageplaats, het rusthuis 'Binnenhof'. Zij kwamen met het voorstel om de levenskwaliteit bij ouderen met dementie op een open afdeling te verbeteren.

Het begrip levenskwaliteit is deze dagen niet meer weg te denken in de ouderenzorg. Omdat dit begrip zeer nauw aansluit bij ergotherapie en ikzelf het stimuleren van de levenskwaliteit één van de belangrijkste uitgangspunten vind bij het omgaan met mensen, ben ik gemotiveerd om hierover een eindwerk te maken.

Omdat mijn stageplaats opteert voor een open afdeling, waarbij zowel oudere met dementie als ouderen zonder dementie op dezelfde afdeling samenleven, gaf mijn stagebegeleidster aan dat hier soms enige wrijving tussen de beide doelgroepen kan ontstaan, zowel tijdens de maaltijd als tijdens de activiteiten.

De ouderen met dementie worden hier minstens drie keer per dag mee geconfronteerd dus lijkt het mij uiterst zinvol om dit aan te pakken.

Zo ben ik uiteindelijk bij mijn onderzoeksvraag gekomen: "Kan een project omtrent het maaltijdgebeuren bijdragen tot een betere levenskwaliteit bij ouderen met dementie op een open afdeling?"

Het project gaat over allerlei activiteiten omtrent het maaltijdgebeuren. Ik heb enkel het maaltijdgebeuren als middel gekozen omdat dit in de eerste plaats een belangrijk item is in de ouderen hun leven. Door maar één thema te kiezen kon ik mij hierop voldoende concentreren en dit volledig kan afhandelen.

Er zullen verscheidene activiteiten plaatsvinden over een periode van 3 maanden.

Zo zullen we een middagmaaltijd en ontbijt houden volgens het normalisatieprincipe, spek en eieren bakken op de afdeling zelf, reminiscentie, soep maken, wafels bakken ...

Ik zal informatie opzoeken omtrent projectwerking, levenskwaliteit, dementie en het maaltijdgebeuren. Van de projectwerking en levenskwaliteit wil ik te weten komen wat het precies inhoudt. Verder ga ik na of er eerder al projecten zijn opgestart die aansluiten bij mijn onderzoeksvraag.

Door mijn opzoekwerk over ouderen met dementie wil ik mijn doelgroep zo goed mogelijk leren kennen. Dit alleen zal echter niet voldoende zijn, ik zal hen ook observeren in verschillende situaties om zo hun sterke en zwakkere kanten te leren kennen.

Ik weet niet welke resultaten ik kan verwachten, ik hoop dat het mijn doelgroep positief zal beïnvloeden. Om dit te evalueren zal ik gebruik maken van een meetinstrument, de qualidem. Dit is een observatielijst waarbij men de levenskwaliteit van ouderen met dementie kan achterhalen. Deze neem ik af in het begin van mijn stage en op het einde, als alle activiteiten gepasseerd zijn.

Omdat de groep van dementerende ouderen te groot is, maak ik een selectie van 9 volgbewoners waarbij ik de qualidem ga afnemen om enig effect op te merken.

BRONNENONDERZOEK

Allereerst heb ik mijn onderzoeksvraag geanalyseerd om zo tot de belangrijke zoektermen te komen : levenskwaliteit, ouderen met dementie, het maaltijdgebeuren, ergotherapie en projectwerking.

Ik heb mij enkel toegespitst op de belangrijkste zoektermen.

In eerste instantie ben ik nagegaan wat de essentiële begrippen in mijn eindwerk als levenskwaliteit en projectwerking juist inhouden.

Hiervoor heb ik gebruik gemaakt van enkele zoekkanalen (Google Scholar, Google Books en Altavista) om een globaal beeld hierover te krijgen.

Levenskwaliteit is een steeds meer opkomend begrip waar steeds nieuwe studies naar verricht worden, maar waar nog veel discussie rond is. Tijdens mijn zoektocht heb ik gebruik gemaakt van verschillende zoektermen zoals levenskwaliteit, kwaliteit van het leven, Quality of life,...

Verder heb ik beroep gedaan op enkele bibliotheken waar ik uiteindelijk betrouwbare informatie heb gevonden omtrent projectwerking en ouderen met dementie.

Jammer genoeg heb ik geen informatie gevonden over wat de invloed kan zijn van projectwerking op de kwaliteit van het leven.

Hierna ben ik meer gericht te werk gegaan en ben ik al mijn begrippen gaan combineren om zo de juiste verbanden en invloeden op elkaar te formuleren.

Zo zijn er een aantal artikels die het nut beschrijven van levenskwaliteit bij ouderen met dementie.

Verder heb ik enkele eindwerken gevonden over kwaliteitsvolle maaltijdbegeleiding.

Ik heb ook informatie opgezocht over mijn stageplaats. Hiervoor heb ik voornamelijk het internet geraadpleegd, maar eveneens documenten die ze mij daar ter beschikking stelden.

Gedurende mijn stage ben ik bekend geraakt met hun visie, werking en manier van omgaan met ouderen met dementie.

Ik heb gebruik gemaakt van verscheidene databanken om zo mijn zoektocht uit te breiden, maar dit leidde niet steeds tot het gewenste resultaat (OTseeker, OTdatabase, Pubmed en Sciencedirect).

1 LEVENSKWALITEIT

In dit eindwerk wordt er nagegaan of een project omtrent het maaltijdgebeuren een positief effect kan hebben op de levenskwaliteit bij ouderen met dementie. Om hierop een antwoord te kunnen formuleren is het nodig om na te gaan wat levenskwaliteit juist inhoudt en hoe een ergotherapeut dit kan stimuleren.

Tot op de dag van vandaag is er nog steeds geen algemeen aanvaarde definitie om het begrip 'Kwaliteit van het leven' te omschrijven. Er zijn echter wel meerdere omschrijvingen rond dit begrip die verscheidene raakvlakken vertonen.

Dit biedt uiteraard zo zijn voordelen. Door de verschillende visies die men heeft over dit begrip, brengt dit een betere en diepere kijk over kwaliteit van het leven met zich mee. Enig nadeel echter is dat er verschillende discussies ontstaan (Cummins, 2005).

Het platform van handicap & ontwikkelingssamenwerking (2005) beschrijft levenskwaliteit als volgt :

"Kwaliteit van leven verwijst daarbij naar de mate waarin iemand tevreden en gelukkig is met zijn bestaan en persoonlijke doelen en wensen kan realiseren"

Maes en Petry (2006) hebben tijdens hun literatuuronderzoek mede beroep gedaan op de uitspraken van ondermeer Cummins (2005), Verdugo (2002) en Schalock (2004, 2005).

Zij vinden dat kwaliteit van het leven uit een aantal principes bestaat.

Allereerst is er een **eerste principe** dat zegt : *"Kwaliteit van leven is een multidimensioneel construct, beïnvloed door zowel persoonlijke als omgevingsfactoren en de interacties daartussen"* (Cummins, 2005; Schalock, 2004; 2005; Schalock et al., 2002).

Maes en Petry (2006) geven ook aan dat zowel de persoonlijke aspecten van het individu als zijn naaste omgeving invloed uitoefenen op de kwaliteit van leven. Wat vindt de persoon zelf leuk, welke activiteiten voert hij graag uit en welke niet?

Een zeer grote en belangrijke invloed is de aanvaarding van de omgeving. Indien men geen ondersteuning en positieve feedback krijgt van zijn naasten, zal dit demotiverend en negatief op hen inwerken.

Een **tweede principe** is dat *"het concept van kwaliteit van leven uit dezelfde componenten bestaat voor alle mensen"* (Cummins, 2005; Schalock, 2005; Schalock et al., 2002).

Iedereen heeft zijn eigen leven met zijn eigen prioriteiten en bezigheden. Maar men kan in grote lijnen een verband formuleren over de domeinen, die bij iedereen enigszins hetzelfde zijn en die bijdragen tot een kwaliteitsvol en gelukkig leven.

Rond het begrip 'kwaliteit van leven' worden er door enkele auteurs domeinen geformuleerd. Deze domeinen oefenen invloed uit op de kwaliteit van leven.

Felce (1996) en Summers (2005) onderscheiden hierin zes domeinen terwijl Schalock (1996) zich toespitst op een achttal domeinen.

Er is echter wel een grote overlapping. Zo zijn ze allen van mening dat de domeinen fysisch welbevinden, materieel welbevinden, sociale interacties, persoonlijke ontwikkeling en emotioneel welbevinden een zeer grote invloed hebben op de levenskwaliteit.

Felce (1996) echter richt zich hierbij tot de activiteit zelf als laatste domein.

Summers (2005) daarentegen praat over de opvoeding als zesde domein.

De drie overgebleven invloeden volgens Schalock (1996) zijn de volgende : zelfbepaling en autonomie, integratie in de gemeenschap en rechten.

Het is niet zo dat men zozeer de nadruk legt op het aantal domeinen dat men onderscheidt maar eerder dat deze erkend worden als onderdelen van de levenskwaliteit (Schalock, 2005).

Het **derde principe** beschrijft dat *"kwaliteit van leven zowel een subjectieve als een objectieve component bevat"* (Cummins, 2005; Schalock, 2005; Schalock et al., 2002; Verdugo et al., 2005).

Bij het woord 'objectief' denken we aan het zakelijke, zich bepalen tot de feiten (Kramers Woordenboek, 20e druk). Maes en Perty (2006) verwijzen bij deze objectieve component naar aspecten in de levenssituatie, die men kan evalueren en meten op een objectieve wijze.

Bij de subjectieve component, het partijdig zijn en bevooroordeelde (Kramers Woordenboek, 20e druk), is er een evaluatie door het individu zelf en men splitst deze component op in twee delen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de algemene tevredenheid van de persoon en het uitdrukken van positieve en negatieve emoties. Deze beide onderdelen worden ook aangeduid met de termen satisfaction en happiness.

Het **vierde en laatste principe** beschrijft *"dat kwaliteit van leven positief beïnvloed wordt door zelfbepaling, hulpbronnen, een levensdoel en een gevoel van verbondenheid"* (Cummins, 2005).

Hiermee wilt men aangeven dat het van zeer groot belang is dat men het individu steeds in de mate van het mogelijke betreft bij zijn leven. Men moet in staat zijn om zelf beslissingen te nemen, die op hun beurt gerespecteerd moeten worden (Schalock et al., 2002).

"Kwaliteit van leven is met andere woorden emancipatorisch, met zelfbepaling als sleutelbegrip" (Maes en Perty, 2006)

Uit bovenstaande informatie valt af te leiden dat heel de wereld gebaat is bij het verhogen van de levenskwaliteit, iedereen is hier steeds onbewust of bewust mee bezig. Er zijn veel omschrijvingen en definities gevormd omtrent levenskwaliteit maar uiteindelijk hebben ze steeds dezelfde mening als besluit : Iedereen streeft naar geluk en een kwaliteitsvol leven op alle mogelijke domeinen.

Doordat er rekening wordt gehouden met de mensen hun wensen en behoeftes hebben ze het gevoel dat ze gerespecteerd worden.

Ook ouderen met dementie hebben behoefte aan een goede kwaliteit van hun leven. Hier kan men als ergotherapeut een zeer grote bijdrage bij leveren.

2 LEVENSKWALITEIT BIJ OUDEREN MET DEMENTIE

Dankzij de vooruitgang van de medische wereld, is de levensverwachting van de ouderen gestegen waardoor er een vergrijzing optreedt in onze maatschappij.

In het jaar 2000 was 21,9% van de bevolking boven de zestig jaar. Men verwacht dat dit in 2050 zal oplopen tot een 32,5% (Rondia, Dobbelaar, Raeymaekers, 2007).

Door het onderdrukken of overwinnen van verscheidene ziektes worden de ouderen meer hulpbehoevend en krijgen ze vaak te maken met dementie.

Bij de vrouwen staat dementie in de top vijf van de ziektes met de hoogste sterfgevallen.

Het leidt tot een vermindering in de levenskwaliteit en is één van de belangrijkste oorzaken van sterfte (De Hollander, 2006).

Om deze mensen hun laatste levensfase nog zo aangenaam mogelijk te maken is het hoofddoel om hun levenskwaliteit te optimaliseren. Deze grondhouding zou voor iedere hulpverlener moeten gelden die met deze mensen in contact komt.

2.1 Netwerkmodel levenskwaliteit

Vanden Boer, Pauwels, Callens en Carrette (2006) hebben het LOVO–project opgestart, het LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen.

Met behulp van dit onderzoek probeert men de leefsituatie van de ouderen in kaart te brengen.

Dit bestaat uit twee onderzoeken, namelijk LOVO 1 en LOVO 2.

LOVO 1 vestigt zijn aandacht op thuiswonende ouderen. Bij LOVO 2 richt men zich naar rusthuis– en RVT–bewoners en tracht men de levenskwaliteit in het rusthuis/RVT te achterhalen vanuit het perspectief van de bewoners.

Hiervoor heeft Vanden Boer (2001) het netwerkmodel van Hughes (1990) verder ontwikkeld.



Figuur 1: Netwerkmodel levenskwaliteit

Dit model geeft nog maar eens aan dat het concept levenskwaliteit een multidimensioneel en complex karakter heeft. Uit bovenstaande figuur kan men afleiden dat het model bestaat uit verscheidene factoren. Deze worden zowel op een subjectieve als objectieve manier geëvalueerd en hebben direct of indirect een invloed op elkaar (Vanden Boer, Vanderleyden & Callens, 2007).

Wanneer thuiswonende ouderen en ouderen die in een rusthuis/RVT verblijven over levenskwaliteit spreken, blijkt er echter wel een verschil te zijn tussen de domeinen die men naar voor schuift.

Wanneer men in een andere woonomgeving komt is het belangrijk om een nieuwe thuis te creëren. Het is immers voor de meeste rusthuisbewoners een permanente verblijfplaats.

Rusthuisbewoners streven naar een optimale autonomie en veiligheid, dit zijn voor hen de belangrijkste domeinen (Vanden Boer, Pauwels, Callens en Carrette, 2006).

Bij autonomie denken zij aan het behouden van hun privacy, het maken van keuzes en zoveel mogelijk inspraak hebben. In de praktijk staat volgens Kane (1990) de keuzevrijheid omtrent het verlaten van de instelling, het gebruiken van de telefoon en het eten bovenaan.

Van Rensbergen (2001) omschrijft autonomie als een optimale zelfstandigheid op fysisch, psychisch, sociaal en religieus vlak. Bij een vertaling naar het dagelijkse leven wordt hiermee verwezen naar een gezellige en huiselijke inrichting, inspraak in het activiteitenaanbod, eigen keuze omtrent sociale contacten en het krijgen van respect voor hun individuele levensstijl.

Bij het domein veiligheid richt men zich op een veilige omgeving. Maar eveneens wil men op een respectvolle manier benaderd worden (van Campen en Kerkstra, 1998).

2.2 Ouderen met dementie en levenskwaliteit

Nog te vaak worden ouderen met dementie door hun omgeving en maatschappij aanzien als hulpbehoevend en abnormale mensen waar niet mee te communiceren valt. Als men met deze gedachte naar ouderen met dementie toe stapt, is de kans op een succesvolle therapie en/of relatie gedoemd te mislukken.

Zo zijn er verscheidene modellen die een algemeen beeld schetsen omtrent ouderen.

Het deficitmodel en het competentiemodel zijn er hier twee van. Het deficitmodel benadrukt de negatieve aspecten van het ouder worden, die de oudere voornamelijk aanziet als hulpbehoevende en eenzame mens.

Het competentiemodel daarentegen benadrukt de positieve aspecten van de ouderen en gaat in tegen het deficitmodel. Om de levenskwaliteit te stimuleren moet men een omschakeling maken van een deficit denken naar een competentie denken (Jacobs T., 2004).

Ouderen met dementie kunnen soms vreemd reageren in de ogen van hun omgeving. Ze doen dit niet met opzet, dementie is een niet te genezen ziekte met een aantal symptomen als gevolg.

Dementie is een chronische aandoening met een progressief verloop. Hierbij vindt er een vermindering plaats van de cognitieve vermogens met onder andere geheugen- en concentratieverlies, verandering in de persoonlijkheid, ... tot gevolg. Hierdoor is er een vermindering in hun functioneren op enkele belangrijke domeinen van de levenskwaliteit zoals de zelfredzaamheid, gezondheid, fysisch functioneren en zelfwaardering (Dröes, 2008).

Doordat ouderen met dementie na verloop van tijd geen duidelijk oordeel meer kunnen vellen is het moeilijk om hun kwaliteit van leven te kunnen vaststellen. Vaak denken 'gezonde' mensen dat de levenskwaliteit bij ouderen met dementie bijzonder laag is doordat dementie gevreesd wordt. Andere mensen zijn van mening dat ouderen met dementie alle besef met de werkelijkheid verloren hebben, waardoor ze met alles tevreden zijn (Trimbos Instituut, 2009).

Vilans (2008) heeft de levenskwaliteit van ouderen met dementie vergeleken met hun verzorgende. Hieruit bleek dat de levenskwaliteit van ouderen met dementie hoger lag dan hun verzorgende.

Zoals eerder in dit hoofdstuk vermeld, wordt de levenskwaliteit beïnvloed door vele factoren.

In dit eindwerk is er gekozen om de visie volgens Kitwood omtrent de persoonsgerichte zorg, het omgaan met ouderen met dementie en kwaliteitsvolle zorg te bespreken. Wanneer men aandacht besteedt aan al deze begrippen en men deze tracht te stimuleren, zal dit eveneens een positieve stijging teweeg brengen in de levenskwaliteit.

"Een betere omgang met ouderen met dementie en betere kwaliteit van zorg zal leiden tot een betere kwaliteit van leven." (Miesen,B., 2006)

2.3 Kwaliteitszorg

De Koning Boudewijnstichting heeft een project opgestart omtrent de kwaliteit van leven bij ouderen met dementie. Al reeds van het begin af aan bleek kwaliteitszorg hier een essentiële factor in te zijn (Koning Boudewijnstichting, 2009).

Wanneer men de kwaliteitszorg zo voldoende afstelt op het individu zelf en zijn beleving zal dit de levenskwaliteit gunstig beïnvloeden (Constant - De Visscher C., Doucet D., Van Averbeke D., Moeraert R.,2000).

Bij het woord 'zorg' wordt er onmiddellijk aan een optimale hygiënische verzorging gedacht. Maar dit omvat eveneens ook begrippen als de psychosociale en relationele zorg. Men moet oog hebben voor zowel het emotionele welbevinden van de oudere met dementie als het moeilijk verwerkingsproces die de familieleden ondergaan. Het is niet enkel de 'cure', het genezen en bestrijden van de ziekte, maar ook de 'care', de kwaliteit van de zorgverlening, waar we onze aandacht op moeten richten (Vanden Boer, Pauwels, Callens en Carrette, 2006).

"De doelstelling van een kwaliteitsvolle begeleiding/zorg is: ondersteuning geven aan de zorgvrager binnen de context van zijn individuele beleving, met andere woorden het 'subjectieve welbevinden', de kwaliteit van zijn leven bevorderen." (Constant - De Visscher C., Doucet D., Van Averbeke D., Moeraert R.,2000)

Het allerbelangrijkste bij het aanbieden, onderhouden of bevorderen van kwaliteitsvolle zorg bij ouderen met dementie is dat deze vertrekt vanuit de bewoner zijn individuele beleving. Deze moet de individuele kwaliteit van leven van de oudere met dementie ondersteunen.

Net als de levenskwaliteit en allerhande therapieën moet men steeds uitgaan van de ouderen met dementie. Wat door de ene als belangrijk aanzien wordt is niet zo zeer kwaliteitsvol voor de andere oudere met dementie. Iedereen hecht belang aan zijn eigen specifieke waarden (De Visscher C., Doucet D., Van Averbek D., Moeraert R., 2000).

Kwaliteit van zorg kan omschreven worden als een vertrouwde en veilige omgeving waar men omringd is door liefdevolle en respectvolle zorg (Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2007).

“Kwaliteitszorg is niet recht evenredig afhankelijk van beschikbare middelen.” (Abrahams, 2005). De visie van het rusthuis en het verzorgend personeel levert hier een zeer grote bijdrage.

2.4 Omgangsvormen

Ook de manier van omgaan met ouderen met dementie is medebepalend voor de levenskwaliteit.

- Het verzorgend personeel dat in contact komt met ouderen met dementie, moet over een enorm groot inlevingsvermogen beschikken om zo tot een stimulering van het activiteitsniveau en de positieve beleving te komen (Abrahams, 2003 - 2004). Het start al met de woordkeuze. Wanneer men praat over iemand die dement is wordt men vereenzelvigd met zijn ziekte. Om deze negatieve voorstelling tegen te gaan zou men voortaan moeten spreken over een persoon die dementie heeft (Rondia, Dobbelaar, Raeymaekers, 2007).

Ouderen met dementie doorleven vaak angstige momenten. Ze ervaren zelf hun beperkingen en voelen zich veilig in hun eigen wereld waar ze de controle over hebben. Het is belangrijk dat de hulpverlening zich empatisch opstelt, om zo beter de gedachtegang van de oudere met dementie te kunnen begrijpen en hem de nodige veiligheid te bieden.

Men moet de ouderen met dementie steeds serieus nemen en inspraak laten hebben in hun hulpverleningsproces. Het team moet steeds op een holistische manier naar hen toe kijken en hun beperkingen niet laten primeren op hun mogelijkheden. Ouderen met dementie zijn en blijven mensen met unieke persoonlijkheden (Rosseels, 2009).

Het personeel is soms te vaak bezig met het medische aspect van de handeling, terwijl men meer aandacht zou moeten besteden aan de affectieve noden van de oudere met dementie (Rondia, Dobbelaar, Raeymaekers, 2007).

- Bij de diagnose dementie wordt de persoon met dementie veel uit handen genomen. Hij wordt aanzien als iemand die niet meer in staat is om zelf keuzes te maken waardoor zijn mantelzorg dit in zijn plaats doet. Ze doen dit niet met opzet, maar ze hebben enkel het beste voor met hun familielid. Bij de persoon met dementie brengt dit echter een daling teweeg in zijn gevoel voor eigenwaarde. Meestal zijn de omringende zo vaak bezig met wat er niet meer is en wat veranderd is, terwijl men geen oog meer heeft voor wat reeds nog wel aanwezig is. Men moet zich durven openstellen en contact maken (Rosseels, 2009).

- Vaak is er een vermindering van de communicatie. De meeste ouderen met dementie zijn niet in staat om zich verbaal te uiten, maar proberen dit toch terwijl ze voor anderen onverstaaanbaar overkomen. Als de omgeving de persoon met dementie hier steeds mee confronteert is het begrijpelijk dat dit frustraties teweeg kan brengen. Er is ook veel af te leiden uit hun non-verbale communicatie.

Belangrijk is om hen het gevoel te geven dat we hen begrijpen aan de hand van herhalingen van hun woorden of bewegingen.

"Mensen met dementie spreken een andere taal, gebruiken andere codes en symbolen. Zowel artsen als niet-artsen moeten leren communiceren met mensen met dementie." (Rondia, Dobbelaar, Raeymaekers, 2007).

Ook ouderen met dementie zijn op zoek naar sociale contacten, personen waar ze mee kunnen praten en die hen begrijpen. Omdat deze weg vaak verstoord is voelen ze zich eenzaam en depressief en geraken geïsoleerd van de omgeving (Rosseels, 2009).

"Het is aan ons om nieuwe wegen tot contact te vinden" (Nancy Pearce, 2007).

- In de persoonsgerichte zorg is de wijze waarop de persoon met dementie zijn realiteit beleeft het uitgangspunt : de communicatie en relatie tussen de verzorgende en persoon met dementie moet optimaal zijn (Abrahams, 2005). De nadruk ligt meer op het behoud van de zelfstandigheid en een optimaal eigenwaardegevoel. Om hieraan te voldoen moeten we de omgeving aanpassen zodat er minder fout kan lopen, falen vermijden en succes bevorderen ! Bij ouderen met dementie zijn routine en geautomatiseerde activiteiten het meest doeltreffend en haalbaar. Wanneer we dit combineren met positieve bekrachtigen zal het machteloosheid en hopeloosheid tegen gaan (Rosseels, 2009).

2.5 Persoonsgerichte zorg

Tom Kitwood (1997) geloofde sterk in de onderlinge verbondenheid van mensen, het iemand zijn in relatie tot anderen. De persoon met dementie kan aan de hand van een andere zijn eigen emoties beleven en zichzelf aanvoelen als persoon.

De tevredenheid van het individu heeft invloed op de ganse groep en omgekeerd (University of Bradford, 2005).

Kitwood (1997) stelde zich steeds in de plaats van de persoon met dementie. Via deze empathische inleving kwam hij tot de conclusie dat de kwaliteit van communicatie zich vaak op een heel laag pitje bevond en dit een negatieve invloed had op het welbevinden van de persoon met dementie (Abrahams, 2005).

Elke interactie met andere personen, zowel korte als langdurige, levert een positieve bijdrage op het welbevinden. We hebben het hier over verbale interactie maar eveneens de non-verbale communicatie zoals wuiven, een knuffel of schouderklopje, glimlachen en oogcontact (University of Bradford, 2005).

Kitwood (1997) heeft een schema opgesteld dat men steeds voor ogen moet houden om het dementiegebeuren beter te begrijpen en te bestuderen.

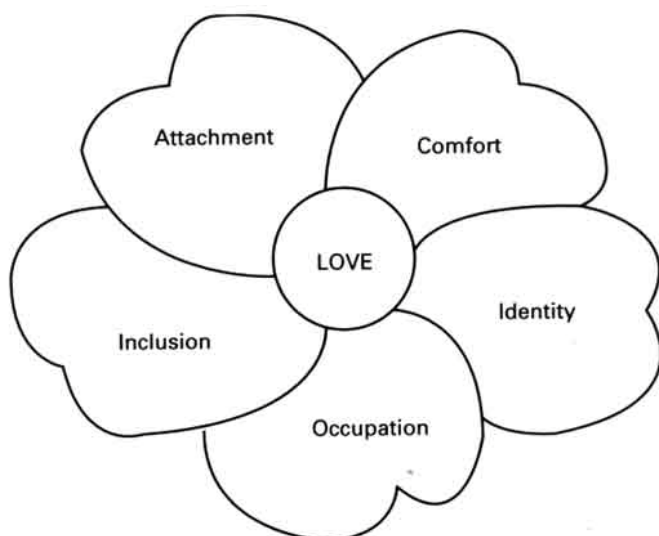
Het dementiegebeuren is een samenspel van verschillende factoren. Het is iets individueel wat afhankelijk is van het persoonlijk levensverhaal, het karakter, het fysiek functioneren, de neurologische schade en socio-psychologische omgeving. Zo is Kitwood (1997) uiteindelijk tot de volgende formule gekomen :

$$D = P + C + F + M + O$$

Dementie (D) bestaat uit de persoonlijke ervaring van de persoon met dementie (P), de cognitieve status (C), de fysieke status (F), de mentale status (M) en de omgevingskenmerken (O) (Abrahams, 2005).

Kitwood's (1997) gedachte vertrok steeds vanuit de oudere zelf en was dus persoonsgeoriënteerd.

Hij beschrijft een vijftal basisbehoeften bij ouderen met dementie, deze worden op een eenvoudige manier weergegeven in een bloem.



Centraal van de bloem staat het woordje liefde. Iedereen, zowel ouderen met dementie als ouderen zonder dementie, zijn op zoek naar warmte en geborgenheid. Men wil gerespecteerd worden en als waardig persoon aanzien en behandeld worden.

Zoals eerder in dit eindwerk vermeld worden ouderen met dementie zeer vaak geconfronteerd met hun beperkingen en verlieservaring. Bij het onderdeel omtrent comfort, bedoelt men het opbouwen van veiligheid en het geruststellen bij een confrontatie van de negatieve gevolgen van dementie. Men heeft nood aan een luisterend oor om hun pijn en verdriet te verzachten.

Ouderen met dementie krijgen vaak problemen met hun identiteit (Abrahams, 2005). Ze hebben al een heel levenspad doorlopen. Ze hebben elk hun eigen geschiedenis en herinneringen die van hun de persoon gemaakt hebben die ze nu zijn (Alzheimer Nederland, 2000).

Het is van groot belang om steeds de individuele levensloop van de persoon met dementie te kennen. Men blijft steeds gevoelig voor hun omgeving en zelfs ouderen met ernstige dementie blijven zichzelf en hun omgeving ervaren op hun eigen unieke manier.

Ouderen met dementie zijn vaak verward en zoeken steeds handelingen of voorwerpen op die ze herkennen en een bepaalde veiligheid opbouwen bij hen. Attachment staat voor gehechtheid. Men is op zoek naar een referentiepersoon die hen volledig aanvaardt en waar men op kan terugvallen in moeilijke situaties.

Mensen zijn van nature kuddedieren. We zijn sociale wezens die graag in groep leven en erbij willen horen : Inclusion. Bij ouderen met dementie uit dit gedrag zich vaak in onrust of aandachtzoekend gedrag. Indien men hier geen rekening mee houdt zal dit uiteindelijk tot sociaal isolement leiden.

Met occupation bedoelt men het betrokken zijn. Bij het aanbieden van activiteiten zullen deze afgesteld moeten worden op het niveau van de persoon met dementie. Men moet het gevoel hebben van zinvol bezig te zijn. Deze activiteiten kunnen zowel een productief, intellectueel, creatief of ontspannend karakter hebben. Zo niet kan de persoon met dementie zich apathisch gaan opstellen en zich gaan vervelen (Abrahams, 2005).

2.6 Het meten van de levenskwaliteit bij ouderen met dementie: De qualidem.

2.6.1 Het meten van levenskwaliteit

Naast de vele onderzoeken naar de levenskwaliteit zijn er ook verscheidene methoden om de levenskwaliteit te meten.

Er zijn ongeveer honderdvijftig meetinstrumenten om de levenskwaliteit te meten. De bevraagde aspecten kunnen oplopen tot een honderdtal. Het lijkt onwaarschijnlijk dat al deze meetinstrumenten hetzelfde resultaat meten maar toch meten ze allen de levenskwaliteit (Gabriëls, 2008).

In de zorgsector beschouwt men niet enkel het medisch aspect van groot belang, maar ook de kwaliteit van zorg en levenskwaliteit. Door de levenskwaliteit te meten kan men aan de hand van de resultaten een verdere behandeling uitwerken. Wanneer er een bepaalde interventie heeft plaatsgevonden kan men aan de hand van metingen achterhalen of deze enig effect had. De levenskwaliteit wordt steeds meer en meer gebruikt om doorslaggevende beslissingen te nemen (Vilans, 2009).

Wanneer men de levenskwaliteit van de zorgvrager achterhaald heeft men nog steeds geen duidelijk antwoord gegeven. Het is onmogelijk om dit in cijfers uit te drukken, net zoals de begrippen liefde, geluk, verdriet,... Het geeft enkel aan in welke mate iemand voldoet aan bepaalde kwaliteitscondities (Gabriëls, 2008).

Volgens Gabriëls (2008) wordt door het gebruik van het begrip levenskwaliteit de persoon in kwestie aanzien in zijn geheel. Men gaat de ziekte/aandoening niet langer scheiden van het de individuele en persoonlijke beleving van deze persoon. Het is dankzij deze holistische visie dat de zorgvrager centraal gesteld wordt bij de evaluatie hiervan. Het is niet langer een 'casus' die behandeld en geëvalueerd wordt maar een zorgvrager met 'een leven'.

2.6.2 Het meten van de levenskwaliteit bij ouderen met dementie

Het meten van de levenskwaliteit bij ouderen met dementie vormt een grote en belangrijke uitdaging. Doordat men steeds meer bezig is met het verhogen en stimuleren van de levenskwaliteit, is het ook van essentieel belang dat hiervoor een betrouwbaar meetinstrument wordt ontwikkeld (Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M., 2005).

"Meten is immers 'weten' en zonder 'weten' kan vaak geen goed beleid worden gevoerd." (Rondia, Dobbelaar, Raeymaekers, 2007)

Volgens deze auteurs is er nog meer en een gerichte research nodig naar het ziektebeeld dementie, de levenskwaliteit bij ouderen met dementie, de mantelzorg hiervan, hoe de autonomie/zelfredzaamheid het best geëvalueerd kan worden en welke hulpmiddelen het meest effectief zijn in hun situatie.

Zij vinden dat er geen juist meetinstrument kan ontwikkeld worden als er nog te veel vragen zijn over al deze begrippen (Rondia, Dobbelaar, Raeymaekers, 2007).

Vele auteurs beschrijven de levenskwaliteit als combinatie van verschillende meetbare factoren waarbij de cognitieve competentie een belangrijke positie inneemt (Lawton, 1994).

Men baseert zich steeds op de verschillende domeinen die men onderscheidt in de levenskwaliteit. Maar er is geen enkel instrument, dat zich bekommert om de relatie van de ouderen met dementie met het verzorgend personeel en de beleving van de personeelsomgeving.

Zo zijn er ook vele argumenten die menen dat de levenskwaliteit van ouderen met dementie ook daadwerkelijk aangetast is. Zij blijken vaak een meer depressieve houding aan te nemen, wat samen met een verminderd cognitief functioneren resulteert in een verminderde frequentie van plezierige activiteiten (De Deyn P.P., 2004).

Om de levenskwaliteit van iemand te bepalen maakt men gebruik van een objectieve en subjectieve component.

Bij de **subjectieve component** gaat men de tevredenheid proberen te achterhalen aan de hand van het individu zelf. Men gaat het bij de ouderen met dementie zelf navragen of men maakt gebruik van gedragsobservaties. Wanneer ouderen in dezelfde omstandigheden leven kunnen deze individuele persoonlijkheden verschillende oordelingen geven omtrent levenskwaliteit (Bruyninckx & Mortelmans, 1999).

Deze component wordt echter soms ter discussie gesteld omdat ouderen met dementie te maken hebben met een vermindering in hun cognitieve functies. Men gaat er van uit dat zij hierover geen juist oordeel meer kunnen vellen (Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M., 2005). Men kan ook gebruik maken van 'proxy ratings'. Hierbij wordt iemand van de naaste omgeving bevraagd.

Ouderen met lichte tot matige dementie kunnen vragen rond levenskwaliteit nog betrouwbaar beantwoorden (De Deyn P.P., 2004).

Het ideale meetinstrument zou toepasbaar moeten zijn voor ouderen met dementie in alle stadia (Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M., 2005).

Cummins (2004) en Hensel (2001) zeggen echter dat men ook tevreden kan zijn met zijn/haar leven (het subjectieve welbevinden) terwijl men in ongunstige leefomstandigheden leeft. Bijvoorbeeld, er zijn ouderen met dementie die hygiëne minder belangrijk kunnen vinden dan voordien waardoor ze kunnen weigeren om in bad te gaan of gewassen te worden.

Daarom is het dus belangrijk dat men ook rekening houdt met andere omgevingsfactoren, de objectieve component.

Met andere woorden : *"Het is dus niet verstandig om alleen subjectief welbevinden als uitkomstmaat te nemen voor interventies die beogen de kwaliteit van bestaan te verhogen."* (Cummins, 2004).

Gabriëls (2008) maakt hier echter nog een onderscheid in. Volgens hem komt het voor dat de levenskwaliteit van de zorgvrager kan botsen met die van zijn omgeving. Wanneer dit verschilt met de zorgverlening is dit volgens hem aanvaardbaar omdat er voor hen andere waarden tegenover staan. Als de belaste omgeving de familie of vrienden/kennissen betreft moet er een afweging gemaakt worden.

Bij de **objectieve benadering** gaat men na of de levensomstandigheden, waarin de oudere met dementie zich bevindt, voldoen aan de basisbehoeften.

Ook hierbij moet er rekening gehouden worden met de subjectieve benadering. Zo is er het gekend en toepasselijk spreekwoord: "Geld maakt niet gelukkig" (Gabriëls, 2008).

2.6.3 De qualidem

De qualidem is een meetinstrument, waarbij men de levenskwaliteit kan evalueren bij ouderen met dementie die ouder zijn dan 65 jaar en wonen in verpleeg- en verzorgingstehuizen. (zie bijlage 1)

Het instrument is getest bij een aantal ouderen met lichte tot zeer ernstige dementie, maar uiteraard zal men hiernaar de volgende jaren nog verder onderzoek verrichten om zo tot een optimaal meetinstrument te komen.

Het is echter niet geschikt om te gebruiken bij ouderen met dementie onder de 65 jaar, mensen met de ziekte van Parkinson of bij mensen in een terminaal stadium.

De qualidem is bedoeld om de levenskwaliteit van een ganse groep te evalueren. Het is niet geschikt om de levenskwaliteit van de bewoners individueel te bepalen, tenzij de resultaten mee beoordeeld worden door de mening van anderen, zoals bijvoorbeeld familie en/of personeel (Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M., 2005).

De qualidem bestaat uit een veertigtal vragen en negen subschalen (zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen, en iets om handen hebben) die ingevuld moeten worden door verzorgenden die gedurende ieder moment van de dag met de bewoners geconfronteerd worden. Het moet steeds door twee personen tegelijk ingevuld worden omdat dit een grotere betrouwbaarheid met zich meebrengt.

Naast de veertig vragen zijn er nog drie items die apart gescoord worden : geniet van de maaltijd, wil niet eten en wil graag liggen.

Na het afnemen van de lijst worden de scores per subschaal opgeteld, er wordt geen totale score berekend.

Zo heeft men uiteindelijk één cijfer voor elke subschaal. Hoe hoger dit getal, hoe hoger de levenskwaliteit omtrent deze subschaal. Van hieruit kan men starten met het opstellen van een goede en gerichte behandeling. De gebieden die zeer laag scoren, gaat men trachten te stimuleren tijdens de interventie.

Bij ouderen met zeer ernstige dementie is er een aangepaste lijst die bestaat uit éénentwintig vragen. Hierbij zijn er enkele subschalen die wegvallen : positief zelfbeeld, zich thuis voelen en iets om handen hebben (Boudry, 2007).

2.7 Besluit

Uit bovenstaande informatie kan men afleiden dat de levenskwaliteit door vele factoren beïnvloed kan worden.

Tom Kitwood (1997) geeft aan dat oudere met dementie een optimale communicatie het belangrijkste vinden, terwijl Vandenboer (2006) beschrijft dat de ouderen een optimale autonomie en veiligheid verkiezen.

De essentie echter blijft steeds dezelfde: Men vertrekt steeds vanuit de beleving van de oudere met dementie, men vraagt zich af hoe hij behandeld wil worden en wat resulteert in een positieve beleving.

Net als de vele omschrijvingen van het begrip levenskwaliteit zijn er ook veel instrumenten uitgevonden om dit te meten. De qualidem is een betrouwbaar en waardevol meetinstrument waaruit doelgerichte interventies kunnen ontstaan.

3 PROJECTWERKING

In dit hoofdstuk komt het begrip "project" aan bod.

Maar waarom wordt er in dit eindwerk gekozen om het maaltijdgebeuren aan te pakken aan de hand van een project?

Indien men een handeling wil uitvoeren, om enige verandering teweeg te brengen die buiten de dagelijkse routine valt, is het gunstig om dit via een project uit te werken (Kor, 2002).

"Het begrip 'project' zou men kunnen omschrijven als een samenhangend geheel van werkzaamheden of activiteiten die gericht zijn op het bereiken van een bepaald doel. Deze omschrijving dient echter verder aangevuld en gepreciseerd te worden" (Verbeke, 1988).

Volgens Grit (1997) zijn er drie werkzaamheden : improvisatie, routinematige werkzaamheden en projectmatig werken.

Bij improvisatie gebeurt er een ongewone gebeurtenis waar men meteen op reageert, dus niet volgens een doordacht plan.

Routinematige werkzaamheden zijn voorspelbaar en bestaan uit herhaaldelijk gebeurtenissen. Hierbij moet men niet steeds nadenken over een juiste aanpak, dit heeft in het verleden al vaak plaats gevonden en is een automatisme geworden.

Projectmatig werken is een mengeling van de twee begrippen improvisatie en routinematige werkzaamheden.

Een project is slechts tijdelijk van aard waarvan men het eindresultaat reeds op voorhand tamelijk goed kan inschatten en het bestaat uit een geheel van verscheidene activiteiten die men kan onderscheiden.

Het project is geen doel op zich maar een middel om een bepaald doel te bereiken. Hierbij gaat het om zaken die minder voorspelbaar zijn en buiten de normale regeling vallen, meer structuur te geven zodat ze beter hanteerbaar en controleerbaar zijn.

Er zijn volgens Verbeke (1988) enkele eigenschappen die onder de noemer project kunnen geclassificeerd worden :

- *Doelgericht werken* : er worden concrete doelstellingen nagestreefd.
- *Planmatig en methodisch handelen* : de activiteiten verlopen op een bewust doordachte wijze.
- *Tijds kader* : bij projectmatig werken zullen de activiteiten zich afspelen in een afgebakend tijds kader. Hierdoor zullen onrealistische verwachtingen teruggeschroefd worden.
- *Begrenzing* : als laatste eigenschap beschrijft Verbeke (1988) dat een project wordt begrensd door de mogelijkheden die beschikbaar worden gesteld. Er zal rekening moeten gehouden worden met de beschikbare middelen.

Het is eerst en vooral een kwestie van goed denkwerk te verrichten om daarna over te gaan naar de werkelijke uitvoering in de praktijk (Kor, 2002).

3.1 De vijf fasen bij een project

Bij projectwerking kan men een vijftal fasen onderscheiden :

De initiatiefase

In de allereerste fase moet er een juiste omschrijving van het probleem, planning en het eventuele resultaat vastgelegd worden. Men moet de juiste inhoud en de beoogde doelstelling ervan voor ogen hebben (Vlaams Kenniscentrum PPS, 2009).

Bij projectwerking is er een zeer goede communicatie vereist tussen alle medewerkers. Wanneer alle medewerkers op dezelfde golflengte zitten heeft dit een vlotte en zinvolle communicatie tot gevolg.

In deze fase legt men het idee voor aan de directie in de hoop dat ze dit goedkeuren (Kor, 2002).

De voorbereidingsfase

In de tweede fase gaat er definitief beslist worden of het eventuele project van start kan gaan. Men gaat een antwoord zoeken op allerhande concrete vragen omtrent het project. Indien men hierop een antwoord heeft gevonden kan men met een projectvoorstel op de proppen komen.

Hierna gaat men al de samenwerkingspartners voldoende informeren zodat zij weten wat van hen verwacht wordt (Kleine Sociale Ondernemer, 2005 - 2009).

Doordat men doordacht te werk zal moeten gaan wordt er vaak gebruik gemaakt van een projectgroep. Dit betekent dat een groep mensen met elkaar zullen moeten samenwerken om het project tot een goed einde te brengen (Verbeke, 1988).

De uitwerkingsfase

Bij deze fase gaat men de activiteiten beschrijven die het project tot stand doen brengen. Men stelt een schema op waarin alle activiteiten beschreven staan die men gedurende het project zal uitvoeren. Er wordt gekeken welke zaken haalbaar zijn en welke niet, en er worden oplossingen gezocht voor eventuele problemen (Handreiking Interactief Werken, 2008).

De uitvoeringsfase

Nu gaat het project daadwerkelijk van start. Ook in deze fase moet men de betrokkenen steeds informeren en op de hoogte houden van de stand van zaken. Er wordt gekeken of het proces nog loopt zoals het de bedoeling was. Indien men hier voldoende inzicht over heeft kan men het zo nodig bijsturen. (Handreiking Interactief Werken, 2008)

"Een goed begin is het halve werk en daarom: bezint eer je begin !" (Kor,2002).

De nazorgfase

In de laatste fase van het project volgt er een evaluatie om eventuele veranderingen op te merken. Ook deze worden meegedeeld met alle betrokken partijen. Verder wordt er besproken hoe we het project nog kunnen verder zetten en hoe we dit eventueel kunnen bijsturen (Kor, 2002).

Doordat het project maar kleinschalig is zal er gebruik worden gemaakt van een eenvoudig model dat uit de vijf bovenstaande fasen bestaat.

Bij grotere projecten, die veel moeilijker beheersbaar zijn, kan men het best voor meer complexere modellen kiezen (De Cauter F. en Walgrave L., 1999).

Deze fasen beïnvloeden elkaar voortdurend. De keuzes die men maakt hebben steeds invloed op latere momenten, en soms zal men ook achterom kijken naar bepaalde informatie of beslissingen die men genomen heeft.

Men moet projectmatig werken eigenlijk niet als rechtlijnig beschouwen, maar eerder als een circulair gebeuren (Verbeke, 1988).

3.2 De projectmedewerkers

Om dit alles tot een goed einde te brengen zal men beroep moeten doen op enthousiaste medewerkers. Zonder een goed samenwerkend team heeft het project weinig kans op slagen.

Zo is er de opdrachtgever. Dit is de persoon die de toestemming geeft om het project op te starten. Hij is meestal de baas van de projectverantwoordelijke.

Medewerkers die bereid zijn om mee te werken aan het project : men zal goed moeten kunnen functioneren in groep mits er een goede samenwerking vereist is, en men zal taken moeten uitvoeren die worden toegewezen.

Als laatste is er nog de projectverantwoordelijke. Hij is de spilfiguur van het project. Hij heeft de meest belastende en zwaarste taak doordat bij hem de meeste verantwoordelijkheden worden gelegd.

Zo zijn er enkele vaardigheden waarover een projectleider moet beschikken :

- Men zal een leidinggevende functie op zich moeten nemen.
- Durven spreken voor een groep.
- Taakgerichte en aangepaste activiteiten aanbieden op de maat van de ouderen met dementie.
- Over goede communicatieve vaardigheden beschikken. Dit om zowel de ouderen met dementie als de teamleden te motiveren en te overtuigen van het nut van het project, en dit tot een goed einde te brengen.
- Een gedreven teamlid zijn om tot een optimale teamwerking te komen.
- Een energiek en enthousiast persoon.
- Kunnen omgaan met conflicten en deze zodoende kunnen oplossen zonder één van de betrokken partijen aan te vallen.
- Over organisatorische kwaliteiten beschikken (Kor R., 2002).

3.3 Besluit

Een interventie uitvoeren aan de hand van een project is zeer doeltreffend. Wanneer men de verschillende fases goed en zorgvuldig doorloopt wordt er niets over het hoofd gezien. Het zorgt voor de nodige structuur. Uiteraard blijft een goede voorbereiding en een goede communicatie tussen de verschillende projectmedewerkers noodzakelijk om dit alles tot een goed einde te brengen.

4 MAALTIJDGEBEUREN EN OUDEREN MET DEMENTIE

Het is kwart voor twaalf en alle bewoners worden naar hun plaats begeleid door het verzorgend en verplegend personeel.

Staf wordt apart aan tafel gezet in een hoekje van de kamer. Door zijn dementie eet hij zeer onsmakelijk, waardoor hij wordt afgewezen door de andere bewoners. Jos wordt eveneens apart aan tafel gezet om dezelfde redenen, maar door eerdere opmerkingen van de familie mogen Staf en Jos niet meer samen aan tafel zitten. Zij vinden dit onsmakelijk in Jos zijn plaats.

Het eten arriveert in een ijzeren kar waar het eten beurtelings wordt uitgeschept voor de bewoners.

De ouderen met dementie krijgen hun eten maar laten dit onaangeroerd liggen. Als het personeel het niet te druk heeft geven ze hen hun eten nog als het warm is.

Het eten wordt door elkaar gemengd, de bewoner met dementie krijgt een hap toegestopt en het personeel is even verder om een andere taak uit te voeren.

Terwijl men nog steeds aan het eten is, begint het personeel al met opruimen. De geluiden van het bestek dat in een ijzeren kom wordt geworpen en borden die op elkaar worden geplaatst nemen de bovenhand ...

4.1 Het belang van het maaltijdgebeuren

De levenskwaliteit bij ouderen met dementie wordt mede bepaald door de maaltijdzorg (Heylen A., 2005).

Volgens Vollmann (2000) maakt de zelfredzaamheid, waaronder de voedsel- en vochtopname, een zeer belangrijk deel uit in iemand zijn leven. Deze moet optimaal ondersteund worden om de persoon in kwestie op een meest menswaardige en respectvolle manier te benaderen.

Onder een goede en evenwichtige voeding wordt niet enkel een goede voedingswaarde verstaan, maar het moet eveneens tegemoetkomen aan de lichamelijke gezondheid en sociale behoeften (De Maesschalck, Claes en Huysmans, 2007).

maar er hangt ook een relationele en psychische betekenis aan vast wanneer men een bewoner begeleidt bij zijn maaltijd. Men moet een eenvoudige handeling die men jarenlang heeft beoefend uit handen geven. Hiermee sterft een deel van de bewoner zijn zelfstandigheid en autonomie, men moet iets uit zijn leven uit handen geven.

Het sociale aspect is iets wat in alle culturen voorkomt, samen tafelen is erg sfeerbepalend (Blom, Tjadens Withagen, 2000).

De oudere met dementie vervalt in een primitiever bestaan, waarin primaire levensbehoeften zoals eten, drinken, rust en warmte overheersen. Primitieve sensorische en motorische prikkels zijn vaak nog de enige mogelijkheid waarmee ze contact hebben met hun omgeving (De Maesschalck, Claes en Huysmans, 2007). Het maaltijdgebeuren is een ervaring die meerdere keren per dag terugkeert. Daarom is het belangrijk dat zorgafhankelijke bewoners dit als iets positiefs en aangenaams ervaren (Stichting PDL 2002 – 2009).

Bij ouderen met dementie is het niet eten een vaak voorkomend probleem, dat eveneens gevolgen kan hebben op lichamelijk vlak. Door het weinige voedsel dat ouderen met dementie eten maakt dat zij minder calorieën binnenkrijgen. Dit heeft vaak ondervoeding tot gevolg indien dit lang aanhoudt. Via de juiste voedingsinterventie en aangepaste zorg dient dit voorkomen te worden (Heylen A., 2005).

Een ander vaakvoorkomend probleem is het overgewicht. Ouderen met dementie gaan minder bewegen en wanneer ze dit combineren met nog steeds dezelfde hoeveelheden voedsel zal hun gewicht uiteraard toenemen.

Een goede en evenwichtige voeding is prioriteit met de nodige hoeveelheden eiwitten, vitamines en mineralen. Voornamelijk ijzer en kalk primeren hier.

“Minder eten in een goede samenstelling is het motto” (Blom, Tjadens Withagen, 2000).

4.2 Oorzaken van het niet of slecht eten

Wanneer iemand weigert te eten, denkt men vaak - onterecht - onmiddellijk aan een hongerstaking. Men gaat er van uit dat de oudere met dementie het eten niet wil opeten.

De meest voorkomende situaties tijdens de maaltijd zijn dat de bewoner zijn voedsel niet kan doorslikken, weigert op te eten of het uitspuwt (Stichting PDL 2002 – 2009). Er zijn meerdere oorzaken die aan de basis van dit probleem kunnen liggen :

- Een verandering van medicatie kan zorgen voor een verminderd bewustzijn.
- Door pijn of abcesvorming in de mond kan kauwen van voedsel pijn teweeg brengen.
- Het voedsel heeft een onaangename temperatuur, geur of smaak.
- De oudere met dementie verkeert in een depressieve toestand of heeft een andere ziekte waardoor de eetlust verminderd is.
- Er zijn storende omgevingsfactoren.
- De oudere is al zo ver gevorderd in zijn dementie dat hij niet meer begrijpt wat eten inhoudt, hij herkent het eten niet of weet niet meer hoe dit moet.
- etc... (Vleugels J, 2009).

4.3 Aandachtspunten en tips

Zo zijn er enkele aandachtspunten en tips die men steeds voor ogen moet houden wanneer men de maaltijdbegeleiding verzorgt bij een oudere met dementie.

Het voedsel

De presentatie, de smaak, de geur, de temperatuur van het eten, ... Dit zijn allemaal aspecten die meespelen bij het aanbieden van een kwaliteitsvol maaltijdgebeuren.

Als eerste aandachtspunt is er de temperatuur van het eten. Wanneer men eten aanbiedt aan ouderen met dementie moet men ervoor zorgen dat het eten niet te warm is zodat de bewoner zich niet verbrandt. Het eten mag daarentegen ook niet koud zijn maar moet een aangename lauwe temperatuur hebben (De Maesschalck, Claes en Huysmans, 2007).

Een tweede tip zodat de oudere met dementie beter zou eten is de presentatie van het eten op het bord. Al de ingrediënten liggen apart op het bord en worden niet ondereen gemengd. Laat de ouderen met dementie genieten van de verschillende smaken die worden aangeboden.

Uiteraard spreekt het voor zich dat een lekkere smaak van het voedsel het eten bevordert (Vollmann, 2000).

Een derde tip omtrent het voedsel is zoetheid. Doordat ouderen met dementie vaak verzot zijn op zoetheiden kan een lekker tussendoortje in het begin van de maaltijd de bewoners stimuleren hun maaltijd op te eten (Blom, Tjadens Withagen, 2000).

Ouderen met dementie hebben geen bewust doorleefde honger meer, bij hen is er meer de drang naar suikerrijke voeding (De Ridder D., 2003).

Als vierde tip is er nog een techniek om ouderen met dementie beter te laten eten, de zogenaamde fingerfood. Dit houdt in dat de bewoner het voedsel met zijn handen opeet. Hierdoor kan de persoon met dementie weer een tijd langer zijn zelfstandigheid bewaren mits het eten met bestek te gecompliceerd geworden is. Hierdoor worden ook de zorgverleners weer wat ontlast bij de maaltijdbegeleiding.

Een vijfde tip geeft aan dat gemixt eten ook nadelen met zich meebrengt. Het malen van voedsel wordt vaak gedaan om zo slikproblemen tegen te gaan. Maar het kauwen wordt ook aanzien als een vorm van bewegen en het heeft een positieve invloed op de stemming en het geheugen. Als men niet of slecht kauwt zijn er bepaalde hersenstructuren die een achteruitgang kennen.

Aan de hand van het kauwen verrijkt men de omgeving wat zeer belangrijk is voor het ouder wordende brein. Uit neurobiologische studies blijkt dat hierdoor de oudere met dementie kunnen meer prikkels verkrijgen waardoor hun hersenen beter gaan functioneren. (Scherder, 2003)

"Het is en blijft belangrijk dat dementerenden 'mondwerk' blijven doen (kauwen, bijten...)" (De Ridder D., 2003).

Zo is er nog een laatste maar zeer belangrijk aandachtspunt. Het is eveneens geweten dat er een verband bestaat tussen vetten en vasculaire dementie. Deze brengt cholesterol teweeg, wat dan plaques in de hersenen vormt die typisch zijn voor een oudere met Alzheimer. Om het proces van het ziektebeeld niet te versnellen zal men hier rekening mee moeten houden (De Ridder D., 2003).

Begeleidingsstijl

Ouderen met dementie blijven lang beseffen dat het eten een daad is van zelfstandigheid. In het begin van het dementieproces is het maaltijdgebeuren een situatie die zeer gevoelig ligt bij hen. Ze voelen zelf aan hoe stuntelig hun eetgedrag geworden is, en door het negeren van vragen over gedragingen van hun eetgedrag of opmerkingen van medebewoners voelen ze zich beledigd.

Het spreekt voor zich dat de persoonlijke benadering van het verzorgend personeel heel veel invloed heeft op de kwaliteit van de maaltijdbegeleiding. Als begeleider moet men juiste houdingen aannemen en consequent reageren op de gedragingen van de ouderen met dementie (Blom, Tjadens Withagen, 2000).

Hieronder worden een aantal aandachtspunten rond de begeleidingsstijl op een rij gezet.

- Om bovenstaand gevoel te onderdrukken moeten ze zoveel mogelijk eigen inbreng kunnen brengen in hun eetsituatie. Laat bijvoorbeeld de ouderen met dementie zelf kiezen wat voor beleg ze tussen hun boterham willen 's morgens. (Blom, Tjadens Withagen, 2000). Er zou ook steeds gestreefd moeten worden naar een optimale zelfstandigheid. Simpele aanpassingen aan het bestek kunnen hierin al een zeer groot verschil in maken.
Meestal is het zo dat in rust- en verzorgingstehuizen de oudere met dementie pas keuzes mag maken omtrent zijn maaltijd wanneer hij palliatief is (Vollmann 2000). Doordat deze ouderen problemen hebben met hun geheugen, voornamelijk vergeetachtigheid, hebben zij geen overzicht op wat ze elke dag eten of drinken. De kans bestaat dat ze in het geval van uitersten heel de dag door eten omdat ze zich hun maaltijd niet kunnen herinneren. Of de tegenpool, ze eten juist niets omdat ze volgens hun beleving net gegeten hebben. Hierdoor zijn ze meer afhankelijk van het verzorgend personeel om hun verstoord eetpatroon terug te herstellen. Routine en structuur liggen hier aan de basis, eten op steeds dezelfde tijdstippen en dezelfde plaatsen (Blom, Tjadens Withagen, 2000).
- Iedereen die in contact komt met ouderen met dementie tijdens het maaltijdgebeuren, moet zich er bewust van zijn dat dit meer tijd vraagt dan voorheen, of bij bewoners die niet aan dit ziektebeeld lijden (Blom, Tjadens Withagen, 2000).
De hulpverlener moet laten zien en voelen aan de bewoner dat hij er is voor hem, zijn aandacht moet dan ook volledig naar hem gaan.
Handelingen zoals twee bewoners tegelijkertijd voeden of tussendoor even afruimen zijn uit den boze (Stichting PDL 2002 – 2009).
Wanneer de begeleider zijn tempo en gedragingen afstelt op het tempo en de handelingen van de oudere met dementie, zal er een betere interactie aanwezig zijn wat leidt tot beter eten. De oudere met dementie voelt zich meer begrepen. Hij herkent zichzelf hierin, en dit wekt meer vertrouwen op.
Elke oudere met dementie heeft zijn eigen rituelen en gewoontes tijdens het eten. Het is belangrijk dat de hulpverlener hier bewust op inspeelt (De Ridder D., 2003).
- De beperkte communicatie en bespreekbaarheid van de kwaliteitszorg met de ouderen met dementie zelf, maakt dat de hulpverlener soms een onzeker gevoel krijgt. De voedselbeleving is dan voornamelijk afhankelijk van zijn interpretatie. Men voelt zich hier verantwoordelijk voor maar krijgt echter maar weinig feedback in de plaats (De Maesschalk L., 2002).
Men moet er bewust mee bezig zijn en alert zijn of de oudere met dementie al dan niet plezier heeft wanneer hij eet of drinkt (Stichting PDL 2002 – 2009). De verbale stimulatie en het communiceren tijdens het eten is van onschatbare waarde. Het benoemen wat de oudere ziet en wat hij proeft biedt eveneens een meerwaarde hieraan (Vollmann, 2000).
- Naast een goed contact tussen de bewoner en de hulpverlener moet er eveneens een goede multidisciplinaire samenwerking zijn. Indien er geen vlotte samenwerking en communicatie is tussen de verschillende disciplines zal dit voor knelpunten zorgen tijdens de maaltijdzorg (Heylen A., 2005).
De ergotherapeut bijvoorbeeld wil de oudere met dementie graag laten genieten van zijn maaltijd waardoor hij rustig zijn tijd zal nemen. Hij zal ook maar 1 oudere tegelijk begeleiden tijdens het eten. Dit kan frustratie en irritatie opwekken bij de rest van het personeel die snel 2 oudere eten geven om zo snel hun ander werk te kunnen verder zetten.

- Zo zijn er nog enkele praktische zaken waar je als begeleider op moet letten :
 - Neem steeds plaats schuin voor de oudere met dementie en houd oogcontact.
 - Zet u neer op ongeveer dezelfde hoogte.
 - Neem geen te grote of te kleine dosis eten op de vork en veeg steeds resterende etensresten af die eventueel aan de mond of kin blijven hangen.
 - Meng het eten NIET ! Laat de oudere met dementie al de verschillende smaken apart proeven.
 - Zorg ervoor dat de oudere met dementie steeds een goede zithouding aanneemt. Dit geldt eveneens wanneer men de bewoner in bed eten geeft, een rechtopzittende houding bevordert het slikken.
 - Er moet rekening gehouden worden met de leefgewoonten van de oudere met dementie, hoe vreemd deze soms ook kunnen zijn (*Fredrikze- de Jong 2009*).

Omgevingsfactoren

Buiten het eten zelf en de vorm van begeleiding hebben ook de omgevingsfactoren een grote invloed op het maaltijdgebeuren.

Zoals eerder vermeld kunnen er meerdere aspecten aan de oorzaak liggen waarom iemand niet wil eten. Daarom is het uiterst belangrijk dat we het maaltijdgebeuren in zijn totale context aanzien.

- Zo is het leuk om aan een gezellige tafel te zitten met andere mensen, waar men een goed contact mee heeft en waardoor men geapprecieerd wordt.
- Het voorbij waaien van een lekkere aangename geur bij de aankomst van het eten dat er heerlijk uitziet.
- Een rustige, aangename en overzichtelijke omgeving
- Vaak gaat men er van uit dat rustgevende muziek op de achtergrond het maaltijdgebeuren positief beïnvloedt, terwijl het beste geluidsdecor om het eten te stimuleren absolute stilte is.
- Er zijn geen andere activiteiten onder het maaltijdgebeuren toegestaan (Vanlaere, 2008).
-

Kortom : *“Een maaltijd moet een aangenaam, kleurrijk en geurend gebeuren zijn”* (Vanlaere, 2008).

4.4 Besluit

Het maaltijdgebeuren is en blijft steeds een absolute prioriteit. Het blijkt veel meer te zijn dan gewoon eten geven. Het is een complex gebeuren waarbij allerhande zaken komen kijken en waar men rekening mee moet houden. Hierdoor zou het in elk rust- en verzorgingstehuis de maximale aandacht moeten krijgen, en is het absoluut geen schande dat hier veel tijd ingestoken wordt. Dit wil niet zeggen dat de hulpverleners veel meer werk hebben, de maaltijd moet een rust- en ontspannend moment zijn in een spanningsvolle dag.

5 HET PROJECT

5.1 Voorstelling stageplaats

Rusthuis Binnenhof maakt deel uit van de rusthuizengroep Armonea. Armonea is gespecialiseerd in wonen, zorg- en dienstverlening voor senioren en heeft residenties, serviceflats, rusthuizen en woon- en zorgcentra verspreid over België.

Armonea biedt aan senioren :

- een aantrekkelijke leefomgeving
- dienstverlening op maat
- een kwalitatieve zorg, ...

Rusthuis Binnenhof is een volledige nieuwbouw met een sfeervolle en zeer ruime accommodatie.

In het rusthuis verblijven een zestigtal mindervaliden, validen en ouderen met dementie. De gemeenschappelijke ruimtes staan vrij ter beschikking voor de bewoner en zijn familie (cafeteria, dagzaal, kapsalon, kinéruimte en zithoeken).

Er is bewust gekozen voor een open afdeling, zowel ouderen met als zonder dementie leven samen op dezelfde afdeling. Hierdoor wil men het gemeenschapsleven stimuleren.

Men tracht een omgeving aan te bieden met dezelfde service en kwaliteit zoals zij zelf hun familie wensen te verzorgen. Men streeft voortdurend naar een verbetering in de aangeboden zorgverlening, hierbij vormt respect de basis.

Er wordt eveneens veel belang gehecht aan de mening van de bewoner. Er is de gelegenheid om op elk moment van de dag zijn mening te geven over de zorg- en dienstverlening aan het personeel of medewerkers.

Men stelt de bewoners steeds centraal, men aanziet hen als een uniek persoon met elk hun eigen uniek levensverhaal. Tijdens een eerste kennismakend gesprek kan de bewoner vertellen over zijn levensloop, hobby's en gewoonten waardoor zorg op maat wordt nagestreefd.

Er wordt eveneens rekening gehouden met familie en vrienden, deze zijn steeds van harte welkom. Op geregelde tijdstippen organiseert het rusthuis een familieraad voor de familieleden.

Er is een multidisciplinair team aanwezig dat dag en nacht klaarstaat voor de bewoners. Deze bestaat uit directie, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, verzorgenden, animatrices, ergotherapeuten, kinesisten, technische dienst, keuken- en onderhoudspersoneel en een administratief bediende. Aan de hand van een oproepcentrale kunnen de bewoners op elk moment van de dag beroep doen op de nodige hulp.

Zij omschrijven hun missie als volgt : " *Het huisvesten en/of verzorgen van bejaarden zoals jij of je familie wenst verzorgd te worden, met behoud van vrijheid van de bewoner, met respect voor de bewoner, familie, medewerker en bestuur, en met aandacht voor het individu*" (Rusthuizen Van den Brande, 2005 - 2006).

5.1.1 De visie

De overgang naar een rusthuis is immers enorm zwaar voor hen. Ze moeten afscheid nemen van hun ouderlijk huis en hun omgeving. Het personeel moet hen helpen om de overgang te vergemakkelijken.

Men gaat proberen om zijn vroegere leven te evenaren. De meeste bewoners wonen er permanent en mogen zich geen gevangen voelen in hun eigen huis. Vandaar dat iedereen zijn best doet om een huiselijk sfeer te creëren. De ouderen krijgen de gelegenheid om zelf hun kamer in te richten met hun eigen meubels. Het is immers hun laatste levensfase en het is onze taak om deze zo aangenaam mogelijk te maken.

Aan de hand van een bewoners – en familieraad wilt men de bewoners en hun familieleden zo veel mogelijk betrekken bij het leven van de oudere. Hier kunnen ze eventuele opmerkingen steeds kwijt en dit biedt de mogelijkheid om enige verandering te brengen in de werking van het rusthuis.

De ouderen zijn nog steeds baas van hun eigen leven en men gaat in het mate van het mogelijke ingaan op hun vraag en wensen. Bijvoorbeeld, extra fruit tijdens het ontbijt, 's middags boterhammen i.p.v. een warme maaltijd,...

In het rusthuis binnenhof worden de ouderen in hun waarde gelaten en zoveel mogelijk gestimuleerd tot een optimale zelfstandigheid.

Er worden ook groepsactiviteiten tot hun beschikking gesteld. Dit is niet zozeer om hen bezig te houden, maar om hen te betrekken bij het groepsgebeuren. Om hen te stimuleren tot eventueel sociaal contact te leggen met één of meerdere bewoners, om te leren samenwerken, ...

5.1.2 Ergotherapie

In het rusthuis Binnenhof is er een goede samenwerking tussen de ergotherapeute, animatrice en kinesist, het KEA-team. Het begeleiden van een project is iets wat meerdere personen kunnen, maar er zijn ook zeker raakvlakken met het vak ergotherapie.

Zo zijn er enerzijds enkele vaardigheden waarover een projectleider moet beschikken die eveneens aanleunen bij de capaciteiten van een ergotherapeut (zie hoofdstuk 3.2). Ook tijdens de opleiding komt men in aanraking met projectwerking.

Anderzijds is er de definitie van de ergotherapeut die nauw samenhangt met het uitoefenen van enige invloed op de levenskwaliteit bij ouderen met dementie aan de hand van een project.

“De ergotherapeut is de paramedicus die de mensen met fysieke, psychische en/of sociale disfuncties begeleidt met het oog op het bevorderen, terugwinnen en/of in stand houden van het zo optimaal mogelijk functioneren in hun leef-, werk-, en ontspanningssituatie, via concrete activiteiten daaraan ontleend en rekening houdend met hun draagkracht en de draaglast vanuit de omgeving” (Nat. Raad voor Paramedische Beroepen, 1996).

Het project zal plaatsvinden in de ouderen hun leefsituatie waarbij de activiteiten vooral zullen gericht zijn op ontspanning, zinvolle dagbesteding, het normalisatieprincipe en reminiscentie.

Ook hier probeert men enige verandering teweeg te brengen aan de hand van doordachte doestellingen gekoppeld aan verschillende activiteiten die uitgevoerd worden. Ergotherapie is meer als louter activiteiten aanbieden aan de ouderen.

De ergotherapeut gaat in de mate van het mogelijke beroep doen op de oudere zijn mogelijkheden zodat iedereen aan de verschillende activiteiten kan deelnemen zonder zijn grens te overschrijden. Het creatief zoeken naar deze aanpassingen is een sterk punt voor de ergotherapeut.

Een ergotherapeut stelt zich steeds in de plaats van de ouderen. Al het personeel dat in contact komt met de ouderen moeten hen aanzien in hun totaliteit: hun persoonlijkheid, hun mogelijkheden en hun beperkingen, hun verwachtingen, hun noden en interesses, ...

Aan de hand hiervan proberen ze in contact te komen met de ouderen. De ouderen met dementie kunnen zich vaak in hun eigen (vroegere) wereld bevinden waarbij de ergotherapeut naar het juiste aanknopingspunt gaan zoeken om zo een relatie en interactie tot stand te brengen. De manier van omgaan met de persoon kan hem doen open bloeien, waardoor hij beter kan omgaan met problemen en zich hieraan kan aanpassen.

Dit kan door allerlei soorten prikkels aan te bieden (zien, horen, proeven, voelen en ruiken), ADL-activiteiten, beleving van het materiaal, ...

Bij ouderen met dementie zal men vaak op een eenvoudig en lager basaal niveau moeten gaan werken zodat zij zichzelf als persoon gewaardeerd en geaccepteerd voelen.

Dit alles brengt een betere levenskwaliteit met zich mee en een zo optimaal mogelijk functioneren.

De hulpverlening is een onmisbare schakel om levenskwaliteit te stimuleren en op peil te houden. De relatie met elkaar moet professioneel zijn en respect is de basis van dit alles.

5.2 Initiatiefase

Situatieschets

Zoals men uit voorgaande informatie kan afleiden is het bewezen dat de levenskwaliteit bij ouderen met dementie daadwerkelijk lager ligt dan bij hun medebewoners. Er wordt hen zoveel uit handen genomen waardoor dit een vermindering in hun zelfstandigheid, zelfwaardergevoel, ... teweeg brengt, met een verminderde levenskwaliteit tot gevolg.

In het rusthuis 'Binnenhof' is er bewust gekozen voor een open afdeling, m.a.w. zowel ouderen met dementie als ouderen zonder dementie leven er samen op dezelfde afdelingen.

Het is vanzelfsprekend dat er soms enige spanningen of strubbelingen zijn. De ouderen leven van de ene dag op de andere plots samen met 60 totaal andere en unieke persoonlijkheden.

De ouderen met dementie hebben nog maar weinig realiteitsbesef en lijden aan decorumverlies. Medebewoners vinden hun gedrag vaak ongepast en vreemd. De ouderen met dementie beseffen dit echter zelf niet en vanuit hun beleving gedragen zij zich normaal. Doordat zij vinden dat ze juist handelen gaan ze dit gedrag niet veranderen wat tot onbegrip leidt bij hun medebewoners. Hun medebewoners zijn daarom geneigd om contact met hun te vermijden.

Dit probleem komt voor in verschillende situaties, alsook bij het maaltijdgebeuren.

Probleemstelling

Door de veranderingen ten gevolge van de dementie stoten ouderen met dementie vaak op enkele problemen. Gedurende het project worden hier 2 problemen aangepakt.

- Het maaltijdgebeuren is voor bepaalde ouderen met dementie een onaangenaam gebeuren. Zo zijn er enkele ouderen met dementie die afgezonderd worden van hun medebewoners. Zij eten vaak onsmakelijk waardoor niemand met hen samen wil tafelen. De ouderen met dementie die wel samen aan tafel zitten met enkele medebewoners worden soms genegeerd omdat ze zich agressief opstellen of vreemd gedragen. Het verplegend en verzorgend personeel is steeds druk in de weer om iedereen tijdig van eten te voorzien. De ouderen met dementie die begeleid moeten worden gedurende het maaltijdgebeuren krijgen pas hulp wanneer hun eten al koud is. Door de hoge werkdruk is het personeel steeds hevig in de weer om alles tot een goed einde te brengen. De ouderen krijgen niet de tijd om hun maaltijd rustig op te eten en worden haastig geholpen, ook al is het algemeen geweten dat het eten trager verloopt bij ouderen met dementie. Alles wordt onmiddellijk na elkaar gegeven zonder enige rustpauze in te lassen. Om het nog vlotter te laten verlopen mengt het personeel hun eten onder elkaar.

Wanneer er familie aanwezig is nemen zij nog te vaak beslissingen voor de oudere met dementie, bijvoorbeeld wat men wil drinken.

- De ouderen met dementie hebben vaak problemen om aan bepaalde activiteiten deel te nemen. Deze zijn soms van een te hoog niveau voor hen en niet aangepast aan hun kunnen. Hierdoor worden ze te vaak geconfronteerd met hun beperkingen en onveilige situaties.

Ze kunnen hun dag niet meer op een zinvolle manier doorbrengen. Vaak zitten ze doelloos op hun kamer of op de gangen rond te dolen.

Het komt vaak voor dat ze in paniek zijn, ze kunnen situaties in hun omgeving niet plaatsen omdat ze in hun verleden leven.

Betrokkenen

Er zijn enkele projectmedewerkers die zeer intensief hieraan meewerken. Zo zijn er de volgbewoners die gedurende drie maanden elke week de activiteiten zullen bijwonen en het KEA – team waar steeds om de nodige hulp gevraagd kan worden.

Het rusthuis telt ongeveer een zestigtal bewoners, deze kunnen onmogelijk in dezelfde mate betrokken worden bij het project. Degene die hiervoor interesse tonen mogen in de mate van het mogelijk de activiteiten bijwonen, ook de ouderen zonder dementie. Er zullen waarschijnlijk wel grenzen gesteld moeten worden.

De veertig personeelsleden worden eveneens op de hoogte gebracht. Zij mogen steeds een activiteit bijwonen indien zij dit willen en hun inbreng meedelen.

Aangezien hun druk werkschema en er vaak een personeelstekort is, worden ze niet gedwongen tot enige medewerking.

Er is een zeer nauwe samenwerking met de ergotherapeute. Zij zal het project mee in goede banen leiden. Als mijn stage is afgelopen zal zij het project, of delen hiervan, indien mogelijk verderzetten.

Zij maakt deel uit van het KEA–team. De kinésiste en animatrice delen samen met de ergotherapeute dezelfde visie en willen indien nodig hun hulp aanbieden.

De directeur van het rusthuis zal mee toezicht houden op het project. Hij wil ook steeds op de hoogte gehouden worden wat er in zijn rusthuis aan de gang is. Indien nodig zal ook hij zijn opmerkingen delen met ons.

Verder zal er eveneens een nauwe samenwerking zijn met het keukenpersoneel. Zij zullen zich flexibel moeten opstellen doordat dit project wat verandering in hun schema meebrengt als ook extra werk

Ook het verzorgend en verplegend personeel en de medebewoners die deel uitmaken van de projectmedewerkers. Zij zullen op de hoogte gebracht worden van wat er juist die drie maanden gaat gebeuren.

Als laatste zijn er dan nog de familieleden van de volgbewoners die uiteraard ook willen weten wat er met hun familielid gebeurt tijdens dit project.

Voorwaarden

Alvorens het project te starten zullen eerst alle medewerkers geïnformeerd worden. Hierna zal er een selectie gemaakt worden van de ouderen met dementie zodat men tot een observatiegroep komt. De activiteiten zelf, hun tijdstip en de plaats waar deze zullen plaatsvinden zullen eveneens besproken worden nadat de qualidem afgenomen en verwerkt is.

5.3 Uitwerkingsfase

Concretiseren van de probleemstelling

Concreet ga ik aan de hand van dit eindwerk proberen te achterhalen of aangepaste maaltijdbegeleiding en aangepaste activiteiten omtrent het maaltijdgebeuren een positief effect kunnen hebben op de levenskwaliteit bij ouderen met dementie.

In de eerste plaats doen we dit voor de ouderen met dementie. Ze moeten het maaltijdgebeuren als iets positiefs ervaren en hier optimaal van kunnen genieten.

Op deze manier maken we het ook aangenamer voor hun medebewoners. De oudere met dementie verhuist naar een andere tafel waardoor het voor de andere ouderen eveneens wat aangenamer wordt. Hoewel de ouderen met dementie dit niet met opzet doen kan hun eetgedrag soms onsmakelijk overkomen naar de andere bewoners toe. Doordat de ouderen met dementie meer individuele aandacht krijgen zal ook de kans op roepen verminderen. Hierdoor is het voor iedereen een rustigere omgeving.

Als laatste brengt het werken rond maaltijdbegeleiding een ontlasting van het werk met zich mee voor het verzorgend en verplegend personeel.

Nu moeten zij veel tijd vrijmaken om de ouderen met dementie eten te geven. Als ze gemorst hebben moet ook dit weer opgekuist worden. Soms zijn de ouderen met dementie slechte en trage eters waardoor ze harder moeten werken om op hun werkschema te blijven.

Specificeren van de doelgroepen

Omdat ik de werking, het personeel en de bewoners van het rusthuis nog niet kende heb ik in het begin van mijn stageperiode vooral geobserveerd.

Gedurende deze periode heb ik mij vooral geconcentreerd op de ouderen met dementie. Ik heb hen geobserveerd tijdens verschillende situaties : de eetsituatie, activiteiten, invulling van hun dode momenten, ...

Verder heb ik getracht een therapeutische relatie op te bouwen, om zo de latere samenwerking vlot en aangenaam te laten verlopen.

Uiteindelijk is er de keuze gemaakt om met een vaste groep van vijf ouderen met dementie de aangepaste maaltijdbegeleiding te verzorgen.

Voor de aangepaste activiteiten zal ik mij voornamelijk op vier ouderen met dementie concentreren. Ik zal hen steeds proberen te stimuleren om aan de activiteit deel te nemen. Het kan ook gebeuren dat er andere bewoners de activiteiten zullen bijwonen.

Hieronder volgt er een individuele beschrijving van de negen volgbewoners.

- Maaltijdgroep :

Marion

Marion is een vrouw met ernstige dementie. Zij leeft steeds in haar eigen wereldje en heeft heel vaak last van stemmingswisselingen. Van de ene minuut op de andere kan haar goed humeur overslaan in boosheid en agressie. Dit is ook afhankelijk van de manier waarop men haar benadert. Ze zit vaak heel de dag aan tafel waar ze door een tijdschrift bladert. Soms neemt ze deel aan activiteiten (wanneer men haar er zelf bijhaalt) of wordt ze door haar bezoek mee naar haar kamer genomen.

Marion is iemand die traag en soms slecht eet. Ze zit tijdens het maaltijdgebeuren samen aan tafel met vier andere vrouwen. Er is echter weinig contact tussen Marion en haar medebewoners en het personeel heeft ook geen tijd om Marion aandacht te geven tijdens het eten. Door haar vreemde gedragingen (het uitgieten van haar koffie in haar bord en op de tafel) krijgt ze vaak boze blikken toegeworpen van haar medebewoners en wordt ze soms genegeerd.

Yannick

Yannick is een man met ernstige dementie, die maar weinig rust kan vinden. Hij zit vaak voor de tv maar kan dan beginnen te roepen om zijn vrouw of vader. Wanneer men hem de nodige afleiding bezorgt of aandacht geeft, is hij rustiger. Doordat Yannick vaak afgezonderd wordt van zijn medebewoners en hij rolstoelgebonden is, heeft hij maar heel weinig sociale contacten. Yannick eet vaak heel onsmakelijk. Hij moet doorgaans wat moeite doen om zelfstandig te eten en neemt hier steeds een voorovergebogen houding bij aan. Hierdoor valt er soms wat eten en speeksel uit zijn mond en heeft hij steeds last van een lopende neus. Ook het drinken gaat moeilijk door zijn houding waardoor hij vaak morst.

Wanneer Yannick in bad is geweest, is hij hierdoor vaak zo uitgeput dat hij in slaap valt en men hem dus moet helpen bij het maaltijdgebeuren.

Yves

Yves is een man met ernstige dementie, hij slaapt grotendeels tijdens de dag. Yves heeft soms wel heldere momenten wanneer hij wakker is en op dat ogenblik heeft hij nood aan activiteiten en sociale contacten. Hij is dan spraakzaam, men kan er eenvoudige korte gesprekken mee voeren en hij neemt uit eigen initiatief contact met zijn medebewoners.

Ook Yves moet afgezonderd van zijn medebewoners eten. Hij moet zeer vaak geholpen worden omdat hij vaak slaapt. Wanneer hij zelfstandig eet komt ook dit onhandig en onsmakelijk over. Yves zat vooraf bij Yannick aan tafel, maar op vraag van de familie hebben ze hen gescheiden.

Gitte

Gitte is een vrouw met ernstige dementie. Zij geniet heel erg van aandacht en fysiek contact. Ze is zeer snel vermoeid en roept vaak. Bij transfers roept ze steeds omdat ze bang is om te vallen. Ook wanneer zij in de zetel of het bed ligt begint ze soms te roepen. Dit kan ook zijn door het feit dat ze niet graag alleen is.

Gitte zit aan een grote tafel bij het maaltijdgebeuren. Er is echter geen medebewoner die sociaal contact zoekt met haar. Het eten verloopt moeizaam en onhandig, Gitte morst vaak. Ook tijdens de maaltijd is Gitte vaak aan het zuchten en roept ze soms, waardoor ze afgekeurd wordt door haar medebewoners. Ze klaagt vaak dat het nimmer gaat en dat ze het niet meer weet.

Tom

Tom is een man met ernstige dementie, maar is tamelijk tevreden met zijn leven. Hij zoekt zelf maar weinig contact op, tenzij hij iets nodig heeft. Tom zit de ganse dag in de krant of een boekje te bladeren. Verder houdt hij heel erg van muziek en zingt mee met de liedjes die hij kent. Tom werkt steeds enthousiast mee met een activiteit of tijdens de kinesitherapie. Tijdens het eten zit Tom aan tafel bij enkele mannelijke medebewoners maar helemaal apart aan de zijkant, wat afgezonderd van de rest. Hij eet heel traag en begint meestal met zijn eten te spelen. Zo durft hij zijn beker met koffie om te gieten. Tom geeft niet graag zijn zelfstandigheid uit handen, hij eet graag alleen.

- Activiteitengroep

Tina

Tina is een vrouw met matige dementie. Zij is meestal op zoek naar een dagbesteding, ze loopt grotendeels van de dag doelloos van haar kamer naar de refter en visa versa. Ze is meestal samen met een andere medebewoonster en ze zitten soms samen in hun kamer.

Tina heeft nood aan veiligheid en vertrouwen. Ze voelt zelf nog aan dat er veranderingen gebeuren en voelt zich soms verward. Ze heeft steeds haar handtas bij, dit geeft haar houvast.

Tijdens een activiteit werkt ze goed mee, mits ze wat vertrouwd is met de activiteit, zo niet kan ze zich wat teruggetrokken opstellen. Wanneer men Tina gaat uitnodigen wilt ze vaak niet mee omdat ze niet goed weet wat ze moet doen of waar ze heen gaat. Ze zegt dan vaak dat ze nog bezoek verwacht, dat ze nog wacht op iemand of dat ze ergens pijn heeft.

Lieve

Lieve is een vrouw met ernstige dementie. Het is iemand die graag op zichzelf is maar ze geniet ook van het sociaal contact als ze zich in een groep bevindt. Lieve komt heel verward en verstrooid over. Het is bijna onmogelijk geworden om een echt gesprek met haar te voeren. Haar verhaal vertoont maar weinig samenhang en ze heeft last van woordvindingsproblemen. Wanneer men aan haar iets vraagt, kan het gebeuren dat ze volledig naast de vraag antwoordt. Lieve kan spontaan beginnen te praten of stort zich in een gesprek. Lieve kan binnen gaan bij andere medebewoners op de kamer waar ze zich opdringerig opstelt. Dit alles kan uitsluiting door haar medebewoners veroorzaken.

Lieve loopt vaak hevig en doelloos rond door de gang.

De activiteiten moeten voor Lieve op een heel laag niveau zijn met eenvoudige handelingen. Ook het aanbrenge van informatie moet eveneens zeer eenvoudig zijn.

Jantien

Jantien is een vrouw met matige dementie. Zij is over het algemeen tamelijk tevreden over haar leven. Soms kan ze wat verward zijn en zegt ze dat er voorwerpen gestolen zijn bij haar.

Jantien zit vaak in haar zetel naar buiten te kijken tijdens dode momenten. Tijdens een activiteit neemt ze zelf initiatief tot sociaal contact en werkt goed mee.

Jantien geeft zelf niet spontaan aan zich te vervelen. Wanneer men haar gaat uitnodigen om deel te nemen aan een activiteit zegt ze bijna altijd 'ja' en geeft aan dat ze anders maar in de zetel zou blijven zitten. Ze kent ook periodes van negatieve stemmingen maar meestal is ze goedgezind.

Leen

Leen is een vrouw met matige dementie en ze is tevreden over haar leven. Ze is zeer gemakkelijk in omgang. Ze is bijna altijd goedgezind, werkt steeds goed mee en is vaak zeer enthousiast tijdens een activiteit en het eventueel bekomen resultaat ervan.

Zij trekt vaak op met Lieve maar het gebeurt dat haar aanwezigheid haar soms te veel wordt.

Leen is iemand die geaccepteerd wordt door haar medebewoners en het personeel.

Ook zij gaat vaak in op een uitnodiging voor een activiteit en geeft dan aan dat ze anders toch maar in slaap zou vallen in de zetel.

Leen gaat soms samen met Lieve of een andere medebewoner naar het gelijkvloers om daar gezellig samen in de zithoek bij te kletsen.

Risicoanalyse

Het kan zijn dat er zich enkele problemen voordoen.

Het zijn mensen met negen verschillende persoonlijkheden. Het kan zijn dat ze niet zo'n goede relatie hebben met iemand van hun medebewoners en dat dit het maaltijdgebeuren of de activiteiten negatief kan beïnvloeden.

Als laatste zijn de ouderen met dementie nog steeds baas over hun eigen leven. Wanneer zij aangeven niet deel te willen nemen aan dit project moet hun keuze gerespecteerd worden.

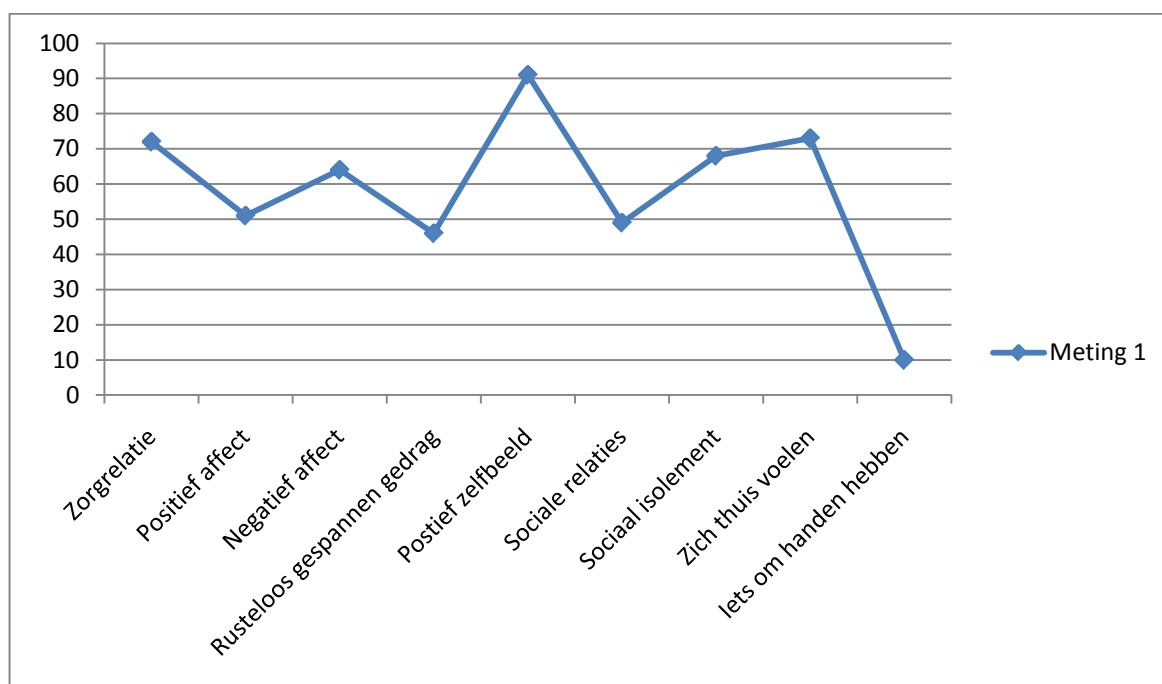
Verschillende activiteiten

Na het afnemen en verwerken van de Qualidem kon ik daadwerkelijk de activiteiten gaan uitschrijven.

Na het verwerken van de resultaten kon ik doelgericht te werk gaan.

Eerste afname Qualidem

Tabel 1: Gemiddelde middagmaal



Uit bovenstaande grafiek kan men afleiden dat de domeinen 'rusteloos gespannen gedrag', 'sociale relaties' en 'iets om handen hebben' het minst scoren.

- *Sociale relaties*

Omdat enkele bewoners steeds afgezonderd van hun medebewoners eten en anderen genegeerd worden aan tafel door hun 'storend' gedrag, wil ik de relaties tussen hen proberen te stimuleren door samen te tafelen. Ze zullen gedurende het project steeds op dezelfde plaats met dezelfde bewoners hun middagmaal opeten.

Doordat men plaatsneemt aan een tafel waar men geapprecieerd wordt zal dit eveneens de neiging tot enig contact uitlokken.

Ikzelf zal dit trachten te stimuleren. Ik zal hen voorstellen aan elkaar, hun betrekken bij een gesprek, hun vaak bij hun voornaam noemen, ...

- *Iets om handen hebben*

Het komt vaak voor dat het personeel de ouderen met dementie zelf eten geeft. Dit gaat veel sneller en zo kan de etenskar tijdig naar de keuken gebracht worden. Hierdoor wordt weer een deel van hun zelfstandigheid uit handen genomen terwijl ze dit eigenlijk nog zelfstandig kunnen.

Zo voorkomen ze dat de ouderen met dementie op hun kledij morsen en moeten ze hun kledij niet vervangen.

Om dit item te stimuleren zullen de ouderen met dementie zo zelfstandig mogelijk eten. Indien hen dit niet lukt zal ik hen de nodige hulp aanbieden of hen trachten verbaal te stimuleren, maar deze hulp probeer ik zo beperkt mogelijk te houden om zo een optimale zelfstandigheid te bekomen.

- *Rusteloos gespannen gedrag*

De belangrijkste doelstelling is dat het maaltijdgebeuren voor hen een aangenaam en rustgevend moment in de dag wordt waar ze ten volle van kunnen genieten.

Door de angstige gedachten in hun hoofd en de repetitieve dwanghandelingen die ze uitvoeren komen ze vaak gespannen over.

Men moet hen laten voelen dat ze op hun eigen tempo mogen eten zodat ze hier met de volle honderd procent van kunnen genieten.

Als ze hun soep op hebben neem ik niet onmiddellijk de beker uit hun handen zodat ze onmiddellijk kunnen overschakelen op het hoofdgerecht. Er worden bewust kleine pauzes ingelast tussen de verschillende gangen. Dit geldt eveneens na het eten, ze worden niet onmiddellijk van de tafel verwijderd om naar het toilet te gaan.

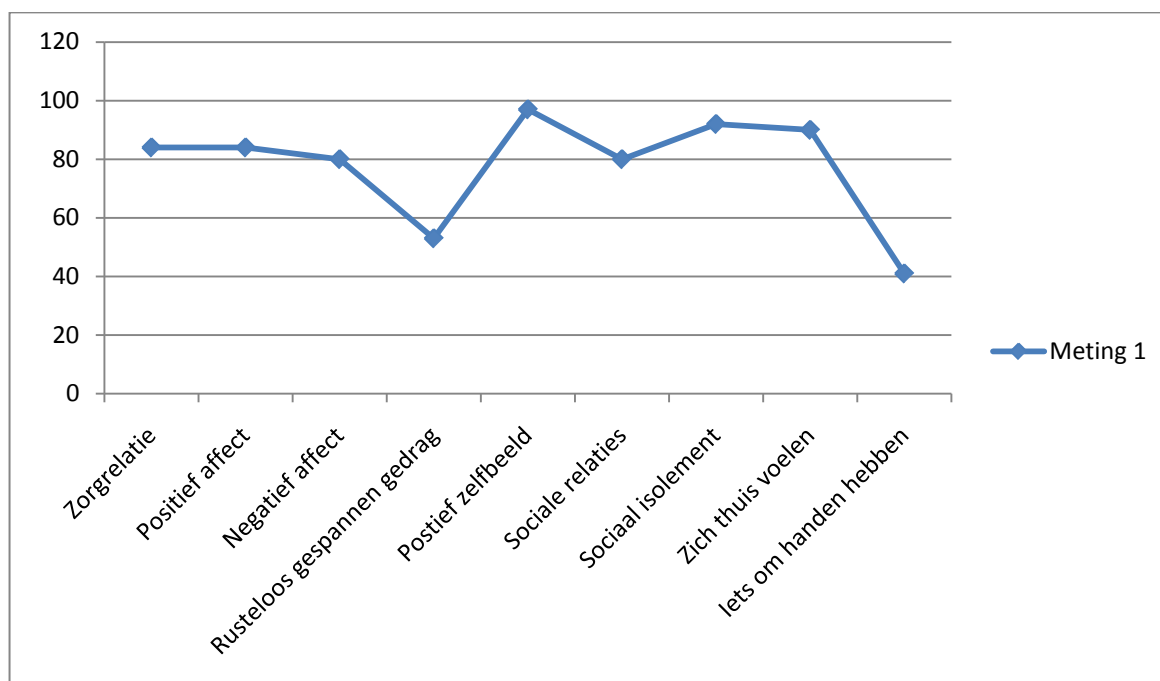
Het aangepast maaltijdgebeuren zal twee maal per week plaatsvinden, elke maandag- en woensdagmiddag.

Als latere aanvulling van het project is er elke dinsdagmorgen een aangepaste ontbijtsituatie.

Het maaltijdgebeuren zal plaatsvinden op het gelijkvloers en niet in de kelder zoals eerder gepland was. Zo hebben de ouderen niet het gevoel dat ze afgezonderd worden van hun medebewoners.

Het verwenontbijt daarentegen gaat door in een aparte ruimte omdat dit jaloezie teweeg zou kunnen brengen bij medebewoners. Zo kunnen ze rustig ontbijten, en telkens wordt er iets extra aan het ontbijt toegevoegd waardoor het wat uitgebreider wordt in keuze en in tijd (chocolade mannetje, koffiekoeken, ...).

Tabel 2: Gemiddelde activiteitengroep



Uit bovenstaande grafiek kan men afleiden dat de domeinen 'rusteloos gespannen gedrag' en 'iets om handen hebben' het minst scoren.

- *Rusteloos gespannen gedrag*

Er is opzettelijk gekozen voor activiteiten omtrent het maaltijdgebeuren. Dit zijn veilige en bekende situaties voor hen, hiermee zijn ze in het verleden allemaal geconfronteerd. Dit gevoel tracht ik nog meer te stimuleren door soms te reminisceren, zowel mondeling als aan de hand van triggers. Doordat de activiteiten aangepast zijn aan hun niveau en dus uit eenvoudige handelingen bestaan, kunnen ze hierbij de nodige rust en ontspanning vinden. Ze kunnen gedurende de activiteit zich eveneens concentreren op hun andere zintuigen die geprikkeld worden. Het ruiken van de groenten die gaar worden, het proeven van het lekkere dessert en het voelen van de verschillende texturen van de ingrediënten.

- *Iets om handen hebben*

De volgbewoners die voor deze groep geselecteerd zijn zitten vaak doelloos op hun kamer of op de gang rond te lopen. Als men bij hen op kamerbezoek gaat geven ze vaak aan dat ze zich vervelen.

Door het aanbieden van deze aangepaste activiteiten is er een zinvolle invulling van hun dag.

In het begin van het project zal er één keer per week een activiteit plaatsvinden voor hen. Naar het einde toe zal dit oplopen naar twee activiteiten per week. De activiteiten die zullen plaatsvinden zijn : Rijstap maken, wafels bakken, koffie drinken aan de hand van een oude koffiemolen, spek en eieren bakken, verschillende soorten cake bakken, koekjestaart maken, cakejes maken, soep maken, een volledige maaltijd koken en snoepjestaart maken.

Voor de activiteiten wordt er bewust gekozen om dit steeds in een andere refter te doen. Door deze afwisselend op andere verdiepingen uit te voeren worden de andere bewoners en het personeel meer betrokken bij het project.

5.4 Voorbereidingsfase

- Informeren van de verschillende projectmedewerkers

Allereerst was er een bespreking met de ergotherapeute, die het project mee in goede banen zou leiden.

Het idee is voorgesteld aan de directeur van het rusthuis. Dankzij zijn goedkeuring en interesse kon het project ook daadwerkelijk van start gaan.

Doordat de ergotherapeute nauw samenwerkt met de overige leden van het KEA-team (kinesiste en animatrice) zijn zij eerst op de hoogte gebracht van het project.

Om misverstanden te vermijden heb ik de kok en het overige keukenpersoneel zowel met behulp van een brief als mondeling op de hoogte gebracht van het project.

Het rusthuis beschikt over een veertigtal personeelsleden die steeds op verschillende uren werken. Om hen op de hoogte te brengen is er een brief opgesteld en aan iedereen bezorgd. Om tot een optimale samenwerking te komen en hen actief te betrekken bij het project, konden ze indien ze vragen en opmerkingen hadden steeds bij mij of de ergotherapeute terecht.

Enkele medebewoners die verstandelijk nog goed zijn werden mondeling geïnformeerd. Zo komen zij niet voor verrassingen te staan en voelen ze zich niet uitgesloten wanneer het project van start gaat.

Als laatste zijn er nog de familieleden die ik eveneens met een brief de nodige informatie heb bezorgd. Zo wisten zij wat er hun familielid te wachten stond.

5.5 Uitvoeringsfase

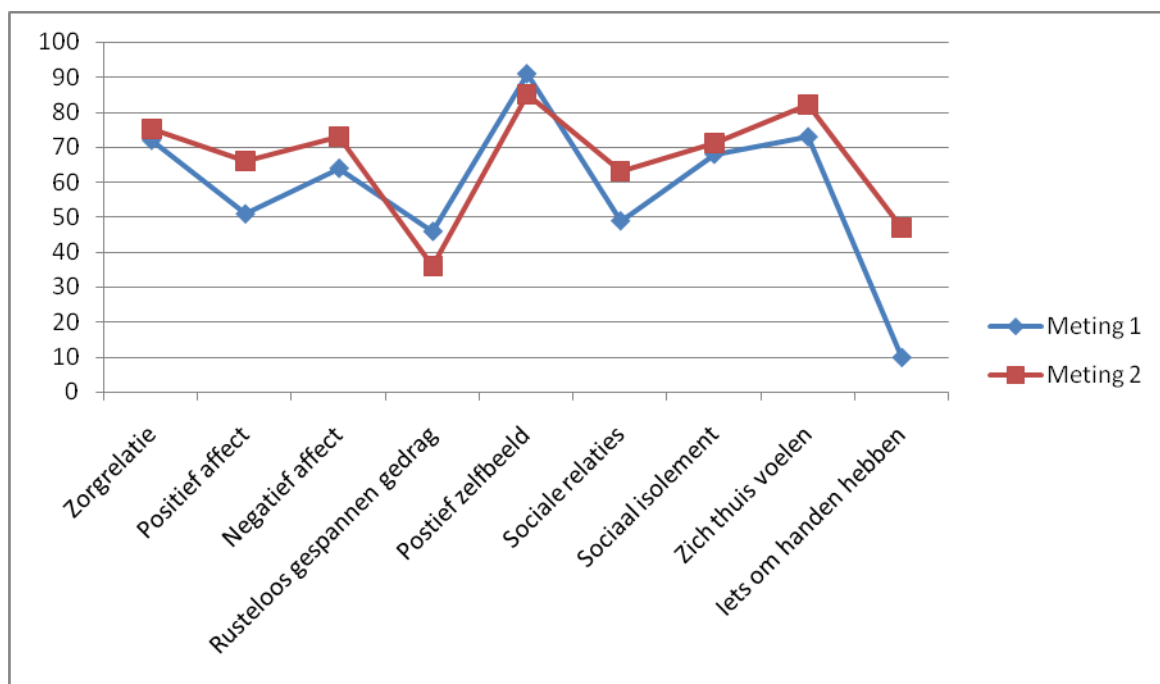
In deze fase is het project daadwerkelijk van start gegaan.

Tussen de verschillende stappen door worden de medewerkers op de hoogte gehouden aan de hand van vermeldingen in het dagboek.

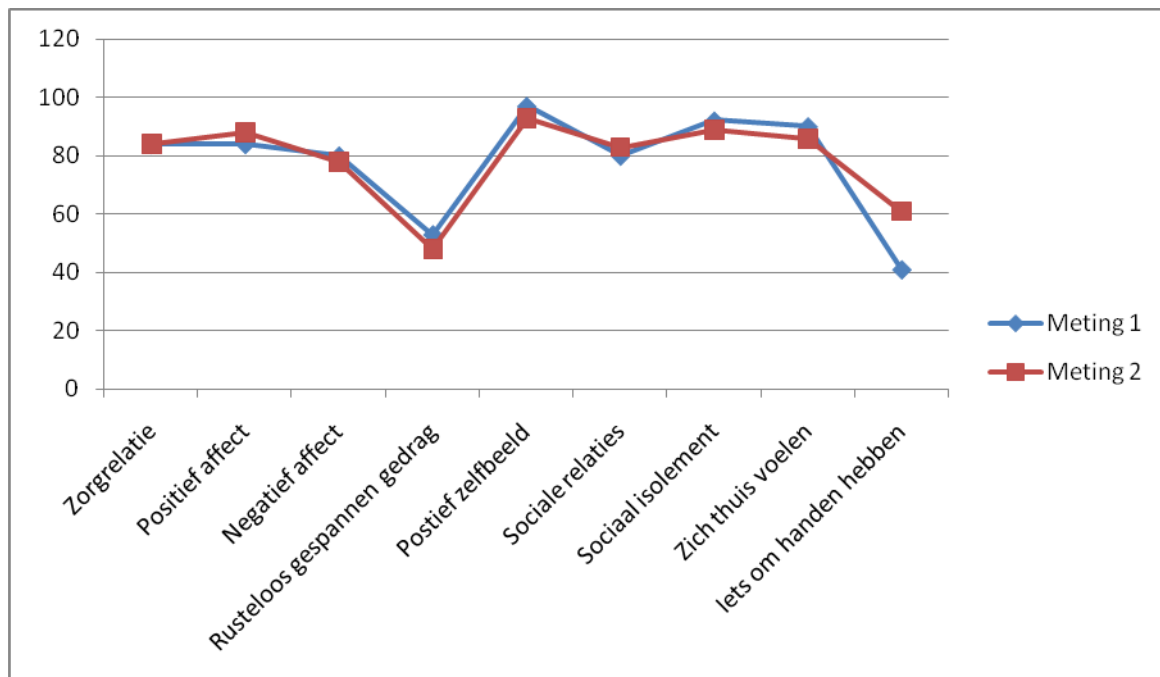
- Allereerst was er een observatieperiode waarbij de volgbewoners worden geselecteerd. Ik ging na welke ouderen met dementie het meest gebaat waren om deel uit te maken van de aangepaste maaltijdgroep of van de activiteitengroep. Ze worden geobserveerd in verschillende deelmomenten van de dag. Na overleg met de ergotherapeute hebben we uiteindelijk negen ouderen met dementie hiervoor gekozen.
- Wanneer de negen volgbewoners bekend waren kon hierbij de qualidem afgenomen worden. Ze zijn geëvalueerd op hoe ze zich de voorbije week gedroegen. Doordat de qualidem door twee personen afgenomen moet worden had ik deze eerst ingevuld voor de verschillende volgbewoners waarna de ergotherapeute deze had nagelezen. Bij een verschillend antwoord hebben we dit besproken en zijn zo uiteindelijk tot een overeenstemming gekomen. De gegevens werden verwerkt en de resultaten waren omgezet naar een grafiek.

- Aan de hand van de resultaten van de qualidem waren de eigenlijke activiteiten ontstaan. Allereerst was er een formulering van de doelstellingen, wat we wilden bereiken en stimuleren. Daarna werd alles vertaald naar concrete activiteiten.
- Hierna werden de verschillende activiteiten uitgevoerd zoals gepland. Gedurende deze periode zijn er nog enkele aanpassingen en veranderingen gebeurd om het project in goede banen te leiden.
 - Er was een verandering van de volgbewoners zelf. Na een zorgvuldige selectie bleek een bewoner zelf uiteindelijk geen zin in te hebben om aan het project mee te werken.
Karoline kon omwille van haar fysieke gezondheidstoestand uiteindelijk niet deelnemen aan het project. Ze was lichamelijk verzwakt en ze had last van decubitus waardoor ze om het uur van houding moest wisselen. Leen daarentegen was uiterst enthousiast en genoot van de aangeboden activiteiten. Een maand voor het einde was ze jammer genoeg gevallen waardoor ze niet meer kon deelnemen aan de activiteiten. Alien was uit de observatiegroep gezet op vraag van de familie.
 - Omdat het project een positief effect leek te hebben op de volgbewoners en ook het verzorgend en verplegend personeel hier enthousiast over waren waren er nog enkele activiteiten bij ingevoerd.
Voor de activiteitengroep vertaalde dit zich in de praktijk naar meerdere activiteiten.
De maaltijdgroep kon elke dinsdag genieten van een verwenontbijt.
- Wanneer al de activiteiten uitgevoerd waren en het project ten einde liep heeft er een tweede afname van de qualidem plaatsgevonden. Deze gegevens werden verwerkt en werden eveneens in een grafiek geplaatst. Zo was een eventuele verandering in de levenskwaliteit goed merkbaar.

▪ Tabel 3: Gemiddelde maaltijdgroep



▪ Tabel 4: Gemiddelde activiteitengroep



- Aan de hand van bovenstaande resultaten en eigen evaluaties/observaties van de activiteiten kan er uiteindelijk een besluit geformuleerd worden. Om dit objectiever neer te schrijven, is er rekening gehouden met de mening van in de eerste plaats de ergotherapeute en de rest van het personeel.

Conclusie

Uit de grafieken er is echter maar weinig tot geen stijging merkbaar in de levenskwaliteit van de ouderen met dementie.

Tijdens de activiteiten zelf hebben de ergotherapeute en ik een zeer groot verschil gemerkt bij de ouderen maar later op de dag verdwenen deze door hun problemen met het korte termijngeheugen.

Gedurende het project heb ik steeds een evaluatie gemaakt van de activiteiten en opmerkingen neergeschreven omtrent de ouderen:

- Bij de maaltijdgroep was er meer communicatie merkbaar. Tijdens het eten, voornamelijk bij het ontbijt, waren er enkele bewoners die eten bij vroegen. Dit komt niet voor tijdens hun gewone eetsituaties, dit heeft ook te maken met het feit dat ze hiertoe de kans niet kregen doordat het niet gevraagd wordt. Tom drinkt heel graag limonade. Meestal krijgt hij 2 bekertjes limonade tijdens het eten maar vraagt dit nooit zelf spontaan bij. Het is vaak voorgevallen dat hij reageerde wanneer ik aan iemand van zijn medebewoners vroeg of zij nog wilden drinken. Gedurende het project hebben de ouderen bijna altijd zelfstandig gegeten en waren steeds wakker.

- Ook bij de activiteitengroep was er enige verandering merkbaar. De ouderen waren veel spontaner. Er waren conversaties onderling zonder ik hierbij betrokken was.
Ook Lieve was aangenamer in contact. Door deze gekende activiteiten en ze zich hier nog enkele zaken van herinnerde kon ze beter mee praten met de rest. Er was geen sprake van enige afwijzing door de anderen.
Tijdens de activiteiten gaven de ouderen met dementie soms aan dat ze niet weer wisten hoe men een bepaald gerecht moest maken. Maar met een beetje help kwamen de herinneringen naar de oppervlakte. Bijvoorbeeld bij het malen van de koffiebonen beweerde ze soms dit nog nooit gedaan te hebben. Maar tijdens het uitvoeren van de handeling zag je dat het een automatisme geweest is.
Tijdens het maken van de snoeptaart was de sfeer minder aangenaam. De ouderen waren hier niet echt mee vertrouwd en hadden snel de neiging om de moed op te geven. Maar toen de snoeptaart volledig afgewerkt was, konden ze deze aan hun achterkleinkind geven en fleurden ze weer helemaal op.
- Het project had ook de nodige positieve invloed op de medebewoners en het personeel. Door de activiteiten te laten doorgaan op de afdelingen zelf konden ze steeds meegenieten van allerhande prikkels.
Ook familieleden die op bezoek kwamen konden hiervan meegenieten. Wanneer met een activiteit bezig was mochten ze deze bijwonen en heb ik enkele positieve reacties in ontvangst mogen nemen.

5.6 Nazorgfase

Vanuit verschillende meningen van het personeel kan ik besluiten dat het project zeker een positieve bijdrage heeft geleverd in het rusthuis en dat ze dit een goed initiatief vonden.

- Nazorgfase vanuit mijn perspectief

Ikzelf zou dit uiteraard willen verder zetten maar wegens tijdgebrek is slechts een deel van de activiteiten mogelijk.

Naar mijn mening is het mogelijk om de aangepaste maaltijd op maandag en woensdag voor de 5 ouderen met dementie verder te zetten.

De tafels waar dit doorgaat blijven steeds op dezelfde plaats staan. Het kost het personeel maar weinig moeite om tegen de middag ook deze tafel te dekken.

Het is niet steeds mogelijk voor de ergotherapeute om dit alleen te verzorgen.

Omdat de maaltijdgroep uit de meest hulpbehoevende ouderen met dementie bestaat, zorgt dit voor een ontlasting van het werk voor het personeel. Omdat het personeel nu iets minder werk heeft tijdens de middag zou indien nodig iemand even kunnen bijspringen bij de maaltijdgroep.

Voor het ontbijt zou het eventueel haalbaar zijn om dit één keer per maand te laten doorgaan.

Ook de activiteitengroep, waarbij de ouderen met dementie konden genieten van aangeboden activiteiten op hun niveau, is zeer zinvol om verder te zetten.

Ik zou dit graag één keer per week willen verder zetten. Ik zou hieraan een bepaalde naam geven en dit zo op het weekschema zetten.

- Nazorgfase vanuit perspectief van het rusthuis

De ergotherapeute was zeer enthousiast over het project en ze vindt het jammer dat dit afgelopen is.

ammer genoeg kan wegens tijdsgebrek niet het ganse project verder gezet worden naar mijn wens.

Er is afgesproken dat het ontbijt één keer per maand zal doorgaan en dat ze hier meerdere ouderen met dementie bij zullen betrekken, gebruik makend van 2 verschillende groepen. Dit zal verzorgd worden door de ergotherapeute en de kinesiste.

Naar het einde toe zijn er vragenlijsten (zie bijlage 2) uitgedeeld geweest. Aan de hand van ook hun meningen, kon er met een meer objectiever kijk naar het project geëvalueerd worden. Hier is echter maar weinig respons op geweest. Uit mondelinge reacties reageerde het personeel zeer enthousiast over het project maar ze vermijden situaties waarbij van hun een actieve bijdrage wordt gevraagd.

Hierdoor is het onmogelijk om het project 'alleen' verder te zetten.

6 BESLUIT & DISCUSSIE

Om een juist antwoord te kunnen formuleren op mijn onderzoeksvraag heb ik mij allereerst verdiept in de literatuur.

Vanuit allerlei bronnen kon men afleiden dat levenskwaliteit niet meer te scheiden valt van ouderen met dementie. Het begrip krijgt de laatste jaren steeds meer en meer aandacht bij het omgaan met ouderen met dementie. Er is nog steeds geen duidelijke eensgezindheid over een juiste omschrijving van het woord maar men is er allen mee eens dat de levenskwaliteit een overkoepelend begrip is van allerhande deelaspecten. Door de verschillende visies en complexiteit van de levenskwaliteit zijn er veel meetinstrumenten ontwikkeld. In dit eindwerk is uiteindelijk gekozen voor de qualidem. Uit onderzoek blijkt dit een betrouwbaar en nuttig meetinstrument te zijn dat goed de levenskwaliteit weergeeft bij een groep van ouderen met dementie.

Tijdens mijn opzoekwerk naar het maaltijdgebeuren bleek dat dit vaak problemen kan opleveren bij ouderen met dementie. Ik heb hierover veel nuttige informatie gevonden die duidelijk het probleem weergeven bij het maaltijdgebeuren. Verder zijn er in de literatuur vele tips beschikbaar die het maaltijdgebeuren positief kunnen beïnvloeden. Over projectwerking was de informatie beperkter. Uiteindelijk heb ik hierover de correcte omschrijving gevonden en de verschillende fases waaruit een project bestaat. Deze dient men nauwkeurig te volgen om de interventie tot een goed einde te brengen. Na het literatuuronderzoek kon ik uiteindelijk met de praktische uitvoering starten.

Er is bewust gekozen om via een project enige verandering teweeg te brengen. Aan de hand van de verschillende fases wordt er met alles rekening gehouden en is men goed voorbereid wanneer het project van start gaat.

Allereerst was er een observatieperiode waarin de volgbewoners nauwkeurig uitgekozen en geobserveerd werden en er uiteindelijk 2 observatiegroepen ontstonden, de maaltijdgroep en de activiteitengroep.

Hierna kon men de qualidem bij de desbetreffende volgbewoners afnemen.

Aan de hand van de eerste afname en verwerking van de qualidem werden de minpunten naar voor geschoven. Het gaf duidelijk weer aan welke onderdelen van de levenskwaliteit er moest gewerkt worden. Voor de maaltijdgroep waren dit de drie aspecten 'rusteloos gespannen gedrag', 'sociale relaties' en 'iets om handen hebben'. De activiteitengroep scoorde het minst op de aspecten 'rusteloos gespannen gedrag' en 'iets om handen hebben'.

Hierdoor waren de doelstellingen duidelijk en werden er geschikte activiteiten aan gekoppeld om deze te stimuleren.

Hierna zijn alle activiteiten uitgevoerd en zijn er nog enkele aanpassingen aangebracht aan het project. Er was een verandering in de keuze van de volgbewoners en er werden meer activiteiten uitgevoerd.

Na deze periode volgde er een tweede afname en verwerking van de qualidem en deze twee metingen werden samengevoegd in één grafiek. Uiteindelijk was er weinig tot geen verschil af te leiden uit de twee metingen maar tijdens de activiteiten zelf was er enige positieve invloed merkbaar.

De ouderen met dementie hebben last van hun korte termijngeheugen waardoor ze zich nieuwe gebeurtenissen niet steeds kunnen herinneren.

Tijdens de activiteiten zelf zijn er positieve veranderingen merkbaar, maar deze verdwijnen bij de meeste ouderen met dementie in de loop van de dag.

Bij de volgbewoners die deel uitmaakten van de aangepaste maaltijdgroep was het opvallend dat er meer sociaal contact was dan voorheen. Er waren geen diepzinnige gesprekken, maar er werden onderling woorden uitgewisseld mits enige stimulering hiervan.

Tijdens het maaltijdgebeuren was er een optimale zelfstandigheid. De ouderen met dementie hebben vrijwel steeds zelf gegeten. Wanneer het hen niet lukte werden ze op weg geholpen om hun maaltijd verder zelfstandig op te eten.

Omdat deze ouderen nu als eerste hun eten kregen en verder geholpen werden hadden ze meer tijd om te eten. Alles verliep steeds rustig waardoor ze meer van hun maaltijd konden genieten.

Bij het navragen aan de ouderen met dementie zelf gaven ze aan dat ze het leuker vonden om gezellig samen te tafelen en dat ze tevreden waren met hun medebewoners. Dit kon men ook afleiden uit het feit dat er onderling geen conflicten waren.

Voor de activiteitengroep is er opzettelijk gekozen voor gekende activiteiten omtrent het maaltijdgebeuren. Het waren voornamelijk activiteiten waar we zelf iets kookten of bakten. De ouderen met dementie zijn hier allen in het verleden al mee geconfronteerd geweest. Hierdoor bevonden ze zich in een veilige situatie met de nodige motivatie tot gevolg. Soms gaven ze aan zich bepaalde dingen niet te herinneren maar tijdens het uitvoeren van de deeltaken was hier niets van te merken, het leek puur automatisme.

De ouderen met dementie die deelnamen aan de activiteiten waren hier steeds enthousiast over en werkten steeds goed mee.

Ook hier was er een betere communicatie merkbaar. De gekende en veilige activiteiten waren een leidraad voor de ouderen om gesprekken te voeren. Ze begonnen samen herinneringen op te halen en bespraken dit in groep.

Naar het einde van het project toe hadden we een betere vertrouwensrelatie opgebouwd. De ouderen met dementie waren sneller geneigd met mij mee te gaan wanneer ik hen uitnodigde voor een activiteit. Ze wisten ook meestal dat we iets gingen koken of bakken.

Ze waren mij steeds erg dankbaar dat ik hen liet deelnemen aan de activiteiten en hebben enorm genoten van de verschillende activiteiten op maat.

"Kan een project omtrent het maaltijdgebeuren bijdragen tot een betere levenskwaliteit bij ouderen met dementie op een open afdeling?"

Ik denk dat het antwoord hierop 'Ja' is, erbij vermeldend dat het hier over momentopnames gaat.

Tijdens de activiteiten zelf was er zeker een positieve invloed merkbaar. Deze men kon afleiden van de ouderen met dementie. Omdat alle activiteiten aangepast waren aan hun niveau en het aangebracht werd op hun tempo maakte dat ze zich goed voelden in deze situatie en de levenskwaliteit gunstig beïnvloed werd. De ouderen genoten steeds van de activiteiten en de aandacht die ze kregen.

Het project omtrent het maaltijdgebeuren heeft absoluut een positieve bijdrage geleverd en het is uiterst zinvol om dit voort te zetten!

7 LITERATUURLIJST

Ettema T., De Lange J., Dröes R.M., Mellenbergh D., Ribbe M. (2005). *Handleiding Qualidem: Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*

Gevonden op 30 September 2009 op het internet: <http://www.trimbos.nl>

Gabriëls L. (2008). Levenskwaliteit: meten is weten? *Tijdschrift voor sociologie*, 20, 25-49.

Gevonden op 15 November 2009 op het internet: <http://www.sociologie.be>

armonea N.V. (2010). *Rusthuis Binnenhof*.

Gevonden op 22 December 2009 op het internet: <http://www.armonea>

Constant - De Visscher C., Doucet D., Van Averbeke D., Moeraert R. (2000). *Kwaliteitsvolle zorg voor dementerende ouderen*.

Gevonden op 05 November 2009 op het internet:

<http://www.kluwer.be/nl/home.asp?subpage=produktfiche&ProductNumber=8500019311&TAAFCH=N>

De Maesschalck, Claes, Huysmans (2007). *Shake: het ontbijt van de toekomst voor mensen met slikproblemen?*

Gevonden op 15 November 2009 op het internet:

http://onderzoek.khk.be/domein_Gerontologie/documents/Shake.pdf

Alzheimer Nederland (2000). *Levensverhaal dementerende vaak waardevol*.

Gevonden op 15 November 2009 op het internet:

<http://www.nieuwsbank.nl/inp/2002/04/12/J026.htm>

Vanden Boer, Pauwels, Callens, Carrette (2006). Het Leefsituatieonderzoek Vlaamse Ouderen (LOVO): LOVO-2 : Rusthuis- en RVT-bewoners.

Gevonden op 22 November 2009 op het internet:

https://wvg.vlaanderen.be/applicaties/kenniscentrum/pdf/CBGS-wkdocs/wkdoc_2006_2.pdf

Dröes (2008). *Leven toevoegen aan de jaren: kwaliteitsbeleid bij dementie*.

Gevonden op 28 September 2009 op het internet: <http://www.amsterdam.pvda.nl>

Abrahams (2005). *Op zoek naar welzijn. Naar een zorgvisie voor dementerenden: de bijdrage van Tom Kitwood*.

Gevonden op 20 November 2009 op het internet:

http://www.begralim.be/documents/publicaties/hospitalia_034-3.pdf

Page, Jacobs, Cantillon, Van Rompuy, Vandenbroucke, Verboven, Adnet (2004) *Vergrijzing*.

Gevonden op 30 September op het internet:

<http://www.kvab.be/downloads/Standpunten2.pdf>

Stichting PDL (2001 – 2009). *Passief welbevinden in combinatie met eten en drinken*.

Gevonden op 12 November 2009 op het internet: <http://www.stichtingpdl.nl/137.html>

De Ridder (2003). *Dementie : de rol van goede voeding*

Gevonden op 23 November op <http://web.mac.com>

Van Audenhove, Spruytte, Detroyer, De Coster, Declercq, Ylieff, Squelard, Misotten (2009). *De zorg voor personen met dementie: perspectieven en uitdagingen*. Gevonden op 20 november op het internet:
http://www.kuleuven.be/lucas/_docs/Publicaties/KBS_Zorgvoorpersonenmetdementie.pdf

Lange, Poos, Schoemaker (2007). *Dementie: Omvang van het probleem*. Gevonden op 15 November op het internet <http://www.rivm.nl>

Scherder (2003). *Levenskwaliteit, bewegen, kauwen en pijn*. Gevonden op 15 November op het internet:
<http://www.innovatiekringdementie.nl/Artikel/Levenskwaliteit-bewegen-kauwen-en--pijn-.aspx>

Rondia, Dobbelaar, Raeymaekers (2007). *Project: De levenskwaliteit van mensen met dementie en hun omgeving verbeteren*. Gevonden op 28 November op <http://www.kbs-frb.be>

Vanlaere (2008). *Dementie en ethiek*. Gevonden op 2 December 2008 op <http://web.mac.com>

Verbond der verzorgingsinstellingen (2000). *Kunstmatige voedsel – en vochttoediening in de ultieme terminale fase van dementerende personen*. Gevonden op 23 November op <http://www.zorgnetvlaanderen.be>

Kor (2008). *Werken aan projecten: aandacht voor mens en methode*. Kluwer: Deventer.

Steenstels M. (2007 – 2008). *Projectmatig werken*. Ongepubliceerde cursus 2de jaar bachelor in de ergotherapie Katholieke Hogeschool Kempen Departement Gezondheidszorg en Chemie.

Jansen, G. (2006) *Geriatric: Het syndroom dementie*. Ongepubliceerde cursus 2de jaar bachelor in de ergotherapie Katholieke Hogeschool Kempen Departement Gezondheidszorg en Chemie.

Blom, M., Tjadens, F., Withagen, P. (2000). *Weten van vergeten. Tips en adviezen bij het omgaan met dementie*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

De Coninck, L. (Red.). (2008). *Ergotherapie in de gerontologie: Basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. Leuven: Acco.

Marcoen, Grommen, Van Ranst (2006). *Als de schaduwen langer worden: Psychologisch perspectieven op ouder worden en oud zijn*. Leuven: Naloo.

De Cauter F., Walgrave L. (1999). *Methodiek van de preventieve projectwerking*. Acco

Maes, B. & Petry, K. (2000). *Naar een groeiende consensus over de betekenis van het concept 'kwaliteit van leven?'*. In P. Ghesquièrre & J.M.A.M. Janssens (Red.), *Van zorg naar ondersteuning*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Jacobs, Th., L. Vanderleyden & L. Vanden Boer (Red.) (2004), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. CBGS-Publicaties. Antwerpen: Garant,

Rosseels (2009). *Dement en toch dichtbij*. Antwerpen: Houtekiet

8 BIJLAGE

8.1 Bijlage 1: De qualidem

QUALIDEM

Eerste versie (mei 2005)

Naam bewoner:

© Ettema, De Lange, Dröes, Mellenbergh, Rübbe

Afdeling:

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het is de bedoeling dat je samen met een collega de vragen beantwoordt over de afgelopen week waarin je de bewoner hebt geobserveerd. Geef op elke vraag een antwoord. Als je twijfelt tussen over de mogelijkheden, omcirkel dan het cijfer onder het antwoord dat het beste bij jouw observaties past. Een antwoord is nooit fout, maar geeft altijd aan wat volgens jou de werkelijkheid het best benadert. Denk niet te lang na over een antwoord; het eerste antwoord dat bij je opkomt, is vaak het beste. Probeer over de vragen waar jij en je collega verschillend over denken tot overeenstemming te komen.

Nooit = Nooit
Zelden = Hoogstens eenmaal per week
Soms = Enkele keren per week
Vaak = Vrijwel dagelijks

1	Is vrolijk	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
2	Maakt rusteloze bewegingen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
3	Heeft contact met andere bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
4	Wijst hulp van verzorgende af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
5	Heeft een tevreden uitstraling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
6	Maakt een angstige indruk	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
7	Is boos	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
8	Kan genieten van dingen in het dagelijks leven	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
9	Wil niet eten	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	J
10	Is goed gestemd	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
11	Is verdrietig	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
12	Reageert positief bij toenadering	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
13	Geeft aan dat hij of zij zich verveelt	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
14	Heeft conflicten met verzorgenden	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
15	Geniet van de maaltijd	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	J
16	Wordt afgewezen door andere bewoners	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	G
17	Beschuldigt anderen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
18	Zorgt voor andere bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
19	Is rusteloos	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
20	Wijst contact met anderen openlijk af	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	G

	3	2	1	0	
21 Heeft een glimlach om de mond	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B
22 Heeft een gespannen lichaamstaal	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	D
23 Huilt	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	C
24 Stelt hulp op prijs die hij of zij krijgt	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
25 Sluit zich af van de omgeving	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	F
26 Heeft bezigheden zonder hulp van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
27 Geeft aan meer hulp te willen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
28 Geeft aan zich opgesloten te voelen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
29 Trekt vriendschappelijk op met één of meer bewoners	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
30 Wil graag (in bed) liggen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	J
31 Accepteert hulp	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	A
32 Roept	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	G
33 Heeft kritiek op de gang van zaken	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	A
34 Is op zijn of haar gemak in gezelschap van anderen	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	F
35 Geeft aan niets te kunnen	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
36 Voelt zich thuis op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	H
37 Laat blijken zichzelf niets waard te vinden	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	E
38 Helpt graag mee met karweitjes op de afdeling	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	I
39 Wil van de afdeling af	Nooit 3	Zelden 2	Soms 1	Vaak 0	H
40 Stemming is positief te beïnvloeden	Nooit 0	Zelden 1	Soms 2	Vaak 3	B

Scoreberekening: achter elke vraag staat met een hoofdletter aangegeven tot welke subschaal de vraag behoort. Tel de scores per subschaal op.

Subschaal (aantal vragen)	Scorebereik	Score
A: Zorgrelatie (7)	0 – 21	A
B: Positief Affect (6)	0 – 18	B
C: Negatief Affect (3)	0 – 9	C
D: Rusteloos Gespannen Gedrag (3)	0 – 9	D
E: Positief Zelfbeeld (3)	0 – 9	E
F: Sociale Relaties (6)	0 – 18	F
G: Sociaal Isolement (3)	0 – 9	G
H: Zich Thuis Voelen (4)	0 – 12	H
I: Iets Om Handen Hebben (2)	0 – 6	I
J: Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek		

8.2 Bijlage 2: Vragenlijst personeel

1. Wat vond u van het idee om het maaltijdgebeuren aan te pakken bij ouderen met dementie?

.....

2. Wat vond u van de maaltijdgroep op maandag en woensdag middag?

.....

3. Wat is u mening over de activiteitengroep en de activiteiten zelf? Bijvoorbeeld, het bakken van de wafels, rolcake, snoepkaart,...

.....

4. Denkt u dat deze aangepaste activiteiten en het aangepast maaltijdgebeuren een positief effect kunnen hebben op de levenskwaliteit van ouderen met dementie ? Licht toe.

.....

5. Zijn er enige effecten of invloeden op de andere bewoners of het personeel? Zo ja, welke ?

.....

6. Hebt u enige positieve of negatieve aspecten ondervonden aan het project? Zo ja, welke?

.....

7. Vindt u het een goed initiatief om het project verder te zetten? Zo ja, bent u bereid om eventueel u hulp aan te bieden? Hoe ziet u dit concreet?

.....

8. Heeft u nog opmerkingen ivm het project rond het maaltijdgebeuren bij de ouderen met dementie ? (Deze mogen ook steeds mondeling aan Liesbet of mij (Kelly) meegedeeld worden.)

.....