

Validation, snoezelen, PDL, psychomotorische therapie, reminiscentie: aan belevingsgerichte benaderingswijzen geen gebrek. Het gevaar bestaat dat hulpverleners door de bomen het bos niet meer zien en 'zomaar wat doen'. Cora van der Kooij ontwikkelde een zorgconcept waarin belevingsgerichte benaderingswijzen worden geïntegreerd. In dit artikel geeft zij een toelichting op de achtergronden en de uitgangspunten van geïntegreerde belevingsgerichte zorg.

CORA VAN DER KOOIJ

Wat is geïntegreerde belevingsgerichte zorg?

Belevingsgerichte zorg bij dementie (2)

In de omgang met dementerenden kunnen zorgverleners putten uit een breed scala van benaderingswijzen en methoden. Wat is daarbij de leidraad, hoe komen zij tot hun keuze? Desgevraagd zeiden verzorgenden mij dat ze op hun gevoel afgingen en op hun intuïtie, ook als ze samenwerkten. Dat was in 1995. Ik heb me toen de vraag gesteld wat verzorgenden bedoelden als ze het over hun intuïtie hadden. Dit leidde tot een zoektocht naar de gemeenschappelijke noemer in het integreren van benaderingswijzen en dat bleek zo fundamenteel dat het me aanzette tot het formuleren van een nieuw zorgconcept. Overigens was dit niet de enige reden. Ook een rol speelde de behoefte aan een zorgvisie waarin de omgang met bewoners centraal stond en waarin de samenhang duidelijk werd tussen zorginhoud, methode, verpleegstelsel en afdelingsleiding. Tijdens de invoering van benaderingswijzen als Validation en snoezelen was namelijk gebleken dat deze vaak als iets extra's werden gezien, vooral leuk voor verzorgenden of activiteitenbegeleidsters. Ook leek het erop alsof er een keuze moest worden gemaakt voor één benaderingswijze, bijvoorbeeld Realiteits Oriëntatie (RO) op de begeleidingsafdeling, Validation op de verzorgingsafdeling en snoezelen op de verplegingsafdeling. Dat was verwarrend, omdat benaderingswijzen in de praktijk door elkaar werden gebruikt. Zo is het werken met informatie over de levensgeschiedenis en met herinneringen (reminiscentie) niet gebonden aan een bepaald stadium van dementie; alleen de manier waarop dit gebeurt, loopt uiteen.

De invoering van benaderingswijzen was kortom blijven steken op tal van problemen in de uitvoering. Duidelijk was dat er niet alleen iets moest veranderen in het gebruik van benaderingswijzen, maar ook in de metho-

die, de coördinatie van de zorg en de manier van leidinggeven. Zo ontstond het *maieutisch zorgconcept* (zie kader op p. 18). Hoewel de uitgangspunten van het maieutisch zorgconcept voor alle zorgverleners gelden, is het vooral in wisselwerking met verzorgenden ontwikkeld. In dit artikel ligt het accent daarom op de verzorgende discipline.

Wederkerigheid

Waarom hebben mensen behoefte die van zorg afhankelijk zijn? Dat is de eerste en belangrijkste vraag bij het ontwikkelen van een nieuw zorgconcept. Op basis van praktijkervaring en literatuur heb ik daarom allereerst de behoeften van mensen met dementie in kaart gebracht. Een belangrijke inspiratiebron hierbij was onder meer de behoeftenhiërarchie van de Amerikaanse psycholoog Abraham Maslov (zie afbeelding op p. 17).

De zorgdoelen in het maieutisch zorgconcept zijn zo geformuleerd dat ze wederkerig zijn: ze gelden zowel voor de dementerende als voor de zorgverlener. Keuzevrijheid voor de dementerende kan alleen dan bestaan als de verzorgende zelf ook iets te kiezen heeft, wie contact zoekt zal het zelf ook ervaren, wie een ander waardeert wordt zelf ook gewaardeerd. De zorgdoelen zijn vertaald in omgangsstrategieën voor vier fasen van ik-beleving tijdens het dementieproces: het bedreigde, verdwaalde, verborgen en verzonken ik.

Ik-beleving

In het begin van het dementeringsproces voelen mensen de dreiging van wat er gaat komen. Ze zijn bang dat ze zich vreemd zullen gaan gedragen, ze zijn bang voor afhankelijkheid, isolement. Daarom proberen ze hun



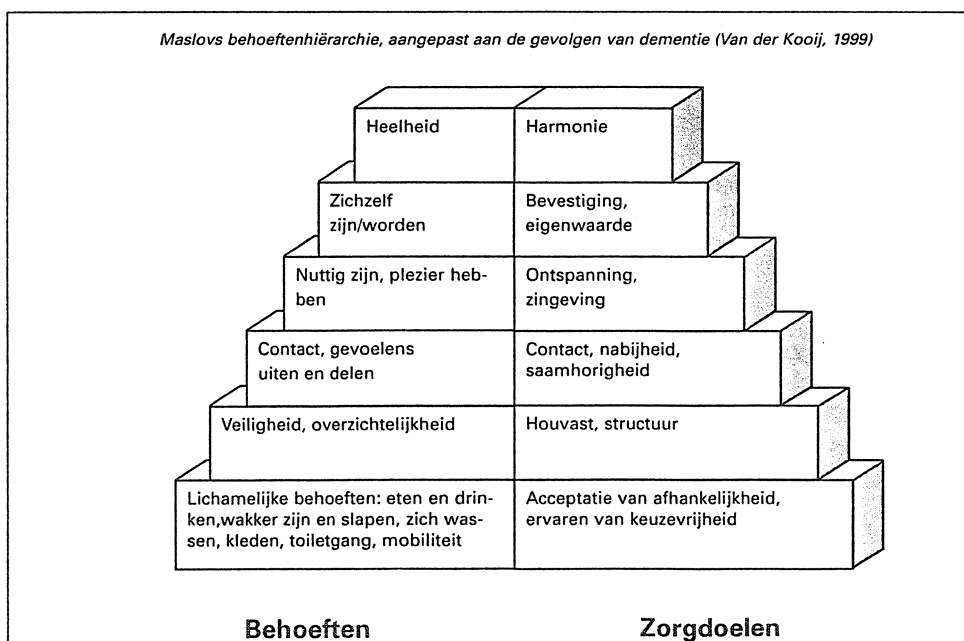
(foto: Marlies Rekkers)

geheugenproblemen te verbergen. Als mensen zich in deze fase van *bedreigde-ik-beleving* onzeker voelen, zoeken ze veiligheid bij anderen die wel zeker lijken van zichzelf en van de situatie. De verzorgende kan zo iemand zijn. De verzorgende spiegelt de houding van de dementerende door ook een zekere spanning aan te nemen, maar straalt tegelijk zekerheid, interesse en respect uit. Als het lukt lost de onzekerheid zich op en voelen dementerende en verzorgende zich veilig bij elkaar. Een gevoel van zekerheid wordt ook bereikt door zinvolle bezigheden en structuur. Structuur betekent houvast. Het is dan ook niet vreemd dat juist in Realiteits Oriëntatie veel structurelementen zijn uitgewerkt.

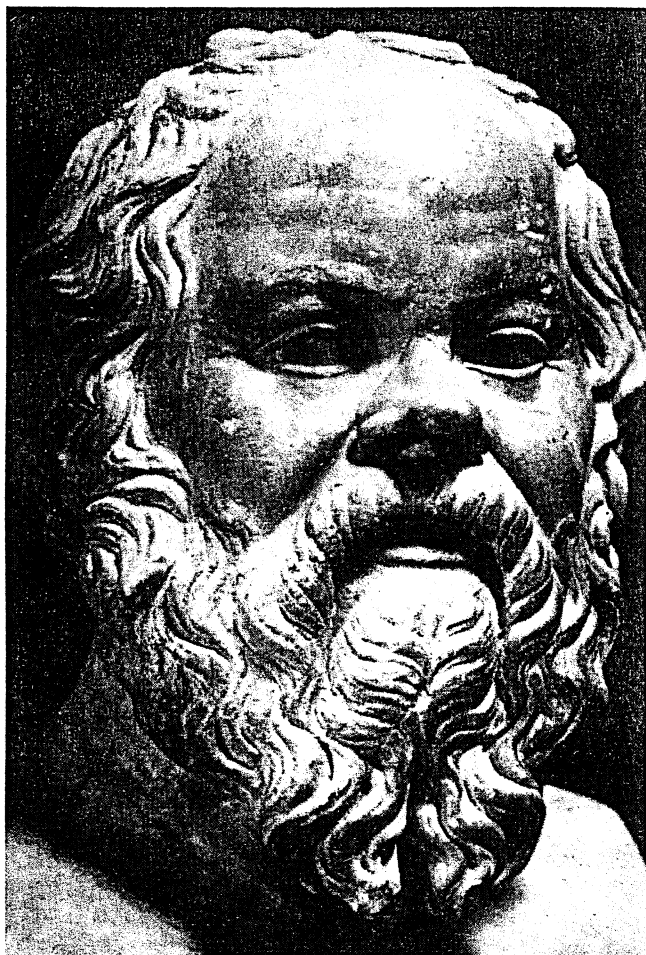
Structuur bereik je bijvoorbeeld met een duidelijke dag-indeling, een eigen plaats in de huiskamer, vaste gewoonten, steeds weerkerende gezegden, grapjes, gebaren.

Als de dementie zich verder ontwikkelt, vervaagt het onderscheid tussen verleden, heden en toekomst, net als het verschil tussen 'de werkelijkheid' en de innerlijke belevingswereld. Mensen raken als het ware verdwaald in hun eigen innerlijke werkelijkheid. In deze fase van *verdwaalde-ik-beleving* willen mensen gevoelsmatig begrepen worden, ze hebben behoefte aan contact, nabijheid en saamhorigheid. Boosheid en verdriet uit het verleden kunnen in deze fase weer de kop op-

>>>



Duidelijk was dat er niet alleen iets moest veranderen in het gebruik van benaderingswijzen, maar ook in de methodiek, de coördinatie van de zorg en de manier van leidinggeven



steken en zich vermengen met mensen en situaties in het heden. Kennis van de levensgeschiedenis is daarom een belangrijke bron voor het begrijpen van de dementerende. Het benoemen en delen van gevoelens, zoals dat is uitgewerkt in de Validation-benadering, geeft een gevoel van veiligheid. Het is heel goed mogelijk met

De zorgdoelen in het maieutisch zorgconcept zijn wederkerig: ze gelden zowel voor de dementerende als voor de zorgverlener

WAT IS MAIEUTISCH?

De maieutische methode is bedoeld om een leerproces op gang te brengen waarbij verzorgenden zich bewust worden van hun eigen mogelijkheden. Het woord *maieutisch* is afkomstig uit het oud-grieks en betekent letterlijk 'verlossend', 'verloskundig'. De Griekse filosoof *Socrates* gebruikte het voor zijn manier van discussiëren. Hij wilde dat mensen zich bewust werden van inzichten die zij onbewust in zich hadden. De maieutische vakdidactiek doet een appèl op de *authenticiteit* en de *creativiteit* van verzorgenden. Authenticiteit betekent echtheid: de reactie komt van binnenuit en is direct verbonden met de eigen innerlijke ervaringswereld; elk contact is persoonlijk en uniek. Creativiteit wil zeggen dat er iets nieuws tot stand komt: een combinatie van benaderingswijzen en methoden die past bij deze bewoner in deze situatie. Onder de titel *Gewoon lief zijn. Het maieutisch zorgconcept en de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg* zal volgend jaar bij uitgeverij Lemma een boek verschijnen waarin het maieutisch zorgconcept wordt toegelicht en onderbouwd. Auteur is *Cora van der Kooij*.

mensen in deze fase van het dementeringsproces van gedachten te wisselen, maar de gesprekspartner moet dan de lijn van het gesprek vasthouden, woorden aanreiken, conclusies trekken. Mensen in de verwaald-ik-beleving willen wel graag zinvol bezig zijn, maar worden toch vaak geconfronteerd met hun eigen onvermogen. Daarom nemen dementerenden in deze belevingsfase graag passief deel aan activiteiten: ze voelen zich fijn in een groep zonder dat ze veel hoeven te presteren. Ze genieten van het bezig zijn van anderen. Hun gevoel van eigenwaarde ontlent zij aan respect voor de mens die zij waren en aan contact met de mens die zij nu zijn.

Nog altijd een mens

Met het voortschrijden van de ziekte worden dementerenden passiever; ze lijken in zichzelf verzonken en niet meer open voor contact. Maar wie toch probeert contact te maken, ervaart dat dit nog altijd mogelijk is. We spreken in deze fase van het dementeringsproces van *verborgen-ik-beleving* omdat we het ik als het ware moeten opzoeken. Mensen in deze fase zijn afhankelijk van het initiatief en de energie van anderen. Zij koesteren zich in de sfeer die anderen creëren. Wie de moeite neemt rustig, uitnodigend nabij te zijn, voelt na kortere of langere tijd contact. Alle manieren om contact te maken moeten afgestemd zijn op de behoeften van de dementerende: spiegelen van lichaamshouding en beweging,

oogcontact, aanraken, verbale omgangstechnieken. De contactmogelijkheden zijn sterk gericht op lichamelijk en zintuiglijk ervaren. Veel mensen in deze fase staan ook nog altijd open voor levendigheid, vrolijkheid, muziek, beweging. Het belangrijkste is dat er wisselwerking is en dat er wederkerigheid ontstaat.

Pas als er geen wederkerigheid meer is, spreken we van *verzonken-ik-beleving*. Maar ook mensen in deze fase lijken te kunnen genieten van passief samenzijn, koestering en zintuiglijke prikkeling. Dat is zichtbaar of voelbaar door de manier waarop zij zich ontspannen, het uit zich door een glimlach of door een moment van oogcontact. De term 'verzonken-ik-beleving' is daarom zo mooi, omdat hiermee duidelijk wordt gemaakt dat de dementerende nog altijd een mens is, een mens die zoals iedereen behoefte heeft aan veiligheid en liefde.

Wat is intuïtie?

Nu de vraag wat verzorgenden bedoelen als zij over hun intuïtie spreken. Om die vraag te beantwoorden heb ik gebruikgemaakt van het werk van *Patricia Benner*. Benner definieert intuïtie als 'geïntegreerde ervaring'. De beginnende beroepsbeoefenaar, zo zegt zij, leert regels, rijtjes, theorieën (of, in onze termen, methoden en benaderingswijzen). Naarmate zijn praktijkervaring groeit, wordt de behoefte aan dergelijk houvast minder en op den duur handelt de beroepsbeoefenaar zonder zich voortdurend af te vragen of het, uit het oogpunt van zijn professionele bagage, wel goed is wat hij doet. Hoe meer ervaring hij opbouwt in zijn werk, hoe minder hij zich nog bewust is van alle kennis en vaardigheden die hem ter beschikking staan. Dat maakt hem tot een expert in zijn vak, maar beperkt hem ook in zijn mogelijkheden om zijn handelwijze te verantwoorden en erover te communiceren. Eigenschappen van de intuïtie zoals Benner die beschrijft, zijn bijvoorbeeld patronen herkennen, overeenkomsten zien, weten wat prioriteit heeft en durven vertrouwen op het eigen 'gezonde verstand' en de eigen levenswijsheid.

Om in te haken op dit laatste: zorgverleners nemen hun levenservaring mee naar hun werk en deze is evenzeer van belang als hun professionele achtergrond. Vanuit de eigen ervaring met veranderingen, crises en verlies kan de zorgverlener meevoelen met de ontregeling, de paniek van de dementerende. De zorgverlener kent ook dezelfde basisbehoefte als de dementerende, zoals geborgenheid, houvast, zingeving en een positief gevoel van eigenwaarde. Wie zich daarvan bewust is, kan zijn zelfkennis en levenservaring gebruiken om authentiek en creatief in te gaan op de gevoelens van degene voor wie hij zorgt.

Keuzes maken

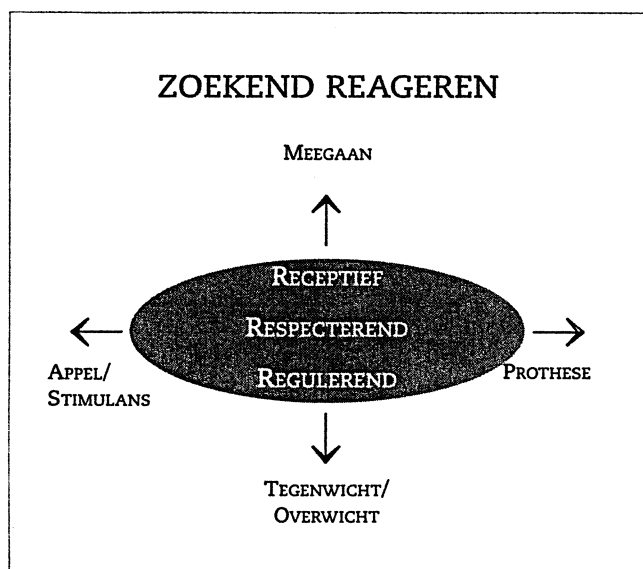
In geïntegreerde belevingsgerichte zorg zijn niet meer de benaderingswijzen het uitgangspunt, maar het contact met de bewoner of patiënt. In het omgaan met de dementerende draait het niet meer om het zuiver toepassen van een methode, maar om de vraag of er een positieve wisselwerking optreedt. Je begint met je af te vragen welke gevoelens aan het gedrag van de dementerende ten grondslag liggen en wat je eigen gevoelens zijn die door de situatie worden opgeroepen. Je staat stil bij al die gevoelens, je neemt de situatie in ogenschouw, je weegt de mogelijkheden af en probeert dan door 'zoekend reageren' de ingang te vinden die tot contact leidt. In dit 'zoekend reageren' sta je voor twee belangrijke keuzen. De ene is de keuze tussen meegaan in de belevingswereld van de dementerende of tegenwicht bieden, grenzen stellen. De andere keuze is die tussen stimulans of prothese: stimuleren wat iemand nog wel kan of vervangen wat verloren is gegaan (zie fig. op p. 20). Hoe je mee kunt gaan in de belevingswereld van een dementerende is onder meer duidelijk uitgewerkt in de *Validationbenadering*. In deze benadering ervaart de dementerende ruimte voor al zijn gevoelens, ook voor verdriet, angst of boosheid. Verzorgenden aarzelen nog vaak om validerende technieken toe te passen. Ze vinden het moeilijk mensen met dementie de kans te geven heftige gevoelens van boosheid, angst of verdriet te 'lozen'. Er is op dit punt meer mogelijk dan ik in de praktijk zie gebeuren.

Tegenwicht bieden of een appèl doen op een ander stukje van de persoonlijkheid van de dementerende, kan ook belevingsgericht zijn. Voorwaarde is dat je het met respect doet, dat je voelt dat je alleen zo contact krijgt. En dat je het doet met de bedoeling dat de dementerende zich geborgen voelt en zijn zelfrespect behoudt. Tegenwicht geeft soms een gevoel van veiligheid: hier is iemand die tegen mij opkan, die het aandurft tegen mij in te gaan. Je ziet soms dat de dementerende zo verbaasd is dat je dat durft, dat hij meteen rustiger wordt. Tegenwicht voelt dan niet als afwijzing, maar als houvast. Het is de kunst om aan te voelen wat de dementerende nodig heeft. Daar kun je alleen een

>>>

In geïntegreerde belevingsgerichte zorg zijn niet meer de benaderingswijzen het uitgangspunt, maar het contact met de bewoner of patiënt

Het toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg is niet alleen gevoelsmatig en intuïtief, aan die intuïtie liggen kennis en kunde ten grondslag



goede lijn in vinden door met elkaar, als collega's, ervaringen uit te wisselen en naar een benaderingswijze te zoeken die de bewoner goed doet.

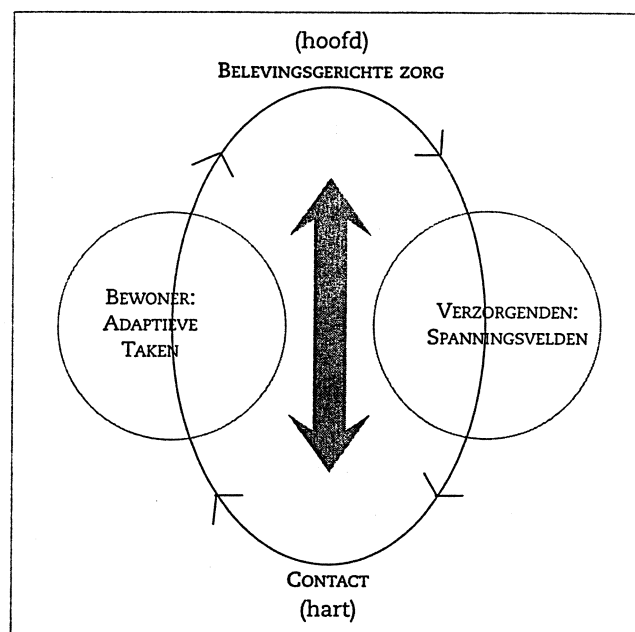
De tweede keuze is die tussen stimulans en prothese. Prothese betekent: in de plaats van. Verzorgenden hebben hiermee in de dagelijkse zorg voortdurend te maken: zij doen een appèl op nog bestaande mogelijkheden of nemen de plaats in van wat verloren is. Voor verzorgenden is het een hele kunst dit zo te doen dat de dementerende toch het gevoel heeft zelf te kunnen kiezen, zelf invloed uit te oefenen op dingen die hij belangrijk vindt. Bijvoorbeeld, zelf kiezen welke kleding hij wil dragen, zelf kiezen wat hij wil eten en waar hij wil zitten. Je overgeven, je toevertrouwen aan anderen is heel erg moeilijk, maar het helpt als je merkt dat er naar je voorkeur wordt gevraagd. Ook dat ondersteunt je zelfrespect en je gevoel van eigenwaarde.

Hart en hoofd

Het toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg is niet alleen gevoelsmatig en intuïtief, aan die intuïtie liggen kennis en kunde ten grondslag. Juist de verbinding tussen hart en hoofd vormt de basis voor het creatieve zoekproces waarmee het contact met de dementerende tot stand komt. Verzorgenden die zich veel verschillende benaderingswijzen eigen hebben gemaakt en zich bewust zijn van hun mogelijkheden, zullen ook meer zelfvertrouwen, openheid, veiligheid en rust uitstralen.

Het kan irritant zijn om je bewust rekenschap te geven van wat je doet en waarom. Als je bewust gaat doen wat je gewend was onbewust te doen, is het zelfs mogelijk dat je minder contact krijgt dan anders. Je gaat door een

fase van onzekerheid, je denkt er te veel bij na. Maar als je daar doorheen bent, ben je veel meer *bewust competent*. Bewust doen wat je eerst onbewust deed, maakt het ook mogelijk dat je nog meer dan eerst nieuwe mogelijkheden en ideeën uitprobeert, je creativiteit en fantasie gebruikt, meer durft. Bijvoorbeeld vragen stellen, gevoelens benoemen, bepaalde technieken toepassen. Hierdoor groei je in het contact met collega's en familieleden. Je wordt je bewuster van alles wat je voor de dementerende betekent en tegelijkertijd sta je meer open voor alles wat de dementerende jou te geven heeft. Die wisselwerking is pas compleet als ook jij je bevestigd voelt, als ook jouw gevoel van eigenwaarde toeneemt.



Cora van der Kooij is hoofd van de afdeling Ontwikkeling en Onderzoek van het IMOZ, het Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk te Apeldoorn.

Meer informatie?

IMOZ, Anklaarse weg 91, 7316 MC Apeldoorn
tel. (055) 576 16 15, e-mail: stichting@IMOZ.nl
website: www.IMOZ.nl

De serie 'Belevingsgerichte zorg bij dementie' zal in een komend nummer van DENKBELD worden voortgezet met een artikel over het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Het eerste deel in de serie, over theorie en dagelijkse zorg, is verschenen in DENKBELD, 2001/4.