

VOORWOORD

Via deze weg wil ik enkele mensen bedanken die me geholpen hebben bij het realiseren van mijn eindwerk.

Op de eerste plaats wil ik Judith Rosseel, mijn externe stagebegeleidster en ergotherapeute op zorgeenheid De Boeg, bedanken voor het vertrouwen en de fijne samenwerking die er was. Zij was steeds een enorme steun en hulp bij het realiseren van mijn eindwerk. Zowel voor de praktische, als bij de theoretische uitwerking kon ik steeds bij haar terecht.

Tevens wil ik de directie, het personeel en de patiënten van zorgeenheid De Boeg van het PC. St-Amedeus te Mortsel bedanken voor de mooie kans die ik daar heb gekregen.

Daarnaast wil ook Veerle Van Loy, mijn stagebegeleidster en docente psychiatrie aan de Katholieke Hogeschool Kempen, bedanken.

Verder wil ik mijn ouders, familie en vrienden bedanken voor de vele steun en hulp die ik steeds van hen gekregen heb. Ze gaven me gedurende de ganse periode de moed om te blijven doorzetten.

Mijn laatste dankwoord gaat uit naar iedereen die mee heeft geholpen aan het realiseren van de reminiscentie ruimte op De Boeg.

Hartelijk dank, zonder jullie was dit niet gelukt!

ARTIKEL

De integratie van een reminiscentieruimte op een gerontopsychiatrische zorgenheid.

'Wie van zijn herinneringen kan genieten, leeft tweemaal.'

Dit citaat van de Romeinse schrijver Martialis (40 -103 NC.) beschrijft hoe waardevol het is om mooie herinneringen aan het eigen verleden op te halen. Dit is tevens het basisprincipe waar het bij reminiscentie om gaat. Terugdenken aan herinneringen die men koestert, zoals die ene mooie vakantie aan zee, of die eerste verliefdheid,... is iets waar de meeste mensen zo nu en dan wel eens van kunnen genieten. Zeker bij oudere mensen, die al een heel leven achter de rug hebben, is die natuurlijke behoefte om terug te kijken op het verleden vaak aanwezig. Er wordt graag verteld over 'de goede oude tijd'. Ook voor ouderen met een psychiatrische problematiek, kan het ophalen van positieve herinneringen een meerwaarde betekenen.

Tijdens de twaalf wekend durende stage op zorgenheid De Boeg van het PC. Sint-Amedeus te Morstel, heb ik geprobeerd om volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: "Kan het integreren van een reminiscentieruimte op een gerontopsychiatrische zorgenheid de betrokkenheid op de leefomgeving vergroten?"

In dit artikel worden de verschillende onderdelen in het literatuur onderzoek omschreven, alsook de fasen van het opbouwproces van de reminiscentieruimte. Om de opbouw en integratie van deze ruimte op een gestructureerde en efficiënte manier te laten verlopen, wordt gebruik gemaakt van het PDCA-model.

Motivatie: reminiscentie in gerontopsychiatrie

Tijdens mijn eerste stageperiode op een gerontopsychiatrische zorgenheid, in het tweede jaar van de opleiding, werd het voor mij duidelijk dat het werken met deze doelgroep me erg aansprak. Ik vind het steeds een uitdaging om met deze gevarieerde groep patiënten aan de slag te gaan.

De vraag naar het opbouwen en integreren van een reminiscentieruimte is er gekomen vanuit de zorgenheid zelf. De doelgroep van zorgenheid De Boeg is geëvolueerd van zorgenheid voor personen met NAH (niet-aangeboren hersenletsel) en ziekenboeg van het psychiatrisch centrum naar een gerontopsychiatrische zorgenheid. Het doel van de inrichting van deze ruimte bestaat erin om op deze manier de leefomgeving alsook het activiteiten aanbod aan de patiënten aan te passen.

Reminiscentie

Barendsen en Boonstra (2005) zeggen hierover het volgende: "Reminiscentie is een beproefde methode waarbij ouderen meestal groepsgewijs prettige herinneringen ophalen uit hun jeugdijaren. Dit kan onder andere gebeuren aan de hand van bepaalde triggers. Voorbeelden van deze triggers zijn foto's, oude voorwerpen of verhalen die betrekking hebben op vroeger. Strikt genomen is reminiscentie niets meer of minder dan het bieden van de mogelijkheid aan ouderen om te vertellen over hun jeugd. Ouderen hebben een

natuurlijke behoefte om te vertellen over vroeger. Met reminiscentie wordt dit vertellen bewust gestimuleerd”.

“Reminiscentie is geen therapie, maar kan wel een therapeutisch effect hebben. Door ouderen in de gelegenheid te stellen terug te kijken op hun leven, krijgen zij (weer) een gevoel van eigenwaarde. Het besef bij ouderen dat zij geschiedenis hebben geschreven, is voor veel van hen een belangrijke steun om het huidige leven, met de beperkingen van de ouderdom te accepteren. Daarnaast is reminisceren ook gewoon erg leuk. Het voorziet in de natuurlijke behoefte van de ouderen om aan het eind van hun leven een balans op te maken en terug te kijken op hun verleden”.

Het realiseren van een reminiscentie ruimte op de zorgeenheid was een belangrijk aspect in dit project. Het daarbovenop systematisch opstarten, uitvoeren en evalueren van reminiscentie sessies met een vaste reminiscentie groep, zou binnen het tijdsbestek van de eindwerkstage niet haalbaar zijn geweest. De nadruk lag op de opbouw en de integratie van deze ruimte. Bij het proces van de integratie, is er echter wel gebruik gemaakt van verschillende op reminiscentie gerichte activiteiten.

Een reminiscentieruimte

Alvorens het mogelijk was om te beginnen met de opbouw en integratie van een reminiscentieruimte, was het nodig om eerst uit te zoeken wat een reminiscentieruimte is en hoe ze er uit hoort uit te zien. Hamburger (2007) geeft hierover de volgende beschrijving: “Een reminiscentieruimte is een plek vol voorwerpen die herinneringen oproepen aan vroeger. In deze kamer hangen, staan en liggen overal spulletjes uit het dagelijks leven van zo’n vijftig jaar geleden. Zowel meubeltjes als behangpapier, planten, voorwerpen, servies, een oude koektrommel, poppenwagen, strijkijzer of radio Alles mag herinneren aan het verleden. Voor mensen uit die tijd wordt dit een feest der herkenning. Meestal zal je reminiscentieruimten vinden in settings waar men met ouderen werkt. Bijvoorbeeld in rust- en verzorgingstehuizen worden reminiscentie ruimten gebruikt om aan de hand van reminiscentie activiteiten rond herinneringen te werken met valide of dementerende bejaarden. De bedoeling van deze ruimte is dat de ouderen een gezellige ruimte hebben. Het is een huiselijke en herkenbare sfeer waar ze in kunnen komen zitten. Er zullen ook reminiscentie activiteiten georganiseerd worden in dit decor”.

Bruikbaarheid bij een gerontopsychiatrische doelgroep

In welke mate is reminiscentie geschikt voor personen met een psychiatrische problematiek? Deze vraag heb ik tevens proberen te beantwoorden in mijn literatuur onderzoek. Volgens Oosterdijk (2007) hangt dit af van de aard van de psychiatrische aandoening en (net als bij alle deelnemers aan reminiscentie) van het specifieke verleden en de verwerking daarvan. Het kan noodzakelijk zijn om vooraf meer afspraken te maken dan gebruikelijk, bijvoorbeeld: alleen naar herinneringen zoeken die gaan over zaken waar men trots op kan zijn of waar men plezier aan ontleent. Ook voor personen met een psychiatrische problematiek kan reminiscentie dus een meerwaarde betekenen. In de uitvoeringspraktijk wordt gezien dat alle deelnemers, ook de passieve, alert worden tijdens de bijeenkomst en pathologisch gedrag achterwege blijft. Men wordt letterlijk weer even gewoon. Voor de één geldt dit op bepaalde momenten, voor de ander de gehele bijeenkomst.

Belangrijk is ook te weten voor wie reminiscentie geen geschikte activiteit is. Marcoen (2006) zegt hier het volgende over: “Voor mensen die zich dwangmatig met het verleden bezig houden, is reminiscentie niet geschikt. Dit kunnen mensen zijn die vluchten

in het verleden dat zij verheerlijken of mensen die zich niet kunnen losmaken van een traumatisch verleden dat hen angst, schuldgevoel etc. bezorgt”.

Uit het verdere literatuuronderzoek omtrent dit thema heb ik kunnen concluderen dat reminiscentie ook voor deze doelgroep een zinnige en betekenisvolle activiteit kan zijn, maar dat dit, net zoals bij gezonde ouderen, niet voor iedereen zo zal zijn. In dit geval enerzijds omdat de aard van het psychiatrisch ziektebeeld dit niet toelaat en anderzijds omdat niet iedereen behoefte heeft aan reminiscentie.

Reminiscentie en ergotherapie

In dit eindwerk wordt ook de rol die de ergotherapeut heeft bij de begeleiding van reminiscentie toegelicht.

Wanneer een ergotherapeut reminiscentie activiteiten organiseert kan hij dit met vooropgestelde doelstellingen doen die aansluiten bij de doelstellingen van de therapieplanning. Op deze manier kan reminiscentie meer betekenen dan louter een plezierige activiteit. Dit doelgericht werken met reminiscentie is een belangrijke meerwaarde bij de ergotherapeutische begeleiding. Enkele kenmerkende eigenschappen waarover de ergotherapeut beschikt en die tevens van belang kunnen zijn bij de begeleiding van reminiscentie zijn: empathie en inlevingsvermogen, communicatieve vaardigheden, creativiteit en kennis van motivatietechnieken. Deze eigenschappen behoren uiteraard niet uitsluitend aan de ergotherapeut toe.

Nuytens (2008) zegt hierover het volgende: “Reminiscentie is niet enkel een activiteit voor ergotherapeuten. Het kan interessant zijn om reminiscentie vanuit verschillende invalshoeken toe te passen. De ergotherapeut kan hier een coördinerende rol opnemen”.

Methode: Opbouw reminiscentieruimte volgens het PDCA-model

De uitwerking van het praktijkopzet gebeurde aan de hand van de verschillende fasen van het PDCA-model. De PDCA-cirkel heeft als doel het proces zodanig te beheren dat er een optimaal resultaat kan bewerkstelligt worden. PDCA is een afkorting die staat voor de belangrijkste stappen uit de cirkel: plan, do, check en act. Terhurne (2005)



1. Plan

In de eerste fase is er een plan opgesteld waarbij de onderzoeksvraag in twee grote thema's werd verdeeld, namelijk de reminiscentieruimte en de integratie. Per thema werden een aantal relevante vragen gesteld, die voor de uitvoering van dit project beantwoord dienden te worden. Voorbeelden van deze vragen waren:

- Hoe ziet een reminiscentieruimte er uit?
- Hoe geraak ik aan materiaal?
- Hoe betrek ik de patiënten bij de inrichting van deze ruimte? Etc... . Nadat er op elk van deze vragen een antwoord was geformuleerd, was het tijd om aan de uitvoering te beginnen.

Figuur: 3.1 PDCA-cirkel

2. Do

In de tweede fase van de PDCA-model worden de verschillende stappen van het opbouwproces van de reminiscentieruimte beschreven. Verder wordt er ook ingegaan op de integratie van deze ruimte op de zorgenheid. Deze integratie wordt verwezenlijkt door middel van reminiscentie activiteiten in deze ruimte, en anderzijds door het betrekken van de patiënten bij het opbouwproces.

3. Check

In de volgende fase wordt geëvalueerd of de beoogde doelstellingen zijn bereikt, waarbij gebruik wordt gemaakt van de thema's reminiscentieruimte en integratie. Bij het evalueren van de reminiscentieruimte werd aan de hand van het begrip 'reminiscentieruimte' nagaan of dit opzet geslaagd was. Omdat er geen gestandaardiseerd meetinstrument bestaat om de mate van integratie na te gaan, werd gebruik gemaakt van een zelfopgestelde vragenlijst

4. Act

In de laatste fase worden eveneens aan de hand van de twee thema's bijstellingen geformuleerd. Uit de evaluatie blijkt dat de reminiscentieruimte aan de criteria voldoet. Ik stelde voor mezelf in vraag hoe ik de aanpak van dit project kon verbeteren, moest ik voor dezelfde opdracht staan.

Ik ben tot de vaststelling gekomen dat een aantal patiënten de reminiscentieruimte regelmatig tot zelfs dagelijks gebruiken. Andere patiënten tonen echter geen interesse voor deze ruimte. Enkele mogelijke oorzaken hiervan zouden kunnen zijn dat de aard van het psychiatrisch ziektebeeld dit niet toelaat of anderzijds omdat niet iedereen behoefte heeft aan reminiscentie. Vervolgens worden een aantal oplossingen gesuggereerd om minder actieve patiënten alsnog te betrekken bij het reminiscentiegebeuren.

Besluit

Uit het literatuuronderzoek betreffende de begeleiding van reminiscentie door de ergotherapeut heb ik volgende conclusie getrokken. De ergotherapeut heeft verschillende kwaliteiten die een meerwaarde kunnen betekenen bij de begeleiding van reminiscentie. Enkele voorbeelden hiervan zijn: het doelgericht werken van de ergotherapeut, kennis van verschillende ziektebeelden, creativiteit, kennis van motivatietechnieken etc. De ergotherapeut is bijgevolg zeer geschikt om reminiscentie te begeleiden. Aangezien ook personen uit andere disciplines over deze eigenschappen kunnen beschikken, is het zo dat reminiscentie niet alleen een activiteit is voor ergotherapeuten. Gedurende de stageperiode werd het duidelijk dat niet elke patiënt interesse vertoonde voor de reminiscentieruimte. Een aantal mogelijke oorzaken hiervoor werden al vermeld, al blijven dit echter wel veronderstellingen.

Het gebruik van het PDCA-model was een meerwaarde bij de uitvoering van het praktijkopzet. Het brengt een structuur aan in het geheel, waardoor het mogelijk is om de efficiëntie van het proces te bewaken. Het valt aan te raden om bij een dergelijk project gebruik te maken van dit model.

Bij het evalueren van de integratie werd er bij gebrek aan gestandaardiseerd materiaal, gebruik gemaakt van een zelfopgestelde vragenlijst. Dit betekent echter dat er rekening dient gehouden te worden met een zekere subjectiviteit. De werkelijke integratie van deze ruimte is een voortdurend proces, dat beïnvloed wordt door de manier waarop men deze ruimte, naar de toekomst toe, zal gebruiken.



Figuur 4.7: De Gezelligen Hoek

Literatuurlijst

Barendsen, I., Boonstra, W. (2005) *Terug naar toen..., reminisceren met ouderen*. AG Baarn: HB uitgevers.

Bohlmeijer, E., Mies, L. & Westerhof, G. (2007). *De betekenis van levensverhalen, Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. GA Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Buijssen H., Poppelaars K.(1997). *Reminiscentie, een handleiding voor de praktijk*. Baarn: Intro.

Cuyvers, G. (2007). *Zorgen voor kwaliteit, Handboek voor kwaliteitsontwikkeling voor non-profit organisaties*. Leuven: Lannoo campus.

Hamburger P. (2007). *Verhalen van vroeger voorlezen*. Gevonden op 21 juli 2009 op het internet: <http://www.geheugenvanoost.nl/page/29041/nl>

Nuyttens L. (2008). *Enkele voorbeelden van ergotherapeutisch reminiscentiewerk*. In De Coninck, L. *Ergotherapie in de gerontologie: basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. (pp.218-221) Leuven: Acco.

Oosterdijk F. (2007). *Reminiscentie in de ouderenpsychiatrie*. Gevonden op 8 april 2009 op het internet: <http://www.reminiscentie.nl/item/277/reminiscentie-in-de-ouderenpsychiatrie.html>

Terhurne H. (2005). *De PDCA-cirkel in zeven stappen, Een stappenmodel voor verbetertrajecten en creativiteit*. Gevonden op 21 juli 2009 op het internet: www.creamatics.nl/downloads/Management%20Tools%203-2005%20-%20PDCA-cirkel%20in%207%20stappen.pdf

ARTICLE

The integration of a reminiscence room at a gerontopsychiatric care-unit.

'Those who can enjoy their memories of the past, lives twice.'

This quote from the roman writer Martialis (40 -103 AC.) describes how much pleasure it gives us to bring up good memories from the past. That nice holiday at sea, your first love,... These are moments we all treasure. Certainly the elder amongst us have a natural desire to look back at the past. The 'good old times', you know.

Older people with psychiatric problems can also benefit from bringing up their good memories.

During my twelve weeks of practice at the gerontopsychiatric care-unit 'De Boeg' of the PC.St-Amedeus in Mortsels, I tried to find an answer to the following question: "Can the integration of a reminiscence room at a gerontopsychiatric care-unit enlarge the feeling of involvement in the environment?"

This article describes the different ways of literature investigation as also the steps in the construction of this reminiscence room. To build and integrate this room in an efficient way the PDCA-model was used.

Motivation: reminiscence and gerontopsychiatry

During my working period at the PC.St-Amedeus, in my second year of education it became clear to me that I liked working with this kind of patients. I find it very challenging to work with these different people.

The staff of the institute them self came with this question of designing and building a reminiscence room. The group of patients that stayed at 'De Boeg' had evolved from patients with non congenital brain damage and sickbay of the psychiatric centre to a group of gerontopsychiatric patients. Therefore this reminiscence room is especially made to adapt the environment of this care-unit to the older patients.

Reminiscence

Barendsen and Boonstra (2005) make the following statement: "Reminiscence is an approved method. Elderly people, mostly in groups, recall old memories from their early youth. To stimulate this process different triggers are being used. Examples of these triggers are pictures, old objects or stories from the past. In fact reminiscence is giving the elderly the opportunity to talk about their youth. Older people have a natural need to do so. Reminiscence is no therapy, but it can bring about a therapeutic effect. Knowing that they have written history, is for many of them an important support to face the problems of being old and to accept their situation today. Beside all of that it can also be just fun, to reminisce over the past. It anticipates in the natural need of the elder, to make up a balance, at the end of their lives."

The realisation of the reminiscence room at the care-unit was an important aspect in this project. To systematically start up separate reminiscence sessions beside that, wouldn't have been manageable in the space of time of this project. This could be the subject of a new study. The accent of this work lies in the construction and integration of this room. Nevertheless some reminiscence directed activities took place in the process of integration.

A reminiscence room

Before starting up this project it was necessary to define how a reminiscence room should look like in reality. Humburger (2007) gives the following description:

"A reminiscence room is a place gathered with old objects which bring up memories from the past. In this room you can find object out of the daily life of lets say 50 years ago. Old furniture, wall paper, plants, old tea cups, an old radio or a flat-iron... .

Everything is put there to recall memories. For the elderly, a trip down memory lane.

This reminiscence room has many different purposes. People should like to spent some time there. Mostly you will find these rooms in settings for the elderly. For example in care homes, where they are used to work with memories. In this background activities are also organised for elder people with dementia."

The use of reminiscence in a gerontopsychiatric setting

How can reminiscence-related activities be of use for psychiatric patients? I tried to answer this question by doing research in literature that is written about this subject.

Oosterdijk (2007) says:" The usefulness of reminiscence depends on the sort of psychiatric disease one is suffering from and from the specific past of the patient and how the patient has deled with that past.

It can be necessary to make an agreement before starting up the session.

For instance: only search for memories witch are pleasant or memories where the patient feels good about or is proud of. For patients with psychiatric problems reminiscence can also be valuable. During the reminiscence sessions was witnessed that a lot of patients became more alert and most of the time pathologic behaviour stopped for a few moments or during the entire session."

What is also important, is to know for witch type of patients reminiscence is not a suitable activity. Marcoen (2006) says the following : " Patients who are compulsively occupied with their past, are not suitable for reminiscence-related activities. These are people who run to their past, witch they glorify or people who can't relieve themselves from a traumatic past. This can bring them feelings of guilt and fear."

Further literature investigation about this subject tells us that for a lot of elder people with psychiatric problems reminiscence can be a meaningful activity. But just like some healthy people, there are patients who don't feel the need to reminisce. Sometimes the character of the psychiatric syndrome doesn't allow the participation in reminiscence-related activities.

Reminiscence and occupational therapy

In this literature study the role of the occupational therapist in the guidance of reminiscence is also illustrated. When an occupational therapist starts a reminiscence-related activity he can by this try to achieve a certain objective. In this way reminiscence can gain an importance, instead of being only a pleasant occupation. This is an important surplus value witch an occupational therapist can add to the reminiscence-related activity.

The occupation therapist also has some important qualities which he or she can use during

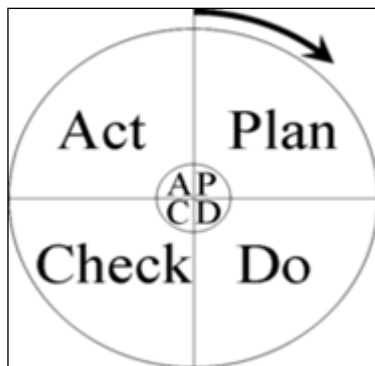
these sessions. Some of these characteristic qualities are: empathy, communicative skills, creativity and knowledge of motivation techniques... .

Of course these skills don't belong exclusively to the occupation therapist.

Nuttens (2008) gives the following description: "Reminiscence is not only an activity exclusively for occupation therapists. It can be interesting to have an approach from different corners. The occupational therapist can take a coordinating role in this."

Method: Building a reminiscence room according to the PDCA-model

The development of the practical set-up happened by following the steps of the PDCA-model. The purpose of the PDCA-circle is to become an efficient result when the different steps of the circle are followed: plan, do, check, act. Terhurne (2005)



Figuur: 3.1 PDCA-circle

1. Plan

First the investigations question has been subdivided in two themes, namely the reminiscence room and the integration. For each theme there were formulated a few relevant questions. For example:

- What is a reminiscence room?
- How can we integrate this room at the care-unit?
- How do we involve the patients in this process? After answering these questions it was time to begin with the implementation.

2. Do

In the second stage, the different steps in the advancement process of the reminiscence room are described. Also the integration process in the care-unit is described in this part. On the one hand the integration gets realised by the introduction of reminiscence-related activities, on the other hand by involving the patients in the construction process of the room.

3. Check

In the third stage we evaluated if the aims were achieved. Herefore we made use of the two themes: reminiscence and integration. In the evaluation of the room the term reminiscence room is used to examine if this room is complete. Because there is no standardised measuring device which measures the degree of integration, I used a self-made question list.

4. Act

At the last stage the two themes (reminiscence and integration) are used to formulate some adjustments. In the evaluation it became clear that the reminiscence room lived up to the expectations. I asked myself this question: What would I improve if I had to do this project over again? In this part I search for an answer to this question.

I came to the conclusion that a number of patients are using the reminiscence room on a daily basis. Other patients didn't show any interest for this room. A possible cause to this might be that for some of the patients the character of their psychiatric syndrome doesn't allow the participation in reminiscence-related activities. An other possible cause could be that not everyone has the need to reminisce over the past. At last a few solutions are suggested to involve those patients who are hard to reach.

Conclusion

From the literature study concerning the guidance of reminiscence by the occupational therapist, I came to this conclusion. The occupation therapist has different qualities which can mean a surplus value in the guidance of reminiscence. A few examples of these qualities are: empathy, communicative skills, creativity and knowledge of motivation techniques... . Consequently the occupational therapist is a very suitable person to guide reminiscence-related activities. Of course these skills don't belong exclusively to the occupation therapist, and that makes that reminiscence is not an activity that's exclusively for the occupation therapist.

During the practicing period it became clear that not every patient was interested in the reminiscence room. A few plausible causes were described, however these are just assumptions. The use of the PDCA-model was a surplus value in the execution of the practical set-up. It brought a clear structure, which made it possible to guard the efficiency of this process. I recommend the use of this model to anyone who plans a similar project. In the evaluation of the integration I used a self made question list,

because there is no standardised measuring device which measures the degree of integration. This contents that I have to take into account that this is a subjective result. The true integration of this room is a proceeding process, which will be influenced by the way this room will be used in the future.



Figuur 4.7: The Enjoyable Corner

Literature

Barendsen, I., Boonstra, W. (2005) *Back to then...Reminiscence with the elderly*. AG Baarn: HB uitgevers.

Bohlmeijer, E., Mies, L. & Westerhof, G. (2007). *The meaning of life tales, Theoretical considerations and applications in research and practice*. GA Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Buijssen H., Poppelaars K.(1997). *Reminiscence, a guide for the practice*. Baarn: Intro.

Cuyvers, G. (2007). *Care for quality, handbook for quality development for non-profit organisations*. Leuven: Lannoo campus.

Hamburger P. (2007). *Reading tales of the past*. Found on 21 juli 2009 on the internet: <http://www.geheugenvanoost.nl/page/29041/nl>

Nuyttens L. (2008). *Some examples of reminiscence work by the occupational therapist* . In De Coninck, L. *Occupational therapy in the gerontology: basis book for qualitative assistance*. (pp.218-221) Leuven: Acco.

Oosterdijk F. (2007). *Reminiscence in elderly psychiatry*. Found on 8 april 2009 on the internet: <http://www.reminiscentie.nl/item/277/reminiscentie-in-de-ouderenpsychiatrie.html>

Terhurne H. (2005). *PDCA-circle in seven steps, a step model for improvement and creativity*. Found on 21 juli 2009 on the internet: www.creamatics.nl/downloads/Management%20Tools%203-2005%20-%20PDCA-cirkel%20in%207%20stappen.pdf

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	1	
ARTIKEL	2	
ARTICLE	7	
INHOUDSTAFEL	12	
INLEIDING	14	
BRONNENONDERZOEK	15	
1	REMINISCENTIE THEORIE	18
1.1	Inleiding	18
1.2	Begripsomschrijving	18
1.3	Doelstellingen van reminiscentie	19
1.3.1	Een verhoogd gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen	19
1.3.2	Het behoud van identiteit	19
1.3.3	Functie van verteller	20
1.3.4	Het kennismakingsproces	20
1.3.5	Verbeteren van de therapeutische relatie	20
1.3.6	Leren omgaan met ingrijpende veranderingen	20
1.3.7	Geheugen stimuleren	20
1.3.8	Plezier beleven	20
1.4	Reminiscentie vormen en toepassingen	21
1.4.1	Specifieke reminiscentie	21
1.4.2	Toepassingen binnen de specifieke reminiscentie	21
1.4.2.1	Het levensloopboek	21
1.4.2.2	Het autobiografisch schrijven	21
1.4.2.3	De levenslijn interview methode (LIM)	21
1.4.2.4	De herinneringskoffer	21
1.4.2.5	De theatervoorstelling	22
1.4.2.6	Een tentoonstelling	22
1.4.2.7	Beeldend of met woorden werken	22
1.4.3	Geïntegreerde reminiscentie	22
1.4.4	Toepassingen binnen de geïntegreerde reminiscentie	22
1.4.4.1	Gewoonten	22
1.4.4.2	Omgeving	23
1.4.4.3	Verzorging	23
1.5	De reminiscentieruimte	23
1.6	Voorwaarden bij reminiscentie	25
1.6.1	Vorbereiding	25
1.6.2	Groepssamenstelling	25
1.6.3	Verloop	26
1.7	Mogelijke probleemsituaties en oplossingen	26
1.7.1	Negatieve herinneringen	26
1.7.2	Herhalen van herinneringen	26
1.7.3	Veranderende groepssamenstelling	26
1.7.4	Onderlinge conflicten en irritaties	27
1.7.5	Dominante of stille deelnemers	27
1.7.6	Angst	27
1.7.7	Onzekerheid	28
1.8	Begeleiden van reminiscentie	28
1.8.1	Aandachtspunten	28

1.9	Begeleiding door de ergotherapeut	29
1.10	Besluit	30
2	DOELGROEP: GERONTOPSYCHIATRIE	31
2.1	Inleiding	31
2.2	Omschrijving doelgroep	31
2.3	Remiscentie in de gerontopsychiatrie	33
2.3.1	Remiscentie bij moeilijke gebeurtenissen in het leven	33
2.3.2	Bruikbaarheid bij een gerontopsychiatrische doelgroep	34
2.4	Besluit	35
3	PDCA-MODEL	36
3.1	Inleiding	36
3.2	Omschrijving PDCA-model	36
3.2.1	Historiek PDCA-model	36
3.2.2	Werking PDCA-model	36
3.3	Besluit	38
4	PRAKTIJKOPZET: INTEGRATIE VAN EEN REMINISCENTIERUIMTE	39
4.1	Inleiding	39
4.2	PC Sint-Amedeus	39
4.2.1	Zorgeenheid De Boeg	40
4.2.1.1	Zorgvisie	40
4.2.1.2	Behandelaanbod	40
4.3	Het opbouwproces volgens het PDCA-Model	41
4.3.1	Voorafgaand	41
4.3.2	Plan (plannen)	42
4.3.2.1	Remiscentie ruimte	42
4.3.2.2	Integreren	42
4.3.3	Do (uitvoeren)	44
4.3.3.1	Opbouwproces	44
4.3.3.2	Integratie	46
4.3.3.3	Naamgeving en opening	49
4.3.4	Check (evalueren)	50
4.3.4.1	Realisatie van een remiscentie ruimte	50
4.3.4.2	Integratie op de zorgeenheid	51
4.3.5	Act (bijsturen)	52
4.3.5.1	Bijsturing remiscentieruimte	52
4.3.5.2	Bijsturing integratie	52
4.4	Besluit	53
BESLUIT		54
LITERATUURLIJST		56
BIJLAGEN		57

INLEIDING

In dit eindwerk ga ik na of het integreren van een reminiscentieruimte op een gerontopsychiatrische zorgeenheid de betrokkenheid op de leefomgeving kan vergroten. De vraag naar de integratie van een reminiscentieruimte was er vanuit zorgeenheid 'De Boeg' van PC Sint Amedeus te Mortsel zelf.

De doelgroep van De Boeg is geëvolueerd van zorgeenheid voor personen met NAH (niet-aangeboren hersenletsel) en ziekenboeg voor het psychiatrisch centrum naar een gerontopsychiatrische zorgeenheid. De patiënten waarmee ik zal werken zijn dus volwassenen met een psychiatrische problematiek die zich op latere leeftijd voordoet. Door het integreren van een reminiscentieruimte wil ik deze oudere patiënten een ruimte aanbieden, waarin ze herinneringen kunnen ophalen en waarin reminiscentie-activiteiten kunnen plaatsvinden. Het uiteindelijke doel van dit opzet is het activiteitenaanbod aan te passen aan de huidige doelgroep.

Om dit eindwerk praktisch haalbaar te maken, heb ik ervoor gekozen om me toe te leggen op de integratie van een reminiscentieruimte op deze zorgeenheid. Het daarbovenop systematisch opstarten, uitvoeren en evalueren van reminiscentie sessies met een vaste reminiscentie groep, zou binnen het tijdsbestek van de eindwerk stage niet realiseerbaar zijn geweest. Wel wil ik tijdens deze stage de patiënten met verschillende, op reminiscentie gerichte activiteiten laten kennismaken. Voorbeelden hiervan zijn: uitstappen, een herinneringen spel, een thema groepsgeprek, een zondags ontbijt in de reminiscentieruimte,...

Met het inrichten van een reminiscentieruimte op deze zorgeenheid wil ik een toegankelijke ruimte voor de erg diverse patiëntengroep op deze afdeling inbrengen. Deze kan in de toekomst gebruikt worden als activiteitenruimte, als gezellige leefruimte, maar vooral als kader voor reminiscentie-activiteiten.

In het eerste hoofdstuk bespreek ik de theoretische achtergrond van reminiscentie. Ik wil te weten komen wat reminiscentie juist is. Welke doelstellingen beoogt reminiscentie? Wat wordt verstaan onder een reminiscentieruimte? Welke rol speelt de ergotherapeut in de begeleiding van reminiscentie?

In het tweede gedeelte wil ik me verdiepen in de doelgroep waarmee ik zal werken. Met welke belangrijke thema's zal ik rekening moeten houden? Aangezien ik vermoed dat reminiscentie niet voor elke gerontopsychiatrische patiënt zinvol is, wil ik ook de criteria voor reminiscentie bij deze doelgroep nagaan.

Vervolgens licht ik de theorie van het PDCA-model toe. Omdat ik voor de praktijkuitvoering op een systematische en kwaliteitsvolle manier te werk wil gaan, maak ik gebruik van dit model. De historiek en de werking van dit model krijgen specifieke aandacht.

In het laatste hoofdstuk omschrijf ik de verschillende fasen van het opbouwproces a.d.h.v. het PDCA-model. Ook de verschillende op reminiscentie gerichte activiteiten, waarmee ik de patiënten heb laten kennismaken komen in dit gedeelte aan bod. De evaluatie methode waarvan ik gebruik maak is een zelfopgestelde vragenlijst. Hiermee wil ik toetsen wat voor de patiënten belangrijk is, wanneer ik een reminiscentieruimte voor hen wil inrichten. In een tweede vragenlijst wil ik nagaan hoe ze deze ruimte ervaren.

BRONNENONDERZOEK

Bij de zoektocht naar waardevolle informatie over mijn onderzoeksvraag "Kan het integreren van een reminiscentieruimte op een gerontopsychiatrische zorg eenheid de betrokkenheid op de leefomgeving vergroten?" heb ik volgende stappen gevolgd:

Om te beginnen heb ik de onderzoeksvraag onder de loep genomen en in een twee kernelementen onderverdeeld.

- Remiscentie
- Gerontopsychiatrie

Bij deze twee kernelementen heb ik telkens een aantal subvragen geformuleerd, die ik wilde beantwoorden.

1. Remiscentie

1. Wat is reminiscentie?
2. Wat is een reminiscentieruimte?
3. Is er een meerwaarde bij begeleiding van reminiscentie door de ergotherapeut?

2. Gerontopsychiatrie

4. Wat zijn de kenmerken van de doelgroep gerontopsychiatrie?
5. Is reminiscentie bruikbaar bij deze doelgroep?

Bij de uitvoering van het praktijkopzet, kwam ik tot de vaststelling dat het erg zinvol is om op een gestructureerde manier te werk te gaan. Daarom heb ik ervoor gekozen om gebruik te maken van het PDCA-model. Een theoretische toelichting van dit model is bijgevolg een bijkomend kernelement in dit eindwerk.

3. PDCA-model

6. Hoe werkt het PDCA-model?

Hieronder beschrijf ik mijn zoekstrategie en de gevonden informatie wat betreft de subvragen.

1. Wat is reminiscentie?

Om te beginnen ben ik op zoek gegaan naar de definitie van reminiscentie. Hierbij maakte ik gebruik van volgende zoektermen: 'definitie', 'reminiscentie', 'definition' en 'reminiscence'. Dit leverde meteen een brede waaier aan definities op. Ook in boeken omtrent dit thema waren verscheidene definities en omschrijvingen te vinden. Om een uitgebreid zicht te krijgen op het begrip reminiscentie heb ik ervoor gekozen om meerdere definities in mijn eindwerk op te nemen.

De meest volledige informatie over de bijkomende aspecten zoals; doelstellingen, begeleiding, vormen en toepassingen,... bij reminiscentie heb ik in verschillende boeken kunnen terugvinden. Een aantal van deze gebruikte bronnen waren onder meer (Barendsen, Boonstra, 2005), (Dynes, 1998), (Doucet, 2000) en (Buijssen, Poppelaars, 1999). De informatie die ik over dit onderwerp heb gevonden uit elektronische bronnen bleef meestal oppervlakkiger.

2. Wat is een reminiscentieruimte?

Over dit thema heb ik in de literatuur minder informatie teruggevonden. Gebruikte zoektermen waren; 'reminiscentieruimte', 'reminiscentie en kamer' en 'reminiscence room'. Ik was in de eerste plaats opzoek naar een omschrijving of criteria waaraan een reminiscentieruimte moest voldoen. Bij het verder zetten van mijn zoektocht op het internet kwam ik op de website van het 'Geheugen Van Oost' terecht, waar ik een beschrijving heb gevonden van een reminiscentieruimte en de manier waarop deze gebruikt wordt, door Hamburger (2007), coördinator van de reminiscentie afdeling van het Flevohuis.

3. Is er een meerwaarde bij de begeleiding van reminiscentie door de ergotherapeut?

Bij de zoektocht naar informatie over dit thema, heb ik gebruik gemaakt van zoektermen zoals 'ergotherapie en reminiscentie' en 'occupational therapy and reminiscence'. De zoekresultaten die ik hiermee heb gevonden gaven meer informatie over reminiscentie zelf, dan over de begeleiding van reminiscentie door de ergotherapeut.

Ook in de literatuur vond ik hier weinig uitgebreide informatie over. Nuyttens (2008) schreef een hoofdstuk over reminiscentie in het boek 'Ergotherapie in de gerontologie' van De Coninck (2008). Hierop heb ik me onder andere gebaseerd om hierover zelf een aantal bevindingen te formuleren.

4. Wat zijn de kenmerken van de doelgroep gerontopsychiatrie?

Ik ben op zoek gegaan naar een algemene omschrijving die op een ruime manier de kenmerken van deze doelgroep omvat, zonder een opsomming te geven van alle mogelijke ziektebeelden. In het 'Handboek ouderenpsychiatrie' door Heeren, Kat en Stek (2001), heb ik een omschrijving teruggevonden die aan de hand van een aantal basiskenmerken deze doelgroep beschrijft.

5. Is reminiscentie bruikbaar bij deze doelgroep?

In mijn zoektocht op het internet heb ik hier gebruik gemaakt van de zoektermen; 'reminiscentie en psychiatrie', 'reminiscentie en gerontopsychiatrie', 'reminiscence and psychiatry', 'reminiscence and mental health'... . Dit bracht me bij een proefschrift door Bohlmeijer (2007) 'Reminiscence and depression in later life' waaruit ik een stuk informatie heb kunnen putten.

Hierna heb ik verder gezocht naar publicaties van deze auteur over dit thema en vond ik het boek 'De betekenis van levensverhalen' door Bohlmeijer, Mies en Westerhof (2007). In dit boek kwamen verschillende auteurs over dit thema aan bod, en heb ik een aantal bruikbare gegevens kunnen halen.

6. Hoe werkt het PDCA-model?

Bij de zoektocht op het internet vond ik een aantal websites over management waarin deze kwaliteitscirkel beschreven stond. Zoektermen die ik heb gebruikt waren; 'PDCA-cirkel', 'PDCA-model', 'Deming-circle'... . De beschrijvingen die ik hier heb teruggevonden bleven echter vrij beperkt.

Hierna ben ik op zoek gegaan naar publicaties in de literatuur waarin dit model beschreven stond. Als eerste kwam ik uit bij de boeken 'Kwaliteitsmanagement' door Juran (1997) en ook 'Vier dagen met Dr. Deming' door Latzko en Saunders (1996).

Bij het doornemen van deze boeken bleek echter dat deze voornamelijk op bedrijven, management en economie waren gericht, en dus niet erg geschikt in de context van mijn eindwerk. Ik zocht verder en kwam terecht bij Cuyvers (2007) die het PDCA-model beschrijft in zijn boek; 'Zorgen voor kwaliteit, Handboek kwaliteitsontwikkeling voor non-profit organisaties'. Dit bleek een meer geschikte bron te zijn, bij de omschrijving van dit model.

In de zoektocht naar geschikte informatie, maakte ik gebruik van de volgende zoekkanalen:

Bibliotheken:

- Gemeentelijke Bibliotheek Lint
- Mediatheek Katholieke Hogeschool Kempen
- Bibliotheek Permeke Antwerpen

Zoekmachines op het internet:

- Google Scholar
- Google Books
- PubMed

Cursusmateriaal ergotherapie:

- Cursus 3^{de} jaar ergotherapie:
 - Geriatrie: Reminiscentie: Theorie en praktijk
 - Geriatrie: Kwaliteit: Iets voor ergo's?

1 REMINISCENTIE THEORIE

1.1 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wil ik de theorie rond reminiscentie toelichten. Allereerst wil ik een omschrijving van het begrip 'reminiscentie' aan de hand van enkele definities geven. Vervolgens komen de verschillende doelstellingen die aan reminiscentie kunnen gekoppeld worden aan bod. Hierop volgen de verschillende reminiscentie vormen en toepassingen, alsook een apart stukje over de reminiscentieruimte. Tot slot komen in dit hoofdstuk de verschillende aandachtspunten bij reminiscentie en de begeleiding van reminiscentie door de ergotherapeut aan bod.

1.2 Begripsomschrijving

*'Wij zijn niets anders dan de strandvonders van ons eigen leven,
brokstukken verzamelend langs de zee der vergetelheid.'*
(Hermans, W.F. 1968)

Reminiscentie is een beproefde methode waarbij ouderen meestal groepsgewijs prettige herinneringen ophalen uit hun jeugdijaren. Dit kan onder andere gebeuren aan de hand van bepaalde triggers¹. Voorbeelden van deze triggers zijn foto's, oude voorwerpen of verhalen die betrekking hebben op vroeger. Strikt genomen is reminiscentie niets meer of minder dan het bieden van de mogelijkheid aan ouderen om te vertellen over hun jeugd. Ouderen hebben een natuurlijke behoefte om te vertellen over vroeger. Met reminiscentie wordt dit vertellen bewust gestimuleerd.

Door te reminisceren met groepen ouderen ontstaan series verhalen die rechtstreeks betrekking hebben op het dagelijkse leven van vroeger, als doorkijk vanuit het verleden naar het heden. Verhalen over alledaagse zaken kunnen voor de huidige generatie bijdragen tot een beter begrip voor de waarden en normen van ouderen. Ook ontstaat er door te reminisceren een goed beeld van wie de oudere is geweest en hoe dat verleden in het heden doorwerkt.

Reminiscentie is geen therapie, maar kan wel een therapeutisch effect hebben. Door ouderen in de gelegenheid te stellen terug te kijken op hun leven, krijgen zij (weer) een gevoel van eigenwaarde. Het besef bij ouderen dat zij geschiedenis hebben geschreven, is voor veel van hen een belangrijke steun om het huidige leven, met de beperkingen van de ouderdom te accepteren.

Daarnaast is reminisceren ook gewoon erg leuk. Het voorziet in de natuurlijke behoefte van de ouderen om aan het eind van hun leven een balans op te maken en terug te kijken op hun verleden. (Barendsen, Boonstra, 2005)

¹ triggers: stimuli uit de directe omgeving kunnen herinneringen naar boven halen. Dergelijke prikkels uit de omgeving worden triggers genoemd. Elk van de vijf zintuigen waarover een mens beschikt is in staat om herinneringen boven te halen. (visuele triggers, auditieve triggers, tactiele triggers en geur en smaak als trigger)

Enkele definities:

“Terugdenken, het op een min of meer levendige en gevoelsgeladen wijze ophalen van en/of verwijlen bij herinneringen aan gebeurtenissen uit het verleden.”
(Prof. Marcoen, Universiteit van Leuven, 2006)

“Remiscentie zoals gebruikt wordt in de ouderzorg is een interventie die bedoeld is om herinneringen aan verwerkte ervaringen op te roepen en vervolgens deze herinneringen (mondeling, schriftelijk of beeldend) vorm te geven”.
(Hamburger, coördinator remiscentieafdeling Flevohuis, 2006)

“Remiscentie is een vorm van hulpverlening waarbij het ophalen van herinneringen centraal staat.” (Dr. Bohlmeijer, 2006)

“Remiscentiewerk kent vele verschillende benaderingen, afhankelijk van de kennis, bekwaamheid, zelfvertrouwen en ervaring van de mensen die het gebruiken. Het is geen bundel uitputtend geteste technieken. Maar het is een losse verzameling van ideeën resulterend in verschillende benaderingen, activiteiten en praktijken die verschillen naargelang het doel en de plaats waar het zich afspeelt.”
(Prof. Gibson, Ulster University, 2005)

“Op een aangename, maar doordachte en gestructureerde wijze op ontdekkingstocht gaan in de herinneringen van een persoon met een dementie om te proberen een beeld te krijgen van zijn belevingswereld met als einddoel met die informatie vruchtbaardere contacten te realiseren.” (Doucet, 2000)

“Remiscentie is een activiteit die meestal met zowel dementerenden als niet dementerende bejaarden in rust en verzorgingstehuizen wordt gedaan. Hierbij worden samen met de bejaarden, aan de hand van triggers, herinneringen aan het verleden opgehaald.”
(Van Uytzel, Jansen, 2004)

1.3 Doelstellingen van remiscentie

1.3.1 Een verhoogd gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen

Ouderen herkennen en erkennen zichzelf vaak weer in prestaties en ervaringen uit het verleden. Het ophalen van herinneringen kan hierdoor, zeker bij ouderen waarvan de psychische en intellectuele capaciteiten achteruitgaan, leiden tot een beter gevoel van eigenwaarde. Ook de kennis die iemand heeft over zijn eigen afkomst geeft de oudere meer zelfvertrouwen

1.3.2 Het behoud van identiteit

Door het ophalen van herinneringen zijn ouderen vaak in staat hun eigen identiteit vast te houden. Behoud van identiteit schept een gevoel van zekerheid. Ouderen voelen zich daardoor sterker en zijn gemotiveerder om door te gaan. Praten over vroeger herinnert de oudere ook aan hoe hij zo geworden is. Bij ouderen die in een instelling leven is het gevoel van een eigen identiteit erg belangrijk omdat dit gevoel daar soms bedreigd wordt. Afhankelijkheid van regels en voorschriften kunnen maken dat men zich gaat voelen als iemand die zich niet onderscheidt van anderen. Terugblikkend op zijn unieke verleden beseft hij (weer) dat hij uniek is.

1.3.3 Functie van verteller

Vaak zien ouderen zichzelf als centrale figuur of held in de herinneringen die zij koesteren van een bepaalde gebeurtenis of ervaring. Voor ouderen die afhankelijk zijn van de zorg van anderen, is reminiscentie een manier om iets terug te doen. Ze krijgen de functie van verteller en kunnen op deze manier zelf informatie doorgeven aan de volgende generatie. Voor hen komen er veel mooie herinneringen naar boven, die ze met de rest kunnen delen. Het is voor hen prettig dat de geschiedenis niet verloren gaat als ze zullen sterven. Dit kan het proces van afscheid nemen vergemakkelijken en de vrees om te moeten sterven verminderen.

1.3.4 Het kennismakingsproces

Door deel te nemen aan een reminiscentie activiteit in groep, leren de ouderen elkaar beter kennen en begrijpen. Vaak ontstaan er nieuwe vriendschappen en contacten uit een reminiscentiegroep. Het delen van herinneringen creëert namelijk snel een band. Omdat op latere leeftijd het sociale netwerk vaak inkrimpt kunnen deze nieuwe contacten een belangrijke rol spelen in het tegengaan van vereenzaming.

1.3.5 Verbeteren van de therapeutische relatie

Het huidige gedrag van de oudere is gebaseerd op ervaringen die hij vroeger heeft opgedaan. Zijn persoonlijke verleden is van invloed op hoe hij nu is. Doordat de oudere vertelt over zijn ervaringen, kan de begeleider meer inzicht krijgen in dit verleden en kan daardoor vaak ook een beter zicht krijgen op het huidige functioneren. Reminisceren kan in het bijzonder waardevol zijn bij ouderen met zogenaamd 'moeilijk gedrag'. Kennis van het verleden kan de hulpverlener helpen bij het begrijpen van het gedrag van een bejaarde, bijvoorbeeld bij angsten of agressie.

1.3.6 Leren omgaan met ingrijpende veranderingen

Reminiscentie kan helpen beter met belangrijke of ingrijpende gebeurtenissen in het leven, zoals opname in een instelling, om te gaan. Het brengt de ouderen in herinnering hoe ze vroeger met veranderingen omgingen. Het herinnert hen eraan dat ze vroeger ook vaak opzagen tegen veranderingen, maar dat ze hier telkens mee om wisten te gaan. Zo wordt er een brug geslagen tussen het heden en het verleden.

1.3.7 Geheugen stimuleren

Tijdens het reminisceren worden herinneringen opgeroepen met behulp van het lange termijn geheugen. Dit geheugen blijft bij ouderen het langst bewaard. Dankzij het reminisceren wordt dit geheugen dan ook geprikkeld en gestimuleerd.

1.3.8 Plezier beleven

Ouderen beleven vaak veel plezier aan het vertellen over het persoonlijke verleden. Wanneer reminiscentie vreugde brengt in iemands leven, heeft dit vaak weer andere positieve effecten, zoals een verbeterde subjectieve gezondheid en grotere interesse en betrokkenheid bij anderen. Reminiscentie is geen therapie op zich. Wel kan reminiscentie duidelijk zichtbare therapeutische effecten hebben. Het is allereerst een sociale activiteit die bedoeld is om ouderen in relatie met anderen een stem te geven.
(Dynes, 1998) (Doucet, 2000)

1.4 Reminiscentie vormen en toepassingen

1.4.1 Specifieke reminiscentie

Bij specifieke reminiscentie wordt het reminisceren beschouwd als een afzonderlijke 'activiteit' die werkt rond één thema en sterk is afgebakend in tijd, plaats en persoon. Specifieke reminiscentie kan zowel in groep als individueel gebeuren. Gedurende bijvoorbeeld een uur reminisceren we met een groep of met een persoon rond één thema. Voorbeelden van mogelijk thema's zijn: radio en TV, vervoer, vakantie en vrije tijd, geloof en religie, het ouderlijk huis,... . De verkregen informatie van de aanwezigen tijdens de activiteit kan later gebruikt worden tijdens de zorg.

1.4.2 Toepassingen binnen de specifieke reminiscentie

1.4.2.1 Het levensloopboek

Een specifieke vorm van individuele reminiscentie is het samenstellen van een levensloopboek. Samen met de ouderen worden herinneringen vastgelegd. Dat kan aan de hand van een fotoboek waarin foto's en geschreven tekst opgenomen worden. Een variatie is het auditieve levensboek, waarin stemmen, tekst, klank en muziek digitaal worden opgeslagen. De maatschappelijke ontwikkelingen bieden steeds meer mogelijkheden. Kleinkinderen die vlot overweg kunnen met computerprogramma's en internetsites, kunnen samen met oma of opa een levensboek maken en laten afdrucken als een echt boek.

1.4.2.2 Het autobiografisch schrijven

Een andere manier van specifieke reminiscentie is het autobiografisch schrijven. Een voorbeeld hiervan is samen schrijven hoe je vroeger naar school ging: welke kledij je droeg, welk schoolmateriaal je had, wie je meester of juffrouw was, wat het schoolreglement inhield.... Vele ouderen herinneren zich nog perfect de naam van de zuster of broeder van het kleuterklasje. Zij vertellen ook in geuren en kleuren over hun zwarte satijnen schortjes en klompen. De topic voor vele ouderen is de catechismus, die zouden velen nog zonder meer foutloos kunnen opzeggen.

1.4.2.3 De levenslijn interview methode (LIM)

De levenslijn interview methode is een methode waarbij men het leven in kaart brengt. Op een eenvoudig papier tekent de oudere zijn levenslijn vanaf de geboorte tot nu. Hierin ziet men hoogte- en dieptepunten, waarover met de oudere een gesprek gevoerd kan worden. Bijvoorbeeld: hoe beleefde de oudere de ziekte van zijn partner, zijn huwelijk, de geboorte van de kinderen...?

1.4.2.4 De herinneringskoffer

Herinneringskoffers worden per thema samengesteld: de tuingeriefkoffer, de schoolkoffer, de mannenkoffer, de vrouwenkoffer, de waskoffer, ... Bij de koffer horen identificatiefiches met uitleg over de verschillende voorwerpen en basisvragen die gesteld kunnen worden om een gesprek op gang te brengen. Daarnaast kan er een quiz of een spel over het betreffende thema aan de koffer toegevoegd worden. Interessant is om de oudere met de voorwerpen uit de koffer effectief iets te laten doen. Bepaalde organisaties lenen dergelijke koffers uit.

1.4.2.5 De theatervoorstelling

Remiscentie kan ook als bron van een theatervoorstelling gebruikt worden. Verhalen van ouderen (bijvoorbeeld: over verliefd zijn en dan nog in de Tweede Wereldoorlog) worden genoteerd en als manuscript gebruikt. De theatervoorstelling kan al dan niet met de ouderen zelf gespeeld worden. Vanaf de voorbereiding tot lang na de voorstelling is er een hoeveelheid aan stof om rond te reminisieren.

1.4.2.6 Een tentoonstelling

Een thematentoonstelling over oude voorwerpen kan georganiseerd worden. De voorwerpen kunnen aangeleverd worden door de oudere zelf, door familie, vrienden of in samenwerking met musea. Voorbeelden zijn klederdracht, het klooster, werken op het veld,... . Met de oudere kan ook overlegd worden om zelf een tentoonstelling in elkaar te steken. Dat kan bijvoorbeeld door zijn beroep voor te stellen, gebruikmakend van een schap van een kast, of door op een schap van een kast de geliefde tijdsbesteding van vroeger voor te stellen. Zo kunnen verschillende themakasten het onderwerp uitmaken van de tentoonstelling.

1.4.2.7 Beeldend of met woorden werken

Herinneringen kunnen zichtbaar gemaakt worden met beelden of woorden. Met de oudere die graag creatief omgaat met woorden, of met de oudere die beeldend aangelegd is, kan een verhalenboek over vroeger geschreven worden. Er kan ook een prentkaartencollage opgemaakt worden met prentkaarten van vroeger. Het is boeiend om de iets oudere kleinkinderen een levensloop te laten maken van hun ouders enerzijds en van hun grootouders anderzijds. Ze zullen er versteld van staan hoeveel interindividuele verschillen er zijn en wat een groot verschil er is over één generatie heen.

(Nuyttens, 2008)

1.4.3 Geïntegreerde reminiscentie

Bij geïntegreerde reminiscentie gaat men reminisieren tijdens, en als ondersteuning van, de zorg. Men gaat de verkregen informatie tijdens de specifieke reminiscentie van de bejaarde toepassen in de dagelijkse zorg. Men gaat onder andere reminisieren tijdens de hygiënische zorg en tijdens de maaltijden. De gewoontes van de oudere worden gerespecteerd en men past ook de omgeving aan. (Doucet, 2000)

1.4.4 Toepassingen binnen de geïntegreerde reminiscentie

1.4.4.1 Gewoonten

Ieder mens leeft met bepaalde gewoonten. Ze geven ons een veilig gevoel en zorgen voor een bepaalde structuur in ons leven. Deze gewoonten kunnen zich op verschillende vlakken situeren, gaande van het volgen van bepaalde tv-programma's, rookgewoonten, godsdienstbeleving, politieke overtuiging tot koffiegewoonten,...

Achterhalen wat deze gewoonten zijn kan gebeuren door de oudere zelf hierover te bevragen of door hiernaar te polsen bij familieleden.

Door rekening te houden met de deze gewoonten van de oudere en hiervoor ruimte te creëren kan de oudere zich op een waardige manier handhaven en wordt er rekening gehouden met zijn zelfbeschikkingsrecht.

1.4.4.2 Omgeving

In een herkenbare omgeving verblijven brengt voor de meeste mensen een gevoel van veiligheid met zich mee. Wanneer ouderen niet meer langer thuis kunnen wonen, is het vaak een hele grote aanpassing om het vertrouwde huis in te ruilen voor een onbekend en vaak groot woon- en zorgcentrum of rust-en verzorgingstehuis. Het is echter meestal wel mogelijk om de omgeving in bepaalde mate aan te passen aan de oudere. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de oudere zelf laten beslissen over de schikking van de meubels in de eigen kamer, een aantal meubels van thuis gebruiken, de mogelijkheid bieden om naar de eigen muziek te luisteren of eventueel kleine huisdieren toelaten.

1.4.4.3 Verzorging

Ook op vlak van zelfzorg en hygiëne heeft ieder mens zijn eigen gewoonten. Sommige ouderen wassen zich elke dag in een waskom, anderen nemen dan weer graag elke week een bad of elke ochtend een douche,... . De tijdsdruk en werkdruk waarin verzorgend personeel in sommige instellingen moet werken, kan er voor zorgen dat de oudere niet meer de kans krijgen om hun persoonlijke verzorging op hun eigen manier verder te zetten.

Ondanks de grenzen die er op dit vlak soms zijn aan de mogelijkheden tot zelfbeschikkingsrecht kan er gezocht worden naar een compromis voor beide partijen. Voorbeelden hiervan zijn: de oudere zelf laten kiezen welke kledij hij wil aantrekken, rekening houden met de kapselgewoonte van de oudere, privacy van de oudere zo goed mogelijk respecteren,

1.5 De reminiscentieruimte

Een reminiscentieruimte is een plek vol voorwerpen die herinneringen oproepen aan vroeger. In deze kamer hangen, staan en liggen overal spulletjes uit het dagelijks leven van zo'n vijftig jaar geleden. Zowel meubeltjes als behangpapier, planten, voorwerpen, servies, een oude koektrommel, poppenwagen, strijkijzer of radio Alles mag herinneren aan het verleden. Voor mensen uit die tijd wordt dit een feest der herkenning.

Meestal zal je reminiscentieruimten vinden in settings waar men met ouderen werkt. Bijvoorbeeld in rust- en verzorgingstehuizen worden reminiscentieruimten gebruikt om aan de hand van reminiscentie activiteiten rond herinneringen te werken met valide of dementerende bejaarden. De bedoeling van deze ruimte is dat de ouderen een gezellige ruimte hebben. Het is een huiselijke en herkenbare sfeer waar ze in kunnen komen zitten. Er zullen ook reminiscentie activiteiten georganiseerd worden in dit decor. Om in de sfeer te komen en snel oude spullen bij de hand te hebben, is die reminiscentiekamer in de loop de jaren vol geraakt met oude radio's, oude pakjes zeep, een stencilmachine, een oude Singer naaimachine, enz. De mensen zitten op oude stoelen, aan een oude tafel en met een ouderwets tafelkleed. De reminiscentie bijeenkomst begint met het uitzoeken van een voorwerp uit de ruimte. Zo een voorwerp van vroeger in de hand maakt het gemakkelijk om iets te vertellen, ook al zitten mensen in een groep. Geef ze een doosje Erdal schoensmeer in de hand en ze beginnen over hoe er bij hen thuis gekibbeld werd over wie aan de beurt was om voor het hele gezin de schoenen te poetsen. (Hamburger, 2007)

Of de herinneringsruimte onder de vorm specifieke- of geïntegreerde herinnering valt, hangt af van de manier waarop deze ruimte gebruikt wordt.

Is er sprake van een 'open' ruimte waar iedereen vrij gebruik van kan maken, om bijvoorbeeld, de krant te komen lezen, eens in de kast te neuzen of een tas koffie te drinken. Dan spreken we van geïntegreerde herinnering. De herinneringsomgeving wordt geïntegreerd in het dagelijks leven van de oudere. Wanneer deze ruimte wordt gebruikt om specifieke herinneringsactiviteiten in te laten doorgaan, waarbij bijvoorbeeld gebruikt wordt gemaakt van elementen uit de ruimte als trigger, dan spreken we over specifieke herinnering.

Vervolgens nog enkele foto's uit de herinneringsruimte. Je ziet hier huishoudproducten en een koffiemolen uit de tijd van toen. De laatste foto geeft de sfeer van een herinneringsruimte weer.



Figuur 1.1: Huishoudproducten uit de tijd van toen



Figuur 1.2: Oude koffiemolen



Figuur 1.3: De sfeer van een herinneringsruimte

1.6 Voorwaarden bij reminiscentie

1.6.1 Voorbereiding

Voor men kan beginnen met het geven van reminiscentie sessies is het nodig om informatie en triggers te verzamelen. Dit kunnen foto's, dia's, boeken, teksten of voorwerpen zijn, alles wat maar enigszins met het onderwerp te maken heeft. Vervolgens moet men zich in het thema verdiepen. Dat dient niet om tijdens de sessies je deskundigheid te tonen, maar om de juiste vragen te stellen en de sterkste triggers te gebruiken. Wanneer het onderwerp in subitems is uitgewerkt, kan men de vragen opstellen. Natuurlijk is het beter als de vragen spontaan komen, maar als men even strop zit, is het altijd goed om wat vragen achter de hand te hebben. Het is aangeraden om de vragen ook op te stellen aan de hand van de triggers. (Doucet, 2000)

1.6.2 Groepssamenstelling

Reminiscentie wordt het best toegepast in een gesloten groep van 6 à 8 personen. Dat wil zeggen een groep die begint met een vast aantal personen en waarbij tussentijds geen nieuwe deelnemers worden toegelaten. In een gesloten groep ontstaat er een sterke groepsband ('wijgevoel'). Een groep kleiner dan 6 personen is erg kwetsbaar. Als iemand ziek wordt of om een of andere reden uitvalt of er niet bij kan zijn, blijven er al gauw te weinig deelnemers over. In een te grote groep wordt de communicatie en het persoonlijk contact tussen de deelnemers onderling beperkt. Bij meer dan 10 personen is er tijdens een sessie ook vaak te weinig tijd om iedereen aan bod te laten komen.

Een reminiscentie groep kan worden gevormd door een reeds bestaande groep. Indien er een nieuwe groep wordt samengesteld kan men dit doen op basis van overeenkomsten tussen de ouderen wat betreft interesses, beroep, hobby's, persoonlijke geschiedenis enzovoort. Waar men bij het samenstellen van een groep ook op moet letten is dat de verschillende deelnemers elkaar niet te veel ontlopen qua verbale capaciteit. Dit kan onder de deelnemers verveling en gevoelens van ongemak met zich meebrengen. Het belangrijkste bij het samenstellen van een reminiscentie groep is dat alle ouderen elkaar kunnen accepteren zoals ze zijn. (Buijssen, Poppelaars, 1999)

Voor het samenstellen van de groep kunnen de volgende criteria gehanteerd worden:

Mogelijke deelnamecriteria

Een aantal voorwaarden waar in het beste geval aan wordt voldaan zijn:

- zoveel mogelijk aanwezig kunnen en willen zijn op een vast dagdeel van de week
- goed kunnen horen
- bereid zijn om over het verleden te vertellen
- bereid zijn naar anderen te luisteren
- plezier beleven aan het ophalen van herinneringen

Mogelijke uitsluitingscriteria

De volgende mensen kunnen het groepsproces bemoeilijken:

- deelnemers met ernstige cognitieve stoornissen
- deelnemers met een beperkt gehoor
- deelnemers met 'storend' gedrag (agressief, dominant of te verward)
- deelnemers met een problematische jeugd (misbruik, verwaarlozing)
- deelnemers in een acute psychiatrische toestand
- deelnemers die te maken hebben met een nog onverwerkt rouwproces.

1.6.3 Verloop

Het is aan te raden om de reminiscentie sessies steeds met een vaste structuur te laten verlopen. Een herkenbaar verloop schept een gevoel van veiligheid en zekerheid voor de deelnemers. Een mogelijke opbouw voor een reminiscentie sessie kan zijn:

- Welkom/inleiden van het thema
- Aanwezigheden nagaan
- Reminisceren
- Eventueel bespreken van een huiswerkopdracht
- pauze (eventueel met koffie)
- Reminisceren
- Afronden van het onderwerp
- Toelichten van het thema van de volgende bijeenkomst
- Eventueel een nieuwe huiswerk opgave
- Deelnemers bedanken
- Afsluiten

1.7 Mogelijke probleemsituaties en oplossingen

1.7.1 Negatieve herinneringen

Het is mogelijk dat een deelnemer begint te vertellen over een aangrijpende gebeurtenis uit zijn verleden (bijvoorbeeld: een oorlogsverhaal of ongeluk). Het vermelden van een akelige gebeurtenis hoeft op zich niet erg te zijn, maar het is niet de bedoeling dat de betreffende deelnemer allerlei gruwelijke details vertelt. Dit soort verhalen komen zelden voor, maar kunnen vaak heel onverwacht naar boven komen en je als het ware overvallen. Dit soort situaties kunnen zich nu eenmaal voordoen, en het heeft dan ook geen zin om jezelf als begeleider hieromtrent verwijten te maken. Grijp wel in en verzoek aan de betreffende deelnemer om het onderwerp even te laten rusten. (Barendsen, Boonstra, 2005)

1.7.2 Herhalen van herinneringen

Het kan voorkomen dat een deelnemer steeds dezelfde herinnering vertelt. Het kan hierbij gaan om een herinnering aan een positieve ervaring ('validerende reminiscentie') of om een negatieve ervaring uit het verleden ('lamenterende reminiscentie'). (Kovach, 1991) Een voorbeeld van dat laatste is iemand die tijdens de bijeenkomsten steeds opnieuw vertelt hoe hij tijdens de oorlog moest onderduiken en bij een inval op zijn onderduikadres ternauwernood aan de Duitsers wist te ontkomen. De begeleider kan op deze situatie inspelen door bijvoorbeeld van invalshoek te veranderen, of te vragen of de deelnemer nog iets anders aan de herinnering kan toevoegen. Bijvoorbeeld: "Wat herinnert u zich verder nog van het voorval?" Een andere mogelijkheid bestaat erin om van onderwerp te veranderen. Bijvoorbeeld: 'wat deden uw broers en zussen toen?' (Burnside en Haight, 1994)

1.7.3 Veranderende groepssamenstelling

Door het delen van herinneringen in een zelfde (gesloten) groep kan er veel erkenning ontstaan voor elkaar's situatie, wat mogelijk uitmondt in een toenemend wederzijds begrip en samenhang. Op deze manier kunnen er sterke groepsbanden ontstaan. Als een deelnemer niet kan deelnemen aan één van de sessies (vb: door ziekte, ...), laat de

andere deelnemers dan weten waarom deze persoon afwezig is zodat zij ook weten dat dit niet aan de groep ligt. Vul de 'lege' stoel niet op met nieuw gezicht. Dit geeft de deelnemers het gevoel dat ze inwisselbaar zijn. De mogelijkheid bestaat ook dat een deelnemer afvalt bij gebrek aan belangstelling. Dit is jammer, maar kan gebeuren. Je kan mensen niet dwingen, hooguit overhalen tot deelname.

1.7.4 Onderlinge conflicten en irritaties

Het is mogelijk dat twee of meerdere deelnemers elkaar niet liggen en hiervan openlijk blijk geven. Bijvoorbeeld door elkaar openlijk te kleineren, of zelfs te beledigen. Uitspraken als: 'zij mag altijd meer vertellen dan ik', of 'daar heb je hem weer met zijn stokpaardje' duiden op irritatie. Het is aangewezen om in dergelijke situatie, na afloop van de bijeenkomst de desbetreffende deelnemers even apart nemen en te proberen om de zaak uit te praten. Ook bij het selecteren van deelnemers is het belangrijk om niet dié mensen samen te brengen waar al onderlinge irritaties spelen. Bewaak dat iedereen zijn zegje mag doen, en dat mensen zich veilig voelen binnen de groep. Houd ook rekening met onderlinge jaloezie.

1.7.5 Dominante of stille deelnemers

Het kan gebeuren dat één van de deelnemers constant het woord neemt en de anderen geen kans geeft om iets te zeggen. Het is aangewezen de betreffende deelnemer erop te wijzen dat het voor iedereen aangenamer is dat iedereen naar elkaar luistert en elkaar laat uitspreken. Om dit ingrijpen gemakkelijker te maken, kan men beginnen met de betreffende deelnemer eerst een compliment te geven. Bijvoorbeeld in de trant van; U bent wel een erg enthousiaste deelnemer, nu en dan echter iets te enthousiast.

ook na afloop kan de deelnemer op zijn gedrag worden aangesproken. Indien er geen afspraken gemaakt kunnen worden, of als de deelnemer zich niet aan de afspraak houdt, is het beter om deze deelnemer te verzoeken niet meer deel te nemen aan de activiteit. In dit geval is het beter om één iemand kwijt te geraken, dan om de interesse van een hele groep te verliezen.

Ook het tegenovergestelde kan voorkomen. Sommige ouderen zijn al tevreden als zij in de groep zitten en naar anderen kunnen luisteren. Ze hoeven niet hoognodig zelf iets in te brengen. De taak van de begeleider is dan ook deze te betrekken bij het gesprek. De gemakkelijkste manier om dit te doen is regelmatig een 'rondje' maken. Dit houdt in dat bij de aankondiging van een nieuw thema iedereen aan bod komt, door met de wijzers van de klok mee, iedereen zijn zegje te laten doen.

1.7.6 Angst

Sommige deelnemers kunnen afdwalen als ze herinneringen ophalen en worden angstig als ze geconfronteerd worden met hun onsamenhangende gedachtegang. Angst kan zich uiten in handen wringen, transpireren, een andere kant opkijken, trommelen met de vingers, schuifelen met de voeten, Angst komt voornamelijk voor bij ouderen in de eerste fase van dementie. Dit kan het best opgelost worden door de oudere tijdig te onderbreken en gerichte vragen te stellen: "vertelt u me eens over...".

Door op deze manier te helpen bij het structureren van de gedachten kan voorkomen worden dat de deelnemer te angstig wordt.

1.7.7 Onzekerheid

Sommige ouderen zijn vanwege een negatief zelfbeeld erg onzeker over zichzelf en over wat ze over vroeger te vertellen hebben. Ze hebben meer bevestiging nodig dan anderen. Een negatief zelfbeeld kan op verschillende manieren tot uiting komen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een deelnemer uit zichzelf geen herinneringen vertelt, omdat hij vindt dat de eigen herinneringen 'niet interessant of leuk' genoeg zijn. Wanneer dergelijke personen zich laten overhalen om toch iets te vertellen, beginnen of eindigen ze hun verhaal met te zeggen dat het toch allemaal niet zoveel voorstelde....

De volgende tips kunnen helpen om deze deelnemers te steunen:

- Vraag hen naar voorbeelden uit het verleden van bekwaamheid, bemind zijn en gerespecteerd zijn.
- Herinner hen aan eerdere prestaties, en bevestig deze regelmatig.
- Bagatelliseer geen enkele herinnering, ook al lijken bepaalde herinneringen op het eerste zicht minder belangrijk.
- Haal eerdere uitspraken van de oudere aan om het negatieve zelfbeeld positief te beïnvloeden.
- Moedig verhalen over zwakheden of mislukkingen niet aan, maar accepteer ze.

(Buijssen, Poppelaars, 1999) (Barendsen, Boonstra, 2005)

1.8 Begeleiden van reminiscentie

Iedereen met belangstelling voor de medemens, inlevingsvermogen en communicatieve vaardigheden, kan reminiscentie sessies begeleiden. Het is wel nodig dat men zich eerst van een aantal basisregels op de hoogte stelt. Dit kan door kennis te nemen van literatuur op het gebied van reminiscentie en/of het volgen van een workshop.

Men kan wel kennis nemen van de ervaring van een schrijver of trainer, maar de eigen ervaring is de beste leerschool en omdat er geen regels zijn voor de vorm van reminiscentie, is vervolgens de eigen creativiteit belangrijk. Als men werkt met personen met een verstandelijke beperking, dementie of geheugenproblemen, is kennis en ervaring omtrent het betreffende ziektebeeld onontbeerlijk.

Reminiscentiewerk kent vele verschillende benaderingen, afhankelijk van kennis, bekwaamheid, zelfvertrouwen en ervaring van de mensen die het gebruiken. Er volgt geen bundel geteste technieken. Maar het is een losse verzameling van ideeën resulterend in diverse benaderingen, activiteiten en praktijken die verschillen naargelang het doel en de plaats waar het zich afspeelt. (Prof. F. Gibson, Ulster University, 1994)

1.8.1 Aandachtspunten

- Aanmoediging: Moedig de oudere, door het stellen van vragen, aan om zijn herinneringen te delen. Bij het stellen van vragen is het belangrijk om te beginnen met algemene vragen of thema's. Bijvoorbeeld: kunt u iets vertellen over de periode tussen uw vijfde en vijftiende jaar? Dergelijke vragen bieden de oudere de

gelegenheid om voorzichtig en op zijn eigen tempo het ijs te betreden. Hij durft stilletjes aan persoonlijke informatie vrij te geven.

- **Structuur:** Breng door geregeld korte samenvattingen te geven structuur aan in het gesprek. Geef een paar minuten voor beëindiging aan dat de bijeenkomst bijna is afgelopen. De deelnemers krijgen hierdoor de gelegenheid om zich op het heden te oriënteren.
- **Emoties:** Help de oudere de emoties te verwoorden die in zijn verhalen besloten liggen. Herinneringen kunnen allerlei emoties –zowel positieve als negatieve- bij de oudere oproepen. Sta toe dat de oudere deze emoties uit. Indien de oudere somber wordt door bepaalde herinneringen, probeer dit dan te doorbreken door over te schakelen op meer prettige herinneringen.
- **Houding:** Neem geen (ver)oordelende houding aan, maar stel je juist ondersteunend op. Geef ook geen waardeoordelen, dit kan de oudere onzeker maken, en bovendien is dit niet de bedoeling van reminiscentie.
- **Gevoelige onderwerpen:** Pas op met gevoelige onderwerpen (taboes) en respecteer het als iemand over bepaalde thema's liever niet wil praten.
- **Competitie gevaar:** Pas op met vergelijkingen met het eigen of andermans leven (waak erover dat er geen sfeer van onderlinge competitie ontstaat). Bedenk dat herinneringen in tijd kunnen veranderen en dat de ene herinnering niet meer waard is dan de andere.
- **Aangepast niveau:** Stem het tempo af op dat van de deelnemers. Wanneer de deelnemers vermoeid raken, is het beter om de bijeenkomst voortijdig te stoppen. De begeleider moet ook proberen zijn woordgebruik en de lengte van de zinnen aan te passen aan het niveau van de oudere.
- **Interesse:** Wanneer de begeleider de oudere heeft aangemoedigd om herinneringen op te halen, is het belangrijk dat hij zichtbaar interesse vertoont voor het verhaal van de oudere. Zo toont hij niet alleen respect voor wat de oudere vertelt, maar stelt hij hem ook op zijn gemak. Wanneer de oudere vertelt, onderbreek hem dan alleen om vragen ter verduidelijking te stellen.
- **Veilig klimaat:** Werk aan een klimaat waarin iedereen zich veilig voelt. Wanneer de deelnemers elkaar beter leren kennen en zich meer bij elkaar op hun gemak gaan voelen, zullen ze hun afwachtende houding laten varen.
(Buijssen, H. Poppelaars, K. 1999)

1.9 Begeleiding door de ergotherapeut

Zoals in bovenstaand hoofdstuk vermeld, kan iedereen met belangstelling voor de medemens en met communicatieve vaardigheden reminiscentie begeleiden. Wat is dan de meerwaarde van de ergotherapeut bij de begeleiding van reminiscentie?

De ergotherapeut kan aan de hand van reminiscentieactiviteiten, kennis verwerven over het handelen van de patiënt in het verleden, en die kennis toepassen in het huidige individueel activiteiten aanbod. Bijvoorbeeld door activiteiten aan te bieden die aansluiten bij het

vroegere interessegebied van de patiënt. Op deze manier wordt de oudere op een holistische manier benaderd, rekening houdend met verleden, heden en toekomst. Ook kan de informatie die door de ergotherapeut bij de reminiscentie verkregen wordt, bijdragen tot de diagnosevorming of van belang zijn voor de therapieplanning.

Wanneer een ergotherapeut reminiscentie activiteiten organiseert kan hij dit met vooropgestelde doelstellingen doen (zie 1.3 Doelstellingen) die aansluit bij de doelstellingen van de therapieplanning. Op deze manier kan reminiscentie meer betekenen dan louter een plezierige activiteit. Dit doelgericht werken met reminiscentie is een belangrijke meerwaarde bij de begeleiding door de ergotherapeut.

Ook de kennis van de ergotherapeut omtrent ziektebeelden kan een meerwaarde zijn bij het begeleiden van reminiscentie, in die zin dat het de ergotherapeut een breder inzicht kan geven in het (moeilijke) verleden van de patiënt en eventueel ook in het gedrag dat de oudere (tijdens deze activiteit) stelt. Deze kennis kan ook een houvast zijn in de omgang met het levensverhaal van de oudere. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van bepaalde 'gevoelige thema's kan de ergotherapeut dankzij zijn kennis hierover op een genuanceerde manier praten en vragen stellen.

Enkele kenmerkende eigenschappen waarover de ergotherapeut beschikt en die tevens van belang kunnen zijn bij de begeleiding van reminiscentie zijn: empathie en inlevingsvermogen, communicatieve vaardigheid, creativiteit en kennis van motivatietechnieken. Deze eigenschappen behoren uiteraard niet uitsluitend aan de ergotherapeut toe.

Reminiscentie is dus niet enkel een activiteit voor ergotherapeuten.

Het kan interessant zijn om reminiscentie vanuit verschillende invalshoeken toe te passen. De ergotherapeut kan hier een coördinerende rol opnemen. (Nuyttens, 2008)

De manier waarop de begeleider reminiscentie gebruikt zal dus bepalen of het een doelgerichte activiteit is die aansluit bij de therapieplanning of gewoon een leuk tijdverdrijf.

1.10 Besluit

In dit hoofdstuk heb ik de theoretische aspecten van reminiscentie onderzocht. Dit heeft mij ondermeer inzicht gegeven in de houding die ik tijdens reminiscentie activiteiten moet aannemen en de verschillende aandachtspunten waarmee ik zeker rekening dien te houden. Ook kennis van de mogelijke probleemsituaties die zich kunnen voordoen, kan van belang zijn bij het begeleiden van reminiscentie activiteiten.

Ik vond het ook zinvol om stil te staan bij de rol die een ergotherapeut kan spelen in de begeleiding van reminiscentie. Reminiscentie is geen therapie, maar door kennis te hebben van de positieve effecten die met reminiscentie kunnen bereikt worden, ben ik ervan overtuigd dat dit voor vele ouderen een heel zinvolle activiteit kan zijn, met therapeutische effecten.

2 DOELGROEP: GERONTOPSYCHIATRIE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wil ik meer te weten komen over de doelgroep gerontopsychiatrie, waarmee ik zal gaan werken. Daarnaast wil ik ook uitzoeken hoe bruikbaar reminiscentie kan zijn in de gerontopsychiatrie. Aangezien ik reminiscentie wil integreren in de leefomgeving van deze mensen, vind ik het belangrijk om te onderzoeken of er aandachtspunten zijn waarmee rekening dient gehouden te worden bij reminiscentie met deze doelgroep.

2.2 Omschrijving doelgroep

Gerontopsychiatrie is een onderdeel van de algemene psychiatrie dat zich richt op psychische stoornissen bij ouderen. Deze op het eerste gezicht simpele omschrijving verdient nadere uitleg. Wie is er oud? Om welke stoornissen gaat het eigenlijk? Om te definiëren wanneer iemand oud is, wordt vaak de kalenderleeftijd gebruikt. Door de grote interindividuele verschillen in de mate waarin (biologische) veroudering optreedt zegt de kalenderleeftijd echter betrekkelijk weinig. Daarom wordt vaak gekozen voor een definitie die meer aansluit bij de problemen die worden ervaren, en die ontstaan als gevolg van veroudering. Binnen gerontopsychiatrie spreekt men van problemen die samenhangen met de derde en vierde levensfase. Mensen die hiermee kampen zouden als 'oud' beschouwd kunnen worden. Om praktische redenen (planning, duidelijkheid voor verwijzers e.d.) wordt overigens bij verschillende voorzieningen in de gerontopsychiatrie toch een leeftijdsgrens gehanteerd. Wanneer men deze grens voorbij is kan men beroep doen op deze voorzieningen. De psychische stoornissen waar het omgaat omvatten alle stoornissen die voorkomen in de bekende diagnostische en classificatie –systemen (o.a. DSM-IV en ICD-10). Dit betekent dat het er in de gerontopsychiatrie niet alleen gaat om dementie, zoals wel wordt gedacht, maar ook om bijvoorbeeld: depressie, psychose en angststoornissen.

De ouderenpsychiatrie richt zich niet alleen op ouderen bij wie pas op latere leeftijd een psychische stoornis is opgetreden, maar ook op de groep die al langer daarmee kampt. Ook bij hen spelen aan de levensfase verwante problemen een rol. Bij oudere chronische patiënten die zich tot dan toe redelijk goed in de maatschappij hebben weten te redden, kan door het optreden van een lichamelijke ziekte of door het wegvallen van een vertrouwenspersoon een verergering van de psychische stoornis optreden. Ook kunnen andere behoeften ontstaan op het gebied van wonen en dagbesteding.

Ouderenpsychiatrie wordt gekenmerkt door:

1. Hoge prevalentie van syndromen met cognitieve stoornissen
2. Lichamelijke co-morbiditeit
3. Functionele veranderingen
4. Levensfaseproblemen
5. Grote interindividuele variabiliteit

Hoge prevalentie van syndromen met cognitieve stoornissen

Met het toenemen van de leeftijd stijgt de prevalentie van psychische aandoeningen waarbij cognitieve stoornissen op de voorgrond staan, zoals dementie en delier. In de differentiële diagnostiek speelt dit een belangrijke rol. Bij vele andere psychiatrische stoornissen komen ook cognitieve verschijnselen voor (o.a. concentratiestoornissen bij depressie). Bij oudere patiënten zal dus altijd goed onderzocht moeten worden in hoeverre de verschijnselen toe te schrijven zijn aan de psychiatrische aandoening of aan een beginnende dementie.

Lichamelijke co-morbiditeit

Hoewel veel ouderen tot op hogere leeftijd redelijk gezond zijn, neemt de kans op ziekte onmiskenbaar toe en daarmee ook het gebruik van medicatie. Bij depressieve stoornissen en angststoornissen is een duidelijke samenhang gevonden met lichamelijke ziekte.

Het tegelijk aanwezig zijn van lichamelijke en psychische ziekte bemoeilijkt de diagnostiek doordat er een sterk overlap kan ontstaan tussen de respectieve symptomen (o.a. moeheid, slechte eetlust, hartkloppingen,...), en doordat er onduidelijkheid is over de relatie tussen de betreffende aandoeningen.

Functionele veranderingen

Bij het ouder worden hebben veranderingen in zintuigfunctie, evenwicht en mobiliteit invloed op het functioneren in het dagelijks leven. Het gaat hier om veranderingen in de algemene en bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (ADL) waarbij er problemen ontstaan met betrekking tot zelfverzorging, huishouden en sociale contacten. Ook kunnen zintuigstoornissen, met name achteruitgang van het gehoor, een rol spelen in het ontstaan van psychotische stoornissen. Achteruitgang van de mobiliteit lijkt vaak samen te gaan met depressieve klachten. Optimaliseren van deze functies vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het behandelbeleid.

Levensfaseproblemen

Derde en vierde levensfase problemen kunnen een rol spelen bij het ontstaan of de behandeling van psychopathologie. In de derde levensfase gaat het daarbij met name om verandering in maatschappelijke rollen: wegvallen van het werk bij pensionering of het vertrek van de kinderen uit het huis kan een aanleiding zijn tot gevoelens van nutteloosheid en een verminderd gevoel van eigenwaarde. Dit kan uitmonden in een depressie.

In de vierde levensfasen gaat het vaker om veranderingen in de eigen gezondheid of in de gezondheid van directe naasten met een bedreiging van de autonomie. Ook de dood, komt in deze levensfase centraler te staan. Zingevingvragen worden (opnieuw) actueel.

Grote interindividuele variabiliteit

Door het niet gelijktijdig optreden van de diverse veranderingen op somatisch en psychosociaal gebied bestaat er bij de oudere een sterke interindividuele variabiliteit. Dit kan zich uiten in grote verschillen met betrekking tot de fysieke mogelijkheden (de 80-jarige marathonloper versus de 62-jarige die moeizaam met een stok loopt vanwege artrose), de gevoeligheid voor psychofarmaca of de psychische aanpassingsmogelijkheden.

(Dr.Heeren, Kat, Stek, 2001)

2.3 Reminiscentie in de gerontopsychiatrie

2.3.1 Reminiscentie bij moeilijke gebeurtenissen in het leven

Reminiscentie kan een heilzame werking op de mens hebben. Een aantal noties waarom dit het geval is ligt voor de hand. In het alledaagse leven heeft reminiscentie vele functies (Gibson, 2004). Wanneer we een dierbare hebben verloren, koesteren we herinneringen aan deze persoon, waardoor we hem of haar dichtbij ons houden. We kiezen een mooie foto en zetten deze op een prominente plaats in ons huis. Het ophalen van deze herinnering kan ook een sociale functie hebben. We koesteren onze afkomst, delen anekdoten, proberen onze (klein)kinderen te imponeren met sterke en spannende verhalen van vroeger en zijn daarbij trots op onze prestaties die we graag in ere houden.

Een andere functie is dat herinneringen ons helpen om te gaan met moeilijke gebeurtenissen en levensomstandigheden die op ons pad komen. We roepen onze daadkracht van weleer in het geheugen en bezweren onze twijfels met de uitspraak dat we wel eens voor hetere vuren hebben gestaan. Je kunt zeggen dat de positieve functies van reminiscentie ertoe bijdragen dat we continuïteit en samenhang in ons leven ervaren. Dankzij reminiscentie kunnen we ons verbinden met onze sociale omgeving en onze eigenwaarde en zelfvertrouwen behouden. Vooral wanneer de levensomstandigheden ons op de proef stellen.

Soms worden we gedwongen om letterlijk en figuurlijk stil te staan bij de loop die ons leven heeft genomen. Bijvoorbeeld, wanneer we opeens geconfronteerd worden met een chronische ziekte (Baart, 2002), dan valt ons levensverhaal in duigen en fragmenteert. Verleden, heden en toekomst zijn niet meer op een vanzelfsprekende wijze verbonden. Onze biografie is verstoord. Dan hebben we tijd nodig om 'op verhaal te komen' om te werken aan een nieuw 'plot' dat niet alleen is gebaseerd op slachtofferschap maar ook op vermogen om verder te handelen (Polkinghorne, 1996). Wanneer een dergelijk verhaal ontbreekt, ontstaan gevoelens van vervreemding en zinloosheid. Deze gevoelens kunnen op hun beurt weer razendsnel leiden tot ondermijning van ons welbevinden en gezondheid.

Het levensverhaal kan gezien worden als een constructie die bestaat uit een coherent geheel van interpretaties van gebeurtenissen en aan zichzelf toegeschreven eigenschappen, waarden en toekomstplannen. Het voorziet het leven van het individu van eenheid, richting en coherentie (Mc Adams, 1993). Een levensverhaal is allesbehalve een ondubbelzinnige weergave van een geleefd leven. Het is een constructie op basis de interpretatie van een oneindige reeks van;

- **Gebeurtenissen** uit iemands leven, die 'vrij' geïnterpreteerd kunnen worden, vermengd met;
- **Waarden**, die tijdens de levensloop aan verandering onderhevig kunnen zijn;
- **Toekomstplannen**, die gedurende het leven doorgaans bijgesteld (moeten) worden;
- Aan zichzelf toegeschreven **eigenschappen**.

In het omgaan met dagelijkse problemen en ingrijpende levensgebeurtenissen speelt het gevoel van competent zijn en invloed kunnen uitoefenen een grote rol. Naarmate dit gevoel sterker aanwezig is, zijn mensen beter in staat om op te krabbelen, te herstellen en nieuwe doelen te stellen. Herinneringen aan eerdere prestaties, aan perioden in het leven waarin problemen met succes werden overwonnen, kunnen daarbij helpen. (Bohlmeijer, 2007)

2.3.2 Bruikbaarheid bij een gerontopsychiatrische doelgroep

Is reminiscentie geschikt voor ouderen met een psychiatrische achtergrond?

Dat hangt af van de aard van de psychiatrische aandoening en (net als bij alle deelnemers aan reminiscentie) van het specifieke verleden en de verwerking daarvan.

Bij ouderen met een psychiatrische achtergrond die dementie ontwikkelen, gaat dat laatste ziektebeeld overheersen en is reminiscentie niet erg anders dan voor andere ouderen met dementie. Het kan noodzakelijk zijn om van te voren meer afspraken te maken dan gebruikelijk, bijvoorbeeld: alleen naar herinneringen zoeken die gaan over zaken waar men trots op kan zijn of waar men plezier aan ontleent. De deelnemers moeten zich bovendien aan die afspraken kunnen houden. Het is aangewezen dat de begeleiders ervaring en kennis van psychiatrie hebben.

Voor mensen die zich dwangmatig met het verleden bezig houden, is reminiscentie niet geschikt. Dit kunnen mensen zijn die vluchten in het verleden dat zij verheerlijken of mensen die zich niet kunnen losmaken van een traumatisch verleden dat hen angst, schuldgevoel etc. bezorgt. (prof. dr. Marcoen, 2006).

In de uitvoeringspraktijk werd gezien, dat het van belang is, dat de begeleiders zich goed voorbereiden, zeer bewust inzetten op positieve ervaringen en daarin zelf een voorbeeldrol vervullen. Voorts sturen zij het gesprek om negatieve zelfevaluatie door deelnemers te voorkomen. Zoals in de literatuur omschreven liggen voor de doelgroep de beste herinneringen in de vroegste jeugd tot en met de adolescentie. De interactie in de groep bestaat uit het naar elkaar luisteren en n.a.v. het verhaal van de ander inbrengen van de eigen herinnering. Voor de doelgroep lijkt het groepsgesprek niet van doorslaggevende betekenis te zijn voor het beleven van momenten van levensvreugde en gevoelens van eigenwaarde. Het bij elkaar zitten in een sfeervolle ambiance en refereren aan positieve aspecten uit het persoonlijke verleden doet de deelnemers opleven. Gezien wordt, dat álle deelnemers, ook de passieve, alert worden tijdens de bijeenkomst en pathologisch gedrag achterwege blijft. Men wordt letterlijk weer even gewoon. Voor de één geldt dit op bepaalde momenten, voor de ander de gehele bijeenkomst. (Oosterdijk,F. 2007)

In de bovenstaande omschrijving van de doelgroep, werd duidelijk dat we deze groep in grofweg twee categorieën kunnen onderverdelen:

1. Ouderen bij wie op latere leeftijd een (ouderdomsgebonden) stoornis ontstaat. (Bijvoorbeeld: een pathologisch rouwproces, depressie bij ouderen, dementie,...)
2. Ouderen die reeds langere periodes in hun leven kampen met een psychiatrisch ziektebeeld. (Bijvoorbeeld: ouderen met manische depressiviteit, schizofrenie, een persoonlijkheidsstoornis,...)

Wanneer we met deze groep mensen willen reminisceren, zal blijken dat voornamelijk personen uit groep 1 geschikt zijn voor reminiscentie activiteiten. Zij hebben namelijk een normale levensverloop achter de rug, en beschikken dan ook meestal over heel wat positieve herinneringen uit hun jeugdijaren.

Ouderen die tot de 2^{de} groep behoren, hebben vaak een leven binnen de muren van verschillende instellingen achter de rug, en hebben soms heel wat tegenslagen te verwerken gehad. Voor hen kan reminiscentie een pijnlijke confrontatie betekenen met het moeilijke verleden. Bijgevolg is reminiscentie voor deze groep patiënten in vele gevallen niet geschikt of kunnen de gesprekken uitsluitend beperkt worden tot de kinder -en jeugdijaren.

Of personen met een psychiatrische achtergrond behoefte hebben om te reminisceren, zal net zoals bij andere ouderen, ook afhangen van de persoonlijkheid van de patiënt. De behoefte om terug te kijken op het verleden is nu eenmaal niet bij iedereen aanwezig. Sommigen hebben dan ook geen boodschap aan reminiscentieactiviteiten. Wanneer we met deze doelgroep werken, moet ook worden gekeken naar de aard en de fase van het ziektebeeld waarin de patiënten zich bevinden. Zo is het bijvoorbeeld niet aangewezen om mensen in een acuut stadium van een psychose aan reminiscentie te laten deelnemen. Tevens dient er een onderscheid gemaakt te worden in de aard van de reminiscentie activiteiten. Een individuele reminiscentie activiteit kan misschien voor bepaalde patiënten wel, terwijl een groepsreminiscentie dan weer niet geschikt zou zijn. Het is moeilijk om hierin echter één lijn te trekken. Het is aangewezen om dit individueel, samen met de patiënt (en het team) te bekijken.

2.4 Besluit

Uit dit hoofdstuk kan ik besluiten dat reminiscentie ook voor deze doelgroep een zinnige en betekenisvolle activiteit kan zijn, maar dat dit, net zoals bij gezonde ouderen, niet voor iedereen zo zal zijn. In dit geval enerzijds omdat de aard van het psychiatrisch ziektebeeld dit niet toelaat, en anderzijds omdat niet iedereen behoefte heeft aan reminiscentie. Voor de personen bij wie reminiscentie wel een meerwaarde betekent, kan het een houvast bieden bij moeilijke periodes in het leven, wanneer men kracht put uit de herinnering aan eerdere succeservaringen. Deze bevindingen zijn voor mij een stimulans om de integratie van mijn reminiscentieruimte verder te verwezenlijken.

3 PDCA-MODEL

3.1 Inleiding

Omdat ik dit project op een kwalitatieve en systematische manier wil opbouwen, heb ik ervoor gekozen om de verschillende stappen van het PDCA-model te volgen. Methodisch werken verhoogt de kwaliteit en de doelgerichtheid van het handelen. In dit hoofdstuk wil ik graag de theoretische basis van dit model uitwerken.

3.2 Omschrijving PDCA-model

3.2.1 Historiek PDCA-model

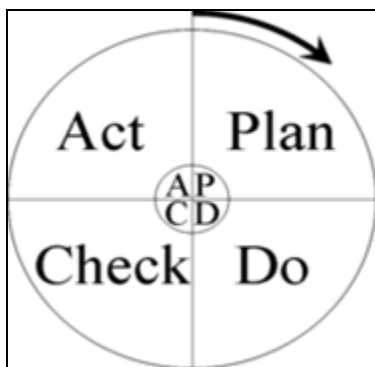
In de jaren dertig van de vorige eeuw ontwikkelde de Amerikaan Walter Shewhart de PDCA-cirkel oftewel de kwaliteitscirkel. Deze 'plan-do-check-act'-cirkel is een instrument om een proces te verbeteren. De PDCA-cirkel is nog steeds actueel en wordt gebruikt om een probleem op een creatieve manier aan te pakken. Oorspronkelijk werd dit model ontwikkeld voor de bedrijfswereld, maar het is evenzeer bruikbaar in de non-profitsector.

In de jaren vijftig werd dit model opgepakt en gepromoot door een autoriteit op het gebied van kwaliteitsmanagement: W. Edwards Deming. De PDCA-cirkel is dan ook bij velen bekend als de Demingcirkel of het Demingwiel. Minder bekend is de naam Shewhartcirkel. (Latzko, Saunders, 1995)

3.2.2 Werking PDCA-model

Een permanente zorg voor kwaliteitsverbetering moet steunen op een systematische manier van werken. Losse, niet gerichte activiteiten zijn niet voldoende, al kunnen ze op zich best waardevol zijn. Het PDCA-model kan op verschillende niveaus worden toegepast. Zowel de individuele medewerker kan het hanteren (bij de voorbereiding, uitvoering, evaluatie en bijsturing van zijn opdracht) als de organisatie als geheel.

De PDCA-cirkel heeft als doel het proces zodanig te beheren dat er een optimaal resultaat kan bewerkstelligt worden. Deze methode kan als leidraad gebruikt worden bij het doorvoeren van veranderingen. PDCA is een afkorting die staat voor de belangrijkste stappen uit de cirkel: plan, do, check en act. (Terhurne, 2005)



Figuur: 3.1 PDCA-cirkel

Plan (plannen)

Het vertrekpunt voor elke kwaliteitsverbetering ligt in de doelstellingen die we zo concreet mogelijk moeten omschrijven. Zeer nauwkeurig weten waar we naartoe werken is daarbij van groot belang. De doelstelling die we nastreven moet zoveel mogelijk in haalbare en meetbare gedragstermen worden geformuleerd. Ze moeten het eindresultaat van een proces weergeven. Er wordt een plan gemaakt van de resultaten die men wil bereiken. De echte oorzaak van een probleem wordt in deze fase bepaald alsook een mogelijke (creatieve) oplossing en verandering of een test gericht op verbetering.

Belangrijke vragen in deze fase:

- Wat ga je concreet uitwerken? of
- Wat gaat er verkeerd?

Do (uitvoeren)

Na de planningsfase volgt natuurlijk de fase van de uitvoering van de doelstellingen. De verandering wordt ingevoerd of de test wordt afgenomen. Dit kan in bepaalde situaties bijvoorbeeld op kleine schaal of als piloot- interventie gebeuren om verstoring van de normale werkzaamheden te voorkomen. Per gewenst resultaat noteert men de stappen die men dient te ondernemen. Vraag die in deze fase gesteld kan worden:

- Hoe ga je dit concreet uitwerken?

Check (evalueren)

Na een bepaalde periode moet nagegaan worden in welke mate de doelstellingen waargemaakt zijn. De evaluatie vindt plaats op basis van verzamelde feiten. We onderscheiden in de kwaliteitszorg twee soorten gegevens die elk van belang zijn: (1) De gegevens op basis van de subjectieve beleving van mensen, de zogenoemde perceptie gegevens. (2) De objectieve gegevens zijn resultaten van metingen. Een evaluatie is enerzijds de vaststelling van tussen de feitelijke en de gewenste resultaten. Anderzijds onderzoekt ze de tekorten de mogelijke oorzaken ervan. Men gaat na wat sterkten zijn en wat eventuele verbeterpunten zijn. Vragen die in deze fase gesteld kunnen worden:

- Hoe ga je na of het plan slaagt?
- Ging er iets verkeerd?
- Wat ging er dan verkeerd?
- Wat is het leereffect?

Act (bijsturen)

De evaluatie heeft een dubbele functie. Enerzijds is ze de basis voor het formuleren van nieuwe doelstellingen. Anderzijds dient ze voor de bijsturing van activiteiten én van medewerkers. De bijsturing van activiteiten kan inhouden dat de organisatie nieuwe activiteiten in haar programma opneemt. Mogelijk blijkt dat andere activiteiten misschien niet haalbaar zijn. Bijsturing betekent ook het inspelen op nieuwe ontwikkelingen in de maatschappij en in het werkveld. Vraag die in deze fase gesteld kan worden:

- Wat zullen de verbeteracties zijn?

(Cuyvers, 2006)

Het PDCA-model omvat de meest essentiële stappen van een veranderingsproces. Het is een dynamisch model dat bijgestuurd kan worden om zo de kwaliteit van het proces te verbeteren. (Kolesar, 1994)

3.3 Besluit

Om op een kwaliteitsvolle manier te kunnen handelen is het belangrijk om op een systematische manier te werk te gaan. Dankzij het PDCA-model heb ik een duidelijke methode, waarmee ik het proces van de integratie van mijn reminiscentieruimte permanent kan bewaken. Tevens geeft dit model mij een duidelijk inzicht in de verschillende stappen van een veranderingsproces.

4 PRAKTIJKOPZET: INTEGRATIE VAN EEN REMINISCENTIERUIMTE

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik meer informatie over PC Sint-Amedeus en zorgseenheid 'De Boeg'. Vervolgens licht ik de verschillende fasen van de integratie van de reminiscentieruimte toe aan de hand van het PDCA-model. Ook de verschillende reminiscentie-activiteiten waarmee ik de patiënten heb laten kennismaken, komen in dit hoofdstuk aan bod.

4.2 PC Sint-Amedeus

Sint-Amedeus is een psychiatrisch centrum, bestaande uit een psychiatrisch ziekenhuis en een psychiatrisch verzorgingstehuis, verspreid over verschillende campussen:

- Campus Amedeus te Mortsel (*psychiatrisch ziekenhuis en psychiatrisch verzorgingstehuis*)
- Campus De Liereman te Oud-Turnhout (*psychiatrisch verzorgingstehuis*)
- Campus Den Heuvel te Boechout (*psychiatrisch verzorgingstehuis*)
- Campus De Wijngaard te Malle (*psychiatrisch verzorgingstehuis*)

Het psychiatrisch ziekenhuis beschikt over 361 bedden en plaatsen waar patiënten voltijds, in dag- of in nachthospitaal kunnen opgenomen worden. Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over 210 bedden waar bewoners voltijds kunnen verblijven.

Missie Sint-Amedeus:

De medewerkers van de Broeders van Liefde willen vanuit een liefdevolle en gelovige grondhouding naar de medemens gaan. Zij nemen de zorg op voor mensen die in hun ontplooiing begeleiding nodig hebben, ongeacht hun oorsprong, geslacht, overtuiging of financiële draagkracht. Een onvoorwaardelijk respect voor ieder is de basis van hun inzet. Dat uit zich in een dienstbare houding en een deskundige begeleiding. De medemens wordt steeds in zijn totaliteit benaderd en wordt de ruimte gegeven voor zijn eigen inbreng. Op deze wijze willen zij de kwaliteit van het leven verbeteren en een bijdrage leveren tot een meer humane samenleving.

Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis is gespecialiseerd in de zorg voor patiënten met volgende problematiek:

- Psychotische en aanverwante stoornissen
- Vroege psychose
- Langdurige psychose
- Psychose in combinatie met middelengebruik
- Angststoornissen
- Stemmingsstoornissen
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek
- Niet-aangeboren hersenletsel en psychiatrische problematiek
- Gerontopsychiatrie

Het behandelaanbod wordt op 11 verschillende zorgeenheden georganiseerd vanuit volgende zorgfuncties:(crisisopvang, observatie en diagnosestelling, indicatiestelling, klinische psychotherapie, ondersteunende behandeling, structurerende behandeling, resocialisatie op korte en middellange termijn, activering en ontslagbegeleiding).

4.2.1 Zorgeenheid De Boeg

De Boeg is een gerontopsychiatrische zorgeenheid met 30 bedden.

Deze afdeling richt zich tot ouderen met psychische moeilijkheden en/of psychiatrische stoornissen (zoals acute verwardheid, depressie, pathologische rouw, middelenafhankelijkheid, ...) die zich op latere leeftijd voordoen. Er wordt ingestaan voor observatie, diagnosestelling en behandeling. Als schakel in een zorgtraject gaat deze afdeling samen met patiënt en zijn familie op zoek naar de meeste geschikte woonvorm na ontslag. De behandeling wordt aangeboden in voltijdse hospitalisatie.

4.2.1.1 Zorgvisie

Zorgeenheid De Boeg wil een observatie- en behandelmilieu aanbieden waar voldoende plaats is voor rust, veiligheid, geborgenheid, open communicatie en gezelligheid.

De omgeving wordt hiervoor voldoende gestructureerd en patiënten kunnen op uitnodiging deelnemen aan allerlei (therapeutische) activiteiten.

Er wordt gekeken vanuit vier invalshoeken, die elkaar continu beïnvloeden:

Medisch: met het ouder worden, wordt de kans op allerlei lichamelijke ongemakken groter.

Psychologisch: elke mens wordt behandeld als individu met zijn eigen levensverhaal, eigen beleving en verwerking van het ouder worden, eigen copingmechanismen t.a.v. belangrijke levensgebeurtenissen en/of psychiatrische en psychologische problemen.

Sociaal: de patiënt wordt niet als op zichzelf staand gezien, maar als lid van een familie en een bredere context waardoor hij beïnvloed wordt en die hij ook zelf beïnvloedt.

Existentieel: het ouder worden brengt heel wat existentiële thema's (zoals vrije tijd, levensverwachting,...) in beweging. Vanuit deze holistische benadering wordt hier samen met de patiënt dieper op ingegaan.

4.2.1.2 Behandelaanbod

Gedurende de observatieperiode, de eerste zes weken, streeft De Boeg ernaar een zo ruim mogelijk beeld te krijgen van de patiënt en zijn omgeving.

Na het stellen van de diagnose wordt met het interdisciplinaire team een individueel behandelingsplan opgesteld. De behandelperiode varieert van 3 tot 6 maanden, afhankelijk van de problematiek. Tijdens de behandeling wordt de patiënt ook voorbereid op zijn ontslag.

Afhankelijk van de noden van de patiënt bestaat het behandelaanbod uit:

- individueel: farmacotherapie, gesprekken (met psycholoog, arts en individuele begeleider), ergotherapie, kinesithérapie, psychomotorische therapie, begeleiding bij ADL, daginvulling, begeleiding door maatschappelijk werker (sociale administratie, zoeken naar woonst,...).
- in groep:ROT (realiteits-oriëntatietraining), cognitieve training, kooktherapie, gespreksgroep ...

Daarnaast zijn er vrije tijdsactiviteiten zoals cinema, bowling, quiz, dansnamiddagen,...

4.3 Het opbouwproces volgens het PDCA-Model

4.3.1 Voorafgaand

“Hoe begin je aan het inrichten van een reminiscentieruimte?”

Deze vraag heb ik me vòòr de aanvang van mijn eindwerkstage regelmatig gesteld. Niet alleen praktisch maar ook inhoudelijk bleek dit een hele uitdaging te worden. Waar vind ik op een korte tijd, met een minimum aan budget, spullen uit de tijd van toen? Hoe moet een reminiscentieruimte eruit zien? Wat mag er zeker niet ontbreken? Op welke manier kan ik de patiënten zo goed mogelijk betrekken bij dit project, zodat het ook hun ruimte wordt?

Op disdag 4 november 2008, heb ik de gelegenheid gekregen om van ergotherapeuten uit het werkveld te horen, hoe zij een gelijkaardig project hadden ondernomen. Een studieavond van het Vlaams Ergotherapeutenverbond Provinciale Raad Antwerpen, over het opstarten van een project door de ergotherapeut, met als praktische toepassing het installeren en in gebruik nemen van een reminiscentieruimte, kwam op het uitgelezen moment. Er werd aandacht besteed aan het kwaliteitsvol handelen en projectwerk van de ergotherapeut. Het was voor mij erg interessant om te zien hoe dit reminiscentieproject was opgebouwd. Ik heb uit deze studieavond heel wat kunnen leren.

Het gebruik van het PDCA-model leek me een duidelijke houvast te bieden voor de opbouw van dit project. Om een overzicht te krijgen van de verschillende stappen die ik wou doorlopen, heb ik deze ingevuld in de PDCA-cirkel:



Figuur 4.1: PDCA-cirkel: Toegepast

4.3.2 Plan (plannen)

Zoals in de theorie van het PDCA-model stond beschreven is een relevante vraag in deze fase: 'Wat ga je concreet uitwerken?'

Het opzet van mijn eindwerk was het integreren van een herinneringsruimte op een gerontopsychiatrische zorginstelling. Om een overzicht te krijgen van wat me allemaal te doen stond heb ik mijn onderzoeksvraag in twee grote thema's opgedeeld. Per thema heb ik een aantal relevante vragen gesteld, die voor de uitvoering van dit project moesten beantwoord worden. Deze twee thema's zijn:

- de herinneringsruimte
- integratie

4.3.2.1 Herinneringsruimte

Een belangrijk aspect van mijn project was het realiseren van een herinneringsruimte op zorginstelling De Boeg. Maar alvorens ik zomaar kon beginnen met het inrichten van deze ruimte, waren er een aantal belangrijke vragen waarop ik eerst het antwoord nodig had.

- **Hoe ziet een herinneringsruimte er uit?**

Om op deze vraag een antwoord te krijgen heb ik verschillende bronnen geraadpleegd. Allereerst ben ik van tevoren mijn zoektocht op het internet begonnen. Al snel bleek dat foto's en afbeeldingen van herinneringsruimtes maar in beperkte mate terug te vinden zijn.

Hierna heb ik personen uit mijn eigen kennissenkring met de nodige kennis of ervaring bevroegd. Met behulp van de voorzitter van het plaatselijk heemkundig museum heb ik een eerste inventaris opgesteld (zie bijlage 1.).

Tenslotte heb ik ook een vragenlijst opgesteld waarmee ik de patiënten van de zorginstelling kon bevragen over hun herinneringen aan het leven en wonen van vroeger (zie bijlage 2.).

Hierdoor heb ik een beeld gekregen en had ik een inventaris die ik kon gebruiken als leidraad bij de inrichting van de herinneringsruimte.

- **Waar vind ik het materiaal voor de inrichting van deze ruimte?**

Ik was op zoek naar oude spullen, gebruiksvoorwerpen en meubels. Een aantal van deze voorwerpen heb ik kunnen terugvinden op zolders, rommelmarkten en in kringloopwinkels. Maar aangezien het budget dat ik ter beschikking had beperkt was, moest ik ook een oproep doen naar de omgeving toe, om oude voorwerpen te schenken. Dit wou ik doen aan de hand van een poster (zie bijlage 3.).

4.3.2.2 Integreren

Minstens even belangrijk als de realisatie van de herinneringsruimte zelf, was de integratie ervan in het leven van de patiënten op de zorgafdeling. Met deze ruimte wilde ik een toegankelijke plaats creëren die zou aansluiten bij de leefwereld van deze doelgroep, en hen op deze manier meer betrekken bij hun omgeving.

- **Hoe betrek ik de patiënten bij de inrichting van deze ruimte?**

Allereerst was het nodig om aan de patiënten informatie te geven over de plannen die ik had om een herinneringsruimte op te bouwen. Dit heb ik op de bewonersraad kunnen doen. Hierbij heb ik naar hen toe ook een oproep gedaan om mee een naam voor deze ruimte te bedenken.

Verder heb ik ook bij het verzamelen van oude spullen op hun hulp gerekend.

Een aantal patiënten kwamen zelf spontaan oude spulletjes brengen, en gaven ze vaak zelf een plaatsje in de ruimte. Maar ook het bezoeken van de kringloopwinkel heb ik samen met de patiënten kunnen doen.

Bij de inrichting van de ruimte zelf kon ik steeds rekenen op tips en aanbevelingen van de patiënten. Voorbeelden waren: "Dit hoort hier niet thuis" of "Dat hadden wij vroeger ook in onze slaapkamer hangen"...

Een aantal actievere patiënten hebben me ook geholpen bij praktische zaken, zoals het behangen, afschuren van een tafel,...

- **Hoe zorg ik ervoor dat de patiënten deze ruimte zullen gebruiken?**

Alvorens patiënten gebruik zouden maken van deze ruimte, moesten ze eerst afweten van het bestaan van deze ruimte. De eerder actieve patiënten kwamen regelmatig zelf eens nieuwsgierig kijken wat er aan het veranderen was.

Een aantal minder actieve patiënten heb ik zelf eens onder de arm genomen om met hen eens tot aan de ruimte te wandellen.

Het creëren van een huiselijke en herkenbare sfeer zorgde ervoor dat de patiënten hier na een tijd uit zichzelf graag kwamen zitten.

Ook het aanbieden van activiteiten in deze ruimte, maakte dat deze meer gebruikt werd. Wanneer de reminiscentieruimte klaar was, heb ik een openingsreceptie georganiseerd, om zowel de patiënten, het personeel, als de schenkers te laten kennismaken met de ruimte.

- **Hoe kan ik het team betrekken bij dit project?**

Om van start te kunnen gaan met het opbouwen van een reminiscentieruimte op de zorgeenheid, was het eerst nodig om naar het team toe mijn plannen uit de doeken te doen. Aan het begin van de stageperiode heb ik hen tijdens de dagelijkse briefing uitleg gegeven, aan de hand van een PowerPoint presentatie (zie bijlage 4.). Ook bij het verzamelen van gebruiksvoorwerpen uit de tijd van toen, hebben de teamleden hun steentje bijgedragen.

4.3.3 Do (uitvoeren)

In de volgende stap van het PDCA-model stond het uitvoeren van de gemaakte plannen centraal. Nu ik een antwoord had op de vragen die ik tijdens het plannen had opgesteld. Kon de uitvoering van de verschillende deelstappen in het project beginnen.

Hieronder maak ik eerst een ruimere omschrijving over het opbouwproces. Hierna volgt een stukje over de integratie van reminiscentieruimte volgens de toegankelijkheid en aan de hand van verschillende reminiscentie activiteiten. Tenslotte volgt er nog een stukje uitleg over de naamgeving en opening van de ruimte.

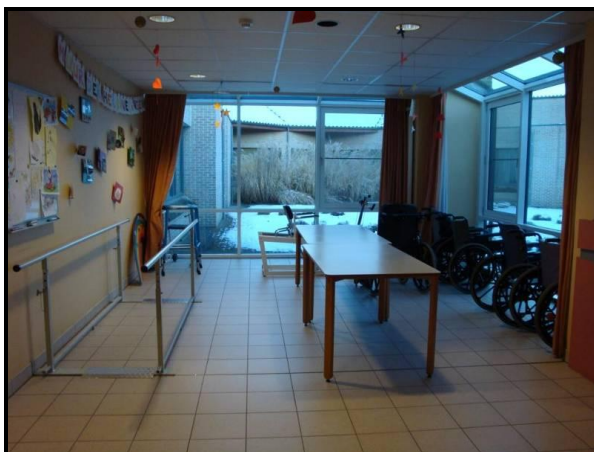
4.3.3.1 Opbouwproces

Nu ik wist hoe de ruimte er moest uitzien ben ik begonnen met het ontwerpen van een poster, met een oproep om voorwerpen uit de tijd van toen te verzamelen.

Deze poster heb ik meermaals, naar al mijn kennissen, familie, vrienden en naar de verschillende zorgeenheden van de instelling via mail doorgestuurd. Verder heb ik deze ook op een aantal zichtbare plaatsen in de instelling zelf opgehangen.

De reactie die ik hierop kreeg bleef echter vrij beperkt. Er zat niets anders op, dan zelf actief op zoek gaan naar de nodige voorwerpen. Mijn zoektocht heeft me weken lang elk weekend van zolder naar zolder geleid. Zoekend tussen stofwolken en kartonnen dozen heb ik uiteindelijk toch een hele hoop spullen bij elkaar kunnen brengen.

De ruimte die ik ter beschikking kreeg voor het inrichten van de reminiscentieruimte, was een open ruimte met langs twee zijden, grote glasramen en veel lichtinval. Deze ruimte sloot aan bij het ergo-lokaal en deed aanvankelijk dienst als opbergruimte voor kinésithérapie materiaal en rolstoelen. Ze werd nauwelijks gebruikt door de patiënten of voor activiteiten.



Figuur 4.1: De ruimte oorspronkelijk



Figuur 4.2: Lege ruimte

Allereerst was het nodig om deze ruimte helemaal leeg te maken, en voor de verschillende spullen die hier stonden een nieuwe bestemming te zoeken.

De volgende stap was het behangen van één van de muren. Hiervoor had ik een antiek ogend behangpapiertje gevonden. Aangezien ik nog nooit een muur had behangen, bleek dit voor mij een moeilijkere opdracht dan verwacht. Gelukkig kon ik rekenen op de hulp van de patiënten. Één van hen had al heel wat ervaring met behangen, en heeft me geleerd hoe je hieraan moet beginnen.



Figuur 4.3: Het antieke behangpapier



Figuur 4.4: Ruimte in opbouw

Hierna kon de eigenlijke inrichting van start gaan. Met een klein groepje patiënten, heb ik een bezoek gebracht aan de kringloopwinkel. Hier hebben we nog een aantal spullen gekocht die ik nergens anders had gevonden.

Alle verzamelde spullen werden naar De Boeg gebracht. Hiervoor heb ik meermaals een bestelwagen en aanhangwagen nodig gehad. Dankzij de hulp van vrienden en familie is alles uiteindelijk op zijn plaats terechtgekomen. Aan sommige oude spullen was nog iets meer werk te verrichten dan enkel afstof werk. De oude tafel bijvoorbeeld. Deze heb ik met behulp van de patiënten helemaal afgeschuurd en in twee lagen gekleurde vernis gezet. Na nog wat schroef en vijswerk van de technische dienst, was ze helemaal klaar voor haar 2^{de} leven.



Figuur 4.5: Detailbeelden

Naarmate de nostalgische ruimte meer vorm kreeg, merkte ik dat de interesse van de patiënten en hun familieleden toenam. Er kwamen steeds meer patiënten spulletjes brengen, waarvan ze vonden dat deze een plaats in deze ruimte hoorde te krijgen. Ook de zeteltjes en de oude tafel werden almaar meer door de patiënten in gebruik genomen.

4.3.3.2 Integratie

Om de reminiscentieruimte op de zorgeenheid te integreren was het belangrijk dat de patiënten deze ruimte leren kennen en gebruiken. Dit wilde ik bevorderen door de ruimte toegankelijk te maken en er op reminiscentie gerichte activiteiten in te organiseren.

Toegankelijkheid

De reminiscentieruimte zou een 'open' ruimte worden. Op deze manier konden de patiënten deze ruimte steeds vrijblijvend gebruiken. Vele patiënten kwamen hier gewoon rustig wat zitten in één van de zetels. Maar ook de voorwerpen in de kasten waren altijd binnen handbereik. En ook de koffiepauze werd door een aantal patiënten bij voorkeur in de reminiscentieruimte gehouden.

Om deze ruimte voor de patiënten aantrekkelijk te maken, heb ik met een aantal aspecten rekening gehouden. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Gebruik van warme kleuren
- Voldoende lichtinval
- Comfortabele zetels
- Planten en bloemen
- Voldoende ruimte om met een rolstoel te manoeuvreren

De oude meubels en herkenbare voorwerpen speelden uiteraard ook een rol.

Een reactie van één van de patiënten was: "Ik kom hier graag zitten, want bij ons thuis zag het er vroeger ook zo uit."

Activiteiten

Zoals eerder in dit eindwerk al vermeld was het praktisch niet haalbaar om de integratie van een reminiscentieruimte te combineren met het opstarten, uitvoeren en evalueren van vaste reminiscentie sessies. Toch wou ik de patiënten ook laten kennismaken met op reminiscentie gerichte activiteiten. Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende activiteiten die ik met de patiënten heb gedaan en van de observaties die ik hiervan heb kunnen maken.

• Uitstap RVT De Meers en Huis Van Alijn

Omschrijving activiteit:

Op donderdag 12 februari 2009 heb ik met een groep van 7 patiënten een bezoek gebracht aan RVT de Meers in Waregem en 's namiddags aan het Huis van Alijn in Gent. In RVT de Meers hebben we een reminiscentie sessie mogen volgen die werd begeleid door de ergotherapeute daar. Er werden typische gebruiksvoorwerpen uit de tijd van toen naar boven gehaald en er werd verteld over de reminiscentieruimte daar. 's Namiddags bezochten we het Huis Van Alijn, het vroegere volkskundig museum, in het hartje van Gent. Dit museum staat in het teken van gebruiksvoorwerpen, gewoontes en gebruiken uit vervlogen tijden.

Waarom deze activiteit:

Ik heb voor deze activiteit gekozen om samen met de patiënten kennis te kunnen maken met een reminiscentieruimte en een reminiscentieactiviteit. 's Namiddags wou ik de patiënten in het Huis Van Alijn laten genieten van de prachtige collectie voorwerpen uit de tijd van toen.

Reacties en observaties:

De meeste patiënten reageerden erg enthousiast op de reminiscentie activiteit in de Meers. Het was verbazend hoe stille patiënten plots weer tot leven kwamen en zoveel wisten te vertellen. Voor een paar patiënten leek deze activiteit dan weer niet geschikt. Ze leken niet echt te genieten en gingen niet in op wat er gezegd werd. Het bezoek aan het huis van Alijn bracht bij alle patiënten heel wat

herinneringen naar boven. Er werd druk rondgekeken en verteld. De reacties hierover achteraf waren dan ook positief.

- **Het herinneringen spel**

Omschrijving activiteit:

Het herinneringen spel is een gezelschapsspel dat ik zelf heb ontworpen. Dit spel heb ik met een groep van 5 patiënten gespeeld. Elk gekleurd vakje op het spelbord staat voor een bepaald thema. Zoals: schooltijd, eten, vriendschap, het ouderlijk huis,... . De deelnemers mogen om de beurt met de dobbelsteen gooien en hun pion op het spelbord verzetten. Volgens de kleur van het vakje waarop ze komen te staan trekken ze een kaartje in dezelfde kleur. Het is de bedoeling dat de deelnemer antwoordt op de vraag die op het kaartje staat, en op die manier vertelt over zichzelf en vroeger. De deelnemer die als eerste op het einde van het spelbord komt, is gewonnen.

Waarom deze activiteit:

Op deze manier wordt op een luchtige en laagdrempelige manier aan reminiscentie gedaan. Er worden aan de hand van verschillende themavragen positieve herinneringen opgeroepen aan het verleden. De spelers kunnen elkaar op deze manier beter leren kennen en ook plezier beleven aan het spel.

Reacties en observaties:

Niet alle vragen waren voor elke deelnemer van toepassing. Er werd goed naar elkaar geluisterd en honderduit verteld. Er werd heel wat afgelachen, en de reacties die ik van de patiënten heb gekregen waren bijzonder positief. De deelnemers waren ook patiënten die graag bereid waren om hieraan deel te nemen. Achteraf kwam de vraag wanneer ze dit spel nog eens mochten spelen. Het lijkt me echter aan te raden om dit spel niet elke week boven te halen.



Figuur 4.6: Het herinneringen spel

- **Een reminiscentie sessie**

Omschrijving activiteit:

Er wordt in een groep van 4 patiënten gesproken over vroeger aan de hand van triggers en vragen die de begeleider stelt. Er wordt telkens over één bepaald thema gesproken, in dit geval spelen uit de tijd van toen. (zie bijlage 5) Deze sessie duurt ongeveer 40 minuten, maar dit kan verschillen naargelang het gesprek vlot loopt of de vermoeidheid van de deelnemers.

Waarom deze activiteit:

Wanneer thema per thema besproken wordt, kan er dieper in worden gegaan op de goede herinneringen en kunnen de patiënten zelf bepalen wat ze kwijt willen en wat niet.

Reacties en observaties:

Een aantal patiënten wist nog erg veel te vertellen en leek hier enorm van te genieten. Het was echter moeilijk, om iedereen evenredig aan bod te laten komen. Vooral omdat het niveau en de mondigheid van de patiënten niet helemaal gelijk was. Er werd wel goed naar elkaar geluisterd en op elkaar ingespeeld. Het reminisceren in groep bleek dus ook mogelijk onder minder strikte voorwaarden dan in de theorie beschreven, en met een groep kleiner dan 6 personen. Wanneer men echt bepaalde doelstellingen wil realiseren aan de hand van reminiscentie zijn deze voorwaarden misschien wel noodzakelijk.

• **Uitstap Heemkundig museum te Lint**

Omschrijving activiteit:

Op dinsdag 31 maart 2009 heb ik met een groep van 9 personen een bezoek gebracht aan het Heemkundig Museum te Lint. Hier werden we in 2 groepen rondgeleid door de verschillende ruimtes. Zo was er een cafeetje, een snoepwinkel een schoolklasje, een kapperszaak, een kruidenier een bakkerij... allemaal uit de tijd van toen.

Waarom deze activiteit:

Op deze manier wou ik de patiënten kennis laten maken met de geschiedenis uit de streek. De vrolijke en volkse manier van vertellen door de gidsen, zette op een plezierige wijze aan tot nieuwsgierigheid naar vroeger.

Reacties en observaties:

De meeste patiënten waren zowel tijdens als na de rondleiding behoorlijk enthousiast. Dit hing echter wel van persoon tot persoon af. De patiënten die aan deze activiteit deel hebben genomen waren wel patiënten die sowieso al interesse hadden om aan deze uitstap deel te nemen.

• **Zondags ontbijt in de reminiscentieruimte**

Omschrijving activiteit:

Op donderdag 2 april 2009 heb ik met een groepje van 4 patiënten een feestelijk ontbijt gehouden in de reminiscentieruimte. Dit hield in dat we de tafel in de ruimte feestelijk hadden gedekt en een uitgebreid ontbijt voor hen hadden voorzien. De patiënten werden van tevoren hiervoor uitgenodigd en mochten ook verzoekjes doen, zoals pistolets, of een eitje... bij hun ontbijt.

Waarom deze activiteit:

Sommige van de patiënten op de zorgeenheid, zijn erg moeilijk te motiveren voor activiteiten. 'Men komt alleen de zetel uit om te eten'. Om toch ook hen eens te kunnen laten kennismaken met de reminiscentieruimte, heb ik dit ontbijt georganiseerd.

Reacties en observaties:

Er was overtuigingskracht en motivering nodig om deze patiënten tot in de reminiscentieruimte te krijgen. Maar eens ze daar waren werd er heel gezellig gepraat. Toen iedereen ongeveer klaar was met het ontbijt, begon één van de patiënten spontaan te vertellen over een voorwerp dat ze in de kast zag staan. Nadat ik dit voorwerp uit de kast had gehaald begonnen ook de andere patiënten hun ervaringen te vertellen. Uiteindelijk waren de patiënten zelfs gezamenlijk

verzen uit de catechismus aan het opzeggen, die ze nog kenden uit hun schooltijd.

- **Individuele reminiscentie momenten**

Omschrijving activiteit:

Ik heb met een aantal patiënten gedurende mijn stageperiode een individueel reminiscentie moment gehad. Dit hield meestal in dat we in de reminiscentieruimte een bepaald voorwerp bekeken en dat de patiënt hierover begon te vertellen. Hierbij was het mogelijk om op een meer persoonlijke manier, vragen aan de patiënt te stellen.

Waarom deze activiteit:

Sommige patiënten nemen niet graag deel aan groepsactiviteiten, of zijn iets minder mondig dan anderen... . Ook voor deze mensen kan reminiscentie misschien zinvol en interessant zijn, maar dit lukt niet in groep. Voor hen kan het aangenaam zijn dat ze op hun eigen tempo mogen vertellen.

Reacties en observaties:

Deze activiteit is niet voor iedereen even zinvol. Sommige patiënten leken niet echt de behoefte te hebben om te praten over het verleden. Andere waren dan weer erg blij met het luisterende oor, en fleurden helemaal op bij het herkennen van spullen uit hun jeugd.

4.3.3.3 Naamgeving en opening

Wat deze reminiscentieruimte nog nodig had, was een nieuwe naam.

Een gemakkelijker en toepasselijke naam, die door iedereen zou gebruikt worden. Op de bewonersraad heb ik de patiënten gevraagd om mee te zoeken naar een geschikte naam voor deze ruimte.

Er werden een aantal voorstellen gedaan, maar geen van allen leek echt te zijn wat we zochten. Samen met de ergotherapeute, heb ik een aantal mogelijke namen geformuleerd, en deze op de volgende bewonersraad aan de patiënten voorgesteld. Aan de hand van een stemming is er dan uiteindelijk besloten dat de reminiscentieruimte vanaf dan 'de Gezelligen Hoek' zou heten.

Om deze ruimte op een feestelijke manier te openen hebben we op woensdag 18 maart 2009 een openingsreceptie gehouden voor de patiënten en het personeel. Ook de mensen die spullen geschonken hadden kregen de kans om eens een kijkje te komen nemen in de Gezelligen Hoek. Aan de hand van de inventaris die ik gedurende het opbouwproces heb bijgehouden, was het mogelijk om na te gaan wie ik allemaal kon uitnodigen.



Figuur 4.7: De Gezellige Hoek

4.3.4 Check (evalueren)

In de volgende fase van het PDCA-model wordt geëvalueerd in hoeverre de doelstellingen die ik voor ogen had, zijn bereikt.

Om dit na te kunnen gaan heb ik mijn onderzoeksvraag wederom in twee grote thema's opgedeeld, namelijk de realisatie van een reminiscentie ruimte en de integratie van deze ruimte op de zorgenheid.

4.3.4.1 Realisatie van een reminiscentie ruimte

Het realiseren van de opbouw en inrichting van een reminiscentieruimte was een hoofddoel in dit project. Er bestaat echter geen objectieve manier om na te gaan of ik in dit opzet geslaagd ben. Is de ruimte die ik op zorgenheid De Boeg heb ingericht een reminiscentieruimte? Aangezien het niet mogelijk is om aan de hand van vaststaande criteria na te gaan wanneer men van een reminiscentie ruimte spreekt lijkt het me zinvol om nog eens terug te kijken, naar wat een reminiscentie ruimte eigenlijk is, en aan de hand daarvan na te gaan of mijn ruimte voldoet.

Een korte omschrijving:

Een reminiscentieruimte is een plek vol oude voorwerpen die herinneringen oproepen aan vroeger. De bedoeling van deze ruimte is dat de patiënten een gezellige ruimte hebben. Het is een huiselijke en herkenbare sfeer waar ze in kunnen komen zitten. Er zullen ook reminiscentie activiteiten georganiseerd worden in dit decor. (Hamburger, 2007)

Uit deze omschrijving kan ik drie belangrijke kenmerken afleiden:

1. Het is een plek vol oude voorwerpen die herinneringen oproepen.
2. Het is een gezellige ruimte, waar de patiënten kunnen komen zitten.
3. Er vinden reminiscentie activiteiten plaats.

Om te kunnen spreken van een reminiscentieruimte, moet deze dus vol oude voorwerpen staan die herinneringen oproepen. Afgaande op de subjectieve beleving van de patiënten en personeel op De Boeg, neem ik aan dat mijn ruimte aan deze voorwaarde voldoet. Een reminiscentieruimte is echter nooit volledig voltooid. Er kunnen met verloop van tijd

altijd wel nog spulletjes bijkomen waaraan mensen herinneringen hebben, en die nog ontbraken in de ruimte. Een reminiscentieruimte is ook een gezellige ruimte waar de patiënten kunnen komen zitten. Tijdens mijn stageperiode op De Boeg heb ik zelf kunnen vaststellen dat deze ruimte dagelijks door meerdere patiënten werd gebruikt om er te komen zitten. Het valt moeilijk te voorspellen of de patiënten de ruimte zullen blijven gebruiken. Een laatste kenmerk is dat in deze ruimte reminiscentie activiteiten plaatsvinden. Gedurende de periode dat ik op de zorgenheid stage heb gelopen, heb ik geregeld met een aantal patiënten een reminiscentie activiteit gedaan in de reminiscentieruimte. Of het mogelijk is om reminiscentie op te nemen in de activiteitenplanning op De Boeg zal onder meer afhankelijk zijn van de tijd die de ergotherapeute hiervoor zal kunnen vrijmaken.

4.3.4.2 Integratie op de zorgenheid

Om na te gaan of deze ruimte geïntegreerd is op de zorgenheid heb ik de patiënten hierover bevraagd. Omdat er geen gestandaardiseerde vragenlijst bestaat met deze specifieke vragen, heb ik zelf een vragenlijst opgesteld.

Ik wou weten of de patiënten deze ruimte al kenden? Wat ze er van vonden? Op welke manier ze van deze ruimte gebruik maakten?

Hierdoor kon ik voor mezelf evalueren of de reminiscentieruimte gekend en gebruikt werd en hoe deze ruimte werd ervaren.

Het was niet mogelijk om deze vragenlijst bij iedereen op de zorgenheid af te nemen, gezien de psychische en/of lichamelijke toestand van sommige patiënten. Ik heb er wel voor gezorgd dat ik telkens minstens de helft van de patiënten gehoord had. Dit waren niet steeds dezelfde personen. Ook dit was niet mogelijk gezien het snelle komen en gaan van de patiënten op deze zorgenheid.

Vragenlijst

Dankzij het afnemen van deze 2^{de} vragenlijst heb ik hieronder een aantal bevindingen kunnen formuleren. Voor de vragenlijst zelf verwijs ik naar bijlage 6.

- Ik heb kunnen besluiten dat de meerderheid van de patiënten bij wie ik de vragenlijst heb afgenomen de reminiscentieruimte kent.
De patiënten die de ruimte kennen, waren positief over deze ruimte.
Ze wordt ervaren als rustig, gezellig, nostalgisch en sfeervol.
- De ruimte wordt door de patiënten voornamelijk gebruikt om in te komen zitten. Vooral de rust en de gezelligheid zijn hierbij belangrijke factoren.
- De patiënten die de ruimte kennen, konden allemaal een aantal voorwerpen uit de ruimte opnoemen die hen aan vroeger herinnerde. Ook bij de vraag of er nog iets ontbrak konden de meeste patiënten nog wel een aantal zaken opnoemen. Een aantal voorbeelden hiervan waren: bloemenvaasjes, een spinnende kat en een breiend moedertje,...

Wat ik verder nog uit deze vragenlijst kan besluiten is dat er veel herkenbare elementen in de reminiscentieruimte aanwezig zijn, maar dat ook niet alles even herkenbaar is. De meerderheid van de patiënten vindt het een gezellige huiselijke plek om te zitten, maar niet alle patiënten maken er gebruik van. Net zoals bij reminiscentie met 'gewone' ouderen, blijkt niet iedereen van de patiënten behoefte te hebben aan vertoeven in de reminiscentieruimte. Ook het activiteitsniveau van de patiënten zelf lijkt een rol te spelen. Erg inactieve patiënten komen minder spontaan zelf gebruik maken van deze ruimte.

4.3.5 Act (bijsturen)

In deze laatste fase van het PDCA-model ga ik na wat mogelijke verbeteracties in dit project zouden kunnen zijn. Ook hierbij gebruik ik de twee thema's: bijsturing bij de opbouw van een reminiscentieruimte en bijsturing bij de integratie van een reminiscentieruimte.

4.3.5.1 Bijsturing reminiscentieruimte

Uit de evaluatie over de realisatie van de reminiscentieruimte kon blijken dat de ruimte voldoet als reminiscentie ruimte. Verbetering is echter altijd mogelijk en daarom heb ik mezelf de vraag gesteld wat ik zelf anders zou doen, als ik nog eens voor dezelfde opdracht zou komen te staan.

De inrichting van een reminiscentieruimte is een erg tijdrovend en groot project.

Nu ik beter kan inschatten hoeveel tijd dit me heeft gekost, zou ik sowieso al sneller beginnen met het verzamelen van oude voorwerpen.

De reactie die ik op de poster heb gekregen, was vrij beperkt en daarom heb ik zelf nog een spullenzoektocht moeten ondernemen. Misschien dat het daarom ook zinvol zou kunnen zijn, om de omgeving van de patiënten nog persoonlijker aan te spreken, in plaats van enkel met een poster.

Verder lijkt het me ook belangrijk om me zeer strikt aan een vooropgestelde planning te houden, zodat ik niet in tijdsnood zou geraken.

Bij de invulling van de voorwerpen uit de reminiscentieruimte zelf, is het niet mogelijk om alle spullen te kunnen samenbrengen, waaraan iedere patiënt herinneringen heeft.

Maar is het goed om steeds te blijven luisteren naar de patiënten, en proberen in te spelen op hun herinneringen.

4.3.5.2 Bijsturing integratie

Uit wat ik heb kunnen waarnemen tijdens de stageperiode zelf en bij het afnemen van de vragenlijst, kan ik tot de vaststelling komen dat een aantal patiënten de reminiscentieruimte regelmatig tot zelfs dagelijks gebruiken.

Sommige andere patiënten maken echter geen gebruik van deze ruimte. Dit kan enerzijds te wijten zijn aan het feit dat nu eenmaal niet iedereen de behoefte heeft om terug te blikken op het verleden. Anderzijds is het ook mogelijk dat dit voor een aantal patiënten wel een meerwaarde zou kunnen betekenen, maar dat hun psychische en/of lichamelijke toestand hen niet toelaat zelfstandig tot aan deze ruimte te geraken.

In dit geval is het aan de begeleider om deze mensen actief en eventueel individueel bij de reminiscentie activiteit te betrekken.

Een voorbeeld hiervan was het zondags ontbijt dat we voor een groepje minder actieve patiënten organiseerden of een individueel reminiscentie moment.

Om deze mensen ook in de toekomst de mogelijkheid te geven om te kunnen reminisceren, zal het nodig zijn om voor hen soortgelijke initiatieven te organiseren.

4.4 Besluit

In dit hoofdstuk is vooral duidelijk geworden hoe het opbouwproces van de reminiscentieruimte aan de hand van het PDCA-model is verlopen en op welke manier ik heb geprobeerd deze ruimte te integreren op de zorgeenheid.

De verschillende fasen van dit opbouwproces verliepen soms anders dan gepland.

Maar uiteindelijk is de ruimte toch in gereedheid geraakt, al zal ze waarschijnlijk nooit echt helemaal 'af' zijn.

Wat me bij het proces van integratie is opgevallen was hoe veel plezier vele mensen hebben bij het ophalen aan herinneringen.

Ook sommige patiënten die moeilijk te bereiken waren voor activiteiten, leken helemaal op te leven wanneer er over vroeger gesproken werd. Zelfs patiënten die dus niet actief wilden deelnemen aan activiteiten, zouden baat bij reminiscentie kunnen hebben. Al blijft het ook bij deze doelgroep duidelijk dat dit niet voor iedereen zo geldt.

BESLUIT

In dit besluit wil ik een antwoord formuleren op de onderzoeksvraag: kan de integratie van een reminiscentieruimte op een gerontopsychiatrische zorgeenheid de betrokkenheid op de leefomgeving vergroten?

Ja, de integratie van een reminiscentieruimte op een gerontopsychiatrische zorgeenheid kan de betrokkenheid van de leefomgeving vergroten. Hierbij wil ik echter wel een aantal bedenkingen formuleren.

Veel ouderen hebben de natuurlijke behoefte om terug te blikken op hun verleden. Remiscentie speelt in op deze behoefte door op een bewuste manier ouderen in de gelegenheid te stellen om over hun jeugd jaren te praten. Remiscentie is een zinvolle activiteit, waaraan verschillende doelstellingen kunnen worden gekoppeld. Remiscentie is echter geen therapie, maar kan wel een therapeutisch effect hebben. Bij het uitvoeren van reminiscentie activiteiten, heb ik gemerkt dat het meestal niet haalbaar was om te voldoen aan alle verschillende voorwaarden die in de theorie bij remiscentie werden gesteld. Bijvoorbeeld het reminisceren met steeds dezelfde groep mensen, bleek in deze setting praktisch bijna niet haalbaar. Er diende rekening gehouden te worden met de psychische toestand van elke patiënt, en bijgevolg was het ook nodig om iets flexibeler met deze voorwaarden om te gaan. Bij het reminisceren met deze patiënten heb ik ervaren dat het als begeleider zeker nodig is om het positieve verloop van de gesprekken te bewaken. En ook het betrekken van minder actieve patiënten bij de reminiscentie activiteiten, is een belangrijke taak van de begeleider. Ik heb ondervonden dat er patiënten waren die duidelijk genoten van het ophalen van herinneringen en die stevast verkozen om in de reminiscentie ruimte te vertoeven. In welke mate remiscentie een effect heeft bij deze doelgroep, dient meer specifiek onderzocht te worden.

In het literatuuronderzoek rond remiscentie was het in functie van mijn praktijkopzet noodzakelijk om na te gaan wat men onder remiscentie verstaat.

Ik heb kunnen besluiten dat een reminiscentieruimte een plek is vol oude voorwerpen die herinneringen oproepen aan vroeger. De bedoeling van deze ruimte is dat de ouderen een gezellige ruimte hebben. Het is een huiselijke en herkenbare sfeer waar ze in kunnen komen zitten en waarin ook reminiscentie activiteiten zullen georganiseerd worden.

De verwezenlijking van deze ruimte was een belangrijk aspect in dit project, maar heeft me meer werk gekost dan ik had kunnen vermoeden. Bij de uitvoering van praktijkopzet heb ik dan ook ondervonden dat het noodzakelijk is om op een systematische manier te werken, zoals aan de hand van het PDCA-model. Zeker bij het opstarten van een dergelijk groot project zou ik zeker aanraden om de structuur van het opzet te bewaken.

Verder wou ik ook nagaan wat de rol van de ergotherapeut kan zijn bij de begeleiding van remiscentie. Ik kan besluiten dat de ergotherapeut verschillende kwaliteiten heeft die een meerwaarde kunnen betekenen bij de begeleiding van remiscentie. Enkele voorbeelden hiervan zijn: het doelgericht werken van de ergotherapeut, kennis van verschillende ziektebeelden, creativiteit, kennis van motivatietechnieken etc.

De ergotherapeut is bijgevolg zeer geschikt om remiscentie te begeleiden. Aangezien ook personen uit andere disciplines over deze eigenschappen kunnen beschikken, is het zo dat remiscentie niet alleen een activiteit is voor ergotherapeuten.

Het was ook nodig om te onderzoeken welke de kenmerken waren die de doelgroep gerontopsychiatrie eigen zijn, alsook in welke mate remiscentie bruikbaar was bij deze populatie. Ik heb kunnen besluiten dat remiscentie ook voor deze ouderen een houvast kan bieden bij moeilijke periodes in het leven, wanneer men kracht put uit de herinnering aan eerdere succeservaringen. Dit geldt echter niet voor elke patiënt. Ook bij deze doelgroep blijkt dat niet iedereen de behoefte heeft om terug te blikken op het verleden. Ook de aard van de psychische stoornis kan ervoor zorgen dat remiscentie niet geschikt is voor bepaalde patiënten. Bij gebrek aan een gestandaardiseerde vragenlijst die de mate van integratie kan meten, heb ik gebruik gemaakt van een zelfopgestelde

vragenlijst. Dit impliceert echter wel dat er rekening dient gehouden te worden met de subjectiviteit van de resultaten. Ik denk dat de verdere integratie van deze ruimte een voortdurend proces is, dat mede afhankelijk zal zijn, van de manier waarop er in de toekomst met deze ruimte wordt omgegaan. Worden er reminiscentie activiteiten in georganiseerd? Wordt ze echt gebruikt? Of blijft het enkel bij een gezellige ruimte waar de patiënten komen zitten?

LITERATUURLIJST

Barendsen, I., Boonstra, W. (2005) *Terug naar toen..., reminisceren met ouderen*. AG Baarn: HB uitgevers.

Bohlmeijer, E., Mies, L. & Westerhof, G. (2007). *De betekenis van levensverhalen, Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. GA Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bohlmeijer, E. (2007). *Reminiscence and depression in later life*. Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit

Buijssen H., Poppelaars K. (1997). *Remiscentie, een handleiding voor de praktijk*. Baarn: Intro.

Cuyvers, G. (2007). *Zorgen voor kwaliteit, Handboek voor kwaliteitsontwikkeling voor non-profit organisaties*. Leuven: Lannoo campus.

Doucet, D. (2000). *Cahier Ouderenzorg, Remiscentie voor personen met een dementie*. Diegem: Kluwer.

Dynes, R. (2000). *Vroeger herleefd, Remiscentie-activiteiten voor groepen*. Baarn: HB uitgevers.

Hamburger P. (2007). *Verhalen van vroeger voorlezen*. Gevonden op 21 juli 2009 op het internet: <http://www.geheugenvanoost.nl/page/29041/nl>

Heeren T.J., Kat M.G. & Stek M.L. (2001). *Handboek ouderenpsychiatrie*, Leusden: De Tijdstroom uitgeverij bv.

Kolesar, P.J. (1994). *What Deming told the Japanese in 1950*. Quality Management Journal, 2 (1), 9-24. Gevonden op 10 augustus 2009 op het internet: <http://www.asq.org/qic/display-item/index.html?item=12041>

Latzko W.J., Saunders D.M. (1996). *Vier dagen met dr. Deming, Moderne managementmethoden, een strategie*. Addison- Wesley.

Management start. (2006). *De Deming-cirkel: Plan, Do, Check, Act (PDCA)*. Gevonden op 11 augustus 2009 op het internet: <http://www.managementstart.nl/artikelen/s55.html>

Nuyttens L. (2008). *Enkele voorbeelden van ergotherapeutisch remiscentiewerk*. In De Coninck, L. *Ergotherapie in de gerontologie: basisboek voor kwaliteitsvolle hulpverlening*. (pp.218-221) Leuven: Acco.

Oosterdijk F. (2007). *Remiscentie in de ouderenpsychiatrie*. Gevonden op 8 april 2009 op het internet: <http://www.remiscentie.nl/item/277/remiscentie-in-de-ouderenpsychiatrie.html>

Terhurne H. (2005). *De PDCA-cirkel in zeven stappen, Een stappenmodel voor verbetertrajecten en creativiteit*. Gevonden op 21 juli 2009 op het internet: www.creamatics.nl/downloads/Management%20Tools%203-2005%20-%20PDCA-cirkel%20in%207%20stappen.pdf

Van Uytsel A., Jansen G. (2004) *Geriatric: Remiscentie: Theorie en praktijk*. Onuitgegeven nota's bij een cursus voor het derde jaar van de opleiding ergotherapie, Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Gezondheidszorg & Chemie Geel.

BIJLAGEN

- Bijlage 1: Inventaris
- Bijlage 2: Vragenlijst 1
- Bijlage 3: Poster
- Bijlage 4: PowerPoint presentatie
- Bijlage 5: Reminiscentie activiteit
- Bijlage 6: Vragenlijst 2

Inventaris- Reminiscentie ruimte

- Behangpapier
- Tapijt
- Tafel
- 4 stoelen
- 2 stoelen
- Leren zetel
- 2 zeteltjes
- Zilverkast
- Buffetkast
- Staande lamp (lampadere)
- Kapstok
- Ovaal salontafeltje
- Salontafeltje met tegel blad
- Plantentafel
- Westminster klok
- Oude radio
- Oude stikmachine (Pfaff)
- 2 tafeltapijtjes
- Tafelkleed (wit, groenblauwe bloemetjes)
- Tafeltapijt groot
- Tafellapjes
- Porseleinen eend
- Klein vaasje
- Heilig hart beeld
- Beeldje Vivaldi
- Porseleinen beeld (hoge hoed)
- 3 glazen flessen
- Maria beeldje
- Kruisbeeld
- Wereldbol
- 2 Oude koekendozen
- Oude koekendoos
- Paternoster
- Manchetknopen
- Popje
- Oude foto (koppel)
- Tabac (parfum flesje)
- Eau de cologne
- Philishave
- Theepot Kopenhagen
- Servies Kopenhagen (4tasjes, 4ondertasjes, melkpot)
- Zwart handtasje, geldbeugel
- Oude koffiepote
- Schoolboeken van vroeger
- Sunlight zeep
- Union match
- Vigor
- Persil
- Punaises Sidol
- Oud foto toestel
- Oude wekker
- Oud strijkijzer met rood handvat
- Strijkijzer
- Parsee koffie pot
- 2 Wollen popjes
- Oude bakvormen
- Bloemetjes thee servies
- Glazen fruit schaal
- Ronde 'metalen' theepot
- Fruitige glaasjes
- Hartvormig snoepdoosje
- Blauwe onderschaaltjes
- Glazen ijskommetje (groen-wit)
- Tapijtroller
- Oude koffer
- Oude kaart spelen
- Kaarten houder
- Koperen bord
- Schilderij hoeve
- Spiegel
- 'God ziet U'
- Schilderij bos
- Bord Delfts Blauw
- Sint Jozefs beeld
- Chinese vaas
- Kaars
- Paardjes spel hout
- Dambord
- 2 dobbelstenen
- 6x4 houten pionnen
- Blikkendoos (bloemetjes)
- Zondagsvriend (krantjes)
- Grote bruine koffer
- Vest (ruitjes)
- Oude pet
- Bolletjeskleed
- Voorschoot
- Zwart hoedje
- 2 zwarte handtassen
- Klompen
- Knopen, linten, bobijntjes
- Gordijnbinders
- Kamerplanten
- Oude juweeltjes, horloge ketting, edelweiss, broche
- Cache-pot
- Olielamp
- Tafel kamerplanten
- Speldjes/reclame pins
- Oud blikken doosje
- Elektrische chronometer
- Oude kattenkop
- Kartonnen doosje met spelende kindjes
- Tafelkleedjes
- ...

Vragenlijst 1
Inrichten reminiscentie ruimte

Naam:
Leeftijd:

1. Welke voorwerpen herinnert u zich nog uit uw kindertijd als u denkt aan:

- School:

- Speelgoed:

- Kledij (uniform op school, zondagse kledij,...):

- Feesten (verjaardag, communie, doop,...):

2. Welke voorwerpen herinnert u zich nog uit uw jeugd als u denkt aan:

- Kledij (uitgaan, zondag, werk):

- Huishouden (keukentoestellen, wassen en strijken,...):

- Ontspanning (uitgaan, televisie, muziek, radio, krant,...):

3. Zijn er nog ander typische dingen (voorwerpen, muziek, meubels, foto's, gerechten,...) die u aan vroeger herinneren?

4. Is er een verschil met de inrichting van een woonkamer nu en een woonkamer uit uw jeugd?

5. Hoe zagen de muren er vroeger uit? (behangen? motief of effen? geveerd? kleuren?)

6. **Welke apparaten stonden er allemaal in een woonkamer?** (TV, radio?...)

7. **Was er in de woonkamer iets te zien dat kon wijzen op de geloofsovertuiging?** (Mariabeelden, kruisje aan de muur?...)

8. **Wat vindt je ervan dat er hier een ruimte ingericht wordt in 'de stijl van vroeger'?** (Denk je dat dit een meerwaarde kan geven op deze afdeling?)

9. **Hoe stelt u zich een reminiscentie ruimte** (kamer ingericht met voorwerpen van vroeger) **voor?**

10. **Welke voorwerpen mogen er zeker niet ontbreken in een** (kamer ingericht met voorwerpen van vroeger) **reminiscentie ruimte?**

11. **Denk u dat u van deze ruimte gebruik zou maken als ze voltooid is?** (Hier eens komen zitten, deelnemen aan activiteiten in deze ruimte?)

Reminiscentie project De Boeg

Als laatstejaars studente ergotherapie,
wil ik in het kader van mijn eindwerk een reminiscentieruimte inrichten,
op afdeling de Boeg van het PC St. Amedeus te Mortsel.
Dit is een ruimte die ingericht is met meubels en voorwerpen van vroeger,
waaraan herinneringen kunnen worden opgehaald.
Hiervoor ben ik op zoek naar allerlei voorwerpen uit de tijd van toen
(jaren 50 - 60).
Heb je nog oude spullen op je zolder liggen die voor dit goede doel mogen
dienen? Stuur dan zeker een mailtje naar:

marijkedevleeschouwer@gmail.com

Alvast bedankt!
Marijke De Vleeschouwer



Eindwerk project

Inrichten van een herinneringsruimte

De Boeg PC- St. Amedeus

Marijke De Vleeschouwer
3BA Ergotherapie

Wat is herinnering?

- Terugdenken, het op een min of meer levendige en gevoelsgeladen wijze ophalen van en/of verwijzen bij herinneringen aan gebeurtenissen uit het verleden. Prof. A. Marcoen
- Herinnering bestaat uit interventies om herinneringen aan verwerkte ervaringen op te roepen en vorm te geven. Pollo Hamburger
- Herinnering is een vorm van hulpverlening waarbij het ophalen van herinneringen centraal staat. Dr. Ernst Bohlmeijer
- Doelbewust herinneringen ophalen aan het verleden. Vaak toegepast in WZC en RVT bij (dementerende) bejaarden.

Waarom herinnering:

- Verbeteren van sociale contacten en in communicatie treden met de omgeving.
- Het beter leren kennen van de oudere.
- Het versterken van het gevoel van eigenwaarde bij de oudere.
- Het beter leren omgaan met ingrijpende veranderingen in het leven door de oudere.
- Meer zicht krijgen op de eigen identiteit.

Soorten herinnering

- **Geïntegreerde herinnering**
 - Men gebruikt de informatie in het dagelijks leven van de bewoner.
 - Vb: gewoontes respecteren, omgeving aanpassen,...
- **Specifieke herinnering**
 - Op een gerichte manier met de oudere herinneringen aan vroeger ophalen.
 - A.d.h.v. triggers → voorwerpen, foto's, muziek,...

Voorbeeld van een herinneringsruimte:



<http://www.herinnering.nl/>

Reminiscentie op de Boeg?

- Toegankelijke activiteit met lage drempel.
- Toepasbaar op verschillende niveaus.
 - Gebruik maken van levensverhaal spelen.
 - Reminiscentie in thema's
 - Zowel in groep als individueel
- Ruimte wordt een herkenbare huiselijke plek. (normalisatieprincipe)

Voorstelling:

- Welkom
- Voorstellen wat we gaan doen
 - Praten over herinneringen van vroeger ...
- Basisregels meedelen:
 - Vertrouwelijkheid
 - Niemand hoeft te praten als hij/zij dit niet wil
 - Elkaar de gelegenheid geven om iets te vertellen
- Verloop:
 - Herinneringen ophalen
 - Koffie pauze
 - Vertelronde
 - Afronden
- Iedere deelnemer voor zijn bijdrage bedanken

Triggers:

- **Versjes:**

Jantje zag eens pruimen hangen
o, als eieren zoo groot
't scheen dat Jantje wou gaan plukken
schoon zijn vader 't hem verbood
hier is, zei hij, noch mijn vader
noch de tuinman die het ziet
aan een boom, zoo vol geladen
mist men vijf, zes pruimen niet
maar ik wil gehoorzaam wezen
en niet plukken, ik loop heen
zou ik om een handvol pruimen
ongehoorzaam wezen? Neen!

voort ging Jantje naar zijn vader
die hem stil beluisterd had
kwam hem in 't loopen tegen
vooraan op het middenpad
kom mijn jantje, zei de vader
kom mijn kleine hartedief
nu zal ik pruimen plukken
nu heeft vader Jantje lief
daarop ging vader aan het schudden
jantje raapte schielijks op
jantje kreeg zijn hoed vol pruimen
en liep heen op een gal

Witte zwanen, zwarte zwanen
wie gaat er mee naar Engeland varen?
Engeland is gesloten
de sleutel is gebroken.
Is er dan geen timmerman

die de sleutel maken kan?
Laat doorgaan
laat doorgaan
wie achter is moet voorgaan!

Zeg, ken jij de mosselman
de mosselman, de mosselman?
Zeg ken jij de mosselman
die woont in Scheveningen.

Heb je wel gehoord van de zeven, de
zeven,
heb je wel gehoord van de zevensprong?
Ze zeggen dat ik niet dansen kan
maar ik kan dansen als een edelman.
Dat is één.

- **Vragen:**

- Had je één bepaald speelkameraadje of speelde je liever alleen?
- Waar speelde je vooral?
- Speelde je ook op straat of in de buurt?
- Had je een geheime plek?
- Had je ook 'speelkieren'?
- Mocht je je verkleeden?
- Waren er kinderen met wie je niet mocht spelen?
- Speelden jongens en meisjes onder elkaar?
- Werd er vlug gevochten bij onenigheid?
- Waar bewaarde je het speelgoed?
- Waar in huis mocht je spelen?
- Was het speelgoed alleen van jou alleen of was het ook van broer of zus?
- Maakte je veel ruzie met broer, zus of speelkameraad?
- Welk spelletje speelde je op de speelplaats?
- Speelde je moeder ook mee?
- Waren er speciale dagen dat je meer spelletjes speelde? (zondag, sinterklaas?)
- Waren er ook speeltuinen?
- Maakte je zelf ook speelgoed?
- Had je veel speelgoed?
- Had je ook een vaste speelkameraad?
- Bestonden er toen al knuffelbeestjes voor in bed?
- Speelden jullie soms ook toneeltjes?
- Werden er grappen uitgehaald op 1 april? (krijt tussen de bordveger, iets op de stoel van de juf leggen?)
- Welke spelletjes werden gespeeld?
- Werd er vroeger soms naar toneel of poppenspel gekeken?
- Waren er al kinderprogramma's op TV of radio?
- Werden er verhaaltjes voorgelezen voor het slapengaan?
- Las je zelf in kinderboeken? Welke?
- Bracht de sint speelgoed met sinterklaas? Of verjaardag?
- Met welk speelgoed werd er gespeeld?
- Heb je ooit gespijbeld van school? Wat deed je dan?
- Heb je veel kattenkwaad uitgehaald?
- Had je als kind een held of iemand waar je naar opkeek?
- Waren er al stripverhalen?
- Herinner je je nog een film of lied uit je kindertijd?

- **Voorwerpen:**

- Houten jojo
- Knikkers
- Blikken vogeltje
- Wollen popje
- Kinderboek

- **Prenten:**

- Zie boeken jaren '50 – '60

Vragenlijst 2
Inrichten reminiscentie ruimte

Naam:
Leeftijd:

1. Kent u de gezelligen hoek? (indien nee → uitleg...)

2. Bent u al in deze kamer geweest? (komen kijken, is het u opgevallen?)

3. Wat vindt u van de gezelligen hoek (reminiscentie ruimte)?

4. Op welke manier gebruikt u deze ruimte? (rondkijken, zithoek, activiteiten,...?)

5. Staan er in deze ruimte voorwerpen die u aan vroeger/ uw jeugd herinneren?

(Welk voorwerp trekt het meeste uw aandacht?)

6. Ontbreekt er nog iets?

7. Lijkt deze ruime op uw woonkamer van vroeger? (zijn er overeenkomsten?)

(indien nee → waarom niet?)

8. Wat vindt je van de naam 'De Gezelligen Hoek'?

9. Nu je weet dat deze ruimte er is, zou je dan eens gaan kijken; gaan zitten...?