

Bijdrage aan Paramedische zorgverlening aan ouderen **Boom Uitgevers. 6677 woorden**

Benaderingswijzen in de ouderenzorg

Lausanne Mies

“Zorgverlening is mensenwerk waarvan dialoog de basis vormt”

Uit: De gepassioneerde zorgprofessional (Kuiper en Oostendorp, 2007).

Inleiding

In de gezondheidszorg en de maatschappelijke zorg bestaat de neiging om ouderen te zien als een betrekkelijk homogene groep, terwijl grote verschillen bestaan tussen ouderen. Bijvoorbeeld in woon- en leefomstandigheden, gezondheid, mobiliteit, maatschappelijke activiteiten, houding en individuele leefstijl. Ook de leeftijd kan – zoals we ouderen aantreffen in de gezondheidszorg- een generatie of meer uiteenlopen. Stereotypen worden versterkt als de nadruk ligt op de moeilijkheden van het ouder worden. De aandacht die de ziekte en daarmee samenhangende problemen opsloppen, dreigt ouderen tot hun ziekte te reduceren en de persoon naar de achtergrond te dringen. Variatie in benaderingswijze nodigt uit het unieke in mensen te ontdekken en centraal te stellen in de zorgverlening. Hiermee is een belangrijke reden voor dit hoofdstuk gegeven.

Naast de diagnosegestuurde, medische benadering in de gezondheidszorg komt meer aandacht voor de persoonlijke betekenis, het individuele in het verhaal van de cliënt. In het diagnosegestuurde model vormt de deskundigheid van de hulpverlener de basis voor rationele, klinische besluitvorming en wordt veel waarde gehecht aan (wetenschappelijke) kennis en gebruik van richtlijnen en protocollen. Als de interventies leiden tot een objectief waarneembare vermindering van het gezondheidsprobleem, is de behandeling geslaagd. In de huidige gezondheidszorg wordt - terecht - de nadruk gelegd op empirische bewijzen (*evidence based practice*) en op kosteneffectiviteit. Daarom wordt het steeds belangrijker methoden te valideren en kwantificeren. Belangrijke kritiek op het diagnosegestuurde model is dat zorgverleners het perspectief van de cliënt zeer beperkt bij de besluitvorming betrekken en onvoldoende aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt; ze communiceren nauwelijks over wat het probleem of de situatie voor de cliënt betekent. Om recht te doen aan de beleving, behoeften, wensen en mogelijkheden van cliënten wordt, meer en meer een belevingsgerichte benadering als uitgangspunt genomen. Uit een systematische *review* (Lewin, 2001) blijkt dat interventies die de cliënt centraal stellen in de klinische zorgsituatie effectief zijn: de communicatie met de cliënt wordt bevorderd en het probleem van de cliënt opgehelderd. Zorgverleners vaardig maken in de cliëntgerichte benadering, bevordert de tevredenheid van zowel cliënt als zorgverlener.

In de fysiotherapie wordt deze vorm van werken ‘aandacht voor het levensplan’ genoemd, in de ergotherapie ‘cliëntgericht werken’ (Townsend, 1997) en binnen de verpleegkunde ‘belevingsgerichte zorg’ zoals Pool et al. deze ontwikkeld heeft (De Lange en Van Staa, 2003). Deze benaderingen sluiten goed aan op het streven een omslag te maken van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg; een trend die sinds het afgelopen decennium zichtbaar is in de gezondheidszorg. Niet de zorgverlener en het zorgaanbod bepalen hier de zorg, maar de behoeften en wensen van de cliënt. Cliënten kunnen

indien mogelijk hierbij zelf de regie voeren. Dit vraagt van medewerkers in zorgorganisaties een andere manier van benaderen en organiseren van de zorg. Om cliëntgericht te kunnen werken zullen artsen en andere hulpverleners in gesprek moeten met de cliënt en de cliënt de ruimte moeten bieden zijn verhaal te vertellen om zo de betekenis van de ziektesituatie te kunnen ontdekken.

Client centred practice betekent respect voor, en partnerschap met de mensen die voor therapie komen. Het vraagt erkenning voor de autonomie van het individu, voor de sterke kanten van de cliënt, voor de noodzaak om eigen keuzes te maken, en voor het voordeel van samenwerking tussen cliënt en therapeut (Townsend et al., 1997). In de ergotherapie zijn het *Canadian Model of Occupational Performance* (CMOP) en het *Occupational Performance Process Model* (OPPM) bij uitstek geschikt om therapeuten te ondersteunen bij het cliëntgericht werken (zie Piskūr en Daniëls in: Kinébanian en Le Granse, 2006). In Canada heeft de filosofie van *client centred practice* vorm gekregen in de term *enablement*: in staat stellen, mogelijk maken. *Enablement* onderscheidt zich van *treatment*, behandeling, waarin eerder voor dan met mensen wordt gewerkt (Townsend et al., 1997). De belevingsgerichte benadering staat *evidence based practice* (EBP) niet in de weg. Aansluitend bij EBP is het aan te bevelen om van elke benaderingswijze of methode de effectiviteit of therapeutische waarde objectief te beoordelen voordat toepassing in de praktijk wordt aangemoedigd. Echter, in sommige gevallen is zoeken naar bewijs van de effectiviteit niet relevant of niet mogelijk, zoals bij respectvol met de ander omgaan, aandacht hebben en aanwezig zijn. Dit blijft waardevol, ook al kan de effectiviteit daarvan niet aangetoond worden. Hier zullen andere criteria moeten gelden, zoals tevredenheid van cliënten (RVZ, 2007)

Ouderen in hun context

Gezondheidsproblemen moeten gezien worden in de context van de individuele levensloop van de cliënt – vanuit het perspectief van verleden, heden toekomst – en in de context van het functioneren van de persoon in zijn omgeving. Er is sprake van een verouderende persoon in zijn fysieke en sociale omgeving. Voor een oudere die vanwege een heupfractuur in combinatie met ernstige kortademigheid afhankelijk wordt van verpleeghuiszorg bijvoorbeeld, verandert het toekomstperspectief aanzienlijk. De overgangen van de ene levensfase, fysieke/psychische gesteldheid of sociale rol, naar de andere noemen we ook wel ‘transities’ (Chick en Maleis, 1986; Schumacher en Maleis, 1994). Het normale leven wordt tijdelijk ontwricht, er is een aanpassingsproces nodig. Eerdere ervaringen, persoonlijkheid, gewoonten en andere factoren bepalen de manier waarop een persoon met de transitie omgaat en welke ondersteuningsbehoefte hij heeft. Als mensen een deel van hun gezondheid kwijt raken, verliezen ze houvast. Onzekerheid maakt mensen kwetsbaar en veroorzaakt stress. Kielhofner (2002) noemt dat ‘een gevoel van chaos’ en Bury (1982) spreekt over biografische ontwrichting (*biographical disruption*). Chick en Maleis (1986) noemen het niet meer verbonden zijn (*disconnectedness*). Dat is een kenmerk van de eerste fase van een transitie (De Lange en Van Staa, 2003). De centrale opgave voor mensen in transitie is onzekerheid op te heffen en de realiteit opnieuw te construeren. De kunst hiervan noemen we ook wel *coping*, omgaan met sterk veranderde omstandigheden zoals beperkingen en handicaps.

Veel theorieën, zoals de systeemtheorie, gaan uit van een interactieve relatie tussen mens en omgeving. Bij een goede ‘fit’ is sprake van een positieve relatie tussen het functioneren van de persoon en een steunende omgeving. Lawton (1980) en geeft aan dat er een optimale ‘matchingszone’

bestaat tussen persoonskenmerken en omgevingskenmerken. Het proces van afstemmen tussen beiden noemen we adaptatie, waarbij een goede balans tussen capaciteit en uitdaging wordt gevonden. De behandeling van ouderen moet dus vooral aansluiten op bestaande capaciteiten, en omgevingsfactoren moeten worden benut om het functioneren te ondersteunen. Inzicht in het huidige functioneren van de cliënt in zijn omgeving is een voorwaarde om keuzes te maken in de behandeling. Motivatie van de cliënt is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Verschillende modellen en methodieken kunnen de zorgverlener helpen op een systematische manier aandacht te geven aan het functioneren van de cliënt in zijn context, zoals het ergotherapeutisch Model Of Human Occupation (MOHO) (zie Verhoef en Zalmstra in: Kinébanian en Le Granse, 2006).

Beterschap of behoud van kwaliteit van leven

Veel problemen waar ouderen mee kampen, zijn helaas niet of nauwelijks oplosbaar. De kans is groot dat ziekten chronisch zijn en dat meerdere klachten naast elkaar optreden. Ouderen, zeker de ouderen die om paramedische zorg vragen, zijn kwetsbaar door de invloed van gezondheidsklachten op hun leven. In hoeverre mensen in staat zijn verlies te accepteren en te leven met lichamelijke beperkingen, is bepalend voor hun kwaliteit van leven. De gezondheidsproblemen dienen uiteraard behandeld te worden, maar daarnaast moeten ook bestaansproblemen, problemen die betrekking hebben op het leven en het sociale netwerk van de persoon (Pool, 1995), aandacht krijgen om het de oudere mogelijk te maken het leven te leiden dat hij wil leiden. Om het leven ‘boven de ziekte uit te tillen’ (Grypdonck, 1996) is het nodig stil te staan bij de betekenis van ziek zijn en bij de wijze waarop de patiënt of de bewoner de zorg ervaart. Persoonlijke betrokkenheid, wederkerigheid en vertrouwen zijn in de zorgrelatie essentieel. Zorg is daarom veel meer dan medisch-technisch juist handelen. Wat vraagt dit van de zorgverlener? Wat kan hij eraan bijdragen dat de last zo min mogelijk als beperking wordt ervaren? Het professionele handelen van de paramedicus zou zich op het opheffen van ervaren beperkingen moeten richten. Wat helpt is als de paramedicus de therapie in het leven van de cliënt brengt (de cliënt komt niet ‘in therapie’), zich lerend opstelt en de cliënt en zijn mantelzorger als expert beschouwt.

Paramedici doen observaties en *assessments* die het functioneren op zowel persoons- als omgevingsaspecten in kaart brengen. Hierbij zijn niet alleen de vaardigheden en bekwaamheden van de persoon van belang; ook zijn wensen, waarnemingen, kennis, geloof, houding, beleving en waarden. De paramedicus kan vervolgens paramedische behandelmethoden (training, advies, begeleiding) en hulpmiddelen inzetten. Daarnaast: liefdevolle, aandachtige zorg verlenen en een luisterend oor bieden. De behandelaar kan zich maximaal inzetten om wezenlijke elementen uit het leven van de oudere in diens leefwereld te houden of terug te brengen, maar er zijn vaak veel beperkingen. Een oude boomkweker zit in een verpleeghuis nu eenmaal niet op zijn land. En een weduwe krijgt haar man niet terug. Er is vaak geen ontkomen aan verlies van kwaliteit van leven. Ondanks grote verliezen die ouderen kunnen lijden, zijn zij vaak in staat hoop te houden en nieuwe perspectieven te zien. Ouderen zelf beoordelen hun kwaliteit van leven bovendien vaak positief.

Zorg waarin gezondheidsproblemen geplaatst worden in het perspectief van het leven van de cliënt, kan helpen die keuzes te maken die de oudere echt ondersteunen bij de *coping*, die helen, die heilzaam zijn. Specifieke benaderingswijzen kunnen hierbij ondersteunen. In dit hoofdstuk komen enkele

benaderingswijzen aan bod die het individu centraal stellen. Achtereenvolgens zijn dit de belevingsgerichte zorg, de presentiebenadering, geluksbevorderende benadering en de narratieve benadering. Specifiek wordt ingegaan op benaderingswijzen van de oudere cliënt met dementie: vijf benaderingswijzen in de psychogeriatric. Deze benaderingswijzen zijn niet volledig van elkaar te onderscheiden; ze komen in overlappende toepassingsvormen in de ouderenzorg voor, variërend van een meer algemene zorgvisie tot een benaderingswijze die zo ver ontwikkeld is dat deze meer lijkt op een concrete behandelmethode. De benaderingswijzen richten zich vooral op ouderen met een chronische ziekte of beperking en zijn toepasbaar in zowel thuiszorg als in verpleeg- en verzorgingshuizen en geriatrie afdelingen van ziekenhuizen. De benaderingswijzen kunnen in een zorgorganisatie als uitgangspunt van zorg genomen worden; ook kunnen ze helpen bij de benadering van een individuele cliënt. Gezien de aard, frequentie en duur van het contact met de cliënten, behoort de toepassing van de benaderingswijzen vooral toe aan de verzorgende en verpleegkundige beroepen. Om integraal zorg aan cliënten te kunnen verlenen zullen de verschillende benaderingen zeker ook herkenbaar en medetoepasbaar moeten zijn voor een paramedicus.

Basishouding in de benadering van ouderen

- Spreek ouderen op een volwassen manier aan
- Haast ouderen nooit
- Toon respect voor de persoonlijke biografie
- Tutoeer ouderen niet ongevraagd en spreek ze niet met de voornaam aan
- Neem de privacy in acht
- Praat niet óver de persoon, maar mét de persoon
- Laat zoveel mogelijk de keuze aan de persoon en geef het gevoel van controle
- Maak niet onnodig afhankelijk; stem af over de haalbare en wenselijke mate van zelfredzaamheid
- Ga niet uit van onvermogen tot intellectueel functioneren
- Spreek ouderen aan op hun mogelijkheden en niet hun beperkingen
- Geef uitleg over wat je gaat doen en vraag om medewerking
- Ga na of er beperkingen zijn in het horen, spreken en zien en pas jezelf of de omgeving daarop aan door goed licht, minder randgeluiden, oogcontact maken, duidelijk praten, eerst aandacht vragen alvorens te gaan praten.

(Melick et al., 1998)

1) Belevingsgerichte benadering: praten over individuele wensen en behoeften

Bij belevingsgerichte zorg wordt de betekenisverlening en beleving van de cliënt als uitgangspunt genomen. Belevingsgerichte zorg is er volgens Pool e.a. (1998) op gericht de cliënt en zijn naaste omgeving te ondersteunen bij het waarborgen of herstellen van de continuïteit in de levensloop die door een lichamelijke stoornis, ziekte of handicap verstoord is, of dreigt te raken. Bij belevingsgerichte zorg speelt de ervaringsdeskundigheid van de cliënt een even grote rol als de professionele deskundigheid van de zorgverlener.

Belevingsgerichte zorg kenmerkt zich door vier kernwaarden: gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, autonomie en respect. Daarvoor is het noodzakelijk dat de zorgverleners zich verdiepen in wat de

vragen en wensen van de individuele bewoners zijn. Het gaat om de bewustwording bij hulpverleners van wat de bewoner echt wil, om vervolgens met bewoners in gesprek te gaan over het al dan niet kunnen tegemoetkomen aan die wensen en behoeften. Daarnaast werkt de zorg rond de bewoner door op alle werkprocessen in de organisatie. Zowel zorgmanager, facilitair medewerker als verzorgende handelt vanuit de vier kernwaarden. De verzorging gaat bijvoorbeeld niet langer op volgorde van kamer, maar op basis van de wens van bewoners; of ondersteunende diensten passen hun werktijden aan aan het tijdstip waarop de bewoner warm wil eten.

Vijf kenmerken van belevingsgerichte zorg

- open onderzoek. De zorgverlener doet gericht onderzoek naar de beleving van de cliënt. Hij vraagt zich bijvoorbeeld af: waarom kan de persoon niet uit zijn bed komen en is hij inactief? Voelt hij zich somber omdat hij misschien zijn partner mist? Is hij angstig vanwege de komende uitslagen van het medisch onderzoek? Het vraagt om open communicatie en waarneming. Het antwoord moet van de cliënt komen en niet van de hulpverlener.
- continuïteit in de levensloop van de cliënt. Zorg zou de levensloop en leefritme zo min mogelijk moeten verstoren. Regels van de afdeling of zorgorganisatie zijn afgestemd op de cliënt.
- autonomie. Ruime keuzemogelijkheden voor dagindeling, dagbesteding en manier van verzorging, zodat de cliënt naar eigen wensen en ideeën activiteiten kan uitvoeren die zinvol zijn binnen de context van zijn leven en levensloop.
- respect voor de ervaringsdeskundigheid. De cliënt en/of de familie kan vertellen hoe hij het best benaderd kan worden. Die ervaring is een belangrijk aanknopingspunt voor de zorg.
- constante dialoog tussen hulpverlener, cliënt en familie. Komen de problemen en behoeften van de cliënt en zijn familie overeen met de problemen en behoeften die de hulpverlener definieert? Dat vraagt een flexibele opstelling, een open attitude en empathie en betrokkenheid. De hulpverlener moet kunnen onderhandelen op basis van gelijkwaardigheid om de zorg samen in te richten (Kolk-Koussemaker en Pool, 1999).

Hoewel de belevingsgerichte zorgvisie vaak is opgesteld vanuit verzorgende en verpleegkundige disciplines, kan de benadering alleen slagen wanneer alle betrokken disciplines vanuit dezelfde waarden redeneren en handelen. Ook paramedici kunnen continu aansluiting zoeken bij de beleving. Een fysiotherapeut kan een looptraining geven, maar belevingsgerichter is bijvoorbeeld samen gaan kijken hoe mooi de magnolia bloeit in de tuin. De fysiotherapeut weegt uiteraard af of buiten lopen haalbaar, veilig en prettig is voor de persoon.

Belevingsgerichte zorg geeft voor zowel cliënten als zorgverleners meer voldoening dan traditionele en rationele werkwijzen (Kolk et al., 2006). Veelgenoemde effecten zijn: meer rust en betere stemming van cliënten, meer betrokkenheid en enthousiasme bij familieleden, betere werksfeer voor verzorgenden en meer liefdevolle zorg. Er is ruimte voor initiatieven en de ervaren werkdruk neemt af. Ook op afdelingen psychogeriatric, waar zelfmanagement van cliënten beperkt mogelijk is, kunnen verzorgenden eigen keuzes stimuleren. Bijvoorbeeld cliënten invloed geven op het tijdstip van

opstaan, kleding en maaltijden laten kiezen, en de leefomgeving aanpassen aan de wensen van de bewoner.

2) Presentiebenadering: 'Het er-zijn-voor-de-ander'

Baart (2004) zet de presentiebenadering tegenover de gangbare interventiebenadering om te benadrukken dat goede zorg begint met het luisteren naar de individuele cliënt in plaats van met het aanbieden van (standaard)oplossingen voor het probleem dat hulpverleners in de situatie van de cliënt zien. Een gevaar van de doelgerichtheid van samenwerken is dat naast de interventie het er-zijn-voor-de-ander (of meer anderen), zonder veel aan probleemoplossing te doen onzichtbaar wordt (Baart 2004). Presentie is vooral een ethische benadering [zie ook het hoofdstuk van Jansen] waarvan elementen duidelijk terug te vinden zijn in de beschreven 'belevingsgerichte zorg'. De kern van de presentiebenadering is dat niet het zorgaanbod en zelfs niet de hulpvraag de focus moet zijn van de zorgverlener, maar het verlangen van de cliënt. De behoefte achter de vraag moet als het ware ontdekt worden en het hulpaanbod moet op die behoefte worden afgestemd. Voorwaarde is dat de zorgverlener eerst aandachtig contact aangaat en onderhoudt met degene die zorg behoeft, pas daarna wordt gekeken of en hoe de zorgprofessional of zorgaanbod iets kan betekenen. In de relatie waarin de ander erkenning vindt wordt duidelijk wat gedaan of juist gelaten moet worden. De relatie gaat dus vooraf aan de interventie. Eerst wordt aandachtig contact gemaakt. Voorbeeld: een slechthorende oude Zeeuwse heer heeft geen animo om deel te nemen aan de groepsactiviteiten van het verzorgingshuis. Dat heeft niet alleen te maken met slechthorendheid, maar ook met zijn voorkeur voor één-op-éénrelaties; gedurende zijn leven heeft hij groepsactiviteiten nooit prettig gevonden. In de presentiebenadering wordt geaccepteerd dat deze man zich in een groep wellicht minder sociaal toont, en erkend dat hij wel degelijk behoefte heeft aan persoonlijk contact. Daarom wordt hem regelmatig een persoonlijk bezoek gebracht. De bezoeker informeert bijvoorbeeld aandachtig naar het leven op het Zeeuwse platteland. Er is ruimte voor ontmoeting en het opbouwen van een band.

Vijf methodische kenmerken van de presentietheorie

- er-zijn-voor-de-ander. De zorgprofessional is aanwezig en volgt de ander. Hij is ongehaast. Het ritme van werken is afgestemd op het leefritme van de anderen
- gespecialiseerd in het ongespecialiseerde. De zorgprofessional is niet louter aanspreekbaar op één type probleem of hulpvraag. Hij heeft aandacht voor de mens; niet voor de diagnose
- aansluiting bij de leefwereld en levensloop van de ander. De zorgprofessional deelt in het leven van de betrokkenen. Niet de problemen staan voorop, maar het vinden van een bevredigende verhouding tot het leven
- open. De benadering van de anderen is vanuit openheid, niet weten, zich laten verrassen. Het oordeel en handelen wordt op de achtergrond geplaatst en het 'goed' van de ander wordt centraal gezet in plaats van de eigen -goede- bedoeling.
- attitude van er voor de ander te willen zijn. Dit is vooral betekenisvol voor mensen die maatschappelijk of sociaal zijn uitgestoten, wiens verhaal, leed of leven anderen nauwelijks interesseert. (Baart 2004)

3) Geluksbevorderende benadering: 'Een goed leven voor de cliënt'

Een andere tegenhanger van de traditionele benaderingswijze is de geluksbevorderende benaderingswijze. In *Levenskunst op leeftijd* biedt Becker (2003) een nieuwe en alomvattende visie voor de ouderenzorg. Deze organisatiebrede benaderingswijze, die Humanitas hanteert, heeft als uitgangspunt menselijk geluk en een 'goed leven' voor de cliënt. Wanneer we het menselijk geluk centraal stellen in plaats van *cure* of *care*, ontstaat een omwenteling van de organisatie. Het biedt een gelegenheid om weloverwogen een deel van de *cure* achterwege te laten of de bijeffecten weg te nemen; bijvoorbeeld het afschaffen van de wittejassencultuur of de dictatuur van de diëtist. De visie die Becker heeft ontwikkeld, kent vier kernwaarden:

- eigen regie en nadruk op de dingen die wel kunnen, voor zowel cliënt als medewerker;
- leuke dingen in het leven: positieve grondhouding, omgeving en sfeer (ja-cultuur);
- eigen activiteit: zelfwerkzaamheid en gebruik van eigen capaciteiten en het scheppen van mogelijkheden daartoe;
- sociale interactie in *extended family-aanpak*, in levensloopbestendige woningen.

Vanuit deze waarden geven zowel managers, cliënten, medewerkers, familie als vrijwilligers zelf richting aan de organisatie. Zij worden in een motiverende omgeving zelf actief en worden met hun ervaringsdeskundigheid en inzet een grote steun voor de organisatie. De kernwaarden van Humanitas komen voort uit gelukstheorieën. Zo noemt Veenhoven (2000) als geluksbevorderende elementen:

- autonomie: op een eigen manier kunnen leven en kunnen ontsnappen aan situaties die niet blijken te bevallen. Motto: je moet niet voor mensen zorgen, maar zorgen dat zij voor zichzelf kunnen zorgen. Dit sluit overigens niet uit dat ouderen die het heerlijk vinden dat er voor hen gezorgd wordt, ook deze verzorging krijgen;
- het hebben van activiteiten. Dát iemand bezig blijft is belangrijker dan wát men doet (*use it or lose it*). Door een bezigheid vliegt de tijd, of het nou koken, breien, schoonmaken of 'aan de bar hangen' is. En het resultaat stemt tot zelfrespect en eigenwaarde. De activiteit moet wel afgestemd zijn op de vaardigheden en capaciteiten van de persoon;
- regelmatige interactie met anderen. Dit kan variëren van samen een balspel spelen of een drankje drinken tot intieme contacten. De mens heeft vooral menselijke, niet-routinematige, niet-afstandelijke en professionele contacten nodig. Vanuit een *extended family-aanpak*, het mengen van jong en oud, arm en rijk, verschillende culturen en een omgeving die aanmoedigt tot praten, wordt contact bevorderd. Daarnaast hebben bewoners behoefte om zich terug te kunnen trekken, aan eigenheid en privacy (Becker, 2003).

4) Narratieve benadering: een luisterend oor voor het verhaal

In de narratieve benadering, ook wel de biografische benadering genoemd, staat het verhaal over de levenservaringen van de oudere centraal. In de gezondheidszorg wordt het levensverhaal van cliënten steeds vaker als uitgangspunt voor behandeling genomen. Om behandeldoelen, -strategieën en de benaderingswijze te bepalen, brengen zorgverleners naast motorische, procesmatige en communicatieve vaardigheden, het verhaal in kaart van de cliënt. Door te luisteren naar levensverhalen voelen cliënten zich gehoord en kunnen behandeldoelen en interventies gekozen worden die aansluiten bij de cliënt. De professional verifieert interpretaties die hij van het leven van de cliënt maakt en

creëert samen met de cliënt nieuwe werelden, nieuwe betekenissen en verhalen (Frank, 1996). Dit noemen we ook wel *narrative reasoning*. Levensverhalen geven vooral extra inzicht in de motieven voor het dagelijks handelen, in de betekenis van activiteiten die mensen deden, doen of graag weer willen doen. Deze inzichten kunnen gebruikt worden tijdens de begeleiding van veranderings- en aanpassingsprocessen. Het gaat hierbij niet alleen om het verhaal van de cliënt. Ook het verhaal van de familie is van belang, om zo een compleet beeld van de situatie te krijgen. Immers, ook partners en mantelzorgers moeten leren leven met beperkingen of ziekte van anderen; deze verhalen beïnvloeden elkaar. Het is vaak heel informatief om het gesprek in de thuissituatie te voeren. Het verhalend perspectief is zeker van belang in de zorg voor ouderen. De volgende casus (Gass, 2001) illustreert dit:

Een dame van 85 jaar woont zelfstandig thuis. Tien jaar geleden overleed haar man, een succesvol zakenman. Mevrouw heeft een comfortabel en actief leven geleid in dit huis en bekleedde vroeger leidinggevende functies in de gemeenschap. Ze heeft pijn aan haar heupen en knieën als gevolg van ernstige osteoartritis. Hartfalen maakt dat ze veel risico zou lopen bij chirurgische ingrepen. Hoewel het haar functioneren ernstig belemmert, weigert de vrouw pijnmedicatie te slikken uit angst voor een medicijnverslaving. Ook heeft ze het aanbod voor 24-uurs thuiszorg afgeslagen. Ze zegt bang te zijn dat vreemden in haar huis waardevolle spulletjes zullen stelen. Aangemoedigd om verder te vertellen, blijkt dat mevrouw het heel belangrijk vindt haar persoonlijke eigendommen die soms zelfs nog van haar grootouders zijn geweest, aan haar kleinkind te kunnen schenken. Deze onthulling geeft de professional, de familie en de oudere dame de mogelijkheid om te organiseren dat waardevolle bezittingen aan het kleinkind worden overgedragen. Hierna was zorgverlening en therapie aan huis met mevrouw bespreekbaar en toegankelijk.

Dit verhaal was niet helder geworden wanneer het perspectief beperkt was gebleven tot evaluatie van de medische, lichamelijke aspecten of de functionele capaciteiten. De rol van pijn, onbehaaglijkheid en overdracht aan de jongere generatie werd duidelijk toen de vrouw de professional open vertelde over de betekenis van de situatie voor haarzelf. Door een narratieve benadering komen deze betekenissen boven. Betekenissen die direct begrip voor de situatie van de cliënt opleveren en aanknopingspunten voor begeleiding bieden.

Een bewoonster van in de negentig met lichte dementie gedraagt zich erg onafhankelijk en wordt prikkelbaar en agressief wanneer ze voelt dat de zorgverleners haar in bescherming nemen of haar vertellen wat ze moet doen. Uit haar levensverhaal blijkt dat ze op jonge leeftijd weduwe is geworden, haar kinderen alleen heeft opgevoed, en haar leven lang tegen financiële en emotionele problemen heeft moeten strijden. Door haar verhaal werd haar gedrag beter te begrijpen aangezien de vrouw er aan gewend was zelf de beslissingen te nemen en haar leven zelf te bepalen. Er ontstond hierdoor meer begrip voor de vrouw en er kon beter aan haar behoefte tegemoet gekomen worden.

Narratieve kennis ontstaat in een gesprek waarin zorgverleners actief luisteren en open staan voor veranderingen en voortdurende herinterpretatie. Zo zien ze dingen die ze niet eerder hebben opgemerkt. De professional komt vanuit verschillende perspectieven tot de beste, cliëntgerichte besluiten. Levensverhalen spelen op deze manier een rol in het (klinisch) redeneren van medische en

paramedische professionals. De benadering vanuit de life *history narratives* geeft belangrijke informatie over het handelen van de cliënt in rollen en taken in het verleden en het heden en wensen voor de toekomst. Paramedici kunnen hierbij methodisch te werk gaan. Een voorbeeld is het ergotherapeutisch instrument *Occupational Performance History Interview* (OPHI) dat gebaseerd is op het *Model Of Human Occupation* (Kielhofner, 2002).

Vragen stellen vanuit de narratieve benadering:

- Richt je op het bijzondere in plaats van het algemene, bijvoorbeeld: kunt u daar een voorbeeld van geven? Wat gebeurde er toen? Hoe ging u daarmee om?
- Vraag naar betekenissen, bijvoorbeeld: wat betekende die gebeurtenis voor u? Wat betekent dat nu voor u? Wat had u liever anders zien gebeuren?
- Vraag naar op beweegredenen en motieven, bijvoorbeeld: wat deed u besluiten om...?
- Gebruik de taal en het begrippenkader van de persoon, bijvoorbeeld: wat is de berg waar u zegt tegenop te zien? Of: de tijd toen de kinderen nog thuis waren was uw 'glorietijd'. Gebruik metaforen, uitdrukkingen of benamingen die de cliënt hanteert.
- Gebruik voorwerpen zoals foto's of souvenirs om gebeurtenissen te bespreken.

De biografische, narratieve benadering maakt het makkelijker een band met de oudere te laten ontstaan, doordat verteller en luisteraar bij het creëren van nieuwe verhalen samenwerken.

De narratieve benadering splitst de levenservaringen niet op, maar helpt bij de evaluatie van de huidige situatie, het herevalueren van het verleden en het plannen van de toekomst. Het verhaal vertellen kan naast het creëren van een nieuw perspectief, bijdragen aan de acceptatie van verlies en beperking. Therapie kan een verhaal helpen construeren waarin aan de vroegere ervaringen een positieve betekenis wordt toegekend. Dit verklaart ook waarom levensverhaalmethoden vooral worden toegepast bij mensen die in transitie zijn, een breuk in de levensloop ervaren of die kwetsbaar zijn en zorg of begeleiding nodig hebben, zoals dat geldt voor veel ouderen, chronisch zieken en dementerenden.

Binnen de narratieve benadering wordt reminiscentie vaak als activiteit genoemd. Reminiscentie is het actief ophalen van positieve, prettige herinneringen en praten over het persoonlijk verleden. Het doel van reminiscentie is naast een plezierige tijdsbesteding, ook het versterken van de eigen identiteit en het creëren van contact en gemeenschappelijkheid. In één-op-éénsituaties, maar meestal in groepen worden, vaak onder begeleiding van activiteitenbegeleiders, op ontspannende, spontane manier herinneringen opgehaald. Het vraagt vertrouwen en bereidheid van de oudere om de herinneringen met anderen te delen. Vaak worden verschillende *triggers* gebruikt die de zintuigen aanspreken.

Historische foto's, voorwerpen uit het vroegere huishouden, oude spelletjes, geuren, een toneelstuk, film, documentaire of theater over vroeger, muziek uit de eigen jeugd,... er zijn vele manieren om herinneringen op te roepen bij ouderen. Ook het maken van levensboeken is een vorm van reminiscentie. Reminiscentie wordt bij alle ouderen gebruikt; ook bij ouderen met lichte tot ernstige dementie. Het aanspreken van het oude geheugen dat bij dementerenden veelal nog lang intact blijft, geeft ook in het heden vertrouwen en plezier. Positieve herinneringen kunnen doelbewust ingezet

worden om emoties, stemmingen en gedrag te beïnvloeden. Reminiscentie kan zodoende een belangrijke impuls geven aan belevingsgerichte zorg (Mies, 2006).

5) Benaderingswijzen in de psychogeriatric: vijf soorten

Ouderen kunnen door veel verschillende oorzaken lijden aan cognitieve stoornissen, waardoor zij meer moeite hebben met oriënteren, onthouden en concentreren. Mensen met dementie kunnen ontkennend, boos of afwijzend reageren als zij in hun verwardheid geconfronteerd worden met de realiteit. Om te begrijpen hoe een dementerende het beste benaderd kan worden, is het belangrijk stil te staan bij de manier waarop mensen met dementie zich proberen te verweren tegen gevoelens van falen, onzekerheid en onveiligheid. Kennis van de fasen van de beleving van dementie is relevant om het accent in elke fase op een andere benadering te kunnen leggen (Ekkerink 1997 en Van der Kooij, 2002).

Er zijn veel verschillende benaderingswijzen ontwikkeld voor de psychogeriatriche cliënten. Voorbeelden die we in dit hoofdstuk beschrijven, zijn de realiteitsoriëntatiebenadering, validerende benadering, PDL, warme zorg, snoezelen en de geïntegreerde belevingsgerichte benadering. De verschillende benaderingen vullen elkaar aan en zijn toepasbaar voor ouderen zonder geheugenstoornissen tot en met zware cognitieve stoornissen. Ook worden de benaderingen gehanteerd bij bewoners van een verpleeghuis, verzorgingshuis of thuis die gedrag vertonen dat cliënten of hun omgeving als lastig hanteerbaar ervaren, bijvoorbeeld agressie, claimend gedrag, apathie, decorumverlies of zwerfgedrag. De psychosociale begeleiding richt zich hierbij niet alleen op de bewoner, maar ook op zijn omgeving (Melick et al., 1998). Paramedici kunnen op basis van hun kennis en ervaring in het contact met de cliënt en veel overleg met de dagelijks verzorgenden en de mantelzorgers, adviseren over een passende benaderingswijze van de oudere. De wijze waarop een specifieke cliënt benaderd wordt, zou het resultaat moeten zijn van goed afgestemde 24-uurs zorg.

Realiteitsoriëntatiebenadering: realiteit zo concreet mogelijk maken

De realiteitsoriëntatiebenadering (ROB) is gericht op het zoveel mogelijk tegengaan van verwardheid en op het aanbieden van informatie die oriëntatie op de werkelijkheid ondersteunt. Mensen met een beginnende vorm van dementie ervaren een geleidelijk verlies van controle over de werkelijkheid, en deze benadering kan helpen dit verlies te beperken, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. De duurzaamheid van dergelijke verbeteringen is echter nog onduidelijk. Zorgverleners geven bijvoorbeeld regelmatig informatie over welke dag het is, hoe laat het is, wie er vandaag op bezoek komt. Belangrijk is de informatie in de juiste context te geven, goed te ordenen, niet te veel tegelijk aan te bieden en informatie vaak te herhalen. Het bijhouden van een duidelijke dag- of weekagenda past binnen deze benadering, net als duidelijke en concrete uitleg bij deelhandelingen zoals tijdens het wassen en aankleden. Een paramedicus kan de cliënt vanuit deze benadering eenvoudig ondersteunen. Wanneer hij de cliënt na een middagslaap van de afdeling ophaalt voor behandeling of therapie, stelt hij zich steeds opnieuw met naam en functie voor en benoemt hij bijvoorbeeld waar de afdeling fysiotherapie zich in het gebouw bevindt. Ergotherapeuten kunnen ook hulpmiddelen adviseren die de oriëntatie ondersteunen, zoals een klok en wegwijzers. ROB confronteert de persoon met de realiteit, maar als confrontaties verdriet en pijn veroorzaken, is deze benadering niet meer gepast. Voorwaarde voor ROB is dat het taalbegrip redelijk intact is en nieuwe informatie opgenomen kan worden. De

benadering wordt vooral toegepast bij ouderen met lichte en matige geheugenproblemen en gerontopsychiatrische problematiek. Het wordt zowel in groepsverband als in 24-uurszorg toegepast. Als groepsinterventie wordt deze benadering ook wel realiteitsoriëntatietraining (ROT) genoemd. Ouderen komen dan samen onder begeleiding van een zorgverlener die stimuleert bepaalde oriëntatie-informatie te repeteren. Het dagelijks gezamenlijk lezen van de krant is hier een voorbeeld van (De Laar, 1990 en Allewijn, 1991).

Validerende benadering: bevestiging van gevoelens

Feil (1994) is de grondlegger van deze benadering. De validerende benadering, ook wel *validation* genoemd, gaat uit van de belevingswereld van de dementerende. Het is een methode van communiceren met gedesoriënteerde ouderen of ouderen met begripsstoornissen. Deze benadering is een tegenhanger van de realiteitsoriëntatiebenadering. Ontkenning en correctie van onjuiste uitspraken maken de persoon met matig ernstige dementie onzeker en verdrietig. Uitgangspunt van de validerende benadering is de overtuiging dat deze ouderen behoefte hebben aan bevestiging en erkenning van hun gevoel en hun persoonlijke kijk op de wereld. De oudere met dementie wordt niet geattendeerd op feiten en fouten (de objectieve realiteit), maar wordt bevestigd in zijn gedachten. Dit vergt een behoorlijke dosis inlevingsvermogen. Hoe een vrouw te ondersteunen die wacht tot de kinderen uit school komen, dat het donker wordt en ze komen maar niet? Verbale en non-verbale empathische communicatietechnieken zijn afgestemd op de beleving van de oudere. Dit houdt in dat de zorgverlener zich verplaatst in de belevingswereld en aandacht schenkt aan zijn gevoelens van angst, eenzaamheid, ongerustheid, boosheid of blijdschap. Gericht doorvragen op wat de persoon vertelt, is een voorbeeld van een communicatietechniek, bijvoorbeeld: ‘wat deed u altijd als de kinderen uit school kwamen?’ of ‘hoe gingen ze naar school?’ Als de dementerende merkt dat zijn ervaringen en gevoelens worden geaccepteerd, zal hij zich minder bedreigd en eenzaam voelen. In verschillende publicaties is beschreven dat *validation* de cognitie, stemming en gedragsproblemen gunstig lijkt te beïnvloeden. Wetenschappelijk gezien zijn er weinig of geen overtuigende bewijzen dat *validation* effectief is en een positief effect heeft op verwarde ouderen (Kelly, 1995). Veel zorgverleners zijn echter enthousiast over toepassing van deze benadering.

PDL: ondersteunen van passiviteit

Passiviteiten van het dagelijks leven (PDL) is een begeleidingsmethodiek voor ouderen met ernstige dementie bij wie de zelfzorg niet meer is te activeren. In de International Classification of Functioning (ICF, 2002) worden begrippen toegepast vanuit de *deficit*-benadering: er zijn beperkingen die moeten worden opgeheven zodat ieder mens zoveel mogelijk zelfstandig kan zorgen voor de dagelijkse activiteiten. Niet voor iedereen is onafhankelijkheid en fysieke zelfstandigheid het hoogste goed. Dit heeft onder meer geleid tot de ontwikkeling van het begrip PDL. Immers, al zouden mensen hun activiteiten van het dagelijks leven, de zogenaamde ADL-functies, zelfstandig kunnen uitvoeren, is het de vraag of ze dat onder alle omstandigheden en op ieder moment wensen. Misschien willen de ouderen hun energie wel aan iets anders besteden. In een studie over MS-patiënten liet een patiënt zien waartoe een goed bedoeld aandringen tot zelfzorg kan leiden (Boeije e.a., 1999 en De Lange, 2004). De patiënt kon nog wel een deel van zijn toilet doen, daartoe aangespoord door de verpleegkundige, maar daarna was hij zo moe dat hij alleen nog op de bank kon liggen. De hele voormiddag duurde het voor hij van de ADL bijgekomen was. De PDL-benadering is strikt genomen geen communicatieve

benaderingswijze, maar volgens Rabe (1993) een visie op het verzorgen van ouderen met vergevorderde dementie die dagelijkse activiteiten niet meer kunnen/willen uitvoeren. Bij PDL staat acceptatie van passiviteit voorop. PDL biedt uiteenlopende aandachtspunten, adviezen en technieken zoals schommelen en bewegen van ledematen, die worden toegepast bij het zitten, liggen, wassen, aan- en uitkleden, eten en verplaatsen. Bij stramme ledematen is het bijvoorbeeld makkelijker om eerst de mouw uit te trekken van de arm die het makkelijkst kan buigen. Passiviteit wordt zonodig ondersteund met hulpmiddelen, zoals transferhulpmiddelen, kledingaanpassingen of kussens. Rust, aandacht en ontspanning staan centraal (Van Eijle 1991 en Gallé, 2001).

Warme zorg: veiligheid en warme aandacht geven

Warme zorg is gebaseerd op de gehechtheidstheorie van Bowlby (1969, 1973, 1980). Een dementerende die zich ontredderd en angstig voelt, heeft behoefte aan veiligheid. De oudere zoekt dan een gehechtheidsfiguur, veelal een moeder op. Het is dan ook niet ongewoon als een dementerende zich letterlijk en figuurlijk vastklampt aan een moederfiguur. Warme zorg werd in de jaren tachtig geïntroduceerd in de psychogeriatric vanuit de gedachte dat het niet zinvol is in dergelijke zorg gericht te zijn op herstel, dat een persoonlijke benadering met een arm om de patiënt heen, of het eens lekker instoppen in bed, beter werkt dan medicijnen. Warme zorg betekent koesteren, troosten, geruststellen, aanraken en nabij zijn. Een warme, veilige sfeer kan behalve door fysieke nabijheid van zorgverleners, ook gecreëerd worden door een huiselijk ingerichte woonkamer of vertrouwde muziek (Ekkerink, 1997).

Snoezelen: zintuiglijk contact maken

Snoezelen (verwijst naar ‘snuffelen’ en ‘doezelen’ en is overgenomen uit de zorg voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap) is een intensieve behandeltechniek waarbij de zintuiglijke waarneming wordt gestimuleerd omdat verbaal contact niet meer lukt. In een speciaal ingerichte snoezelruimte of badkamer, maar soms ook tijdens de dagelijkse verzorging, wordt contact gemaakt door middel van licht, aromatherapie, geluid, smaak, tastbare materialen en vaak ook door lichamelijke aanraking, zoals tijdens massages met etherische oliën. Het biedt matig tot zeer ernstig dementerende personen gevoelens van veiligheid, ontspanning en rust (Achterberg et al., 1997).

Geïntegreerde belevingsgerichte zorg: continu afstemmen op de bewoner

Deze zorg is gericht op verbetering van het emotioneel en sociaal functioneren en betere kwaliteit van leven, specifiek voor ouderen met dementie. Van der Kooij (2001, 2002) definieert geïntegreerde belevingsgerichte zorg als ‘het op de individuele dementerende verpleeghuisbewoner afgestemd geïntegreerd gebruik van belevingsgerichte benaderingswijzen en communicatieve vaardigheden, rekening houdend met diens gevoelens, behoeften, lichamelijke en psychische beperkingen’. Het doel is dat de bewoner zoveel ondersteuning ervaart bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte of beperkingen en/of verpleeghuisopname, dat hij zich geborgen voelt en in staat is zijn gevoel van eigenwaarde te behouden. De betekenis van ‘geïntegreerd’ is tweeledig. Allereerst kunnen elementen of omgangsstrategieën uit verschillende benaderingen (zoals *validation*, ROB, PDL) in de praktijk in combinatie toegepast worden. Daarnaast betekent het: geïntegreerd in de 24-uurszorg. Er zijn meerdere methodische instrumenten ontwikkeld die het geïntegreerd belevingsgericht werken

ondersteunen, zoals het Zorgleefplan (IMAZ), toepasbaar voor cliënten met dementie zowel in intramurale als extramurale zorg. Hierbij staan eveneens de behoeften in plaats van de problemen van de cliënt centraal en het gevoel van eigenheid en individualiteit van de cliënt om op de persoon toegesneden zorg te kunnen leveren. De methoden zijn overigens voornamelijk gericht op verpleegkundigen. Bij voorkeur is geïntegreerde belevingsgerichte zorg een werkwijze van een multidisciplinair team zodat een consequente 24-uurs benadering voor de individuele cliënt ontstaat.

Geïntegreerde belevingsgerichte zorg blijkt, door bijkomende opleidingskosten voor de invoering van deze zorgbenadering in eerste instantie duurder te zijn dan gangbare zorg, maar zeker ook effectiever (Droës et al., 1999 en De Lange, 2004). De benadering heeft gunstige effecten op oudere verpleeghuisbewoners die verzorging en begeleiding nodig hebben. Ouderen blijken rustiger en minder angstig (beter emotioneel evenwicht), ervaren meer positieve gevoelens en hebben een beter zelfbeeld. Uit onderzoek blijkt eveneens dat persoonsgerichte zorg de relatie tussen zorgverleners en mensen met dementie verbetert (Droës et al., 1999). De intensiteit van de zorg neemt hierdoor af.

Tot slot

Het primaat van de medische discipline geldt niet bij chronisch zieke ouderen, dat blijkt. Wat betekent dat voor de paramedische disciplines en hoe gaan zij om met hun paramedische kennis in relatie tot de individuele oudere cliënt? Wat nemen zij als vertrekpunt, de diagnose of het verhaal?

Paramedische zorg in de context van een medische behandeling vraagt om wetenschappelijk onderbouwde therapeutische interventies. In het huidige beleid van de gezondheidszorg ligt de nadruk op doeltreffende, doelmatige zorg, op werkzaamheid en kosteneffectiviteit. *Evidence based practice* gaat ervan uit dat mensen logische beslissers zijn (Leijssen, 2000). Beroepscodes, richtlijnen en protocollen geven aan wat de paramedicus in bepaalde omstandigheden moet doen. Rationele factoren leiden echter niet zonder meer naar de kwaliteit van zorg die verwacht mag worden. Er zijn ook existentiële factoren nodig voor een goede kwaliteit van zorgverlening (Jansen 2003): inspiratie, intuïtie en betekenisvolle ervaringen. Cliëntgerichte benaderingswijzen zoals belevingsgerichte zorg en de presentiebenadering bestrijden de resultaatgerichtheid van de zorg niet, maar willen de cognitieve benadering verbinden met de narratieve. Gangbare objectiverende onderzoeksmethoden kunnen de kwaliteiten en effecten van dergelijke benaderingswijzen echter moeilijk meten. Voor passend bewijs zijn nieuwe onderzoeksmethoden nodig (RVZ, 2007).

Binnen paramedische beroepen wordt belang gehecht aan de cliënt als een actieve deelnemer in het veranderingsproces. Daarmee verschuiven de beroepswaarden: van een deskundige, medisch goed onderlegde paramedicus naar een therapeut die kan samenwerken met de cliënt in de behandeling. Naast medische kennis is ook cliëntgerichtheid voorwaarde voor een goede therapie (Kuiper en Balm, 2001). Dit vraagt van de paramedicus dat hij zijn professionele (wetenschappelijke) kennis beschikbaar kan stellen en weet hoe hij hiermee om wil gaan; hij moet zijn eigen professionele positie en perspectief helder hebben en verplaatst zich ook in de kijk die de cliënt heeft op de situatie. De professional moet niet alleen dóen, maar juist ook denken, kan situaties beschrijven en analyseren, en is in staat zijn beelden aan te scherpen en bij te stellen (Jansen, 2003). Zorgprofessionals dienen bereid te zijn verantwoording over hun handelen af te leggen. Zowel *evidence based practice* als cliëntgericht handelen, vragen gelijkheid in beschikbaarheid en bereikbaarheid van informatie en transparantie in

besluitvorming en handelen. De verantwoordelijkheid van de moderne zorgprofessional neemt dus toe (Kuiper en Oostendorp, 2007).

De benaderingswijzen uit dit hoofdstuk hebben gemeen dat zij aansluiten bij de leefwereld van de oudere. Deze theoretische benaderingen leggen verschillende accenten; bovenal zullen deze verschillende accenten door zorgverleners persoonlijk gelegd worden. Verschillen die zichtbaar worden door verhalen en ervaringen uit te wisselen. Het zijn juist de verschillen die uitlokken tot dialoog. Verschillen die zo belangrijk zijn voor het humaniseren van de zorg. Zorgverlening is mensenwerk waarvan dialoog de basis vormt (Kuiper en Oostendorp, 2007).

Literatuur

- Achterberg, I., Kok, W. & Salentijn, C. (1997). 'Snoezelen': a new way of communicating with the severely demented elderly. In: Miesen, B.M.L & Jones G.M.M. (Eds.) *Caregiving in dementia. Research and applications*. 2: 119-126, Routeledge, London
- Allewijn, M. (1991). Realiteitsoriëntatietraining: een benadering voor gedesoriënteerde ouderen, in: *Denkbeeld* tijdschrift voor psychogeriatric 1(3): 10-14
- Baart, A.J. (2004). Een theorie van de presentie. Derde herziene druk Lemma, Utrecht
- Becker, H.M. (2003). *Levenskunst op leeftijd. Gelukbevorderende zorg in een vergrijzende wereld*, Uitgeverij Eburon, Delft
- Boeije, H.R., Bromberg, N., Duijnste, M.S.H., Grypdonck, M. & Pool, A. (1999). In relatie tot MS. NIZW, Utrecht
- Bowlby, J. (1969, 1973, 1980). *Attachment and Loss*. Vol 1: Attachment, Vol 2: separation, Vol 3: Loss. Hogarth Press, London
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health and illness*, 4: 167-182
- Chick, N. & Meleis, A.I. (1986). Transitions: a nursing concern. In: P.L. Chinn (ed.), *Nursing research methodology: issues and implementation*, 237-257. Rockville: Aspen.
- Dröes, R., Finnema, E., Lange, J. de & Kooij, C.H. van der. (1999). Geïntegreerde belevingsgerichte zorg versus gangbare zorg voor dementerende ouderen in het verpleeghuis; een klinisch experimenteel onderzoek naar de effecten en kosten. Vrije Universiteit, Trimbos-instituut, Nzi, Amsterdam/Utrecht
- Eijle, J. van (1991). *Werkboek PDL. Mobicare*, Middelharnis
- Ekkerink, J. (1997). Benaderingswijzen bij dementie; zoveel hoofden, zoveel zinnen. In: Allewijn, M. et al. (1997). *Leidraad Psychogeriatric B4*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Feil, N. (1994) *De validation-methode in de praktijk*. Lemma, Utrecht
- Frank, G. (1996). Life Histories in Occupational Therapy Clinical Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50(4)
- Gallé, E. (2001). *Zorg met visie*. In: Alkema, F.M.J., Blom, M.M., Kootte, M. & Sipsma, D.H. (2001). *Dementerende: Ziekte en Zorg*. Van Gorcum, Assen
- Gass, D. (2001). Narrative knowledge and health care of the elderly. In: Kenyon, G.M. & Clark P.G., (2001). *Narrative Gerontology; theory, research and practice*. Springer, New York
- Grypdonck, M. (1996). *Het leven boven de ziekte uitvullen*. Van Spruyt, Mantgem & De Does, Leiden.

- ICF* (2002). Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, disability and health: ICF. WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM, Bilthoven.
- IMOZ* (2008). Instituut voor zingevende zorg. [online: <http://www.imoz.nl>]
- Jansen, M. (2003). Beroepshouding. Reflectie of Reflexie? Basisdocument Lectoraat. In: Schuurmans, M. en Duijnste, M. (2004). De zorg voor Chronisch zieke ouderen. Vakblad Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)
- Kelly, J.S. (1995). Validation Therapy; a case against. *Journal of Gerontological Nursing*: 21 (4): 41-43. Vertaling door Seunke, W.H. (1995). In: *Verpleegkundig perspectief* (6).
- Kielhofner, G. (2002). Model Of Human Occupation. Theory and application. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore
- Kinebanian, A. & Granse, M. le (2006). Grondslagen van de ergotherapie. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen
- Kolk, N. et al. (2006) Verbindend Vernieuwen; verantwoorde samenwerking tussen patiënten en zorgprofessionals. KNMG publicaties, Utrecht
- Kolk-Koussemaeker, M. van de. & Pool, A. (1999). Een constante dialoog. *Tijdschrift voor ziekenverpleging*: 322-325
- Kooij, C. van der (2001). Wat is geïntegreerde belevingsgerichte zorg: In: *Denkbeeld*; tijdschrift voor psychogeriatric 13 (5):16-20
- Kooij, C. van der (2002). Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het verzorgen van mensen met dementie. Lemma, Utrecht
- Kuiper, C. & Balm, M. (2001). Paramedisch Handelen, Lemma, Utrecht
- Kuiper, C. & Oostendorp, R (2007). De gepassioneerde zorgprofessional. Lemma, Den Haag
- Laar, M. van de (1990). Weet u nog? Werkboek Realiteits-Orientatie-Training met ouderen. Intro, Nijkerk
- Lange, J. de, Staa, A.L. van (2003). Transitie in ziekte en zorg; op zoek naar een nieuw evenwicht. Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam, Rotterdam
- Lange, J. de (2004). Omgaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment. Trimbos-instituut, Utrecht
- Lawton, M.P. (1980). Environment and Aging. Brooks/Cole, Monterey California
- Leijssen, M. (2000). Het etos van de hulpverlener. In: Graste, J. & Bauduin, D. (red.) (2000). Waardenvol werk. Ethiek in de Geestelijke gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen
- Lewin, S.A., Skea Z.C., Entwistle, V. Zwarenstein & M. Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (review). Cochrane Database of Systematic reviews 2001, Issue 4
- Melick, M. van, Graff, M.J.L. & Mies, L. (1998), Standaard voor de ergotherapie behandeling van geriatrische patiënten, Afdeling Ergotherapie, Academisch Ziekenhuis Nijmegen St. Radboud. Innovatiecentrum MOHO, Amsterdam
- Mies, L. (2006). Levensverhalen in de praktijk; Interventies in gezondheidszorg en welzijnswerk. In: Bohlmeijer, E., Mies, L. & Westerhof, G. (2006). De betekenis van levensverhalen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Pool, A. (1995). Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening. Lemma, Utrecht

- Pool, A., Kruyt, J. & Walters, M. (1998). Zorgen heb je samen, belevingsgerichte zorg in de praktijk tussen thuis en ziekenhuis. NIZW, Utrecht
- Rabe, W. (1993). Passiviteiten van het dagelijks leven. Zorg voor diep demente ouderen. In: *Denkbeeld* tijdschrift voor psychogeriatric 3(5): 14-15
- RVZ (2007). Passend bewijs; ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Centrum voor Ethiek en Gezondheid, Den Haag
- Schumacher, K.L. en Meleis, A.I. (1994). Transition: a central concept in Nursing. Image, *Journal of nursing Scholarship*. 26: 119-127
- Townsend, E. et.al. (1997). Enabling occupation; An occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT Publications
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1: 1-39