

De laatste jaren wordt in de Nederlandse verpleeghuizen op steeds grotere schaal en met veel enthousiasme belevingsgerichte zorg toegepast. Dat is opmerkelijk, omdat eigenlijk nooit goed is onderzocht wat deze nieuwe zorgbenadering meer te bieden heeft dan gangbare zorg. In dit vierde deel van de serie 'Belevingsgerichte zorg bij dementie' aandacht voor een grootschalig onderzoek naar de meerwaarde van geïntegreerde belevingsgerichte zorg.

EVELYN FINNEMA, JACOMINE DE LANGE en ROSE-MARIE DRÖES

Een onderzoek naar de meerwaarde en de kosten

Belevingsgerichte zorg bij dementie (4)

Theoretisch uitgangspunt van het onderzoek naar de meerwaarde van geïntegreerde belevingsgerichte zorg vormde het *adaptatie-coping model* van Rose-Marie Dröes (zie het eerste artikel in deze serie, DENKBEELD, 2001/4). Wanneer iemand als gevolg van dementie in een verpleeghuis wordt opgenomen, zal hij zich op vele fronten moeten aanpassen aan de nieuwe situatie. In de praktijk blijkt dat lang niet voor iedereen gemakkelijk. Het kan helpen wanneer je in het verpleeghuis leuke nieuwe contacten opdoet, wanneer je plezier hebt in de activiteiten die worden aangeboden of wanneer je een goede relatie met de verzorgenden weet op te bouwen. In het onderzoek gingen we na of bewoners die geïntegreerde belevingsgerichte zorg ontvingen zich beter aanpasten en evenwichtiger functioneerden dan bewoners die gangbare zorg kregen. Verder onderzochten we of het bieden van belevingsgerichte zorg een gunstige uitwerking had op de verzorgenden en ertoe leidde dat familieleden positiever oordeelden over de zorg. In concreto luidde de onderzoeksvraag:

Biedt geïntegreerde belevingsgerichte zorg vergeleken met gangbare zorg meerwaarde voor:

- de cognitieve, emotionele en sociale aanpassing van verpleeghuisbewoners met dementie;
- de algemene gezondheid (stresservaring, competentiegevoel en ziekte) van verzorgenden;
- de tevredenheid van familieleden over de verpleeghuiszorg.

Daarnaast gingen we na of geïntegreerde belevingsgerichte zorg duurder is dan gangbare zorg.

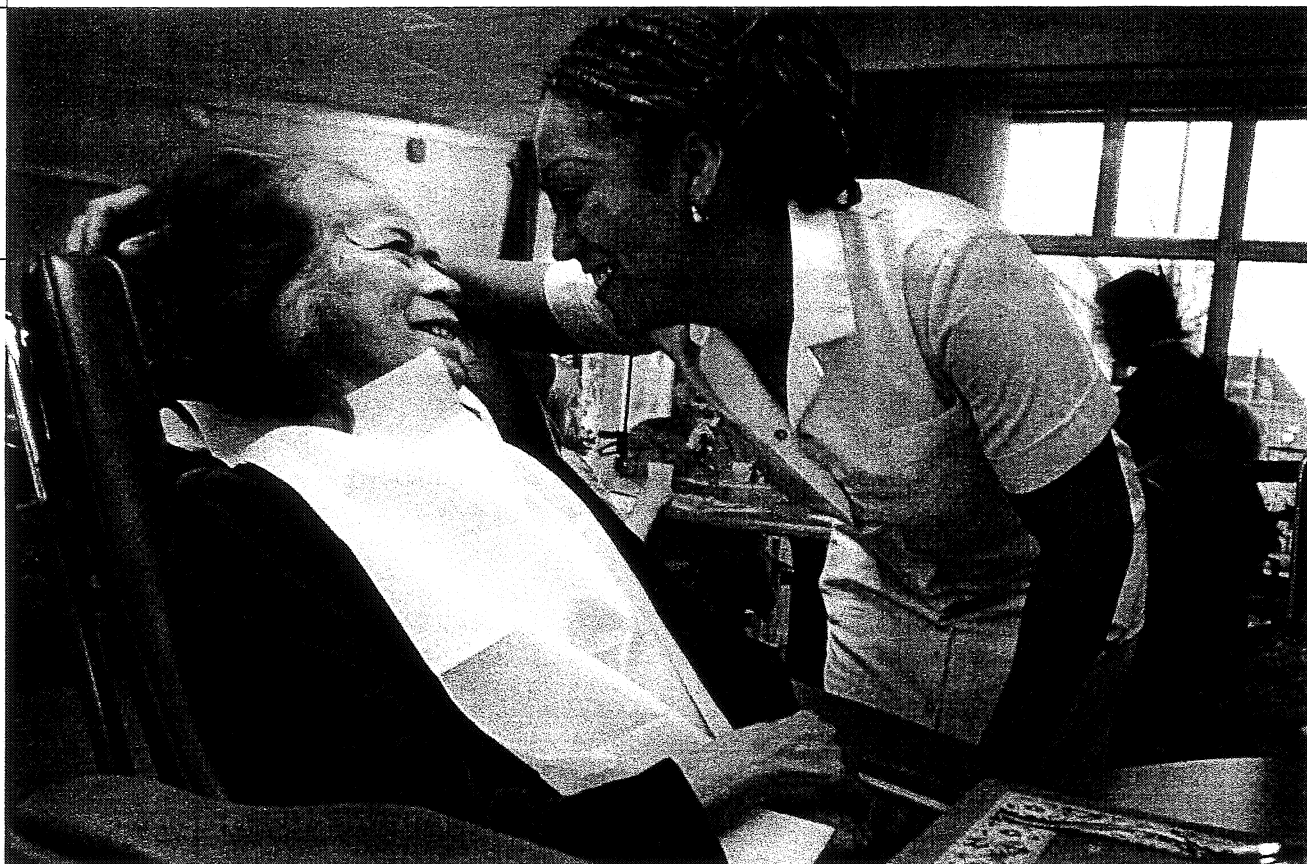
Het onderzoek werd uitgevoerd door de afdeling Psychiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam en het Trimbos-instituut te Utrecht, in samenwerking met het Instituut voor Maïeutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk (IMOZ) in Apeldoorn. De onderzoeksperiode liep van april 1996 tot april 1999. In totaal deden zestien verpleeghuisafdelingen, verspreid over het hele land,

aan het onderzoek mee. Vooraf vulden zij vragenlijsten in over de leeftijd en de ernst van dementie van hun bewoners en over het afdelingsbeleid. Op basis hiervan werden paren van afdelingen gevormd die veel op elkaar leken. Per paar werd door loting uitgemaakt welke afdeling geïntegreerde belevingsgerichte zorg zou gaan toepassen (experimentele groep) en welke afdelingen gangbare zorg (controlegroep).

Model-Zorgplan

Om te voorkomen dat eventuele onderzoeksresultaten ten gunste van de belevingsgerichte zorg achteraf louter verklaard zouden kunnen worden door een aanvangsverschil in zorgkwaliteit, gingen we na of de groepen op dit punt vergelijkbaar waren. Uitgaande van de richtlijnen van het Model-Zorgplan van de NVVz checkten we zes maanden vóór de start van de invoering van de belevingsgerichte zorg bij iedere afdeling of werd voldaan aan bepaalde minimumeisen. Het ging daarbij onder meer om voorschriften rondom zorgplannen, multidisciplinair overleg en de communicatie met de cliënt en zijn familie. Omdat deze richtlijnen in de toekomst regel zullen worden, definieerden wij het werken volgens het Model-Zorgplan als 'gangbare zorg'. Aanvankelijk bleken er grote verschillen tussen de afdelingen te bestaan. Om die op te heffen werd een cursus in het werken volgens het Model-Zorgplan aangeboden, alsmede begeleiding op maat op de werkplek. Hierna kwamen de afdelingen gemiddeld genomen vrijwel overeen op de minimumeisen voor gangbare zorg. Dat betekende dat we konden starten met de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op de helft van de afdelingen. Tijdens de onderzoeksperiode werden alle afdelingen overigens ook verder begeleid bij het continueren van het werken volgens het Model-Zorgplan.

De invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op de acht experimentele afdelingen duurde zeven



Foto's: Hans Oostrum

maanden. Alle medewerkers – verzorgenden, activiteitenbegeleiders, verpleeghuisartsen, fysiotherapeuten en psychologen (in totaal 230 mensen) – werden getraind in het toepassen van geïntegreerde belevingsgerichte zorg door middel van een tweedaagse basiscursus. Een van te voren bepaald deel van de medewerkers (75) ontving daarna de zevendaagse vervolgcursus 'werker belevingsgerichte zorg'. Ook werden per afdeling één of twee medewerkers tot 'consulent' opgeleid. De consultants waren tijdens de onderzoeksperiode verantwoordelijk voor de invoering van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg op hun afdeling. Zij werden hierin bijgestaan door een verpleegkundig adviseur, deskundig op het gebied van belevingsgerichte zorg, die vier keer een dag op de afdeling kwam om adviezen te geven.

Lijsten en schalen

Om te weten te komen of geïntegreerde belevingsgerichte zorg voor bewoners, verzorgenden en familieleden meerwaarde heeft ten opzichte van gangbare zorg, verzamelden we op twee momenten (direct voorafgaand aan de start van de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg en zeven maanden later) bij elk van hen de nodige gegevens. We gebruikten hiervoor vragenlijsten die door verzorgenden, afdelingshoofden, verpleeghuisartsen en getrainde testassistenten werden ingevuld. Daarnaast verrichtten we op de helft van de experimentele en de helft van de controleafdelingen participerende observatie (in totaal 24 dagen per afdeling). Drie maanden na de start van de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg deden we nog een tussenmeting, waarbij we gegevens registreerden die de onderzoeksresultaten zouden kunnen beïnvloeden (zoals ziekte, belangrijke gebeurtenissen, veranderingen in het cognitief functioneren en het psychofarmacagebruik); ook controleerden we of de interventies (zie kader op p. 10) werden uitgevoerd zoals bedoeld. Verder verzamelden we gedurende de hele onderzoeksperiode

Wat is geïntegreerde belevingsgerichte zorg?

De term 'geïntegreerd' in geïntegreerde belevingsgerichte zorg slaat op de toepassing van verschillende belevingsgerichte benaderingswijzen bij het maken van contact met de dementerende. Naast (non-)verbale empathische communicatietechnieken uit de validationbenadering worden communicatiestrategieën toegepast uit de reminiscentie en de realiteitsoriënterende benadering. Er wordt ook lichamelijk contact gemaakt, zoals bij snoezelen en Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL). Wat geïntegreerde belevingsgerichte zorg precies inhoudt, heeft *Cora van der Kooij* beschreven in twee eerdere delen van deze serie (zie DENKBEELD, 2001/5 en 2002/1).

gegevens over de kosten van de verschillende zorgbenaderingen, zodat we achteraf konden bepalen of geïntegreerde belevingsgerichte zorg duurder is dan gangbare zorg.

Van de 387 dementerenden op de zestien afdelingen selecteerden we voor ons onderzoek alleen degenen met dementie van het Alzheimer-type en met vasculaire dementie of mengvormen daarvan. Aan het einde van de onderzoeksperiode betrof dit 146 demente bewoners.

>>>

Wij gingen na of bewoners die geïntegreerde belevingsgerichte zorg ontvingen, zich beter aanpasten en evenwichtiger functioneerden dan bewoners die gangbare zorg kregen

INTERVENTIES			
GEÏNTEGREERDE BELEVINGSGERICHTE ZORG	Scholing consulenten in geïntegreerde belevingsgerichte zorg + scholing consulenten/medewerkers in werken vlg Model-Zorgplan	Vervolgbegeleiding en -scholing consulenten + scholing medewerkers in gecombineerde toepassing van Model-Zorgplan + Geïntegreerde Belevingsgerichte zorg	Experimentele groep
GANGBARE ZORG	Scholing consulenten Gangbare zorg + scholing medewerkers in werken vlg Model-Zorgplan	Scholing consulenten Gangbare zorg + scholing medewerkers in werken vlg Model-Zorgplan	Controlegroep

Daarnaast namen 99 verzorgenden en 132 familieleden aan het onderzoek deel. Bij de gegevensverzameling maakten we zoveel mogelijk gebruik van bestaande vragenlijsten, zoals de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP), de Gedragsobservatieschaal Intramurale Psychogeriatric (GIP) en de Cohen-Mansfield Agitatie Schaal (CMAS). Deze vragenlijsten richten zich vooral op probleemgedrag (negatieve indicatoren van aanpassing), zoals onrust, agressie, afhankelijkheid, apathie en depressief gedrag. Omdat praktijkervaringen ons deden vermoeden dat geïntegreerde belevingsgerichte zorg ook het welbevinden (positieve indicator van aanpassing) zou bevorderen, spoorden wij in de eerste periode van participerende observatie op de afdelingen ook een aantal indicatoren van welbevinden op, zodat we konden onderzoeken of het welbevinden werd bevorderd door de geboden belevingsgerichte zorg. De verzorgenden die aan het onderzoek meededen, vulden over zichzelf onder meer de Vragenlijst Organisatie Stress en de Algemene Gezondheidsvragenlijst in. Voor het familieonderzoek ontvingen alle contactpersonen van de bewoners per post een schriftelijke enquête. Driekwart van hen stuurde zowel aan het begin als aan het einde van het onderzoek de enquête ingevuld retour.

Uit het onderzoek blijkt dat geïntegreerde belevingsgerichte zorg op begeleidings- en verzorgingsbehoevende verpleeghuisbewoners met dementie op drie fronten gunstiger werkt dan gangbare zorg: de zorgrelatie, het emotioneel evenwicht en het zelfbeeld. Voor de verplegingsbehoevende ernstig tot zeer ernstig demente bewoners was er geen aantoonbare meerwaarde.

Betere relatie met verzorgenden

Hoewel we in het vragenlijstonderzoek geen verschil in de zorgrelatie vonden tussen bewoners die geïntegreer-

de belevingsgerichte zorg en bewoners die gangbare zorg ontvingen, kwam uit de observaties wèl een duidelijk verschil naar voren. Met de vragenlijst was alleen opstandig gedrag van bewoners beoordeeld, terwijl bij de observaties gekeken werd hoe bewoners de zorg krijgen die ze wensen op de manier die zij willen.

We zagen vier typen zorgrelaties tussen bewoners en verzorgenden. Vanuit het gezichtspunt van de bewoner was er daarbij sprake van respectievelijk:

- **Gewenste autonomie:** de bewoner heeft graag zelf de touwtjes in handen; de verzorgende laat hem zijn gang gaan.
- **Ongewenste afhankelijkheid:** de bewoner houdt graag zelf de touwtjes in handen, maar de verzorgende neemt hem de verzorging uit handen of doet nog eens over wat de bewoner net zelf heeft gedaan.
- **Ongewenste autonomie:** de bewoner wil graag geholpen worden, hij zegt dat hij het niet kan of doet zelf niets. De verzorgende vindt dat hij het wel zelf moet doen.
- **Gewenste afhankelijkheid:** de bewoner wil graag geholpen worden en de verzorgende helpt hem.

Bezien vanuit dit perspectief bleek belevingsgerichte zorg vergeleken met gangbare zorg tot betere relaties met verzorgenden te leiden. Zo zagen we bij de bewoners die belevingsgerichte zorg ontvingen meer verandering van ongewenste naar gewenste autonomie en afhankelijkheid. Bewoners die zelf graag de touwtjes in handen hielden maar wel hulp nodig hadden, bleven toch de regie houden. We geven een voorbeeld:

Een bewoonster die aan het begin van de onderzoeksperiode veel zelf deed, graag rommelde op haar kamer en uren bezig was met wassen en aankleden, kon dat steeds minder goed. Ze maakte een chaos van haar kast, gebruikte tandpasta als crème en knoeide met zeep. Volgens de verzorgenden moest ze dus steeds meer geholpen worden, maar de bewoonster wilde niet graag afhankelijk zijn. Toen de verzorgende haar gezicht ging wassen, zei ze: 'Ik heb mijn gezicht al gewassen' en toen de verzorgende klaar was met afdrogen, droogde ze zelf haar gezicht nog eens na. De bewoonster vertoonde autonoom gedrag, terwijl de verzorgende haar de zorg uit handen nam. De bewoonster protesteerde daartegen. Er was dus sprake van ongewenste afhankelijkheid.

Nadat deze bewoonster zeven maanden belevingsgerichte zorg had ontvangen, constateerden we hierin een verandering: er was vaker sprake van gewenste autonomie. Ze pakte zelf de kleren uit de kast, terwijl de verzorgende erbij stond. Ook bleef ze na de verzorging op haar kamer totdat ze zelf naar de huiskamer wilde komen. Verzorgenden vroegen toestem-

Geïntegreerde belevingsgerichte zorg werkt op drie fronten gunstiger dan gangbare zorg: de zorgrelatie, het emotioneel evenwicht en het zelfbeeld



ming bij iedere handeling: 'Mag ik even uw bed opmaken?' Of ze vroegen: 'Denkt u dat u dat zelf kunt?' Mevrouw antwoordde: 'Ja hoor, dat doe ik al jaren.' Of: 'Zal ik u helpen?' 'Doe dat maar, dat is wel nodig.' Zo bleef ze het gevoel houden zelf de regie te hebben, maar kreeg toch hulp.

Verder zagen we gaandeweg de onderzoeksperiode dat bewoners die belevingsgerichte zorg ontvingen, vaker een wat meer persoonlijke relatie met verzorgenden aangingen. Van mensen met dementie wordt vaak gedacht dat ze hun wensen moeilijk kenbaar kunnen maken. Opvallend was daarom dat bewoners wel degelijk op veel verschillende manieren kenbaar maakten wat ze wilden. Door vriendelijk te vragen, door de verzorgenden complimentjes te geven ('U bent een uitstekende verpleegster'), door vriendelijk te bedanken ('Wat ben je toch een lieverd', 'Je doet het goed, mag ik je een zoen geven?'), door zich in te leven ('U hebt het er maar druk mee'). We noemen dat een *persoonlijk of relatiegericht contact*. Hiertegenover staat een zogenaamd *instrumenteel of taakgericht contact*, zoals: bevelen, opdrachten geven, in het wilde weg een opmerking maken ('Ik moet plassen', 'Het is hier koud') of aanmerkingen maken, zoals: 'Het is hier nog niet droog'. Uit de observaties aan het begin en het einde van de onderzoeksperiode kwam naar voren dat bewoners die belevingsgerichte zorg hadden ontvangen, vaker relatiegericht en minder taakgericht contact maakten met verzorgenden. Op de afdelingen die gangbare zorg boden, zagen we deze verandering niet.

Emotioneel evenwicht

Zowel uit het vragenlijstonderzoek als uit de observaties kwam naar voren dat geïntegreerde belevingsgerichte zorg een gunstiger invloed heeft op het emotioneel evenwicht van bewoners dan gangbare zorg. Met de vra-

genlijsten werden emotionele gedragsproblemen geregistreerd, zoals overmatig afhankelijk, angstig en depressief gedrag. Hoewel deze gedurende de onderzoeksperiode in beide groepen toenamen, was met name de stijging van angstig gedrag beduidend minder groot in de groep die belevingsgerichte zorg had ontvangen.

Tijdens de observaties keken we vooral naar het uiten van positieve emoties, genieten, plezier maken. Verder letten we op de manier waarop bewoners probeerden emotioneel in evenwicht te blijven, bijvoorbeeld door onrustige situaties te vermijden of door hulp te zoeken bij problemen. We zagen na de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op drie punten verbetering:

- beter in evenwicht zijn of blijven: minder onrust, spanning; minder achteruitgang;
- meer plezier hebben, genieten, tevredenheid tonen;
- zich beter kunnen uiten, levendiger zijn.

Een mevrouw liep aan het begin van de onderzoeksperiode 's avonds vaak onrustig heen en weer, ging de slaapkamers van anderen binnen of liep van de afdeling af. De oplossing van de verzorgenden was haar als een van de eersten naar bed te brengen. Ze vond dat zelf ook goed en viel vrijwel onmiddellijk in slaap. Nadat ze zeven maanden belevingsgerichte zorg had ontvangen, zagen we deze onrust 's avonds niet meer bij haar. Ze had overdag meer te doen (onder andere huishoudelijk werk dat ze met veel inzet deed) en ze had een vriend op de afdeling bij wie ze vaak zat. Ook deed ze mee aan de wekelijkse belevingsgerichte groepsbijeenkomst met een zestal bewoners: ze gaf aan dat heerlijk te vinden, ze sprak er over haar verdriet en troostte anderen. Ze (her)kende de consulente die de belevingsgerichte groep leidde.

Lol maken

Genieten, plezier maken en lachen kwam op alle afdelingen vaak voor. Veel vaker dan je zou denken gezien het vele verlies dat mensen met dementie doormaken. Een bewoonster verwoordde het goed: 'Ik kan niet alles meer onthouden, maar ik kan nog wel lol maken!' Een duidelijke verandering op de belevingsgerichte afdelingen was dat bewoners die aan het begin van de onderzoeksperiode nauwelijks prettige emoties toonden, dit aan het eind ervan wel deden. Bij de gangbare zorg daarentegen zagen we dat een aantal mensen die in de beginmeting nog regelmatig plezier konden hebben en genieten, dat in de eindmeting niet meer konden. In de loop van de onderzoeksperiode gingen bewoners die belevingsgerichte zorg ontvingen zich beter uiten. Zo zagen we dat bewoners van wie vóór de start van de belevingsgerichte zorg de emoties niet goed waren in te schatten (ze zaten met een onbewogen gezicht en ondernamen niets) aan het eind van de onderzoeksperiode soms blij waren en soms boos. Ze werden vaker aangesproken, verzorgenden wisten meer van ze dan alleen welke familie wanneer op bezoek kwam, zodat er ook meer aanknopingspunten waren voor een praatje. Soms waren ze verdrietig, maar kregen dan wel steun. In de belevingsgerichte groepsbijeenkomst kwam nogal eens verdriet boven. Op de afdelingen waar gangbare zorg werd geboden was er een tegenovergestelde verandering: daar waren gaandeweg juist meer bewoners van wie de emoties moeilijk in te schatten waren. In het vragenlijstonderzoek vonden we een middelgroot positief effect op het zelfbeeld. Als indicator voor zelfbeeld gebruikten we een vragenlijst over levenstevredenheid, waarin ook de houding ten opzichte van het ouder worden wordt gepeild. Hoewel de ontevredenheid met de eigen situatie in beide groepen wat toenam tijdens de onderzoeksperiode – dat is ook begrijpelijk gezien de toenemende beperkingen bij dementie – bleken de bewoners die belevingsgerichte zorg ontvingen, gemiddeld genomen minder ontevreden dan degenen die gangbare zorg kregen. Omdat we de vragenlijst bij de dementerenden zelf moesten afnemen, konden we dit natuurlijk alleen doen bij bewoners die nog in staat waren de vragen te beantwoorden (35). Dit resultaat betreft daarom alleen de minder ernstig demente bewoners. Het is daarom overigens niet minder opmerkelijk, zeker omdat het hier om het oordeel van bewoners zelf gaat.

Meerwaarde en kosten

Waren de uitkomsten voor wat betreft de dementerenden dus positief, voor de gezondheid van de verzorgenden bleek het werken met geïntegreerde belevingsgerichte zorg geen algemene meerwaarde op te leveren in vergelijking met gangbare zorg. Wel werden er minder stressreacties gevonden bij verzorgenden die vonden dat hun zorgkundige vaardigheden waren verbeterd door de scholing in geïntegreerde belevingsgerichte zorg; dit uitte zich onder andere in beter slapen en minder hoofdpijn. De invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg leidde ook niet tot hogere waardering van de verpleeghuiszorg door familieleden. Maar daarbij

moet worden aangetekend dat de familie de zorg ook vóór de aanvang van het onderzoek al zeer positief beoordeelde.

Al met al concludeerden we dat geïntegreerde belevingsgerichte zorg voor begeleidings- en verzorgingsbehoevende bewoners met de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie of mengvormen daarvan in verschillende opzichten (zorgrelatie, emotioneel evenwicht, zelfbeeld) meerwaarde heeft ten opzichte van gangbare zorg. Voor verzorgenden werd slechts op één aspect van de algemene gezondheid (stressreacties) meerwaarde aangetoond.

Uit het kostenonderzoek kwam naar voren dat de aangetoonde meerwaarde gepaard ging met enige meerkosten. Deze meerkosten hielden voornamelijk verband met de scholingskosten voor de invoering van geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Met andere woorden, wanneer geïntegreerde belevingsgerichte zorg standaard zou worden opgenomen in het curriculum van de basisopleidingen voor verzorgend personeel, zou dit de kosten aanzienlijk inperken. Voorts zou men maatregelen kunnen nemen om ervoor te zorgen dat de kennis uit de geboden cursussen bij verzorgenden beter (langer) bekijft en beter geïmplementeerd wordt, zodat meer bewoners met dementie ervan kunnen profiteren. Men zou dit kunnen doen door per instelling twee à drie consulenten aan te stellen die deskundig zijn op het gebied van belevingsgerichte zorg en door verankering van de geïntegreerde belevingsgerichte zorg in het kwaliteitssysteem van het verpleeghuis. Wij vermoeden dat naarmate men er beter in slaagt belevingsgerichte zorg in te voeren, de kans groter zal zijn dat geïntegreerde belevingsgerichte zorg kosten-effectiever wordt en zelfs een besparing kan opleveren ten opzichte van gangbare zorg.

Meer weten?

Dröes, R.M., Finnema, E.J., Lange, J. De, Kooij, C. van der, e.a. (1999). Geïntegreerde belevingsgerichte zorg versus gangbare zorg voor dementerende ouderen in het verpleeghuis: een klinisch experimenteel onderzoek naar de effecten en kosten. Concept Eindrapport. Amsterdam/Utrecht: Vrije Universiteit Amsterdam, Trimbos-Instituut, NZi.

Finnema, E.J. (2000). Emotion-oriented care in dementia: a psychosocial approach. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam. Het proefschrift is op te vragen bij Evelyn Finnema, tel.: (050) 363 28 56 (werk), e-mail: e.j.finnema@med.rug.nl.

Evelyn Finnema is beleidsmedewerker en onderzoeker bij het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken van de Rijksuniversiteit Groningen.

Jacomine de Lange is hoofd van het programma Ouderen bij het Trimbos-instituut te Utrecht.

Rose-Marie Dröes is senior onderzoeker bij de afdeling Psychiatrie/EMGO van het VU medisch centrum in Amsterdam.