



mei 2024
eindcijfer: 9

Poppentherapie; dè oplossing voor probleemgedrag?!

*N=1 onderzoek naar de effectiviteit van poppentherapie bij
(motorische/nachtelijke) onrust, dwangmatig handelen en agitatie bij
een oudere met dementie*

Afstudeeropdracht
HBO Bachelor Ergotherapie
Eveline Makkink

Colofon

Onderwijsinstelling

Student: EK (Eveline) Makkink

Studentnummer: 4474533

Afstudeerbedrijf

Naam: Stichting Kennemerhart

Praktijkbegeleiders: MMT (Maud) van der Borg
N (Nicole) van Brunschot

Functie: Ergotherapeuten



Auteur

Naam: Pro Education

Docentbegeleider: M (Michael) Haan

Functie: Afstudeerbegeleider



Disclaimer

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar worden gemaakt, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Voorwoord

Deze afstudeeropdracht heb ik geschreven als onderdeel van de laatste fase van de HBO Bachelor Ergotherapie bij de opleider Pro Education, onderdeel van NCOI Opleidingen. Hiermee toon ik aan dat ik mij op eindniveau van de opleiding bevindt.

Deze uitwerking is geschreven op basis van de opgestelde criteria vanuit de opleiding.

De opdracht vond plaats onder begeleiding van twee ergotherapeuten van Stichting Kennemerhart, werkzaam op locatie Overspaarne.

Met veel interesse en enthousiasme heb ik aan deze opdracht gewerkt. Daarnaast heb ik mijn afstudeertijd bij Overspaarne als zeer aangenaam en leerzaam ervaren. Daarvoor wil ik allereerst mijn praktijkbegeleiders bedanken, maar ook de andere behandelaren op de locatie en de medewerkers op de woning waar ik mijn onderzoek mocht uitvoeren. Zonder hen was deze opdracht niet tot dit resultaat gekomen. Daarnaast wil ik de familie van de bewoner en de bewoner zelf bedanken dat ik de bewoner mocht volgen tijdens dit onderzoek.

Tenslotte wil ik mijn docentbegeleider bedanken voor de kritische en opbouwende begeleiding die ik als zeer prettig heb ervaren.

Om de privacy te waarborgen van de betrokkenen bij deze afstudeeropdracht is persoonlijke informatie en niet relevante data weggelaten. Alleen voor de opdracht relevante informatie is toegevoegd.

Eveline Makkink
Mei 2024

Samenvatting

Probleemgedrag bij ouderen met dementie zijn veranderingen in gedrag die gepaard gaan met lijdensdruk en/of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn of haar omgeving (Verenso, 2018). Deze gedragingen kunnen zijn apathie, stemmingsstoornissen, angst, wanen, hallucinaties, ontremming en/of vluchtgedrag (Graff et al., 2010). Het vraagstuk waar het in deze afstudeeropdracht om gaat, betreft een vrouw van 75 jaar die in een psychogeriatrisch verpleeghuis woont. Zij heeft dementie in een verder gevorderd stadium en er is sprake van complex probleemgedrag. Zij loopt veel over de gangen, zowel 's nachts als overdag. Daarbij is ze regelmatig geagiteerd en ervaart zij een lage kwaliteit van leven. Dankzij eerdere interventies is er veel minder sprake van angst, stress en agitatie. De eerdergenoemde factoren blijven echter bestaan.

Door middel van de uitwerking van een CAT (Critically Appraised Topic) is er gezocht naar oplossingsalternatieven om de volgende vraag te beantwoorden: "Door welke effectieve interventie wordt probleemgedrag (motorische en nachtelijke onrust (ook wel agitatie), dwangmatig handelen en vastpakken van anderen) voorkomen of verminderd bij mensen met dementie in een vergevorderd stadium (Global Deterioration scale stadium 6) wonend in een zorginstelling gebaseerd op de nieuwste inzichten?". De belangrijkste oplossingen die uit de CAT komen zijn sensorische stimulatie interventies en poppentherapie. In samenspraak met het cliëntsysteem wordt poppentherapie het meest geschikt bevonden voor de bewoner. Poppentherapie is het aanbieden van een pop aan volwassenen die leven met dementie. Het is een persoonsgerichte therapie om het comfort, de betrokkenheid en de zin van het leven te bevorderen (Martín-García et al., 2022).

Vervolgens is er een N=1 onderzoek uitgevoerd met het volgende doel: "Door middel van de interventie poppentherapie vermindert het probleemgedrag (de (motorische/nachtelijke) onrust, het dwangmatig handelen en het vastpakken van anderen), verbetert het betekenisvol handelen en de kwaliteit van leven binnen 12 weken".

Als klinimetrie zijn verschillende meetinstrumenten (voor, tussen en na de onderzoeksperiode) gebruikt om de uitkomst te meten. Namelijk: de CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) voor het meten van veranderingen in de frequentie van geagiteerd gedrag (Cohen-Mansfield, 1991), de Qualidem voor het meten van de kwaliteit van leven (Ettema et al., 2005), de HOW (Handleiding Observatie Wil-systeem) voor het in kaart brengen van motivaties tot betekenisvol handelen in relatie tot verschillende omgevingscontexten (De Las Heras et al., 1999) en het bijhouden van de dagindeling voor het in kaart brengen van het aantal uren lopen per dag.

De belangrijkste resultaten zijn een sterke vermindering in de frequentie van het probleemgedrag. Dit was al binnen 6 weken zichtbaar. Er is een verbetering van ervaren kwaliteit van leven gemeten, waarbij er na 10 weken zelfs geen sprake meer is van rusteloos gespannen gedrag. De bewoner is in staat om beter aan te geven wat zij wil en kan een (betekenisvolle) activiteit langer volhouden. Tenslotte is de loopdrang met 64% verminderd per dag.

Geconcludeerd kan worden dat de onrust en het dwangmatig handelen sterk zijn verminderd, het betekenisvol handelen is verbeterd en de kwaliteit van leven is verbeterd door middel van poppentherapie.

De onderzoeksresultaten komen overeen met bewijs uit de literatuur. De opzet voor het uitvoeren van de interventie is vanuit ergotherapeutisch oogpunt bepaald. Er is daarom niet alleen gekeken naar het verminderen van het probleemgedrag maar ook op welke manier kan de interventie op een betekenisvolle manier geïmplementeerd worden bij de bewoner.

Inhoudsopgave

DEEL I: BEROEPSMETHODE	6
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Context	6
1.3 Dementie en complex probleemgedrag	6
1.4 Ergotherapie en dementie	7
1.5 Vraagstuk	7
1.6 Gebruikelijke zorg	7
1.7 Relevantie	7
2. Probleeminventarisatie en -analyse	8
2.1 Probleeminventarisatie	8
2.2 Probleemanalyse	9
2.2.1 ICF	9
2.2.2 Ergotherapeutische probleemanalyse	10
3. Critically Appraised Topic	11
4. Oplossingsalternatieven	13
4.1 Poppentherapie	13
4.2 Sensorische stimulatie	13
4.2.1 Fel lichttherapie	14
4.2.2 Massage	14
4.2.3 Acupunctuur	14
4.2.4 Dier-ondersteunende interventie (aquarium)	15
4.3 Kosten-batenanalyse	15
4.4 Keuze van de interventie	17
4.5 Klinimetrie	17
4.5.1 CMAI	18
4.5.2 Qualidem	18
4.5.3 HOW	18
4.5.4 Dementia Care Mapping	19
4.5.5 Dagindeling	19
DEEL II: BEROEPSPRODUCT	20
5. Doelbepaling & Onderzoeksopzet	20
5.1 Doelen	20
5.2 Onderzoeksopzet	21
6. Uitvoeren van de interventie	22
7. Afronding onderzoek	25
8. Resultaten	26
8.1 CMAI	26
8.2 Qualidem	28
8.3 HOW	30
8.4 Dagindeling	32
8.5 Overige resultaten	33
9. Conclusie	35
10. Discussie	36
10.1 De resultaten	36
10.2 Validiteit van het onderzoek	37
10.3 Beperkingen van het onderzoek	37

11. Aanbevelingen & Suggesties voor verder onderzoek	39
11.1 Aanbevelingen	39
11.2 Suggesties voor verder onderzoek	39
Nawoord	40
Literatuurlijst	41
Bijlage 1. Probleeminventarisatie	43
1.1 Diagnostische meetinstrumenten	43
1.1.1 ACLS	43
1.1.2 Observatie motorische en procesvaardigheden	43
1.1.3 Registratie dagelijkse routine	44
1.1.4 OPHI-II	44
1.1.5 HOW	44
1.2 MOHO	45
Bijlage 2. Uitvoeren van de interventie	49
Bijlage 3. Afronden onderzoek	65
3.1 Eindrapportage	65
3.2 Richtlijn poppentherapie	67
3.3 Stukje over Poppentherapie	69

DEEL I: BEROEPSMETHODE

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Deze afstudeeropdracht is onderdeel van de laatste fase van de HBO Bachelor Ergotherapie. De opdracht is het leveren van een beroepsproduct dat toepasbaar is en goed aansluit bij de beroepspraktijk van de ergotherapeut. Dit bestaat uit twee hoofdonderdelen, namelijk de beroepsmethode waarin ik mijn onderzoekend vermogen laat zien en het beroepsproduct. Het beroepsproduct bestaat uit een handelingsrapport waarin de behandeling van een cliënt centraal staat en waarin alle fasen van de beroepsmethode en het uitvoeren van de behandeling zijn beschreven. De effecten van de behandeling van de specifieke cliënt worden onderzocht door middel van een N=1 onderzoek.

1.2 Context

Voor het uitvoeren van de afstudeeropdracht heb ik gekozen voor de setting van een verpleeghuis. De opdracht is uitgevoerd binnen stichting Kennemerhart, locatie Overspaarne. Overspaarne is een verpleeghuis gespecialiseerd in het bieden van specialistische zorg aan mensen met dementie en zeer complex probleemgedrag. De nadruk ligt op wonen en welzijn, waarbij belevingsgerichte zorg wordt nagestreefd (Kennemerhart, 2023). Dit betekent dat de belevingswereld van de bewoner centraal staat. Er wordt contact gezocht met de bewoner door aan te sluiten bij zijn beleving, zijn levensgeschiedenis en levensfase, zijn wensen en behoeften. De belevingswereld van de bewoner met dementie verandert gedurende de ziekte en het gedragsbeeld kan ook wisselen per moment of deel van de dag (Graff et al., 2010).

Daarnaast is Overspaarne sinds 2023 Topcare-gecertificeerd. Vanuit die rol heeft de locatie een kartrekkersfunctie in de regio en in de specialistische doelgroep (Topcare, 2023).

Het verpleeghuis is verdeeld in 12 woningen. Op elke woning wonen 8 bewoners. Alle woningen hebben een gezamenlijke huiskamer en een eigen binnentuin. De woningen komen allemaal uit op een centrale gang die leidt naar een centrale ruimte waar gezamenlijke activiteiten en bijeenkomsten plaatsvinden.

1.3 Dementie en complex probleemgedrag

Dementie is een combinatie van symptomen, waarbij de hersenen informatie niet meer goed kunnen verwerken. Vaak worden er problemen zoals geheugenklachten, gedragsproblemen of veranderingen van karakter gezien (Alzheimer Nederland, 2023).

Bij alle vormen van dementie komen veranderingen in het gedrag voor. Dit kan zijn apathie, stemmingsstoornissen, angst, wanen, hallucinaties, ontremming en vluchtgedrag (Graff et al., 2010). Deze gedragsveranderingen worden ook wel probleemgedrag genoemd. De richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie van Verenso (2018) omschrijft het als volgt: "Probleemgedrag is alle gedrag dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon met dementie of voor mensen in zijn of haar omgeving".

Ook nachtelijke onrust komt vaak voor. Dit wordt omschreven als geagiteerd gedrag in de nacht, zodat er minder geslapen wordt dan gebruikelijk of met onderbrekingen. Bij mensen met dementie wordt er vanuit gegaan dat dit ook andere gedragingen in de nacht tot gevolg heeft zoals rondlopen, roepen en anderen wakker maken. Te kort en/of onderbroken slapen is een probleem als de persoon in kwestie daarvan lijdensdruk ervaart en/of als dit tot risicovol of belastend gedrag leidt. Dit moet niet verward worden met slaapproblemen (insomnia), omdat een slaapprobleem een andere benadering nodig heeft dan probleemgedrag dat zich uit in de nacht (Verenso, 2018).

1.4 Ergotherapie en dementie

Ergotherapie kan veel betekenen voor mensen met dementie. Ergotherapie richt zich op de persoon met dementie en zijn of haar cliëntsysteem. Voor ergotherapie bij mensen met dementie die thuis wonen bestaat het evidence-based EDOMAH-programma (Ergotherapie bij Dementerende Ouderen en hun Mantelzorgers aan Huis) (Graff et al., 2010). Voor de ergotherapeutische behandeling bij mensen met dementie die wonen in een verpleeghuis is geen specifieke richtlijn of protocol aanwezig. In deze casus wordt daarom de literatuur uit het EDOMAH-programma als basis gebruikt, samen met de meest recente multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie van Verenso (2018).

1.5 Vraagstuk

De casus betreft een vrouw van 75 jaar. Zij heeft dementie in een verder gevorderd stadium. Volgens de Global Deterioration Scale (GDS) van Reisberg zit de bewoner in stadium 6 van de dementie (Reisberg, Ferris, De Leon, & Crook, 1982).

Een andere veelgebruikte indeling van dementie is het onderscheiden van vier fasen van dementie. Van der Kooij (2023) beschrijft de vier fasen van het dementieproces in termen van de ik-beleving. Volgens deze indeling zit de bewoner in de fase van het verborgen ik (ernstige dementie). De bewoner lijkt in zichzelf verzonken en niet meer open voor contact. Contact is nog wel mogelijk wanneer je op zoek gaat naar het ik van de bewoner. Contact maken is sterk gericht op lichamelijk en zintuiglijk ervaren (Van der Kooij, C., 2023).

Vanwege het cognitieve niveau heb ik formeel toestemming gevraagd (volgens de WGBO) aan de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt om mijn onderzoek te mogen uitvoeren.

Verheldering van de hulpvraag

De bewoner loopt veel over de gangen van het verpleeghuis, zowel 's nachts als overdag. Als gevolg hiervan heeft zij pijnlijke voeten, is zij erg vermoeid en valt zij af. Zij geeft bijna dagelijks aan dat het leven van haar niet meer hoeft. Daarnaast is de bewoner regelmatig geagiteerd, heeft zij dwangmatige handelingen, heeft zij nauwelijks de rust om te gaan zitten en vraagt zij veel om bevestiging aan de zorgmedewerkers. De vraag is hoe de bewoner meer momenten van rust kan krijgen, zodat de pijn en vermoeidheid verminderen en daarmee haar mentaal welbevinden verbetert.

1.6 Gebruikelijke zorg

Binnen Kennemerhart is de afspraak gemaakt wanneer er sprake is van complex probleemgedrag, het multidisciplinaire protocol 'Beleid omgaan met probleemgedrag' in werking wordt gezet. Dit protocol is gebaseerd op de richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie van Verenso (2018). In het multidisciplinaire protocol staat een stappenplan dat gevolgd dient te worden. Hierbij zijn onder andere de arts, psycholoog en ergotherapeut betrokken. Ook voor de gekozen bewoner is dit protocol in werking gezet waardoor er na verschillende interventies sprake is van vermindering van angst, stress en agitatie. Desondanks blijft de motorische en nachtelijke onrust en het dwangmatig handelen aanwezig. Gedragsveranderingen als gevolg van somatische factoren (Verenso, 2018) zijn uitgesloten in samenspraak met de verpleeghuisarts.

1.7 Relevantie

Deze casus is klinisch relevant voor een N=1 onderzoek omdat, ondanks de uitgevoerde gebruikelijke zorg en de verbeteringen die daarmee zijn behaald, een deel van de hulpvraag bleef bestaan.

Deze casus is tevens relevant voor de ergotherapie, omdat (betekenisvol) handelen voor de bewoner niet tot nauwelijks meer mogelijk is als gevolg van het probleemgedrag dat alle energie en aandacht vraagt van de bewoner. Terwijl juist uit de literatuur blijkt dat het niet meer hebben van plezierige ervaringen vaak een rol speelt bij het ontstaan van stemmingsstoornissen bij mensen met dementie (Graff et al., 2010).

2. Probleeminventarisatie en -analyse

2.1 Probleeminventarisatie

Diagnostische meetinstrumenten

Voor de probleeminventarisatie is gebruikgemaakt van verschillende meetinstrumenten om een zo volledig mogelijk beeld van de bewoner en de situatie te krijgen. Voor de keuze van de diagnostische meetinstrumenten heb ik het EDOMAH-programma van Graff et al., 2010 als basis gebruikt.

Voor de probleeminventarisatie is de handelingsgeschiedenis van mevrouw in kaart gebracht door het semi-gestructureerde interview OPHI-II af te nemen bij het cliëntsysteem (familie en zorgmedewerkers), is er geobserveerd op verschillende momenten van de dag, is de cognitie in kaart gebracht en de wil en motivatie van de bewoner geobserveerd door middel van de HOW.

Er is gekozen om de cognitie van de bewoner in kaart te brengen om een betere indruk te krijgen van het niveau van functioneren, omdat dit niet voldoende naar voren kwam tijdens de observaties. De wil en motivatie van de bewoner zijn in kaart gebracht door middel van observaties omdat de bewoner dit niet zelf kan aangeven.

Hieronder volgt een samenvatting van deze inventarisatie. Voor de volledige uitwerking van de afgenomen meetinstrumenten verwijs ik naar [bijlage 1](#).

- De bewoner functioneert volgens de ACLS-5 (Allen Cognitive Level Screen-5) op het niveau van 'handmatige acties: repeterende handelingen'. Voorwerpen worden onderzocht en herkend, de bewoner is zich niet of minder bewust van anderen en haar aandachtsboog is erg kort.
- Naar aanleiding van verschillende observaties kan geconcludeerd worden dat de bewoner tevreden en ontspannen is wanneer er sprake is van een rustige en positieve omgeving en benadering en wanneer zij het gevoel heeft van waarde te kunnen zijn. Echter belemmerende factoren, zoals een drukke onbekende omgeving of situatie en het overvragen van de bewoner, leiden tot een onrustige gespannen bewoner die (weg)loopt en dwangmatig gaat handelen (zoals tegels tellen).
- De dagelijkse routine van de bewoner bestaat voor een groot deel uit wandelen over de gangen (gemiddeld 11 uur per dag).
- Uit het verhaal van de bewoner komt naar voren dat zij een vriendelijke en sociale vrouw is die haar gevoelens vroeger nauwelijks uitte, graag zorgde en met haar handen bezig was. Daarnaast is zij bekend met faalangst, nervositeit en dwangmatig piekeren.
- De bewoner laat in mindere mate haar wil en motivatie zien tijdens het samenzijn, haar wil en motivatie versterkt tijdens het lopen over de gangen. Over het algemeen is er weinig initiatief en heeft de bewoner veel hulp nodig bij het uitvoeren van activiteiten.

Unieke hulpvraag

Naar aanleiding van de uitkomst van de probleeminventarisatie is de volgende hulpvraag geformuleerd: "Op welke manier kan het mentaal welbevinden verbeterd worden zodat het probleemgedrag, dat zich uit in motorische/nachtelijke onrust, dwangmatige handelingen en vastpakken van anderen, vermindert zodat de bewoner meer momenten van rust heeft en een (plezierige/betekenisvolle) activiteit langer kan volhouden?"

Inventarisatiemodel

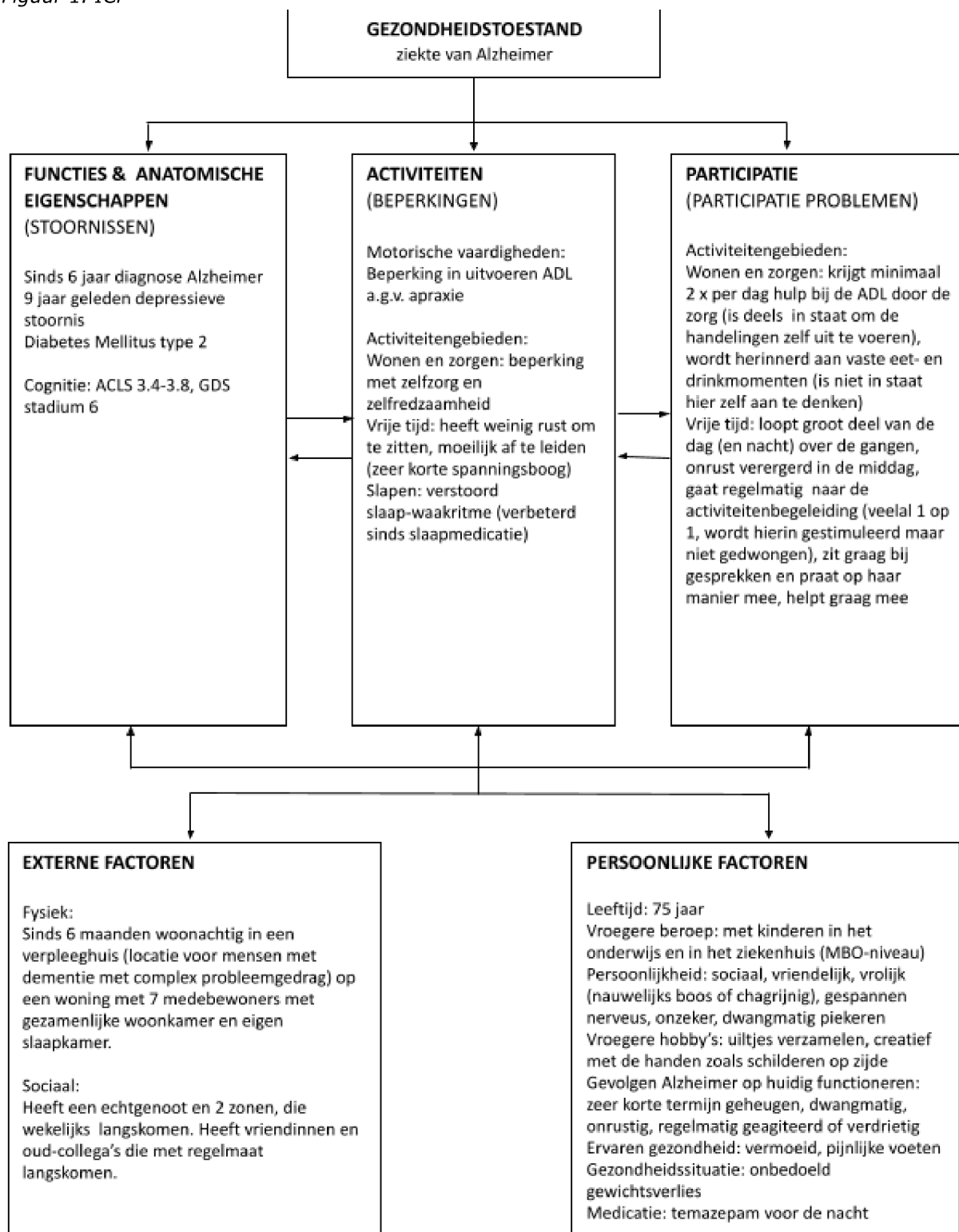
Voor het ordenen van de verkregen informatie is gebruikgemaakt van het Model Of Human Occupation (MOHO) inhoudsmodel (zie [bijlage 1](#)). Dit model richt zich op de motivatie, organisatie en uitvoering van het menselijk handelen en besteedt veel aandacht aan de motivatie voor handelen. Het model richt zich daarbij zowel op de kenmerken van het individu als op omgevingsfactoren die de keuzes voor het handelen beïnvloeden (Verhoef & Zalmstra, 2017, p. 357-372). Vanwege deze factoren werd dit model als meest passend bevonden, voor het inventariseren van deze casus.

2.2 Probleemanalyse

2.2.1 ICF

De verkregen informatie uit de probleeminventarisatie is gebruikt voor het analyseren van het probleem en gestructureerd in het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Figuur 1. ICF



Uit de analyse van het ICF kan geconcludeerd worden dat (betekenisvol) handelen voor de bewoner nauwelijks meer mogelijk is als gevolg van de beperking in zelfzorg en zelfredzaamheid. Daarnaast is er een beperking in de vrijetijdsbesteding als gevolg van onrust en dwangmatig handelen. Dit betekent dat er een indicatie is voor ergotherapeutische zorg, die zich richt op het mogelijk maken van betekenisvol handelen binnen de mogelijkheden van de omgeving en met de mogelijkheden van de bewoner.

2.2.2 Ergotherapeutische probleemanalyse

Aan de hand van de probleeminventarisatie heb ik onderstaande ergotherapeutische probleemanalyse geformuleerd.

Een 75 jarige vrouw met de diagnose dementie (globaal GDS 6) woonachtig in een verpleeghuis op een woning met 7 medebewoners. Als gevolg van de dementie heeft zij problemen met haar geheugen, communicatie en is er sprake van apraxie, beweegdrang en agitatie. Zij woont niet meer thuis en is opgenomen op een psychogeriatrische afdeling. Als gevolg van de apraxie is haar verzorging (aankleden, toiletgang, eten en drinken) volledig overgenomen door zorgmedewerkers. De bewoner heeft nog een echtgenoot die haar regelmatig bezoekt en betrokken is. De bewoner is graag onder de mensen in een rustige en positieve omgeving en voelt zich graag van waarde door te kunnen helpen/zorgen. Ze wordt blij als zij wat met haar handen mag doen. Wanneer sprake is van een onrustige en negatieve omgeving/situatie ontstaat er onrust wat zich uit in dwangmatig handelen, oplopend van beweegdrang tot agitatie naar medebewoners. De wens is dat de bewoner zo min mogelijk hinder ondervindt van haar dementie en haar mentaal welbevinden wordt vergroot.

3. Critically Appraised Topic

Om antwoord te geven op welke oplossingsalternatieven er zijn voor de genoemde handelingsproblemen in de [probleemanalyse](#), is er gezocht naar wetenschappelijke literatuur. De resultaten zijn uitgewerkt door middel van een CAT (Critically Appraised Topic).

Tabel 1. Critically Appraised Topic

Ask	
“Door welke effectieve interventie wordt probleemgedrag (motorische en nachtelijke onrust (ook wel agitatie), dwangmatig handelen en vastpakken van anderen) voorkomen of verminderd bij mensen met dementie in een vergevorderd stadium (Global Deterioration scale stadium 6) wonend in een zorginstelling gebaseerd op de nieuwste inzichten?”	
Stap 1: de PICO	
Patient	elderly people with Alzheimer’s disease (Global Deterioration scale stadium 6) living in a nursing home with (motor and nighttime) restlessness (agitation), compulsive action and grabbing others
Intervention	(occupational therapy) (not pharmacological treatment) intervention
Comparison	care as usual
Outcome	effective intervention for preventing or reducing problem behavior and improve quality of life/mental well-being
Access	
Stap 2: zoekstrategie	
Search (CINAHL, MEDLINE, Pubmed): dementia, behavioral and psychological symptoms of dementia, (motor) restlessness, agitation, compulsive action, grabbing others, nursing home, quality of life, mental well-being, occupational therapy Inclusiecriteria: na 2018 (omdat hiermee alleen de nieuwste inzichten worden getoond), hoogst beschikbare niveau van bewijs (1. Review of meta-analyse, 2. Gecontroleerde studie of RCT) Exclusiecriteria: farmacologische interventies (omdat er veel zoekresultaten werden gevonden met farmacologische interventies, wat niet het doel is van deze zoekopdracht) Zoekresultaten: 38 waarvan 4 bruikbaar die antwoord geven op de PICO (3 systematic reviews en 1 cluster RCT) Alle artikelen werden beoordeeld op kwaliteit aan de hand van de Controlelijst van Hunnink (Hunnink et al., 2000, pp. 172–173).	
Appraise	
Stap 3: kritische beoordeling	
Martín-García et al. (2022) hebben een systematic review uitgevoerd naar de effectiviteit van poppentherapie bij mensen met dementie. PRISMA-verklaring werd gebruikt voor de beoordeling, risico op bias werd beoordeeld met de Cochrane-Collaboration-Risk-of-Bias-Tool. De meeste eerdere studies benadrukken het belang dat het uiterlijk van de pop op een echte baby lijkt en daarom werden onderzoeken met poppen die er niet realistisch uitzagen, uitgesloten. Poppentherapie verbetert de emotionele toestand van mensen met dementie, vermindert verstorend gedrag (zoals grillig rondzwalen, agressiviteit, agitatie en verbaal negatief gedrag) en bevordert communicatie. De onderzoeken hielden geen rekening met een follow-up na interventie.	

Mbakile-Mahlanza et al. (2019) hebben een cluster-gerandomiseerd cross-over onderzoek uitgevoerd om de effectiviteit van op Montessori gebaseerde activiteiten op de kwaliteit van bezoek te beoordelen, agitatie te verbeteren en betrokkenheid te vergroten voor verpleeghuisbewoners met dementie en hun familielid. Tijdens bezoeken hadden familieleden interactie met hun familielid door middel van Montessori-gebaseerde activiteiten of door het lezen van een krant (de controle-groep). Het onderzoek duurde 6 weken om de kans op veranderingen te verkleinen. Het effect van de resultaten werd berekend door middel van de Cohen's D en het GEE-model.

De Montessori-activiteiten resulteerden in een significant hogere positieve betrokkenheid en affect en een vermindering van negatieve signalen bij de bewoner in vergelijking met de controle-groep. Er werd minder boosheid en angst gezien, over agitatie werd in de resultaten niets gezegd. De resultaten werden niet gecorrigeerd op onevenwichtigheden in de 2 groepen vanwege de kleine steekproefomvang van 20 bewoners en hun familieleden.

Prins et al. (2020) hebben een systematische review uitgevoerd naar sensorische-stimulatie-interventies op het slaap-waakritme en/of nachtelijke onrust bij verpleeghuisbewoners met dementie. Dit werd gedaan met behulp van de Cochrane-methoden. Er werd een meta-analyse uitgevoerd en het risico op bias werd beoordeeld.

Er werd geconcludeerd dat sensorische stimulatie (zoals fellichttherapie, massage, acupunctuur en Animal-Assisted-Interventions) de nachtelijke rusteloosheid, slaapduur en -continuïteit verbeterde. Het effect op het aantal keren wakker worden, het slaap-waakritme en slapen overdag waren verwaarloosbaar. Daarnaast werd een associatie gevonden tussen langere slaapduur en -continuïteit en het verminderen van geagiteerd en agressief gedrag gedurende de nacht.

Wilfling et al. (2023) hebben een systematische review uitgevoerd met behulp van Cochrane-(zoek)methoden om interventies bij slaapstoornissen bij mensen met dementie te onderzoeken. Er werden 6 onderzoeken gevonden waarbij een vorm van lichttherapie werd toegepast, 5 hadden fysieke of sociale activiteiten als interventie, bij 3 voerden verzorgers interventies uit en 7 onderzochten multimodale complexe interventies. Bij alle onderzoeken is er een risico op vertekening van de onderzoeksresultaten vanwege onvolledige rapportage.

Er werd bewijs met zeer lage zekerheid gevonden voor de effectiviteit van lichttherapie op slaap. Er werd bewijs met lage zekerheid gevonden op het verhogen van de nachtelijke slaaptijd en slaapefficiëntie door middel van fysieke en sociale activiteiten en interventies door verzorgers.

Stap 4: Conclusie

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (het verminderen of voorkomen van motorische onrust, agitatie en dwangmatig handelen bij verpleeghuisbewoners met dementie) zijn enkele nieuwe inzichten gevonden.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag lijken twee interventies het meest effectief. Poppentherapie heeft een hoge mate van bewijs voor het verminderen van motorische onrust en agitatie. Sensorische stimulatie heeft een hoge mate van bewijs voor het verminderen van de nachtelijke onrust en geagiteerd en agressief gedrag gedurende de nacht.

Er zijn geen onderzoeken gevonden waarbij voor alle factoren (motorische onrust, agitatie, dwangmatig handelen en vastpakken van anderen) een hoge mate van bewijslast werd gevonden.

Een mindere mate van bewijs werd gevonden voor lichttherapie en fysieke en sociale activiteiten en interventies voor het verhogen van de nachtelijke slaaptijd.

Bij de op Montessori gebaseerde activiteiten werd wel een significante verbetering gevonden op het verbeteren van de betrokkenheid bij activiteiten en het verminderen van boosheid en angst. Echter niet op het verbeteren van agitatie. Deze interventie lijkt daarom minder passend te zijn voor de onderzoeksvraag.

4. Oplossingsalternatieven

Naar aanleiding van de CAT zijn de interventies poppentherapie en sensorische stimulatie uitgewerkt als mogelijke oplossingsalternatieven voor het beantwoorden van de vraag "Door welke effectieve interventie wordt probleemgedrag (motorische en nachtelijke onrust (ook wel agitatie), dwangmatig handelen en vastpakken van anderen) voorkomen of verminderd bij mensen met dementie in een vergevorderd stadium (Global Deterioration scale stadium 6) wonend in een zorginstelling gebaseerd op de nieuwste inzichten?".

4.1 Poppentherapie

Poppentherapie is het aanbieden van een pop aan volwassenen die leven met dementie. Het is een persoonsgerichte therapie om het comfort, de betrokkenheid en de zin van het leven te bevorderen. Met als doel uitdagend gedrag (zoals rusteloosheid, dwalen en agitatie) te verminderen (Martín-García et al., 2022).

Benodigheden

- 1 pop en 1 reservepop
- 1 woning met cliëntnetwerk (zorgteam en familie)
- een nog te creëren richtlijn/protocol opgesteld voor de poppentherapie
- enthousiast cliëntsysteem dat ervoor open staat

Kenmerken

- het cliëntsysteem dient voorgelicht en geïnstrueerd te worden
- de pop dient zoveel mogelijk een babyachtig uiterlijk te hebben (zoals pasgeboren poppen, reborn- of empathiepoppen) dat het gevoel van aanraken, staren, verkleeden en vasthouden van een baby in je armen nabootsen
- er dient met waardigheid en respect met de therapie en de pop omgegaan te worden
- de bewoner dient zoveel mogelijk zelf de regie te behouden bij het wel of niet gebruiken van de pop, de pop mag wel opnieuw aangeboden worden aan de bewoner
- iedereen in het cliëntnetwerk houdt zich aan de richtlijn

Duur

- 8 tot 12 weken gehele dag

Kosten

Directe kosten

- de pop kan kosteloos of tegen een kleine vergoeding overgenomen worden van iemand die hem niet meer gebruikt

Indirecte kosten

- geen extra kosten voor de zorgmedewerkers omdat de therapie gedurende de gebruikelijke zorg plaatsvindt

4.2 Sensorische stimulatie

Sensorische stimulatie bestaat uit het stimuleren van één of meerdere primaire zintuigen (visueel, auditief, olfactorisch, geur of tactiel). Het is gericht op het voorkomen van sensorische deprivatie door het creëren van een verrijkte omgeving op een niet-directieve manier. Dit kan op verschillende manieren. In het artikel zijn vier verschillende vormen van sensorische stimulatie onderzocht, namelijk fel lichttherapie, massage, acupunctuur en dier-ondersteunende interventie (door middel van een aquarium) (Prins et al., 2020). Er is daarom voor gekozen om deze vormen alle vier uit te werken.

4.2.1 Fel lichttherapie

Benodigdheden

- 1 daglichtlamp met minimale intensiteit van 790 lux
- 1 woning met zorgteam
- dynamisch lichtplan

Kenmerken

- er dient een daglichtlamp aangeschaft te worden waar de bewoner op vaste tijden bij gaat zitten
- of er dient een dynamisch lichtplan opgesteld te worden dat aangesloten dient te worden op het lichtplan van het hele verpleeghuis

Duur

- 10 weken, 5 dagen per week, 2 uur per dag

Kosten

Directe kosten

- 1 daglichtlamp
- een dynamisch lichtplan (dat ongeveer € 2000 kost)

Indirecte kosten

- geen extra kosten voor de zorg omdat er voor hen geen extra handelingen aan zijn verbonden

4.2.2 Massage

Benodigdheden

- massagetraining voor mensen met ernstige dementie
- enthousiast zorgteam (minimaal 2 medewerkers) die de training willen volgen en daarna frequent uitvoeren
- rustige ruimte waar de bewoner zich kan ontspannen

Kenmerken

- de massage kan het beste uitgevoerd worden door vertrouwde zorgmedewerkers of familie
- om de massage op de juiste manier te kunnen uitvoeren dient een training gevolgd te worden speciaal voor mensen met ernstige dementie
- de bewoner dient zich te kunnen ontspannen, een comfortabele plek is dus een vereiste
- het heeft al effect met lichte aanrakingen of een handmassage
- de massage dient minimaal 1 uur per week uitgevoerd te worden

Duur

- 6 weken, 5 keer per week, 20 minuten

Kosten

Directe kosten

- massagetraining van € 585 per medewerker

Indirecte kosten

- tijdsinvestering training: 18 uur, verdeeld over 3 dagen

4.2.3 Acupunctuur

Benodigdheden

- acupuncturist gespecialiseerd in acupunctuur bij Alzheimer en die op locatie komt
- vrijwilliger of naaste die er tijdens de behandeling bij kan zijn

Kenmerken

- dit type interventie kan alleen uitgevoerd worden door een specialist op locatie

Duur

- 4 weken, 5 keer per week, 1 keer per dag

Kosten

Directe kosten

- € 80 per sessie = € 1600 (waarvan € 300 wordt vergoed door de aanvullende zorgverzekering)

Indirecte kosten

- geen extra kosten voor de zorg omdat er voor hen geen extra handelingen aan zijn verbonden

4.2.4 Dier-ondersteunende interventie (aquarium)

Benodigheden

- aquarium speciaal voor mensen met dementie (met grote, gekleurde vissen en sloten om de vissen en bewoner te beschermen)

Kenmerken

- er dient een aquarium aangeschaft te worden speciaal ontworpen voor mensen met dementie
- het aquarium dient op ooghoogte geplaatst te worden
- de verzorging van de dieren kost ongeveer 1 keer in de week 5 minuten

Duur

- 8 weken gehele dag

Kosten

Directe kosten

- aquarium (inclusief vissen, voermachine en montage): € 750

Indirecte kosten

Geen

4.3 Kosten-batenanalyse

Voor de verschillende interventies is een kosten-batenanalyse gemaakt. Deze is te vinden in tabel 2. Hierin zijn eerst de algemene kosten weergegeven die voor elke interventie terugkomen, zoals de uren zorg die geleverd dienen te worden. Daarnaast worden de algemene baten weergegeven. Dit zijn de verwachte baten wanneer het oplossingsalternatief succesvol is en het gestelde doel wordt behaald. Vervolgens wordt per oplossingsalternatief de extra kosten weergegeven die nodig zijn om het oplossingsalternatief uit te voeren. Tenslotte worden de totale opbrengsten voor de duur van de gehele interventie weergegeven.

Hieronder volgt een toelichting op hoe er tot de verschillende bedragen is gekomen.

Bij de kosten zijn de directe kosten meegenomen (zoals aanschafkosten) en de indirecte kosten (zoals uren zorg die geleverd worden). De indirecte kosten zijn berekend op basis van ZZP 7, wat staat voor "Zorgzwaartepakket 7 Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding" (NZa, 2007). Het aantal uren zorg die geleverd wordt is gebaseerd op interne afspraken (Kennemerhart, persoonlijke communicatie, 7 juli 2023).

Bij de baten zijn directe kosten meegenomen (de besparing van zorgkosten) en indirecte kosten (de toename van de kwaliteit van leven). De directe besparing van zorgkosten is eveneens berekend op basis van ZZP 7.

De indirecte besparing door middel van de toename van de kwaliteit van leven is berekend door middel van QALY (Quality Adjusted Life Year). Dat is een maat voor de extra levensjaren die de interventie naar schatting oplevert, gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven in die jaren. De kwaliteit van leven wordt geschat op een schaal van 0 (dood) tot 1 (1 jaar in goede gezondheid) (Van Gils et al., 2013). Hierbij is de 0-meting van de QUALIDEM (meetinstrument dat de kwaliteit van leven meet) als uitgangspunt gebruikt. Daar kwam een kwaliteit van leven uit van 0,6. Gemiddeld leven mensen met dementie nog 10 jaar na de diagnose, wat zou betekenen dat de bewoner nog 4 jaar leeft. Dat betekent een QALY van $4 \times 0,6 = 2,4$ zonder behandeling. Er vanuit gaande dat met behandeling de kwaliteit van leven 0,8 is, is de QALY met behandeling $4 \times 0,8 = 3,2$. Dit is een verschil van $3,2 - 2,4 = 0,8$ QALY. 1 QALY kost gemiddeld € 59.000 volgens van Gils et al. (2013). Wat betekent een besparing van $0,8 \text{ QALY} \times € 59.000 = € 47.200$ per jaar (= € 908 per week).

Tabel 2. Kosten-batenanalyse oplossingsalternatieven

Algemene kosten en baten van alle oplossingsalternatieven			
Kosten (per week)		Baten (per week)	
Wat	Bedrag	Wat	Bedrag
aantal uren zorg op basis van 20 uur p	€ 713,44	geen extra uren zorg meer nodig	€ 285,37
aantal uren ergotherapie op basis van 15 minuten	€ 5,49	geen rustgevende medicatie meer nodig	€ 16,10
rustgevende medicatie (20 mg temazepam per dag)	€ 16,10	verhoogde kwaliteit van leven (op basis van QALY)	€ 908,00
Totaal:	€ 735,03	Totaal:	€ 1.209,47

Kosten en baten poppentherapie	
Kosten	
Wat	Bedrag
2 poppen	€ 20,00

Kosten en baten sensorische stimulatie	
Kosten	
Wat	Bedrag
Fel lichttherapie:	
éénmalige uitgave aan daglichtlamp	€ 100,00
Massage:	
massage training door 2 zorgmedewerkers	€ 1.170,00
aantal uren voor de training: 2 x 18 uur	€ 1.284,20
Accupunctuur:	
(onvergoede) acupunctuur sessies	€ 1.300,00
Dier-ondersteunende interventie:	
compleet aquarium	€ 750,00

Verwachte opbrengst voor de totale duur per oplossingsalternatief			
	Kosten	Baten	Totale opbrengst
Poppentherapie (10 weken)	€ 7.370,30	€ 12.094,70	€ 4.724,40
Sensorische stimulatie:			
Fel lichttherapie (10 weken)	€ 7.450,30	€ 12.094,70	€ 4.644,40
Massage (6 weken)	€ 6864,38	€ 7.256,82	€ 392,44
Accupunctuur (4 weken)	€ 4.240,12	€ 4837,88	€ 597,76
Dier-ondersteunende interventie (8 weken)	€ 6.630,24	€ 9.675,76	€ 3.045,52

4.4 Keuze van de interventie

Voor de keuze van de interventie is rekening gehouden met de vier aspecten van Gordon Guyatt, namelijk de keuze van de cliënt (in dit geval de familie en zorgmedewerkers van de bewoner), evidence vanuit onderzoek, de uitvoerbaarheid en de expertise van de therapeut (ofwel mijn eigen visie).

De keuze voor de interventie heb ik voorgelegd aan de familie en de persoonlijk begeleiders van de bewoner (in aparte contactmomenten, onafhankelijk van elkaar). Naar aanleiding van de CAT waren dat de [oplossingsalternatieven](#) poppentherapie en sensorische stimulatie.

Nadat ik de verschillende interventies had toegelicht vroeg ik welke interventie zij het beste bij de bewoner vonden passen.

De zorg gaf direct aan de poppentherapie echt wat voor de bewoner te vinden. Ze denken dat zij het aan en uit doen van de kleertjes leuk zal vinden. Ze twijfelen of ze de pop als een baby ziet. Dat maakt voor de interventie niet uit. Uit de literatuur blijkt namelijk dat de interventie ook effectief is wanneer de bewoner de pop als een pop ziet en niet als een baby (Mitchell, G., 2016).

De familie van de bewoner gaven aan geen specifieke voorkeur te hebben. Ze vertrouwen op ons oordeel en wat voor de zorg het beste uitvoerbaar is. Toen ik de echtgenoot van de bewoner liet weten dat de zorg poppentherapie het beste vond passen kwam hij direct met de volgende suggestie om bij het naar bed gaan te vertellen: "de pop gaat slapen, nu is het voor jou ook tijd om te slapen".

Vanuit de CAT kwam naar voren dat beide type interventies een even hoge bewijslast hebben. Ook zijn de verschillende oplossingsalternatieven allen gebaseerd op het bereiken van positieve emoties door middel van prettige herinneringen of contact met dieren, waardoor het risico op probleemgedrag wordt verkleind (Martín-García et al., 2022). Dit was daardoor niet doorslaggevend in de keuze.

Poppentherapie is praktisch het makkelijkst en goedkoopst uit te voeren, aangezien er nauwelijks extra middelen nodig zijn. Ook is het qua tijdsinvestering geen extra kostenpost, omdat de uren die besteed dienen te worden aan de uitvoering van de interventie overeenkomen met de gebruikelijke zorg van zowel de ergotherapeut als de zorgmedewerkers (Mitchell, G., 2016). Wel zitten er enkele voorwaarden aan hoe hoog de kans van slagen is. De interventie moet bijvoorbeeld bij het karakter van de bewoner passen en het gehele cliëntsysteem moet ervoor openstaan.

Wat betreft de vier vormen van sensorische stimulatie zijn er meer middelen (en daarmee hogere kosten) nodig om deze uit te voeren. Daarentegen is de tijdsduur van deze interventies korter.

Poppentherapie lijkt mij ook passend bij de bewoner vanwege haar zorgzame karakter, zij graag wat om handen heeft en omdat zij graag gezelschap om zich heen heeft. Hopelijk geeft het haar voldoening door te mogen zorgen voor de pop en geeft dit meer betekenis aan haar dag. Daarnaast heeft zij altijd met kinderen gewerkt en biedt dit mogelijk een ingang voor het ophalen van herinneren over deze tijd. Tenslotte is het een interventie die door iedereen (na instructie) is uit te voeren en is er geen extra (tijds)investering door de zorg nodig.

4.5 Klinimetrie

Met behulp van klinimetrie moet er antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag

"Vermindert door middel van de interventie poppentherapie het probleemgedrag (de (motorische/nachtelijke) onrust, het dwangmatig handelen en het vastpakken van anderen), verbetert het betekenisvol handelen en verbetert de kwaliteit van leven bij de respondent?"

Hierin zijn drie onderdelen te objectiveren, namelijk het mentaal welbevinden (ook wel kwaliteit van leven), het probleemgedrag en de rust om weer plezierige/betekenisvolle activiteiten te kunnen doen. Het mentaal welbevinden valt onder de pijler mentale gezondheid van Positieve Gezondheid (Institute for Positive Health, 2023).

Er is voor gekozen om de ervaren klachten van de bewoner (zoals de pijn in haar voeten en de vermoeidheid) niet als onderdeel voor de klinimetrie te zien, omdat dit een gevolg is van het probleemgedrag. De redenering is dat wanneer de oorzaak van het probleemgedrag aangepakt wordt, het gevolg ook vermindert. De pijn aan de voeten en de vermoeidheid kunnen tevens beïnvloed worden door verschillende andere factoren waaronder het progressieve karakter van de dementie (Verenso, 2018).

Om te achterhalen welke klinimetrie geschikt is, is op verschillende manieren gezocht in de literatuur. Er is gezocht naar meetinstrumenten die gebruikt zijn in de onderzoeken die uit de CAT kwamen (zie [hoofdstuk 3](#)). Er is bekeken welke meetinstrumenten er in het evidence-based EDOMAH-programma zijn gebruikt en er is gezocht naar geschikte instrumenten op <https://meetinstrumentenzorg.nl/> (Meetinstrumenten in de zorg, 2020).

Voor het zoeken zijn de volgende criteria gebruikt (Kuiper, Verhoef, & Munten, 2016):

- het meet mentaal welbevinden
- het meet probleemgedrag;
- het meet wat belangrijk/betekenisvol is voor de bewoner;
- is geschikt voor afname bij mensen met (vergevoerde) dementie in een verpleeghuis;
- is gevalideerd;
- is betrouwbaar.

Hieruit is de volgende klinimetrie geschikt bevonden.

4.5.1 CMAI

CMAI staat voor Cohen-Mansfield Agitation Inventory en is een vragenlijst die de mate van probleemgedrag meet. De CMAI bestaat uit 29 onderdelen die betrekking hebben op geagiteerde gedragingen bij oudere mensen die wonen in een verpleeghuis. Met de vragenlijst wordt gekeken hoe vaak deze gedragingen zijn voorgekomen gedurende 2 weken. De vragenlijst dient mondeling te worden afgenomen door de interviewer bij de zorgmedewerker die gedurende de afgelopen 2 weken gewerkt heeft. De zorgmedewerker heeft de vragenlijst voorafgaand aan deze periode gezien. Tevens is het een betrouwbaar en valide meetinstrument (Cohen-Mansfield, 1991).

Deze vragenlijst is ontwikkeld voor de doelgroep van de bewoner in dit onderzoek, namelijk oudere mensen die wonen in een verpleeghuis. Het is daarom het meest passende meetinstrument om het verschil in probleemgedrag van voor en na de interventie te meten.

4.5.2 Qualidem

De Qualidem meet de kwaliteit van leven bij mensen met lichte tot ernstige dementie die wonen in een verpleeghuis door middel van 40 vragen. Volgens de literatuur dient de vragenlijst afgenomen te worden door twee verzorgenden (bij voorkeur de persoonlijk begeleiders, omdat zij de bewoner het beste kennen) die bewoners op alle tijden gedurende de dag meemaken. De verzorgenden die het instrument gaan invullen dienen eerst een mondelinge instructie te krijgen. De lijst wordt ingevuld na een observatieperiode van een week (Ettema et al., 2005).

De vragenlijst is ontwikkeld specifiek voor de doelgroep van de bewoner in dit onderzoek, namelijk verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen bij mensen boven de 65 jaar met lichte tot ernstige dementie (Global Deterioration Scale 2 tot en met 6). Ook in de onderzoeken die werden gevonden naar aanleiding van de CAT werd dit meetinstrument gebruikt voor het meten van de kwaliteit van leven. Het meetinstrument is tevens beoordeeld op voldoende betrouwbaarheid en voldoende ondersteuning voor validiteit voor gebruik in onderzoek en ter evaluatie van innovaties in zorgbeleid en -praktijk bij mensen met lichte tot zeer ernstige dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen (Ettema et al., 2005).

4.5.3 HOW

HOW staat voor Handleiding Observatie Wil-subsysteem. Het brengt de motivatie, waarden, interesses en persoonlijke effectiviteit van de geobserveerde in kaart. Het zegt wat over het betekenisvol handelen in relatie tot verschillende omgevingscontexten. Met de resultaten kan tevens geconcludeerd worden hoeveel hulp hierbij nodig is. Daarnaast is het een valide en betrouwbaar instrument (De Las Heras et al, 1999).

Voor het meten van een verschil in de mate waarin de bewoner voor haar betekenisvolle handelingen uitvoert is de COPM (The Canadian Occupational Performance Measure) een meer valide en betrouwbaar meetinstrument (COPM, 2023). Hier is echter niet voor gekozen omdat het moeilijk is om de invulling ervan door het cliëntsysteem te laten doen. De bewoner is vanwege haar cognitieve functioneren niet in staat zelf aan te geven wat voor haar belangrijk is om weer te kunnen of te doen. Daarom is de HOW het meest passend bevonden.

Om ervoor te zorgen dat de observaties zo goed mogelijk met elkaar vergeleken kunnen worden, is ervoor gekozen om gebruik te maken van dezelfde factoren (dezelfde setting, tijd en vaste personen) gedurende de te observeren sessies.

4.5.4 Dementia Care Mapping

De Dementia Care Mapping (DCM) is een wetenschappelijk onderbouwde observatiemethode om de kwaliteit van het dagelijks leven van mensen met dementie te meten. Hier is echter een vier daagse cursus voor nodig en valt daarom af.

4.5.5 Dagindeling

Er is gekozen om de dagindeling ook als meetmethode te gebruiken om het verschil in het aantal uren lopen per dag te kunnen beoordelen. En daarnaast om bijzonderheden in de dagelijkse routine te kunnen achterhalen, zoals het omdraaien van het dag-nachtritme of gebeurtenissen die invloed op het lopen hebben. Het in kaart brengen van de dagindeling is een veelgebruikt instrument voor ergotherapeuten om een indruk te krijgen van een gemiddelde dag, de dagelijkse routine en eventuele probleemgebieden in het handelen (Graff et al., 2010).

Het is de bedoeling om de dagindeling gedurende een week in kaart te brengen door middel van de rapportages van de zorgmedewerkers door hen vooraf te informeren over wat er geregistreerd dient te worden en waarom. Er is voor gekozen om de informatie uit de dagrapportages te halen omdat ik de zorgmedewerkers geen extra werk wil geven door middel van het bijhouden van registratielijsten.

DEEL II: BEROEPSPRODUCT

5. Doelbepaling & Onderzoeksopzet

5.1 Doelen

Onderzoeksvraag

“Vermindert door middel van de interventie poppentherapie het probleemgedrag (de (motorische/nachtelijke) onrust, het dwangmatig handelen en het vastpakken van anderen), verbetert het betekenisvol handelen en verbetert de kwaliteit van leven bij de respondent?”.

Op basis van de onderzoeksvraag wordt het hoofddoel als volgt geformuleerd.

Hoofddoel

“Door middel van de interventie poppentherapie vermindert het probleemgedrag (de (motorische/nachtelijke) onrust, het dwangmatig handelen en het vastpakken van anderen), verbetert het betekenisvol handelen en de kwaliteit van leven binnen 12 weken.”

Subdoelen

Door middel van onderstaande subdoelen wordt het hoofddoel onderzocht. De doelen komen overeen met de bevindingen uit de [probleemanalyse](#) en de resultaten hiervan moeten een antwoord geven op de onderzoeksvraag.

1. “De bewoner heeft minder drang om urenlang te lopen (motorische onrust) en daarbij tegels te tellen (dwangmatig handelen)”.

Dit zorgt ervoor dat zij minder pijn aan haar voeten heeft en minder moe is.

Dit wordt gemeten door middel van het bijhouden van de dagindeling met de focus op het aantal uren lopen per dag en de CMAI.

2. “De bewoner pakt geen andere bewoners meer vast”.

Dit zorgt ervoor dat andere bewoners hier geen last van hebben. Daarnaast geeft het aan dat de bewoner niet of minder geagiteerd is.

Dit wordt gemeten door middel van de CMAI.

3. “De bewoner heeft minder de behoefte om zorgmedewerkers aan te klampen”.

Dit zorgt voor een verbetering van het welzijn van de bewoner en een kleinere ervaren zorgzwaartelast van de zorgmedewerkers.

Dit wordt gemeten door middel van de CMAI.

4. “De bewoner heeft meer rust om een activiteit of handeling die van waarde is voor haar uit te voeren en deze langer vol te houden”

Dit zorgt voor een verbetering van het welzijn van de bewoner door ruimte te creëren voor betekenisvolle activiteiten en/of handelingen.

Dit wordt gemeten door middel van de HOW.

5. “Het algemeen mentaal welbevinden van de bewoner is verbeterd”.

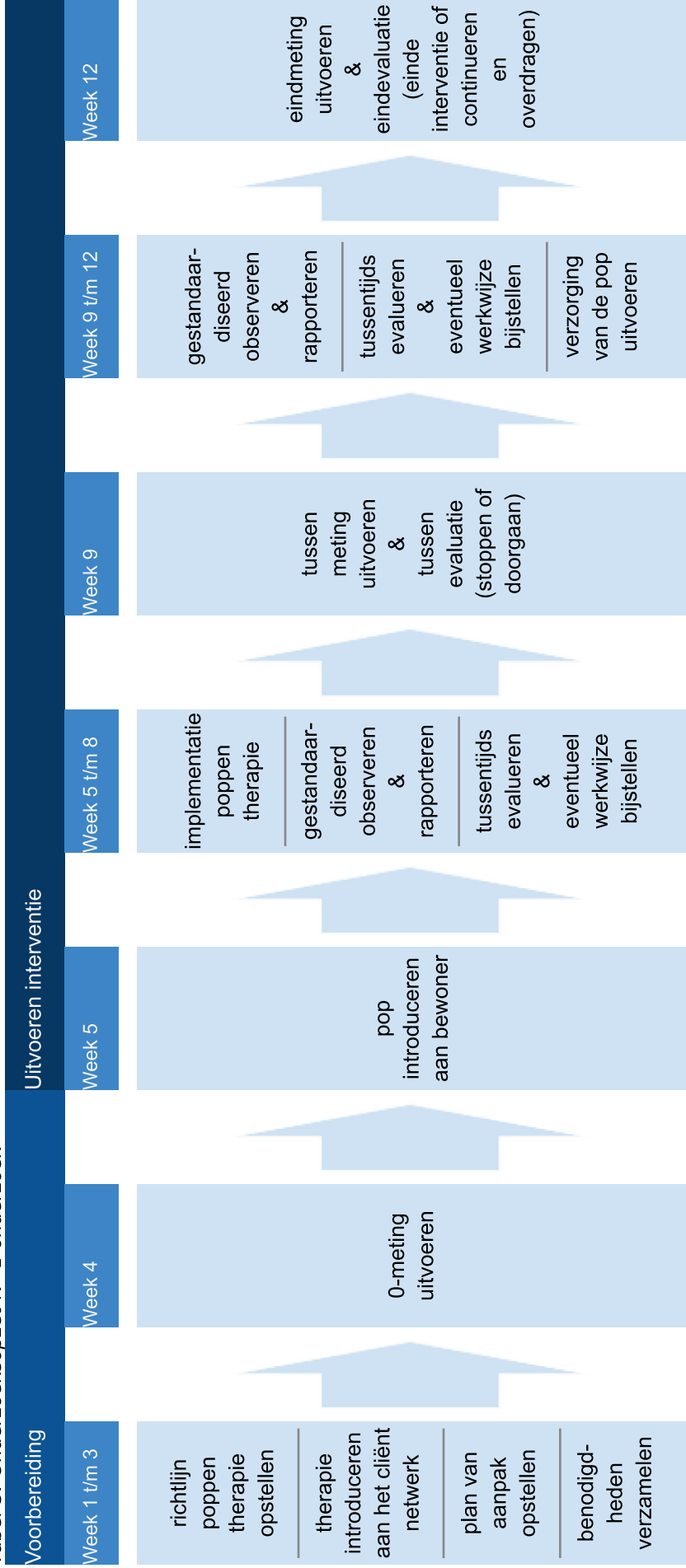
Dit zorgt voor een vrolijkere bewoner die niet meer zegt dat het leven van haar niet meer hoeft.

Dit wordt gemeten door middel van de Qualidem.

5.2 Onderzoeksopzet

Om de opgestelde doelen te onderzoeken wordt een N=1 onderzoek gedaan. Dit is een onderzoek bij één respondent (Bouter & Van Dongen, 2006). Hieronder staan de stappen die gevolgd worden voor het uitvoeren van het onderzoek schematisch weergegeven. Deze onderzoeksopzet is gebaseerd op de aanbevelingen die gedaan zijn door Martín-García et al. (2022), (Lary-Waller, J., 2020) en Mitchell, G. (2016) voor het uitvoeren van onderzoek naar de effectiviteit van poppentherapie en de implementatie ervan.

Tabel 3. Onderzoeksopzet N=1 onderzoek



6. Uitvoeren van de interventie

Hierna volgt een samenvatting van de uitvoering. Voor de uitgebreide uitvoering en mijn overwegingen verwijs ik naar [bijlage 4](#).

Tabel 4. Uitvoeren van de interventie

Fase	Week nummer	Wat is er gedaan
Vorbereiding	1	Poppentherapie geïntroduceerd aan het cliëntnetwerk.
	2	Richtlijn opgesteld aan de hand van de literatuur en benodigdheden verzameld.
	3	Plan van aanpak opgesteld met de persoonlijk begeleiders van de bewoner en de richtlijn doorgenomen met het zorgteam.
	4	0-meting uitgevoerd: • CMAI, Qualidem en HOW afgenomen, dagindeling bijgehouden
Uitvoering	5	Pop(pen) geïntroduceerd bij de bewoner samen met de persoonlijk begeleider.
	6	Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie: • De bewoner herkent de (zelf gekozen) pop nog niet als van haar. Als oplossing hiervoor maak ik gebruik van het Lerend Vermogen ((Op)nieuw geleerd, oud gedaan, 2023). • De zorgmedewerkers zijn nog niet gewend aan het aanbieden van de pop. Als oplossing wordt er in overleg gekozen voor het aanbieden op vaste momenten op de dag.
	7	Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie: • De pop wordt voornamelijk ingezet op momenten dat de bewoner al hoog in haar onrust zit (het dwangmatig handelen is al zichtbaar). Het is beter om de pop aan te bieden voordat de bewoner onrustig is. Dit wordt afgesproken met het team.
	8	Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie: • De pop wordt vaker aangeboden. • De bewoner begint de pop meer als van haar te herkennen.
	9	Tussenmeting uitgevoerd:

- CMAI, Qualidem afgenomen

De conclusie is dat er al succesmomenten zijn behaald en enkele gedragingen zijn verbeterd. Er wordt dus verder gegaan met het uitvoeren van de interventie.

Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie:

- Als gevolg van onderbezetting bij de zorgmedewerkers en het inzetten van invalkrachten wordt de pop minder aangeboden. Om tot een oplossing te komen is de PDCA (Plan-Do-Check-Act) cyclus doorlopen. Hier zijn verschillende oplossingen uitgekomen en uitgevoerd.
- De nachtelijke onrust neemt toe, samen met de zorg wordt de mogelijke oorzaak in kaart gebracht en een plan opgesteld (zie week 10). Ik heb ervoor gekozen dit probleem aan te pakken omdat ik de interventie, naast de rol van onderzoeker, ook uitvoerde in de rol van ergotherapeut.

Verzorging van de pop samen met de bewoner uitgevoerd met als doel plezierige/betekenisvolle momenten voor de bewoner creëren. Bevindingen:

- De bewoner fleurt op van het samen verzorgen van de pop en de persoonlijke aandacht.
- Er worden veranderingen in haar functioneren waargenomen: de bewoner is communicatief en kan (eenvoudige) keuzes maken.

10

Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie:

- De bewoner wil de pop niet altijd. Volgens de visie van poppentherapie is dat oké en is de bewoner hierin leidend (Lary-Waller, J., 2020).
- De nachtelijke onrust vermindert wanneer er een vast bedritueel wordt toegepast, waarbij de pop een belangrijk onderdeel is en arousal verlagende interventies worden toegepast. Voor een optimaal effect is het van belang dat iedereen dezelfde methode hanteert (Verenso, 2018). Als oplossing wordt dit extra onder de aandacht gebracht.

Verzorging van de pop samen met de bewoner uitgevoerd. Bevindingen:

- Het samen verzorgen van de pop is een te grote tijdsinvestering voor de zorgmedewerkers en de vaste ergotherapeut omdat het om een 1 op 1 moment gaat. Om tot een oplossing te komen is de PDCA cyclus doorlopen.
- Het eerste oplossingsalternatief is dat echtgenoot de verzorging samen met zijn echtgenoot op zich neemt. Dit past binnen de visie van het verpleeghuis waarbij de familie meer betrokken wordt bij hun naaste (familieparticipatie) (Kennemerhart, 2023).

11

Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie:

- De bewoner herkent de pop als van haar.
- Doordat situaties op steeds dezelfde wijze worden uitgevoerd is zij in staat om bepaalde handelingen te herkennen, op te roepen en uit te voeren (Op)nieuw geleerd, oud gedaan, 2023).

	Verzorging van de pop samen met de bewoner en de echtgenoot van de bewoner uitgevoerd. Bevindingen: De echtgenoot ziet dat de poppentherapie zijn vrouw goed doet (vrijlijker en neemt zelf initiatief) echter dat het bezig zijn met de pop niet aan hem is besteed. Daarom wordt het tweede oplossingsalternatief in werking gezet, namelijk dat de verzorging van de pop wordt overgenomen door een vrijwilliger.
12	Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie: - Vanwege onderbezetting start de avonddienst op verschillende tijden, waardoor de vaste slaapmethode niet altijd op dezelfde wijze uitgevoerd wordt. De oplossing is dat het zorgteam bewust wordt gemaakt van de vaste slaapmethode (Verenso, 2018). Verzorging van de pop samen met de bewoner uitgevoerd. Bevindingen: - Het verzorgen van de pop geeft de bewoner voldoening en het stimuleert haar handelingen (weer) zelf te doen.
13	Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie: - De bewoner draait haar slaap-waakritme om. Dit deed zij in het verleden ook. Dit zorgt voor nachtelijke onrust. Om tot een oplossing te komen is de PDCA cyclus doorlopen. Hier zijn verschillende oplossingen uitgekomen en uitgevoerd. - De poppentherapie is inmiddels volledig geïmplementeerd door het zorgteam. Verzorging van de pop samen met de bewoner en een vrijwilliger uitgevoerd. Bevindingen: - De bewoner en de vrijwilliger lijken een goede match, zij reageren positief op elkaar. - De vrijwilliger heeft een milde cognitieve stoornis, daarom heb ik de stappen voor haar uitgeschreven.
14	Bewoner geobserveerd, poppentherapie geëvalueerd en gerapporteerd. Conclusie: Het zorgteam is zich bewust van het toepassen van een vaste slaapmethode om het omgedraaide slaap-waakritme te doorbreken.

7. Afronding onderzoek

Tabel 5. Afronding onderzoek

Fase	Week nummer	Wat is er gedaan
Eindmeting	14	Eindmeting uitgevoerd: • CMAI, Qualidem en HOW afgenomen, dagindeling bijgehouden De conclusie is dat de poppentherapie goed is geïmplementeerd en het een zeer positief effect heeft op de bewoner. Daarom wordt de interventie ook na het onderzoek voortgezet.
Nazorg		De gegeven zorg aan de bewoner door mij wordt geëvalueerd met de persoonlijk begeleider en de echtgenoot van de bewoner. Dit wordt gestructureerd gedaan met behulp van de PREM (Patient Reported Experience Measure). Daarnaast wordt mijn handelen geëvalueerd met mijn praktijkbegeleiders, tevens ergotherapeuten. Uit beide evaluaties komen geen bijzonderheden of verbeterpunten. In verband met het continueren van de interventie worden verschillende acties uitgezet zodat de uitvoering geborgd is: • de bewoner draag ik over aan de vaste ergotherapeut; • er wordt een eindrapportage geschreven (zie bijlage 3.1); • de richtlijn die ik voor deze interventie heb opgesteld wordt toegevoegd aan het intranet van de organisatie (zie bijlage 3.2); • ik geef een presentatie op de locatie en aan de vakgroep Ergotherapie; • ik schrijf een stukje geschreven over het uitgevoerde onderzoek om te delen binnen de organisatie (zie bijlage 3.3).

8. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het N=1 onderzoek uiteengezet en besproken.

8.1 CMAI

CMAI staat voor Cohen-Mansfield Agitation Inventory en is een vragenlijst die de mate van probleemgedrag meet. De CMAI bestaat uit 29 onderdelen die betrekking hebben op geagiteerde gedragingen bij oudere mensen die wonen in een verpleeghuis. Met de vragenlijst wordt gekeken hoe vaak deze gedragingen zijn voorgekomen gedurende de afgelopen 2 weken (Cohen-Mansfield, 1991).

De vragenlijst is ingevuld door twee verzorgenden van de bewoner. Zij maakten bij elkaar op alle tijden gedurende de dag de bewoner mee. Hen heb ik vooraf uitleg gegeven over het doel van de vragenlijst en wat er bedoeld wordt met de afzonderlijke onderdelen. De vragenlijst is op drie momenten ingevuld: als 0-meting voorafgaand aan de interventie, tijdens de interventie en aan het einde van de onderzoeksperiode.

De vragenlijst is ingevuld met als doel om veranderingen in de gedragingen te kunnen meten door het uitvoeren van de interventie tijdens de onderzoeksperiode.

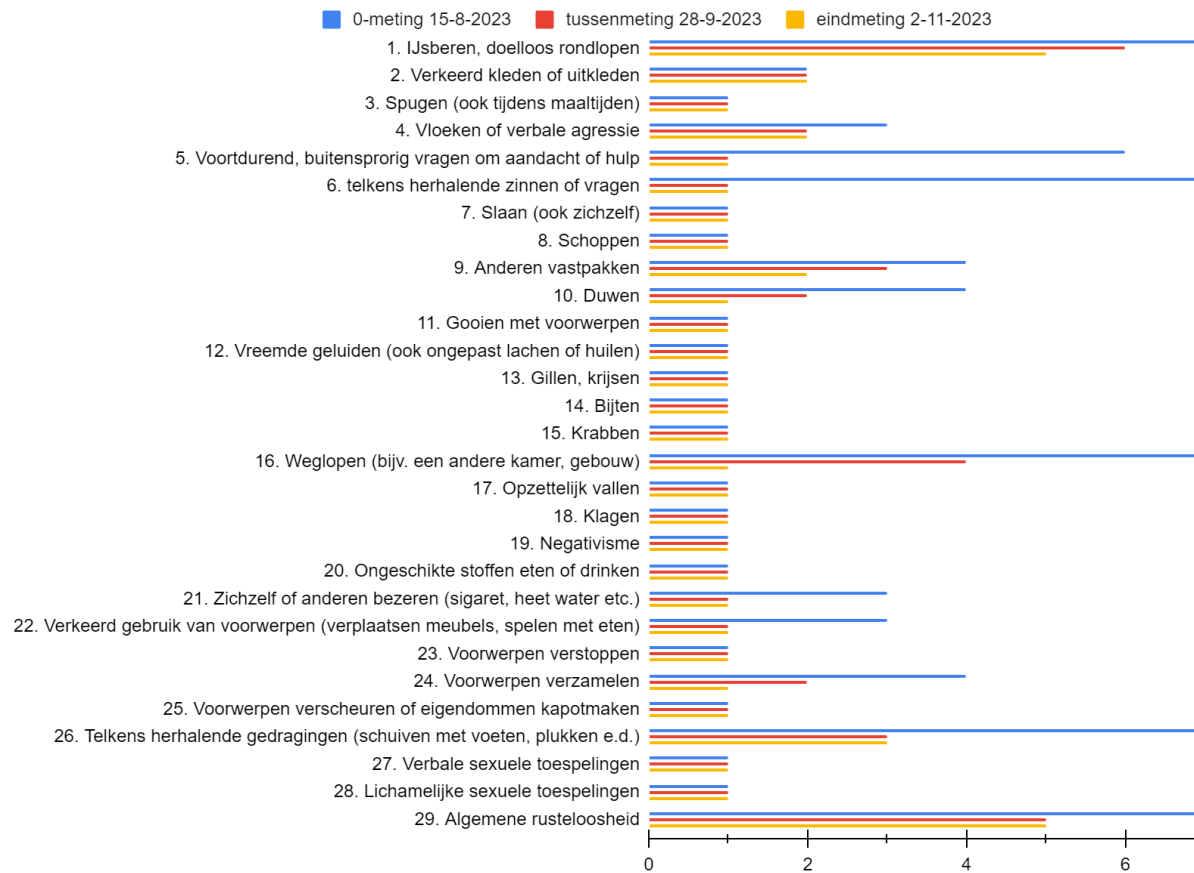
In figuur 3 zijn de resultaten van de drie meetmomenten weergegeven. Waarbij links de gedragingen uit de vragenlijst staan weergegeven en rechts de frequentie die is waargenomen. De frequentie kon gescoord worden op een schaal van 0 tot 7.

De beoordelingsschaal voor de gedragingen is als volgt:

- 1= Nooit
- 2= Minder dan eens per week
- 3= 1 à 2 keer per week
- 4= Meerdere keren per week
- 5= 1 à 2 keer per dag
- 6= Meerdere keren per dag
- 7= Meerdere keren per uur

Figuur 3. Resultaten CMAI

Resultaten CMAI



Analyse van de resultaten

Op 12 van de 29 gedragingen is een verbetering zichtbaar wanneer de 0-meting vergeleken wordt met de eindmeting. De overige gedragingen bleven gelijk. Van deze gedragingen was tijdens de 0-meting geen sprake (score 1) en dit bleef gedurende de onderzoeksperiode zo.

Opvallend is dat op alle gedragingen waar verbetering mogelijk was (12 van de 29) er al een duidelijke verbetering te zien was tijdens de tussenmeting (6 weken na de start van de interventie).

8.2 Qualidem

Qualidem is een meetinstrument voor de kwaliteit van leven bij mensen met lichte tot ernstige dementie die wonen in een verpleeghuis. Deze vragenlijst bestaat uit 40 vragen die onderverdeeld zijn in 9 subschalen. De vragenlijst dient ingevuld te worden na een observatieperiode van een week door twee verzorgenden (Ettema et al., 2005).

De vragenlijst is ingevuld door twee verzorgenden van de bewoner. Zij maakten bij elkaar op alle tijden gedurende de dag de bewoner mee. Hen heb ik vooraf uitleg gegeven over het doel van de vragenlijst en wat er bedoeld wordt met de afzonderlijke onderdelen. De vragenlijst is op drie momenten ingevuld: als 0-meting voorafgaand aan de interventie, tijdens de interventie en aan het einde van de onderzoeksperiode.

De vragenlijst is ingevuld met als doel het meten van veranderingen in de kwaliteit van leven van de bewoner door het uitvoeren van de interventie tijdens de onderzoeksperiode.

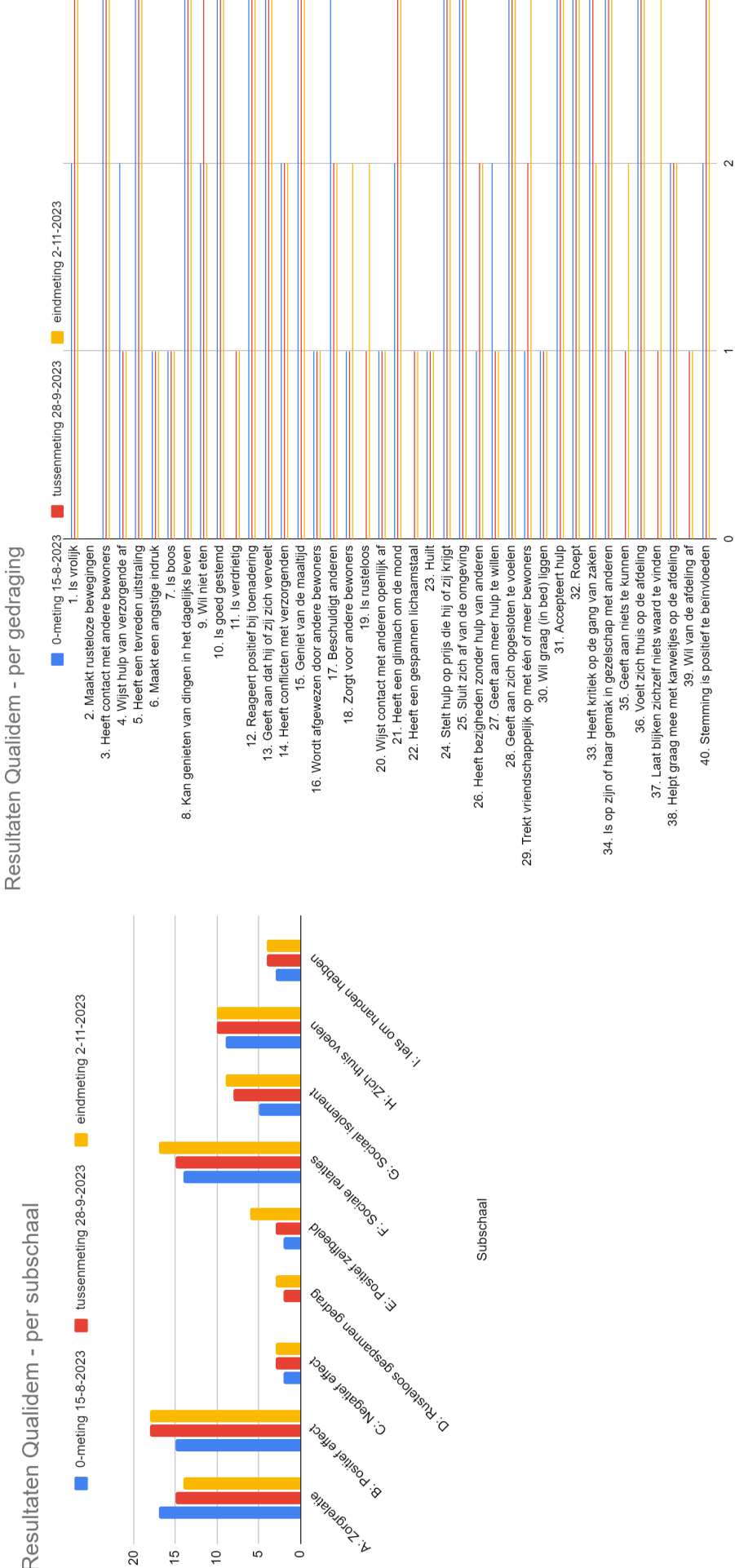
In figuur 4 zijn de resultaten van de drie meetmomenten weergegeven. Waarbij links de onderdelen uit de vragenlijst staan weergegeven en rechts de frequentie die is waargenomen. De frequentie kon gescoord worden op een schaal van 0 tot 3.

De beoordelingsschaal voor de gedragingen is als volgt:

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

Per item worden verschillende scores toegekend. Deze worden vervolgens per subschaal opgeteld. Hoe hoger de score, des te hoger is de kwaliteit van leven.

Figuur 4. Resultaten Qualidem



Analyse van de resultaten

Wanneer de 0-meting (blauwe lijn) met de eindmeting (gele lijn) wordt vergeleken is bij 8 van de 9 subschalen een verbetering te zien. Bij de eindmeting is zelfs geen sprake meer van *D. Rusteloos gespannen gedrag*.

Bij subschaal *A. Zorgrelatie* is een verslechtering van de kwaliteit van leven te zien. Dit heeft te maken met dat de bewoner de hulp van een verzorgende vaker afwees en anderen af en toe beschuldigde. Opvallend is dat *I. Iets om handen hebben* nagenoeg gelijk is gebleven. Dit is te verklaren doordat het lopen over de gangen plaatsgemaakt heeft voor andere (plezierige/betekenisvolle) activiteiten zoals het bezig zijn met de pop.

Ook opvallend is dat er tijdens de tussenmeting (6 weken na de start van de interventie) al verbetering te zien was in de kwaliteit van leven. Toen was er al een verbetering zichtbaar bij 8 van de 9 subschalen.

8.3 HOW

HOW staat voor Handleiding Observatie Wil-subsysteem. Het brengt de motivatie, waarden, interesses en persoonlijke effectiviteit van de geobserveerde in kaart. Het zegt wat over het betekenisvol handelen in relatie tot verschillende omgevingscontexten (De Las Heras et al, 1999).

De HOW heb ik afgenomen door middel van gestandaardiseerde observaties op twee momenten gedurende 2 sessies: als 0-meting voorafgaand aan de interventie en aan het einde van de onderzoeksperiode. Om ervoor te zorgen dat de observaties zo goed mogelijk met elkaar vergeleken konden worden, is gebruikgemaakt van dezelfde factoren (dezelfde setting, tijd en vaste personen) gedurende de geobserveerde sessies (meetmomenten).

De HOW is voor dit onderzoek afgenomen met als doel het in kaart brengen van mogelijke verschillen in motivatie en wil door middel van de interventie gedurende de onderzoeksperiode.

En daarnaast om te achterhalen of er verschil waargenomen zou worden in de mate waarin de bewoner voor haar betekenisvolle handelingen uitvoert voor en na het uitvoeren van de interventie.

In figuur 5 zijn de resultaten van de twee meetmomenten van de 2 sessies weergegeven.

Sessie 2 van de eindmeting geeft geen resultaten omdat de bewoner deze sessie niet wilde doen (namelijk het wandelen over het loopcircuit).

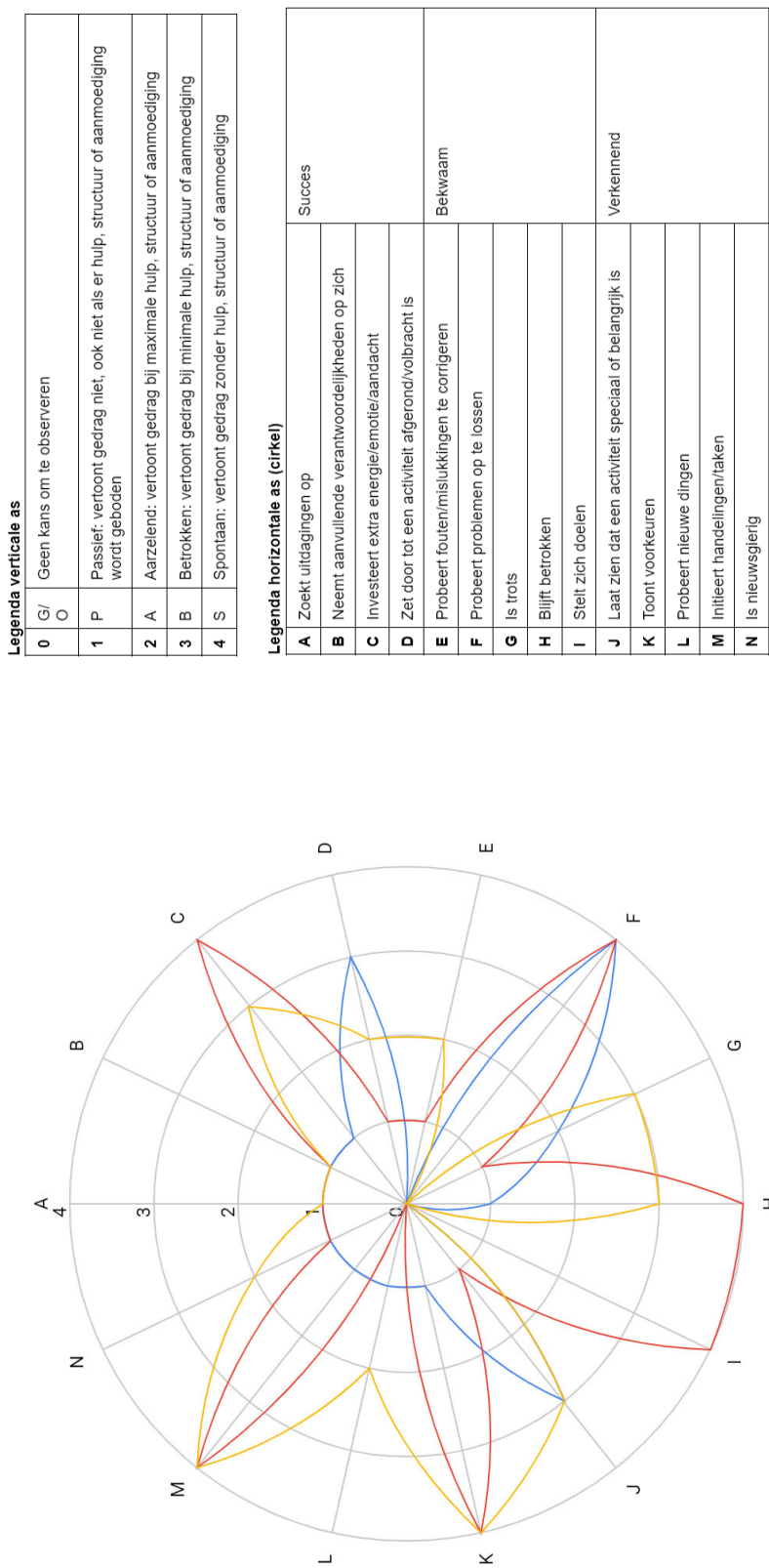
Hoe hoger het getal, des te minder heeft de bewoner hulp nodig.

De mate van het tonen van de gedragingen (de letters in de figuur) geven het niveau van de wil aan. Hoe hoger (letter N naar A), hoe meer het gevoel van kunde en controle toenemen.

Figuur 5. Resultaten HOW

Resultaten HOW

— 0-meting sessie 1 6-6-2023 — 0-meting sessie 2 6-6-2023 — eindmeting sessie 1 4-11-2023 — eindmeting sessie 2 4-11-2023



Analyse van de resultaten

Wanneer sessie 1 vergeleken wordt met de 0-meting (blauwe lijn) en de eindmeting (gele lijn) is te zien dat de bewoner op bijna alle items minder hulp nodig heeft bij de eindmeting dan bij de 0-meting. Ook gaf zij beter aan wat zij wilde doen en hoefde hierin minder gestuurd te worden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de interventie een positief effect heeft op de wil/motivatie van de bewoner. Dit komt tevens overeen met de bevindingen tijdens de interventiemomenten (zie [bijlage 4](#)).

Sessie 2 is tijdens de eindmeting niet uitgevoerd omdat de bewoner dit niet wilde. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de bewoner geen behoefte had om te gaan lopen. Dit is positief omdat het probleemgedrag zich juist uitte in loopdrang. De drang/behoefte was er tijdens de eindmeting niet (meer). In plaats daarvan was de duur van sessie 1 langer. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de bewoner de activiteit die zij zelf mocht bepalen langer volhield.

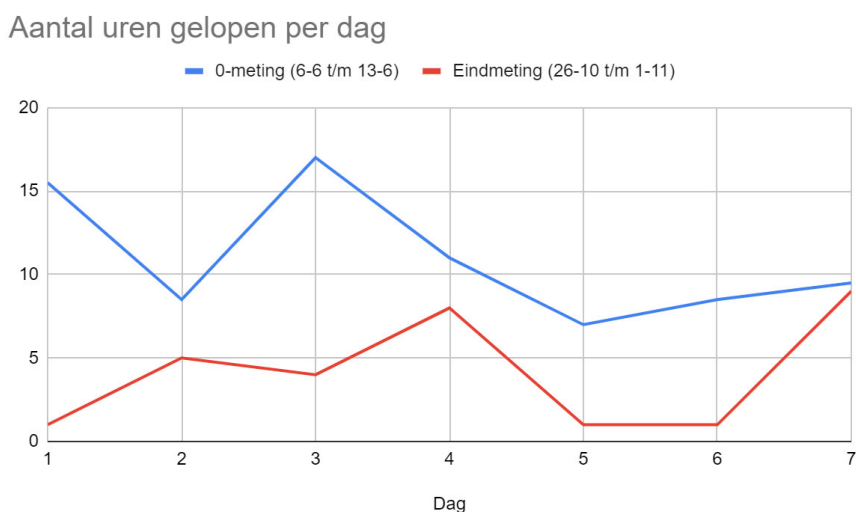
8.4 Dagindeling

Om het aantal uren dat de bewoner loopt per dag in kaart te brengen, heb ik de dagindeling gedurende een week bijgehouden. Dit heb ik gedaan door de dagindeling met nadruk op het aantal uur lopen bij te laten houden door de zorgmedewerkers. De zorgmedewerkers rapporteerden dit in het elektronisch cliënten dossier nadat ik hen hierover had geïnformeerd. Vervolgens zette ik de gegevens in een tabel om het aantal uren dat de bewoner had gelopen te berekenen. Ontbrekende of onduidelijke gegevens vroeg ik na (dit kwam 2 maal voor bij de 0-meting en 1 maal bij de eindmeting).

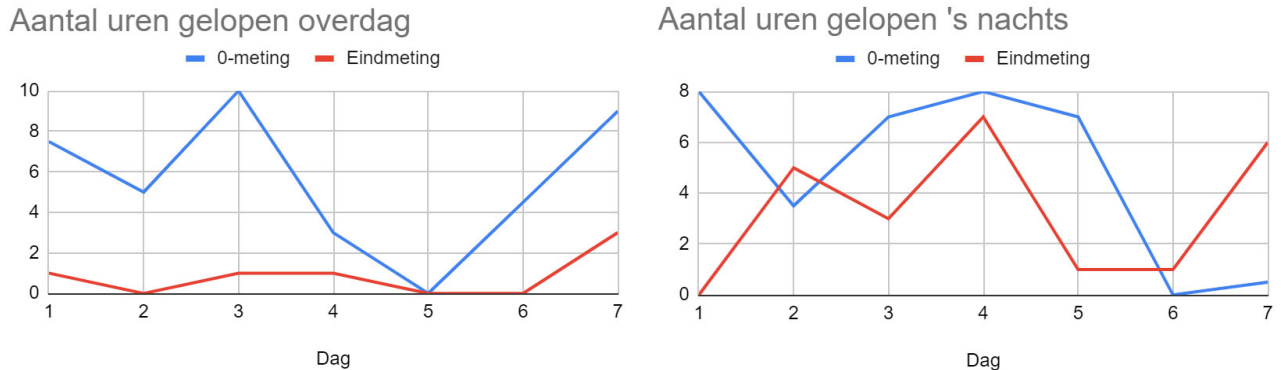
Het bijhouden van de dagindeling is op twee momenten uitgevoerd, namelijk voordat de interventie werd uitgevoerd (0-meting) en bij de afronding van de onderzoeksperiode (eindmeting).

Het bijhouden van de dagindeling had als doel om in kaart te brengen of het aantal uren dat de bewoner liep verminderd werd door de interventie. En daarnaast om eventuele bijzonderheden die van invloed zijn op het lopen te kunnen achterhalen.

Figuur 6. Resultaten Aantal uren gelopen per dag



Figuur 7. Aantal uren gelopen per dag overdag en 's nachts



Analyse van de resultaten

Wanneer de 0-meting met de eindmeting wordt vergeleken, zie je dat de bewoner gemiddeld ruim 60% minder is gaan lopen. Gemiddeld 11 uur ten opzichte van 4 uur tijdens de eindmeting. Waarbij het tijdens de 0-meting fluctueerde tussen de 7 en 17 uur per dag, fluctueerde het aantal uren lopen tijdens de eindmeting tussen de 1 en 9 uur per dag.

Opvallend was tijdens de eindmeting dat er dagen waren dat de bewoner nauwelijks liep (maximaal 1 uur), afgewisseld met dagen van 9 uur. Wanneer je inzoomt op de verdeling over de dag, valt het op dat het aantal uren lopen voornamelijk in de nacht plaatsvindt (zie figuur 7).

Gemiddeld liep de bewoner ruim 3 uur per nacht op een gemiddelde van 4 uur over de gehele dag tijdens de eindmeting. Tijdens de 0-meting was dit gemiddeld 5,5 uur per nacht op een gemiddeld van 11 uur per dag.

Een mogelijke verklaring voor het grote verschil in lopen overdag en 's nachts tijdens de eindmeting is dat er op die momenten een invalkracht aanwezig was. Zoals ook tijdens het [uitvoeren van de interventie](#) naar voren kwam is dat op die dagen de bewoner minder goed naar bed te begeleiden is en zij minder goed op het avondritueel reageert als gevolg van een onbekend gezicht. Het toepassen van een passend avondritueel bij de bewoner is tijdens de onderzoeksperiode geïntroduceerd als onderdeel van de ergotherapeutische behandeling, waarbij de pop een belangrijk onderdeel was.

Het aantal uren dat de bewoner overdag liep, verminderde wel constant. Van 3 tot 9 uur en gemiddeld 5,5 uur lopen overdag tijdens de 0-meting naar 0 tot 3 uur en gemiddeld bijna 1 uur lopen overdag tijdens de eindmeting.

8.5 Overige resultaten

Naast de gemeten resultaten zijn er resultaten waargenomen die niet gemeten zijn. Tijdens de onderzoeksperiode was ik regelmatig op de woning en de locatie aanwezig om met eigen ogen te zien hoe het met de uitvoering van de interventie ging en om korte lijnen te onderhouden met de zorgmedewerkers, familie en andere behandelaren die ook mijn ogen en oren waren. Daardoor kon ik onduidelijkheden bij het cliëntsysteem snel wegnemen maar zag ik ook de interactie van de bewoner met anderen.

De volgende factoren nam ik waar.

- De pop werd regelmatig als afleidingstechniek ingezet wanneer de bewoner een andere bewoner vastpakte of wanneer zij opgehaald werd vanaf de wandelgangen naar de eigen woning (om bijvoorbeeld te eten). Wanneer de pop werd aangeboden, liet de bewoner de ander direct los of kwam zij direct mee terug naar de woning. Voor het uitvoeren van de interventie was hier geen sprake van en lukte het daardoor regelmatig niet om de bewoner te kalmeren terwijl zij iemand vastpakte of kwam zij niet mee terug naar de woning.
- De communicatie van de bewoner verbeterde. Dit was te merken aan dat je makkelijker contact met haar kon maken doordat zij reageerde op wat je zei of zij reageerde op gesprekken/gebeurtenissen in de omgeving. Zij maakte makkelijker contact en nam hierin

ook zelf initiatief met andere bewoners, zorgmedewerkers en haar familie. Dit deed ze voor de interventie nauwelijks.

- Het handelen van de bewoner verbeterde tijdens de 1 op 1 momenten tijdens het verzorgen van de pop. De bewoner was in staat om handelingen die zij niet meer uitvoerde weer uit te voeren, zoals het aan- en uittrekken van de kleertjes van de pop en knoopjes dichtmaken. Het zelfstandig uitvoeren van deze handelingen (eventueel met stimulatie of hulp bij het starten van de handeling) geeft de bewoner haar gevoel van eigenwaarde terug doordat zij betekenisvol handelt.
- De kleinkinderen van de bewoner kwamen niet meer op bezoek als gevolg van eerdere slechte ervaringen in de thuissituatie. Gedurende de onderzoeksperiode durfde men dit weer aan door het positieve gedrag dat de bewoner liet zien naar de pop die de bewoner zag als haar kind.
- De interventie had ook effect op andere bewoners. Dit was te merken aan dat enkele andere bewoners ook een pop wilden. Zij namen bijvoorbeeld de pop van de bewoner mee als zij haar in de wandelgangen had neergelegd. Of zij zagen de verschillende poppen die voor het onderzoek verzameld waren en reageerden daar enthousiast op. Daarbij zag je dezelfde reactie als bij de bewoner, namelijk van onrustig gedrag (lopen, zoeken, roepen of huilen) naar tevreden en kalm.
- De zorgzwaartelast van de verzorgenden daalde. Waar de verzorgende de zorg voor de bewoner voor de interventie als zwaar ervoerden, vanwege het claimende gedrag, vonden zij dit aan het einde van de onderzoeksperiode niet meer.
- De klachten die de bewoner voor de interventie ervoerde (pijn in haar voeten en vermoeidheid) zijn verminderd. De bewoner geeft nauwelijks meer pijn aan, aan haar voeten en is zichtbaar minder vermoeid.

Deze factoren zijn tevens terug te lezen bij de interventiemomenten in [bijlage 4](#).

9. Conclusie

Het doel van het N=1 onderzoek was om te onderzoeken of poppentherapie het probleemgedrag (de (motorische/nachtelijke) onrust, het dwangmatig handelen en het vastpakken van anderen) verminderde, het betekenisvol handelen en de kwaliteit van leven verbeterde binnen 12 weken.

In dit onderzoek is de effectiviteit van poppentherapie als onderdeel van de ergotherapie behandeling onderzocht. De nadruk lag op het verminderen van de loopdrang (waarbij de onrust en het dwangmatige handelen samen kwamen) en het toevoegen van plezierig/betekenisvol handelen.

Er kan geconcludeerd worden dat het doel is behaald. De onrust, het dwangmatig handelen en het vastpakken van anderen zijn sterk verminderd en de kwaliteit van leven is verbeterd door middel van poppentherapie. Daardoor had de bewoner de rust om weer een activiteit van waarde te ondernemen.

Per subdoel zal hieronder een conclusie gegeven worden.

1. "De bewoner heeft minder drang om urenlang te lopen (motorische onrust) en daarbij tegels te tellen (dwangmatig handelen)"

De motorische onrust is gemeten door middel van het bijhouden van de dagindeling. Het aantal uren lopen is gemiddeld met ruim 60% per dag gedaald. Tevens werd gemeten dat de loopdrang overdag meer verminderde dan 's nachts. Overdag werd een daling van gemiddeld 80% gemeten en 's nachts een daling van gemiddeld 30%. Er kan dus geconcludeerd worden dat de poppentherapie meer invloed heeft op de onrust overdag en in mindere mate op de nachtelijke onrust.

De vermindering in loopdrang werd ook zichtbaar tijdens de eindmeting van de wil en motivatie van de bewoner. De bewoner had namelijk niet meer de behoefte om te gaan wandelen.

Het dwangmatig handelen is gemeten door middel van de CMAI, gedraging 26. *Telkens herhalende gedragingen*. Dit is verminderd van meerdere keren per uur naar 1 à 2 keer per week.

2. "De bewoner pakt geen andere bewoners meer vast"

Het vastpakken van anderen is gemeten door middel van de CMAI, gedraging 9. *Anderen vastpakken*. Dit is verminderd van meerdere keren per week naar minder dan eens per week.

Daarnaast is de duur van het vastpakken verminderd doordat de bewoner op het moment dat zij een andere bewoner vastpakte snel kon worden afgeleid door de pop aan te bieden.

3. "De bewoner heeft minder de behoefte om zorgmedewerkers aan te klampen"

Het meten van het aanklappen van zorgmedewerkers is gedaan door middel van de CMAI, gedraging 5. *Voortdurend, buitensporig vragen om aandacht of hulp*. Dit is verminderd van meerdere keren per dag naar nooit.

Als gevolg van deze vermindering ervaren de zorgmedewerkers een minder grote zorgzwaartelast bij de bewoner.

4. "De bewoner heeft meer rust om een activiteit of handeling die van waarde is voor haar uit te voeren en deze langer vol te houden"

Dit is gemeten door middel van de HOW. Uit deze meting van de wil en motivatie kwam naar voren dat de bewoner duidelijker kan aangeven wat zij wil en hier minder hulp bij nodig heeft. Ook kan zij langer een voor haar betekenisvolle activiteit of handeling uitvoeren.

5. "Het algemeen mentaal welbevinden van de bewoner is verbeterd"

Dit is gemeten door middel van de Qualidem. De kwaliteit van leven is verbeterd op 8 van de 9 subschalen. Op één schaal is een verslechtering waargenomen, namelijk *Zorgrelatie*. Daarentegen is er van één schaal geen sprake meer, namelijk *Rusteloos gespannen gedrag*, wat het hoofdprobleem van deze bewoner was.

Naast bovenstaande conclusies zijn er meer effecten waargenomen. Uit de observaties bleek dat de communicatie en interactie met anderen (familie, medebewoners, zorgmedewerkers) verbeterde, het uitvoeren van bepaalde handelingen verbeterde (zoals het aan- en uittrekken van de kleertjes van de pop) en de pijn die de bewoner had in haar voeten en de vermoeidheid waren verminderd. Bijkomend effect van de interventie was dat de aanwezigheid van poppen ook een positieve reactie uitlokte bij andere bewoners met motorische onrust.

10. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een kritische analyse gedaan van de betekenis, het belang en de relevantie van de gevonden onderzoeksresultaten. Daarnaast wordt gereflecteerd op de beperkingen en implicaties van de getrokken conclusies.

Het doel van het N=1 onderzoek was om te onderzoeken of poppentherapie het probleemgedrag (de (motorische/nachtelijke) onrust, het dwangmatig handelen en het vastpakken van anderen) verminderde, het betekenisvol handelen en de kwaliteit van leven verbeterde binnen 12 weken.

In dit onderzoek is de effectiviteit van poppentherapie als onderdeel van de ergotherapie behandeling onderzocht. De nadruk lag op het verminderen van de loopdrang (waarbij de onrust en het dwangmatige handelen samen kwamen) en het toevoegen van betekenisvol handelen.

10.1 De resultaten

De onderzoeksresultaten komen overeen met bewijs uit de systematic review van Martín-García et al. (2022). Het vermindert de onrust en agitatie, het levert een positieve toename in communicatie en het gevoel van waardering door voor de pop te mogen zorgen. De mogelijke verklaring hiervoor is dat de aanbevelingen die gedaan worden in de literatuur (Lary-Waller, J., 2020; Mitchell, G. (2016) voor het uitvoeren van poppentherapie zijn aangehouden bij het opzetten van dit onderzoek. Zoals het voorbereiden en uitvoeren op methodologische wijze, door eerst het cliëntsysteem te informeren en te instrueren, bij de introductie van de pop verschillende poppen te nemen die op echte baby's lijken en de bewoner zelf te laten kiezen, de pop herhaaldelijk aan te bieden en in te zetten op het coachen van de zorgmedewerkers hierbij en tenslotte de verzorging van de pop als onderdeel van de poppentherapie te zien.

Eén onderdeel dat werd aanbevolen door Martín-García et al. (2022) is niet opgevolgd. Namelijk de laatste fase van het zesfasenprotocol; het verwijderen van de pop. Hier is tijdens dit N=1 onderzoek niet voor gekozen omdat de (positieve) invloed van de pop heel duidelijk was en daarnaast de bewoner de pop niet altijd bij zich had. Zodra bijvoorbeeld de pop aan de bewoner werd getoond wanneer zij geagiteerd was naar een andere bewoner en zij de pop niet bij zich had, verlegde dit haar aandacht direct naar de pop en was de geagiteerdheid (zoals het vastpakken van anderen) verdwenen. Dit kan verklaard worden door de afleidingstechniek die hier is ingezet. Dit komt overeen met onderzoek dat door Gormley et al. (2001) is gedaan naar een gedragsmanagementprogramma voor mantelzorgers tegen agressief gedrag van hun naaste met dementie. Eén van de conclusies uit dat onderzoek was een individueel afgestemde gedragsinterventie met onder andere afleidingstechnieken.

De opzet voor het uitvoeren van de interventie is ook vanuit ergotherapeutisch oogpunt bepaald. Er is daarom niet alleen gekeken naar het verminderen van het probleemgedrag maar ook op welke manier kan de interventie op een betekenisvolle manier geïmplementeerd worden bij de bewoner. Dit is gedaan door de verzorging van de pop samen met de bewoner te doen en hierbij aan te sluiten bij de interesses en waarden van de bewoner. Waarbij het zelfstandig uitvoeren van de handelingen werd gestimuleerd voor meer gevoel van eigenwaarde en het betekenisvol (functioneel) bezig zijn met de activiteit. Dit komt overeen met de literatuur uit het EDOMAH-programma van Graff et al. (2010) en de Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel van Rasquin & Van Heugten (2007).

Tijdens het onderzoek is een nieuw inzicht opgedaan met betrekking tot het effect van poppentherapie op de bewoner. Het handelen van de bewoner verbeterde namelijk tijdens de verzorgingsmomenten met de pop. De bewoner was in staat om bepaalde handelingen (aan- en uittrekken van de kleertjes en de kleertjes wassen) zelfstandig uit te voeren. Dit kon zij voor de interventie niet als gevolg van de apraxie. Dit nieuwe inzicht komt overeen met de verwachtingen. Tijdens de verzorgingsmomenten werd namelijk een beroep gedaan op het lerend vermogen van de bewoner ((Op)nieuw geleerd, oud gedaan, 2023). Door middel van herhaling en het aansluiten bij de interesse en de waarde die de bewoner hecht aan de activiteit kunnen handelingen weer (uit het geheugen) opgehaald en ingeslepen worden. De pop was hierin een middel om dit te bereiken.

10.2 Validiteit van het onderzoek

Validiteit geeft inzicht in de mate waarin een meetinstrument het doel beantwoordt: is dat wat wordt gemeten werkelijk datgene dat u wilt meten? (Velde et al., 2018).

De CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) meet de mate van probleemgedrag bij oudere mensen die wonen in een verpleeghuis (Cohen-Mansfield, 1991). Deze vragenlijst is ontwikkeld voor de doelgroep van de bewoner in dit onderzoek, namelijk oudere mensen die wonen in een verpleeghuis. Het was dus het meest passende meetinstrument om het verschil in probleemgedrag van voor en na de interventie te meten. Tevens is de werkwijze aangehouden zoals in de literatuur is aanbevolen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er is gemeten wat er gemeten moest worden. Het is echter geen ergotherapeutisch meetinstrument, maar kan wel goed gebruikt worden. Het zegt namelijk iets over het resultaat van de interventie; is er verschil waar te nemen in de gedragingen die in de [hulpvraag](#) beschreven staan, als gevolg van de interventie.

De Qualidem meet de kwaliteit van leven bij mensen met lichte tot ernstige dementie die wonen in een verpleeghuis. De vragenlijst is ontwikkeld specifiek voor de doelgroep van de bewoner in dit onderzoek, namelijk verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen bij mensen boven de 65 jaar met lichte tot ernstige dementie (Global Deterioration Scale 2 tot en met 6). Het meetinstrument is tevens beoordeeld op voldoende betrouwbaarheid en voldoende ondersteuning voor validiteit voor gebruik in onderzoek en ter evaluatie van innovaties in zorgbeleid en -praktijk bij mensen met lichte tot zeer ernstige dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen (Ettema et al., 2005). Daaruit kan geconcludeerd worden dat er is gemeten wat er gemeten moest worden. Ondanks dat het geen ergotherapeutisch meetinstrument is, is het wel een geschikt instrument meetinstrument om te gebruiken. Het zegt namelijk ook iets over het resultaat van de interventie; verbetert het welbevinden, wat ook onderdeel van het [vraagstuk](#) is, als gevolg van de interventie.

De HOW is officieel geen meetinstrument maar een ergotherapeutisch observatie-instrument. De vraag is daarom of er wel gemeten is wat er gemeten moest worden. Volgens Velde et al. (2018) zijn de observaties wel geschikt voor het verzamelen van data omdat de observaties gestandaardiseerd zijn. Daarom kunnen er wel conclusies getrokken worden.

Het bijhouden van de dagindeling is gedaan met als doel het in kaart brengen van het aantal uren lopen per dag en het kunnen beoordelen van eventuele bijzonderheden die van invloed waren op het lopen. Er is niet gekozen om deze informatie te verzamelen door middel van registratielijsten omdat ik de zorgmedewerkers geen extra werk wilde geven. Voor de validiteit was dit wel beter geweest, omdat het gestandaardiseerd is en er daardoor een minder grote kans is op dat informatie wordt vergeten te noteren. Een andere methode die ik had kunnen gebruiken is het bijhouden van het aantal uren lopen door middel van turven. Het nadeel hiervan is echter dat er geen aanvullende informatie wordt verkregen die mogelijk wat kan zeggen over de oorzaak van het lopen.

De keuze voor het bijhouden van de dagindeling is passend, omdat het direct het resultaat weergeeft van een belangrijk onderdeel uit de hulpvraag, namelijk het verminderen van het lopen. Met als aanvullende informatie het achterhalen van eventuele bijzonderheden die van invloed zijn op het lopen.

De positieve toename in communicatie met anderen (mede-bewoners, zorgmedewerkers en familie) is subjectief waargenomen door het hele cliëntsysteem. Dit effect is echter niet gemeten omdat dit een neven-effect is dat van tevoren niet verwacht werd. Het komt echter wel overeen met de literatuur. Martín-García et al. (2022) vonden door middel van een systematische review namelijk drie onderzoeken waarbij een hoger aantal interacties met de omgeving plaatsvond, waardoor het sociale contact en de communicatie toenam. Dit werd ook gezien tijdens dit onderzoek.

10.3 Beperkingen van het onderzoek

Naast de genoemde beperkingen in [paragraaf 10.2](#) met betrekking tot de validiteit van de HOW en de dagindeling, waren er enkele beperkingen aan de uitvoering van het onderzoek.

Door Martín-García et al. (2022) wordt aanbevolen om een follow-up te doen na 6 maanden omdat er dan mogelijk nog meer voordelen zijn behaald. In het kader van deze afstudeeropdracht was dit echter niet mogelijk, vanwege de (beperkte) tijdsduur. Daarnaast is de keuze gemaakt om de meetinstrumenten CMAI en Qualidem op drie meetmomenten uit te voeren (tijdens de 0-, tussen-

en eindmeting). De HOW en het aantal uren lopen zijn uitgevoerd op twee meetmomenten (tijdens de 0- en eindmeting). Hiervoor is gekozen vanwege de grote tijdsinvestering van deze methoden. Echter, had het mogelijk meer over de resultaten gezegd als de laatste twee ook tijdens de tussenevaluatie waren afgenomen. Er waren bij de CMAI en Qualidem namelijk bij de tussenevaluatie al duidelijke veranderingen zichtbaar, die bijna vergelijkbaar waren aan die van de eindmeting.

Naast de beperkingen waren er tijdens de uitvoering van de interventie ook problemen die mogelijk van invloed zijn geweest op de resultaten.

Gedurende de onderzoeksperiode was er namelijk regelmatig sprake van onderbezetting waardoor invalkrachten werden ingezet. Dit had invloed op het gedrag van de bewoner, voornamelijk bij het adequaat (kunnen) uitvoeren van de vaste slaapmethode. De invalkrachten waren nieuwe gezichten voor de bewoner, waardoor er geen sprake was van een vertrouwensband. Een vertrouwensband is echter essentieel voor het creëren van de juiste voorwaarden voor het uitvoeren van de vaste slaapmethode van de bewoner (Verenso, 2018).

In die periode draaide de bewoner het dag-nachtritme om en was het aantal uren dat de bewoner liep hoger. Dit kan verschillende mogelijke oorzaken hebben. Het gedrag kan beïnvloed zijn door de nieuwe gezichten van de invalkrachten. Maar het progressieve karakter van de dementie kan ook een beïnvloedende factor zijn geweest (Verenso, 2018). Ook gebeurtenissen gedurende de dag kunnen invloed hebben gehad op het gedrag van de bewoner. In 2 weken tijd waren er bijvoorbeeld 3 overlijdensgevallen op de woning van de bewoner. Dit zorgde voor veel reuring en een meer negatieve sfeer waar de bewoner gevoelig voor is. Zij heeft dan de neiging om weg te lopen.

Het doen van een N=1 onderzoek kan gezien worden als een beperking omdat de conclusie alleen voor deze ene bewoner geldt en het niet gegeneraliseerd kan worden (Bouter & Van Dongen, 2006). Echter bood de gebruikelijke zorg onvoldoende een oplossing voor deze specifieke casus. Door gebruik te maken van een N=1 onderzoek kon er maatwerk geleverd worden en kon deze bewoner en haar cliëntsysteem geholpen worden. Daarnaast is voldaan aan de drie voorwaarden om het effect van een behandeling bij een individuele patiënt te kunnen vaststellen door middel van een N=1 onderzoek. Volgens Bouter & Van Dongen (2006) zijn die voorwaarden: 1. de aandoening dient chronisch te zijn en de toestand van de patiënt relatief stabiel (dit was het geval, ondanks het progressieve ziektebeeld vanwege de relatief korte onderzoeksperiode), 2. het beoogde effect van de behandeling (indien aanwezig) moet vrij snel zichtbaar worden (dit was het geval, zoals te zien is aan de tussenmeting en de eerste rapportages) en 3. het effect dient na staken van elke behandeling weer snel geheel te verdwijnen (dit was het geval wanneer de bewoner de pop niet bij zich had).

11. Aanbevelingen & Suggesties voor verder onderzoek

11.1 Aanbevelingen

Hieronder volgt een opsomming van aanbevelingen die ik de organisatie doe vanwege het positieve effect dat de interventie heeft op de bewoner. Maar ook vanwege het effect dat de aanwezigheid van poppen op de locatie had op andere (onrustige) bewoners.

- Om de andere behandelaren op de locatie te informeren over de interventie heb ik een presentatie gegeven met praktische informatie over de uitvoering. Het advies is om dit elke 2 jaar te herhalen zodat ook nieuwe medewerkers op de hoogte zijn en dat dit geborgd wordt.
- Vanwege het succes op deze locatie heb ik de vakgroep Ergotherapie ook geïnformeerd over de interventie door middel van een presentatie. Met als doel dat ook zij deze interventie kunnen implementeren op hun locatie. Het advies is om ook binnen de vakgroep dit te laten terugkomen (bijvoorbeeld tijdens de intervisiebijeenkomsten) zodat nieuwe medewerkers hier ook van op de hoogte zijn.
- Tijdens het uitvoeren van de interventie bleek het inzetten van een vrijwilliger een succes. Zowel voor de vrijwilliger als voor de zorgzwaartelast van de zorgmedewerkers is het winst. Het advies is daarom om een pool van vrijwilligers te creëren die hier affiniteit mee hebben. Zodra het nodig is kunnen zij benaderd worden. Dit is mogelijk met hulp van de vrijwilligerscoördinator van de locatie.

11.2 Suggesties voor verder onderzoek

Omdat ik niet alles tijdens mijn N=1 onderzoek heb kunnen onderzoeken en ik daarnaast benieuwd ben wat de meerwaarde van de rol van de ergotherapeut is, doe ik hierbij enkele suggesties voor verder onderzoek.

- Onderzoeken wat het effect is van de scholing aan het cliëntsysteem over de poppentherapie en of hiermee de implementatie beïnvloed (versneld/verbeterd) kan worden.
- Onderzoeken wat het specifieke effect is van de 1 op 1 momenten tijdens het verzorgen van de pop. Is het de verzorging van de pop wat zorgt voor een gevoel van meerwaarde en betekenisvol handelen of geeft het 1 op 1 contact alleen al het positieve gevoel en kan het verzorgen van de pop vervangen worden door andere activiteiten.
- Onderzoeken wat het effect van de poppentherapie is op andere doelgroepen, zoals mannen (hier is niet specifiek onderzoek naar gedaan) of mensen met dementie met andere normen en waarden (cultuur).
- Onderzoeken wat het effect is van het meer betrekken van familie of andere naasten op de uitvoering van de poppentherapie.

Nawoord

Na de afronding van mijn afstudeeropdracht eindigde de interventie niet. De uitvoering ervan werd voortgezet onder begeleiding van één van mijn praktijkbegeleiders. Daarnaast werd wegens het succes de interventie ingezet bij meerdere bewoners met hetzelfde type probleemgedrag (onrust en agitatie). Ook bij deze bewoners bleek het een succes. De onrust daalde en de bewoners ervaren meer geluismomenten.

Om meer mensen te informeren over deze interventievorm is dit via meerdere kanalen gedeeld. Onder andere:

- [Website en Social Media van Kennemerhart](#)
- [Website van Topcare](#)
- [Haarlems Dagblad](#)

Literatuurlijst

- Allen, C. K., S., Austin, L., David, S. K., Earhart, C. A., McCraith, D. B., & Riska-Williams, L. (2007). *Manual for the Allen Cognitive Level Screen-5 (ACLS-5)*. Camarillo, CA, USA: ACLS and LACLS Committee.
- Alzheimer Nederland. *De plek van dementie in de hersenen*. Geraadpleegd op 6 juni 2023, van <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/plek-dementie-hersenen>.
- Aubèl, G. F. (2018). *Kwaliteitszorg: ZorgBasics*.
- Baaijen, R., Boon, J. Tigchelaar, E., & Pol, M.C. (2008). *Occupational Performance History Interview-II NL*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Expertise Centrum Ergotherapie.
- Bouma-Wepster, J.M., Langelaan, M., & Wissels-Dik, M.G. (2016). *Richtlijn Verslaglegging Ergotherapie*. Utrecht: Ergotherapie Nederland.
- Bouter, L., & Van Dongen, M. (2006). *Epidemiologisch onderzoek: Opzet en interpretatie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Rockville, Maryland: The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.
- COPM. (2023). Geraadpleegd op 6 juni 2023, van <https://www.thecopm.ca/>
- Dementia Doll Therapy | Dr Gary Mitchell*. (2022, 27 juli). Elder. <https://www.elder.org/the-elder/doll-therapy-controversial-intervention-people-living-with-dementia/>.
- De Las Heras, C. G., Geist, R., & Kielhofner, G. (1999). *Handleiding observatie Wil-subsysteem (HOW)*. (C. Thomas, A. Kinébanian, M. Ensing, L. Hokken, & K. Petersen, Trans.). Amsterdam: Innovatiecentrum model of human occupation.
- Ettema, T., De Lange, J., Dröes, R.M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). *Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gormley, N. (2001). *Behavioural management of aggression in dementia: a randomized controlled trial*. Age And Ageing, 30(2), 141–145. <https://doi.org/10.1093/ageing/30.2.141>
- Graff, M., Van Melick, M., Thijssen, M., Verstraten, P., & Zajec, J. (2010). *Ergotherapie bij ouderen en dementie en hun mantelzorgers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hunnink, G. H., Van der Bijl, J. J., Leenaarts-Gunnewijk, E., Cusveller, B. S., Van Linge, R. H., & Van Swieten-Duijfjes, E. (2000). *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. In Beoordelingscriteria voor onderzoeksartikelen. (1st ed., pp. 172–173). Utrecht/Zutphen, Nederland: ThiemeMeulenhoff.
- Institute for Positive Health. *Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 13 juni 2023, van <https://www.iph.nl/>.
- Kennemerhart. *Overspaarne*. (2023). Geraadpleegd op 22 mei 2023, van <https://www.kennemerhart.nl/locaties/woonzorgcentrum-overspaarne-haarlem/>
- Kuiper, C. (2016). Evidence-based practice voor paramedici. Den Haag: Boom. Hoofdstuk 2 en 3. Hulpmiddelenwijzer (2019). *Hulpmiddelen*. Geraadpleegd op 18-6-2019, van <https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/hulpmiddelen/bij/in-beweging>.
- Lary-Waller, J. (2020). Implementation of Doll Therapy for Agitated Residents with Dementia. *Doctor of Nursing Practice (DNP) Translational and Clinical Research Projects*. 38.
- Martín-García, A., Corregidor-Sánchez, A., Fernández-Moreno, V., Alcántara-Porcuna, V., & Criado-Álvarez, J. J. (2022). Effect of doll therapy in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: a Systematic review. *Healthcare*, 10(3), 421. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030421>.
- Mbakile-Mahlanza, L., Van Der Ploeg, E. S., Busija, L., Camp, C. J., Walker, H., & O'Connor, D. W. (2019). A cluster-randomized crossover trial of montessori activities delivered by family carers to nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 32(3), 347–358. <https://doi.org/10.1017/s1041610219001819>.
- Meetinstrumenten in de zorg. (2020, 4 februari). *Home – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/>.
- Mitchell, G. (2016). *Doll therapy in dementia care: Evidence and Practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- NZa. (2007). *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten*. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-26631-221-b1.pdf>

- Prins, A. J., Scherder, E. J. A., Van Straten, A., Zwaagstra, Y., & Milders, M. (2020). *Sensory Stimulation for Nursing-Home Residents: Systematic Review and Meta-Analysis of its Effects on*.
- (Op)nieuw geleerd, oud gedaan. (2023). *Over het lerend vermogen*. Geraadpleegd op 29 augustus 2023, van <https://www.opnieuwgeleerdoudgedaan.nl/c/over-het-lerend-vermogen>
- Rasquin, S.M.C., & Van Heugten, C.M. (2007). *Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel*. Consortium Cognitieve Revalidatie.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., and Crook, T. (1982) The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Sleep Quality and Rest-Activity rhythm in Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(3), 219–234. <https://doi.org/10.1159/000509433>.
- Topcare. (2023). *Kennemerhart*. Geraadpleegd op 20 mei 2023, van <https://www.topcare.nl/deelnemers/kennemerhart>.
- Van der Kooij, C. (2023). *Dementie*. Cora van der Kooij. Geraadpleegd op 6 juni 2023, van <http://coravanderkooij.com/dementie>
- Van Gils, P. F., Schoemaker, C. G., & Polder, J. J. (2013, 13 november). *Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten?* NTVG. <https://www.ntvg.nl/artikelen/hoeveel-mag-een-gewonnen-levensjaar-kosten>
- Velde, E. G., Jansen, P. G. W., & Dijkers, J. S. E. (2018). *Praktijkgericht onderzoek: opzetten, uitvoeren, analyseren en rapporteren*.
- Verenso. (2018). *Probleemgedrag bij mensen met dementie*. Geraadpleegd op 6 juni 2023, van <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
- Verhoef, J. & Zalmstra, A. (2017). Model Of Human Occupation (MOHO). In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Reds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (5e herziene druk, p. 357-372). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wilfling, D., Calo, S., Dichter, M. N., Meyer, G., Möhler, R., & Köpke, S. (2023). *Non-pharmacological interventions for sleep disturbances in people with dementia*. The Cochrane library, 2023(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011881.pub2>.

Bijlage 1. Probleeminventarisatie

1.1 Diagnostische meetinstrumenten

1.1.1 ACLS

Om een indruk te krijgen van het niveau van functioneren heb ik ervoor gekozen de ACLS-5 (Allen Cognitive Level Screen-5) af te nemen bij de bewoner. Dit is een gestandaardiseerd ergotherapeutisch meetinstrument. Het doel hiervan is om een indruk te krijgen van de richting van de ergotherapeutische behandeling en het bepalen van de benodigde zorg en de optimale omgevingsfactoren.

De ACLS is op twee verschillende momenten afgenomen. De bewoner scoort in de ochtend 3.8 en in de middag 3.4 op een schaal van 6.0. Dit betekent dat zij in de ochtend hoger scoort en er dan iets meer van haar verwacht mag worden dan later op de dag.

Een score binnen de schaal van 3.0 houdt in dat voorwerpen worden onderzocht en herkend, de persoon is zich niet bewust van anderen. Aandachtsboog is erg kort. Scores tussen 3,0 en 3,8 weerspiegelen de behoefte aan supervisie en assistentie bij activiteiten van het dagelijks leven. Het geven van signalen, zoals het overhandigen van een tandenborstel, zal vaak het resultaat zijn van tandenpoetsen.

(Allen et al., 2007)

1.1.2 Observatie motorische en procesvaardigheden

Ik heb de bewoner geobserveerd op verschillende momenten van de dag en in verschillende contexten. Namelijk in de ochtend tijdens de persoonlijke verzorging, het ontbijt en de koffie, tijdens het lopen over de gangen en tijdens een activiteit met een welzijnsmedewerker aan het einde van de middag. Het doel hiervan was het in kaart brengen van de mogelijkheden en belemmeringen van de omgeving (zowel fysiek als sociaal) ten opzichte van het dagelijks handelen van de bewoner.

Bevorderende factoren (capaciteiten van de bewoner en facilitatoren van de omgeving)

- een rustige omgeving waar bij voorkeur voor de bewoner bekende mensen (rustig, in harmonie) aanwezig zijn
- aanwezig zijn bij een vergadering/overdracht waar zij in haar waarde wordt gelaten
- een activiteit dat bij haar interesses aansluit en zij actief bij betrokken wordt
- haar vriendelijkheid
- positieve en rustige benadering
- de regie bij de bewoner laten wanneer zij aangeeft iets niet te willen
- het gevoel te kunnen helpen, zoals het sorteren van het bestek
- voorspelbaarheid/routines, de ADL altijd in dezelfde volgorde uitvoeren

Bovengenoemde factoren resulteren in een rustige en tevreden ogende bewoner die rustig blijft zitten, op haar manier mee praat en lacht.

Belemmerende factoren (beperkingen van de bewoner en barrières van de omgeving)

- een drukke omgeving/situatie
- onbekende mensen
- een vraag of situatie niet begrijpen
- bewust zijn dat ze iets niet meer weet
- een lege ruimte zonder prikkels
- apraxie

Bovengenoemde factoren resulteren in een onrustige en gespannen bewoner die (weg)loopt en op een dwangmatige manier over de gangen loopt. Ondertussen is ze vriendelijk, zegt vrolijk gedag en vindt het gezellig als je meeloopt.

1.1.3 Registratie dagelijkse routine

Ik heb de dagelijkse routine van de bewoner in kaart gebracht met als doel inzicht te krijgen in een gemiddelde dag, wat de dagelijkse routine is en wat eventuele probleemgebieden in het handelen zijn.

In onderstaand schema is een gemiddelde dagroutine genoteerd op basis van het bijhouden van de dagindeling gedurende 1 week.

9:00-11:00	wakker worden ontbijt op bed i.v.m. diabetes
11:00-12:00	geholpen bij wassen en aankleden
12:00-13:00	lunch in de gezamenlijke woonkamer
13:00-15:00	wandelen over de gangen
15:00-16:00	thee drinken aanwezig bij overdracht zorgmedewerkers
16:00-17:00	wandelen over de gangen
17:00-18:00	avondeten in de gezamenlijke woonkamer
18:00-20:00	wandelen over de gangen
20:00-21:00	drankje in de gezamenlijke woonkamer
21:00-22:00	wandelen over de gangen
22:00	slaapmedicatie
22:30	wordt naar bed gebracht
23:00-4:00	wandelen over de gangen
4:00-9:00	slapen op een stoel of bank in de wandelgangen en/of in bed

1.1.4 OPHI-II

Voor het in kaart brengen van de handelingsgeschiedenis van de bewoner heb ik gebruikgemaakt van het OPHI-II NL (OPHI, tweede Nederlandse versie) (Baaijen et al., 2008). Dit is een semi-gestructureerd interview. Mijn doel hiervan was inzicht krijgen in de betekenis die de bewoner aan het uitvoeren van activiteiten geeft of heeft gegeven en de manier waarop (vroegere) rollen en gewoonten invloed hebben op het handelen van de bewoner. Daarnaast was mijn doel het in kaart brengen van de beleving van het handelen voor de bewoner vroeger en nu.

Een gesprek hierover was niet mogelijk met de bewoner zelf. Daarom is het gesprek gevoerd met de (betrokken) echtgenoot van de bewoner en de verantwoordelijke zorgmedewerkers van de bewoner in het verpleeghuis.

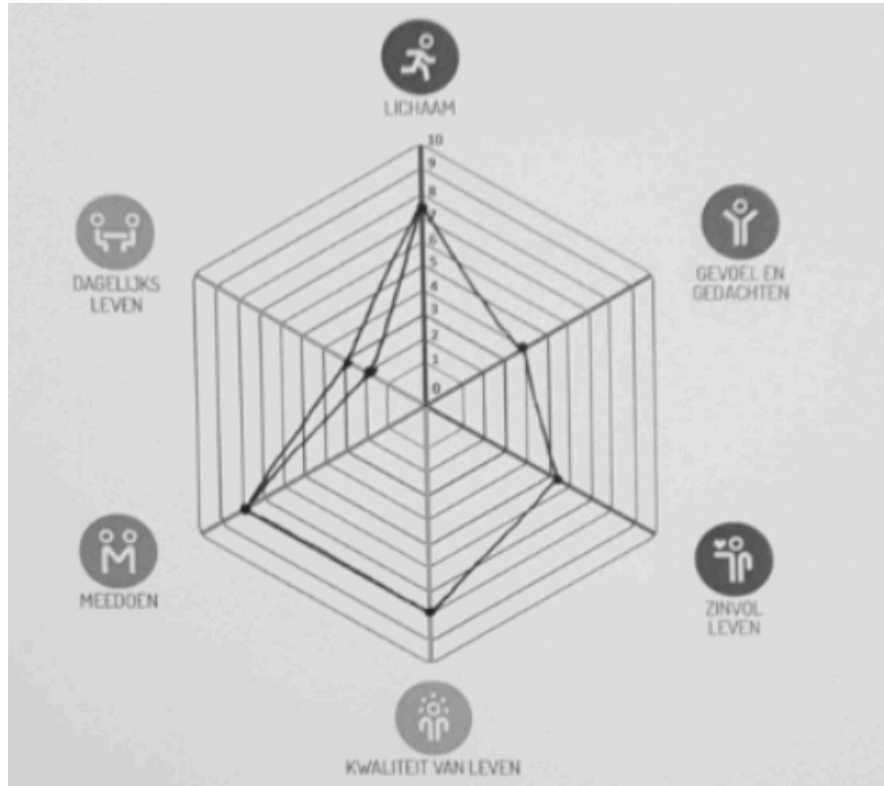
1.1.5 HOW

Als aanvulling op de OPHI-II is de HOW (Handleiding Observatie Wil-subsysteem) (De Las Heras et al, 1999) afgenomen. Hiervoor is gekozen om de OPHI-II niet bij de bewoner zelf kon worden afgenomen. Om ook de beleving en beweegredenen tot handelen vanuit de bewoner zelf te achterhalen is ervoor gekozen de HOW als aanvulling af te nemen. Het doel van de HOW is het beoordelen van de motivatie, waarden, interesses en persoonlijke effectiviteit. Dit heb ik gedaan door middel van een observatie tijdens het uitvoeren van activiteiten.

1.1.6 Mijn Positieve Gezondheid Test

De uitkomst van de test is inzichtelijk gemaakt door middel van het spinnenweb Positieve Gezondheid.

Afgenomen bij echtgenoot



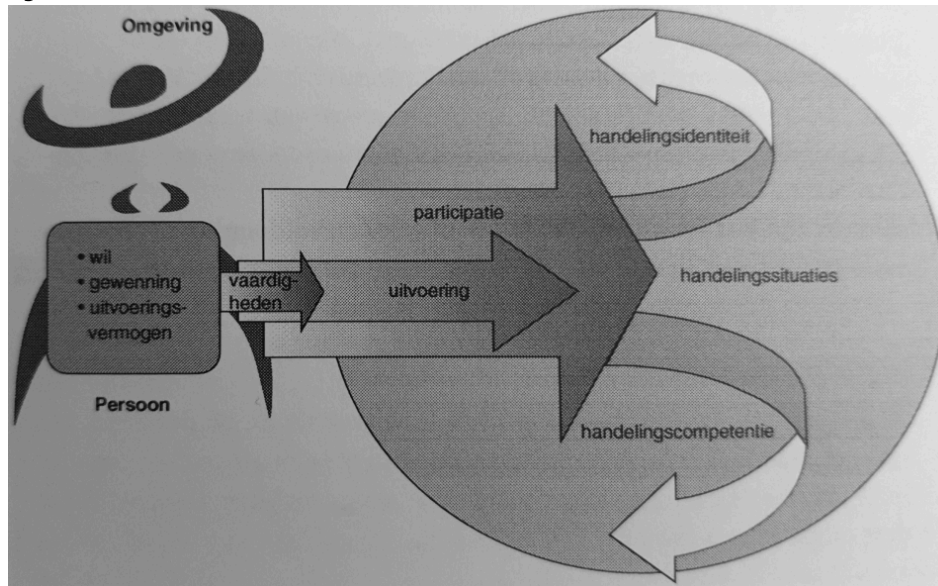
Afgenomen bij persoonlijk begeleiders



1.2 MOHO

In figuur 1 wordt de interactie tussen de componenten van een persoon en zijn omgeving schematisch weergegeven. Dit is het basisconcept van het MOHO inhoudsmodel (Graff, Van Melick, Thijssen, Verstraten, & Zajec, 2010).

Figuur 8. MOHO



Tabel 8. Uitwerking MOHO

Wil	Participatie	Handelingsidentiteit
Persoonlijke effectiviteit	Weinig besef meer van haar mogelijkheden en beperkingen Weinig besef meer van de situatie, op sommige momenten is er frustratie wanneer iets niet lukt of niet meer herinnerd wordt	Heden Ziet zichzelf als echtgenoot en vriendin.
Waarden	Van betekenis kunnen zijn, hulp kunnen bieden	Verleden Zag zichzelf als wees, pleegkind, vriendin, (pleeg)zus, echtgenoot, schoondochter, moeder en oma. Zorgde voor de gezelligheid in huis.
Interesses	Behulpzaam zijn, dingen sorteren	
Gewenning		Handelingscompetentie
Rollen	Vriendin, echtgenoot	Heden Er is geen sprake meer van eigen verantwoordelijkheid voor het inrichten van het dagelijks leven of verplichtingen ten aanzien van rollen, hierbij is ondersteuning en initiatief van de omgeving nodig.
Gewoonten	Elke ochtend uitslapen en ontbijt op bed, lunch en diner in de woonkamer. Bij de middag overdracht aanwezig zijn en mee kunnen praten. Wandelen over de gangen. Enkele keren per week één op één activiteit met welzijnsmedewerker.	Verleden Altijd gewerkt met kinderen (in kindertehuizen en later op de kinderafdeling van een ziekenhuis als observatie/spelleidster).
Uitvoeringsvermogen		Handelingsituaties/-adaptatie
Objectieve componenten	Alzheimer GDS stadium 6, Diabetes Mellitus Pijnlijke voeten Gewichtsverlies Vermoeidheid	Heden Vroegere vriendinnen komen nog langs op hun initiatief. Niet meer in staat om de handelingsidentiteit en -competentie te hervormen naar de huidige situatie.
Subjectieve	Snel het gevoel van falen en dwangmatig	Verleden Langdurige vriendschappen

Componenten	handelen, loopt weg van conflicten, wordt boos uit onmacht (vastpakken medebewoner), komt regelmatig somber en zorgelijk over.	den	Beperking met zelfzorg en zelfredzaamheid als gevolg van het niet meer logisch kunnen plannen van acties, het selecteren van juiste middelen en materialen en het vermogen om de uitvoering van een handeling aan te passen.	Uitoefenen van diverse hobby's waarbij zij zich goed voelde en ontspande (voorkeur voor handwerk dat fijn en precies werk was).
(Handelings)omgeving				
Ruimten, voorwerpen, mensen	Wlz indicatie met behandeling, kamer in een wooneenheid in een verpleeghuis met gezamenlijke woonkamer en de mogelijkheid om naar de gezamenlijke leefruimte van het gehele huis te kunnen.			
Sociale groepen	Echtgenoot, kinderen, kleinkinderen, vriendinnen/oud-collega's, zorgmedewerkers, medebewoners.		Is zich niet meer bewust van de omgeving, jaartal, seizoen en recente gebeurtenissen. Is afhankelijk van de omgeving om sociale interactie te initiëren en vol te houden.	
Omgevings-invloed	Bevorderende factoren (capaciteiten van de persoon en facilitatoren van de omgeving) • een rustige omgeving waar bij voorkeur voor de bewoner bekende mensen (rustig en in harmonie) aanwezig zijn • aanwezig zijn bij een overleg waar zij in haar waarde wordt gelaten • een activiteit dat bij haar interesses aansluit en zij actief bij betrokken wordt • haar vriendelijkheid	Communicatie- en interactievaardigheden		

- positieve, rustige en bevorderende benadering (volgens het benaderingsplan)
- de regie bij de bewoner laten wanneer zij aangeeft iets niet te willen
- het gevoel te kunnen helpen, zoals het sorteren van het bestek
- voorspelbaarheid/routines, zoals de ADL altijd in dezelfde volgorde uitvoeren

Belemmerende factoren (beperkingen van de persoon en barrières van de omgeving)

- een drukke en/of negatieve omgeving of situatie
- onbekende mensen
- een vraag of situatie niet begrijpen
- bewust zijn dat ze iets niet meer weet
- een lege ruimte zonder prikkels
- apraxie

Bijlage 2. Uitvoeren van de interventie

In onderstaande tabel staan de rapportages weergegeven van de interventie- en evaluatiemomenten. De rapportages zijn gemaakt op basis van de SOAP methode. SOAP staat voor Subjectief, Objectief, Analyse en Plan.

Er werd wekelijks geëvalueerd met de persoonlijk begeleider van de bewoner of een andere zorgmedewerker van het vaste team van de woning. Daarbij werd elke keer op vaste punten geëvalueerd. Namelijk: hoe vaak en hoe lang is de bewoner in gezelschap van de pop, hoe is de interactie met de pop en met anderen, wat doet het met de onrust en waren er bijzonderheden?

De interventie-momenten uitgevoerd door mijzelf werden apart gerapporteerd.

Wanneer de interventie niet volgens plan verliep werd er gereflecteerd door middel van de PDCA (Plan Do Check Act) cyclus en op basis daarvan werd het plan bijgesteld (Aubèl, 2018).

Tabel 9. Uitvoeren van de interventie met onderbouwing

Datum	Rapportage	Onderbouwing
6/6	HOW afgenomen bij bewoner en dagindeling gedurende een week bij laten houden.	
15/8	CMAI en Qualidem afgenomen bij persoonlijk begeleiders.	
22/8	Eveline Makkink 22-08-2023 17:36:28 Vandaag zijn we gestart met de poppentherapie. O (objectief): We hebben M. meegenomen naar haar kamer, waar we verschillende poppen hebben geïntroduceerd. Op één pop reageerde ze heel positief: "ach wat leuk", "wat een schatje", "wat geweldig is dit". M. zette de pop op haar schoot en praatte ertegen. Ze nam de pop tegen zich aan. Het hoofdje van de pop vond ze wat koud aanvoelen. Ze vroeg aan de pop of ze naar bed wilde. We hebben zo 45 minuten op haar kamer gezeten en daarna nog een half uur in de woonkamer, zodat M. de tijd had om de pop zich eigen te maken. S (subjectief): M. had een grote glimlach op haar gezicht en zat rustig in de stoel met de pop lekker tegen zich aan of al pratend op schoot. Voordat we naar M. haar kamer gingen had ze net pijnstilling gehad tegen de pijn, daarna heeft ze geen pijn meer aangegeven. A (analyse): De pop lijkt M. goed te doen, ze werd er blij en ontspannen van. P (plan): Laat de pop bij M. zolang zij dit fijn vindt. De pop mag ook met haar mee naar bed, als zij dat wil. Er wordt nog gezorgd voor een poppenbedje en een mutsje. Ik zet nog kort wat punten op papier voor op M. haar kamer. Graag dagelijks rapporteren over dit onderwerp onder de episode Poppentherapie. Voor de introductie van de pop is gekozen voor een rustige plek zonder andere afleiding die veilig voelt voor de bewoner. Deze plek was de (slaap)kamer van de bewoner samen met haar persoonlijk begeleider. Daarnaast zijn de richtlijnen vanuit de literatuur aangehouden (Lary-Waller, J., 2020; Mitchell, G., 2016). Namelijk de bewoner zelf de pop laten kiezen (keuze uit 3 verschillende die zoveel mogelijk lijken op een echte baby). Om de bewoner te laten wennen door middel van een positieve ervaring en tegelijkertijd te observeren hoe zij reageert heb ik een geruime tijd bij haar gezeten.	

Een overzicht van de belangrijkste punten van de poppentherapie bij de bewoner heb ik uitgewerkt en op de kamer van de bewoner gehangen. Met als doel dat iedereen op de hoogte is, ook degenen die niet in het elektronisch cliënten dossier kunnen.

Poppentherapie M...



"Saar"

Doel

Verminderen van (nachtelijke) onrust en dwangmatig handelen (zoals tegels tellen)

Handvatten

- M... ziet de pop als haar kindje en heeft de naam Saar
- Behandel en houd de pop vast met respect, als een baby
- Waak ervoor dat het 'zorgen voor' de pop M... niet te veel wordt. Zodra M... er onrustig van wordt, zeg dan dat jij even voor 'haar' of 'Saar' zorgt
- Wanneer M... onrustig is zonder pop, biedt haar dan juist de pop aan, op een rustige en respectvolle manier

Contact

Neem bij vragen of opmerkingen Eveline Makkink, ergotherapeut in opleiding contact op met: eveline.makkink@kenemerhart.nl

Een uur na het eerste interventiemoment liep ik naar de woning om te kijken hoe het ging. De pop was alweer aan de kant gelegd. Daarom nogmaals aangeboden om de bewoner eraan te laten wennen dat de pop vanaf nu bij haar mag zijn. Hierbij is gebruikgemaakt van het lerend vermogen van de bewoner.

Eveline Makkink
22-08-2023
17:37:35

S: Ik kwam M... lopend en tellend in de woonkamer tegen. De tv stond aan en er zaten meerdere mede-bewoners.
O: Ik vroeg M... waar de pop/Saar was. We zijn samen op zoek gegaan. De pop lag in de gang. M... herkende haar "wat een leukerd, maar ik kan hem niet dragen want dat doet pijn". Ik zei "probeer het anders even". Ze nam de pop in haar armen en het was goed. M... was weer rustig en liep met me mee terug naar de woonkamer waar ze in een stoel aan tafel ging zitten, prattend tegen de pop.
A: De pop had in deze situatie direct een rustgevend effect op M...
P: Wanneer M... onrustig is zonder dat zij de pop bij zich heeft, ga dan samen met haar op zoek naar de pop en biedt haar deze opnieuw aan. Blijf even bij haar tot ze rustig is en observeer de situatie. Rapporteer deze situaties onder de episode Poppentherapie.

Eveline Makkink
29-08-2023
12:37:26

Evaluatie met D..., 1e week na start poppentherapie.

O: De pop (Saar) is al op verschillende momenten ingezet. Vanwege drukte kon het niet altijd gerapporteerd worden. Saar is ingezet op een moment dat M... geagiteerd was en een mede-bewoner vastpakte, zij liet meteen los op het moment dat Saar werd aangeboden. Saar is ook ingezet in combinatie met rustgevende muziek voor het slapen gaan, M... sliep die nacht door (mooie combinatie van interventies!).

S: M... reageert blij en enthousiast en kletst meteen tegen Saar wanneer ze actief wordt aangeboden.

Marijke reageert niet op de pop wanneer deze niet actief wordt aangeboden.

A: De ervaring tot nu toe is dat het onrustig of geagiteerd gedrag vermindert op het moment dat Saar wordt aangeboden.

Omdat pop Saar nog nieuw is voor M... en nog niet is ingesleten, ziet zij haar niet als haar eigendom. Door Saar regelmatig op vaste momenten aan te bieden kan dit ingesleten worden.

P: Biedt Saar tenminste elke dag tussen 14:00 en 16:00 aan en laat haar zo lang als zij dat wil ermee zitten.

De bewoner herkent de pop nog niet als van haar. Het is echter in deze korte tijd al wel gebleken dat de pop een positief gevoel oproept.

Het idee is dat hoe vaker de pop wordt aangeboden of hoe langer de bewoner met de pop zit, deze steeds vertrouwder voor haar wordt en zij deze op een gegeven moment gaat herkennen.

Om dit te bereiken wil ik gebruikmaken van het lerend vermogen van de bewoner (door middel van associatieleren). Door de pop steeds opnieuw op dezelfde manier aan te bieden hoop ik dat het zal inslijpen.

((Op)nieuw geleerd, oud gedaan, 2023)

Omdat ook de zorg nog niet gewend is aan het aanbieden van de pop is ervoor gekozen om dit eerst op een vast moment op de dag te doen. Dit moment is in overleg met de zorg gekozen. Op het gekozen moment heeft de zorg de minste taken en dus de meeste rust om aan de pop te denken en deze aan te bieden.

Eveline Makkink
29-08-2023
14:46:06

O: M... zat wat in te dommelen in de woonkamer met mede-bewoners aan tafel. Ik liep met pop (Saar) op mijn arm naar M... en zei dat ik haar naar haar kwam brengen. M... fleurde meteen op "oh ja, die wil ik" en begon tegen Saar te kletsen "nu begint het pas". Even later hield zij Saar lekker tegen zich aan.

Enkele mede-bewoners reageerden op deze situatie. De één heel positief ("wat leuk hè dat ze denkt dat het echt is") en een ander minder positief (ze rolde met haar ogen, maar liet M... haar gang gaan).

S: M... heeft een grote glimlach op haar gezicht zodra ze Saar ziet en tegen haar praat. Zodra ze Saar tegen zich aan houdt komt er een bepaalde rust over haar heen.

A: De pop wordt opgemerkt door mede-bewoners maar het zorgt niet voor 'strijd'.

P: Zie mijn vorige rapportage: biedt Saar tenminste elke dag tussen 14:00 en 16:00 aan.

Uit deze situatie haal ik dat de pop een positief gevoel oproept bij de bewoner. Dit positieve gevoel wordt niet belemmerd door de reacties van mede-bewoners.



Ik heb de poppenkleertjes laten labelen. Met als doel dat het duidelijk is waarvoor de kleertjes zijn en deze niet kwijtraken.

Eveline Makkink
05-09-2023
16:24:31

Evaluatie met J... , 2e week na start poppentherapie.

S: M... laat alles uit haar handen vallen wanneer pop Saar wordt aangereikt. Wanneer je haar vraagt wat ze van Saar vindt, zegt ze "heel blij" en "echt mooi" en haar ogen beginnen te stralen.
O: Pop Saar wordt nu voornamelijk in de avond en de nacht ingezet op het moment dat M... onrustig of geagiteerd is. M... haar aandacht wordt dan gelijk naar Saar getrokken en de onrust of geagiteerdheid verdwijnt.
A: Saar heeft direct een effect wanneer M... onrustig of geagiteerd is. Of Saar ook effect heeft om de onrust/geagiteerdheid te voorkomen is niet duidelijk omdat Saar dan niet/nauwelijks wordt ingezet.
P: Graag pop Saar zoveel mogelijk aanbieden, ook op momenten dat ze niet onrustig of geagiteerd is. Dit om te bekijken of we de momenten van onrust en/of geagiteerdheid ook voor kunnen zijn.



De pop wordt op dit moment voornamelijk ingezet op momenten dat de bewoner al hoog in haar onrust zit. Het doel is om deze situaties te voorkomen. Om te kijken of dat door middel van de pop mogelijk is, is het idee dat de pop aangeboden wordt voordat de bewoner onrustig wordt.

Dit is daarom besproken tijdens dit evaluatiemoment met de persoonlijk begeleider van de bewoner. Daarnaast heb ik met haar besproken hoe dit het beste, samen met het team, in de praktijk uitgevoerd kan worden.

De persoonlijk begeleider gaf aan dat zij dit het beste kon communiceren naar het team. Zij heeft dit daarom persoonlijk met het vaste team gecommuniceerd en ik heb het gerapporteerd.

Eén van de zorgmedewerkers heeft een poppenbedje meegenomen. Deze staat op de slaapkamer van de bewoner.

Eveline Makkink
12-09-2023
16:14:11

Evaluatie poppentherapie met J. ...
S: M. ... heeft al meer een reactie van herkenning als pop Saar haar wordt aangeboden: "ja die is leuk" of "mag ze met mij mee". Ze zet Saar bij haar op schoot en kletst tegen haar of ze houdt haar tegen zich aan.
O: Naast de momenten dat M. ... onrustig of boos is (einde van de middag, avond of nacht) wordt Saar nu ook af en toe overdag aangeboden wanneer ze niet onrustig is. Wanneer M. ... Saar even alleen laat, zet zij Saar voor de tv of op een stoel.
P: ... heeft een poppenbedje meegenomen, deze staat naast M. ... haar bed, daar wordt Saar elke avond ingelegd.
E: Saar wordt steeds vaker aan M. ... aangeboden (heel fijn!). Je merkt daardoor dat M. ... haar steeds beter herkent. M. ... denkt hier zelf niet aan (ook niet als ze Saar even daarvoor nog vast had).
P: Biedt Saar ook overdag aan op momenten dat M. ... rustig is. Start hiermee aan het begin van de dag, laat Saar tegelijk met M. ... uit bed komen. Rapporteer dit (ook al is het even kort).

De pop wordt vaker aangeboden waardoor de bewoner deze meer begint te herkennen. Het inslijpen lijkt in gang gezet.
De zorg denkt nog niet altijd aan het aanbieden van de pop. Ook bij de zorg moet de pop nog inslijpen. Daarom heb ik gevraagd aan de persoonlijk begeleider hoe zij denkt dat dit het beste kan bij het team. Zij gaf aan dat wanneer het in het zorgplan staat er eerder naar gekeken wordt. We hebben afgesproken dat we beide onderzoeken hoe we dit het beste in het zorgplan kunnen krijgen.

Eveline Makkink
26-09-2023
15:41:46

Ergotherapie | Poppentherapie
S: M. ... zat rustig met pop Saar in de woonkamer. Ik vroeg haar of ze het leuk vond om nieuwe kleertjes voor Saar uit te zoeken. Dat vond ze leuk.
O: We hebben rustig op M. ... haar kamer gezeten. We hebben de pop schoongemaakt. Ik vroeg M. ... of ze wilde helpen. Dit deed ze door haar eigen handen ermee te wassen. Vervolgens heb ik M. ... laten kiezen uit verschillende kledingsetjes. Ze koos het jurkje met de bolletjes. Ik vroeg haar weer of ze wilde helpen. Dit wilde ze graag: "ja dat vind ik leuk, want dan kan ik ook wat doen". Ik startte met het aantrekken en M. ... maakte het af (bij het jurkje eerst de opening over het hoofdje en zij de armpjes erdoor, bij het mailotje begon ik met het voetje en M. ... deed vervolgens de rest). Ze zag nog "schattige" sokjes en die moesten ook aan (ik deed één sokje en M. ... de ander). Ook nog een vestje met een knoopje ging aan (M. ... deed dit zelf). Daarna hebben we nog even zitten kletsen, waarbij M. ... het initiatief nam. Op het laatste zei ze: "Ik vind het heel leuk. Dat wilde ik nog even zeggen tegen jou."
A: M. ... fleurt op wanneer ze met pop Saar bezig is. Ze is communicatief en kan (eenvoudige) keuzes maken. Ook maakt het haar blij dat ze kan helpen/wat kan doen.
P: Ik zal volgende week weer wat met M. ... en Saar doen.

Tijdens dit interventiemoment ben ik gestart met de verzorging van de pop (verwisselen van de kleertjes, wassen van de pop en de kleertjes). Dit is een onderdeel van de poppentherapie (Martín-García et al., 2022). De verzorging kan bijvoorbeeld mooie herinneringen oproepen aan de zorg die de bewoner had voor haar eigen kinderen en die van haar vroegere werk. Ook kan het haar een gevoel van meerwaarde en betekenisvol handelen geven omdat ze graag helpt en zorgt.

Ook in deze situatie wil ik gebruikmaken van het lerend vermogen van de bewoner. Door de interventie (het verzorgen van de pop samen met de bewoner) altijd op dezelfde manier uit te voeren hoop ik dat het steeds meer herkenning geeft waardoor de handelingen makkelijker gaan. Dit kan daardoor weer zorgen voor meer zelfvertrouwen.
((Op)nieuw geleerd, oud gedaan, 2023; Graff et al., 2010)

Dat deze interventie betekenisvol is voor de bewoner blijkt uit de woorden dat ze het erg leuk vond om te doen.

Eveline Makkink 26-09-2023 16:11:52	Evaluatie 5e week na start poppentherapie S: Wanneer pop Saar wordt aangeboden blijft M. . . blij en enthousiast reageren. Er lijkt meer herkenning te zijn, wanneer je Saar geeft: "oja dat die hoort bij mij". M. . . mist Saar niet en vraagt er niet zelf om. O: Saar wordt nog niet standaard iedere ochtend bij het opstaan aangeboden. Ook zijn de keren dat ze wel wordt aangeboden minder. A: Door onderbezetting en invalkrachten wordt er minder snel aan gedacht om Saar aan te bieden. Om ervoor te zorgen dat Saar meer eigen wordt voor M. . . is het wel belangrijk dat Saar zoveel mogelijk wordt aangeboden. Er kan daarom nu nog niet gewerkt worden aan het voorkomen van de onrust. P: Blijf pop Saar zoveel mogelijk aanbieden. Als reminder/herkenning is Saar met een foto toegevoegd aan het naambordje van M. . .
---	--



Als gevolg van ziekten onder het zorgpersoneel is er sprake van onderbezetting en de inzet van invalkrachten. Dit heeft als gevolg dat de pop minder wordt aangeboden.

Tijdens dit evaluatiemoment met de persoonlijk begeleider van de bewoner heb ik het volgende nagevraagd en besproken.

De pop wordt minder ingezet enerzijds omdat het niet bekend is bij de invalkrachten en anderzijds omdat er een hogere werkdruk is en er niet aan gedacht wordt. Inmiddels is gebleken dat de pop de bewoner veel meer rust geeft en het geen extra tijdsinvestering vergt van het zorgpersoneel. Daar is het vaste team zich ook van bewust en van overtuigd. Invalkrachten zijn hier minder goed van op de hoogte.

P: De pop wordt dagelijks (vanaf de start van de dag voor de bewoner) aangeboden.

D: In overleg en overeenstemming met persoonlijk begeleider en praktijkbegeleider is naar oplossingsalternatieven gekeken.

C: Belemmerende factoren zijn: onbekendheid van de poppentherapie als gevolg van invalkrachten, minder frequent aanbieden als gevolg van hoge werkdruk door onderbezetting en het kwijt zijn van de pop door de nachtelijke onrust van de bewoner (daardoor wordt de pop wel eens op de gang achtergelaten en door een bewoner van een andere woning meegenomen).

Om tot een oplossing te komen heb ik de PDCA cyclus doorlopen.



28/9

5/10

Meetmoment: CMAI en Qualidem afgenomen

Eveline Makink 26-09-2023 16:11:52	Evaluatie 5e week na start poppentherapie S: Wanneer pop Saar wordt aangeboden blijft M. blij en enthousiast reageren. Er lijkt meer herkenning te zijn, wanneer je Saar geeft: "oja dat die hoort bij mij". M. mist Saar niet en vraagt er niet zelf om. O: Saar wordt nog niet standaard iedere ochtend bij het opstaan aangeboden. Ook zijn de keren dat ze wel wordt aangeboden minder. A: Door onderbezetting en invalkrachten wordt er minder snel aan gedacht om Saar aan te bieden. Om ervoor te zorgen dat Saar meer eigen wordt voor M. is het wel belangrijk dat Saar zoveel mogelijk wordt aangeboden. Er kan daarom nu nog niet gewerkt worden aan het voorkomen van de onrust. P: Blijf pop Saar zoveel mogelijk aanbieden. Als reminder/herkenning is Saar met een foto toegevoegd aan het naambordje van M.
--	---

Om te voorkomen dat de pop weer kwijtraakt zijn optie 1 en 2 uitgeprobeerd. Optie 3 was niet meer nodig omdat het naamplaatje goed werkt. De pop is niet meer kwijt geweest.

Tijdens deze evaluatie kwam ter sprake dat de bewoner de pop niet altijd wil. Volgens de visie van de poppentherapie is dat oké. De bewoner is namelijk leidend. De pop mag wel gestimuleerd worden door het op meerdere momenten aan te bieden maar mag niet opgedrongen worden. (Lary-Waller, J., 2020)

De nachtelijke onrust is verminderd. Verzorgenden hebben verschillende methoden uitgeprobeerd waarvan degene die in deze rapportage staat het beste werkt. De pop heeft hier een belangrijk aandeel in. Saar gaat slapen dus zij gaat ook slapen.

Het toepassen van deze ontspannende / arousal verlagende interventies die passend zijn bij de bewoner zorgen voor een vermindering van nachtelijke onrust (Verenso, 2018). Het is daarom van belang dat iedereen deze methode toepast.

Daarnaast zorgt het toepassen van dezelfde methode voor herkenning en daardoor rust.

Poppentherapie



"Saar"

Doel

Verminderen van (nachtelijke) onrust en dwangmatig handelen (zoals tegels tellen)

Handvatten

- M: - ziet de pop als haar kindje en heeft de naam Saar
- Behandelen houdt de pop vast met respect, als een baby
- Bied Saar zoveel mogelijk aan, maar dwing niet
- Leg Saar ook in haar bedje als Marijke gaat slapen en pas het vaste slaapritueel toe (zie Zorgplan)
- Haal Saar uit haar bedje als M... ook klaar is om op te staan.

Contact

Neem bij vragen of opmerkingen Afdeling Ergotherapie Overspaarne contact op met:

De slaapmethode is toegevoegd aan het overzicht, met de belangrijkste punten van de poppentherapie, op de slaapkamer van de bewoner.

P: De verzorging van de pop wordt minimaal 1 keer per week samen met de bewoner uitgevoerd.
D: In overleg en overeenstemming met de familie, persoonlijk begeleider en praktijkbegeleider is naar oplossingsalternatieven gekeken.
C: Belemmerende factoren zijn: vanwege de huidige druk op de zorg is het moeilijk voor hen om de verzorging van de pop structureel op zich te nemen, behandelaars (zoals de ergotherapeut) hebben hier geen uren voor.

Het idee is dat wanneer ik mijn onderzoek heb afgerond, de verzorging van de pop samen met de bewoner, wordt voortgezet.
Om tot een oplossing hiervoor te komen heb ik de PDCA cyclus doorlopen.

A: Ik heb familie, persoonlijk begeleider en praktijkbegeleider mee laten denken. Hierdoor kwam ik tot de volgende oplossingsalternatieven (op volgorde van wenselijkheid):

- A. echtgenoot neemt de verzorging samen met zijn echtgenote op zich
- B. er wordt een vrijwilliger geworven om dit samen met de bewoner te doen
- C. de zorg neemt de verzorging van de pop op zich op momenten dat het rustig is

Eveline Makkink 05-10-2023 15:56:26	Ergotherapie Poppentherapie
Subjectief: M. zat rustig aan tafel in de woonkamer. Pop Saar lag in haar bedje. M. had op het moment van aanbieden er even geen behoefte aan.	
Objectief: Ik heb Saar op de arm genomen en zei verrast "kijk eens wie ik bij me heb". M. : "oh wat leuk, ja nu is het goed". We hebben even gekletst over Saar. Ik vroeg daarna of ze me wilde helpen met het verschonen van de kleertjes. Dit wilde ze niet, even later vroeg ik het weer toen wilde ze wel.	
Ik heb dezelfde setting en volgorde als vorige week aangehouden (zittend aan tafel, schoonmaken en verwisselen van de kleertjes). M. deed deze keer meer handelingen zelfstandig en nam meer initiatief met wat ze wilde doen met de kleertjes en Saar. Ze lachte veel. Vroeg soms "doe ik het goed" of "dit kan ik niet" maar ook "dit kan ik" en "zo gaat het goed".	
Tenslotte hebben we dmv een handwasje de kleertjes gewassen in de wasbak. Ik heb M. laten leiden. Ik vroeg haar steeds wat ik het beste kon doen en of ik het goed deed. Op een gegeven moment nam ze het over en vertelde ze wat ik moest doen: "dat kun je daar leggen" en "zo doe je het goed".	
Toen we klaar waren zei ze: "Ik vond het heel leuk. Zullen we het nog een keer doen?"	
Analyse: Je ziet dat de handelingen nog herkenbaar zijn voor M. (vanuit haar verleden) en dat ze zelf meer vertrouwen krijgt in het uitvoeren ervan. Het geeft haar duidelijk voldoening om te doen. Dit is een succeservaring voor haar en ze heeft niet het gevoel dat ze faalt.	
Plan: Volgende week zal ik dit weer met M. doen en zal haar echtgenoot meekijken om te ervaren hoe dat is en wat het eventueel brengt.	

Het eerste oplossingsalternatief is hier in gang gezet. Ik heb de echtgenoot van de bewoner gevraagd of hij open staat voor dit idee. Tijdens het gesprek heb ik onderstaande beweegredenen meegenomen.

Het betrekken van de familie bij de zorg voor hun naaste (ofwel naastenparticipatie) past binnen de visie van het verpleeghuis (Kennemerhart, 2023).

Eenzijds om het contact tussen partner en bewoner te bevorderen en anderzijds om de zorg hiermee te ondersteunen omdat de partner onderdeel is van het cliëntsysteem van de bewoner.

Daarnaast had de echtgenoot van de bewoner eerder aangegeven het soms moeilijk te vinden een gesprek met de bewoner te voeren vanwege haar onrust. Het verzorgen van de pop nodigt uit om herinneringen van vroeger op te halen. Doordat de bewoner het verzorgen van de pop erg leuk vindt kan het de communicatie verbeteren en het ophalen van herinneringen makkelijker maken.

Uit deze situatie blijkt dat zij bepaalde handelingen herkent, kan oproepen en vervolgens uit kan voeren ((Op)nieuw geleerd, oud gedaan, 2023). Dit komt tevens overeen met literatuur waarin is aangetoond dat training van specifieke vaardigheden in functionele situaties effectief is bij mensen met ernstige geheugenstoornissen (Rasquin & Van Heugten, 2007). Dit is heel waardevol voor de eigenwaarde van de bewoner. Dit liet zij ook heel duidelijk zien en zij sprak dit ook uit.

Evaluatie 7e week na start poppentherapie

S: Marijke is rustiger, slaapt beter en blijft langer zitten wanneer zij Saar op schoot heeft.

O: Saar wordt nog niet altijd ingezet of op gerapporteerd.

A: Iedereen aanwezig tijdens het overleg is het overer eens dat Saar een positieve invloed heeft op het gedrag van Marijke en ze er beter door slaapt.

P: Voortzetten interventie. Meer rapporteren en alert blijven op het inzetten van Saar.

Eveline Makkink
10-10-2023
16:50:29

Ergotherapie | Poppentherapie

S: M... zat rustig met haar echtgenoot en mede-bewoners aan tafel, Saar hoefde ze niet, "die moest B... maar meenemen". M... was op haar gemak en was B... wat aan het plagen.

O: M... was nieuwsgierig naar wat we gingen doen. Ik heb Saar op de arm meegenomen en we zijn met z'n vieren naar M... haar kamer gelopen. Daar hebben we dezelfde activiteit (de verzorging van de pop) uitgevoerd, in dezelfde volgorde en setting als vorige week. Ook vandaag nam M... al gauw de regie en vertelde wat ik of B... moesten doen. Het werkte door te zeggen dat we konden zien dat zij ervaring heeft met kinderen en er erg goed in is. Ook geeft het M... zelfvertrouwen door haar hierin als expert te zien en wij haar hulp daarbij nodig hebben. Ze zei dan al snel "kom maar hier, dat moet zo". Aan haar gezichtsuitdrukking en oogopslag zag je dat ze ervan genoot.

A: Wat B... het meeste opviel is dat M... zelf initiatief neemt en geen één keer heeft gevraagd "doe ik het goed?" (wat zij normaal gesproken wel vaak doet). M... voelde zich dus zeker en vertrouwd genoeg om de regie te nemen. Daarnaast zie je dat ze de handelingen goed weet uit te voeren en hier plezier in heeft. Dit zal een gevoel van voldoening geven.

P: Het bezig zijn met de verzorging van Saar is onderdeel van de poppentherapie. De verwachting is dat het gevoel dat dit bij M... oproept doorwerkt in de rest van de dag. Het zou daarom mooi zijn als dit voortgezet kan worden als mijn onderzoekstage erop zit, bijvoorbeeld door een vrijwilliger. Daar zal ik achteraan gaan.

Eveline Makkink
18-10-2023
14:36:56

Evaluatie 8e week na start poppentherapie

S: M... vindt pop "Saar" nog steeds prettig gezelschap en het geeft haar rust of de reden voor een praatje.

O: Saar wordt steeds vaker aangeboden. Dit wordt weinig gerapporteerd maar J... kon mij verzekeren dat M... een groot deel van de dag in gezelschap is van Saar. Saar staat tegelijk met M... op in de ochtend en wordt in haar (poppen)bedje gelegd als M... naar bed gaat.

De afgelopen nachten was M... veel op en aan de wandel. Zij werd deze keren later naar bed begeleid dan gebruikelijk, namelijk rond 24:00 ipv 22:30, in verband met de nachtdienst die later start en daardoor niet eerder de kans heeft.

A: Het is gebleken dat het beste werkt als M... om 22:30 (een half uur na de slaapmedicatie) naar bed wordt begeleid. In combinatie met het vaste slaapritueel (rustige ademhaling krijgen, eventueel met slaapmuziek, Saar in bedje leggen, etc).

P: Blijf Saar aanbieden zoals het nu gaat. Streef ernaar om 22:30 M... naar bed te begeleiden. Kan dit niet, zorg dan in elk geval voor het vaste slaapritueel en neem de tijd (en rust) om M... in slaapmodus te krijgen.

Deze rapportage is geschreven naar aanleiding van het zorgleefplan gesprek met betrokken behandelaren en familie.

Naderhand heb ik dit interventiemoment met de echtgenoot besproken. Ik wilde graag zijn ervaring en visie horen. De conclusie was dat hij ziet dat het zijn vrouw goed doet echter dat het bezig zijn met de pop niet aan hem is besteed.

Plan B (een vrijwilliger) lijkt hem een goed idee.

Vanwege onderbezetting eindigt de avonddienst op verschillende tijden. Als gevolg daarvan wordt de bewoner niet op vaste tijden naar bed begeleid. Naast het toepassen van de vaste slaapmethode heeft dit ook effect op het wel of niet gaan slapen bij deze bewoner (Verenso, 2018). Het plan is daarom dat iedereen bewust is van de vaste slaapmethode en deze toepast.

Hieruit blijkt dat de pop (nog steeds) een rustgevend effect heeft op de bewoner.

Eveline Makkink
23-10-2023
16:55:00

Ergotherapie | Poppentherapie
S: Vanochtend kwam ik M. al tellend tegen op de gang. Ze oogde moe en leek opgelucht toen ik vroeg of ze met me mee kwam.
O: We zijn naar de woning gelopen, "ah heerlijk" zei ze toen we er waren. We hebben gekeken of pop Saar wakker was. "Oh ja die is wakker" zei M. M. heeft daarna een hele tijd met Saar aan tafel gezeten in de woonkamer, gezellig met de andere dames.
A: Saar geeft haar rust.
P: Ook vanmiddag was ze nog erg moe. De verzorging van Saar samen met M. is daarom niet gelukt. Morgen probeer ik het weer.

Het tweede oplossingsalternatief, voor het continueren van de verzorging van de pop, is hier in gang gezet. Nadat ik een verzoek voor een vrijwilliger had ingediend was er al snel een geschikte vrijwilliger beschikbaar. Ik heb contact met deze vrijwilliger opgenomen om haar kennis te laten maken met de bewoner en de poppentherapie.

Eveline Makkink
24-10-2023
15:57:04

Ergotherapie | Poppentherapie
S: Nadat we even rustig aan tafel hebben gezeten vraag ik aan M. of ze het leuk vindt om mij te helpen met Saar. Dat lijkt haar leuk en dat wil ze wel.
O: We hebben weer de verzorging voor Saar gedaan, op dezelfde manier als de vorige keren. M. kletste ondertussen gezellig over van alles met betrekking tot de kleertjes en Saar.
Ik stel korte duidelijke vragen, zoals: "Ik ga de kleertjes wassen. Wil je mij helpen? Loop je mee?" Of: "Zullen we dit jurkje of deze bij Saar aan doen?"
Ik start hierbij de handeling en M. maakt het af. Bijvoorbeeld ik doe het jurkje over het hoofdje en M. de armpjes door de mouwen. En ik start met het uitwringen van een kleertje en M. neemt het van mij over.
Het helpt ook door te zeggen dat ik het niet weet en of ze me wil helpen. M. neemt het dan graag over en laat me zien hoe de kleertjes aan moeten of de kleertjes uitgewrongen moeten worden.
M. zei op het laatst "ik vond het heerlijk".
A: M. kan handelingen moeilijker zelf starten maar wanneer je deze voor haar en met haar start herkent ze het weer en kan zij de handeling daardoor afmaken. Het geeft M. voldoening dat ze dit zelf kan en op deze manier wat kan doen/kan helpen.
P: Het einde van mijn onderzoek is in zicht, waardoor ik dit over ga dragen. Volgende week heb ik met een vrijwilligster (T) afgesproken, zij komt dan kennismaken met M. Zij wil graag de verzorging van Saar met M. op zich nemen.

Eveline Makkink
24-10-2023
15:12:05

Evaluatie 9e week na start poppentherapie
S: M. is de laatste dagen erg moe overdag. Verder is ze vrolijk, vriendelijk en rustig aanwezig. En in voor een kletspraatje of om met iets te helpen.
O: M. loopt weer meer op 's nachts en draait het dag-nacht ritme om. Overdag wordt wel geprobeerd M. niet te veel te laten slapen om te voorkomen dat ze over haar slaap heen is tegen bedtijd. M. zit nog regelmatig met pop Saar en soms neemt een mede-bewoonster haar over als M. het even zat is. Dat is helemaal prima en mooi dat het zich zo oplost!
A: Voor het slapen werkt het nog steeds het beste wanneer hetzelfde bedruteel wordt aangehouden (zie zorgplan en A4 met handvatten op de kastdeur in de kamer), waarbij het helpt dat Saar ook gaat 'slapen'.
P: Ga zo door! Neem de tijd/rust wanneer je M. naar bed brengt, bij voorkeur vlak na het geven van de temazepam.

In de rapportage bij P van plan heb ik genoteerd dat de zorg zo door mag gaan omdat het aanbieden van de pop gaat volgens plan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat dit inmiddels goed geïmplementeerd is. Het omdraaien van het slaap-waakritme is een hernieuwd probleem. Dit zorgt voor nachtelijke onrust. Daarom neem ik het mee bij het uitvoeren van de interventie.

P: Dagelijks wordt het vaste slaapritueel (volgens de vaste methode) uitgevoerd.
D: In overleg en overeenstemming met persoonlijk begeleider en praktijkbegeleider is naar oplossingsalternatieven gekeken.

Om tot een oplossing te komen voor het uitvoeren van de vaste slaapmethode heb ik de PDCA cyclus doorlopen. Hieruit blijkt dat de onderbezetting niet

Eveline Makkink
31-10-2023
16:12:28

Ergotherapie | Poppentherapie

S: M. zat rustig aan tafel in de woonkamer, toen ik vrijwilligster Ti. kwam voorstellen. M. reageerde leuk en gezellig op Ti. Er lijkt een klik te zijn.

O: Vandaag nam Ti. de verzorging van Saar samen met Marijke van mij over en ik was er op de achtergrond bij. Het ging erg goed. Ti. nam de tijd, praatte tegen Saar alsof het een baby is en liet de verzorging (kleertjes aan- en uittrekken en wassen) zoveel mogelijk aan M. over. M. zei enkele keren: "het is geweldig, ik vind het helemaal leuk".

Ook Ti. gaf aan het erg leuk te vinden en hier graag wekelijks voor te willen komen.

A: M. was na dit moment weer erg vrolijk en communicatief (praat dan voluit, maakt grappies met Saar en laat haar zien aan anderen). Dit is het directe (positieve) effect wat de verzorging op M. heeft.

P: Vanaf nu komt vrijwilligster Ti. elke dinsdagmiddag de verzorging van Saar met M. doen. Zij heeft handvatten voor de verzorging en de richtlijn van de poppentherapie op papier meegenomen. Deze heb ik ook toegevoegd aan ONS.



Poppentherapie

Handvatten voor het verzorgen van pop "Saar"

Doel: Het stimuleren van het verzorgen van de pop.

Werkwijze:

1. Zoek samen met M. een schoon setje kleertjes uit, laat M. zelf kiezen.
2. Laat M. de kleertjes zelf verwisselen. Stimuleer en motiveer haar hierin, zeg bijvoorbeeld tegen haar: "Wil jij het jurkje bij Saar uittrekken?", "Wil je mij helpen met het uittrekken/aantrekken?". Doe de handeling voor of maak een start en laat M. het afmaken.
3. Was samen met M. de pop met vochtige washandjes.
4. Was samen met M. de kleertjes in een sopje in de wastafel.

Omgangsaadviezen:

- Zorg voor een rustige omgeving en sfeer.
- Neem de tijd.
- Geef M. zoveel mogelijk het gevoel dat zij de expert is, zeg bijvoorbeeld tegen haar: "Doe ik het zo goed?", "Wil jij mij helpen, het lukt mij niet".
- Geef M. veel bevestiging en complimenten, zeg bijvoorbeeld tegen haar: "Wat ben je ller voor Saar", "Wat doe je dat goed".

Ik heb de vrijwilligster ingewerkt op het samen verzorgen van de pop met de bewoner.

Voor de vrijwilligster heb ik de stappen voor het verzorgen van de pop uitgewerkt. De vrijwilligster heeft zelf ook een cognitieve stoornis, maar dan in een milde vorm. De stappen geven haar houvast tijdens het uitvoeren van de interventie.

Het is tevens te gebruiken door de zorgmedewerkers en daarom is het toegevoegd aan het Elektronisch Cliënten Dossier.

M: haalt voldoening uit het verzorgen van pop 'Saar'.

Toon in plan:

De verzorging van pop 'Saar' wordt samen met M. uitgevoerd.

'Saar' krijgt tenminste 1 keer per week schone klerretjes aan.

'Saar' wordt tenminste 1 keer per week gewassen met vochtige washandjes of hygiënische doekjes.

De vuile klerretjes worden samen met M. (met de hand) gewassen en opgehangen.

Eveline Makkink

02-11-2023

17:12:58

Evaluatie 10e week na start poppentherapie

S: Pop Saar geeft M. nog steeds veel rust. Het voorkomt overdag de momenten van onrust en wanneer M. wel onrustig is (voornamelijk 's avonds of wanneer M. niet in slaap komt ook 's nachts) vermindert de onrust door de aanwezigheid van Saar. M. is goed gestemd (licht regelmatig en praat mee met gesprekken).

O: Het lopen is een stuk verminderd. Overdag loopt M. nauwelijks meer over het loopcircuit. Pas na het avondeten gaat ze wandelen. Afhankelijk van of het lukt om M. op tijd in slaap te krijgen, is de onrust 's nachts nog wel aanwezig.

De slaapmedicatie is vervroegd zodat de avonddienst M. altijd naar bed kan begeleiden. Gister heeft dit zijn vruchten al afgeworpen en heeft M. vanaf 22:00 tot 10:00 geslapen.

Ook is Saar helpend bij het tot rust brengen van M.

A: Saar voorkomt en vermindert de onrust bij M. het is rustiger voor M. wanneer de avonddienst M. naar bed brengt.

P: Probeer zoveel mogelijk het vaste slaapritueel aan te houden wanneer je M. naar bed begeleidt. En vergeet pop Saar hier niet bij te betrekken. Doordat iedereen het op dezelfde manier doet, geeft dit herkenning en daardoor rust bij M.

M: is 's nachts rustig en slaapt dan.

Toon in plan:

Voorkom dat M. door een 'lege maag' wakker wordt (begin daar al eerder op de avond mee).

Breng M. naar bed vlak na het geven van de Temazepam (dan is de werking het beste).

Neem pop 'Saar' mee naar de slaapkamer.

Leg pop 'Saar' in haar bedje (want zij gaat nu ook slapen).

Zorg dat M. haar ademhaling rustig is (en van degene die haar naar bed begeleidt). Zet ontspannende muziek op (met de cd-speler die op M. haar kamer staat).

Blijf bij M. zitten totdat ze is ingedommeld (dit biedt haar geborgenheid/gevoel van veiligheid).

Eindmetingen gedaan:

CMAI, Qualidem en HOW afgenomen, dagindeling van de afgelopen week besproken

De verzorging van de pop is toegevoegd aan het zorgplan.

Omdat het nog niet altijd lukt om de bewoner te laten slapen 's nachts, heb ik nogmaals benoemd dat de vaste slaapmethode belangrijk is. Dit om het ook bij de zorgmedewerkers in te laten slijpen.

Het is inmiddels bij het team bekend dat wanneer het lukt om de bewoner bij het naar bed brengen in slaap te krijgen, zij de gehele nacht zal slapen. Wanneer dit niet de eerste keer lukt, lukken volgende pogingen meestal ook niet, waardoor de onrust verergerd. Daarnaast begrijpt inmiddels het vaste team ook waarom het toepassen van de vaste slaapmethode belangrijk is.

Ergotherapie | Poppentherapie

Eveline Makkink
08-11-2023
15:39:43

Bij deze wil ik laten weten dat mijn onderzoek naar de poppentherapie is afgerond. Het effect is erg positief. Wat ik zo snel al uit de resultaten haal is dat het lopen met 50% verminderd is en dat M. helemaal geen claimend gedrag (zoals het voortdurend vragen stellen) meer laat zien. Helaas heeft het minder effect gehad op de nachtelijke onrust.

Ik wil iedereen ontzettend bedanken! Want met elkaar is het een succes geworden.

Voor het continueren van de interventie is het volgende afgesproken:

- blijf pop Saar zoveel mogelijk aanbieden
- probeer minimaal 1 maal per week een activiteit met Saar en M. te doen waarbij de kleertjes worden verwisseld en gewassen => hiervoor komt vrijwilligster T elke dinsdag tussen 15:00 en 16:00. Maar dit mag natuurlijk altijd vaker!
- zet rustgevende muziek op tijdens het slaapritueel => er staat nu een cd-speler op de slaapkamer van M en er liggen cd's die haar echtgenoot heeft meegenomen met muziek die M. mooi vindt

Alles is overgedragen aan Nicole (ergotherapeut).

Bijlage 3. Afronden onderzoek

3.1 Eindrapportage



Datum: 8-11-2023

Contactpersoon: Eveline Makkink

Doorkiesnummer:

Email: eveline.makkink@kennemerhart.nl

Onderwerp: Behandelrapportage betreffende mw. [REDACTED]

Geachte mevrouw [REDACTED]

Via deze brief wil ik u laten weten dat de ergotherapie voor bovengenoemde cliënt is afgerond.

Diagnose

Alzheimer dementie, Diabetes Mellitus type 2, depressieve stoornis

Vraagstelling

Op welke manier kan mevrouw meer momenten van rust krijgen bij de vele hoeveelheid lopen over de gangen, zodat de pijn en vermoeidheid verminderen en zij niet meer dagelijks aangeeft dat het van haar niet meer hoeft.

Hoofddoel

Door middel van de interventie poppentherapie vermindert de (motorische/nachtelijke) onrust en het dwangmatig handelen en verbetert de kwaliteit van leven binnen 12 weken.

Verslag

Afgelopen periode heeft ergotherapie in het verpleeghuis plaatsgevonden.

Als gevolg van de dementie heeft mevrouw problemen met haar geheugen, communicatie, apraxie, beweegdrang en agitatie. Als gevolg van de apraxie is haar verzorging (aankleden, toiletgang, eten en drinken) volledig overgenomen door zorgmedewerkers. Mevrouw is graag onder de mensen in een rustige en positieve omgeving en voelt zich graag van waarde door te kunnen helpen/zorgen. Ze wordt blij als zij wat met haar handen mag doen. Wanneer sprake is van een tegenovergestelde omgeving/situatie ontstaat er onrust wat zich uit in oplopend van dwangmatig handelen, beweegdrang tot agitatie naar medebewoners.

De wens is dat mevrouw zo min mogelijk hinder ondervindt van haar dementie en haar mentaal welbevinden wordt vergroot. Hiervoor is het nodig dat de oorzaak van de onrust wordt achterhaald om er vervolgens wat aan te kunnen doen.

Er is gewerkt aan de volgende doelen:

- Mevrouw heeft minder drang om urenlang te lopen en daarbij tegels te tellen.
- Mevrouw pakt geen andere bewoners meer vast.
- Mevrouw heeft minder de behoefte om zorgmedewerkers aan te klampen omdat zij zich minder onzeker voelt.
- Mevrouw heeft meer rust om een activiteit te ondernemen en deze langer vol te houden.

Met toestemming van de echtgenoot van mevrouw is deze casus gebruikt voor mijn N=1 onderzoek.

Om deze doelen te behalen is na uitgebreid literatuuronderzoek de wetenschappelijk onderbouwde interventie Poppentherapie toegepast.

Hierdoor zijn de volgende resultaten behaald:

- de onrust en het dwangmatig handelen zijn verminderd en met 100% verbeterd;
- de kwaliteit van leven is verbeterd;
- de communicatie en interactie met anderen is verbeterd;
- het handelen verbeterde;
- de zorgzwaartelast daalde.

Mevrouw is overgedragen aan ergotherapeut Nicole Brunschot. Zij zal mevrouw blijven monitoren om te beoordelen of de ingezette interventie nog adequaat wordt uitgevoerd en eventueel bijgesteld moet worden.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Eveline Makkink, ergotherapeut in opleiding

3.2 Richtlijn poppentherapie

Richtlijn Poppentherapie

Gebaseerd op de nieuwste inzichten (2023)

Wat is het?

Poppentherapie is het aanbieden van een pop aan volwassenen die leven met dementie en is een wetenschappelijk onderbouwde therapie. Het is een persoonsgerichte therapie om het comfort, de betrokkenheid en de zin van het leven te bevorderen. Met als doel uitdagend gedrag (zoals rusteloosheid, dwalen, agitatie, agressie) te verminderen.

Wat kan het opleveren?

- verminderen van onrust;
- verminderen van angst en agitatie;
- verbeteren van de voedingstoestand (door het samen eten met de pop);
- het biedt hulp bij het uiten van behoeften waarin mogelijk niet is voorzien;
- het levert een positieve toename in communicatie, door de interactie met de pop via praten, tast- en overige zintuiglijke ervaringen;
- het gevoel van doelgerichtheid en waardering door voor de pop te mogen zorgen;
- het geeft de kans om herinneringen op te halen aan vroegere herinneringen met kinderen;
- het verminderen of zelfs voorkomen van het gebruik van gedragsveranderende medicatie.

Toepassing

Visie

- Sommige mensen zien het als een zacht stuk speelgoed dat ze kunnen knuffelen en vasthouden, anderen zien het als een baby waar ze voor zorgen. Het werkt allemaal op gehechtheid en beleving van de bewoner.
- De pop dient zo levensecht mogelijk te zijn en gepast gekleed te blijven uit respect naar de bewoner en de poppentherapie.
- Het is essentieel dat de pop met waardigheid en respect wordt behandeld. Ook bij het eventueel opbergen van de pop.
- Betrek het gehele cliëntnetwerk van de bewoner bij de therapie en zorg dat iedereen gemotiveerd is, voor een zo groot mogelijke kans van slagen.
- Ken het levensverhaal van de bewoner voor een goede inschatting of de therapie passend is bij de bewoner.
- Poppentherapie is niet voor iedereen effectief. Wanneer er verschillende pogingen zijn gedaan en het geen baat heeft voor de bewoner, rond de therapie dan af.

Introductie van de pop

- Laat de bewoner bij voorkeur zelf kiezen uit verschillende poppen.
- Het wordt aanbevolen om de pop op een locatie te plaatsen waar het ontdekt wordt door de bewoner. Bijvoorbeeld op zijn/haar eigen kamer waar de pop in een stoel, op bed of een tafel zit. Hierdoor kan de bewoner contact maken met de pop als hij/zij dat wil.
- Je kunt ook de bewoner benaderen terwijl je de pop wiegt en naast de bewoner gaan zitten, zodat hij/zij de kans krijgt om te reageren.
- Draag de pop op de juiste manier: niet ondersteboven, aan een arm of been. Wieg de pop zoals je een baby zou wiegen. Dit geeft de bewoner de kans om te beslissen of de poppentherapie echt of fantasie is.
- Dwing de bewoner niet. Wacht op erkenning en instemming van de pop en nodig hem/haar dan uit om de pop vast te houden.
- Laat de bewoner je zien dat hij/zij het leuk vindt om met de pop om te gaan. De acceptatie kan komen in de vorm van een glimlach of een liefdevolle stem als ze tegen de pop praat.
- Observeer de interactie van de bewoner met de pop. Merk of de pop geïdentificeerd wordt als een echte baby of als een pop. Wacht op een teken van de bewoner, vul het niet voor hem/haar in. Als de bewoner er specifiek om vraagt, zeg dan met een glimlach en liefdevolle stem: "het is zoals je wilt dat het is".
- Blijf de reactie van de bewoner observeren en grijp in als je voelt dat hij/zij zich ongemakkelijk of onrustig voelt. Soms kan het voldoende zijn om de pop over te nemen en er bij te gaan zitten terwijl je verder praat om de onrust te verminderen. Als dat niet voldoende is, neem dan de pop weer mee en probeer het op een later moment nog eens.

Aanpak

- De bewoner is leidend. Als hij/zij de pop wil vasthouden, laat hem/haar dan. Als hij/zij dat niet doet, blijf het dan niet aanbieden. En als het gezien wordt als een pop, doe jij dat ook. Als het gezien wordt als een baby, behandel de pop dan op die manier.
- Bedenk van tevoren wat je met de pop doet wanneer je de bewoner helpt in bijvoorbeeld de badkamer of op het toilet. Leg de pop niet op een radiator of op de grond maar bijvoorbeeld op bed of in een stoel. Zorg bijvoorbeeld voor een (poppen)bedje of kinderstoel.
- Laat de pop altijd bij de bewoner, als deze eenmaal is geaccepteerd.
- Leen de pop niet uit aan andere bewoners, dat kan verwarrend werken. Zorg ervoor dat het duidelijk is dat de pop bij de bewoner hoort (bijvoorbeeld door de pop een naamkaartje te geven).
- Stimuleer het verzorgen van de pop/baby met de bewoner door bijvoorbeeld samen de pop te wassen of de kleertjes te verschonen.
- Houdt er rekening mee dat de bewoner:
 - zorgen kan hebben over wie er voor de pop/baby zorgt als hij/zij er niet is. Vertel dan bijvoorbeeld dat een goede vriend of jijzelf oppast;
 - zorgen kan hebben over dat de pop 'slaapt' wanneer de ogen dicht zijn of zelfs denkt dat de pop/baby is overleden. Kies dan voor een pop waarvan de ogen niet dicht kunnen;
 - zich te veel zorgen maakt over de pop, waardoor hij/zij angstig of rusteloos wordt, bijvoorbeeld omdat de bewoner te veel bezig is met waar de pop slaapt en of deze goed verzorgd/gevoed wordt. Spreek dan af wie voor de pop zorgt wanneer het te veel wordt voor de bewoner zelf.

Evalueren en rapporteren

- Om het effect van de pop goed te kunnen monitoren is het belangrijk dat er elke dienst wordt gerapporteerd. Noteer of en hoe vaak de pop is ingezet en wat het effect was op de bewoner (wat zag je, hoe was de interactie).
- Rapporteer bij bijzonderheden zo concreet mogelijk wat je gezien hebt, bijvoorbeeld door middel van een SOAP rapportage:
 - S** (subjectief):
 - Hoe is de beleving van de bewoner?
 - Wat is jouw mening/indruk?
 - O** (objectief):
 - Wat neem je waar?
 - Wanneer gebeurt het?
 - Wat hoor je? Wat zie je?
 - Wat doet de bewoner?
 - A** (analyse):
 - Welke conclusie kun je trekken uit de S en O?
 - Wat was volgens jou de oorzaak?
 - P** (plan):
 - Wat ga je vervolgens doen?
 - Hoe ben je omgegaan met de situatie en wat was het effect?

Praktisch

Schoonmaken en -houden van de pop

- Was je handen voor en na het omgaan met de pop, net zoals je bij een andere bewoner zou doen. Dit helpt tegen infecties.
- De pop kan worden schoongeveegd met antibacteriële doekjes en de kleertjes kunnen worden gewassen.
- Stop de pop niet in de wasmachine of droger. En dompel hem niet onder in water, omdat de pop een zacht lichaam heeft kan het moeilijk drogen en mogelijk gaan schimmelen.

Overig

- Zorg dat er extra kleertjes en een reserve pop aanwezig zijn.
- Label de kleertjes zodat ze niet zoek raken.

Deze richtlijn is opgesteld in het kader van de afstudeeropdracht voor de HBO Bachelor Ergotherapie door Eveline Makkink (mei 2024). De inhoud is gebaseerd op onderstaande literatuur:

Dementia Doll Therapy | Dr Gary Mitchell. (2022, 27 juli). Elder.

<https://www.elder.org/the-elder/doll-therapy-controversial-intervention-people-living-with-dementia/>

Lary-Waller, J. (2020). Implementation of Doll Therapy for Agitated Residents with Dementia. Doctor of Nursing Practice (DNP) Translational and Clinical Research Projects. 3B.

Mitchell, G. (2016). Doll therapy in dementia care: Evidence and Practice. Jessica Kingsley Publishers.

3.3 Stukje over Poppentherapie



Week 46 Nieuwsbrief naasten Overspaarne

11 t/m 17 november 2023

Poppentherapie; verrassend helpend!

De inzet van een pop kan complex gedrag direct verminderen

Mijn naam is Eveline Makkink, ergotherapeut in opleiding. Als onderdeel van mijn afstuderen heb ik bij Overspaarne een kleinschalig onderzoek gedaan naar een extra therapievorm voor het verminderen van complex gedrag.

En wat blijkt; het inzetten van een pop is zeer effectief.

Wat is poppentherapie?

Poppentherapie is een nieuwe therapievorm voor mensen die leven met dementie. Nou, nieuw kun je het niet direct noemen. Deze vorm van therapie wordt namelijk al sinds de jaren 90 toegepast. Echter, vanwege verschillende redenen wordt het pas de laatste jaren als een serieuze therapievorm gezien. Onder andere doordat er meer bekend is over wat het oplevert en hoe je het op een effectieve manier kunt inzetten.



Wat levert poppentherapie op?

Het is recent wetenschappelijk bewezen dat poppentherapie kan bijdragen aan verbeterde communicatie, betere voedingstoestand, verhoogde sociale betrokkenheid, verminderde onrust of probleemgedrag, en zelfs aan het verlagen van eventuele gedragsveranderende medicatie. Daarnaast kan het vroegere herinneringen oproepen over bijvoorbeeld de zorg van (eigen) kinderen en dit kan weer een opening zijn om hier een gesprek met de bewoner over te voeren. Ook het verzorgen van de pop (kleertjes verschonen en wassen) heeft een positief effect. De handelingen van het verschonen en wassen zullen ook herinneringen oproepen.

Bij de bewoonster bij wie ik het onderzoek heb gedaan is onder andere de motorische onrust (zoals loopdrang) met 50 procent gedaald en het claimende gedrag (zoals voortdurend vragen stellen) met 100 procent gedaald. Dit heeft opgeleverd dat zij geen pijn aan haar voeten meer heeft van het lopen, vrolijker is, minder onrustig is en communicatiever is.

Ook bij enkele andere bewoners waarbij een pop in de wandelgangen werd aangeboden, had de pop direct effect. Hun aandacht werd afgeleid naar de pop waardoor zij stopten met lopen, blijer werden en er leuke conversaties ontstonden over en met de pop.

Hoe werkt poppentherapie?

Eigenlijk is het heel eenvoudig: namelijk het aanbieden van een pop aan een volwassene met dementie. Het enige dat je ervoor nodig hebt is een pop die zoveel mogelijk op een echte baby lijkt en een enthousiast team om de bewoner heen. Het kan op verschillende manieren worden toegepast, variërend van de bewoner die de pop vasthoudt, ertegen praat, knuffelt en zelfs voedt of aankleedt. Het belangrijkste is dat de bewoner hierin leidend is. De één ziet het als een stuk speelgoed en de ander als een baby. Ga hierin mee.

Ben je enthousiast geworden, wil je meer weten of wil je ermee aan de slag? Neem dan contact op met de afdeling ergotherapie. Zij kunnen je op weg helpen.

GEZOCHT: poppen en poppenkleertjes

Omdat de poppentherapie zo'n succes is hebben we extra poppen en poppenkleertjes nodig. Heb je zelf of heeft iemand in jouw netwerk een pop over die geschonken mag worden aan Overspaarne? Daar maak je ons heel blij mee. De pop en kleertjes kunnen afgegeven worden bij de ergotherapeuten van Overspaarne.

Eveline Makkink, ergotherapeut