

## Belevingsgerichte Observatie: toelichting

### 1. Doel en functie van belevingsgerichte observatie

Gedurende de eerste vier à zes weken van het verblijf van de bewoner in het verpleeghuis of verzorgingshuis leren de verzorgenden en de bewoner elkaar kennen. De verzorgenden zijn voortdurend alert op alles wat belangrijk is voor deze bewoner. Welke persoonlijke zorg heeft hij nodig, wat helpt hem waar mogelijk zichzelf te blijven. De verzorgende denkt na over wat ze bij deze bewoner waarneemt, in het contact met hem ervaart of hoort. Ze vraagt zich af of haar collega's dezelfde indruk hebben.

De verzorgende heeft twee methodische instrumenten tot haar beschikking om er voor te zorgen dat haar waarnemingen, ervaringen, ontdekkingen niet verloren gaan: het *voorlopig zorgleefplan* en de *observatielijst Beleving en Verwerking*.

Op het voorlopig zorgleefplan kan de verzorgende alles noteren wat te maken heeft met de ADLzorg en de woonzorg. Gedurende de eerste zes weken is het voorlopig zorgleefplan daarom altijd onderwerp van gesprek tijdens de overdracht van de dagdienst naar de avonddienst. Het gaat dan om al die bijzonderheden die iets zeggen over de wensen, behoeften, leefstijl en belevingswereld van de bewoner en die anders in de rapportage verdwijnen en moeilijk terug te vinden zijn. Het voorlopig zorgleefplan wordt zo feitelijk als Observatielijst gebruikt. De observatieperiode is de periode waarin de bewoner verandert van een vreemde in een bekende. Het is niet mogelijk om de periode van vier tot zes weken nog meer te preciseren. Het verschilt per bewoner maar ook per team hoe veel tijd er over heen gaat voordat de verzorgenden het gevoel hebben dat ze de bewoner echt hebben leren kennen en aanvoelen.

De gedachte om het voorlopig zorgleefplan gedurende een aantal weken te gebruiken als observatielijst is nieuw. Hiermee is een groot bezwaar tegen de oude belevingsgerichte Observatielijst zoals die oorspronkelijk werd gehanteerd en tijdens het onderzoek is gebruikt opgelost (zie proefschrift). De items op de vorige observatielijst en op het zorgoverzicht (de zorgkaart) 'dubbelden' elkaar met als gevolg dubbel schrijfwerk. En dat is niet iets waarop verzorgenden zitten te wachten. Als zij werkelijk elke dag tijdens de overdracht het voorlopig Zorgleefplan van de nieuwe bewoners bespreken, dan gebruiken zij dit feitelijk als Observatielijst voor ADLzorg en Woonzorg. Na zes weken zet de Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (contactverzorgende, zorgcoördinator) het voorlopig Zorgleefplan om in een eerste versie van het echte Zorgleefplan. Dat betekent dan één keer overschrijven of netjes invullen (als er nog geen digitale versie wordt gebruikt). Maar tegen die tijd staat er waarschijnlijk zo veel op gekrabbeld en doorgestreept dat dat de moeite loont.

De oorspronkelijke observatielijst is nu dus omgezet in een specifieke *Observatielijst Beleving en Verwerking*. Zijn er al niet méér van zulke lijsten? In veel instellingen waar wij komen is dat niet het geval. Vaak is er een formulier voor een beknopte samenvatting van de levensgeschiedenis, ingevuld door de maatschappelijk werkende. Ook zijn er lijsten met vragen naar gewoonten, hobbies, leefstijl die de activiteitenbegeleiding gebruikt om voor de

bewoner een activiteitenplan te maken. De verzorgenden kunnen deze informatie wel gebruiken, maar dat gebeurt zelden en zeker niet systematisch.

## **2. Doelgroep van de Observatielijst Beleving en Verwerking**

De observatielijst kan worden gebruikt op afdelingen voor somatische verpleeghuiszorg, psychogeriatrische verpleeghuiszorg, afdelingen voor bewoners met Niet Aangeboren hersenletsel (NAH) en in het Verzorgingshuis. De Observatielijst in dit document beperkt zich tot het verwerken en de gehanteerde copingstrategieën. De Observatielijst voor belevingsgerichte zorg is in een ander document op deze website te vinden.

## Observatie Beleving en Verwerking: inhoud en rubrieken

Naam: .....

Afdeling: .....

Leeftijd:.....

Datum: .....

### **Ik-Beleving, Zelfbeeld, Verwerkingsfase**

- 1. Voor bewoners van de psychogeriatric: Ik-beleving en mate van dementie**
  - 1.1. Gedrag en beleving
  - 1.2. Samenvatting gedragsbeelden in samenhang met Ik-beleving
  
- 2. Voor bewoners van de somatische afdeling: Beleving van zichzelf in de huidige situatie (zie lijst)**
  - 2.1. Eigenwaarde en zelfbeeld
  - 2.2. Verwerking en acceptatie
  
- 3. Gevoelsmatig ervaren (psychogeriatric en somatiek)**
  1. Emotioneel evenwicht
  2. Wanneer voelt de bewoner zich prettig?
  3. Wanneer voelt de bewoner angst, verdriet of boosheid?
  
- 4. Gedeprimeerdheid of depressiviteit**
  1. Kenmerken die wijzen op gedeprimeerdheid
  2. Kenmerken die wijzen op ontvankelijkheid voor positieve energie

## Deel 1. Belevingswereld, verwerkingsproces (psychogeriatric)

### 1. Persoonlijkheid, beleving van zichzelf in de huidige situatie

1.1. Ga na of bij deze bewoner een bijzondere vorm van dementie is gediagnosticeerd; de hier gestelde vragen zijn met name te gebruiken als er sprake is van ouderdomsverwardheid, vasculaire dementie of Alzheimerdementie.

1.2. Als er sprake is van 'gewone' dementie: Ik-Beleving (observaties omzetten in een toelichting op de karakteristiek, de beschrijving overnemen op zorgkaart of in het zorgleefplan)

- Hoe presenteert de bewoner zich, vanuit het hier en nu of vanuit een (tijdloze) innerlijke wereld?
  
- Zoekt de bewoner uit zichzelf contact met anderen?
  
- Als je contact hebt met de bewoner, is er dan sprake van wederkerigheid, dat wil zeggen, is er dan sprake van wederzijds beleven?
  
- Kijkt de bewoner je soms fel aan, met 'stekende' ogen of kijkt hij meer zoekend?
  
- Is er spanning waarneembaar in de houding van de bewoner? Denk aan gezicht, schouders, armen, manier van lopen.
  
- Heeft de bewoner last van bewoners die zich niet gedragen volgens de regels (zoals tafelmanieren)?

- Is de bewoner doelgericht, loopt hij echt op iets of iemand af? Of blijft hij staan bij wie of wat hij toevallig op zijn pad tegenkomt?
  
- Als de bewoner emotioneel is, is het dan duidelijk waardoor dat komt, met andere woorden, zit de aanleiding duidelijk in het hier en nu? Geef voorbeelden.

Tabel 1 Gedragsbeelden en Ik-beleving tijdens een proces van dementering <sup>1</sup>

	Bedreigd	Verdwaald	Verborgen	Verzonken
Waar bevindt de bewoner zich en hoe beleeft hij zichzelf in het hier en nu?	Is in het hier en nu, als hij zich bewust is van zijn onvermogen voelt hij zichzelf onzeker en bedreigd	Wisselt tussen hier en nu en innerlijke tijdloze wereld, kan zich nog altijd onzeker en bedreigd voelen	Leeft in zijn eigen innerlijke wereld, zijn gedrag laat zien dat die voor hem werkelijkheid is gericht	Leeft in zijn eigen innerlijke wereld, zijn gedrag is gesloten en naar het lijkt naar binnen gericht
Hoe kijkt hij?	Bij gevoel van onzekerheid en dreiging: felle soms stekende blik, anders ook wel vragende onzekere blik	Helder en doelgericht maar zonder felheid	Kijkt uit zichzelf ongericht, je moet zijn ogen 'vangen'	De ogen zijn dikwijls gesloten, oogcontact komt zelden of nooit tot stand
Hoe is de lichaamshouding, de spierspanning?	Bij onzekerheid en dreiging: gespannen, strak en stijf, of onderweg op zoek naar oriëntatiepunten en naar zekerheid (naar huis)	Ontspannen en dikwijls onderweg zonder precies te weten waar hij is en waar hij heen gaat	Ontspannen of zich voortdurend herhalende beweging	Ontspannen of in gekromde houding met contracturen, of in 'embryonale' houding
Hoe gaat de bewoner om met zijn gevoelens?	Probeert gevoelens te controleren, gevoelens hangen samen met het verwerkings- en aanpassingsproces als gevolg van dementie. Gebruikt probleemgerichte coping strategieën	Gevoelens worden vrij geuit, betreffen het hier en nu of de innerlijke wereld en mensen of situaties van vroeger. Coping strategieën worden meer emotie-gestuurd	Gevoelens uiten zich ongecontroleerd en vrij, betreffen zijn werkelijkheid en zijn beleving daarvan. Gebruikt nauwelijks nog coping strategieën	Gevoelens worden nauwelijks geuit
Waarom ontleent de bewoner houvast en veiligheid?	Structuur, voorwerpen, normen en waarden, regels, herinneringen, activiteiten, ruimten, vertrouwde mensen	Veel ondersteuning door mensen. Daarbij ook structuur, waarden, rituelen, herinneringen, activiteiten en ruimten	Woorden die speciaal tot hem gericht zijn, mensen, rituelen, lichamelijk contact, maaltijden die met toewijding en aandacht gegeven worden	Lichamelijk contact, zintuiglijke prikkels en ervaringen; stem, toon en woorden optimaal aangepast
Hoe doelgericht handelt de bewoner?	Planmatig en doelgericht handelen is mogelijk	Doelgericht actief voor iets dat voor anderen onduidelijk blijft	Zich herhalende activiteiten en gedragspatronen die voortkomen uit zijn belevingswereld	Geen handelen waarneembaar
Wat doet de bewoner graag en hoeveel energie heeft hij daarvoor?	Hij heeft voor zelfstandig handelen veel ruimte nodig, beschikt over veel energie	Kan druk bezig zijn, is ontvankelijk voor energie van anderen, is graag 'passief actief'	Is afhankelijk van de energie van anderen om beperkt bezig te zijn	Gesloten energiesysteem, kan energie niet meer omzetten in een handeling of activiteit
Hoe beleeft hij zich zelf, hoe praat hij over zichzelf?	Beleeft zichzelf als iemand met eigen identiteit, en is zich bewust van zijn verliezen	Is stukken van zichzelf kwijt, verdwaalt in de eigen levensgeschiedenis	Beleeft zichzelf in verschillende aspecten van zijn identiteit en brengt dat in zijn gedrag tot uiting	Beleeft zichzelf (voor zo ver wij ons dat kunnen voorstellen) op grond van basale behoeften en gevoelens
Wie neemt initiatief tot contact?	Hij zelf en personen om hem heen	Hij zelf en personen om hem heen	Is voor contact steeds meer aangewezen op personen uit zijn omgeving	Is volledig afhankelijk van personen uit zijn omgeving
Is er in het contact sprake van wederkerigheid?	Ja	Ja	Ja, als mensen uit zijn omgeving hiertoe uitnodigen	Nauwelijks of niet, soms reacties op zintuiglijke prikkels of lichamelijke massage of koestering

Kruis of kleur de vakken die gelden voor deze bewoner en neem bij gelijke beschrijving steeds beide kolommen

<sup>1</sup> Dit is een in 2014 opnieuw vastgestelde versie van de versie die tijdens het onderzoek naar de effectiviteit van GBZ is gebruikt. Deze versie is tot stand gekomen met hulp van medewerkers van verzorgings- en verpleeghuizen van de Cellittinen in Keulen en met de trainers en docenten van de Akademie für Mäeutik Deutschland. Eindredactie en verantwoordelijkheid berusten bij Dr. Cora van der Kooij, de ontwikkelaar van geïntegreerde belevingsgerichte zorg.

## IN DE HUIDIGE SITUATIE

### 1. Bewoners van de somatische verpleeghuisafdeling of van het verzorgingshuis:

#### 2.1. Eigenwaarde (uitwerken op karakteristiek)

0 Hoe praat de bewoner over zichzelf nu, positief of negatief?

0 Hoe praat de bewoner over zichzelf vroeger, positief of negatief?

0 Waaraan ontleent de bewoner een gevoel voor eigenwaarde?

0 Waaraan ontleent de bewoner levensvreugde?

#### 2.2. Verwerking en acceptatie

Beschrijf op welke wijze de bewoner omgaat met zijn ziekte en handicap.

In hoeverre heeft de bewoner zijn huidige situatie kunnen verwerken en accepteren? Hoe gaat de bewoner hier mee om?

## ZELFBEELD tijdens een chronische of invaliderende ziekte<sup>2</sup>

### Het beleven van een ziekte

#### De Persoon zelf

#### Naasten (gezinsleden en familie)

#### (1) Fase van onzekerheid

Vermoedens  
'Body reading'  
Normaliseren  
Extreme onzekerheid

Vermoedens  
Oplettendheid  
Normaliseren  
Onzekerheid

#### (2) Fase van ontwrichting

### **DREUN**

(na diagnose of plotselinge gebeurtenis zoals CVA of ongeluk)



Controle versterken of juist verliezen  
emotioneel afkoppelen  
(dissociëren, 'het is er niet')  
Angst voor hulpverleners  
Bestaansangst  
Behoeftte aan emotioneel anker

Verantwoordelijk, veeleisend Afstandelijk,  
Alert, waakzaam

Bestaansangst  
Willen weten hoe het verder gaat

### **MIST TREKT OP**

<sup>2</sup>

Gebaseerd op Charmas K. (1983). Losses of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5 (2) 168–195. Morse J.M., Johnson J.L. (1991). Towards a theory of illness: the Illness Constellation Model. In: Morse J.M., Johnson J.L. (eds.). *The Illness Experience: Dimensions of Suffering*. Newbury Park, Sage Publications. Morse J.M., O'Brien B. (1995). Preserving self: From victim to patient to disabled person. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 886–896.



### 3) HEROVEREN VAN EIGEN IDENTITEIT

Zingeving (waarom ik dit)  
Herwaardering van leven en waarden  
Zelfbescherming  
Doelen stellen  
Bemoediging en geruststelling zoeken  
Eigen bestaan terugzoeken

Verbinding aan de strijd, acceptatie  
Stootkussen vormen, beschermen  
Heroverwegen van rollen  
Heroverwegen van taken  
Ondersteunen  
Eigen bestaan terugzoeken

## HET IS NOOIT VOORBIJ OF HET WORDT ERGER

### (4) Bijstellen van het zelfbeeld

Loslaten van rollen en activiteiten  
Verliesverwerking  
Behoeftte aan wederkerigheid in relaties  
Behoeftte aan zinvolle activiteiten  
Bijstellen toekomstverwachting  
Vasthouden wat over is

Rolwisseling, nieuwe taken  
Verliesverwerking  
Instellen op de nieuwe ander  
Verlies van vrijheid  
Bijstellen toekomstverwachting  
Grenzen stellen

## DIT IS DE NIEUWE WERKELIJKHEID

### (5) Fase van onomkeerbaarheid en overgave

Het heft weer in handen nemen  
Bereiken wat mogelijk is in de gegeven situatie  
  
Behoeftte aan wederkerigheid  
Proberen af te ronden

Controle langzaam laten vieren  
Vertrouwen in de ander en in de  
situatie is moeilijk  
Nieuwe maar andere wederkerigheid  
Proberen af te ronden

## NIEUW WELZIJN versus WANHOOP EN DEPRESSIE



**3.GEVOELSMATIG ERVAREN** (voor alle bewoners/cliënten/patiënten die pas in een nieuwe situatie of woonomgeving zijn)

**3.1. Emotioneel evenwicht**

0 Is de bewoner emotioneel in evenwicht?

0 Zo ja, hoe merk je dat?

0 Zo nee, welke gevoelens overheersen?

0 Gevoelens van onzekerheid, onveiligheid, angst (gedrag bijv. vastklampen, roepen, veel aandacht vragen):

0 Boosheid, woede (gedrag bijv. slaan, schelden, zich terugtrekken):

0 Verdriet (gedrag bijv. depressief, treurig, moedeloos, nergens zin in hebben, huilen):

0 Tevredenheid (gedrag bijv. opgewekt, glimlachen, lichamelijk contact in de vorm van een zoen, een knuffel):

3.2. Wanneer voelt bewoner zich prettig, reageert hij positief, waaraan beleeft hij plezier?

- 3.3. Wanneer voelt de bewoner angst, verdriet of boosheid? Zijn er concrete aanleidingen, mensen of situaties aan te wijzen?

#### 4. Gedeprimeerd of depressief

De volgende vragen geven een indicatie of de (nieuwe)bewoner tot een depressie neigt. Bij de eerste vier vragen is een hoog aantal punten (maximaal 12) een teken van **gedepimeerdheid**, bij de volgende drie vragen is een hoog aantal punten (maximaal 9) een teken dat er **nog openheid is voor stimulans en ondersteuning**.

Als de bewoner tot **een echte depressie** neigt zal het nodig zijn dit met de behandelend arts te bespreken en/of de psycholoog in te schakelen.

Kenmerken die wijzen op gedeprimeerdheid	Nooit = 0	Soms = 1	Vaak = 2	Altijd = 3
Neerslachtig, geen moed meer				
Heel bang om in actie te komen, neigt tot apathie				
Zoekt hulp voor zaken die betrokkene beangstigen				
Vaak last van lichamelijke bezwaren die hem verontrusten				

Kenmerken die wijzen op ontvankelijkheid voor positieve energie	Nooit = 3	soms = 2	vaak = 1	Altijd = 0
Kan wel genieten als er iets leuks wordt georganiseerd				
Wil graag praten en is blij met warm contact				
Verzorgt zichzelf redelijk, schaamt zich voor verslonzen				

--	--	--	--	--

## Depressie<sup>3</sup>

Kenmerken	Nooit = 0	Soms = 1	Vaak = 2	Altijd = 3
Al geruime tijd vrijwel de gehele dag zeer neerslachtig				
Opvallend verlies van interesse en plezier in activiteiten				
Slapeloosheid of juist overmatige behoefte aan slaap				
Opvallend geremde of angstig geagiteerde psychomotoriek				
Verminderd denkvermogen en vermogen tot concentratie				
Besluiteloosheid en daarom tot niets meer kunnen komen				
Soms wanbeleven over armoede, schuld of ziekzijn				
Terugkerende gedachten aan verlost worden door de dood				

Duidelijke verandering in lichaamsgewicht: ja / nee. Bij duidelijke verandering 3 punten bijtellen.

Minimumscore = 0

Maximumscore = 27

1 – 8 : in lichte mate depressief

9 – 16 : matig depressief

17 – 27 : ernstig depressief

<sup>3</sup> Alleen gebruiken bij vermoeden van depressiviteit, als team invullen en indien het vermoeden serieus arts of psycholoog inschakelen.

