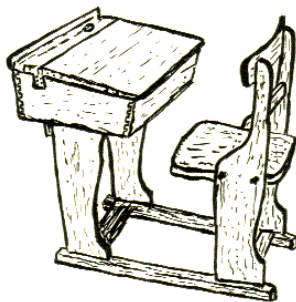
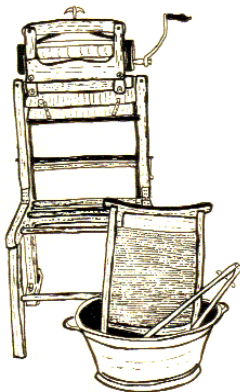


Vraag-antwoord-patronen tijdens een reminiscentie interventie



Een observatie van ouderen in verschillende stadia van dementie

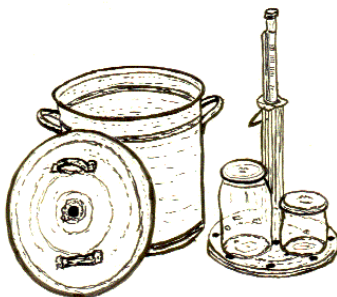
Masterthesis, Universiteit Twente



Christine Triphaus

Positieve Psychologie & Technologie

Faculteit Gedragswetenschappen



Afstudeerbegeleiders:

Prof. Dr. G.J. Westerhof

Dr. A.M. Sools

Enschede, 22 December 2016

Abstract

Background: Dementia is an irreversible illness with an increasing prevalence. Not only does that include the suffering of the individual but also the negative impact on society caused by high medical costs. In light of the incurable nature of dementia, interventions like reminiscence were created to lighten the symptoms of the illness. This study describes the observations during a reminiscence intervention with the focus on the question-answer-pattern between participants of the intervention and the implementers. The goal is to give answers about the relationship between the used communication techniques of the implementers and the reactions of the participants in different stages of dementia.

Method: Observations were made during a reminiscence intervention with old-fashioned objects in three groups of elderly people in different stages of dementia in eight sessions given during a period of eight weeks. During the sessions both the implementers' communication techniques as well as the participants' reactions to it were noted. To test whether there were differences between the groups chi-squares were calculated.

Results: In general the participants' reactions were positive in all three groups. The pattern of communication techniques used by the implementers showed differences: the more severe the stage of dementia the more communication techniques with an animating nature or techniques with the use of the objects were used. Furthermore the results showed that positive reactions were caused by different communication techniques than negative reactions.

Conclusion: To also keep the elderly in the more severe cases of dementia involved during the intervention, the implementers needed to use a broader range of the communication techniques. They managed to also produce positive effects in those groups. This shows that reminiscence interventions can also be effective for elderly with severe dementia. It also highlights the importance of the communication techniques during the intervention.

Samenvatting

Achtergrond: Dementie is een onomkeerbare ziekte waarvan de prevalentie toeneemt. Naast het lijden van de individuele personen heeft de ziekte door de hoge ziektekosten ook een grote invloed op onze maatschappij. Ook al is dementie niet geneesbaar zijn er interventies zoals reminiscentie waarbij beoogd wordt de symptomen van dementie te verlichten. Bij dit onderzoek gaat het om een observatie tijdens een reminiscentie interventie waarbij het oogmerk is gelegd op de vraag-antwoord-patronen tussen de deelnemers van de interventie en de groepsleiders. Hierdoor wordt beoogd een uitspraak te kunnen doen over de samenhang tussen de toegepaste gesprekstechnieken van de groepsleiders en de reacties van de deelnemers in verschillende stadia van dementie.

Methode: Geobserveerd werd een reminiscentie interventie met ouderwetse objecten bij drie groepen ouderen in verschillende stadia van dementie met elk acht sessies verdeeld over acht weken. Tijdens de sessies werden zowel de uitingen en acties van groepsleiders als ook de reacties van de deelnemers genoteerd. De resultaten hiervan werden gecodeerd en in drie tabellen gevisualiseerd. Om te toetsen of de drie groepen van elkaar verschillen werden de chi-kwadraten berekend.

Resultaten: De reacties van deelnemers van de drie groepen waren in de drie groepen in het algemeen positief. Het patroon van de gebruikte gesprekstechnieken verschilde tussen de groepen: hoe verder gevorderd de dementie van de deelnemers, hoe meer werden er animerende technieken of acties met behulp van de objecten gebruikt. Daarnaast traden positieve reacties door een ander patroon van gesprekstechnieken op dan negatieve reacties.

Conclusie: De groepsleider moet steeds meer moeite doen door een breder arsenaal aan gesprekstechnieken te gebruiken wil men ook ouderen met ernstigere dementie betrokken houden bij een reminiscentie interventie. Hierdoor werden er ook bij de groep met de ernstigste vorm van dementie dezelfde positieve effecten gecreëerd. Dit is een teken dat de interventie ook voor deze doelgroep kan werken en verduidelijkt het belang van het toepassen van de juiste gesprekstechnieken.

Inhoudsopgave

Abstract	1
Samenvatting.....	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Dementie	4
Reminiscentie	5
Reminiscentie bij dementie	7
Gesprekstechnieken.....	9
Onderzoeksvragen	10
Methode.....	11
Deelnemers.....	11
Interventie.....	13
Procedure.....	13
Meetinstrumenten.....	14
Analyse	16
Resultaten	18
Gesprekstechnieken.....	18
Reacties van deelnemers	20
Samenhang gesprekstechnieken en reacties van deelnemers	21
Andere invloeden	22
Discussie.....	23
Sterkten en beperkingen	26
Aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek	27
Conclusie	28
Referenties.....	29
Bijlagen	33
Bijlage 1: Handleiding voor groepsleiders	33
Bijlage 2: Observatieformulier	35

Inleiding

De prevalentie van dementie neemt wereldwijd toe. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat aan dementie lijdt (Alzheimer Nederland, 2014). Het is een ziekte die veel ziektelasten en kosten met zich meebrengt en bovendien niet te genezen is. In het rapport VTV-2014 staat dementie op plaats elf van de in 2011 geselecteerde ziektes die de meeste ziektelast geven. Ook al is dementie niet te genezen wordt er naar mogelijkheden gezocht om het verloop van de ziekte voor de desbetreffende personen te vertragen en dit zowel voor de patiënten als voor de verzorgers draagbaarder te maken.

Bij dit onderzoek gaat het over een reminiscentie interventie voor ouderen met dementie in een woonzorgcentrum in Eibergen. Met de nadruk op de gespreksvoering tijdens de reminiscentie interventie wordt beoogd inzicht in de gespreksvoering met mensen in verschillende stadia van dementie te verkrijgen.

Dementie

Dementie duidt een hersenziekte aan die verschillende vormen aan kan nemen. Het belangrijkste kenmerk van dementie is het algehele verval van de cognitieve functies (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). Van dementie wordt gesproken als er door een hersenziekte meer dan één cognitief domein aangetast is en dagelijkse bezigheden moeilijk worden om zelfstandig uit te voeren. Er zijn meerdere cognitieve domeinen die aangetast kunnen zijn en er treden verschillende combinaties van deze domeinen op. Hierbij valt te denken aan stoornissen van het geheugen, stoornissen in de aangeleerde vaardigheden, stoornissen in de uitvoerende functies en een verminderd abstractie- en oordeelsvermogen (DSM IV). Op basis van de oorzaak van de verschijnselen wordt er onderscheid gemaakt tussen de types dementie 'dementie van het Alzheimerstype', 'dementie met Lewy bodies', 'frontotemporale dementie', 'vasculaire dementie', de 'ziekte van Huntington' en de 'ziekte van Creutzfeld-Jakob' (Eikelenboom, van Gool, en van der Mast, 2008).

Naast deze cognitieve stoornissen die voor de diagnostiek van dementie van belang zijn, gaat dementie bijna altijd ook gepaard met gedragsveranderingen en psychiatrische verschijnselen zoals persoonlijkheidsveranderingen, depressiviteit, apathie, prikkelbaarheid, wanen, visuele hallucinaties en stoornissen van het slaap-waakritme. Psychiatrische verschijnselen kunnen optreden door beschadigingen van de hersenen, maar kunnen ook een

direct gevolg zijn van de psychologische reacties van patiënten op de ziekte. Het besef van de invloed van de ziekte op de patiënt zelf kan leiden tot depressieve klachten en zelfs rouwreacties (Eikelenboom, van Gool, en van der Mast, 2008).

Dementie is een veel voorkomende ziekte. In Nederland waren er in 2011 naar schatting 51.900 personen met dementie bekend bij de huisarts (Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg, 2011). Op basis van onder meer het ERGO bevolkingsonderzoek van 1990-1993 schat Alzheimer Nederland (2014) het totale aantal mensen met dementie in 2014 op ruim 260.000 mensen. En naar hun schatting zal dit getal in 2040 twee keer zo hoog zijn. Bij vrouwen komt deze ziekte twee keer zo vaak voor als bij mannen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Dit kan komen omdat dementie vooral op hogere leeftijd voorkomt en vrouwen een hogere levensverwachting hebben dan mannen. Ook het aantal sterftegevallen per jaar is bij dementie hoog (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Volgens het CBS waren er in 2011 9.161 mensen aan dementie overleden. Voor vrouwen blijkt dat dementie tot de top vijf van ziekten met de hoogste sterfte behoort. En vanaf 2030 zal dementie de belangrijkste doodsoorzaak zijn (VTV-rapport 2014).

Ook voor de maatschappij heeft de hoge prevalentie van dementie gevolgen. Dementie brengt kosten met zich mee. In Nederland is dementie één van de duurste ziekten. In 2011 ging 5,3% van de totale kosten in de Nederlandse gezondheidszorg naar dementie. In het kader van alle psychische stoornissen waren 24% zorgkosten ten koste van dementie. Naast de kosten voor de maatschappij zijn er ook nog gevolgen voor de mantelzorgers. Totdat iemand met dementie in een woonzorgcentrum terecht komt worden zij in de meeste gevallen verzorgd door een mantelzorger thuis (Trimbos Instituut, 2015). Deze zorg bezorgd de mantelzorger zelf vaak problemen op emotioneel, sociaal en/of lichamelijk gebied (Trimbos Instituut, 2015). Zoals eerder al benoemt verwacht Alzheimer Nederland (2015) een toename van mensen met dementie. Ook het aantal benodigde mantelzorgers zal hierdoor stijgen en de druk op de maatschappij vergroten.

Reminiscentie

Tot op heden is er nog geen behandeling gevonden waarmee dementie genezen kan worden (Eikelenboom, van Gool, en van der Mast, 2008). Er zijn wel therapieën die het mogelijk maken de psychiatrische verschijnselen te verminderen.

Een activiteit die zou kunnen helpen om de psychiatrische verschijnselen van mensen met dementie te bestrijden is reminiscentie. Lin, Dai en Hwang (2003) definiëren reminiscentie als het proces waarbij men zich persoonlijke gebeurtenissen of ervaringen uit het verleden herinnert die op persoonlijk vlak gedenkwaardig zijn. Reminiscentie kan veel verschillende functies vervullen. Cappeliez en O'Rourke (2006) ontwikkelden een model dat onderscheid maakt tussen drie verschillende typen functies van reminiscentie: positieve, negatieve en sociale reminiscentie.

Positieve reminiscentie omvat vormen van reminiscentie die positieve effecten bewerkstelligen. Het is een effectieve manier om het gelukkig zijn te versterken (Bryant & King, 2005; Hughston & Merriam, 1982). Positieve reminiscentie wordt onderverdeeld in drie functies: *identity*, *problem-solving* en *death preparation*. Bij *identity* worden herinneringen gebruikt om de identiteit van zichzelf te ontdekken, te verduidelijken en uit te kristalliseren. *Problem-solving* is een functie van reminiscentie waarbij herinneringen aan vroegere strategieën om problemen op te lossen gebruikt worden om problemen in het heden op te lossen. Bij *death preparation* worden herinneringen gebruikt om tot een kalme en accepterende houding tegenover de eigen sterfelijkheid te komen. (Cappeliez & O'Rourke, 2006)

Negatieve reminiscentie wordt onderverdeeld in drie functies: *bitterness revival*, *boredom reduction* en *intimacy maintenance*. Deze drie functies hebben allemaal een negatieve werking. *Bitterness revival* is een vorm van reminiscentie waarbij steeds gepiekerd wordt over moeilijke ervaringen, niet gebruikte mogelijkheden en tegenslagen. Van *boredom reduction* wordt gesproken als men herinneringen aan zijn verleden gebruikt om aan de situatie in het heden te ontsnappen. *Intimacy maintenance* is het proces waarbij iemand de herinnering aan een geliefde persoon die er niet meer is in stand houdt. (Cappeliez en O'Rourke, 2006)

Bij sociale reminiscentie gaat het over het sociale aspect waar het delen van herinneringen centraal staat (Cappeliez, Rivard, & Guindon, 2007; Webster, 1993; Wong & Watt, 1991). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen *teach/inform* en *conversation*. Bij *teach/inform* gaat het om een functie van reminiscentie waarbij herinneringen gebruikt worden om anderen dingen te leren. Bij *conversation* worden herinneringen gebruikt om relaties met anderen te sterken (Cappeliez & O'Rourke, 2006).

Op basis van de verschillende functies die reminiscentie kan vervullen zijn er verschillende interventies en therapieën ontwikkeld. Afhankelijk van de vorm van

reminiscentie interventie en de gewenste functie kan het uitoefenen van reminiscentie op verschillende manieren mentale gezondheid en welbevinden bevorderen (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Er zijn drie vormen van interventies: reminiscentie interventies, life review interventies en life review therapieën (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Reminiscentie interventies bevorderen vooral de sociale functies door het delen van positieve herinneringen. Vaak wordt dit gedaan door gebruik te maken van voorwerpen, foto's of muziek die voor de deelnemer van invloed zijn en herinnering activeren (e.g. Cook, 1991; Subramaniam & Woods, 2012; Westerhof, 2011). Life review interventies bevorderen een systematische evaluatie en integratie van positieve en negatieve herinneringen van alle levensperiodes (e.g. Birren & Deutchman, 1991; Haight & Webster, 1995). Bij life review therapieën wordt eraan gewerkt negatieve manieren van herinneren te vervangen met positieve manieren. In vergelijking tot life review interventies waar positieve functies bevorderd worden gaat het bij life review therapieën over het verminderen van negatieve functies. Dit betekent een verandering in de manier hoe iemand denkt en diens zelfbeeld (e.g. Mills & Coleman, 2002; Pot et al., 2010; Watt & Cappeliez, 2000). Life review therapie is erkend als een evidence-based interventie tegen depressie bij ouderen (Scogin, Welsh, Hanson, Strump, & Coates, 2005).

Reminiscentie bij dementie

Zoals hierboven uitgelegd kent reminiscentie veel verschillende vormen en functies. Voor de doelgroep 'mensen met dementie' hebben Dempsey et al. (2014) een definitie voorgesteld specifiek voor reminiscentie interventies bij mensen met dementie, waarbij de aanbevelingen en bevindingen uit dementie onderzoek in overweging zijn genomen:

'Reminiscence is the deliberate use of prompts, for example photographs, smells, music and questioning, to promote the recall of pleasant memories. The focus of reminiscence work is to stimulate the person, provide enjoyment and foster a sense of achievement and self-worth. The anticipated outcomes of reminiscence work are enhancement of the person's quality of life, behavior and mood.'(pp.176-192)

Specifiek bij mensen met dementie zou reminiscentie effectief kunnen zijn. Bij reminiscentie wordt gebruik gemaakt van vroege herinneringen uit de jeugd. Juist dit soort herinneringen zijn bij mensen met dementie de herinneringen die het langst in stand blijven

(Basso, Bruce, & de Hamsher, 2003). Bij reminiscentie wordt dus gebruik gemaakt van dingen die mensen met dementie nog wél kunnen, en wordt er geen focus gelegd op dingen die zij zich niet meer kunnen herinneren of niet meer kunnen doen (Gibson, 2006; Schweitzer & Bruce, 2008). Daar waar iemand door dementie normaalgesproken onzeker en niet communicatief is kan er door middel van reminiscentie een beter gevoel van eigenwaarde ontwikkeld worden. Dit wordt bewerkstelligd doordat het over dingen gaat waar de herinneringen nog intact of makkelijk op te halen zijn. Omdat dat mensen met dementie problemen met cognitieve functies hebben gaat het in de meeste gevallen om reminiscentie interventies. Life review interventies en life review therapieën vergen voor een persoon met dementie in de meeste gevallen te veel cognitieve vaardigheden.

Reminiscentie interventies zijn populair bij patiënten en verzorgers en er zijn veel tekenen dat het een positieve invloed heeft. Een meta-analyse van Huang et al. in 2015 toonde aan dat reminiscentie bij mensen met dementie een klein effect heeft op het cognitief vermogen en een matig effect op depressieve verschijnselen. Volgens de systematische review van Woods et al. in 2005 verminderde reminiscentie bovendien bij professionele zorgverleners de effecten van overbelasting. In meerdere onderzoeken kwam naar voren dat door reminiscentie het gevoel van eigenwaarde versterkt wordt, de kwaliteit van leven en stemming verbeterd wordt, psychologisch welbevinden verhoogd wordt en gedragsproblemen verminderd worden (Moos & Bjorn, 2006; Woods et al., 2005). Ook uit ander onderzoek blijkt dat reminiscentie voordelig kan zijn voor verzorgers. Martela (2012) stelde dat het delen van verhalen uit het verleden en uit het heden een centraal aspect is om relaties tussen mensen met dementie en professionele verzorgers te versterken. Een ander positief effect voor professionele verzorgers is de toegenomen tevredenheid met het werk en de positievere attitude tegenover de patiënten (Gudex, Horsted, Jensen, Kfer, & Sorensen, 2010).

Tot nu toe is het meeste onderzoek met reminiscentie bij mensen met dementie gedaan bij mensen in een vroeg stadium van dementie. Ook bij de boven genoemde studies was dit het geval. Dementie is een progressieve ziekte die steeds vaker op zal treden. Er zal dus een grote groep zijn van mensen met een ver gevorderd stadium van dementie waarvoor (nog) geen therapieën bekend zijn die hun klachten kunnen verlichten. Het is belangrijk dat er met deze grote groep rekening gehouden wordt.

Al met al zijn er veel verschillende vormen van reminiscentie te vinden met verschillende functies. Voor elke groep kan er een specifiek functie gekozen worden. Het is

belangrijk om de vorm van reminiscentie af te stemmen op de cognitieve vaardigheden van de deelnemers van de interventies. Zo vergen life review therapieën en life review interventies bijvoorbeeld meer mentale capaciteiten dan reminiscentie interventies. Dit is een belangrijk punt bij het bepalen van de soort interventie.

Gesprekstechnieken

Samenvattend wordt geconcludeerd dat reminiscentie voor ouderen in een vroeg stadium van dementie effectief is gebleken. Maar waarom dat precies zo is is nog niet duidelijk. Elke interventie van reminiscentie houdt in dat er een persoon is die het proces van reminisceren begeleidt en meer of minder structuur biedt. Deze persoon, de groepsleider, kan bewust of onbewust door middel van communicatie met de deelnemers het verloop van het gesprek sturen. Zij kan bijvoorbeeld ervoor zorgen dat het gesprek op gang blijft, welke deelnemers aan het woord komen of waar het inhoudelijk naar toe gaat. De groepsleider kan op deze manier een bepalende factor zijn van het slagen of falen van elk soort reminiscentie activiteit.

Kitwood (1997) beschrijft het belang van communicatie in de omgang met mensen met dementie. Hij benoemt '*personhood*', het bewust zijn van de eigen identiteit, als belangrijk concept binnen de zorg. Een mens met dementie moet volgens dit concept benaderd worden op basis van zijn mogelijkheden, behoeften, wensen en gewoontes. Mensen moeten volgens dit concept niet gereduceerd worden tot hun ziekte en beperkingen. Ook noemt Kitwood vormen van interacties die '*personhood*' ondermijnen en ondersteunen. Persoons-ondermijnende acties zijn bijvoorbeeld interacties waarbij personen met dementie misleid worden, beslissingen zonder hen gemaakt worden of handelingen helemaal overgenomen worden. Persoonsversterkende interacties aan de andere kant zijn handelingen waarbij de uniekheid van de persoon met dementie op de voorgrond staat en de professional samenwerkt met de persoon met dementie. De interacties die Kitwood beschrijft bestaan uit communicatie met de patient en/of handelingen tegenover hem, kortom de benadering tegenover de patient. Hij stelt dat door deze benadering, waarbij de persoon op de voorgrond staat in plaats van de ziekte, de kwaliteit van leven verhoogd wordt.

Ook in de traditionele gespreksvoering worden gesprekstechnieken gebruikt om een bepaald doel te bereiken. Zo constateren Lang en Van der Molen (2003) in hun boek over psychologische gespreksvoering dat het gebruik maken van gesprekstechnieken voor elk

therapeutisch gesprek van belang is. In een exploratief one-case onderzoek van Van Beek (2015) over het toepassen van gespreksvaardigheden bij een interventie bij ouderen kwam naar voren dat de persoon die de gesprekken leidt gebruik maakt van een aantal gesprekstechnieken uit het kader van Lang en Van der Molen. Hij legt uit dat het creëren van een open gesprek beoogd wordt doormiddel van het stellen van vooral open vragen. De gesprekken worden hierdoor bewust in de gewenste richting gestuurd. In dit geval gaat het over een life-review interventie bij ouderen zonder ernstige cognitieve beperkingen.

Omdat er naar de groep van ouderen met ernstige dementie relatief weinig onderzoek is gedaan is er ook weinig bekend over gesprekstechnieken voor deze doelgroep. Bij Kitwood gaat het niet puur om gesprekstechnieken maar meer om de benadering van de persoon met dementie. En bij het onderzoek van Van Beek gaat het niet over een persoon met dementie. Wel wordt het belang van gesprekstechnieken bij Van Beek duidelijk. Het is echter niet bekend of voor ouderen met ernstige dementie dezelfde gesprekstechnieken werken dan bij ouderen zonder dementie. Voor algemene uitspraken of aanbevelingen voor een reminiscentie interventie voor ouderen met dementie is deze kennis echter wel cruciaal.

Dit onderzoek beoogd de zonet genoemde gaten in de wetenschap te vullen. Een eerder onderzoek van Isabel Nolte inventariseerde de mogelijkheden voor reminiscentie activiteiten voor de zorginstelling 'De Meergaarden'. Er werd uiteindelijk een simpele vorm van reminiscentie interventie gekozen. Het doel van dit vervolgonderzoek is om te inventariseren welke gesprekstechnieken er tijdens de interventie door groepsleiders precies gebruikt werden en welke reacties dit bij de deelnemers oproept. De interventie wordt uitgevoerd bij groepen met verschillende ernst van dementie om ook een uitspraak te kunnen doen over eventuele verschillen tussen deze groepen.

Onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in vraag-antwoord-patronen specifiek voor gespreksvoering bij verschillende stadia van dementie. Dit wordt verwoord door deze hoofdvraag: Wat is de samenhang tussen de gesprekstechnieken van de groepsleiders en de reacties van deelnemers in verschillende stadia van dementie?

Aan de hand van de volgende drie deelvragen wordt beoogd hierop een antwoord te kunnen geven:

Subvraag 1: Welke gesprekstechnieken worden door groepsleiders gebruikt?

Subvraag 2: Wat zijn de verschillen in reacties op de gesprekstechnieken tussen de drie verschillende groepen deelnemers?

Subvraag 3: Welke reacties worden door de verschillende gesprekstechnieken opgeroepen?

Methode

Dit observationeel onderzoek is ontstaan door een samenwerking van drie verschillende instanties. Zorginstelling 'De Meergaarden' van Livio is op zoek naar nieuwe methoden om ouderen met dementie leuke maar ook effectieve activiteiten te kunnen bieden. Naast de zorginstelling 'De Meergaarden' van Livio zijn de Universiteit Twente en het museum de Scheper in Eibergen betrokken. De Universiteit Twente wil meer onderzoek uitvoeren naar reminiscentie. En het museum de Scheper in Eibergen is bereid om te helpen door materiaal ter beschikking te stellen en zo meer bekendheid voor het museum te scheppen. Deze drie instanties vormen een team om onderzoek te doen naar reminiscentie voor ouderen met dementie. Er is door de medewerkers van Livio een reminiscentie interventie uitgevoerd en door de onderzoekers geobserveerd. De verkregen data werd gecodeerd en geanalyseerd om uitspraken te kunnen doen over de onderzoeksvragen. Een specifieke uitleg over dit proces volgt hieronder.

Deelnemers

Bij dit onderzoek waren er twee soorten deelnemers: De groepsleiders die de sessies leiden en de ouderen met dementie. Voor de duidelijkheid van dit onderzoek worden de groepsleiders alleen 'groepsleiders' genoemd en vallen onder het begrip 'deelnemers' alleen de ouderen met dementie.

De zorginstelling 'De Meergaarden' in Eibergen biedt ruimte voor een groot aantal bewoners. Hiervan woont een deel in eigen appartementen binnen de zorglocatie en een ander

deel in kleinere zelfstandige woongroepen naast het hoofdgebouw. Ook komen er dagelijks ouderen uit de omgeving op bezoek voor diverse dagactiviteiten.

Voor dit onderzoek zijn er drie groepen uitgekozen. Deze groepen verschillen zowel in het aantal deelnemers als ook de ernst van de dementie van de deelnemers. De ‘dagzorg-groep’ [DZ-groep] bestaat uit een groep van 14 ouderen woonachtig in de omgeving. Zij zijn alleen aanwezig voor dagactiviteiten. Deze groep omvat zowel mensen met lichte dementie als ook mentaal gezonde ouderen. Niet elke deelnemer uit deze groep was elke week aanwezig. De groep bestond uit 12 tot 14 mensen.

Bij de tweede groep gaat het over de kleinschalig-wonen-groep [KSW-groep]. Deze groep bestaat uit 6 bewoners waarvan er steeds 5 of 6 bewoners aanwezig waren. Zij wonen in een klein wooncomplex tegenover het hoofdgebouw van De Meergaarden waar zij ieder een eigen kamer hebben en een gemeenschappelijke keuken en woonkamer. In deze gemeenschappelijke ruimte vonden ook de sessies plaats. Alle bewoners zijn dement en hebben vooral hulp nodig met het behouden van de structuur van de dag.

De derde groep is de ‘psychogeriatric-groep’ [PG-groep]. Deze groep bestaat uit 12 bewoners van De Meergaarden. Deze bewoners wonen in het hoofdgebouw in hun eigen kamerappartement en komen in een gemeenschappelijke ruimte bij elkaar. Zij zijn allemaal in een gevorderd stadium van dementie en hebben hulp nodig bij alledaagse bezigheden.

Bij de groepsleiders gaat het om medewerkers van Livio of vrijwilligers die zelfstandig bij Livio regelmatig groepen begeleiden waar zij activiteiten met de ouderen uitvoeren. Binnen twee van de drie de groepen waren er in het grootste gedeelte van de tijd steeds dezelfde groepsleiders aanwezig. Dat zorgde voor een soepele continuïteit van de sessies.

De DZ-groep werd steeds door twee groepsleiders van ‘De Meergaarden’ geleid. In deze groep veranderde de leiding regelmatig tussen de vier personen die ervoor verantwoordelijk waren. Ook was er twee keer een stagiaire van de Meergaarden aanwezig. Bij de KSW-groep en de PG-groep was er meer continuïteit. De groepsleider van de KSW-groep was een vrijwilligster. Zij gaf bijna alle sessies zelf. Eén keer viel een andere medewerker van Livio voor haar in. De sessies van de PG-groep werden gegeven door een Livio medewerker. Zij gaf bijna alle sessies zelf, behalve twee waar zij door haar vakantie niet aanwezig kon zijn.

Interventie

Bij de interventie gaat het om een eenvoudige versie van reminiscentie interventie. Het doel is sociale functies te bevorderen door het delen van positieve herinneringen en daarnaast ook het begin om integratieve functies te bevorderen. Als reminiscentie integratief gebruikt wordt gaat het om het reflecteren op het verleden en het versterken van de identiteit in het heden.

De sessies van de interventie waren een reminiscentie interventie met behulp van ‘reminiscentiekoffers’. Dit waren ouderwetse koffers van het museum de Scheper uit Eibergen die gevuld waren met ouderwetse voorwerpen die men rond 1940 gebruikte. Om de twee weken hebben de onderzoekers de koffers bij het museum ingeruild voor een nieuwe inhoud. Elke koffer had een ander thema. Zo waren er in totaal acht thema’s: eten en drinken, school en speelgoed, de vrouwenkoffer, de grote schoonmaak, de mannenkoffer, gereedschap, textiel en een koffer met verschillende onderwerpen.

Naast de reminiscentiekoffers zijn er ook veel ouderwetse voorwerpen en boekjes in De Meergaarden aanwezig. Deze horen in principe niet bij de koffers en bij de interventie, maar werden vaak erbij gehaald. Zo werden er af en toe ook kleine verhaaltjes of gedichtjes voorgelezen of door bewoners voorgedragen.

Procedure

In de voorbereidingsfase werd er door de onderzoekers een presentatie gegeven voor de groepsleiders die de interventie uit gingen voeren. Dit was een kleine bijeenkomst met informatie over belangrijke zaken van de interventie. Inhoudelijk ging het over een korte samenvatting van reminiscentie, de voordelen ervan en de doelen van Livio met de sessies. Ook werden er tips gegeven over hoe om te gaan is met negatieve gebeurtenissen tijdens de sessies en algemene tips over wat handig is om te doen of te zeggen.

Bovendien werd er een beknopte handleiding geschreven (bijlage 1). Deze handleiding geeft de inhoud van de training beknopt weer. Hier werd uitleg gegeven over de handelwijze voor groepsleiders tijdens de sessies. De handleiding bevat richtlijnen over hoe een sessie begonnen kan worden, hoe gesprekken gaande gehouden kunnen worden en hoe de sessies afgesloten kunnen worden. Daarnaast zijn er een aantal handige tips te lezen, de doelen van de koffers, en hoe er mee omgegaan moest worden. Deze handleiding kwam in de koffers te liggen.

Na de voorbereidingsfase begon de dataverzameling. Dit was een periode van 8 weken. In elk van de drie groepen vonden er 8 sessies plaats, in totaal waren dit 24 sessies. Tijdens elke sessie is er een observatieformulier bijgehouden en ingevuld. Er is steeds door middel van de van tevoren bedachte gesprekstechnieken bijgehouden welke acties de groepsleider uitvoert en wat de bijhorende reacties van de deelnemers zijn. Als er meer dan één groepsleider was is er op het observatieformulier geen verschil gemaakt tussen die twee personen. Ook de reacties van de deelnemers zijn tijdens de sessies opgeschreven om na de dataverzameling gecodeerd te worden.

Meetinstrumenten

Het meetinstrument van de interventie is het observatieformulier (bijlage 2). Omdat er geen vergelijkbare studie gevonden is met een geschikt onderzoeksinstrument is er zelf een observatieformulier gemaakt. Het doel is te onderzoeken wat er precies in elke sessie gebeurt: welke acties groepsleiders ondernemen en wat de reacties hierop vanuit de deelnemers zijn. De observatielijst bevatte o.a. verschillende vraagtechnieken (bijvoorbeeld *‘gesloten vragen’*) (Info.nu, 2011) en andere acties om het gesprek te sturen (bijvoorbeeld *‘praatbeurt stoppen’*) of acties met de voorwerpen (bijvoorbeeld *‘object omhooghouden’*). De laatste twee soorten acties ontstonden tijdens overleg met zowel de begeleider vanuit de Universiteit Twente als de contactpersoon van Livio Sigrid van der Sar. Deze soorten vragen en acties stelden de gesprekstechnieken voor die verwacht werden om door de groepsleiders gebruikt te worden. Deze moesten door de onderzoekers tijdens de observaties genoteerd worden. Dit gebeurde op het observatieformulier. Er was ruimte om vast te leggen welke situatie gaande was, wat de groepsleider zei of deed en welke reacties de deelnemers vertoonden. Uiteindelijk bleek deze onderverdeling niet praktisch en werd er alleen vastgelegd welke gesprekstechniek de groepsleider gebruikte en de bijhorende reactie erop. Ook bleken niet alle gesprekstechnieken van toepassing te zijn omdat sommige ervan niet of amper gebruikt werden. De gesprekstechnieken werden vervolgens gereduceerd tot de gesprekstechnieken te zien in tabel 1.

Er zijn ten eerste twee soorten vragen: *‘open vragen’* en *‘gesloten vragen’*. *Open vragen* zijn hier bijvoorbeeld algemene vragen over een voorwerp. Een *‘gesloten vraag’* zou dan een specifieke vraag over de functie van een voorwerp kunnen zijn. Deze gesprekstechnieken zijn gecategoriseerd als eerste categorie met het thema *‘soorten vragen’*.

Daarnaast zijn er meerdere manieren om de praatbeurt van een deelnemer te controleren; door de ‘*praatbeurt van de deelnemer te stoppen*’ of de ‘*praatbeurt te laten lopen*’. ‘*Praatbeurt stoppen*’ kan bijvoorbeeld gebruikt worden als een deelnemer iets te enthousiast is en zo anderen deelnemers de mogelijkheid ontnemt om ook iets te vertellen. Categorie twee is dan ‘*invloed op praatbeurt*’.

Tabel 1
Gesprekstechnieken

Categorie 1: soort vragen	
OV	Open vragen
GV	Gesloten vragen
Categorie 2: invloed op praatbeurt	
PS	Een praatbeurt stoppen
LL	Gesprek/praatbeurt laten lopen
Categorie 3: animeren	
AP	Iemand animeren om te praten
AD	Iemand animeren om iets te doen
EV	Een eigen verhaal inbrengen
Categorie 4: objecten	
OO	Object omhoog houden
OG	Object aan iemand geven
OD	Object demonstreren
NC	Niet codeerbaar

‘*Animeren om te praten*’, ‘*animeren om te doen*’ en een ‘*eigen verhaal inbrengen*’ zijn allemaal gesprekstechnieken waardoor de groepsleider tracht de deelnemers te motiveren actiever deel te nemen aan de sessie. ‘*Animeren om te praten*’ kan vaak al door een ‘mh’ of ‘ja-knikken’ gebeuren terwijl ‘*animeren om te doen*’ meestal betekent dat de groepsleider de deelnemer verbaal uitnodigt om iets met een voorwerp te doen. Bij een ‘*eigen verhaal inbrengen*’ kan de groepsleider bijvoorbeeld vertellen hoe hij iets in zijn jeugd heeft beleefd om vervolgens verhalen van de deelnemers van hun eigen jeugd te horen. Deze derde categorie is samengevat als ‘*animeren*’.

Bij de drie laatste gesprekstechnieken gaat het om acties met betrekking tot de objecten. Een ‘*object omhoog houden*’, ‘*aan iemand geven*’, of een ‘*object te demonstreren*’. Categorie vier heeft de naam ‘*objecten*’.

Tenslotte waren er ook momenten en uitingen die tijdens de sessies niet gecodeerd konden worden. Dit gebeurde bijvoorbeeld als er iets gezegd werd wat inhoudelijk met geen van de anderen gesprekstechnieken overeen kwam maar alleen eenmalig voorkwam. Deze zijn vastgelegd onder NC, niet codeerbaar.

Naast de resultaten die met behulp van de observatieformulieren verkregen zijn werden er nog andere observaties gemaakt. Tijdens de sessies werden sommige omstandigheden en situaties genoteerd die niet bij de observatieformulieren hoorden maar op het moment van observeren waardevol leken. Dit was niet gepland en maakt geen deel uit van de gestelde onderzoeksvragen. Maar omdat deze observaties wél gemaakt zijn en uiteindelijk bij kunnen dragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen worden zij alsnog weergegeven. Bij deze observaties is er geen verschil gemaakt tussen de drie groepen.

Analyse

Tijdens de dataverzameling werden de reacties van de deelnemers letterlijk genoteerd. Voor de verwerking van de data moesten deze reacties gecodeerd worden. Deze codering vond in twee stappen plaats. Allereerst werden de originele reacties van de deelnemers naar meer algemene thema's vertaald. Omdat dit nog steeds een te groot aantal thema's was vond een tweede codering plaats. De volgende reacties ontstonden: 14 reacties, waarvan zes positieve, zeven negatieve en ten slotte een optie voor reacties die niet te coderen zijn [NC]. Omdat het voor de verdere analyse van de gegevens niet van belang geacht werd is er bij de codering geen rekening gehouden met het verschil tussen reacties van een enkel persoon of een reactie die van meerdere deelnemers tegelijkertijd kwamen.

Het proces van de codering is in tabel 2 weergegeven. Zo is bijvoorbeeld te zien dat de reactie *'emotie laten zien'* ontstaan is uit de algemene thema's *'nieuwsgierig zijn'*, *'geïnteresseerd zijn'*, *'enthousiasme'*, *'verbazing'* en *'lachen, hilariteit'*. De originele reacties van de deelnemers zijn té uiteenlopend om in de tabel weergegeven te kunnen worden. Aan de hand van een voorbeeld wordt het proces duidelijk gemaakt: De reactie *'emotie laten zien'* bestaat zoals te zien in tabel 2 uit onder andere uit het thema *'lachen, hilariteit'*. Voorbeelden van originele reacties van deelnemers die onder dit thema vallen zijn *'deelnemer kijkt vrolijk en gelukkig'* of *'deelnemers moeten veel lachen en vinden het geweldig'*.

Tabel 2

Positieve en negatieve reacties

Positieve reacties

Emotie laten zien	Nieuwsgierig zijn Geïnteresseerd zijn Enthousiasme Verbazing Lachen, hilariteit
Passieve aandacht	Aandacht terug naar groepsleider Observatie Nadenken/meedenken
Actieve aandacht	Deelnemers praten mee Er ontstaat een gesprek Deelnemers praten met elkaar Deelnemers discussiëren samen over een object
Actief zijn	Actief zijn Actief meedoen
Persoonlijke verhalen	Persoonlijke verhalen delen Kennis delen
Stoppen met ongewenst gedrag	Stoppen met ongewenst gedrag

Negatieve reacties

Geen herkenning	Geen herkenning bij deelnemers
Onwil tonen	Object niet willen aanraken Niet over object willen praten Stilte/weinig interesse
Passiviteit	Passiviteit Maar één of twee deelnemers zijn actief
Negatieve herinneringen	Negatieve herinneringen komen tevoorschijn
Ongewenst gedrag	Ongevraagd object pakken Weglopen Iemand het woord afkappen Irritatie (over het onderwerp)
Warrigheid	Warrigheid bij de deelnemer(s) Incoherent verhaal
Korte antwoorden	Alleen korte 'ja/nee'-antwoorden

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werden de volgende stappen ondernomen: Voor de eerste deelvraag, welke gesprekstechnieken van de groepsleider gebruikt werden, zijn de gegevens uit de database in tabel 3 verwerkt. De tabel laat zien hoe vaak elke gesprekstechniek in elke groep voorgekomen is. Ook werden de percentages berekend voor zowel de gesprekstechnieken binnen elke groep als ook hoe elke gesprekstechniek over de drie groepen verdeeld is.

Voor de tweede deelvraag, welke verschillende reacties bij deelnemers optreden, werd tabel 4 gemaakt. Tabel 4 laat een overzicht zien van hoe de reacties van de deelnemers over de groepen verdeeld zijn. Over het totale aantal reacties zijn de percentages berekend om aan te tonen hoe de reacties binnen een groep verdeeld zijn en ook hoe de reacties apart van elkaar over de drie groepen verdeeld zijn.

Tabel 5 is voor de derde deelvraag. Hier wordt de samenhang tussen gesprekstechnieken en de reacties van de deelnemers duidelijk gemaakt. Tabel 5 is een overzicht van de reacties van deelnemers gekoppeld aan de verschillende gesprekstechnieken. Op deze manier kan aangetoond worden welke gesprekstechnieken vaak samen met welke reacties optreden.

Bij alle tabellen werd een chi-kwadraat toets doorgevoerd om aan te tonen of de groepen/reacties van elkaar verschillen.

Resultaten

Gesprekstechnieken

Om na te gaan welke gesprekstechnieken door de groepsleiders gebruikt zijn werden de aantallen gesprekstechnieken per groep in een tabel weergegeven. Tabel 3 beschrijft de frequentie van gebruikte gesprekstechnieken in de individuele groepen.

De gesprekstechniek die door alle drie groepen het meest werd gebruikt was *'gesloten vragen'* stellen. Hierna was *'open vragen'* stellen de meest gebruikte gesprekstechniek. *'Open en gesloten vragen'* vormen samen de eerste categorie *'soorten vragen'*. Deze categorie is dus het meest vertegenwoordigd. *'Gesloten vragen'* worden bijna twee keer zo vaak gebruikt dan *'open vragen'*. Van de rest van de gesprekstechnieken werd in tegenstelling tot de *'open en*

gesloten vragen’ relatief gelijk gebruik gemaakt. Elke gesprekstechniek werd rond de 20 keer gebruikt. Alleen *‘praatbeurt stoppen’* valt hier buiten en is het minst vaak gebruikt.

Tabel 3

Hoeveelheden gesprekstechnieken bij de groepen dagzorg, kleinschalig-wonen en psychogeriatric, totale aantallen en percentages

	Dagzorg	Kleinschalig-wonen	Psycho-geriatric	Totaal
Categorie 1: soorten vragen				
Open vragen	18 (19.4)	11 (10.4)	16 (18.4)	45 (15.7)
Gesloten vragen	28 (30.1)	31 (29.2)	19 (21.8)	78 (27.3)
Categorie 2: invloed op praatbeurt				
Praatbeurt stoppen	0 (0)	2 (1.9)	5 (5.7)	7 (2.4)
Laten lopen	12 (12.9)	15 (14.2)	1 (1.1)	28 (9.8)
Categorie 3: animeren				
Animeren om te praten	5 (5.4)	11 (10.4)	10 (11.5)	26 (9.1)
Animeren om te doen	6 (6.5)	4 (3.8)	8 (9.2)	18 (6.3)
Eigen verhaal inbrengen	9 (9.7)	12 (11.3)	3 (3.4)	24 (8.4)
Categorie 4: objecten				
Object omhoog houden	7 (7.5)	5 (4.7)	4 (4.6)	16 (5.6)
Object aan iemand geven	5 (5.4)	3 (2.8)	10 (11.5)	18 (6.3)
Object demonstreren	3 (3.2)	12 (11.3)	11 (12.6)	26 (9.1)
Totaal	93 (100)	106 (100)	87 (100)	286 (100)

Door middel van een chi-kwadraat toets werd gekeken of er significante verschillen tussen de drie groepen zijn. De uitkomst is een chi-kwadraat van 40,7 met 18 vrijheidsgraden en een p-waarde van kleiner dan 0,01. De drie groepen blijken significant te verschillen op.

De hoeveelheid gesprekstechnieken in elke groep komt ongeveer overeen. Maar de verdeling van gesprekstechnieken binnen de drie groepen verschilt. In alle drie groepen overheerst het aantal *‘gesloten vragen’*. Vooral bij de DZ-groep en de KSW-groep is te zien dat het grootste gedeelte van alle toegepaste gesprekstechnieken *‘gesloten vragen’* zijn. Bij de PG-groep zijn er in verhouding iets minder *‘gesloten vragen’* voorgekomen. Ook in de andere drie categorieën valt op dat vooral de PG-groep net iets andere uitkomsten heeft dan de DZ-

groep en de KSW-groep. In de categorie ‘*invloed op praatbeurt*’ is te zien dat in de DZ-groep en de KSW-groep vooral gebruik is gemaakt van de gesprekstechniek ‘*laten lopen*’. In de PG-groep waren daarentegen meer incidenten van ‘*praatbeurt stoppen*’. In de categorie ‘*animeren*’ is deze trend ook te zien; waar er in de PG-groep het vaakst gebruik is gemaakt van de gesprekstechniek ‘*animeren om te praten*’ lag de focus in de anderen twee groepen bij ‘*eigen verhaal inbrengen*’. In de categorie ‘*objecten*’ is deze trend ook te zien. In de PG-groep maakt de groepsleider vaker gebruik van de technieken die met de objecten te maken hebben.

Reacties van deelnemers

Naast de gesprekstechnieken is het interessant welke gesprekstechnieken vaak samen met welke reacties van deelnemers optreden. Tabel 4 geeft de reacties weer die in de drie groepen geobserveerd zijn. Er is onderscheid gemaakt tussen positieve reacties en negatieve reacties.

Tabel 4

Totale reacties voor elke groep (%)

	Dagzorg	Kleinschalig- wonen	Psycho- geriatrie	Totaal
Positieve reacties	82 (76,6)	83 (72,2)	72 (70,6)	237 (73,1)
Emotie laten zien	13 (12,1)	17 (14,8)	11 (10,8)	41 (12,7)
Passieve aandacht	15 (14)	11 (9,6)	11 (10,8)	37 (11,4)
Actieve aandacht	33 (30,8)	24 (20,9)	27 (26,5)	84 (25,9)
Actief zijn	8 (7,5)	11 (9,6)	11 (10,8)	30 (9,3)
Persoonlijke verhalen	13 (12,1)	20 (17,4)	12 (11,8)	45 (13,9)
Negatieve reacties	6 (5,6)	15 (13,1)	17 (16,7)	38 (11,7)
Geen herkenning	1 (0,9)	3 (2,6)	1 (1)	5 (1,5)
Onwil tonen	1 (0,9)	3 (2,6)	5 (4,9)	9 (2,8)
Passiviteit	1 (0,9)	0 (0)	3 (2,9)	4 (1,2)
Ongewenst gedrag	0 (0)	5 (4,3)	7 (6,9)	12 (3,7)
Warrigheid	0 (0)	3 (2,6)	0 (0)	3 (0,9)
Korte antwoorden	3 (2,8)	1 (0,9)	1 (1)	5 (1,5)
NC	19 (20,3)	17 (14,8)	13 (12,7)	49 (15,1)
Totaal	107 (100)	115 (100)	102 (100)	324 (100)

In totaal zijn er in alle drie groepen samen 324 reacties van deelnemers geobserveerd. Deze waren ongeveer gelijk verdeeld over de drie groepen. De meeste reacties waren positieve reacties, terwijl slechts een klein aantal negatief was. 272 positieve reacties tegenover 38 negatieve reacties maken dit duidelijk. 49 reacties waren niet codeerbaar [NC]. Niet codeerbaar betekent in dit geval dat de reactie van de deelnemer niet te verstaan is of het niet begrijpelijk is wat de deelnemer wil zeggen. Daarnaast zijn er door de onderzoekers ook observaties gemaakt, die inhoudelijk niet bij de reacties passen. Omdat men geen observaties op eigen initiatief achterwege wilde laten werden ook deze onder NC samengevat. Door middel van een chi-kwadraat toets wordt gekeken of er significante verschillen tussen de drie groepen zijn. De uitkomst is een chi-kwadraat van 29,1 met 22 vrijheidsgraden en een p-waarde van groter dan 0,05. Er is geen significant verschil tussen de drie verschillende groepen.

Samenhang gesprekstechnieken en reacties van deelnemers

Om de samenhang tussen de gesprekstechnieken en de reacties van de deelnemers te verduidelijken is in tabel 5 neergezet hoe veel positieve en negatieve reacties door elke gesprekstechniek veroorzaakt zijn.

Door middel van een chi-kwadraat toets werd gekeken of er significante verschillen tussen positieve en negatieve reacties zijn. De uitkomst is een chi-kwadraat van 21,43 met 9 vrijheidsgraden en een p-waarde van 0,01. De twee soorten reacties wijzen significante verschillen op.

Zoals het ook in tabel 4 het geval is, is hier ook sprake van elementen die niet codeerbaar zijn. Daarnaast is het ook in tabel 5 duidelijk dat er meer positieve reacties dan negatieve waren. In het totaal zijn 73,4% positief en 11,6% negatief. Categorie '*soorten vragen*' weerspiegelt deze trend: '*open vragen*' en '*gesloten vragen*' roepen 73,3% en 75,6% positieve reacties op. De gesprekstechnieken van categorie '*animeren*' leveren nog meer positieve resultaten op. Bijna alle drie de gesprekstechnieken roepen meer dan 85% positieve reacties op. In deze categorie bevindt zich ook de gesprekstechniek met de hoogste percentage positieve reacties. Dit is met 88,9% '*animeren om te doen*'. In categorie '*objecten*' zijn de reacties meer verspreid. Net als in categorie '*animeren*' scoren twee gesprekstechnieken, '*object aan iemand geven*' en '*object demonstreren*', meer dan 80% aan positieve reacties. De

derde gesprekstechniek van deze categorie levert 68.8% positieve reacties op. De categorie met de minste positieve reacties is de categorie ‘*invloed op praatbeurt*’. ‘*Laten lopen*’ heeft met 67.9% weinig positieve reacties tegenover de gesprekstechnieken van de anderen categorieën. ‘*Praatbeurt stoppen*’ heeft 28.6% positieve reacties. Deze gesprekstechniek is de minst gebruikte techniek en de gesprekstechniek met de minste positieve reacties en ook de enige met meer negatieve reacties dan positieve.

Tabel 5

Positieve en negatieve reacties en gesprekstechnieken, totale aantallen en percentages

	Positieve reacties	Negatieve reacties	NC	Totaal
Categorie 1: soorten vragen				
Open vragen	33 (73.3)	4 (8.9)	8 (17.8)	45 (100)
Gesloten vragen	59 (75.6)	9 (11.5)	10 (12.8)	78 (100)
Categorie 2: invloed op praatbeurt				
Praatbeurt stoppen	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)	7 (100)
Laten lopen	19 (67.9)	5 (17.9)	4 (14.3)	28 (100)
Categorie 3: animeren				
Animeren om te praten	22 (84.6)	1 (3.8)	3 (11.5)	26 (100)
Animeren om te doen	16 (88.9)	2 (11.1)	-	18 (100)
Eigen verhaal inbrengen	21 (87.5)	1 (4.2)	2 (8.3)	24 (100)
Categorie 4: objecten				
Object omhoog houden	11 (68.8)	1 (6.3)	4 (25)	16 (100)
Object aan iemand geven	15 (83.3)	1 (5.6)	2 (11.1)	18 (100)
Object demonstreren	22 (84.6)	3 (11.5)	1 (3.8)	26 (100)
NC	15 (44.1)	6 (17.6)	13 (38.2)	34 (100)
Totaal	235 (73.4)	37 (11.6)	48 (15)	320 (100)

Andere invloeden

Verschillende onverwachte invloeden werden tijdens de sessies waargenomen.

Hierbij hoort de grootte van een groep. Zo viel bij dit onderzoek op dat de deelnemers van de 5 tot 6 deelnemers grote KSW-groep individueel vaker betrokken waren dan deelnemers van bijvoorbeeld de PG-groep (12 deelnemers). Naar mate de groep groter wordt is het lastig voor de groepsleider om iedereen betrokken te houden. Bij de kleinere groep gebeurt dit fenomeen

minder vaak. De groepsleider heeft dan meer ruimte om iedereen aan het woord te laten komen, ook verleggen deelnemers die normaal gesproken minder vaak de kans krijgen om zich te uiten. Een kleinere groep heeft ook het voordeel dat de objecten ook ruimtelijk dicht bij elkaar zijn. Fysieke afstanden zijn kleiner en de interactie tussen deelnemer en groepsleider met behulp van de objecten wordt makkelijker.

Naast het feit dat elk vorm van gesprek met een toenemende mate van cognitieve achteruitgang moeilijker verloopt, brengt cognitieve achteruitgang nog andere belemmeringen met zich mee. Hoe ernstiger de dementie hoe meer tijd moest er in de verzorging van de mensen gestoken worden. Er moesten meer handelingen uitgevoerd worden om hen te helpen met dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld deelnemers helpen met het drinken van koffie) waardoor er minder tijd overblijft om aan reminiscentie te besteden.

Ook invloeden van buitenaf kunnen sessies hinderen of bevorderen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een hittegolf die tijdens een sessie bij de PG-groep gaande was. Op de deelnemers was dit van invloed omdat de hitte vermoeiend werkte. Een ander voorbeeld was een onverwacht bezoek bij de DZ-groep. Dit trok de aandacht van de deelnemers en werkte storend tijdens de sessie.

Een andere variabele van invloed zijn de materialen in de koffers. De opmaak van deze materialen leek niet altijd geschikt. Omdat er elke week een nieuw thema was kwamen er ook elke week geheel nieuwe materialen aan bod. Dit resulteerde qua functie van de materialen in verschillende samenstellingen. Bij een deel van de koffers was er meer om naar te kijken (zoals schilderijen) en bij een ander deel om ook actief te gebruiken (zoals een koffiemolen). In het algemeen lokten functionele objecten meer activiteiten uit dan objecten waar men alleen naar kon kijken. Daarnaast waren de koffers af en toe fysiek zwaar te transporteren of onhandig om op te slaan. Dit hindert de snelle omgang met de materialen.

Discussie

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de samenhang tussen de gesprekstechnieken van de groepsleiders en de reacties van deelnemers gekoppeld aan

verschillende stadia van dementie. Door drie subvragen werd beoogd hierop stap voor stap een antwoord te kunnen geven. Functioneel gezien werd er gebruik gemaakt van de types positieve en sociale reminiscentie zoals beschreven door Cappeliez en O'Rourke (2006). Door de oude herinneringen ter voorschijn te halen werd de identiteit van de deelnemers naar voren gehaald (positieve reminiscentie) en ook de relaties naar de andere deelnemers en groepsleiders gesterkt (sociale reminiscentie).

De drie groepsleiders gebruikten verschillende patronen van gesprekstechnieken. Maar de groepen bleken niet te verschillen wat betreft de reacties van de deelnemers. Dit betekent dat er in de groepen dezelfde patronen van reacties optraden, maar de groepsleiders om dit te bereiken verschillende gesprekstechnieken hebben toegepast. Verder kan geconcludeerd worden dat positieve reacties door andere gesprekstechnieken opgeroepen worden dan negatieve reacties. Zo zijn positieve reacties bijvoorbeeld vaker gevolgd op '*animeren om te doen*' en negatieve reacties op gesprekstechnieken zoals '*praatbeurt stoppen*'.

Specifiek werden er aan de hand van de resultaten voor de drie groepen de volgende inhoudelijke samenhangen geconcludeerd:

Bij de gemengde DZ-groep werden door de groepsleider vooral veel vragen gesteld en werden gesprekken weinig onderbroken. De groepsleider oefende weinig invloed uit op het gesprek. De gespreksleider van de KSW-groep maakte gebruik van andere technieken. Er zijn meer animerende gesprekstechnieken aan bod gekomen en ook de objecten zelf zijn vaker gebruikt ter animatie. In de PG-groep waren de mensen met de ernstigere vorm van dementie. Hier werden in sterkere mate dan in de KSW-groep gebruik gemaakt van de objecten en gesprekstechnieken om te animeren om te praten.

De groepsleiders van de drie verschillende groepen hebben verschillende patronen van gesprekstechnieken toegepast waarbij er met stijgende mate van dementie meer activerende technieken van pas kamen. De reactiepatronen bij de deelnemers verschillen niet tussen de groepen. Deze resultaten doen vermoeden dat ernstige dementie vraagt om een ander gebruik van gesprekstechnieken en dat deze functioneel ingezet kunnen worden. Zoals eerder al genoemd is de doelgroep en het thema van dit onderzoek in de wetenschap relatief nieuw. Van Beek (2015) bijvoorbeeld inventariseerde bij zijn onderzoek over een life-review interventie bij ouderen het gebruik van gesprekstechnieken in het kader van de psychische gespreksvoering zoals in het leerboek van Lang en Van der Molen (2003) beschreven. Hij legt

uit dat het creëren van een open gesprek beoogd wordt waarbij het voorkomen van het stellen van gesloten vragen voorwaardelijk is. Bij Van Beek (2015) gaat het over ouderen die geen cognitieve belemmeringen hebben, maar hij laat zien dat gesprekstechnieken een doel hebben bij therapeutische gespreksvoering en interventies. Gesprekstechnieken worden functioneel ingezet om dichterbij het doel te komen. Dit maakt het belang van gesprekstechnieken in de therapeutische setting duidelijk.

Bij de interventie van dit onderzoek is het creëren van een open gesprek alleen indirect beoogd. Dit is bij mensen met ver gevorderde dementie niet haalbaar. De resultaten maken duidelijk dat er voor deze doelgroep andere regels gelden en eerder gesloten vragen dan open vragen en veel animerende gesprekstechnieken nodig zijn om een gesprek aan de gang te houden. Met andere woorden: gesprekstechnieken die meer van sturende aard zijn.

Een andere onderzoeker die het heeft over de vormen van benadering tegenover mensen met dementie is Kitwood. Kitwood (1997) ziet relaties en communicatie als een essentieel deel van het behouden van de persoonlijkheid (*'personhood'*) van een mens met dementie. Hij benoemt onder andere 'stimulation' als een positieve vorm van communicatie. Hierbij wordt de persoon met dementie in aanraking gebracht met sensorische prikkels door de persoon bijvoorbeeld iets te laten voelen, ruiken of horen. Een groot deel van de gesprekstechnieken in dit onderzoek heeft hierop betrekking. Met name als het gaat over de gesprekstechnieken met betrekking tot de gebruikte objecten. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over iemand te animeren, het object te gebruiken of het gewoon aan een deelnemer te geven. Dit betekent dat de deelnemer actief in aanraking wordt gebracht met de objecten en geanimeerd wordt om deze in de hand te nemen en als het mogelijk is te gebruiken en eraan te ruiken.

Het onderzoek van Kitwood (1997) werpt dus ook een nieuw licht op de resultaten van dit onderzoek. In principe werden animerende gesprekstechnieken vaker gebruikt hoe verder gevorderd de dementie van de deelnemers was. De resultaten komen overeen met wat Kitwood beschrijft. Dit betekent ook dat de groepsleiders actief (en misschien onbewust) bezig waren met het behoud of de activering van de persoonlijkheid van de deelnemers.

Daarentegen spreekt het feit dat er naar voren kwam dat er bij sterkere mate van dementie steeds meer sturende gesprekstechnieken zoals '*gesloten vragen*' of '*object aan iemand geven*' optraden Kitwoods benadering tegen. Een benadering waarbij de groepsleider erg sturend optreedt valt in de theorie van Kitwood eerder onder de persoons-ondermijnende acties. Hier ontstaat een dilemma. Om reacties uit te lokken worden sturende

gesprekstechnieken gebruikt. Echter gebruikt men op dat moment een benadering waarbij men het individu op den duur steeds minder aan het woord laat komen. Dit beschrijft een fijne lijn tussen het gebruik maken van net genoeg sturende gesprekstechnieken om een gesprek aan de gang te houden en het risico van mensen woorden in de mond leggen.

Sterkten en beperkingen

Een sterkte van het onderzoek is het vernieuwende aspect ervan. Het gaat over een doelgroep waarover niet veel bekend is en over een thema wat met deze doelgroep nog niet in verbinding is gebracht. De meetinstrumenten zijn voor dit onderzoek opgesteld. Dit gaf de mogelijkheid om een meetinstrument te ontwikkelen wat precies afgestemd is op dit onderzoek. Daarnaast biedt het ook nog genoeg ruimte voor vervolgonderzoek.

Er zijn ook beperkingen van het onderzoek te vermelden. Door de snelle start van de dataverzameling verliep het opstellen van de meetinstrumenten in een rap tempo. Dit zou het onderzoek op twee manieren negatief kunnen hebben beïnvloed. Omdat het over een nieuwe observatielijst gaat kunnen er geen uitspraken gemaakt worden over de betrouwbaarheid en validiteit. Er was geen ruimte om deze van tevoren te testen. Ook inhoudelijk zou de observatielijst niet helemaal optimaal kunnen zijn. Door de tijdsdruk was het niet mogelijk om de observatielijst op wetenschappelijke literatuur te baseren. Op het moment van het opstellen van de observatielijst was het niet duidelijk welke gesprekstechnieken daadwerkelijk op zouden treden, welke onnodig zijn en wat er ontbrak. Het zou hierdoor kunnen zijn dat er door een andere opzet van het observatieformulier minder situaties als '*niet codeerbaar*' waren gecodeerd en uiteindelijk andere resultaten waren behaald. Ook een vergelijking van het observatieformulier (bijlage 2) en de resultaten werpen vragen op. Op het observatieformulier staan meer soorten vragen dan uiteindelijk gecodeerd zijn. Dit gebeurde omdat sommige vragen niet geobserveerd zijn of misschien fout opgevat zijn. Uiteindelijk zijn er vooral '*open vragen*' en '*gesloten vragen*' als soorten vragen bij de resultaten vertegenwoordigd. Het is niet duidelijk of het observatieformulier niet voldoet of dat de observeerder tijdens de sessies de verschillende nuances van de vragen gemist heeft. Door andere resultaten zouden er eventueel andere conclusies getrokken kunnen worden.

Daarnaast zijn de deelnemers van het onderzoek door de zorginstelling aangewezen. Er was voor de onderzoekers geen inspraakrecht in welke groepen aan het onderzoek mee zouden doen. Er was ook geen officiële data bekend over de ernst van dementie voor elke

deelnemer. In het algemeen geeft de setting van het onderzoek daardoor de populatie van een gewoon zorgcentrum voor ouderen weer. Maar bij dit onderzoek gaat het om een vergelijking tussen groepen met verschillende stadia van dementie. Een betere categorisatie zou toegevoegde waarde hebben. Dit zou duidelijk verschillende groepen opleveren waardoor de resultaten beter toepasbaar zouden zijn op de verschillende stadia.

Aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek

Een uitgebreidere training met de focus op het toepassen van gesprekstechnieken zoals open/gesloten vragen en animerende gesprekstechnieken voor de groepsleiders zou een positief effect kunnen hebben. In dit geval was er een presentatie gehouden over reminiscentie met veel tips en handvaten voor het uitvoeren van de sessies. Dit werd zeer gewaardeerd door groepsleiders. Een iets uitgebreidere training met bijvoorbeeld het uitvoeren van oefeningen zou nog meer zekerheid in de omgang met gesprekstechnieken en de kennis over de objecten kunnen geven. Ook zou deze kennis de mogelijkheid kunnen geven om ondanks het verre stadium van dementie bij deelnemers meer reacties en activiteit uit te lokken. De winst van de sessies zal op deze manier vergroten.

Zoals in de resultaten genoemd viel ook op dat de materialen van invloed waren op het verloop van de sessies. Ook hier zou men dus een geschikte manier kunnen bedenken om de inhoud van de koffers en de opmaak ervan te verbeteren. In elke koffer zou men verschillende objecten kunnen hebben met verschillende functies. Daarnaast is het voor het regelmatig gebruik handig om koffers te hebben die makkelijk op te slaan zijn.

Om vervolgonderzoek meer structuur te kunnen geven zou het wetenschappelijk van toegevoegde waarde zijn om deelnemers van reminiscentie interventies beter te kunnen categoriseren. Hiervoor zou bijvoorbeeld gebruik gemaakt kunnen worden van de 'Global Deterioation Scale' van Reisberg, Ferris, de Leon, en Crook (1982). Zo zou men het onderzoek naar reminiscentie voor ouderen met dementie verder toe kunnen spitsen op de verschillende stadia van dementie. Er zou op deze manier structuur gegeven kunnen worden aan welke communicatie het beste past bij welk stadium van dementie.

Aansluitend aan de optimalisering van de categorisatie van de deelnemers kunnen de meetinstrumenten verbeterd worden. De observatielijst zou meer vanuit bestaande literatuur geïnformeerd kunnen worden. Bij de observatielijst in dit onderzoek bleek dat niet alle onderdelen van nodig waren. Dit betekent dat de observatielijst aangepast kan worden en tot

de belangrijkste onderdelen gereduceerd kunnen worden. De observatielijst zou hierdoor overzichtelijker en gebruiksvriendelijker zijn. Dit zou het proces van dataverzameling duidelijker en algemener toepasbaar maken voor vervolgonderzoek en zo ook de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede kunnen komen.

Conclusie

Samenvattend laten de resultaten zien dat de groepsleiders van de drie groepen ieder op zijn eigen manier gesprekstechnieken toepast. Belangrijk is gebleken dat de groepsleider met toenemende mate van dementie steeds meer moeite doet om deelnemers betrokken te houden. De groepsleider kan niet alleen vertrouwen op de reminiscentie objecten. Er zijn steeds meer animerende gesprekstechnieken en meer acties met de objecten nodig wil men de deelnemers actief betrokken houden. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat er in de wetenschap op dit moment een gat is wat betreft onderzoek naar gesprekstechnieken bij deze specifieke doelgroep.

Referenties

- Alzheimer Nederland (2014). *Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?*. Geraadpleegd op 20 oktober 2016 via <https://www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/neemt-het-aantal-mensen-met-dementie-toe-af>.
- Alzheimer Nederland (2014). *Wat is dementie?*. Geraadpleegd op 14 november 2015 via http://www.alzheimer-nederland.nl/media/438873/infopdf_wat_is_dementie.pdf.
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Amer Psychiatric Pub Inc.
- Astell, A. J., Ellis, M. P., Alm, N., Dye, R., & Gowans, G. (2010). Stimulating People with Dementia to Reminisce Using Personal and Generic Photographs. *International Journal of Computers in Helathcare*, 1(2) , pp. 177-198.
- Basso, M., Bruce, K.S. & de Hamsher, K.S. (2003). Ageing and remote memory declines: Preliminary findings. *Ageing, Neuropsychology and Cognition*, 12, pp.175-186.
- Beek, S. van (2015). *Vroeger was alles beter: een kwalitatief onderzoek naar toegepaste gespreksvaardigheden door vrijwilligers bij een interventie ter preventie van depressie bij hulpbehoevende ouderen*. Niet gepubliceerde masterthesis, Universiteit Twente, Nederland.
- Bolmeijer, F., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depressiveion: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, 9(4) , pp. 302-304.
- Bryant, F. C., & King, S. S. (2005). Using the Past to Enhance the Present: Boosting Happiness through Positive Reminiscence. *Journal of Happiness Studies*, 6 , pp. 227-260.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology: Series b: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, pp. 237-244.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging and Mental Health*, 9(4) , pp. 295-301.
- Chen, H.-C., Lin, Y.-C., & Liang, R.-H. (2013). Study through designing reminiscing activities for the elderly. *Digital Creativity*, 24(4) , pp. 327-341.

- Coleman, P. (2005). Uses of reminiscence. Functions and benefits. *Aging & Mental Health*, 9(4) , pp.291-294.
- Dempsey, L., Murphy, K., Cooney, A., Casey, S., O'Shea, E., Devane, D., Jordan, F. & Hunter, A. (2014). Reminiscence in dementia: A concept analysis. *Dementia*, 13(2), pp.176-192.
- Eikelenboom, P., van Gool, W.A., Schmand, B.A., & van der Mast, R.C. (2008). Delirium, dementie en andere cognitieve stoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (eds.), *Handboek Psychopathologie. Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 63-106). Bohn Stafleu van Loghum (Springer Uitgeverij).
- Elford, H., Wildon, F., McKee, K. J., Chung, M. C., Bolton, G., & Goudie, F. (2005). Psychosocial benefits of solitary reminiscence writing: An exploratory study. *Aging and Mental Health*, 9(4) , pp. 305-314.
- Gibson, F. (2006). *Reminiscence and recall: A practical guide to reminiscence work*, 3rd edn. London UK: Age Concern.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A. M., Kjer, M., & Sorensen, J. (2010). Consequences from use of reminiscence - A randomised intervention study in ten Danish nursing homes. *BMG Geriatrics*, 10(33), pp. 117-129.
- Huang, H.C., Chen, Y.T., Chen, P.Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y.L., & Chiu, H.Y. (2015). *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 1087-1094.
- Hughston, G. A., & Merriam, S. B. (1982). Reminiscence: A Nonformal Technique for Improving Cognitive Functioning in the Aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 15(2) , pp. 139-149.
- InfoNu.nl (2011). *Verschillende soorten vragen*. Mens en Samenleving, Communicatie. Geraadpleegd op 01 april 2014 via <http://mens-en-samenleving.infoanu.nl/communicatie/26402-verschillende-soorten-vragen.html>.
- Kikhia, B., Hallberg, J., Bengtsson, J. E., Sävenstedt, S., & Synnes, K. (2010). Building Digital Life Stories for Memory Support. *International Journal of Computers in Healthcare*, 1(2) , pp. 161-176.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

- Kuwahara, N., Yasuda, K., Tetsutani, N., & Morimoto, K. (2010). Remote Assistance for People with Dementia at Home using Reminiscence Systems and a Schedule Prompter. *International Journal of Computers in Helathcare*, 1(2) , pp. 126-143.
- Lang, G. & van der Molen, H.T. (2003). *Psychologische gespreksvoering, een basis voor hulpverlening*. Meppel: Boom.
- Martela, F. (2012). Caring connections-Compassionate mutuality in the organizational life of a nursing home. *aalto University, Department of Industrial Engineering and Management (diss.)*.
- Mckee, K., Downs, M., Gilhooly, M., Gilhooly, K., Tester, S., & Wilson, F. (2005). Frailty, identity and the quality of later life. In A. Walker, *Understanding quality of life in old age* (pp. 117-129). Maidenhead: UK: Open University Press.
- Medical News Today (2014). What is dementia? The signs, symptoms and causes of dementia. Geraadpleegd op 23 juli 2014 via <http://www.medicalnewstoday.com/articles/142214.php>.
- Moos, I., & Bjorn, A. (2006). Use of the life story in the institutional care of people with dementia: A review of intervention studies. *Ageing and Society*, 26(3), pp.431-454.
- Poos, M.J.J.C. & Meijer, S. (2014). *Hoe vaak komt dementie voor en hoeveel mensen sterven eraan?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Geraadpleegd op 7 september 2014 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/omvang/>.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., and Crook, T. (1982). Modified from Global Deterioration Scale. *American Journal of Psychiatry*, 139:1136–1139.
- Rowe, P.(2009). Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. *Journal of Mental Health*, 18(4), 360-361.
- Schweizer, P., & Bruce, E. (2008). *Remembering yesterday, caring today; reminiscence in dementia care, a guide to good practice*. London, UK: Jessica Kingsley Publications.
- Subramaniam, P., & Woods, B. (2010). Towards the Therapeutic Use of Information and Communication Technology in Reminiscence Work for People with Dementia: A Systematic Review. *International Journal of Computers in Healthcare*, 1(2) , pp. 106-125.
- Trimbos Instituut (2015). *Mantelzorg bij dementie: hulp voor de hulpverlener*. Geraadpleegd op 14 november 2015 via <https://www.trimbos.nl/themas/mantelzorg/dementie-en-mantelzorg>.

- Van der Molen, H.T., Perreijn, S. & Van den Hout, M.A. (2011). *Klinische Psychologie*. Noordhoff uitgevers, Groningen/Houten.
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32(4) , pp. 527-564.
- Webster, J.D. (1999). World Views and Narrative Gerontology: Situating Reminiscence Behavior Within a Lifespan Perspective. *Journal of Aging Studies*. 13, pp.29-42.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, reserch and interventions. *Aging & Society*, 30(4) , pp. 697-721.
- Woods, B. A., Spector, E., Jones, C. A., Orrell, M., & Davies, S. P. (2005). Reminiscence Therapy for Dementia. *Cochrane Database of Systematic Revies*, 2Art. No.:CD001120. DOI: 10.1002/14651858. CD001120.pub2.

Bijlagen

Bijlage 1: Handleiding voor groepsleiders

Handleiding Reminiscentiekoffers

LET OP: Check vóór en na de sessie of alle objecten aanwezig zijn. Er ligt een lijst in de koffer met alle objecten die in de koffer horen.

Hoe begin je een sessie?

Optie 1

Je pakt de objecten één voor één uit de koffer. Je vraagt deelnemers of ze hier iets van herkennen. Als iemand iets herkent of interesse toont in een object mag hij of zij het object eventueel vasthouden en er iets over vertellen. Daarna kan het object doorgegeven worden aan andere deelnemers.

Optie 2

Je hebt van tevoren een aantal objecten uit de koffer op tafel klaargezet. Als de deelnemers binnenkomen begint het gesprek waarschijnlijk vanzelf.

Optie 3

Je laat de deelnemers zelf iets uit de doos kiezen. Je vraagt hen vervolgens waarom ze precies dit object gekozen hebben en of ze er iets over willen vertellen.

Optie 4

Je mag creatief omgaan met hoe je begint, probeer gerust eens wat uit.

Hoe houd je het gesprek gaande?

- ❖ Omdat de deelnemers soms in een (gevorderd) stadium van dementie zijn, en de deelnemers moeite kunnen hebben met herinneren, kan het zijn dat ze moeite hebben om gestelde vragen te begrijpen. Korte en gesloten vragen werken daarom het best. Stel geen 'waarom' vragen.
- ❖ Deelnemers die te veel praten mag je best op een vriendelijke manier stoppen. Op die manier krijgen andere (stillere) deelnemers ook een kans om zich te uiten.
- ❖ Vertel eens wat over jouw eigen ervaringen of herinneringen over de objecten, dat kan stimulerend werken voor het gesprek.

Hoe/wanneer sluit je een sessie af?

- ❖ Geef duidelijk een paar minuten van tevoren aan dat de sessie bijna afgelopen is.
- ❖ Het is geen probleem om eerder te stoppen als je merkt dat het gesprek niet loopt.
- ❖ Herhaal wat er besproken is, bijvoorbeeld terwijl je de objecten terug in de koffer legt.
- ❖ Geef de deelnemers achteraf even de tijd om te reageren op de sessie.
- ❖ Probeer het gesprek te beëindigen met een positief gevoel, aangezien dat hetgene is dat blijft hangen.

Tips & Tricks

- ❖ Ga liever dieper in op 2 of 3 objecten dan dat je alle objecten probeert af te raffelen. Hiermee voorkom je concentratieverlies en oppervlakkige gesprekken. Het doel is niet om alle objecten af te handelen, maar om herinneringen los te maken bij de deelnemers.
- ❖ Het kan zijn dat iemand niet veel praat, maar wel duidelijk bezig gaat met het object. Er zijn praters en luisteraars, beiden zijn welkom!
- ❖ Als iemand de sessie verstoort, bijvoorbeeld als iemand onrustig wordt of steeds wegloopt kun je gerust die persoon de gelegenheid geven te stoppen met de sessie.

Wat is het doel en wat kun je verwachten?

Het doel van deze koffers is: deelnemers helpen om positieve herinneringen op te halen. Deze herinneringen kunnen tot gevolg hebben dat de deelnemers wat lekkerder in hun vel gaan zitten. Het bezig zijn met herinneringen die de deelnemer zich nog kan herinneren leidt er toe dat de deelnemer even geen last heeft van geheugenproblemen. Dit geeft de deelnemer een gevoel van zelfvertrouwen en versterkt het gevoel van identiteit. Daarnaast helpt deze vorm van actief herinneren om de hersenen soepel te houden en kan het de algemene tevredenheid bevorderen. Verder is het mogelijk dat de contact tussen deelnemers onderling, de deelnemers en verzorgers, en de deelnemers en hun familie verbetert.

Het kan natuurlijk zijn dat er soms nare herinneringen naar boven komen. Dat is niet erg, daar mag ook plaats voor zijn. Het kan zelfs zijn dat het voor een deelnemer een opluchting is om daar eens over te praten. Wees hier echter voorzichtig mee en probeer goed te peilen of de deelnemer wel overweg kan met die negatieve emotie. Het belangrijkste is om gericht te zijn op de positieve herinneringen en om die te stimuleren.

Onderhoud & Inhoud

Deze koffer en de objecten in de koffer zijn beschikbaar gesteld door Museum de Scheper te Eibergen. Het is echter niet zo dat er nooit iets mag veranderen aan de koffers. Als je denkt dat een bepaald voorwerp een waardevolle toevoeging zou zijn voor de koffer, bijvoorbeeld omdat het goed aan zou sluiten bij een van de deelnemers, voeg dit voorwerp gerust toe. Zet het dan wel even op de lijst met voorwerpen, zodat het overzichtelijk blijft wat er in de koffer hoort te zitten.

Als je merkt dat een bepaald voorwerp niets oproept bij de deelnemers, of misschien zelfs teveel negatieve emoties oproept, mag je dat voorwerp gerust uit de koffer verwijderen. Schrap het voorwerp van de lijst die in de koffer ligt. Als het voorwerp van Museum de Scheper is moet het daar uiteraard ook weer terugkomen.

Bijlage 2: Observatieformulier

Observatielijst Reminscentiekoffers

open vragen OV
 gesloten vragen GV
 Keuzevragen KV
 'W'-vragen WV
 suggestieve vragen SV
 reflectieve vraag RV
 Doorvraag DV
 Tegenvragen TV
 Controlevragen CV

praatbeurt stoppen PS
 animeren om te praten AP
 eigen verhaal inbrengen EV
 object omhooghouden OO
 object aan iemand geven OG
 object voordoen OV

Datum:

Groep:

Observer:

Tijd	Situatie	Methode + evtl. voorbeeld	Reactie (+/-)