

Het psycho-biografisch verpleegmodel volgens professor Erwin Böhm

Vertaling uit diverse publicaties en interviews
Dolf Beccx, 2011.



Erwin Böhm (geboren te Wenen in 1941) is een deskundige op het gebied van geriatrische verpleegzorg en wordt aangesproken als ‘professor’, hoewel sommige bronnen ontkennen dat hij erkend wetenschappelijk is opgeleid. Böhm zelf pretendeert overigens niets. Hij is in elk geval vanuit de praktijk opgeleid en begon als geriatrisch verpleegkundige met al gauw een grote onvrede over de tot dan toe gebruikelijke verpleegmodellen. Na een incident in 1978, waarbij hij als verpleger een cliënt zonder formaliteiten mee naar zijn oude huis nam en die daardoor weer reactiveerde en sterk opleefde is Böhm deze ‘ervaring’ gaan uitbouwen in theorie en praktijk. Het psycho-biografisch verpleegmodel is volgens Böhm zelf dan ook een zogeheten ‘ervaringsmodel’ en minder een ‘onderzoekmodel’.

In het Duitstalige Europa (Oostenrijk, Duitsland, Luxemburg) is het werken volgens het model van Böhm al enkele decennia bijzonder in trek.

Erwin Böhm heeft diverse prijzen ontvangen vanwege zijn verdiensten op het gebied van onderzoek en uitvoering van ouderenpleegzorg.

Böhm werkte aanvankelijk samen met Maria Riedl en richtte met haar een gebruikersvereniging op in Oostenrijk, maar vestigde zich in 2002 na een breuk in Luxemburg, waar hij een nieuwe gebruikersvereniging oprichtte: Europees Netwerk voor Psycho-Biografisch Verpleegonderzoek.

Samenvatting van het verpleegmodel

Het psycho-geriatrische verpleegmodel van Böhm is uitgeschreven in 8 werken van de meester zelf en diverse publicaties en rapporten van instellingen die met het model werken.

Twee toonaangevende publicaties zijn: ‘Verwirrt nicht die Verwirrten’ (1988) en ‘Ist heute Montag onder Dezember?’ (1992).

Zoals in de Duitstalige wetenschappelijke wereld niet ongebruikelijk is, zijn alle werken grondig en lijkig geschreven. Verpleegdeskundige Markus Prell van het verpleegkundig adviesbureau Prell & Mosch uit Nürnberg heeft in 2002 gewaagd een zo kort mogelijke samenvatting van het model te schrijven¹. De notitie die nu voor u ligt is grotendeels gebaseerd op hun samenvatting, mits anders aangeduid. Bepaalde vaktermen uit de Duitse geriatrische verpleegkunde zijn echter erg lastig te vertalen, waardoor de vertaler voor sommige termen en passages heeft moeten kiezen voor omschrijving.

Vertaler pretendeert niet een unieke en enig juiste vertaling te hebben geleverd en houdt zich dan ook aanbevolen voor verbeter suggesties.

Het model van Erwin Böhm

Het aantal gedesoriënteerde en verwarde ouderen neemt met de stijgende levensverwachting voortdurend toe. De verpleegsituatie in het verpleeghuis, in seniorenwoningen maar ook in dagopvang en thuiszorgsituatie wordt voor verplegers en mantelzorgers steeds complexer en veeleisender.

Erwin Böhm, grondlegger van het psycho-biografische verpleegmodel, heeft een holistische benadering voor de zorg en ondersteuning van de doelgroep gecreëerd.

Met behulp van de speciale, op het gevoelsleven geschreven biografie van betrokkenen en kennis van zogeheten ‘interactieniveaus’ van mensen in bepaalde stadia van dementie² is het mogelijk om een veel beter inzicht te krijgen in de juiste zorgbehoefte, hetgeen vervolgens uitgewerkt wordt naar een individueel zorgplan.

In algemene zin wordt de professionaliteit en creativiteit van de zorg erdoor bevorderd. De omgang met ouderen wordt doelgerichter en gedifferentieerder. Het HPPA in Mersch constateerde zelfs, dat

¹ Markus Prell (Prell & Mosch, Nürnberg): Psychiographisches Pflegemodell nach Prof. Böhm (2002)

² In de theorie van Böhm wordt vooral gerefereerd aan de ziekte van Alzheimer en in principe niet aan andere vormen van dementie. De resultaten bij andere vormen dan Alzheimer zijn dan ook minder zeker

het verloop van zorgpersoneel sterk daalde. Er is zelfs een wachtlijst ontstaan van geïnteresseerde verpleegkundigen uit België, Frankrijk en Duitsland. Het allerbelangrijkste is dat geconstateerd mag worden dat betrokken ouderen zelf een veel gelukkiger leven leiden, met veel meer mogelijkheden om tevreden hun dagen door te brengen, zonder ernstige gedragsproblemen en met een uiteindelijk heel beperkte bedlegerigheid.³ Het wordt intussen in Duitsland ook aangemerkt als opmerkelijk kostenefficiënt.

In een verpleegtehuis wordt een jonge verpleegkundige door een verwarde bewoonster blij omarmd en begroet: ‘eindelijk kom je op bezoek mama. Gaan we vandaag taart bakken?’ De jonge verpleegkundige bevrijdt zich uit de omarming en zegt: ‘mevrouw Jansen, ik ben toch niet uw moeder! Als u zin hebt in taart kan ik u wel een stukje uit de keuken laten bezorgen’. De vraag die Erwin Böhm bij dit voorbeeld stelt is of de verwarde mevrouw Jansen hierdoor niet nog meer verward raakt?

Waarom moet een cliënt elke dag douchen als die het grootste deel van diens leven maar één keer per week in bad ging?

En wie in het leven gewend was om stevig volks te eten, wat moet zo iemand met exotische gerechten of gemalen vis?⁴



Beginnelsen van het model

1. Alles wat de mens in diens eerste 25 à 30 jaren aan vormende indrukken meemaakt wint in de ouderdom (weer) aan belang. Oude herinneringen komen weer tot leven. Oudere mensen denken en handelen gaandeweg hun proces van geestelijk verval steeds meer conform de vorming in die oude tijd.
(overigens wordt in de huidige wetenschap gesuggereerd dat er een uitzondering moet worden gemaakt voor mensen met een hoger opleidingsniveau en intelligentie: zij zullen minder snel in het geschetste verval geraken: noot auteur).
2. In het samenstellen van een biografie is het daarom van belang, dat vooral de geschiedenis van het gevoelsleven in beeld komt. Chronologische data zijn niet zo van belang.
3. ‘Copings’ zijn in de biografie van belang: hoe heeft de mens geleerd met veranderde situaties, problemen of tegenslagen om te gaan/hoe reageert hij/zij daarop.
4. Het werken met herkenbare elementen uit de tijd van vormende indrukken (‘Prägungen’) en het werken met ‘Copings’ van mensen is wezenlijk om bij een verhuizing naar een verpleegtehuis te voorkomen dat mensen heel snel achteruit gaan.
5. Het werken aan fysieke, maar vooral ook geestelijke zelfstandigheid van mensen is het doel
6. Opvallende ouderdomsverschijnselen als vergeetachtigheid, verwarring, waanvoorstellingen, agressie en depressie zijn ook in stadia van dementie beïnvloedbaar. De oude onomkeerbaarheidstheorie wordt als achterhaald beschouwd.
7. De factor ‘tijd’ wordt anders benaderd. Verpleegkundigen en verpleegden dienen in een verpleegsituatie zich in dezelfde ‘tijd’ te bevinden, anders kan er niet worden gecommuniceerd. Dit betekent praktisch, dat verpleegkundigen zich begeven in de tijd waarin de cliënt zich bevindt en niet wordt getracht om het andersom af te dwingen. De actuele tijd is geen leidende factor in het gevoelsleven.⁵

Normaliteitsprincipe

Böhm gaat ervan uit dat ieder mens, gevormd door zijn opvoeding, cultuur en ervaringen een persoonlijke levensstijl ontwikkelt, van waaruit hij of zij zich een beeld vormt over wat ‘normaal omgaan met elkaar en normaal handelen’ is.

³ René Würth, directeur HPPA Mersch, Luxemburg (interview Becc & van Loon september 2004)

⁴ Erwin Böhm: Verwirrt nicht die Verwirrten, Bonn 1988 (herziene druk 2006)

⁵ Ingrid Popp (Heilberufe 7/2002)

Het gaat dan over:

- Wie men is
- Hoe men andere mensen benadert
- Waar men zich mee bezig houdt
- Hoe men denkt over zingeving aan het leven
- Hoe men zicht kleedt

Mensen vallen in stadia van dementie volgens Böhm terug in hun eigen 'normaliteit' van vroeger (doorgaans uit de eerste 25 à 30 levensjaren)

Verpleegmodellen algemeen

Verpleegmodellen zijn concepten, over hoe men zich de totale zorg voorstelt. Een verpleegmodel is een beschrijving van hoe de zorg goed overwogen, gepland en uitgevoerd moet worden. Men spreekt alleen van een model wanneer de theorie, de praktijk en de documentatie overeenstemmen. Het voordeel van een model is dat er duidelijke richtlijnen gegeven worden en dat daardoor iedereen dezelfde lijn kan volgen.

Het verpleegmodel van Böhm is eigenlijk geen model in de klassieke zin. Modellen zijn doorgaans meer statisch en laten een verdere ontwikkeling nauwelijks toe. In dit model is veel meer ruimte voor ervaringswaarde.

Het model moet ook verder ontwikkelen, omdat de mensen, de tradities en gebruiken ook verder ontwikkelen.

Doel van het model van Böhm

We begrijpen ouderen met dementie veel beter als we begrijpen wat ze werkelijk bedoelen en wat hen beweegt.

'We moeten mensen leren begrijpen en dit begrip opnemen in de zorg. De zelfstandigheid en sociale competentie van ouderen moet zo lang mogelijk behouden en bevorderd worden. Onder zelfstandigheid verstaan we niet alleen het lichaam, maar ook de geest en de psyche, het zelfstandig denken, voelen en natuurlijk zelf beslissingen mogen nemen. '

Böhm spreekt zelf liever zo weinig mogelijk over dementie, omdat die diagnose de volwaardige benadering van de mensen in kwestie te vaak in de weg staat.⁶

Het verpleegkundige doel is een herleving van de geest

Een mens, die geen zin meer in het leven heeft, heeft ook geen zin meer om zijn benen te bewegen. "Om de benen te bewegen moet eerst de ziel bewegen".

Voor veel gedragsproblemen van cliënten moet de oorzaak worden gezocht in hun biografie en mag het niet zomaar als uiting van dementie gezien worden.

We moeten doelen vinden die bijdragen aan opleving en reactivering.

Reactivering is een van de essentiële impulsen voor cliënten die achteruitgaan.

Dit moet ook doordringen tot het professionele kader.

Daarmee bereiken we een verhoging van de arbeidstevredenheid van de professionals en daarmee een vermindering van het aantal zieke mensen. Op plaatsen en in instellingen waar men volgens het Böhm model werkt is het 'burn-out-syndroom' volstrekt onbekend.

Met het verpleegmodel van Böhm bereiken we voorts een kostenvermindering (vermindering van materiaalkosten, psychofarmaceutica) terwijl de kwaliteit verbetert.

Hoe kunnen we ouderen beter leren begrijpen?

Men gaat er van uit, dat ouder worden een proces van verval van de psyche is.

Wanneer de geestelijke afbraak begint, valt de mens terug in de vormende indrukken die zijn opgedaan in de eerste 25-30 levensjaren. Voor de zorg betekent dat alles, wat blijvend indruk op een menselijk leven heeft gemaakt, met de toenemende leeftijd en geestelijke afbraak steeds meer van belang wordt.

⁶ Erwin Böhm: betoog in 'Diakonie Rheinland-Westfalen', Vlotho 2009

Als we oudere mensen in de omgang willen begrijpen, hun houding, hun handelen en hun verhalen willen begrijpen dan moeten we ons afvragen wat er in het leven blijvende indruk heeft gemaakt op deze mensen. Wat hebben deze mensen meegemaakt in hun jeugd? Waar komen ze precies vandaan? Wat waren hun gewoontes vroeger? Het gaat hier niet per definitie om sterke emotionele indrukken, maar ook bijvoorbeeld ingesleten gewoontes, zoals eten koken, de was doen, dieren voederen etc.

Kortom, het is belangrijk om de psycho-biografische achtergrond van mensen te onderzoeken en daar rekening mee te houden.

Veel gedragspatronen laten zich zo verklaren. Moderne verpleegkunde moet dus vooral gericht zijn op het gevoelsleven van de ouderen met dementie.

De psychogeriatrische verpleging volgens het model van Böhm houdt rekening met diepgewortelde algemene menselijke gewoontes en gedragingen enerzijds en de hele persoonlijke invulling van deze gewoontes en gedragingen, bijvoorbeeld bij het oplossen van uitdagingen en problemen in het leven, door mensen individueel anderzijds (Coping).

Problematiek van gebruikelijke zorgmodellen in relatie tot het model Böhm

Helaas is de ‘warm, voldaan, en zuiver’ -methode nog steeds de meest bestaande vorm van zorg. In deze verpleegvorm neemt men het voortgangsverloop als gegeven. Men concentreert zich primair op een algemeen dagelijks verplegingsprotocol. Daarmee komt de medische zorgdiagnose overeen.

Wat men daarmee doet ten aanzien van mensen met dementie is het fixeren van de afhankelijkheid. Het gevolg is dat de diagnose op die wijze vanzelf juist wordt, maar de conditie van cliënten en uitsluitend verslechtert.

Een ander probleem is, dat wij de mensen (misschien onbewust) willen laten leven zoals wij dat hier en nu gewoon zijn. Dat eindigt bijna altijd met het overnemen van de dagelijkse taken door de verzorger. Waarom? De jonge verpleger dringt de cliënt met de beste bedoelingen zijn manier van werken op, hoe men zich bijvoorbeeld wast en aankleedt. De ideeën van ouderen en verplegers hierover botsen nogal eens met elkaar. Dat is ook begrijpelijk, gezien de generatiekloof. Natuurlijk wint de verpleger vaak, waarbij de cliënt zich schikt in de werkwijze van de verpleger.

Een groot probleem is ook het gebrek aan gegunde adaptatietijd.

Met ‘adaptatietijd’ wordt de tijd bedoeld die nodig is om op een prikkel of een oproep te reageren met een handeling. De adaptatietijd van verpleging is veel sneller dan van de ouderen in kwestie.

Stress bij het verhuizen naar een instelling kan blijvend zijn

Een verhuizing of een wisseling van omgeving kan voor mensen met dementie tot duurzame desoriëntatie leiden. Zolang men zich niet met de nieuwe woonomgeving kan identificeren voelt men zich als iemand die tegen de zin naar een volstrekt onbekende plaats is gevoerd en niet begrijpt waarom men daar is. Gedragsproblematiek ligt dan voor de hand.

Activerende en Reactiverende zorg

Activerende zorg

Dit is een zorgmodel, dat in basisprincipes en bij behandeling uitgaat van het zoveel mogelijk zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid behouden.

Deze zorg is mogelijk bij ouderen die (nog) niet heel diep dementerend zijn.

Reactiverende zorg

Dit is een zorgmodel waarbij impulsen worden gegeven aan het herbeleven.

Het gaat om het weer oproepen van wat eens een actieve functie was.

We mogen daarbij uitsluitend (oude) gewoontehandelingen van cliënten verlangen en daarbij niet zelf bepalen wat dat zou moeten zijn.

Het gaat dus niet meer per se om zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid.

Reactiverende zorg is in eerste aanleg een verpleegkundig onderzoek, dat zoekt naar een manier om de ziel weer in beweging te brengen, zodat ook de benen weer gaan bewegen.

Deze zorg is nodig bij ouderen die al relatief diep dementerend zijn.

Bereikbaarheidsniveaus of ‘interactieniveaus’

Ouder worden gaat gepaard met achteruitgang. Een mens die door deze achteruitgang getroffen wordt valt terug in een ‘omgekeerde ontwikkeling’. Deze ontwikkeling is volgens Böhm te onderscheiden in niveau, die worden aangeduid als ‘bereikbaarheidsniveaus’ of ‘interactieniveaus’. Böhm onderscheidt in zijn model 7 interactieniveaus waarin een mens zich kan bevinden. De kennis van deze niveaus en de kennis van de mens in welke fase die zich bevindt is van belang om:

- De mens psychisch te kunnen bereiken
- Om de mens beter te begrijpen
- Om verdere achteruitgang tegen te gaan
- Om aansprekende zorg te kunnen bieden
- Om reactieverend te kunnen ingrijpen

Niveau 1: Socialisatie (Sozialisation of Sozialstation)

De fase waarin de volwassene na een leven lang leren zich heeft weten aan te passen aan de maatschappij.

Op dit niveau bevinden zich mensen die nog een cognitief gesprek kunnen voeren. De professional moet echter weten, dat er een beperking kan zijn bij mensen met dementie: de oudere in kwestie leeft in gedachten niet per se in deze tijd. Het is belangrijk om bij deze mensen te weten waar men vandaan komt en wat daar gewoontes waren.

De socialisatie heeft plaatsgevonden in drie stadia:

1. Primaire socialisatie: beïnvloedt door omgeving, familie en andere dierbaren.
2. Secundaire socialisatie: beïnvloedt door (kleuter-)school, middelbare school, leeftijdsgenoten en vrienden in de kindertijd
3. Tertiaire socialisatie: later beïnvloedt door vervolgonderwijs, collega’s op het werk etc.

Communicatie met mensen op dit niveau is doorgaans inhoudelijk. Is de mens niet op inhoud te bereiken, dan dient men af te dalen naar lagere niveaus.

Niveau 2: Appelleren aan gezond verstand (Mutterwitz)

De fase waarin een kind zich bevindt en leert van volwassenen in de directe omgeving.

Op dit niveau komt alles boven wat men als kind van een volwassene heeft geleerd: primaire zaken, die te maken hebben met het gebruiken van gezond verstand. Daarbij moet in elk geval ook gedacht worden aan gewoontes van de ouders, aan de volksaard en aan het dialect wat de ouders spraken. (Böhm stelt hier dat het ‘vogeltje weer zingt zoals het van oorsprong gebekt is’). In deze fase wordt overigens ook stemming ingezet als therapeutisch moment, zoals ouders vroeger boos, verdrietig, vrolijk e.d. reageerden.

Op niveau 1 en 2 kan nog gebruik gemaakt worden van verbale communicatie. Hier kan dus ook activerende verzorging nog baten. Is iemand verder achteruit in de interactieniveaus, dan komt reactivering definitief in beeld.

Niveau 3: Geestelijke en sociale basisbehoeften (Seelische, soziale Grundbedürfnisse)

De fase waarin de mens alleen nog in basisbehoeften leeft

Op dit niveau kan de mens begrepen worden door te achterhalen wat zijn belangrijkste behoeften in het leven waren en welke dat nu nog zijn. Die behoeften zijn te achterhalen door het bestuderen van de biografie. Het bevredigen van die behoeften kan reactieverend werken. Het niet bevredigen

van deze behoeften leidt doorgaans tot verdergaande verwarring een snel afglijden in nog lagere fasen.

Onder 'basisbehoeften' moet overigens niet stereotyperend worden gedacht. Het kan de nabijheid van een (huis-)dier zijn, eten koken, een bepaalde smaak in de mond, planten water geven etc.

Niveau 4: vormende indrukken (Prägungen)

De fase waarin men leeft in tijdgebonden 'brokjes' uit het verleden, die indruk hebben gemaakt

Op dit niveau leeft de mens in aangeleerde, zich steeds herhalende handelingspatronen. Het zijn vaak de rituelen die in het verleden zekerheid verschaffen, maar ook typische eigenaardigheden. Veel ervan zal uit de kindertijd afkomstig zijn, tot aan de leeftijd van 25 à 30 jaar.

Niveau 5: instinctmatig handelen (Triebe)

De fase van het instinctmatig handelen

Instincten en daaraan gerelateerde dagdromen en fantasieën zijn eigenlijk de belangrijkste drijfveren van een mens.

Dit zit vooral diep geworteld in kleinere kinderen. Professionals dienen mensen in deze fase te benaderen met een klein kind in gedachten (zonder kinderachtig te doen): wat kun je van een klein kind verlangen? Maar ook: uitdagen om vooruitgang te realiseren.

Door de reactie op een dergelijke benadering te blijven volgen kan worden opgemerkt of een mens daadwerkelijk op dit niveau verkeert.

Niveau 6: Intuïtie (Intuition)

De fase van het hele kleine kind

Op dit niveau spelen sprookjes, fantasie, bijgeloof en religieuze beelden etc. een belangrijke rol, maar ook primaire emoties als angst, boosheid en blijheid.

Het vergt bijzondere vaardigheid om zich in de wereld van deze mensen in te kunnen leven, zodat contact nog mogelijk is.

Niveau 7: Oer-communicatie (Urkommunikation)

De fase van de pasgeboren baby

De emotionele bereikbaarheid van mensen in deze fase moet echt op die van een zuigeling afgestemd zijn: uitsluitend primaire reactie. Er is echter een verschil met de bereikbaarheid van echte zuigelingen: lichamelijk contact heeft slechts heel beperkt effect.

In het algemeen geldt, dat dingen die een mens in zijn leven nooit echt beheerst heeft, het eerst zijn verloren.

Wat een speerpunt was in het leven blijf langer bewaard.

De psycho-biografie

De psycho-biografie is niet bedoeld als een data biografie, maar als een 'thymopsychische biografie'. Deze term is door Erwin Böhm zelf ingevoerd (en nadien verder gebruikt: Klaus Maria Perrar e.a. 2007).

Deze vorm van biografie gaat over het diepere gevoelsleven van de mens; over affectiviteit, over gemoedstoestanden (bijvoorbeeld in relatie tot gebeurtenissen). Het zijn juist deze elementen die belangrijk zijn om het gedrag van de mens met dementie te kunnen duiden, hetgeen weer nodig is om de zorg te kunnen afstemmen.

Een belangrijke term uit de thymopsychische biografie is 'Noopsyche': het rationele, cognitieve aandeel van het denken. Door de Noopsyche functioneert het zogenaamde 'Sensorium', dat het vermogen om te oordelen bevat; de basis voor intelligentie en het denken op zich.

De thymopsychische biografie bestaat voornamelijk uit de levensverhalen, volksaard gebonden situaties en daaruit voortvloeiende 'Coping's' (handelingspatronen bij veranderde situaties, uitdagingen en problemen, maar ook gewoon de manier van leven).

Het belangrijkste instrument om de biografie samen te stellen is natuurlijk het gesprek met betrokkenen zelf, waarbij we leren moeten om op het niveau van de bereikbaarheidsfase te communiceren.

Voor elk gesprek is het nodig om de mens te 'wekken'. Dat wordt bij voorkeur gedaan door een stimulans van de emotie. Vanuit die emotie komen er verhalen.

Biografisch onderzoek wordt ook gedaan in de (voormalige) omgeving van de cliënt: bij familie, vrienden, oude burens, voormalige collega's.

Basisvragen

Antwoorden op de volgende vragen zijn in elk geval van belang voor het werken met het model:

- Waar en wanneer is de mens in kwestie geboren
- Waar heeft de mens zijn jeugd doorgebracht
- Van wat voor familie stamt de mens af: hoe groot was het gezin, hoe streng, welke sfeer hing er in het gezin
- Wie zijn/waren de broers en zussen
- Wat waren bezigheden/wat was het beroep in de eerste ca. 25 à 30 jaren
- Uit welke sociale klasse komt de mens, of uit welk milieu
- Wat waren de hobby's
- Wat waren de emotionele hoogte- en dieptepunten in de eerste 25 à 30 jaren
- Wie is/was de echtgeno(o)t(e)
- Wie is het kind/zijn de kinderen
- Hoe is het leven verlopen; is er sprake van 'lotgevallen'.

Verpleegkunde met behulp van de psycho-biografie

Om de psycho-biografie goed te kunnen interpreteren, de mens te kunnen begrijpen en het juiste zorgaanbod te kunnen doen dient de professional zich te bekwamen. Daartoe zijn opleidingen ontwikkeld (uitsluitend Duitstalig), die vrij recent nog zijn vernieuwd.

Het gaat om een basisopleiding en een vervolgopleiding.

Beperkingen met het werken aan het model van Böhm

Verpleegkundige Ingrid Popp merkte in 2002 een concreet aantal beperkingen op ten aanzien van het werken met het model van Böhm:

- De huidige zorgstructuur (in Duitsland *red.*) laat een zo revolutionaire aanpak maar lastig toe. De achterliggende organisatie moet wel bijzonder bevlogen zijn en over middelen beschikken om deze weg te bewandelen.
- Werken met het model van Böhm vergt intensieve training van alle professionals in de betrokken zorginstelling, naast verpleegkundigen geldt dat ook voor artsen. Dat is erg kostbaar.
- De geboden opleidingen voor professionals zijn bovendien heel schaars; doorgaans alleen beschikbaar in een tehuis waar het model werkt. Professionals kunnen het werken met het model niet alleen in de praktijk oppakken.
- Het model blijft 'rondzingen' in de Duitstalige landen van Europa en dan nog voornamelijk in Duitsland zelf. De vraag is waarom het niet elders wordt opgepikt en nader wetenschappelijk wordt benaderd (Böhm nodigt hier zelf toe uit).

Nadere uitwerking van het model

De van oorsprong Luxemburgse geriatrische verpleger en docent te Xanten Stefan Gutensohn heeft het model van Erwin Böhm bewerkt met een aantal uitvoeringsverbeteringen of aanvullingen. Deze verbeteringen en aanvullingen zijn beschreven in zijn publicatie 'Endstation Alzheimer'.⁷ De belangrijkste elementen zijn:

- Kleine woongemeenschappen creëren, met vast verplegend personeel
- Sterk individuele aankleding van de eigen leefruimte van cliënten, volgens de principes van Böhm (daar waar dit in de meeste verpleegtehuizen vooral in gemeenschappelijke ruimtes vorm krijgt)
- Voldoende vrije 'dwaalruimte' om de bewegingsdrang van cliënten te kunnen honoreren
- Ingedeeld in interactieniveaus gemeenschappelijke routine in de dagbesteding bouwen, rekening houdend met gemeenschappelijke vormende indrukken van mensen en gericht op het stimuleren emotionele interactie
- Veel vrolijkheid en levendigheid inbouwen
- Stimuleren van het samenleven met dierbare huisdieren.

Wenselijke veranderingen, nog niet in Duitstalig gebied uitgewerkt

Het concept van Erwin Böhm kent aanzienlijke wensen voor optimalisatie. Deze zijn in de Duitstalige omgeving nog maar mondjesmaat toegepast, vooral door beperkende regelgeving en het gebruik van bestaande zorginstellingen. In de Nederlandse vertaling zou hiervoor ruimte moeten worden gemaakt:

Een andere personele invulling

Het concept vraagt om een persoonlijke benadering, waarbij het vooral de vraag is of deze altijd door gediplomeerd verplegend personeel moet worden aangereikt.

Een groot deel van de dagelijks benodigde aandacht kan aangeboden worden door mensen in de buurt, die een juist begrip hebben van dementie. In het concept van de HPPA in Luxemburg worden daarvoor bijvoorbeeld medebewoners ingeschakeld.

In de Nederlandse context kan het gaan om buurtbewoners, om familie of om parttime professionals uit een heel ander vak dan verpleegkunde. De sector horeca/gastvrijheid kan hier genoemd worden, maar ook laag opgeleide verzorgers, die gezelschap houden, helpen met eten en helpen met de dagbesteding. Dit heeft een meerwaarde voor mensen met dementie, maar het draagt zeker ook bij aan de kostenbeheersing van het concept.

Een ander gebouw

Dit onderdeel is wellicht het meest interessant. In de belevingswereld van mensen met dementie stuiten de grenzen van 'coping' heel vaak op de contouren van een huidig zorggebouw. Zo'n gebouw is niet zelden vooral gebouwd rondom de logistiek van de verzorging. Indien het mogelijk zou zijn om een andere bebouwde omgeving te creëren, waarbij het 'thuisvoelen' een belangrijke aandachtsfactor zou zijn, wordt er veel gewonnen.

Daarbij kan meteen worden aangesloten op een grote nood: woonvoorzieningen voor echtparen, waarvan één partner lijdt aan dementie, maar die vervolgens niet gescheiden behoeven te worden. Hierbij is het raadzaam om meteen een illusie te ontkrachten: het werken met domotica is niet bij voorbaat de oplossing. Persoonlijke aandacht is de sleutel en domotica mag alleen onzichtbaar faciliteren daar waar onnodig persoonlijke inzet wordt geëist (controle, veiligheid etc.).

Opvallende kenmerken van het concept

⁷ Stefan Gutensohn: Endstation Alzheimer (2000)

In de Nederlandse zorgpraktijk is een zoektocht ontstaan naar een sterk verbeterd zorgconcept voor mensen met dementie. In die zoektocht valt het op, dat de voorbeelden die op dit moment als de betere voorbeelden worden beschouwd, allemaal op één of andere wijze lijken op het model van Böhm. We vinden het terug in de ‘gastvrijheidsmodellen’ van organisaties als Vivre en Hogeweyj, in de persoonlijke en warme benadering van kleinschalige initiatieven zoals Herbergier en Martha Flora huizen en heel specifiek bij de Innovatiekring Dementie, met initiatieven als het Anton Pieckhofje in Haarlem.

De tijd lijkt meer dan rijp om het volgroeide concept van Erwin Böhm te introduceren. Ondanks de mogelijk hoge aanloopkosten zou dat nu weleens zeer de moeite waard kunnen zijn. De voordelen van het concept zijn groot.

Samenvattend zijn die voordelen als volgt te benoemen:

1. Het is een volwaardig concept, dat recht doet aan diverse huidige experimentele wijzen van aanpak in Nederland
2. Het draagt opvallend sterk bij aan ‘een tevreden dagbesteding’ voor mensen met dementie
3. Het houdt mensen actief en niet-bedlegerig tot de allerlaatste weken van hun leven (tot 1 à 2 weken voor hun overlijden)
4. Het beperkt de gedragsproblematiek voor mensen met dementie (lees hier in alle voorzichtigheid vooral ‘Alzheimer’) tot een minimum
5. Het is voor zorgverleners een stressverlagend zorgconcept, waarbij veel meer arbeidstevredenheid gevoeld wordt
6. Het is uiteindelijk een kostenefficiënt model

--//--