



Mensgericht samenwerken
rondom dementie

Dementie leidt vaak tot gedragsveranderingen. Als het moeilijk wordt om hiermee om te gaan en lijden met zich meebrengt, wordt al snel gesproken over 'probleemgedrag'. Maar dat gedrag staat niet op zichzelf; het ontstaat binnen de context en in wisselwerking in de omgang met anderen. Die context is complex: er zijn betrokken naasten, mantelzorgers, vrienden en familie. Ook levensloop en cultuur spelen een rol. En professionals kijken en handelen vanuit het perspectief van hun vakgebied, maar ook vanuit persoonlijke betrokkenheid en overtuiging. Daarnaast kunnen organisaties en samenwerkingsprocessen ook grote invloed hebben op gedrag.

Als je gedrag van mensen met dementie wilt begrijpen, dan is een brede, methodische, persoonsgerichte kijk en aanpak nodig. Daar gaat dit boek over: samen – interdisciplinair en met familie – zoeken naar de betekenis van gedrag.

Zestien auteurs, allen met hun eigen ervaringen met mensen met dementie, delen hun kennis, inzicht, visie en passie. Zij refereren aan de multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie, maar staan vooral stil bij behoeften, leiderschap, teamdynamiek, preventie, welzijn en mensgericht werken. Want in een omgeving waarin mensen met dementie optimaal kunnen functioneren, GEDRAGEN worden, kan dat wat we probleemgedrag noemen, worden voorkomen.

In eerste instantie is dit boek voor psychologen en orthopedagogen die werken met mensen met dementie. De auteurs willen ook anderen inspireren: specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders, vaktherapeuten en managers in de zorg.

Het boek is tot stand gekomen door een samenwerking van het NIP, Sectie ouderenpsychologie, CCE en PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg.

Gedragen

Inhoudsopgave

Verantwoording	
Hoe het begon	4
<hr/>	
Inleiding	
Siem	7
<hr/>	
Inspiratie	
Uw patiënt, onze moeder	10
<hr/>	
Deel 1	
Samen anders kijken naar gedrag	
1.1 Lef, verdragen en geduld	18
1.2 Hetzelfde werk in een andere context	26
1.3 Van probleem naar behoefte	32
1.4 De juiste snaar	40
1.5 “Kunt u niets voorschrijven?”	46
<hr/>	
Deel 2	
Samen zoeken, samen werken	
2.1 Verbindend begeleiden	54
2.2 Eerste hulp bij teambegeleiding	62
2.3 Van goed bedoeld naar goed gedaan	70
<hr/>	
Deel 3	
Samen verandering organiseren	
3.1 Het zit in de muren	78
3.2 Welbevinden als leidraad	86
3.3 “Zo doen wij dat”	92
<hr/>	
Tot slot	
Een blik op de toekomst	100
<hr/>	
Bibliografie	106

Hoe het begon

In 2019 liepen ze elkaar tegen het lijf op een symposium van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over Probleemgedrag bij dementie: Amy van Doormaal, Anita Dortmans en Maritza Allewijn. Ze raakten aan de praat over het thema van de bijeenkomst. Amy was (en is) voorzitter van de NIP-sectie Ouderenpsychologie, Anita coördinator bij Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), en Maritza directeur van PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg (PgD). Tijdens dat gesprek ontstond in die vruchtbare setting het idee om de handen ineen te slaan.

Want probleemgedrag bij mensen met dementie kan, in de ogen van dat drietal, veelal voorkomen worden of beter worden aangepakt als er goede, vakbekwame psychologen in de ouderenzorg werken, die een sterke positie kunnen innemen naast andere behandelaren en als zij allemaal interdisciplinair samenwerken. Ook viel het hen op dat de richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie, die in 2018 door Specialisten Ouderengeneeskunde én psychologen is opgesteld, lang niet overal leidend is in het denken en handelen van professionals. De drie organisaties die Amy, Anita en Maritza vertegenwoordigen, maakten gezamenlijke plannen en gingen aan de slag. Zo werd het drietal aangevuld met Henriëtte Ettema, programmaleider VVT bij CCE, Ingrid Rietkerk, gz-psycholoog en lid van het bestuur van de sectie Ouderenpsychologie en Irène van Kessel, adjunct-directeur van de PgD.

De samenwerking resulteerde in een reeks van drie opeenvolgende symposia in 2021 en 2022: 'Van lijden naar leiderschap: Probleemgedrag bij mensen met dementie'. Niet de persoon met dementie stond hierin centraal, maar de omgeving: de familie, de zorgorganisatie, de professionals. Gedrag ontstaat immers in een context en is dus geen 'kenmerk' van een individu. En door heel kritisch te kijken naar die context, leren we *anders kijken* naar gedrag en anders (samen)werken rondom mensen met dementie. Op de symposia zagen we sprekers, die boeiden door hun visie, andere aanpak, lef en gedrevenheid. De drie bijeenkomsten waren vernieuwend en inspirerend, maar - mede door nog wisselende maatregelen in verband met corona - bereikten maar een beperkte groep.

Het team was dan ook dolblij dat veel sprekers bereid waren hun voordracht of workshop om te zetten in een hoofdstuk voor dit boek; "Gedragen - Mensgericht samenwerken rondom dementie". Het redactieteam werd aangevuld met Tess van Genderen, eindredacteur, die fantastisch werk heeft geleverd.

In eerste instantie hopen we psychologen en orthopedagogen die werken in de zorg voor mensen met dementie te bereiken met dit boek. Maar we willen graag ook anderen inspireren: specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders, vaktherapeuten en managers in de zorg.

Het boek is een mooi voorbeeld van 'practice what you preach': het is tot stand gekomen door een combinatie van persoonlijk leiderschap, sterke samenwerking en vertrouwen - zonder al te veel obstakels. Hiervoor spreken we uiteraard ook onze dank uit aan de auteurs, zonder wiens prachtige bijdragen we dit boek nooit hadden kunnen maken. We hopen dat u als lezer geraakt wordt door hun inspiratie, voorbeelden, wijsheid. De mensen met dementie die aan uw zorg zijn toevertrouwd zullen er wel bij varen!

De redactie,

Henriëtte, Anita, Amy, Ingrid & Maritza



1948, Rotterdam

Inleiding

Siem

Stel je voor. We kunnen Siem bevragen. Hoe hij aankijkt tegen zijn zorg en naar zijn visie op de behandeling die hij ontvangt voor zijn dementie. Wat vertelt hij ons dan? Komt dit overeen met het beeld dat wij hebben van hem? Van de zorg die we leveren, van Siem zijn kwaliteit van leven... van wie hij – nog steeds – is?

“Ze zijn allemaal lief en aardig hoor! En doen enorm hun best, maar toch word ik niet door iedereen goed begrepen. Nu laat ik mij op sommige dagen ook niet altijd van mijn beste kant zien en ik krijg het ook niet meer goed uitgelegd, maar toch. Ik begrijp heus dat het zoeken is, maar neem nu Karin en Felix! Zij snappen het. Zij lijken te begrijpen dat ik onrustig word van al dat gekwetter in de huiskamer en dat mijn handen jeuken om iets te slopen. En nog meer om iets te bouwen! Maar ik vraag mij wel eens af of zij wel met collega's over mij praten? Of ze vertellen dat ik niet goed tegen dat geklets kan. Ik wil fietsen, of klussen... iets! Die anderen snappen dat niet en het maakt me woest. Toen er laatst hier door vaklui buiten gewerkt werd en ik mocht niet gaan kijken, raakte ik zo gefrustreerd en ben ik zo boos geworden! Volgens mij heb ik zelfs iemand geslagen... Oh, dat vind ik zo erg. Zo ben ik helemaal niet! Maar de woorden om dat uit te leggen, dat ik gewoon het bezig zijn soms zo mis... door die verdomde dementie lukt dat niet meer!”

In een omgeving waar bijvoorbeeld fysieke agressie voorkomt, de werkdruk hoog is en de tekorten voelbaar zijn, is het logisch dat dit gedrag als 'probleemgedrag' wordt geclassificeerd. Daarbij lijkt het zichzelf soms te versterken. Hoe meer de belasting van probleemgedrag toeneemt, hoe ingewikkelder het wordt voor begeleiders en zorgverleners – zij worden alsmaar meer handelingsverlegen. Als psycholoog voel je de impact misschien minder dan de zorgmedewerkers die dagelijks midden in de situatie staan, maar het dringende appèl om een oplossing te bieden komt aan jouw adres. Die urgentie is zeer voelbaar en leidt bij jou tot een actiestand, om snel met oplossingen te komen. Hoe kijk je? Zie je probleemgedrag dat opgelost moet worden om de druk op je collega's



Siem 1962, Oud-Beijerland

te verlichten... of lukt het je om de kijk op te situatie zo te veranderen dat het gedrag een signaal wordt om te interpreteren? Of dat het zelfs voorkomen kan worden?

Makkelijker gezegd dan gedaan natuurlijk, maar het verhaal van Siem onderstreept nog maar eens hoe belangrijk het is om oog te hebben voor de persoon achter de diagnose om goede zorg te kunnen bieden. En daarover als collega's onderling met elkaar in gesprek gaan. We zijn geneigd te kijken naar wie iemand nu is, maar wie iemand was vóór een dementie-diagnose is misschien nog wel van nog veel grotere invloed op huidige angsten en behoeften. Dat beeld vormen vraagt veel. Vaak is iemand niet meer bij machte om gestructureerd te vertellen over vroeger. Woorden raken zoek, herinneringen zijn slechts flarden. Als zorgverlener is het dus puzzelen met stukjes informatie die je krijgt: gedrag dat je observeert en informatie van naasten.

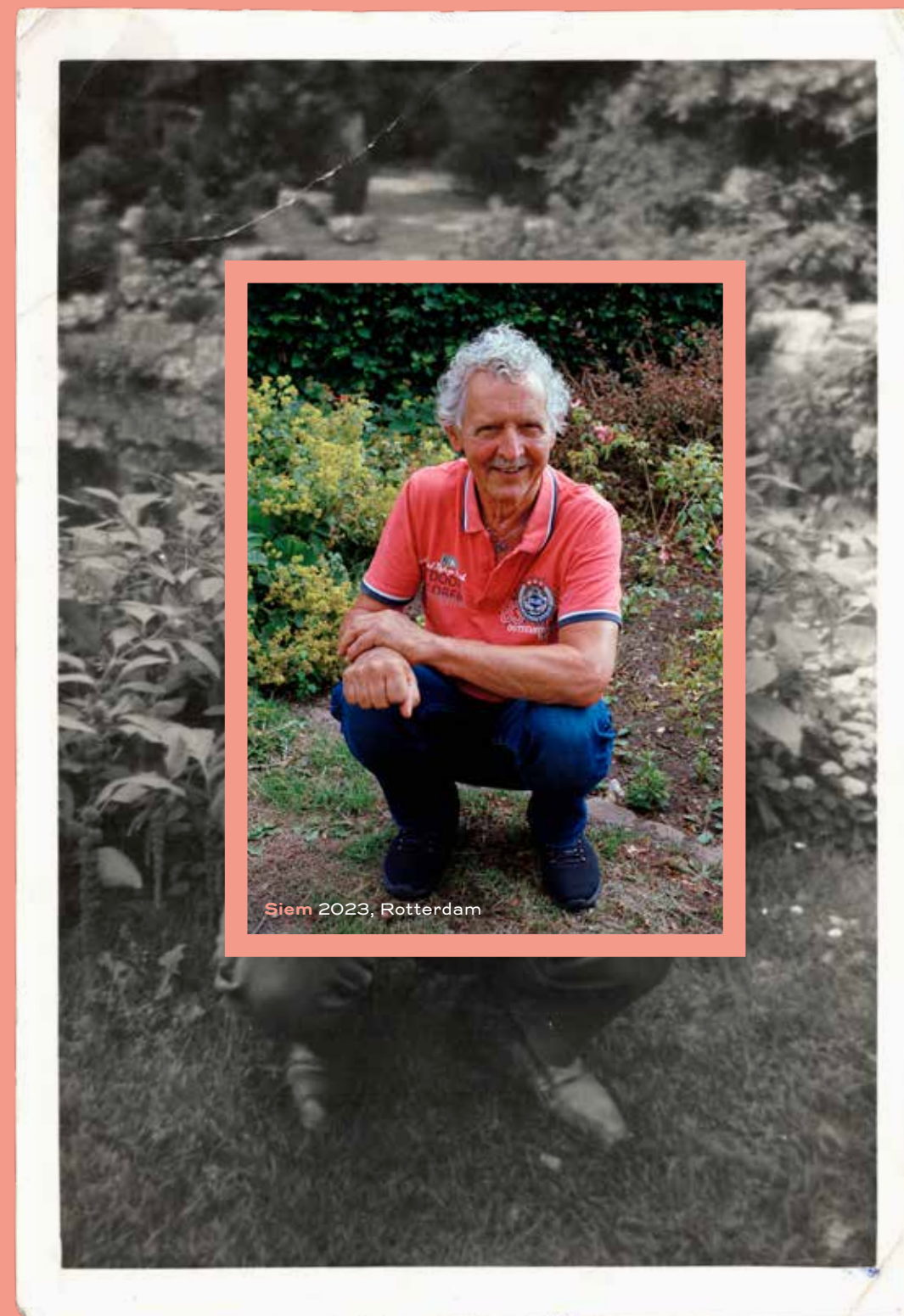
Zoek niet alleen, maar als team van verzorgenden en behandelaren samen. Trek samen op, ook met de naasten van de cliënt. Kijk samen naar de cliënt, het levensverhaal en heb oog voor de brede context daar omheen: daar vind je vaak nog veel meer factoren die van invloed zijn op het ontstaan en aanwezig blijven van gedrag wat we als problematisch ervaren. In diezelfde context vind je ingrediënten voor je handelen als professional die bij kunnen dragen aan afname van probleemgedrag.

Daar gaat dit boek over: samen – interdisciplinair – zoeken naar verklaringen voor gedrag bij de cliënt zelf én vooral in de context om hem of haar heen. Dit boek gaat over samen werken aan oplossingen die de kwaliteit van leven van cliënten verhogen en aan het bieden van zorg die past bij wie de cliënt is én was. Dit boek gaat ook over Siem en zijn levensverhaal, dat meereist langs onze zoektocht.

Als psycholoog of orthopedagoog speel je een belangrijke rol als procesbegeleider bij het samenbrengen van kennis over een cliënt. Toch is dit boek nadrukkelijk geen methode over hoe je dat doet. We hebben verschillende verhalen en perspectieven samengebracht met als doel je uit te nodigen om anders – mensgericht – te kijken naar probleemgedrag bij cliënten met dementie. Daarbij hopen we dat we met de kennis en ervaringen van onze auteurs handvaten bieden om samenwerking volgens de multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie te verrijken.

Dit boek gaat niet alleen over Siem. Maar ook over Riek, Loes, Habib, Sofia, Hans en Ismael en hun hulpverleners Meike, Herman, Fatima, Jacob, Linda. Allemaal brengen zij vanuit hun eigen achtergrond relevante inbreng ter tafel en hebben zij een belangrijk aandeel in het samen zoeken naar verklaringen voor gedrag. Het samen vinden van het verhaal.

Met dit boek hopen wij alle betrokkenen bij cliënten die gedrag laten zien wat als probleem wordt ervaren te inspireren tot een mens- en behoefte gerichte, interdisciplinaire aanpak. En zo samen de cliënt te **dragen** in zijn verhaal en behoeften.



Inspiratie

Uw patiënt, onze moeder

Een pleidooi voor samen zorgen in het verpleeghuis



Mieka Vroom, 1955

Freelance journalist. Is geïnteresseerd in de relatie tussen familie en professional in de zorg. Hield zich tien jaar bezig met de zorg voor haar moeder. Auteur van het boek 'Uw patiënt; onze moeder, pleidooi voor samen zorgen in het verpleeghuis'. Adviseur 'Bekijk 't... anders'.

Steeds vaker verschijnen er berichten dat hulp van familie en naasten nodig is om de zorg voor ouderen te kunnen garanderen. Niet voor niets kopte het meest recente rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in 2022 met 'Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten' [1]. Een onderwerp dat door de krapte in de zorg urgenter is dan ooit.

Het verhaal over mijn moeder heeft zich een tijd geleden afgespeeld. In de tussentijd is er vast veel veranderd, maar ik heb de indruk dat in de positie van naasten er nog veel ruimte voor verbetering is. Ook wanneer er sprake is van zogenaamd 'probleemgedrag'. Met name op het gebied van wat ik een 'gelijkwaardig samenspel' noem. Want zonder

gelijkwaardigheid krijgt het dominante (zorg)verhaal de overhand. In plaats dat familie de gaten vult, neemt de zorgkwaliteit toe wanneer zij een integraal verweven plek in het zorgproces innemen.

Kernboodschappen

- Bevraag elkaar. Als professional is het goed om te laten zien dat je niet alles weet. Als familie moet je niet bang zijn dat vragen stellen misschien de zorg voor je familielid benadeelt.
- Deel deskundigheid. Als professional heb je kennis van en ervaring met deze ziekte, als familie heb je kennis over en ervaring met je familielid. Deel die kennis, accepteer elkaars deskundigheid.
- Zowel professional als familie: Doe. Doe het voor, laat het zien, doe het samen. Vertrouw op je eigen kunnen. Je doet het allebei uit betrokkenheid, als familie omdat het je eigen familielid betreft, als professional om het je cliënt betreft die je goed wilt verzorgen.

Mijn moeders verhaal

Na het plotselinge overlijden van mijn vader in 2001 openbaarde zich de dementie bij mijn moeder in volle hevigheid. Met veel zorg om haar heen, lukte het om nog anderhalf jaar thuis te wonen. Maar op een ochtend viel ze en brak ze haar heup. Na een korte opname in het ziekenhuis, werd duidelijk dat zelfstandig thuis wonen geen optie meer was. We vonden een plek in het centrum van haar geboortestad. Tien jaar lang woonde zij daar op een etage, 'afdeling' in het zorgjargon, met dertien andere mensen in verschillende fasen van dementie. Ze had haar eigen kamertje, waar genoeg plaats was om ook met haar te kunnen zitten als we op bezoek kwamen. Vanaf het moment dat mijn moeder haar introk nam, hebben we als familie geprobeerd om samen met het verpleeghuis voor haar te zorgen. Dat lukte soms, maar vaker stonden mensen, regels en systemen in de weg.



1954, Rotterdam

Zonde, want door familie en naasten als partners in de zorg te gaan zien en hen een serieuze rol te geven in de zorg en welzijn, verbetert mijns inziens de zorg. Maar verpleeghuizen hebben zo hun eigen dynamiek en stellen vaak (onnodige) grenzen tot waar familie mag ‘helpen’. Dat noem ik het ‘dominante verhaal’. Het blijkt in de praktijk ook knap lastig om dat dominante verhaal en het verhaal van de familie bij elkaar te laten komen... maar het kan wel. Voor een gelijkwaardige dialoog zijn ruimte en tijd onmisbaar en alle partijen moeten verschillen durven accepteren.

Van thuis naar tehuis

Toen mijn moeder nog thuis woonde, vonden we een klein bedrijf met betrokken medewerkers die de zorg voor mijn moeder op zich namen. Zij door de week, wij – de kinderen – in het weekend. Van hen leerde ik veel over hoe ik kon omgaan met mijn moeder en haar dementie. Ik leerde geduld te hebben, creatief te zijn en steeds (nieuwe) dingen te verzinnen waar mijn moeder blij van werd [2]. Deze ‘thuiszorgdames’ hielden een schriftje bij dat op de eettafel lag. Mijn moeder kon het lezen, wij konden het lezen en iedereen kon er iets in opschrijven.

Bij haar verhuizing spraken we af met het verpleeghuis dat de thuiszorgdames met haar meekwamen. Het zou de overgang voor mijn moeder hopelijk iets verkleinen; ze ziet dan bekende gezichten en mijn moeder had waarschijnlijk meer zorg nodig dan dat het verpleeghuis op dat moment kon bieden. Het was een experiment: samen voor mijn moeder zorgen.

Een lastige moeder

Als contactpersoon was ik degene die toegang had tot het zorgdossier in het verpleeghuis. Daarin hoopte ik mee te kunnen lezen wat de zorg zoal tegenkwam bij mijn moeder. En ik hoopte er ook suggesties in te kunnen doen, maar dat mocht niet. Met nog geen potloodstreepje. Daardoor voelde ik mij als naaste op afstand staan én niet serieus genomen als iemand die mijn moeder goed kent. Een unheimisch gevoel van verwijdering werd versterkt toen ik op een zeker moment in het dossier las dat mijn moeder een ‘lastige vrouw’ is, die kalmerende medicijnen nodig heeft. Ik was verbaasd, ik herkende dat beeld helemaal niet! Ik checkte het bij de thuiszorgdames en bij mijn zussen en broers. Ook zij snaptten er niets van.

Mijn moeder kon heus wel eens uitschieten, dat wisten we nog van vroeger. Als ze boos werd, dan was ze écht boos. Maar dat had altijd een reden. Zo deed in het verpleeghuis mijn broer een keer onhandig haar schoenen aan en ze gaf een – niet al te harde – trap. Mijn broer besefte wat er misging, zei “sorry” en was blij dat mijn moeders geheugen niet al te best werkte – ze was snel daarna weer één en al vrolijkheid. Iets dat vroeger wel

anders was...Maar goed, wij – zowel familie als thuiszorgdames – constateerden dat dit ‘lastig zijn’ voor mijn moeder met haar dementie de enige manier was om te uiten dat iets haar pijn deed of angstig maakte. En dat met rust en aandacht er meestal geen vuiltje aan de lucht was, hoogstens een kortstondig vonkje.

De taal van het verpleeghuis

Een helder verhaal wat ons betreft. Maar het lukte maar niet om dat verhaal over te brengen; niet bij de verzorgenden en niet ‘hogerop’. De taal van het verpleeghuis – de taal van het dossier – bleef dominant.

We gebruikten in het verpleeghuis nog steeds het schriftje van de thuiszorgdames. De daarin gebruikte toon en taal zocht veel meer naar aansluiting bij onze moeder en bij het delen van ervaringen. Het grootste verschil? Met de thuiszorgdames wisselden we uit hoe we mijn moeder konden geruststellen en hoe we haar in haar waarde konden laten. Ook hielden we nog steeds bij wat mijn moeder plezier deed. Aan de hand van het schriftje konden we soms gedrag van mijn moeder, samen verduidelijken. Dat gebeurde bijvoorbeeld als mijn moeder ineens een naam noemde die de thuiszorgdames niet kenden en wij wel, zoals de liefkozende bijnaam van haar zus. We leerden van elkaar vanuit dat schriftje en door samen vanuit gedeelde kennis mijn moeder te verzorgen.

Tijd en ruimte

Met de thuiszorgdames, en later ook met enkele verzorgenden, vonden we tijd en ruimte om een gelijkwaardige dialoog aan te gaan om van elkaar te leren. Als ik er het weekend was, deed ik samen met de thuiszorgdames mijn moeder in bad. Daar genoot mijn moeder enorm van, en wij niet minder. De verzorgenden van het verpleeghuis hebben die mooie momenten nooit kunnen meemaken. Ze mochten of konden haar niet in bad verzorgen.

Heel soms slaagde een verzorgende er wel in de tijd te nemen om samen te zorgen. Bijvoorbeeld door samen de tillift te bedienen en mijn moeder in bed te leggen. Of door samen het zitkussen in de rolstoel te onderzoeken, omdat mijn moeder last had van doorzitplekjes. Het kussen bleek verkeerd te liggen. En wat mij nu nog steeds helder voor de geest staat, is de voedingsassistentie die tegen het einde van mijn moeders leven naast haar bed zat om haar kleine hapjes eten te geven en mij ondertussen uitlegde hoe ze dat deed en waarop je moest letten.

Lef

Dat alles vereiste een portie lef. Lef had ook de nieuwe psycholoog die te horen had gekregen dat ze niet met de familie mocht praten, maar dat wel deed. Want dat deed ze in haar vorige baan ook. Ik ontmoette haar aan het bed van mijn moeder. Zij zou dat jaar voor het eerst de ‘GIP’ van mijn moeder doen (een vragenlijst die beoogt gedragsproblemen in kaart te brengen en destijds veel werd gebruikt, red.). Mijn moeder had toen al vele GIP’s gehad, die overigens bijna altijd dezelfde uitslag gaven. De psycholoog legde uit wat de procedure inhield; eerst vulde een verzorgende de vragenlijst in en die stuurde het verslag op naar de psycholoog. Als er bijvoorbeeld stond dat mijn moeder van zich afslaat, in GIP-taal ‘opstandig gedrag’, dan was het de bedoeling dat de psycholoog adviezen gaf hoe daarmee om te gaan. Die adviezen kwamen vervolgens in het dossier te staan. Met “... en dat lezen de verzorgenden”, besloot ze haar verhaal.

“En wat doen die verzorgenden er dan mee?” vroeg ik. “Niet zo veel...” gaf ze toe. Ze vertelde dat het erg lastig is om iets te veranderen als medewerkers zelf vinden dat ze hun werk goed doen. Dus er was lef nodig van de psycholoog om in gesprek te gaan met de verzorgenden aan het bed. Maar zij ging dat wel doen.

Lef van onze kant (de familie) was nodig omdat we vaak hoorden dat iets niet mocht. “Het mag niet van de HACCP” of “We mogen die verantwoordelijkheid niet nemen” en “We mogen niet met de familie praten”. Het was moeilijk om daarover in gesprek te gaan, omdat het niet altijd duidelijk was of het meningen waren of orders van hogerop. Na verloop van tijd bood ik dan maar aan om een handtekening te zetten onder een verklaring dat ik zelf verantwoordelijk was voor de gevolgen. Maar dat is voor veel familie en naasten best spannend.

Methodieken

Er is veel geschreven over ‘familieparticipatie’, er zijn talloze methodes ontwikkeld, tools en lijstjes. Ik heb daar niet zo veel mee. De meeste methodes willen familie ‘erbij betrekken’. Maar dan blijft de dominante taal overheersen en het is totaal iets anders dan samen uitzoeken hoe familie en naasten ‘partner in de zorg’ zouden kunnen zijn of worden. Dat doe je door te praten met elkaar, een band op te bouwen en elkaar te zien. Dat kun je in theorie een methode noemen..., of je doet het gewoon.

Toch behoefte aan handvatten? ‘Alice’s Adventures in Wonderland’ van Lewis Carroll en het vervolg daarop: ‘Through the Looking-Glass’ [3], zijn aanraders. Alice komt in een wereld terecht die ze niet kent en waar alles anders is dan ze verwacht. Het is soms angstaanjagend, vaak wonderlijk en altijd verrassend. Ze komt er lieve wezens tegen en bazige. Maar bovenal verwondert zij zich over alles wat haar overkomt. Deze klassieker gaat natuurlijk helemaal niet over de relatie familie en professional in de zorg anno 2023,

maar het hielp mij wel om me voor te stellen hoe mijn moeder de wereld zou kunnen ervaren. En het hielp mij de grondhouding aan te nemen om open te staan voor haar en mij te verwonderen over haar manieren met haar verwarring en dementie om te gaan.

Conclusie

Wat wij wilden was samen met de zorgprofessionals voor mijn moeder zorgen en elkaars ervaringen en deskundigheid delen. Daarbij was het belangrijk dat we allemaal beseften dat er meerdere verhalen bestaan die elkaar kunnen aanvullen; verhalen zowel aan de kant van de familie als aan de kant van de zorgprofessional. Samen zorgen brengt meerwaarde. En elkaar bevragen, deskundigheid delen en samen doen is de basis.



1958, Rotterdam

Deel 1



Samen anders kijken naar gedrag



1.1

Lef, verdragen en geduld

Breed, meervoudig en specifiek kijken naar probleemgedrag



Anita Dortmans, 1967

Orthopedagoog/gz-psycholoog en als Coördinator werkzaam bij Centrum voor Consultatie en Expertise. Was eerder werkzaam als behandelaar in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Bij CCE jarenlang betrokken bij consultaties en expertiseprojecten, onder andere in ouderenzorg.



Henriëtte Ettema, 1970

Verpleegkundig specialist GGZ. Werkt als Programmaleider VVT voor Centrum voor Consultatie en Expertise. Zet zich in voor interdisciplinair samenwerken rond probleemgedrag onder andere bij mensen met dementie op de werkvloer, onderwijs en onderzoek.

Riek Sanders is een paar maanden geleden op een psychogeriatrische afdeling komen wonen. Riek stelt veelvuldig vragen en wanneer zij geen antwoord krijgt begint zij te roepen. Eerst zachtjes en dan steeds luider. Wanneer je haar daarop aanspreekt, herkent zij dit niet. Ook wordt zij door verzorgenden als dwingend ervaren: zij stelt zich enerzijds afhankelijk op, anderzijds is zij stellig in hoe zij de zorg wil ontvangen, waardoor de zorgmomenten veel tijd vragen. En die tijd is er niet altijd, waardoor er regelmatig heftige discussies en soms zelfs conflicten ontstaan. Het zorgteam heeft allerlei interventies ingezet, maar nog geen interventie gevonden die voor haar rust biedt. Ook de voorgeschreven psychofarmaca leidt niet tot afname van het gedrag en het zorgteam raakt behoorlijk uitgeput.

Bij probleemgedrag, zoals bij Riek Sanders, hebben zorgverleners de neiging om 'quick fix oplossingen' in te zetten, in de hoop de situatie te beïnvloeden. Wanneer het gedrag van een cliënt ingewikkeld wordt voor professionals en de omgeving daar veel hinder van ondervindt, is er het risico dat zorgmedewerkers naarstigter op zoek gaan naar deze snelle oplossingen voor het probleemgedrag, zonder dat dit daadwerkelijk vermindert. Hierdoor neemt de frustratie en daarmee de handelingsverlegenheid van betrokkenen toe.

Om handelingsverlegenheid terug te dringen, is de multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie (hierna: 'de richtlijn') ontwikkeld [4]. In die richtlijn wordt aangegeven dat probleemgedrag multifactorieel bepaald is en vraagt om een multidisciplinaire aanpak. De visie van CCE op probleemgedrag: 'Breed, meervoudig en specifiek kijken naar cliënt en context', sluit hierop aan. Want probleemgedrag staat nooit op zichzelf; het vindt plaats in een bepaalde context. Het gedrag is een resultaat van interactie tussen de cliënt en diens context. Daarnaast wordt gedrag pas probleemgedrag als het door de betrokkenen als probleem wordt ervaren [5]. In dit hoofdstuk wordt deze benaderingswijze en het belang van interdisciplinair en methodisch werken toegelicht aan de hand van de situatie van Riek.

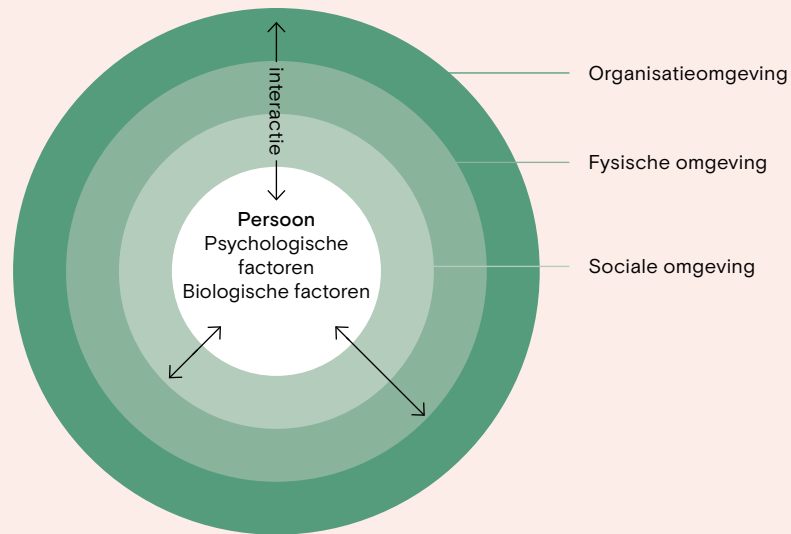
Kernboodschappen

Wanneer je handelingsverlegenheid als psycholoog of behandelverantwoordelijke bij een team vaststelt, staan drie belangrijke elementen in de aanpak centraal:

- Kijk 'breed, meervoudig en specifiek' naar de cliënt en zijn context.
- Werk interdisciplinair samen met betrokken professionals.
- Pak het probleemgedrag methodisch aan.

1963, Renesse





Afbeelding 1: Breed kijken naar cliëntfactoren [5]

Breed, meervoudig en specifiek kijken

Bij het breed kijken naar probleemgedrag, gaat het onder andere over kijken naar de verschillende cliëntfactoren. Het is daarin belangrijk als professionals een goed beeld te krijgen wie iemand is. Wat heeft iemand in zijn leven meegemaakt? Hoe stond zij in het leven voor de dementie? Het in beeld brengen van die cliëntfactoren gaat dus verder dan alleen de medische en psychologische factoren zoals persoonlijkheidskenmerken en coping. Het levensverhaal is net zo belangrijk.

Uit de gemaakte analyse blijkt dat het levensverhaal van Riek Sanders bij haar zorgverleners niet goed bekend is. Door uitgebreid met haar familie in gesprek te gaan, is er meer inzicht gekomen. Haar verhaal geeft namelijk aanknopingspunten van waaruit het gedrag verklaard kan worden: naast dementie, is er bij Riek sprake van een licht verstandelijke beperking en niet aangeboren hersenletsel.

Als kind werd zij vaak buitengesloten door leeftijdsgenoten en kwam zij niet snel voor zichzelf op. Haar broers omschrijven haar als een moederskindje. Riek heeft altijd bij haar moeder gewoond en na haar overlijden bleef zij, met hulp van de familie, in het ouderlijk huis wonen. Door het niet aangeboren hersenletsel, als gevolg van een fietsongeval, ervaart haar familie haar afhankelijker en dwingender in gedrag dan voor het ongeluk.

‘Breed kijken’ betekent ook de omgeving in kaart brengen: de sociale, fysische en organisatieomgeving. In de sociale omgeving van een cliënt zijn er interacties met medecliënten, zorgmedewerkers, naaste betrokkenen, andere professionals en ondersteuners in de nabijheid van de cliënt. Hierbij is het belangrijk om te kijken naar interacties die het gedrag zowel positief als negatief beïnvloeden.

Wanneer er iemand bij Riek zit en samen met haar de krant leest of een puzzel maakt, geniet zij daar zichtbaar van. Het vragen stellen en roepen verdwijnt naar de achtergrond. Het team ervaart dat zij een fijne gemoedstoestand van Riek kunnen bevorderen door meer te focussen op de momenten en omstandigheden waarop het probleemgedrag er niet is. Zo bieden zij, na dit breed kijken, wat vaker en wat korter individuele aandacht en activiteiten. Hierdoor bouwt Riek minder onrust op. Ook haar medecliënten reageren minder negatief op haar herhaaldelijk vragen stellen en roepen wanneer zij met haar in de huiskamer zitten. Zij spreken haar niet meer aan op haar gedrag door te zeggen dat zij ‘haar kop moet houden’

Ook de fysieke omgeving waarin de cliënt verblijft, kan invloed hebben op de interactie. Zijn daar bijzonderheden die kunnen bijdragen aan het probleem? Hoe is de ruimte waar iemand verblijft ingericht? Waar zit de cliënt in de ruimte? Zijn daar veel of juist weinig prikkels? Hoe is het licht en de temperatuur? Zijn er bijvoorbeeld luide omgevingsgeluiden of hinderlijke luchtstromen?

In de gezamenlijke huiskamer op de afdeling wordt een aantal aanpassingen gedaan. De huiskamer is ruim opgezet en er is voor iedereen voldoende plaats om te zitten en familie te ontvangen. De keuken is echter halfgesloten, waardoor medewerkers niet altijd in het zicht van de cliënt zijn. Wanneer het druk is in de huiskamer en Riek geen contact heeft met een medewerker, nemen haar vragen toe en langzaam ook haar volume. Doordat de ruimte hoog is, is er een slechte akoestiek en klinken geluiden al snel extra hard. Zo ook het roepen. Door het niet aangeboren hersenletsel reageert Riek heftiger op akoestische prikkels en wordt zij onzeker wanneer een lijntje met een zorgmedewerker ontbreekt. Naast het bieden van regelmatige contactmomenten in de huiskamer zijn akoestische wand- en plafond panelen gemonteerd waarmee het geluid voor de cliënten gedempter en prettiger is.

Voor wie volgens de richtlijn werkt, zal het kijken naar de sociale en fysieke omgeving niet nieuw zijn en lukt het in de meeste situaties waar probleemgedrag speelt, oplossingen te vinden. Maar bij aanhoudend en moeilijk beïnvloedbaar probleemgedrag is het belangrijk om ook naar de factoren in de organisatiecontext te kijken (zie hoofdstuk 3.1 ‘Het zit in de muren’ over organisatiedynamieken). Hoe is de onderlinge samenwer-

king in het zorg- en behandelteam? Hoe verloopt de samenwerking met elkaar? Zijn er voldoende mogelijkheden om met elkaar te overleggen en een analyse te maken van het probleemgedrag? Is er aandacht voor coaching, begeleiding en scholing rondom probleemgedrag? Heeft de organisatie een visie op probleemgedrag en een daaropvolgend beleid rondom het faciliteren van de medewerkers in het omgaan met probleemgedrag?

Sinds een jaar werkt de organisatie waar Riek verblijft met zelfsturende teams en is er tweewekelijks op woensdag een gedragsvisite met de psycholoog en specialist ouderengeneeskunde. De dienstdoende verzorgende draagt het beleid over aan het team. Dit overlegmoment blijkt onvoldoende om consensus over het cliëntbeeld en de aanpak te krijgen. Voor Riek zijn daarom in samenspraak met de manager extra cliëntbesprekingen gepland waar alle betrokken professionals bij aansluiten. Dit geeft de mogelijkheid om met elkaar een analyse van het beeld van Riek te maken en dit als uitgangspunt te nemen voor verdere behandeling en begeleiding van het probleemgedrag.

Meervoudig

CCE kijkt niet alleen breed, maar ook meervoudig. In situaties met probleemgedrag bij een cliënt zijn vaak verschillende personen betrokken. Naast zorgmedewerkers, familie en andere naastbetrokkenen, zijn dit ook behandelaren, teamleiders en managers. Allemaal beleven zij het gedrag van de cliënt op eigen wijze en geven daar betekenis aan. Wanneer dit onderling (ver) uit elkaar ligt, is het ingewikkeld om met elkaar het gedrag op een eenzelfde manier te duiden. Het is daarom belangrijk om beleving en betekenisgeving in kaart te brengen en daarbij ook te kijken wat individuele waarden, normen en belangen zijn binnen een team: Wat vind jij zelf belangrijk, wat neem je mee aan normen vanuit je eigen achtergrond en wat is ieders belang in deze zorgsituatie? Verschillen hierin, en zeker wanneer deze groot zijn, zijn van invloed op het handelen bij probleemgedrag als individu en team.

Tijdens de cliëntbespreking wordt duidelijk dat het gedrag van Riek verschillend ervaren wordt. De zorgprofessionals geven er een verschillende betekenis aan. Een aantal medewerkers vindt dat het gedrag hoort bij haar dementie, anderen denken dat Riek dit hinderlijke gedrag expres doet om te storen. Het verschil in benadering maakt ook dat de één het gedrag meer als probleemgedrag ervaart dan een ander. Daarbij bleken er verschillende normen te zijn over hoe en hoe vaak Riek gewassen moest worden. Door meer kennis te hebben over de achtergrond van Riek en hoe zij zich verzorgde en er wilde uitzien, konden zorgmedewerkers deze bijstellen. Door deze informatie op tafel te krijgen en hier met elkaar over te praten, kon men begrijpen waarom iedereen, met andere normen, betekenis en belangen handelde. Uiteindelijk is deze informatie toegevoegd aan de

analyse waardoor met elkaar een beeld van Riek haar situatie is gemaakt en een gezamenlijke verklaring voor het gedrag kon worden opgesteld. Dat maakt het makkelijker om interventies af te spreken, deze te evalueren en bij te stellen.

Specifiek

Elke cliënt is uniek en zal dus op een eigen manier reageren op zijn omgeving. In het geval van probleemgedrag betreft dit dus een negatieve interactie van deze ene cliënt in zijn specifieke situatie. Een verklaring voor het probleemgedrag zal dus ook specifiek voor deze persoon zijn. Diezelfde verklaring is voor andere cliënten niet van toepassing.

Interdisciplinair samenwerken

Probleemgedrag – en zeker wanneer het gedrag aanhoudend en moeilijk beïnvloedbaar lijkt – vraagt om een interdisciplinaire aanpak. Zo maakt de literatuur onderscheid in multidisciplinariteit en interdisciplinariteit [6]. Bij multidisciplinair werken zijn verschillende disciplines tegelijkertijd betrokken: ‘Perspectieven vanuit verschillende disciplines zorgen voor een breder begrip van de situatie. Ieder behoudt hier zijn eigen stem’. Bij interdisciplinariteit probeer je veelal tot integratie van perspectieven of inzichten te komen, om zo een complex geheel beter te kunnen duiden. Samen kun je immers meer dan alleen: “it goes beyond a simple sum of its parts” (Aristoteles, ca 350 v.C./1925). Interdisciplinair samenwerken maakt de brede, meervoudige en specifieke analyse sterker en het voorkomt dat er op basis van verschillende ideeën en uitgangspunten gehandeld wordt.



1964, Veluwe

In de casus van Riek vroeg het zorgteam regelmatig de specialist ouderengeneeskunde om medicatie voor te schrijven om het probleemgedrag van Riek te beïnvloeden. Tijdens het maken van de gezamenlijke analyse van het gedrag, is er begrip ontstaan waarom het bij Riek - en ook bij de zorgverleners- gaat, zoals het gaat. De specialist ouderengeneeskunde en psycholoog hanteren de richtlijn en willen eerst psychosociale interventies uitproberen. In overleg is besloten dat de psycholoog het team gaat ondersteunen bij het zoeken naar psychosociale interventies. Ook gaat de teamcoach het team ondersteunen om dit zo goed mogelijk uit te voeren en aandacht te hebben voor de verschillen in het team. Hierdoor voelt het team zich gesteund. Door de interventies in de fysieke omgeving en in de benadering is er al verbetering ontstaan en is er gezamenlijk besloten dat inzet van psychofarmaca vooralsnog niet nodig is.

Methodisch werken

Het uitgangspunt van methodisch werken is een systematische aanpak [7]. Over deze uitspraak en effectiviteit zijn professionals het vaak eens, maar door de gevoelde noodzaak om snel een oplossing te vinden, wordt dit systematische proces wel eens overgeslagen. Een methodische aanpak begint met de specifieke analyse van een cliënt (zoals hierboven beschreven). De analyse geeft het fundament voor de te nemen interventies, die daarna kunnen worden ingezet. Vervolgens wordt bij de evaluatie nagegaan of de interventies gewenste resultaten hebben en of er bijstelling nodig is op de interventies. Dit proces kan zich herhalen in een cyclisch geheel tot het gewenste resultaat is bereikt. Voor de aanpak van probleemgedrag bij mensen met dementie zijn in de afgelopen jaren diverse methodieken ontwikkeld, waaronder de bewezen effectieve methoden, zoals GRIP en Sta OP! [8].

Conclusie

Bij handelingsverlegenheid van professionals bij ernstig en aanhoudend probleemgedrag, bestaat de verleiding daar met 'quick fix' oplossingen antwoord op te geven. In de meeste gevallen leidt dat echter niet tot een duurzame verbetering van de situatie, waardoor frustratie van medewerkers blijft bestaan en zelfs toeneemt. 'breed, meervoudig en specifiek' kijken naar de cliënt en zijn context, interdisciplinair én methodisch samenwerken is daarom de norm. Het vraagt lef van een psycholoog om met het team van professionals te durven vertragen in deze situaties. Daarin is het de uitdaging om samen te verdragen dat er niet meteen een antwoord is. Bovenal vraagt breed, meervoudig en specifiek kijken om geduld om binnen die traagheid met elkaar te blijven werken aan het vinden van effectieve en houdbare aanpassingen in de totale context waarin het probleemgedrag zich voordoet.

1966, Rotterdam



1.2

Hetzelfde werk in een andere context

De psycholoog aan de slag bij mensen thuis



Ingrid Rietkerk, 1992

GZ-psycholoog en WZD-functionaris bij Noorderbreedte. Bestuurslid Sectie Ouderenpsychologie van het Nederlands Instituut voor Psychologen. Houdt zich bezig met landelijke en regionale ontwikkelingen binnen de psychologische zorg en behandeling voor ouderen.



Amy van Doormaal, 1986

GZ-psycholoog en manager bij Surplus in West-Brabant, supervisor en docent. Voorzitter van de Sectie Ouderenpsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen. Heeft expertise op het gebied van extramurale behandeling in de VVT, geriatrische revalidatie, dagbehandeling, (landelijke en regionale) beleidsvorming en het opzetten van behandelprogramma's.

De bevolking in Nederland vergrijst. Er komen steeds meer ouderen en daarmee ook mensen met dementie bij. In antwoord op die ontwikkeling richt het regeringsbeleid zich op 'langer thuis blijven wonen met goede kwaliteit van leven'. Dat staat beschreven in het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, waarbij de norm is: 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan'. Concreet woont ongeveer 70% van de mensen met dementie anno 2023 thuis [9]. De overige 30% verblijft bij woonzorgorganisaties, waar de gemiddelde opnameduur zo'n 2,3 jaar is [10].

Hierdoor komt de psycholoog steeds vaker 'thuis' in beeld. Onderzoek laat zien dat probleemgedrag veel voorkomt in de thuissituatie en zwaar drukt op de naasten en thuiszorgmedewerkers [11] [12]. De zorg en behandeling voor deze groep mensen is nu vooral reactief van aard.

Van oudsher is de psycholoog die in de ouderenzorg werkt gewend om vooral intramuraal te werken, dus binnen de muren van de woonzorginstelling. De gedragsproblemen die voorheen vooral daar ontstonden, spelen nu vaak al in de thuissituatie. De psycholoog heeft vanuit de intramurale setting alle expertise in huis om dit gedrag te analyseren en te behandelen.

Dit hoofdstuk is een pleidooi voor een proactieve en preventieve werkwijze door de psycholoog bij thuiswonende mensen met dementie.

Kernboodschappen

- Extramuraal werken is een essentieel onderdeel van het takenpakket van de psycholoog in de ouderenzorg.
- Proactief en interdisciplinair werken in de thuissituatie, draagt bij aan de kwaliteit van leven van cliënten en naasten.
- De psycholoog kan bijdragen aan continuïteit van zorg door preventief te werken en proactieve zorgplanning toe te passen

Joop van der Steen is 73 jaar. Hij was medewerker van een stofferingsbedrijf en woont samen met zijn echtgenote in een bungalow. Ze hebben goed contact met hun kinderen en kleinkinderen. Eén dag per week passen ze op hun kleinkind van twee jaar oud. Joop is creatief en het huis staat vol met beelden die hij zelf gemaakt heeft. Zes jaar geleden is bij hem de ziekte van Parkinson geconstateerd en daarbij ontwikkelde hij dementie. Sinds anderhalf jaar bezoekt hij drie dagen per week de Parkinson dagbehandeling. De betrokken Parkinsonverpleegkundige maakt zich zorgen over toenemende hallucinaties en boosheid in de thuissituatie en vraagt de psycholoog om mee te denken.

Extramuraal werken in de ouderenzorg

Het takenpakket van de psycholoog die extramuraal werkt, verschilt niet zoveel van het takenpakket van de intramuraal werkende collega. De cliënt is hetzelfde, alleen de context is anders. Je werkt in een interdisciplinair team, waarvan de samenstelling kan variëren en afhankelijk is van het ziektebeeld en de afspraken die regionaal gemaakt zijn over samenwerking. Denk hierbij aan een specialist ouderengeneeskunde, casemanager dementie, wijkverpleegkundige en paramedici. Voor zowel de diagnostiek als de behandeling is maatwerk de norm; geen cliënt is hetzelfde. Het interdisciplinaire team werkt vanuit een geïntegreerd behandelplan gezamenlijk aan de doelen van de cliënt.

Diagnostiek en behandeling thuis

Bij een vermoeden van dementie of andere vormen van psychopathologie verricht de psycholoog psychodiagnostiek. Een belangrijk onderdeel van de psychodiagnostiek is terugkoppeling van de analyse aan de cliënt en het zorgsysteem en het geven van psycho-educatie. Door gezamenlijk op zoek te gaan naar het antwoord op de diagnostische vraagstelling en het cliëntsysteem écht mee te nemen in dat zoekproces, ontstaat vaak een natuurlijke overgang naar de behandelfase.

Voorbeelden van diagnostische vragen:

- Cognitieve beperkingen
- Gedragsproblemen
- Interactieproblemen
- Wilsbekwaamheidsvraagstukken
- Stemningsklachten
- Doodsverlangens
- Angst
- Psychotrauma
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Interactie tussen bovenstaande factoren en het mantelzorgsysteem

Leeftijdscriminatie en onderbehandeling van psychische klachten komen vaak voor bij ouderen, terwijl er goede behandelmogelijkheden zijn [13] [14] [15]. Die behandelmogelijkheden voor cliënten met dementie (en probleemgedrag) zijn divers. Het interdisciplinaire team kan ze individueel, in een groep of mediatief organiseren. Het doel van de therapie is het verhogen van de kwaliteit van leven en het leren omgaan met de beperkingen.

Voorbeelden van kortdurende individuele behandeling:

- Cognitieve Gedragstherapie (CGT)
- Oplossingsgerichte therapie
- Life review
- EMDR
- Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)
- Acceptance and commitment therapy (ACT)

Groepsbehandeling kan ook van grote toegevoegde waarde zijn. Er zijn steeds meer dagbehandelingen die zich richten op specifieke cliëntgroepen zoals mensen met de ziekte van Parkinson, Huntington of dementie op jonge leeftijd. Het behandelprogramma is dan afgestemd op de doelgroep. Een voorbeeld van een groepsbehandeling is de Kopgroep [16].

Een onmisbaar onderdeel van het behandelaanbod is de inzet van mediatieve behandeling. Bij deze behandelvorm zet je mantelzorgers en zorgprofessionals in als mediator om de behandeling uit te voeren. Hierbij kan je, op de context aangepast, dezelfde methodieken inzetten die men ook intramuraal of in andere sectoren gebruikt voor de behandeling van probleemgedrag. GRIP op probleemgedrag [17] [18] en andere goed onderbouwde en effectieve interventies die zijn te vinden in de databank van Vilans, www.databankinterventies.nl. Er zijn de laatste tijd ook mooie preventieve behandelingen ontwikkeld om probleemgedrag in de thuissituatie te voorkomen en de draagkracht van het mantelzorgsysteem te vergroten, zoals Samen verder na de diagnose dementie en Partner in balans [19] [20].

Na een kennismaking op de dagbehandeling maakt de psycholoog een afspraak voor een huisbezoek. Joop, zijn echtgenote en de psycholoog bespreken de hulpvraag en zijn levensverhaal. Ook vindt er een analyse plaats van Joop zijn prikkelverwerking vanuit de Sensorische Informatieverwerking (SI). Zij stellen samen een hypothese op en actualiseren het behandelplan.

De hypothese is dat Joops hallucinaties voorkomen bij onvoldoende licht, bij spanning en bij visuele onderprikkeling. Dat is bijvoorbeeld het geval in het weekend, waarin er weinig visite langs komt en hij veel binnen is. Joop reageert op de hallucinaties met boosheid, toegenomen spanning, wantrouwen en negatieve gedachten. Zo durft hij 's avonds niet goed de huiskamer uit te gaan omdat hij bij terugkomst bang is vreemde mensen te zien. Wanneer hij terugkomt, raakt hij vertwijfeld: "zijn die mensen die ik op de bank zie zitten wel echt?". Regelmatig denkt hij: "ik word gek, dit is niet normaal!". De copingstrategieën die Joop vanuit zijn opvoeding meekreeg ('niet zeuren maar doorgaan') zijn niet langer toereikend om met die gedachten om te gaan. Het zorgt voor spanning in de partnerrelatie. Daarnaast zijn Joops mentale veerkracht en cognitieve flexibiliteit verminderd door de dementie, hetgeen de situatie versterkt.

Het interdisciplinaire team neemt in het behandelplan op basis van bovenstaande analyse de volgende interventies op:

- Psycho-educatie over hallucinaties en angst bij de Ziekte van Parkinson aan Joop en zijn echtgenote.
- De onderprikkeling thuis beperken door het schilderij dat in de kamer hangt en een trigger blijkt voor hallucinaties te vervangen en in de weekenden vaste activiteiten met voldoende omgevingsprikkelers te plannen, zoals wandelen en bezoeken aan familie en vrienden.
- Overleg met de neuroloog over mogelijke aanpassingen van de Parkinsonmedicatie.
- Joop gaat deelnemen aan de gespreksgroep op de dagbehandeling.
- Overleg met de beeldend therapeut: hoe kan Joop het schilderen en beeldhouwen weer oppakken?
- Individuele psychotherapie met Joop gericht op het versterken van alternatieve coping.

Competenties en randvoorwaarden

Extramuraal werken doet een extra beroep op bepaalde competenties van de psycholoog. De context is immers anders dan bij het welbekende intramurale werk. Een gezonde dosis flexibiliteit is handig. De psycholoog werkt met veel verschillende verwijzers interdisciplinair samen; huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of specialisten uit het ziekenhuis. Het werk vindt niet plaats in een vast team en dat vraagt aanpassingsvermogen. Het interdisciplinaire team heeft vaak een andere samenstelling in de thuis-situatie. Zo hebben de casemanager en wijkverpleegkundige vaak de zorgregie. Naast het flexibel kunnen inspelen op het team rondom de cliënt, is een proactieve houding belangrijk. De psycholoog is zichtbaar voor verwijzers. Bij de cliënt thuis werken maakt dat mantelzorgers áltijd betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling. Dit vraagt zelfstandigheid en zelforganiserend vermogen. Er is weinig structuur, maar er zijn ook tal van mogelijkheden, omdat niet alles ingekaderd is.

Er is een aantal randvoorwaarden om het werk bij de cliënt thuis goed vorm te kunnen geven, zoals goede financiering, digitale ondersteuning en visie. Voor de financiering van het extramuraal werken zijn verschillende financieringsmogelijkheden. De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP), de Wet langdurige zorg (WLZ) en de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ, ZPM) bieden voldoende mogelijkheden voor het bekostigen van de inzet van de psycholoog. Het is belangrijk om de grote lijnen te kennen, maar vooral om hierbij de ondersteuning van bijvoorbeeld een beleidsmedewerker te zoeken. Complex en interdisciplinair werken doe je vanuit de GZSP of WLZ, monodisciplinair enkelvoudig werk je vanuit de GGZ. Daarnaast is het belangrijk dat het elektronisch cliëntdossier jou ondersteunt. De afstemming met alle betrokken zorgprofessionals en met de cliënt en het mantelzorgsysteem is immers van groot belang. Een heldere en gedragen visie van de zorgorganisatie op zorg en behandeling bij cliënten thuis is nodig. Zet met deze visie in het achterhoofd psychologische expertise zinvol en effectief in buiten de muren van de woonzorginstelling.

Continuïteit van zorg

Door thuis al betrokken te zijn, kun je de continuïteit van zorg daadwerkelijk borgen. De Zorgstandaard Dementie [21] beveelt proactieve zorgplanning direct aansluitend op de diagnose aan. Dankzij de mogelijkheden om de inzet van de psycholoog ook extramuraal te bekostigen, kun je je richten op de preventie van probleemgedrag en adequate behandeling. Zo kan een verhuizing naar een zorgorganisatie worden uitgesteld of zelfs voorkomen. De proactieve psycholoog met een preventieve werkwijze denkt tijdig mee bij een verhuizing naar een zorginstelling. Dit draagt bij aan zorgvuldige woonzorgdiagnostiek. Dat is van groot belang om een mismatch te voorkomen. Doordat de cliënt al langer in beeld is, kan deze zacht landen op de nieuwe woonplek.

Er liggen dus kansen om vanuit de thuissituatie te anticiperen op een verhuizing, maar dat geldt andersom ook. Interdisciplinaire teams kunnen helpen om vanuit een kortduurende opname te signaleren hoe terugkeer naar huis met voldoende kwaliteit van leven mogelijk is, door hier aandacht voor te hebben op de geriatrische revalidatie en tijdens eerstelijnsverblijven. Kijk en beweeg dus vooral niet alleen in de richting van intramurale zorg, maar juist ook andersom: wederzijds over de muren heen bewegen.

Joop gaat deelnemen aan de wekelijkse gespreksgroep en durft daar aan andere cliënten te vertellen dat hij hallucineert. Hij is verbaasd – hij is namelijk niet de enige! Iedereen in de groep heeft er last van. Dit geeft ruimte om erover te praten. In overleg met de Parkinsonverpleegkundige haalt Joop een beeld in de huiskamer weg dat hij 's avonds voor een persoon aan ziet. De beeldend therapeut bekijkt met Joop samen hoe hij het beeldhouwen weer op kan pakken. Hij krijgt 'huiswerk' en de gelegenheid om, wanneer hij wil, op de dagbehandeling aan zijn beelden te werken. Het werkt aanstekelijk... er ontstaat al snel een beeldhouwgroep.

De Parkinsonmedicatie is tijdens de evaluatie nog niet aangepast. Joop vertelt dat het desondanks een stuk beter met hem gaat: het hallucineren is met driekwart afgenomen. Als je hem vraagt wat er heeft geholpen zegt hij: "Er is nu ruimte om erover te praten en ik begrijp het beter. Ik ben ook heel blij dat ik niet de enige ben. Het is moeilijk, maar wel goed om erover te praten, want ik merk dat ik het nu een plek begin te geven. Er komt meer ruimte om leuke dingen te doen."

Conclusie

De ouderenspsycholoog kan er niet meer onder uit: ook buiten de muren van de zorgorganisatie is expertise nodig. Wachten totdat een verhuizing noodzakelijk is, is geen optie. Juist thuis is het nodig om te starten met diagnostiek en interdisciplinaire behandeling. Door preventief en proactief te handelen, neemt de kwaliteit van leven van de cliënt en naasten in de thuissituatie toe en is de continuïteit van zorg beter gewaarborgd.

1.3

Van probleem naar behoefte

De orthopedagoog in de ouderenzorg



Mieke van der Horn, 1980

Orthopedagoog-Generalist, werkzaam vanuit haar eigen praktijk Van der Horn Gedrag en Advies bij verschillende organisaties binnen o.a. de ouderenzorg en als hoofddocent betrokken bij de module Ouderenzorg bij Opleidingsinstituut PPO in Groningen. Focust op behoeftegericht en contextueel kijken naar complexe zorgvragen.

In 2015 is de Wet Langdurige Zorg van kracht gegaan. Orthopedagogen en psychologen uit gehandicaptenzorg (VGZ) en de ouderenzorg (VVT) ontmoeten elkaar sindsdien steeds meer als het gaat om inhoudelijk ontwikkelen en positionering. Voorbeelden hiervan zijn de mogelijkheid om te werken als regiebehandelaar of WZD-functionaris. Sinds orthopedagoog-generalist een BIG-geregistreerd beroep is (2020), werkt deze vaker in de ouderenzorg [22]. Een waardevolle toevoeging voor de ouderenzorg, zeker als het gaat om een passende visie en werkwijze op het voorkomen of adequaat handelen bij complex gedrag van cliënten.

Kernboodschappen

- De orthopedagoog beziet en behandelt gedrag van cliënten altijd vanuit de context waarin gedrag plaatsvindt.
- Wat we 'probleemgedrag' noemen ziet de orthopedagoog als een uiting van onvervulde basale psychologische behoeften: een behoefteplan is een belangrijk instrument om deze behoeften in kaart te brengen.
- De orthopedagoog is toegerust om professioneel oog te hebben voor de behoeften van zorgteams en ondersteuning bieden in het omgaan met cliënten met complexe zorgvragen.

Als orthopedagoog in de ouderenzorg

Waar de (ortho)pedagogiek zich aanvankelijk, in het begin van de eenentwintigste eeuw, vooral richtte op gezinnen en opvoedingssituaties, is de moderne orthopedagoog deskundig om cliënten ook na hun achttiende levensjaar te (blijven) begeleiden. Het uitgangspunt is daarbij steeds: preventie van gedrag dat voor de persoon of omgeving als belemmerend gezien kan worden. Welzijn staat centraal en niet een ziekte, stoornis of beperking. De context is hierbij cruciaal. Er is immers altijd sprake van een wisselwerking tussen een cliënt en de omgeving. Dit betekent dat zowel sociale, fysieke als organisatorische factoren invloed hebben op gedrag. Relaties spelen hierbij dus een belangrijke rol en niet voor niets betrekken orthopedagogen dan ook altijd belangrijke mensen in de omgeving van cliënten bij de begeleiding en behandeling, zoals familie, vrienden, medebewoners of professionele verzorgers (systeemgericht). Ook staan zij voor een paradigmashift: van 'verzorgen' naar 'ervoor zorgen dat mensen voor zichzelf zorgen'. Een orthopedagoog denkt vanuit een dynamisch ontwikkelingsperspectief en is dus veranderingsgericht, kijkend naar behoeften en mogelijkheden.

De ouderenzorg is momenteel een groeiend werkdomein voor de orthopedagoog. De visie van de orthopedagogiek op gedrag en behoeften blijkt goed aan te sluiten bij beoogde ontwikkelingen in deze zorg. Psychologen en orthopedagogen trekken samen op in de zorgorganisatie om nog meer de nadruk te leggen op breed en meervoudig kijken naar (probleem)gedrag, de focus leggen op relaties, behoeften en welzijn en op goede ondersteuning van zorgteams.

Ervaringen uit de gehandicaptenzorg

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking maakt de orthopedagoog al decennialang onderdeel uit van het multidisciplinair team en heeft die als regiebehandelaar een centrale rol. Het is opmerkelijk dat dit niet altijd het geval is in de zorg voor ouderen, want er zijn meer parallellen tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg dan je op het eerste gezicht zou denken.

In de verstandelijk gehandicaptenzorg is het doel veelal cliënten het gewone leven te laten ervaren en participatie in de samenleving te bevorderen. In de ouderenzorg is het doel om zo lang én goed mogelijk zelfstandig thuis te wonen en daarbij zoveel mogelijk kwaliteit van leven te genieten in de laatste levensfase. In beide sectoren geldt daarnaast dat de stoornis, of dat nu een verstandelijke beperking of dementie is, blijvend is en niet 'weg behandeld' kan worden. Als er sprake is van behandeling, dan is dit vaak met een mediatief karakter, waarbij het zorg- of begeleidingsteam therapeutisch handelt met begeleiding van de gedragskundige. Omgevingszorg, oftewel oog hebben voor de fysieke en sociale omgeving van de cliënt, is in die behandelvorm essentieel. Een andere belangrijke overeenkomst is dat systemisch werken in beiden sectoren cruciaal is; het werken in de driehoek cliënt-familie-professionals [23]. Daarnaast worden in de verstandelijk gehandicaptenzorg ouders en broers en zussen actief betrokken - in de ouderenzorg heb je te maken met partners, kinderen, broers en zussen, waarbij goede samenwerking tevens van groot belang is om een hoge kwaliteit van leven te bieden.

Behoeften als fundament

Het concept van 'onvervulde behoeften' als basis voor 'probleem'gedrag [24] en het gedachtengoed van Tom Kitwood [25] zijn al tientallen jaren bekend in de ouderenzorg. Toch worden complexe situaties rondom gedrag van cliënten in de praktijk nog vaak probleemgeoriënteerd benaderd, zoals passend bij een medisch model. Dat leidt onvermijdelijk tot een focus op probleemgedrag. Maar we weten dat probleemgedrag vaak een signaal is dat behoeften onvervuld zijn, zoals een gebrek aan veiligheid of begrip. Een contextuele en behoeftegerichte benadering is daarom passender: die resulteert in aandacht voor het vervullen van de behoeften van de cliënt die ten grondslag liggen aan het probleemgedrag, in plaats van de focus op het afnemen van probleemgedrag. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is kennis van de levensgeschiedenis van een cliënt en



1972, Ardennen (België)

zicht op wensen, behoeften, gewoontes en routines - ook vóór verhuizing naar een zorginstelling. Organisaties waar persoonsgerichte zorg goed vorm krijgt besteden hier veel aandacht aan. Mogelijk is er al een thuisbezoek aan de verhuizing voorafgegaan of informatie ingewonnen bij de casemanager dementie. Betrokkenheid van een orthopedagoog als een cliënt nog op de wachtlijst staat, kan bijdragen aan een 'zachte landing'. In een vroeg stadium komen dan relevante vragen aan bod: is er al een woonplek die goed aansluit bij de behoeften van de cliënt en indien dit niet het geval is, wat moet er gebeuren om de beschikbare woonplek beter aan te laten sluiten bij die behoeften?

Voorbeeld behoeftenplan:

Ik hecht aan een duidelijke dagstructuur. Het is voor mij belangrijk om zo zelfstandig mogelijk mijzelf te verzorgen. Ik ben altijd erg netjes geweest op mijn huis en vind het nu ook nog fijn om mijn woonomgeving schoon en opgeruimd te houden. Als ondernemer was ik erg onafhankelijk en bij mij past dat ik graag zelf keuzes maak en niet het gevoel wil hebben dat mensen mij in mijn zelfregie beperken.

Ik ben een buitenmens, ik ben altijd graag in beweging geweest. Fietsen lukt niet meer zelfstandig, maar op een duofiets kan ik erg genieten.

Ik heb graag mensen om mij heen overdag. Contacten met mijn familie zijn erg belangrijk voor mij. In de avond ben ik juist graag even alleen. Ik kan dan genieten van klassieke muziek. Ik ben een avondmens, meestal ga ik zo rond 1.00 naar bed en ik vind het fijn om in de ochtend iets langer te blijven liggen. Mijn geliefde hobby's zoals tennissen kan ik niet meer uitoefenen, maar ik vind het heerlijk om er op tv naar te kijken. Genietmomentjes zijn voor mij een borreltje in de avond en op zondag een visje.

Welke begeleiding hebben het zorgteam en het cliëntensysteem van de orthopedagoog of psycholoog nodig om tegemoet te kunnen komen aan de behoeften van de bewoner? Als behoeften het fundament worden in de zorg, dan is het passend om voor alle ouderen met complexe zorgvragen een 'behoefteplan' te maken. In het kader zien we een voorbeeld van zo'n behoeftenplan. Daarnaast moet er oog zijn voor de inrichting van de fysieke omgeving van een cliënt, zodat die optimaal aansluit op de individuele behoeften. Ook hierbij is de contextuele blik van grote meerwaarde.

Traditioneel behandelmodel en handelingsverlegenheid

In het traditionele behandelmodel is het vertrekpunt van de behandeling vaak de stoornis of het probleemgedrag. Er kunnen dan ruwweg twee sporen gevolgd kunnen worden: psychosociale interventies of farmacologische behandeling. Het doel is dat het probleemgedrag vermindert, of beter nog: verdwijnt. Deze insteek, het nastreven dat probleemgedrag moet verdwijnen, kan erin resulteren dat men ontmoedigd raakt als het niet

lukt. Niet gek, want dat is in veel gevallen een hoge verwachting als de aanleiding voor probleemgedrag complex is. Dat kan een gevoel van falen opleveren. Zeker beginnend psychologen kunnen het gevoel hebben dat zij falen wanneer zij adviezen geven die er niet direct in resulteren dat probleemgedrag afneemt of verdwijnt. Dat wordt versterkt door de gevoelde urgentie bij zorgverleners en familie. Psychofarmaca lijkt dan nog het enige redmiddel. Dat dit de enige uitkomst 'lijkt', komt wellicht doordat we een doel stellen, dat simpelweg niet te halen valt: soms is probleemgedrag niet weg te nemen. Wat dan wél kan is een manier vinden om er zo goed mogelijk mee om te gaan, waardoor kwaliteit van leven voor de cliënt geboden blijft en het zorgteam en de behandelaren zich niet meer handelingsverlegen voelen.

Deze 'welzijnsgerichte insteek' kan, ondanks de aanwezigheid van 'probleemgedrag' een gevoel van tevredenheid over de geboden zorg geven. Als de bewoner die zich af en toe verzet tegen de zorg toch met een van de collega's is gaan wandelen, wetende dat wandelen zo belangrijk is voor deze cliënt, heb je dan wellicht toch je doel bereikt? Want welke hoge verwachtingen stellen we aan zorgteams? En welke hoge verwachtingen stellen we als behandelaren aan ons eigen handelen? Belangrijke vragen om elkaar te stellen en bij stil te staan. Niet het oplossen van probleemgedrag, maar het te allen tijde bieden van menswaardige zorg zou het uitgangspunt moeten zijn. Door in te steken op de behoeften van de cliënt en op kwaliteit van leven, zien we dat het leven van veel cliënten met probleemgedrag sterk verbetert. Het fijne van deze insteek is, dat het probleemgedrag als bijeffect vaak vermindert.

Linda is orthopedagoog en wordt door zorgmedewerker Fadim gevraagd om naar de woning te komen. Een van de bewoners, Pieter de Wit, loopt boos over de gang en heeft Fadim een duw gegeven toen hij hem wilde kalmeren. Fadim had de specialist ouderengeneeskunde (SO) al gebeld en gevraagd of deze medicatie kon geven om hem te kalmeren. De SO stelt voor eerst Linda te betrekken, omdat medicatie in deze situatie niet veel uitricht. Samen met Fadim observeert Linda Pieter een tijdje en samen bespreken ze waar de boosheid vandaan zou kunnen komen. Pieter lijkt angstig, rammelt aan deuren en rent af en toe een stukje over de gang. Linda en Fadim lopen rustig een stukje op enige afstand met hem mee. Op een gegeven moment zegt Pieter "Help! Ze hebben me opgesloten". Dat is het signaal om contact met hem te maken, vooral door het bieden van een luisterend oor. Langzaam maar zeker kalmeert hij. Linda praat nog even na met Fadim en complimenteert hem dat hij zo rustig is gebleven, ondanks de boosheid van Pieter.

Linda neemt naar aanleiding van deze vraag de regie op het proces om samen op zoek te gaan naar een verklaring voor het ontstaan van het afwerende gedrag en de behoeften van Pieter. Ze spreekt af om een overleg te plannen waarin het zorgteam samen met de betrokken behandelaren de situatie van Pieter in kaart brengt. Wat speelt er in de omgeving van Pieter wat van invloed is op zijn gedrag?

Wat weten we van zijn levensloop? Wie zijn belangrijk in zijn leven? Hoe kunnen we tegemoetkomen aan zijn behoefte aan vrijheid en hoe kunnen we een ondersteuningsrelatie opbouwen met Pieter? Het gesprek helpt Fadim en zijn collega's Pieter beter te begrijpen en hem in het contact meer grip te geven op het leven van alledag.

Dichtbij het zorgteam

Zowel orthopedagogen als psychologen in de ouderenzorg dienen altijd oog te hebben voor behoeften van het zorgteam. Met een contextgerichte insteek en in een nabije rol komen ze idealiter regelmatig in de huiskamers en streven ernaar naast het zorgteam te blijven staan. Zo kan je ook door middel van eigen waarneming zicht krijgen op de fysieke en sociale context van bewoners. Er wordt regelmatig meegelezen in de rapportage om vroegtijdig veranderingen te signaleren, maar ook om werkzame principes te ontdekken. Daar heeft het hele systeem om een cliënt heen baat bij. Soms is er weerstand binnen zorgteams, ook dit kan beschouwd worden als een uitingsvorm van een onvervulde behoefte. In die zin is de 'cliënt' van de gedragskundige het zorgteam zelf.

Oog voor basale psychologische behoeften

In de 'Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie' lezen we: "Goede zorg voor mensen met dementie begint met een gedeelde visie op zorg." [4] Een breed gedeelde visie is dat zorg voor mensen met dementie persoonsgericht dient te zijn. Kitwood legde de basis voor persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie. Hij identificeerde een aantal basale psychologische behoeften van mensen met dementie, die richting geven aan de zorg voor mensen met dementie:

- Liefdevolle aandacht en respect
- Veiligheid en vertrouwde omgeving
- Troost en steun
- Sociale inclusie, erbij horen
- Participatie en iets om handen hebben
- Behoud van identiteit en zelfwaardering

Orthopedagogen zijn, meer nog dan psychologen, opgeleid in het zien van gedrag vanuit behoeften en de ontwikkelingsgeschiedenis van cliënten. Ook bij ouderen zijn gedragspatronen vaak al geworteld in de ontwikkeling in de jeugd. In tijden van hernieuwde kwetsbaarheid wordt het vervullen van basale psychologische behoeften steeds belangrijker.

Orthopedagoog Herman wordt gevraagd mee te denken over de zorg van Hannie Heemskerk. Tijdens zorgmomenten scheldt en vloekt ze regelmatig. De zorgmedewerkers laten haar vaak maar even met rust als ze zo afwerend is en gaan dan wat later weer naar haar toe. Samen met het zorgteam staat Herman stil bij de levensgeschiedenis van Hannie. Hannie werd vroeger veel gepest omdat zij een scheelstand van haar ogen heeft. Haar ouders scheidden toen ze zeven jaar oud was en Hannie groeide op bij haar vader en stiefmoeder. Zij werd als kind niet gezien en haar stiefmoeder liet haar regelmatig weten 'dat zij niks waard was'. Het kennen van dat verhaal was helpend: het zorgteam snapte waarom zij zich afgevoelen voelde en waar haar wantrouwen vandaan kwam.

Als de zorgmedewerkers weggaan wanneer Hannie verbaal afweert, bevestigen ze daar onbedoeld het negatieve actie-reactie patroon wat Hannie haar hele leven al ziet. Mensen komen dichtbij, Hannie stoot ze af, mensen vertrekken en Hannie denkt: "Zie je nou wel, iedereen laat mij in de steek, niemand vindt mij aardig". De onvervulde emotionele behoefte, 'gezien worden', lijkt onder het probleemgedrag te liggen. Op basis van deze analyse adviseert de orthopedagoog het zorgteam Hannie te laten merken dat ze haar zien en waarderen: onvoorwaardelijk - zelfs als ze lelijk tegen hen doet. Juist door naast haar te blijven staan, als ze het moeilijk heeft, wordt het negatieve actie-reactie patroon stapje voor stapje doorbroken. Daardoor neemt het schelden en vloeken af.

Conclusie

De komst van orthopedagogen in de ouderenzorg draagt bij aan een sterke positie van gedragskundigen en daarmee aan een contextuele en systemische kijk op gedrag. Gezamenlijk kunnen orthopedagogen en psychologen zich hard maken voor een radicale keuze voor welzijns- en behoeftegeoriënteerde zorg. Hulpmiddel hierbij is het beschrijven van de basale psychologische behoeften van een cliënt en zijn of haar context in een 'behoefteplan'. Zowel orthopedagogen als psychologen betrekken hierbij ook altijd de behoeften van zorgteams. Zo dragen beide beroepsgroepen gezamenlijk bij aan een betekenisvolle en liefdevolle laatste fase van het leven van mensen met dementie, waar zij ook wonen, op een wijze die past bij hun eigenheid en identiteit; intramuraal en ook zeker in toenemende mate in de wijk.

1974, Oud-Beijerland



1.4

De juiste snaar

Psychosociale interventies bij dementie



Anna Eva Prick, 1980

Psycholoog en journalist. Lector Kennisontwikkeling Vaktherapie bij de Academie Vaktherapie van Zuyd Hogeschool, Zuid-Limburg. Gepromoveerd aan de Vrije Universiteit Amsterdam op de effectiviteit van een ondersteuningsprogramma voor mensen met dementie en hun mantelzorgers.

Tenminste twee derde van de personen met dementie ontwikkelt een vorm van probleemgedrag gedurende de ziekte. Bij signalering van probleemgedrag bij mensen met dementie is probleemverheldering de eerste stap: om welk gedrag gaat het? In hoeverre en op welke wijze is het een probleem? Bij wie is sprake van lijdensdruk en is er sprake van gevaar? Voor wie? Om probleemgedrag te behandelen hebben psychosociale interventies de voorkeur boven medicamenteuze interventies, die vaak ongewenste neveneffecten hebben [24] [26].

Kenmerkend voor psychosociale interventies is de individuele ondersteuning aan mensen met dementie en hun mantelzorgers bij het omgaan met de gevolgen van dementie. Daarnaast ligt de focus op het verbeteren van kwaliteit van leven. Muziektherapie is zo'n interventie die laagdrempelig en zonder kans op bijwerkingen kan worden ingezet om de kwaliteit van leven te verbeteren bij mensen met dementie. Muziektherapie sluit daarmee aan op de Nederlandse standaard in dementiezorg, zoals die is opgesteld door Alzheimer Nederland en Vilans [27]. Maar om een dergelijke interventie te laten slagen, is het van belang dat betrokken behandelaren en zorgmedewerkers methodisch en multi-

disciplinair werken. Dit hoofdstuk beschrijft de inzet van psychosociale interventies bij probleemgedrag waarbij specifiek muziektherapie als voorbeeld van een laagdrempelige interventie nader is uitgewerkt. De rol van de psycholoog bij de inzet van muziektherapie is van groot belang.

Kernboodschappen

- Muziek(therapie) is een voorbeeld van een psychosociale interventie die laagdrempelig kan worden ingezet om probleemgedrag te verminderen en daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren bij mensen met dementie.
- De psycholoog heeft een sleutelrol in het laten slagen van psychosociale interventies, zoals bijvoorbeeld muziektherapie. Naast het indiceren heeft zij een coördinerende taak in de uitvoering, in het verbinden van het betrokken zorgteam, in de wijze van rapporteren en het tijdig evalueren van de effecten van de interventie.
- Methodisch werken en goede samenwerking tussen behandelaren, zorgteam en familie is essentieel bij de inzet van muziek(therapie) bij probleemgedrag.

Psychosociale interventies eerste voorkeur bij probleemgedrag

Naarmate de dementie vordert, komen steeds meer beperkingen voor die de kwaliteit van leven aantasten. Denk aan verlies van cognitieve vaardigheden (waaronder het geheugen), lichamelijke beperkingen, identiteitsproblematiek, problemen in het dagelijks functioneren thuis en op het werk, en sociale en communicatieve problemen. Door deze beperkingen kan een breed scala aan probleemgedrag ontstaan zoals psychotisch, depressief, angstig, geagiteerd en/of apathisch gedrag. Dat probleemgedrag kan een gevaar opleveren voor de omgeving van een cliënt, of hemzelf.

Om het probleemgedrag op te lossen of af te laten nemen, gaat de eerste voorkeur uit naar een psychosociale interventie. De richtlijn raadt op basis van het soort gedrag dat een cliënt met dementie vertoont, verschillende soorten interventies aan, waarbij verschillende accenten worden gelegd. In de tabel enkele voorbeelden (zie: tabel 1 op de volgende bladzijde).



1975, Rotterdam

Depressief gedrag (bij lichte tot matige ernst)	Begin met een activerend programma dat goed aansluit op wat de cliënt leuk vindt en kan. Psychologen kunnen daarbij (mediatieve) cognitieve gedragstherapie, reminiscentie-therapie, activiteitentherapie en bewegingsprogramma's in overweging nemen.
Apathisch gedrag	Het structureel bieden van stimulans is essentieel en activering moet goed afgestemd zijn op het individu. Kansrijke opties voor interventies zijn bewegingstherapie, cognitief stimulerende activiteiten, creatieve bezigheden of interventies met (live)muziek(therapie).
Angstig gedrag	Bij angstig gedrag is het vooral belangrijk om te zorgen voor een gevoel van houvast en herkenbaarheid voor de cliënt. Kies daarom voor strategieën die het gevoel van veiligheid en controle voor de cliënt versterken. Als basisinterventies kun je denken aan psycho-educatie, activering, het tegen- gaan van vermijding en individuele muziektherapie
Geagiteerd gedrag	Geef psycho-educatie en maak een op de persoon en analyse afgestemd interventieplan. Overweeg passende activiteiten, muziek(therapie), auditieve prikkels via koptelefoon, tactiele prikkels, snoezelen, aromatherapie en aangepast schema van inspanning of rust.
Psychotisch gedrag	Geef psycho-educatie aan de persoon met dementie, mantelzorgers en zorgverleners. Zorg voor dagritme, structuur en regelmaat, een eenduidige benaderingswijze en een goede balans tussen over- en onderprikkeling.

Tabel 1: Interventies passend bij (probleem)gedrag van cliënt [4]

Bij cliënten die probleemgedrag laten zien, speelt de psycholoog een belangrijke rol. Welke vorm het gedrag ook aanneemt, de psycholoog houdt de emotionele belasting van mantelzorgers en/of betrokken zorgverleners goed in de gaten en ondersteunt waar nodig met psycho-educatie en steunende of structurerende begeleiding. Daarnaast ziet de psycholoog erop toe dat zorgverleners (gaan) werken volgens een persoonsgerichte aanpak. Dit sluit aan bij de individuele variaties in aard en oorzaken van probleemgedrag. Een aanpak afgestemd op de huidige mogelijkheden en beperkingen en op de specifieke behoeften van de persoon met dementie is vaak effectief. Daarnaast heeft de psycholoog een coördinerende taak in de uitvoering van de psychosociale interventies, in rapporteren en hoe en wanneer de behandeling wordt geëvalueerd. Tijdens de uitvoer van een psychosociale interventie is de betrokken psycholoog ook beschikbaar voor nadere uitleg en stimuleert en motiveert de psycholoog betrokken zorgverleners [28].

Muziektherapie: een laagdrempelige psychosociale interventie

Er is in zowel de verpleeghuiszorg, als in wetenschappelijke literatuur en de maatschappij steeds meer aandacht voor de positieve werking van muziektherapie bij mensen met dementie. Muziektherapie is een non-verbale psychosociale interventie die laagdrempelig is en zonder kans op bijwerkingen kan worden ingezet om de kwaliteit van leven te verbeteren. Bij muziektherapie zet een muziektherapeut op methodische wijze muzikale middelen in om verandering of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied. Hiervoor stemt een muziektherapeut zijn of haar technieken voortdurend af op de behoeften van de cliënt en de oorzaken van het probleemgedrag. Voorbeelden van specifieke technieken zijn samen zingen en/of musiceren waarbij muziektherapeut en cliënt vrij improviseren en een muzikaal samenspel creëren op basis van een emotie die op dat moment belangrijk is. Deze technieken helpen de muziektherapeut om gevoelens naar boven te halen en deze gevoelens vervolgens te reguleren door de cliënt zich (h)erkend te laten voelen of door de cliënt te bevestigen in positief gedrag [29]. En niet alleen kunnen cliënten baat hebben van muziektherapie bij gevorderde dementie, ook in de begin stadia, tijdens het proces van acceptatie van verlies, is het belangrijk om succeservaringen te bieden. De muziektherapeut werkt hierbij belevingsgericht door op de (on)mogelijkheden van de persoon met dementie in te spelen, zodat de persoon met dementie niet belemmerd wordt door wat hij niet kan [30]. Specifiek voor mensen met dementie in het verpleeghuis is een individuele muziek(therapie) interventie 'De juiste snaar met muziek' beschikbaar om probleemgedrag te verminderen. Deze interventie, waarbij muziektherapie gecombineerd wordt met het luisteren naar persoonlijke voorkeursmuziek, is ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht in nauwe samenwerking met muziektherapeuten werkzaam in de ouderenzorg en Nederlandse ouderenzorgorganisaties [31].

Gerard Groen is 74 jaar en heeft vijf jaar geleden de diagnose Alzheimer dementie gekregen. Hij woont sinds een half jaar in een verpleeghuis en wordt daar regelmatig bezocht door zijn vrouw Elly, zoon en dochter en drie kleinkinderen. Gerard heeft in de horeca gewerkt en speelde gitaar in een amateur rockband. Sinds twee jaar vóór de diagnose heeft Gerard geen gitaar meer gespeeld. Vooral op de dagen waarin er geen structurele activiteitenbegeleiding voor hem is of er geen bezoek komt, laat hij gedurende de dag toenemend rusteloos gedrag zien. Hij ijsbeert door de gangen van het verpleeghuis, gaat vaak naar het toilet en kan nog geen vijf minuten stil zitten. De psycholoog, Jacob, adviseert het behandelen zorgteam om bij Gerard met muziek(therapie) te starten volgens het protocol van 'De juiste snaar met muziek' en na zes weken te evalueren in het multidisciplinair overleg (MDO).

De vertrouwde oude tijd

Binnen muziektherapie worden vaardigheden aangesproken die mensen met dementie, ongeacht de ernst van hun beperkingen, wel behouden. Dat geldt voor muziek maken, zingen en bewegen op muziek [32] [33] [34]. Veel andere therapeutische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie en oplossingsgerichte therapie, zijn voor hun effect afhankelijk van de verbale kwaliteiten van de cliënt en sluiten daardoor minder goed aan bij mensen met forse cognitieve beperkingen – zoals bij mensen met dementie [35] [36]. Zo blijft bij mensen met dementie het muzikale geheugen langer intact dan het niet-muzikale geheugen [37]. Muziektherapie kan via het muzikale geheugen een opening bieden om herinneringen en ervaringen uit het verleden op te halen. Zo kan muziektherapie als interventie aansluiten bij mensen met afasie, die zich verbaal niet meer goed kunnen uiten, maar vaak nog wel een liedje kunnen zingen. Als verbaal uiten helemaal niet meer gaat, kan de muziektherapeut de cliënt ook toezingen en kunnen vertrouwde klanken een gevoel van veiligheid en welbehagen brengen.

De muziektherapeut Meike inventariseert samen met Gerard en zijn familie van welke muziek hij een goed gevoel krijgt. Ze bekijken ook samen de albums die Gerard in de afgelopen jaren heeft verzameld. Daarnaast nemen ze het repertoire van de band door. Tijdens de wekelijkse muziektherapie sessies gaat de muziektherapeut met enkele van Gerards' lievelingsnummers aan de slag door ernaar te luisteren, maar ook door muziekinstrumenten aan te bieden. Gerard neemt hierbij zijn gitaar ter hand en blijkt de akkoorden nog te kunnen spelen, terwijl de muziektherapeut aansluiting maakt door hem te begeleiden op de piano en mee te zingen. Muziektherapeut Meike maakt audio-opnames van de sessies. Ze deelt haar positieve ervaringen met het zorgteam en geeft adviezen over het inzetten van muziek als Gerard in de loop van de dag onrustig gedrag laat zien. Zorgmedewerkers kunnen Gerard dan helpen met een koptelefoon opzetten met de opnames van de sessies en enkele van zijn lievelingsnummers laten horen, waarna hij ontspant.

Samenwerken met familie en zorgteam

Muziektherapie sluit goed aan bij het huidige denken over het begeleiden en behandelen, waarin een persoonlijke afstemming en de mogelijkheden van mensen op de voorgrond staan. Het onderzoek naar de effectiviteit en werkingsmechanismen neemt dan ook toe: er worden steeds meer muziek- en muziektherapeutische interventies beschreven en in de praktijk ingezet als een aanvulling op verbale interventies om probleemgedrag of spanning te verminderen, emoties te reguleren of het ervaren van contact te bevorderen. Belangrijke randvoorwaarden voor het laten slagen van de muziektherapie is dat de muziektherapeut, het betrokken zorgteam (o.a. zorgmedewerkers, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog) en de mantelzorger(s) goed samenwerken. De psycholoog speelt een belangrijke rol bij de analyse van het gedrag, het indiceren van

muziektherapie als behandeling, het eventueel mede vaststellen van de doelen van de muziektherapie en het evalueren van de effecten/meerwaarde van muziektherapie samen met het multidisciplinaire team. De muziektherapeut informeert mantelzorger(s) over het behandelproces en adviseert gedurende en na afloop van de behandelperiode verzorgenden en andere betrokken zorgprofessionals. Wat leidt bij de cliënt tot ontspanning of bijvoorbeeld juist tot activatie zodat daar in de dagelijkse zorg op kan worden voortgebouwd? Samen met de psycholoog kunnen deze adviezen worden opgenomen in een benaderings- en of zorgplan. Daarnaast is het van belang dat muziektherapeuten toegang hebben tot actuele cliëntinformatie om bijvoorbeeld op de hoogte te zijn van wisselingen in het medicatiebeleid en in te kunnen spelen op mogelijke bijzonderheden die zijn voorgevallen bij de cliënt.

Na de zes wekelijkse evaluatie in het MDO wordt vastgesteld dat het beter gaat met Gerard sinds de inzet van de muziektherapie, gecombineerd met het luisteren naar persoonlijke voorkeursmuziek. Het onrustige gedrag van Gerard is afgenomen en hij staat meer open voor contact met mensen in zijn omgeving. In afstemming tussen verzorging en het behandelteam wordt besloten dat de inzet van muziek structureel in het dagelijkse ritueel van Gerard wordt ingebouwd. Elly geeft aan minder zorgen om Gerard te hebben en een gevoel van rust te ervaren: "De muziektherapeut heeft gezorgd dat Gerard minder onrustig is. Het is een opluchting om te zien dat er iets mogelijk is."

Conclusie

Muziektherapie is een mooi voorbeeld van een laagdrempelige en veelbelovende interventie die past bij de huidige inzichten dat probleemgedrag bij dementie het beste kan worden aangepakt middels een methodische, multidisciplinaire en persoonsgerichte aanpak [4]. Daarin is niet langer de bestrijding van symptomen het primaire doel, maar het welbevinden door behoud en bevorderen van nog bestaande capaciteiten van mensen met dementie. De psycholoog heeft een belangrijke sleutelrol in het indiceren, coördineren en evalueren van een psychosociale interventie, zoals muziektherapie en het verbinden van alle betrokkenen.



1975, Rotterdam

1.5

“Kunt u niets voorschrijven?”

Ambivalentie rondom psychofarmaca



Raymond Koopmans, 1957

Specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, Radboudumc en Stichting De Waalboog, Nijmegen. Voorzitter van het UKON, het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen. Promoveerde in 1994 op: Het leven, ziek zijn en sterven van dementerende verpleeghuispatiënten.

De richtlijn adviseert als eerste stap in de behandeling psychosociale interventies toe te passen en als deze onvoldoende of niet effectief zijn, psychofarmaca voor te schrijven [4].

Kernboodschappen

- Onderzoek wijst uit dat het psychofarmacagebruik in verpleeghuizen waar mensen met dementie verblijven, de laatste jaren gestaag is afgenomen.
- Professionals dienen zich ervan bewust te zijn dat het voorschrijven van psychofarmaca niet alleen afhangt van de aard en ernst van het probleemgedrag, maar ook van contextuele factoren, zoals de visie en competenties van de arts, de psycholoog en het zorgteam.

- Slechts 10% van de prescripties is passend volgens de Richtlijn Probleemgedrag uit 2018; meer kennis en voorlichting bij alle betrokkenen over passend gebruik van psychofarmaca is dus nodig.
- Gebruik van het UKON ‘stappenplan antipsychotica’ en de ‘roadmap’ om hier multidisciplinair aan te werken, bevordert passend gebruik van antipsychotica (zie: www.ukonnetwerk.nl).

Alie van der Ven is 82 en heeft Alzheimer dementie. Haar echtgenoot, Ismael van der Ven, die zelf een uitgezaaide maligniteit heeft, heeft de zorg lang thuis volgehouden. De laatste tijd wordt Alie steeds achterdochtiger. Als ze haar man niet meer herkent, ziet ze hem aan voor een indringer in haar huis. Dit leidt regelmatig tot aanvaringen, waarbij Alie zich verbaal en soms zelfs fysiek verzet tegen de hulp van Ismael. 's Nachts gaat ze regelmatig het bed uit en haar echtgenoot moet haar zelfs een keer in haar nachthemd van straat halen! Ismael slaapt zelf nauwelijks meer, raakt overbelast en Alie moet helaas met een crisisregeling worden opgenomen in het nabijgelegen woon-zorgcentrum.

Ontwikkelingen in het psychofarmacagebruik

Uit een grote studie uit 2007 naar probleemgedrag bij mensen met een dementie in verpleeghuizen, bleek dat 67% één of meerdere psychofarmaca gebruikten. Antipsychotica, zoals haloperidol, werden het vaakst voorgeschreven. Niet zelden krijgen mensen twee of zelfs drie middelen tegelijkertijd. Dat deze polyfarmacie van psychofarmaca geen zeldzaamheid is, blijkt uit een recente meta-analyse van 25 studies bij verpleeghuisbewoners met dementie. Daaruit bleek dat het percentage cliënten dat twee of meer psychofarmaca kregen voorgeschreven 33% was en cliënten die drie of meer middelen kregen voorgeschreven 17% [38]. Gelukkig is er sinds 2007 wel wat veranderd; aan de hand van negen Nederlandse studies die tussen 2003 en 2018 zijn gepubliceerd, is gebruik van psychofarmaca over het verloop van de tijd geanalyseerd. Onderzoekers zagen een daling van psychofarmaca gebruik van 62,7% naar 40,4%, waarbij de daling van antipsychoticagebruik het meest uitgesproken was [39]. En dat laatste is van groot belang. Want deze middelen vergroten de kans op vroegtijdige sterfte of beroertes. De daling wordt verklaard doordat in de loop van de jaren de nadruk meer en meer op passend psychofarmacagebruik is komen te liggen.

Passend betekent dat het gebruik conform de richtlijn is. Maar zoals vaker blijkt de praktijk weerbarstig. Uit de PROPER-studie bleek dat slechts 10% van de prescripties passend was [40]. En dat is problematisch. Want volgens de Wet Zorg en Dwang, die in 2020 van kracht is gegaan en de rechtspositie van mensen met dementie regelt, is het niet-passend voorschrijven van psychofarmaca een vorm van onvrijwillige zorg: ‘het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of

vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen'. De richtlijn gaat uit van grote terughoudendheid bij het voorschrijven van psychofarmaca. De werking is vaak niet duidelijk aangetoond en de risico's op bijwerkingen zijn groot. De weerbarstige praktijk leert dus dat maar liefst 90% van de psychofarmaca buiten de richtlijn wordt voorgeschreven en dus onder de noemer 'onvrijwillige zorg' geschaard moet worden. Hoewel het totaal gebruik van psychofarmaca dus gestaag afneemt, zou het volgens de richtlijn nog veel minder moeten zijn. Hoe werkt het voorschrijven in praktijk?

Enkele feiten rondom psychofarmagebruik bij cognitieve beperkingen [84]:

- In 2007 gebruikte 67% van verpleeghuisbewoners met dementie een psychofarmacon.
- Veel bewoners gebruiken zelfs twee, drie of meer verschillende psychofarmaca.
- Tussen 2003 en 2018 daalde het gebruik van psychofarmaca van 63% naar 40%.
- Slechts 10% van de prescripties is passend volgens de richtlijn Probleemgedrag.
- Gebruik van STA OP en GRIP doen psychofarmacagebruik afnemen.

Enmaal in het verpleeghuis verergert het probleemgedrag van Alie. Ze wil zo graag naar huis! Ze rammelt aan alle deuren en roept luidkeels "HELP!". Als de verpleging haar wil geruststellen, slaat ze van zich af. In de eerste week grijpt ze een verzorgende zelfs naar de keel, omdat die haar met enige 'drang' naar haar kamer wil begeleiden. De specialist ouderengeneeskunde en de psycholoog zijn vanaf het begin betrokken, maar geven aan tijd nodig te hebben voor een goede analyse van het probleemgedrag van Alie. De verpleging zegt echter dat er NU iets moet gebeuren: "Dit kan zo niet!" Met enige tegenzin start de specialist ouderengeneeskunde, conform de richtlijn, met haloperidol in lage dosis en geeft aan dat zij er zo snel mogelijk mee wil stoppen als er omgangsadviezen van de psycholoog zijn en worden toegepast.

Factoren die het voorschrijfbeleid bepalen

Waar komt die 90% psychofarmacagebruik buiten de richtlijn vandaan? Zoals uit de casus blijkt is het niet alleen de visie van de arts die van invloed is op het voorschrijfbeleid. Andere factoren wegen (zwaar) mee. In een kwalitatieve studie als onderdeel van de PROPER-studie zijn vijftien artsen en veertien verzorgenden diepgaand geïnterviewd. Hier kwam een theoretisch kader uit dat een viertal factoren beschrijft die van invloed zijn op het voorschrijven van psychofarmaca:

- De (persoonlijke) mindset ten opzichte van psychofarmacagebruik van betrokkenen, zoals reserves ten aanzien van het starten of juist weerstand om te stoppen.
- Kennis en ervaring. Kennis over de effectiviteit en over de bijwerkingen uit de literatuur en richtlijnen spelen een belangrijke rol.
- Communicatie en samenwerking. Hier speelt onder andere de druk die verzorgenden, maar ook familieleden kunnen uitoefenen, een rol.
- Externe factoren. Hierbij spelen factoren als voldoende (deskundige) medewerkers, de fysieke setting van het woon-zorgcentrum en investering in scholing en opleiding van de professionals een rol.

De genoemde factoren komen deels ook naar voren uit een interviewstudie waarbij vier specialisten ouderengeneeskunde diepgaand zijn bevraagd over samenwerking met zorgmedewerkers bij probleemgedrag bij dementie. De artsen geven aan dat ze het vaak lastig vinden goed zicht te krijgen op het probleemgedrag, omdat het gedrag door verschillende verzorgenden anders ervaren en anders besproken wordt in de artsenvisites. Ook ervaren zij druk om psychofarmaca voor te schrijven [41]. Deze druk wordt door de geïnterviewde artsen als negatief ervaren in de samenwerking en leidt tot gevoelens van machteloosheid. Niet zelden wordt er om 'overplaatsing' gevraagd door zorgmedewerkers. Artsen ervaren het voorschrijven van psychofarmaca soms als een zwaktebod, maar tegelijkertijd ook als een manier om 'rust' te creëren in het zorgteam. Dit leidt vaak tot gevoelens van ambivalentie.

Na enkele weken lijkt Alie haar draai wat te vinden in haar nieuwe woonomgeving. Ismael bezoekt haar dagelijks en Alie heeft wat meer vertrouwen in de vaste medewerkers van het zorgteam. De psycholoog heeft meer inzicht in het ontstaan van de angst en achterdocht en in samenwerking met het zorgteam en activiteitenbegeleiding komt een goed begeleidingsplan tot stand. In een MDO stelt de SO voor de haloperidol in stapjes af te bouwen. De EVV'er aarzelt: het gaat nu net wat beter, dan kan je toch beter de medicatie zo laten? In een teamoverleg, waarbij SO en psycholoog aanwezig zijn, worden de voors en tegens nog eens afgewogen en blijkt er voldoende draagvlak voor het afbouwen in stapjes. Echtgenoot is er blij mee, hoe minder medicatie, hoe beter, zo oordeelt hij.

Goede samenwerking

De artsen die in de PROPER-studie zijn geïnterviewd zien de voordelen en het belang van samenwerking met meerdere disciplines, juist om psychosociale interventies voorrang te geven. Ook een goede communicatie met familie wordt als essentieel gezien. Verder zien zij dat er winst te behalen is in het tijdig informeren van de arts dat er probleemgedrag speelt. Want als verzorgenden pas aan de bel trekken als hen het water al aan de lippen staat, dan is er vaak geen ruimte meer voor een goede analyse en de inzet van omgangsadviezen.

Interventies om psychofarmacagebruik te optimaliseren:

In Nederland is een viertal interventiestudies verricht die het psychofarmacagebruik als (primaire of secundaire) uitkomstmaat hadden, te weten de Dementia Care Mapping (DCM) studie, GRIP op probleemgedrag, de STA-OP-studie en de eerdergenoemde PROPER-studie. Zowel STA-OP als GRIP vonden een afname van psychofarmacagebruik zoals antipsychotica en antidepressiva. DCM vond geen effect en de PROPER-studie die passend gebruik als primaire uitkomstmaat had vond een toename van passend psychofarmacagebruik. [8]

De artsen wijzen daarnaast op het belang om wederzijds vertrouwen en respect binnen de samenwerking met verzorgenden. Daarin is het essentieel dat de arts proactief handelt, zich laagdrempelig opstelt en aanhoudende inzet en betrokkenheid toont. Teams voelen zich er te vaak (te) alleen voor staan en disciplines betrekken elkaar op een te laat moment. Tot slot vinden de bevroegde artsen het van belang dat de verzorgenden zich goed toegerust voelen om met het probleemgedrag om te gaan. Daarbij spelen de eerdergenoemde methoden zoals GRIP en STA-OP, maar ook agressietraining of video-interventies een rol. Ook gedragsvisites en omgangsoverleggen zijn onmisbaar.

Tools

De academische werkplaatsen in de ouderenzorg zoals het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) en het Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG (UNO-UMCG) hebben mooie tools ontwikkeld die kunnen helpen bij probleemgedrag [42]. Zo heeft het UKON het 'stappenplan antipsychotica' ontwikkeld. Deze tool bevat een 'roadmap' om multidisciplinair samen te werken aan het bevorderen van passend gebruik van antipsychotica. E-learnings vormen onderdeel van deze tool. In de toolbox 'gedragsvisite' van het UNO-UMCG is een handreiking en een stappenplan voor de implementatie van de gedragsvisite te vinden, evenals formulieren van een signaleringsplan (stoplicht methode). Verder ontwikkelde het UNO-UMCG ook een app; de psychofarmaca tool, die passend gebruik van psychofarmaca hopelijk bevordert [43]. Op basis van het voorgeschreven middel kan de arts in deze app de indicatie, de wijze van evalueren, de dosering en de duur van het middel ingeven. Op basis van deze gegevens doet de tool een uitspraak of het gebruik passend, gedeeltelijk passend of niet passend is.

Conclusie

Passend voorschrijven van psychofarmaca betekent: de richtlijn volgen en dus eerst psychosociale interventies inzetten. Dit blijft in de dagelijkse praktijk een uitdaging voor zorgteams, artsen, psychologen en andere disciplines. Deze uitdaging wordt alleen maar groter, aangezien de veelheid en complexiteit van probleemgedrag bij mensen in het verpleeghuis toenemen.

Goede interprofessionele samenwerking in teams, die liefst een wat langere relatie met elkaar hebben opgebouwd, is cruciaal om deze steeds groter wordende groep op een juiste manier te (blijven) verzorgen en passende medicatie voor te schrijven. Helaas blijkt uit onderzoek dat in de ouderenzorg het verloop in teams erg groot is. Dit is een belangrijke barrière voor de implementatie van de eerdergenoemde, beproefde methodieken om onjuiste inzet van psychofarmaca tegen te gaan. Daarnaast is het ook een belemmering voor het behoud van de benodigde kennis, expertise, goede communicatie en onderling vertrouwen. Immers worden ervaren medewerkers regelmatig vervangen door mensen met minder ervaring en/of opleiding.

Verder is er ook behoefte aan meer onderzoek naar veelbelovende interventies zoals de methodiek 'Volgen, sturen en focussen', die stichting De Waalboog in samenwerking met het UKON heeft ontwikkeld [42]. Deze methode is specifiek bedoeld voor ontremd gedrag en primair ontwikkeld voor mensen met een frontotemporale dementie. Ook voor de omgang met probleemgedrag dat als 'zeer ernstig' wordt omschreven is er nog weinig aandacht in onderzoek en literatuur.



1976, Oud-Beijerland

Deel 2



Samen
zoeken,
samen
werken



2.1

Verbindend begeleiden

Therapeutische vaardigheden bij mediatieve behandeling



Maritza Allewijn, 1960

Gz-psycholoog bij Stichting De Rijnhoven, Harmelen. Directeur PgD *Psychologische expertise voor de ouderenzorg*. Supervisor, docent PgD-cursussen Begeleiding van Verzorgende Teams en Familiesystemen van Ouderen. Gespecialiseerd in Samen Verder na de Diagnose Dementie.

Dit hoofdstuk beschrijft interventies die gericht zijn op het aangaan van therapeutische relaties en het tot stand brengen van verbinding tussen allen die bij probleemgedrag betrokken zijn. Deze werkwijze van de psycholoog rondom probleemgedrag van mensen met dementie is ontwikkeld door de PgD (Psychologische expertise voor de ouderenzorg) onder de noemer 'Cyclus van verbindend begeleiden' [44] [28].

Kernboodschappen

- Goede teambegeleiding door de psycholoog, vanuit de principes van verbindend begeleiden, blijkt een effectieve manier om probleemgedrag te voorkomen en/of te behandelen.
- Bij teambegeleiding is het werken aan een therapeutische relatie tussen psycholoog en zorgteam een belangrijk aandachtspunt. De kwaliteit van de werkrelatie bepaalt

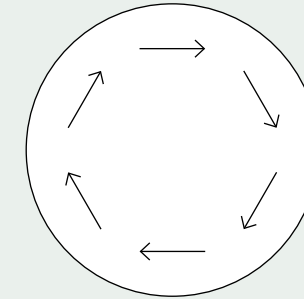
Cyclus van Verbindend begeleiden

Verbinden

- Verzorgenden met psycholoog
- Verzorgenden met elkaar
- Verzorgenden met bewoners
- Verzorgenden met instellingsvisie

Toevoegen

- Kennis: (Psycho)educatie
- (Omgangs)advies, behandelplan
- Bekrachtiging
- Motivatie



Begrijpen

- Gedrag, behoeften cliënt (systeem)
- Gedrag, behoeften, cognities verzorgenden
- Interactie cliënt - verzorgenden
- Interactie verzorgenden met elkaar (teamprocessen)

Afbeelding 2: De cyclus van verbindend begeleiden

voor een belangrijk deel de effectiviteit. De psycholoog creëert zo een situatie waarin anders kijken naar, denken over, handelen bij of voelen door probleemgedrag van bewoners mogelijk wordt.

- Gebruik van psychotherapeutische interventies uit de systeemtherapie, motiverende gespreksvoering en ACT leidt tot verbinding in de samenwerking met familie, zorgteam en multidisciplinair team.

De cyclus van verbindend begeleiden

Methodisch werken bij gedragsproblemen wordt in de richtlijn omschreven als een cyclisch en multidisciplinair proces van analyseren, hypothesevorming, interventies uitvoeren en evalueren. De cyclus wordt herhaald tot een bevredigend evenwicht is bereikt. De rol van de psycholoog in dit proces bestaat uit gedragsdiagnostiek, het geven van educatie over het gedrag en het opstellen van een behandelplan [28].

De basis voor dit handelen is de Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Dit betekent dat de psycholoog een analyse maakt van factoren die het gedrag ontlocken of in stand houden en een plan maakt om die factoren te beïnvloeden, zodat ander gedrag kan ontstaan. Kwetsbare ouderen met neurocognitieve stoornissen kunnen vaak niet actief participeren in individuele therapie. Vandaar dat psychologen dan indirect werken met nabije anderen in het model van Mediatieve Cognitieve gedragstherapie: het gedrag van bewoners kan positief worden beïnvloed door een planmatige bejegening door het zorgteam. Klaver

(2018) pleit ervoor niet alleen naar het gedrag van het zorgteam te kijken, maar ook naar emoties en gedachten die daarbij een rol spelen. Inmiddels is in zorgorganisaties een werkwijze ontstaan die we het ‘begeleiden van zorgteams’ noemen. Taken en rollen van de psycholoog hierbij zijn onder meer het geven van inzicht in de invloed van het eigen gedrag, gedachten en emoties op het gedrag van de persoon met dementie. Veel wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van teambegeleiding door psychologen in de behandeling of preventie van probleemgedrag, is er niet. Er zijn enige aanwijzingen uit onderzoek, zoals in het werk van Cohen-Mannsfield (2012) en praktijkervaringen, die erop wijzen dat goede teambegeleiding een belangrijk element is in de behandeling van probleemgedrag van mensen met dementie in zorgorganisaties [45].

De methode van ‘verbindend begeleiden’ richt zich specifiek op samenwerken volgens een gemeenschappelijke visie [46]. Praktijkervaring leert dat probleemgedrag een splijtende werking kan hebben, vanwege de complexiteit ervan en de emotionele impact (zie: hoofdstuk 3.1 ‘Het zit in de muren’). Verbinden is van belang op vele verschillende relaties en niveaus: van zorgmedewerkers met elkaar, met de cliënt en familie, met de visie van de organisatie en met de psycholoog. In de praktijk zal de psycholoog verschillende processen (analyseren, toevoegen en verbinden) telkens afwisselen of heeft de psycholoog de keuze tussen verschillende interventies, afhankelijk van de voorkeur en ontwikkelingsfase van het team, de aard en ernst van het gedrag dat als problematisch ervaren wordt en de competenties en voorkeur van de behandelaar [47].

Kwaliteit van de therapeutische relatie

Om goede teambegeleiding te bieden is het belangrijk om aandacht te besteden aan vaardigheden van de psycholoog die bijdragen aan een goede therapeutische relatie met alle betrokkenen. Uit onderzoek van Lambert en Barley blijkt dat een goede therapeutische relatie 30% bijdraagt aan het effect van psychotherapie; dat is het dubbele van het effect van de methode (15%). Dit geldt ook voor mediatief gedragstherapeutisch werken met zorgteams die zorgen voor mensen met dementie en soms zeer complex gedrag [48]. Een psycholoog die alleen analyseert (proces van begrijpen) en adviseert (toevoegen), zal geen therapeutische effecten kunnen boeken: juist het aangaan van werkzame relaties (verbinden) is een essentiële factor, die nogal eens over het hoofd wordt gezien [44].

Factor in de therapie	% bijdrage aan effect
Cliënt-factoren	40 %
Therapeutische relatie	30 %
Methode-specifiek effect	15 %
Placebo-effect	15 %

Tabel 2: Factoren die bijdragen aan effect van psychotherapie [48].

Interventies die verbinden

Het is mooi als de psycholoog zich inzet om een goede vertrouwensrelatie op te bouwen met de leden van het zorgteam en anderen die betrokken zijn bij probleemgedrag. De competenties die in het contact met de cliënt behulpzaam zijn bij het opbouwen en onderhouden van een effectieve therapeutische relatie zijn uiteraard ook bruikbaar in de werkrelatie met een zorgteam. Lessen uit verschillende psychotherapeutische stromingen komen dan ook goed van pas.

Sofia Perez maakt vanaf de eerste dag van haar verblijf in de kleinschalige woonvorm haar aanwezigheid duidelijk kenbaar. Met luide stem uit zij haar wensen en bekritiseert zij wat er om haar heen gebeurt. Enkele zorgmedewerkers doen al snel een beroep op de psycholoog; kan zij niet heel snel individuele Meezorg aanvragen? Het is geen doen zo, in de huiskamer, vooral niet voor de andere bewoners. Niet alle zorgmedewerkers lijken het gedrag van Sofia als probleem te ervaren.

1. Basishouding: Veelzijdig partijdig en gelijkwaardig

Uit de systeemtherapie kennen we beginselen die vormend zijn voor de basishouding van een psycholoog bij verbindend begeleiden. Eén van die beginselen is de ‘veelzijdige partijdigheid’: de psycholoog is geïnteresseerd in de kennis, ervaring en visie van alle leden van het systeem en onderzoekt en gebruikt deze met een open blik. Een ander belangrijk beginsel hierbij is gelijkwaardigheid in de relatie met het zorgteam. De psycholoog is deskundig in het ontdekken en erkennen van de vaardigheden van het zorgteam en zal alleen

1978, Spijkenisse



als het nodig is, zelf de rol van expert innemen [49]. Met deze basishouding vermijdt de psycholoog een aantal belangrijke valkuilen, zoals het creëren van tegenstellingen binnen het zorgteam. Daarnaast liggen de risico's op de loer belangenbehartiger te worden voor de bewoner. Wat ook voorkomt is dat je als psycholoog klem komt te zitten tussen tegenstrijdige belangen van organisatie, zorgteam, behandelteam, bewoner of familie.

Er ontstaat onenigheid in het zorgteam; via de mail worden er allerlei verwijten uitgewisseld. Een deel van het team blijft vragen om snelle inzet van Meerzorg, een ander deel ziet het probleem niet. In een omgangsoverleg met een deel van het zorgteam vraagt de psycholoog naar ieders beleving. Enkele medewerkers geven aan vaak terug te denken aan de situatie met Jan Eikenboom, die ook zo nadrukkelijk aanwezig was. Dat heeft toen zo lang aangehouden, dat één van de teamleden het werk zo zwaar vond worden, dat ze een tijdje uitgeschakeld is geweest. Een ander sprak met de dochter van een medebewoner, die klaagde over hoe haar vader last had van de vele prikkels door Sofia's aanwezigheid. Weer een ander zegt juist goed contact te hebben met Sofia. Zij is blij zijn dat er weer wat leven in de brouwerij is, in de anders zo stille huiskamer. De psycholoog spreekt geen oordeel uit over de verschillende meningen en belevingen en erkent slechts dat ieders beleving begrijpelijk is en er mag zijn. Daarmee hoopt zij de teamleden meer met elkaar in verbinding te brengen.

2. Socratisch motiveren

Anderen aanzetten tot verandering, leidt niet zelden tot weerstand. De hakken gaan in het zand. Dit proces wordt wel beschreven als de 'therapeutische paradox' of de 'veranderparadox'. Kort samengevat zegt de cliënt: "Help mij, maar verander mij niet". De psycholoog die teams begeleidt zal zich van deze dynamiek bewust zijn en hierop aan kunnen sluiten met motiverende gespreksvoering. Miller en Rollnick spreken over het aangaan van engagement [50]. Engagement is te bewerkstelligen door het stilstaan bij wensen of doelen, belangen en verwachtingen en door het geven van positiviteit en hoop. Een goede psycholoog kan luisteren, doorvragen, zich verplaatsen in de dilemma's van de ander, invoelend reageren en gevoelsreflecties geven. Een specifieke motiverende techniek is Socratisch motiveren [51]. Bij socratisch motiveren heeft de gespreksleider alleen als doel dat de situatie verhelderd wordt. De cliënt (zorgteam in dit geval) hoeft nergens heen en hoeft slechts te vertellen vanuit het eigen perspectief. De methode vormt zich om de cliënt, niet andersom. Het interessante daarvan is dat de cliënt hierdoor vaak op een ander spoor terecht komt en verandert, voordat of zonder hij er erg in heeft.

De psycholoog besluit na deze verbindende interventies in te zetten op 'begrijpen'. Zorgmedewerkers en psycholoog bespreken wat ze zouden willen weten van Sofia en hoe ze deze kennis gaan vergaren. Een stagiaire gaat samen met haar begeleider uitzoeken welk ziektebeeld Sofia heeft en hier meer informatie over zoeken. De zorgcoördinator gaat in gesprek met de dochter van Sofia nog wat

uitbreider navraag doen over haar levensloop en huidige behoeften. Psycholoog en zorgcoördinator stellen samen observatiepunten op: wat zijn momenten dat Sofia zich vooral laat horen, waar reageert ze op en hoe reageren anderen op haar?

3. Zingevende gespreksvoering

Probleemgedrag bij mensen met dementie kan indringend en hardnekkig zijn. De hang naar snelle oplossingen, de zogenaamde 'reparatiereflex', is groot en passend in het medisch model dat in veel zorgorganisaties diep verankerd is. Het is belangrijk om te begrijpen waarom dit gebeurt en met zorgteams en andere betrokkenen samen te werken aan een duurzame oplossing. Complexe problemen in gedrag en zorgrelaties laten zich nu eenmaal niet echt 'oplossen'. Ze raken eerder aan basale normen en waarden en aan 'het goede doen'. Zingevende gespreksvoering staat stil bij waarden, vertraagt, laat ambivalentie toe [52]. Ook in het, inmiddels bij veel psychologen populaire, gedachtengoed van ACT (Acceptance Commitment Therapy) staat een waardengerichte benadering centraal [53]. Voor hulpverleners is het belangrijk om stil te staan bij hun centrale waarden, om er vervolgens naar te kunnen handelen. Op die manier hou je relatief zwaar werk langer vol. Wat drijft je in je werk, welke keuzes maak je op grond van deze waarden en hoe kun je hier flexibel mee omgaan? Een voorbeeld is dat verzorgenden vaak streven naar een positieve en gezellige sfeer voor bewoners. Het geeft spanning als een bewoner gedrag vertoont dat sommigen als 'onaangepast' ervaren. De psycholoog kan dan in teambegeleiding aandacht besteden aan het omgaan met deze spanning. Zij kan het team ondersteunen in het (leren) accepteren dat je als hulpverlener soms niet kunt helpen en hoe je vervolgens het lijden van cliënten leert verdragen en wel nabijheid kunt blijven bieden. De ander aanvaarden zoals die is en nabij blijven is de essentie van 'presentie' en geeft houvast aan het zorgteam, teamleden van andere disciplines en aan de psycholoog zelf, die ook niet zelden zelf last heeft van gevoelens van machteloosheid [54].

In een MDO wordt de situatie van Sofia besproken. Alle disciplines zetten zich in vanuit hun eigen vakgebied om haar situatie te verbeteren. Alle inspanningen leiden na een aantal weken tot een redelijk evenwicht. Sofia heeft meer om handen, brengt wat meer tijd in haar eigen appartement door en lijkt zich meer op haar gemak te voelen. Tijdens de maaltijden is ze nog wel nadrukkelijk aanwezig. In een omgangsoverleg wordt de vraag geopperd of zij niet beter alleen op haar kamer kan eten. De psycholoog legt uit dat uit de analyse van het gedrag van Sofia blijkt dat ze snel angstig is (toevoegen van kennis). De meningen onder zorgmedewerkers zijn verdeeld, maar na zorgvuldig wikken en wegen blijkt dat de belangrijkste waarde voor het team is: iedereen hoort erbij en iedereen is deel van de groep en wie angstig is laat je niet alleen. Sofia blijft aan tafel mee eten en een volgend thema wordt 'hoe de maaltijden weer wat gezelliger kunnen verlopen'.

Conclusie

Goede begeleiding geven aan een zorgteam dat kampt met gedragsproblematiek van bewoners, vraagt veel van de psycholoog. Parallel aan de relatie tussen bewoner en zorgmedewerker dreigt ook in het contact tussen de zorgmedewerker en psycholoog de machteloosheid, wanhoop en irritatie te sluipen. Het is aan het vakmanschap van de psycholoog om met deze gevoelens om te kunnen gaan en het zorgteam nabij te blijven. De psycholoog draagt, door het toepassen van psychotherapeutische interventies, zorg voor een goede werkrelatie met het zorgteam. Daarbij creëert de psycholoog een situatie waarin anders kijken naar, denken over, handelen bij of voelen door probleemgedrag van bewoners mogelijk wordt. Scholing, intervisie en supervisie zijn daarbij onmisbaar, zowel voor beginnende als meer ervaren psychologen. Daarnaast zullen psychologen kenbaar moeten blijven maken wat hun domein is (gedrag, emoties, cognities, relaties) en wat ze nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen, zoals voldoende formatie en een passende structuur in overleggen en scholingen over gedrag van bewoners.

Verklarende begrippen

- Mediatieve Cognitieve Gedragstherapie Behandeling van gedragsproblemen of psychische klachten van een cliënt in een triadisch model met een mediator. In de intramurale setting is de behandelaar de psycholoog en de mediator het zorgteam en/of het familiesysteem.
- Teambegeleiding door de psycholoog Proces waarbinnen de psycholoog de zorgmedewerkers begeleidt in de omgang met bewoners.
- Verbindend begeleiden Vorm van teambegeleiding waarbij de kenmerken en behoeften van de mediators (het zorgteam en multidisciplinair team) onderdeel vormen van de behandeling en waarbij de psycholoog psychotherapeutische interventies gebruikt om tot verbinding te komen.

1979, Maassluis



2.2

Eerste hulp bij teambegeleiding

Analyse en interventies op teamniveau



Jaap Zwartenkot, 1972

GZ-psycholoog en leidinggevende bij Opella in Apeldoorn. Gespecialiseerd in de begeleiding van zorgteams, docent voor de PgD-cursus Begeleiding van Verzorgende Teams, supervisor voor psychologen in opleiding.

Wie direct naar dit hoofdstuk toe is gebladerd, zoekt waarschijnlijk inspiratie om verder te komen in een vastgelopen proces met een zorgteam. Juist psychologen die graag willen helpen en verbeteren kunnen zich gefrustreerd, machteloos of afgewezen voelen. Misschien zitten zij wel midden in de teamdynamiek! In dit hoofdstuk komt aan de orde wat een team een team maakt, welke archetypes van teams er zijn en hoe de psycholoog hierop kan reageren.

Kernboodschappen

- Om als goed (samen)werkend team te kunnen functioneren is regelmatig en door een psycholoog begeleid overleg onontbeerlijk.
- Teamkenmerken, zoals de ontwikkelingsfase en mate van cohesie in het team, zijn bepalend voor de werkwijze van de psycholoog.
- De psycholoog richt zich in teamoverleggen altijd op inhoud (gedrag van bewoners en de omgang hiermee) en op proces (samenwerking in en ontwikkeling van het team).

Bewustwording

Psychologen die samenwerken met zorgteams kunnen zonder zich hiervan volledig bewust te zijn verstrikt raken in de dynamiek van het groepsproces. Voor goede hulpverlening aan een team is bewustwording hiervan de eerste stap en losmaken de tweede. Een nieuwsgierige, licht bewonderende, oordeelvrije modus helpt om teamleden te stimuleren te reflecteren op hun eigen handelen. Ook de psycholoog moet kunnen reflecteren en heeft daarvoor mensen nodig die kunnen helpen de onafhankelijkheid te behouden. Mogelijk geeft de psycholoog impliciete boodschappen naar het team. Zo wekt het opvragen van informatie middels formulieren misschien de verwachting dat hieruit, als ware uit de hoge hoed, de oplossing naar voren komt. Het kan een zorgteam passief maken. Ongevraagd of slecht onderbouwde scholing kan de boodschap geven dat teamleden te weinig kennis zouden hebben. In plaats van teamleden te overtuigen met advies, zal de psycholoog met het team samen aan het werk moeten. De psycholoog helpt hen door samen problemen te verhelderen, niet door ze op te lossen, en te zoeken naar verbetering. Niets is zo helend voor een verstoorde werkdynamiek als het gezamenlijk met een team analyseren van probleemgedrag en erachter komen dat er wel degelijk al dingen gebeuren die bijzonder, waardevol en helpend zijn. Dat het leuk is om als team meer zicht te krijgen op wat al werkt en om met elkaar inspiratie en motivatie op te doen om dat uit te breiden. In dat proces kunnen bovendien gaandeweg oud zeer of verstoorde communicatiepatronen opgeruimd worden.

De 78-jarige Stien de Jong maakt het in de ogen van verschillende verzorgenden zo bont dat het hele team vindt 'dat ze weg moet'. Met haar onrustige aanwezigheid in de woning drijft ze iedereen tot wanhoop. Er is wekelijks gedragsoverleg over haar, de basisarts past in overleg met de specialist ouderengeneeskunde regelmatig medicatie aan, de psycholoog schrijft adviezen en probeert inzicht te krijgen in het gedrag van Stien door het laten invullen van vragenlijsten. Teamleden ervaren de zorg als zwaar. Iemand geeft aan: "Ik kom alleen nog naar het werk omdat ik de bewoners niet in de steek wil laten" en haar collega's herkennen dat. Er zijn veel verschillende ideeën over wat er moet gebeuren, maar na maanden van incident naar incident gesukkeld te zijn, wordt de roep 'dat ze weg moet' steeds luider. Teamoverleg met het hele team, of althans een groot deel ervan, is al maanden niet gelukt. De meesten ervaren zo'n teamoverleg als zinloos: "Er komt toch niets uit. De arts doet niets, zo ervaren ze, en Marcel, de psycholoog weet 'het' ook niet".

Zonder teamoverleg geen team

Het (geleide) teamoverleg maakt het verschil tussen een soepel samenwerkend team en een groep individuen die in wisselende subgroepen ad hoc zorgtaken uitvoeren. De sterspelers van Ajax trainen om in de eredivisie te blijven. Als vuistregel kan gelden dat een team minimaal om de zes weken bijeen komt, waarbij ongeveer 5% van de teamleden bij de bijeenkomsten aanwezig is. Vast onderdeel aan het einde van teambijeenkomsten is het beantwoorden van de vraag: Wie van de afwezigen moet wat weten en hoe kunnen we dat regelen? Zonder frequent terugkerend teamoverleg (data liggen voor een jaar vast) zijn er onvoldoende mogelijkheden om een team effectief te begeleiden in de omgang met bewoners en een homogeen dagritme in de dagelijkse zorg te krijgen. Een team heeft onderhoud nodig, net als een partnerrelatie. Als dat niet gebeurt ontstaat er ruimte voor misinterpretatie of miscommunicatie en ligt ruzie om de onbenulligste dingen op de loer. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het management.

Teamactiviteiten

Een team heeft gezamenlijke taak- en relatiegerichte activiteiten. Taakgerichte activiteiten zijn onder meer: plannen en afspraken maken, samenwerken en afstemmen, feedback geven, rapporteren en evalueren.

Relatiegerichte activiteiten zijn bijvoorbeeld elkaar veiligheid bieden, erkennen, steunen, beschermen, respecteren, bevestigen, behagen. Bij een verstoorde teamdynamiek hebben verschillende teamleden ten aanzien van beide activiteiten vaak verschillende opvattingen en prioriteiten: een bron voor (onuitgesproken) conflicten. Bewoners merken dit ook in hun contacten met verzorgenden in de zin van onveiligheid of inconsistentie in de omgang. Helder krijgen waar de schoen wringt en (helpen) afstemmen van onderlinge opvattingen zijn belangrijke taken voor de psycholoog.

Midden in de periode, die je als impasse kan beschrijven, neemt collega psycholoog Nienke toevallig het stokje over. Nienke maakt uiteraard eerst kennis met Stien. Daarbij blijkt dat ze haar spullen van thuis in haar kamer niet herkent en te onrustig is voor iets van een gesprek. Ze loopt vrijwel meteen weg voor haar inmiddels vaste ritueel: met de knop van de afdelingsdeur in de hand luidkeels eisen dat zij naar huis wordt gebracht, tot aan luid 'hellup' roepen toe. De aanwezigheid van de psycholoog lijkt haar alleen maar onrustiger te maken, dus ook Nienke driipt af, om een paar dagen later in de avond aan te sluiten bij de EVV-er van Stien Max, die haar heel goed kent. Het is een topavond met veel huiselijke activiteit (aardappels schillen, spelletjes) en gezelligheid. Zelfs Stien is ontspannen en rustig aanwezig. Op basis van deze uiteenlopende bevindingen stelt Nienke aan de Max voor zoveel mogelijk ervaringen met Stien in het teamoverleg te delen.

Verzorgenden zijn duizendpoten

Voor een goede begeleiding van verzorgenden is het goed dat psychologen zich realiseren hoe het werk van verzorgenden er in het dagelijks leven uit ziet. Zij hebben complexe taken: het werk eindigt nooit, de reacties van bewoners zijn niet altijd voorspelbaar en ze balanceren altijd op het koord tussen betrokkenheid en professionele distantie [55]. Het werk is uitdagend, door de combinatie van lichamelijke zorgtaken, onverwachte gebeurtenissen en verantwoordelijkheden op het gebied van welbevinden, begeleiding, communicatie en coördinatie. Bewoners, familieleden, leidinggevend en behandelaren doen allemaal een beroep op de inzet en flexibiliteit van verzorgenden. En zij zeggen niet graag of gemakkelijk nee.

Het werken in een team is stimulerend en leuk, maar geeft ook extra verantwoordelijkheden. In de 24-uurs zorg draagt de één aan de ander over, de teams werken in wisselende samenstelling en vaak alleen met een relatief kleine groep bewoners. Steeds vaker zijn teams afhankelijk van de inzet van flex- en uitzendkrachten. Dat roept vragen op: hebben alle teamleden wel hetzelfde doel? Hoe verloopt de onderlinge communicatie? Wat zijn onderlinge afhankelijkheden?

Nienke organiseert samen met de EVV-er een aantal bijeenkomsten, verdeeld over achttien weken. Op het eerste overleg is al een groot deel van de teamleden aanwezig. Focus van dit eerste overleg is het 'ontschuldigen' van de zorg. De frustratie dat het hen (in hun ogen) niet gelukt was om Stien 'gelukkig' te maken zat hoog. De mogelijkheid van overplaatsing wordt door de psycholoog direct als bespreekbaar op tafel gelegd.

Vershil in cohesie en ontwikkelingsfase

Teams die sterk in ontwikkeling zijn, of veel wisselingen kennen, hebben vaak weinig samenhang. De psycholoog merkt dit doordat er veel ad-hoc vragen gesteld worden. De betrokkenheid bij de bewoners is vaak groot, maar de werkwijze niet altijd methodisch en gemeenschappelijk. Aan de psycholoog de opgave om ertoe bij te dragen dat uit het loszand-team een goed samenwerkend team gevormd wordt. Methodisch, gestructureerd werken met geplande contactmomenten en voorspelbaar handelen helpt [47].

Als een team verwaarloosd wordt, kan er een kiezelsteenstructuur ontstaan. Er ontstaan meerdere, hechte groepjes binnen het zorgteam, bijvoorbeeld de 'ouderen vs. de jongeren', of 'de dag vs. de avond en nacht' of een onderscheid tussen wat ook wel Martha's en Maria's genoemd worden: Martha's zijn vooral gericht op goede verzorging, Maria's meer op goede relaties met de bewoners. Om deze structuur te doorbreken is het belangrijk dat team en management een goede analyse maken en wijzigingen voorstellen in de samenstelling of werkwijze van het team. De psycholoog staat voor de opgave om zich niet te gaan identificeren met één subgroep. Een mix van werkwijzen kan hierbij goed helpen.

Andere teams zijn juist zeer stabiel in samenstelling en ook heel ervaren en onafhankelijk. Hier ligt 'geslotenheid' op de loer, zeker als er weinig voeding gegeven wordt aan blijvende ontwikkeling. De teamleden communiceren dan misschien weinig over de omgang met bewoners, of over impliciete normen en waarden, maar zijn het vaak onuitgesproken al eens. Ze zullen niet snel om hulp vragen bij bijvoorbeeld de psycholoog. Die staat voor de opgave vooral proactief te werk te gaan en de tijd te nemen om rustig in te voegen en de meerwaarde van het samenwerken met de psycholoog langzaam maar zeker duidelijk te maken.

In de volgende bijeenkomst is het team gevraagd gezamenlijk een analyse te maken van het gedrag van Stien. In die analyse wordt zichtbaar gemaakt hoe belangrijk verzorgenden voor haar zijn: zonder hen zou de situatie nog veel schrijnender geweest zijn! Stien blijkt een angstige vrouw, met waarschijnlijk al lang bestaande pleinvrees, die tijdens haar leven haar uiterste best deed om iedereen naar haar huis te lokken, omdat zij zelf zich niet buiten durfde. Haar huis, kat en spulletjes gaven haar steun en sturing. Met de Alzheimer verdween die steun en bleef over dat zij met al haar chaos en paniek in haar hoofd terug wilde naar de plek waar dingen voor haar gevoel nog enigszins klopten: thuis. Niet gek dus dat zij doet zoals ze doet en goed reageert op veiligheid en huiselijkheid. Dit inzicht geeft houvast voor verbetering van de situatie en de overtuiging dat ze elders beter af is, wordt minder sterk. Het effect van een teamoverleg was dat de interactie met Stien al wat verbeterde omdat het zorgteam de eigen bijdrage zag en meer en bewust nadruk ging leggen op het toepassen van hun kwaliteiten. Incidenten namen af in frequentie en ernst. In een volgend overleg informeren de leden van het zorgteam elkaar over de verbeteringen.



1981, Zwarte Woud (Duitsland)

'Gezonde' teams zijn taakvolwassen, stellen adequate vragen aan de psycholoog en werken samen om te komen tot een adequate aanpak om probleemgedrag te voorkomen, verminderen of de belasting ervan te beperken. Zij kennen de visie van de organisatie en weten deze in praktijk te brengen. Ook in volwassen, gezonde teams kan probleemgedrag de gemoederen bezighouden. De psycholoog is er alert op dat verschillen in inzicht of emoties bespreekbaar blijven en gezamenlijkheid behouden blijft.

Structuur van het team- of omgangsoverleg:

- 1: Wees duidelijk over het doel van de bijeenkomst. Bijvoorbeeld: 'we zijn bij elkaar om te spreken over de omgang met Stien. Haar gedrag blijkt voor problemen te zorgen, een makkelijke oplossing lijkt er niet te zijn, anders hadden jullie die wel gevonden. We gaan eens kijken of we met elkaar kunnen begrijpen wat er aan de hand is en of we de huidige situatie kunnen verbeteren'.
- 2: Maak de structuur van het overleg kenbaar: Na een rondje om te zien hoe iedereen de situatie ervaart, gaan we het eerst hebben over wie Stien is, dan over welke diagnoses zij heeft en wat je daarvan merkt en dan over haar gedrag. Vraag is of we wat beter kunnen begrijpen waarom deze persoon met deze aandoeningen doet wat ze doet (in deze omgeving) en ten slotte kijken we wat er zou kunnen verbeteren.
- 3: Een goed begin is belangrijk. Zeg bijvoorbeeld: 'We beginnen met een rondje. Noem alsjeblieft eerst even je naam (en functie) en geef een cijfer voor hoe goed jij jouw omgang met Stien vindt gaan.' Het openingsrondje geeft zicht op wie er zijn en waar de hogere en lagere cijfers zitten. Toon begrip voor lagere cijfers, we zijn niet allemaal gelijk; met de een heb je nu eenmaal sneller en fijner contact dan met de ander. Die verschillen maken het juist mogelijk dat er altijd wel iemand is die iets soepeler om kan gaan met een wat uitdagendere zorgvrager. Besteed aandacht aan draagkracht van het team en individuele zorgverleners en ontschuldig waar nodig.
- 4: De analyse kan bijvoorbeeld bestaan uit de drie onderdelen: Persoon, Aandoening en Gedrag. Uitgangspunt vanuit de richtlijn is dat probleemgedrag een interactieprobleem is tussen een cliënt en zijn sociale en fysieke omgeving [4].
 - 4a: Bij Persoon: zoek met het team naar een vijftal belangrijke bijvoeglijke naamwoorden die de persoon beschrijven. Door het levensverhaal samen te verrijken met persoonlijke belevingen en gehoorde verhalen ontstaat een homogener beeld in het team, wat op zich al een proces is dat homogenisering van dagelijkse zorg bevordert.
 - 4b: Bij Aandoening: bespreek de diagnose(s) maar vooral 'wat merk je daarvan in de praktijk'. Niet iedereen in het team heeft het even scherp of iemand Alzheimer of een vasculaire dementie heeft of doof is aan het linkeroor, waardoor makkelijk verkeerde interpretaties of intenties van gedrag kunnen ontstaan.
 - 4c: Bij Gedrag: inventariseer met het team de als problematisch ervaren gedragingen.

-
- 5: Stel behoeften vast. Zeg bijvoorbeeld: 'Wat heeft Stien blijkbaar nodig heeft vanuit de fysieke en sociale omgeving? Hoe kunnen we haar dat (nog meer) bieden? Aan het einde van het overleg is het tijd om het team te helpen om afspraken te maken. Om de kans op daadwerkelijke gedragsverandering in de praktijk te vergroten werkt het goed om een (kort) rondje te maken met vragen als: wat was voor jou het meest opvallende? Waar ga jij de komende zes weken mee aan de slag (wanneer, hoe, in welke situatie, wat hoop je te bereiken, wie zoek je op om te sparren wanneer dat niet lukt etc.).
-
- 6: Tijdens het gehele overleg: Bewaak het teamproces en pas interventies toe die passen bij de mate van cohesie en ontwikkelingsfase van het team.
-

De psycholoog als procesbewaker

'Ontschuldigen' is belangrijk. Juich het toe dat iemand durft te zeggen dat een bewoner "haar het bloed onder de nagels haalt", dat maakt dingen bespreekbaar die juist een rol spelen bij ontstaan van probleemgedrag. Geef ook belangstellend beurten aan wat minder vlotte sprekers: "Ik zie jou bedenkelijk kijken, hoe kijk jij hiertegen aan?" Het zal eenieder verbazen wat zij vervolgens bijdragen in de analyse.

Aanwezigen die zichzelf wat hogere cijfers geven in de omgang met de bewoner die besproken wordt zijn een bron van kennis en inspiratie voor hun collega's. Hoe gaan zij met deze bewoner om? Vaak zit er in het antwoord het woordje 'gewoon'. Voor hen is het gewoon, gaat het automatisch, maar wie luistert en goed doorvraagt naar details, gaat begrijpen wat waardevol en uniek is in de interactie.

De werkwijze in de overleggen om de situatie van Stien te bespreken, is in het team met enthousiasme ontvangen. Het eerder wat gesloten team hecht er nu waarde aan gezamenlijk en met de psycholoog een goede kijk op gedrag en behoeften van bewoners te ontwikkelen.

Conclusie

Vanuit de psychotherapie weten we dat de kans op daadwerkelijke (positieve) gedragsverandering het grootst is wanneer mensen hun plannen zelf bedenken en zelf uitspreken. Als psycholoog help je verzorgenden door hen verantwoordelijkheid te geven, hun deskundigheid te erkennen en benutten en gezonde cohesie en deskundigheidsontwikkeling in het team te bevorderen. Het bespreken van successen in ieder teamoverleg geeft energie en ervaren competentie. Gedragsproblemen worden met goede begeleiding door de psycholoog niet 'opgelost', maar ze verbleken, spelen minder een rol in het contact tussen bewoner en verzorgende of worden anders benoemd of ervaren.



1982, Spijkenisse

2.3

Van goed bedoeld naar goed gedaan

Persoonlijk en professioneel leiderschap bij probleemgedrag



Robert Teune, 1965

Docent, cultureel antropoloog, transactioneel analist, strategisch- en systeemcoach. Mede-eigenaar van Teamsaanzet waarbinnen hij als opleider, (team-)coach en proces-ondersteuner werkt aan de ontwikkeling van teams in de zorg, (speciaal) onderwijs en organisaties in het algemeen.

Probleemgedrag bij mensen met dementie ontstaat meestal niet van de één op de andere dag. De impact is vaak groot. Zowel op de cliënt zelf als op de direct betrokkenen. In de context van een zorgorganisatie zijn dat in de eerste plaats meestal de verzorgenden of de begeleiders. Hoe ga je daar als professional mee om? Dit hoofdstuk behandelt niet de zorginhoudelijke vragen, maar kijkt in plaats daarvan naar contextuele en systemische vragen en factoren die helpend zijn om persoonlijk leiderschap te nemen én te houden bij probleemgedrag.

Kernboodschappen

- Probleemgedrag is specifiek; het doet iets met jezelf, anderen én het hele systeem.
- Houd zicht op zelf (persoonlijke en professionele posities), anderen en op de verstoring.
- Heb oog voor de dynamiek(en): wat doet het systeem? Welke beweging ontstaat er en wat doet dit met jezelf en anderen?
- Weet wat je als psycholoog kan doen om vanuit je eigen invloedssfeer positie in te nemen.

Probleemgedrag als verstoring van de balans

Probleemgedrag is impactvol. Het verstoort de gewenste balans in het systeem [56]. Anders gezegd: 'de zorg op orde' is de gewenste situatie. Hierbij zijn zowel de cliënt als de medewerkers het meest tevreden over de balans tussen de kwaliteit van leven en de kwaliteit van de zorg. Hierdoor is er ook balans in het systeem tussen alle betrokkenen.

Dat er balans is, betekent niet automatisch dat die bereikt wordt op de manier zoals het is bedoeld. In de praktijk zet de ene medewerker een tandje extra bij omdat de ander (nog) niet voldoende bijdraagt. Of de verpleegkundige pakt een paar taken op die eigenlijk bij de psycholoog horen.

Door de systemische bril zie je dat door elkaar zo te compenseren op de korte termijn veel vraagstukken opgelost worden [57]. Tegelijkertijd ontstaat de vraag of op de langere termijn dit haalbaar of wenselijk is in een professionele context. In dit hoofdstuk staat de balans tussen persoonlijk en professioneel leiderschap centraal, juist op die momenten waarop je de keuze lijkt te moeten maken tussen óf het zelf doen óf het met je collega's oppakken.

Fatima is psycholoog in de ouderenzorg en worstelt ermee dat de medewerkers van één van de teams de afspraken over cliënt Hans Pieterse niet nakomen. Het lijkt alsof de medewerkers het steeds lastiger vinden om Hans te begeleiden. Het plan gaat vooral uit van Hans' behoefte aan autonomie.

De teamleden ventileren op hun beurt onvrede over de psycholoog richting de zorgmanager. Hij heeft begrip voor beide kanten en probeert te bemiddelen met dubbele boodschappen. Naar het team: "Geef haar nog een tijdje de kans, ze is hier nog maar net" en naar Fatima: "het team moet nog wennen aan jouw stijl van werken en de inhoudelijke vernieuwing die je brengt".

1987, Ter Heijde



Fatima investeert extra door tijdens overdrachtsmomenten vragen te stellen over het opvolgen van de afspraken. Hierop krijgt ze antwoorden als “het was me niet helemaal duidelijk” of “de situatie was dit keer helemaal anders”. Fatima trekt zich dit persoonlijk aan en herschrijft de onderbouwing en adviezen nog uitgebreider, zodat daar geen enkel misverstand meer over kan bestaan.

Oorzaak-gevolg-denken

Door de situatie te benaderen vanuit de vraag ‘aan wie ligt dit?’ blijven de belangrijkste aandachtspunten over samenwerking onderling onbelicht. Dit oorzaak-gevolg-denken én de bijbehorende ‘oplossing’ van de psycholoog, versterken zelfs de afstand met het team [58]. Omgekeerd onthoudt het team haar op hun beurt van openheid over hun eigen overtuiging wat ze ‘goed gedrag’ vinden van de psycholoog. Zowel de teamleden als de psycholoog raken zo vast in een cirkel van oorzaak-gevolg-denken en laten het aan de ander over om de eerste stap te zetten om de impasse te doorbreken.

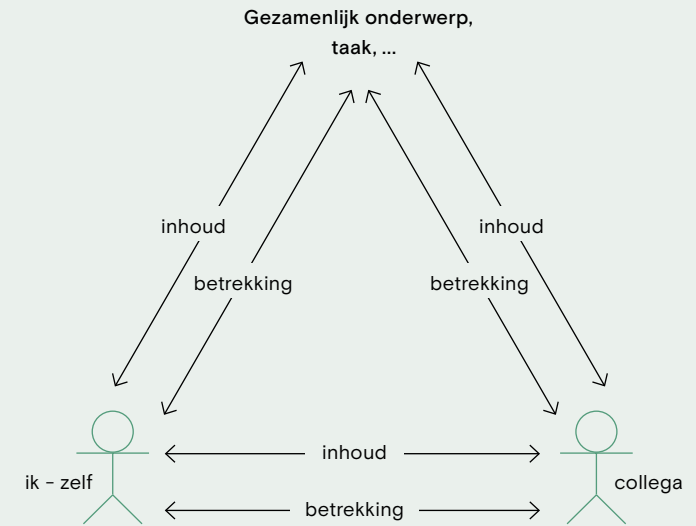
Ook als derde persoon is het verleidelijk om op zulke situaties te reageren vanuit oorzaak-gevolg-denken; de zorgmanager doet het ook: “als de psycholoog gewoon meer in gesprek zou gaan in plaats van...” of “wanneer het team nou gewoon openheid van zaken zou geven...”. De aanname hierachter is dat alle betrokkenen als professional voldoende zicht op zichzelf hebben én in staat zijn om leiding te nemen over persoonlijke behoeften die een rol spelen in de samenwerking met anderen. In de praktijk is het echter niet altijd vanzelfsprekend om in vergelijkbare situaties stil te staan bij deze wisselwerking tussen persoonlijk en professioneel leiderschap [59].

‘Goede’ redenen om ‘slecht’ te doen

Het is fijn om bij een probleem te denken in de relatie oorzaak-gevolg. De reactie ligt voor de hand omdat je uit kunt gaan van opsporen, daarna verklaren en dan kun je iets oplossen [60]. Dit komt tegemoet aan de behoefte die we hebben om betekenisvol te zijn en daarvoor de erkenning te krijgen. Dat maakt ook dat we graag oplossingen kiezen die in het verlengde liggen van waar we goed in zijn of waar we door anderen in erkend worden. Ook vanuit onze professionele identiteit bekeken, lijkt dit een strategisch uitgangspunt: wie kan er iets verkeerd van vinden als je je professionele werk goed doet?

Met als ‘goede’ reden haarzelf gerust te stellen, doet Fatima er, als oplossing om de zorg voor Hans te verbeteren, nog een flinke inhoudelijke kwaliteitsslag bovenop. De geruststellende boodschap voor haar persoonlijk is hierbij ‘aan mijn inzet zal het niet liggen’ terwijl er tegelijkertijd impliciet een andere boodschap naar de anderen ontstaat: ‘als ze het nu nog niet snappen...’. Ze vindt het prettig om op een inhoudelijke manier aan de professionele oplossing te werken omdat ze zich sterk voelt op de inhoud. Dat maakt haar toch ook precies onderscheidend in deze context?

Afbeelding 3:
De twee niveaus
van communicatie
in context

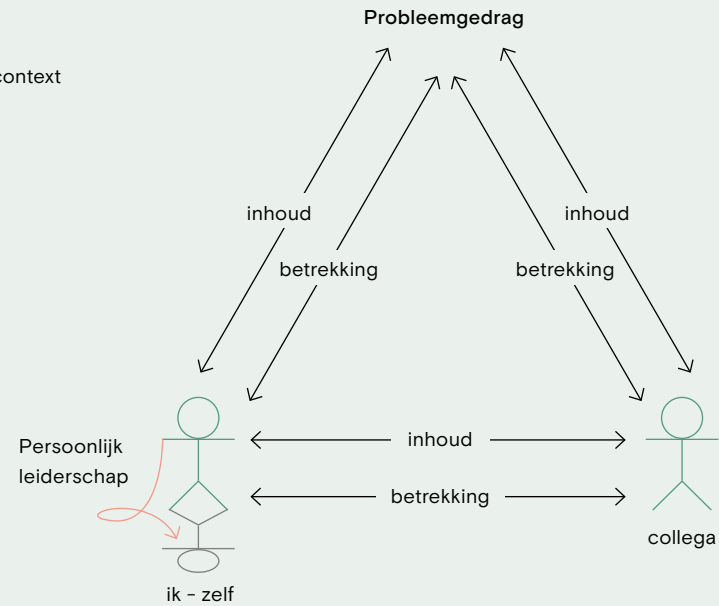


Op de inhoud beoordeeld kun je de psycholoog uit de casus gelijk geven. Tegelijkertijd ontstaan er wél vragen of ze zich voldoende bewust is van wat er op het niveau van de betrekking nodig is: op de betrekking met zichzelf én met haar collega's. Zou het kunnen zijn dat ze de onzekerheid die ze ervaart door de houding van het team voor zichzelf onvoldoende (h)erkent? Zou het kunnen zijn dat ze de miskenning door haar collega's probeert te overstemmen door zich meer te positioneren in haar inhoudelijk rol? Met als 'goede' reden om erkenning te krijgen voor de complexe zorgvraag en de handlingsverlegenheid, doet het team er 'goed' aan om de adviezen niet op te volgen. Want als dat zou leiden tot verbetering van de begeleiding van de cliënt, zou dat een verlies zijn van argumenten om zich door de psycholoog niet gehoord of gezien te voelen.

Hoe het team met deze situatie omgaat, roept soortgelijke vragen op [58]: zou het kunnen dat ze hun behoefte aan erkenning door de psycholoog voor zichzelf onvoldoende (h)erkennen? Zou het kunnen dat ze door de inhoudelijke adviezen niet op te volgen, de psycholoog willen dwingen om met hen in gesprek te gaan?

Met als 'goede' reden om het beste voor de cliënt te willen bereiken, komen team en psycholoog er niet aan toe om te kijken naar hun 'slechte' gedrag op de onderlinge betrekking of werkrelatie als collega's. De zorgmanager stimuleert het gesprek op deze lijn ook niet vanwege de overtuiging 'iedereen moet zelf op een professionele manier voor de cliënt zorgen.' Zou het kunnen zijn dat de zorgmanager onvoldoende (h)erkent wat er nodig is op de onderlinge werkrelatie tussen team en psycholoog? Zou het kunnen dat de zorgmanager uit onzekerheid wil vermijden om zijn professionele rol in te nemen?

Afbeelding 4:
De twee niveaus van
communicatie in de context
van probleemgedrag



Persoonlijk en professioneel leiderschap

In deze casus maakt iedereen de balans op:

- in de betrekking tot zichzelf: hoe zie ik mijzelf?
- in de betrekking tot de ander(en): hoe zie ik de ander(en) + hoe denk ik dat de ander(en) mij zien?
- in de betrekking tot het werk: hoe zie ik mijzelf/de ander als professional? Hoe denk ik dat de ander mij als professional ziet + hoe wil ik dat de ander mij als professional ziet?

Persoonlijk leiderschap gaat hierbij over hoe je je verhoudt tot jezelf, ook als er een verstoring of stress is. Het is de interne dialoog als reflectie op wat de situatie met je zelf doet, daar betekenis en een passend vervolg aan te geven. Het is ook het vermogen om vanuit differentiatie, waarbij je het onderscheid maakt in de gevoelens/emoties die je beleeft, je eigen rust te bewaren en de feedback van anderen niet direct op jezelf te betrekken. Vanuit socialisatie kun je dan het gesprek met de anderen aangaan op basis van de onderlinge betrekking als collega's.

Tot slot is persoonlijk leiderschap ook het inzicht om de verstoorde balans op de betrekking niet te willen herstellen door op de inhoud te gaan compenseren.

Fatima bespreekt de casus tijdens supervisie: samen met de supervisor trekt ze de conclusie dat het niet-opvolgen van de adviezen door het team, ook een vorm van feedback is. Deze feedback hoeft niet automatisch te betekenen dat het aan de kwaliteit van haar werk ligt. En al zou het wél aan deze kwaliteit liggen, dan nog ligt de oplossing niet automatisch in het verbeteren van de kwaliteit. Ze besluit in gesprek met het team deze hypothesen te toetsen:

- Inhoudelijk: wat werkt wel voor jullie, en wat niet, wat zijn de ervaringen tot nu toe?
- Betrekking: hoe lang werkt onze samenwerking al niet voor jullie en wat maakt dat niemand mij hierover benaderd heeft? Kan het zijn dat we elkaar nog onvoldoende kennen en begrijpen om goed samen te kunnen werken?

De stress die ontstaat bij probleemgedrag doet ook een appèl op professioneel leiderschap. Binnen de context van de zorgafdeling wordt er van iedereen verwacht om vanuit zijn/haar positie en expertise bij te dragen aan herstel van de situatie. Professioneel leiderschap stelt je in staat om op het juiste moment jezelf te laten zien in die positie. Je bent je bewust over welk gedrag hierbij passend is én in staat om dat in de praktijk te laten zien. In dit alles gaan persoonlijk en professioneel leiderschap altijd samen. Ze kunnen elkaar niet compenseren, maar wel versterken. Als de balans tussen deze twee voornamelijk op professioneel leiderschap hangt, is het risico dat je vanuit macht of positie gaat werken. Als de balans voornamelijk naar de betrekkingkant hangt, kun je met elkaar in een familiale setting komen of juist ervaren dat er sprake is van sociale onveiligheid.

Fatima en het team voeren uiteindelijk een ander gesprek met elkaar. Door andere vragen aan elkaar te stellen, ontstaan er nieuwe inzichten. Zo heeft het team een aantal 'goede' redenen om zich zo 'slecht' te gedragen. Fatima is bijvoorbeeld de derde psycholoog in anderhalf jaar. Onder de 'goede redenen' voor het 'slechte gedrag' van het team om haar adviezen niet op te volgen, ligt de vraag: hoe lang blijf jij? Ze hebben immers de ervaring dat ze beter op eigen inzicht kunnen werken, dan te vertrouwen op de duurzame betrokkenheid van de psycholoog.

Conclusie

In plaats van in te zoomen om de oorzaak, of zelfs een schuldige te vinden werd er in deze situatie uiteindelijk de beweging gemaakt om uit te zoomen. Hierdoor ontstond zicht op het hele systeem. Daardoor ontstaat er ruimte voor andere vragen die zicht geven op de ontstane patronen in de samenwerking op zowel inhoudelijk niveau als betrekkingniveau:

- Van 'Wat hoor ik' naar 'Wat wil hier gehoord worden?'
- Van 'Wat zie ik' naar 'Wat wil hier gezien worden?'
- Van 'Wat heb ik te doen?' naar 'Wat hebben wij te doen?'



Samen verandering organiseren



3.1

Het zit in de muren

(H)erkennen van organisatiedynamieken



Vanessa Olivier - Pijpers, 1980

Orthopedagoog/beleid en management in de gezondheidszorg. Als Projectmanager Complexe zorg werkzaam bij Ipse de Bruggen. Daarvoor werkzaam bij CCE en gepromoveerd bij de Erasmus Universiteit Rotterdam in het onderzoek naar de Invloed van Organisatiecontext op probleemgedrag bij bewoners met een verstandelijke beperking.

Schoppen, slaan, schelden, apathisch of juist seksueel ontremd gedrag... het leidt tot moeilijkheden. In de eerste plaats voor de cliënt zelf, maar ook de effecten op naasten en de (professionele) omgeving zijn groot. Want iedereen kan zich voorstellen dat het iets met je doet wanneer je hier als begeleider regelmatig mee te maken hebt. Mensen stellen zich dan al snel de vraag: waar komt dat gedrag vandaan?

Wanneer deze vraag onbeantwoord blijft, of als het gedrag wordt toegekend aan de beperkingen of stoornis van de cliënt, dan loopt de omgang met het probleemgedrag vast en neemt de zwaarte ervan toe. Als de samenwerking rondom de cliënt dan (logischerwijs) kleine scheurtjes oploopt, bijvoorbeeld door stress of het gevoel van onmacht, is een negatieve spiraal op handen en wordt het verbeteren van de situatie alsmatig ingewikkelder.

Ziektesymptomen van de cliënt lijken een logisch vertrekpunt om te zoeken naar 'de' oplossing. Maar uit onderzoek weten we dat een bredere, meer abstracte context van invloed is op het gedrag van cliënten. Het gaat er daarbij vooral ook om hoe de onderlinge dynamieken in die bredere context zijn. Die dynamieken zijn soms zelfs kenmerkend voor

de organisatie. Dit met als gevolg dat ze vaker van invloed zijn en naar voren komen in meerdere cliëntsituaties. Men verzucht dan wel eens: "Het zit hier in de muren!"

Kernboodschappen

- Wees je bewust van verschillende situatietekenen die invloed hebben op het gedrag van een cliënt en hoe omstanders weer hierop reageren. Situatietekenen kunnen, niet altijd zichtbaar, leiden tot relevante gevoelens van onzekerheid of druk uitoefenen op de relaties rondom een cliënt.
- Situatietekenen kunnen leiden tot spanning in de omgeving en zich uiten als een organisatiedynamiek. Die dynamiek bemoeilijkt het beïnvloeden van probleemgedrag, of leidt zelfs tot vastlopen.
- Zo'n organisatiedynamiek kan zonder interventies ontaarden in een vastlopende vicieuze cirkel.
- Als je kunt signaleren welke situatietekenen van toepassing zijn en welke organisatiedynamieken vastlopen, kun je doelgericht met elkaar aan de slag om te gaan bewegen en de situatie te verbeteren.

De concepten 'situatietekenen' en 'organisatiedynamieken' voor situaties met probleemgedrag zijn in een actieonderzoek ontwikkeld binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg, maar de ontwikkelde manier van kijken laat zich ook in de ouderenzorg goed toepassen [61].

Habib Abdel is de 72 jaar ruim gepasseerd en is al even met pensioen, nadat hij jarenlang als vrachtwagenchauffeur heeft gewerkt. Heerlijk vond hij dat: altijd onderweg en veel van de wereld zien. Buurtgenoten en de gemeenschap omschrijven hem als een sociaal en bewogen persoon die altijd klaar staat voor anderen.

Maar ruim zeven jaar geleden veranderde het gedrag van Habib. Hij ging zwerven, reageerde zonder aanleiding agressief op zijn vrouw en leek te hallucineren. Zijn familie ging op zoek naar antwoorden en na verschillende onderzoeken blijkt er sprake te zijn van dementie. Een zware klap voor zijn vrouw en kinderen, die meermaals om een second opinion vroegen.

Habib's dementie wordt steeds erger en sinds twee jaar accepteert zijn gezin de diagnose. Helaas lukt het hen niet Habib thuis te blijven verzorgen en verhuist hij noodgedwongen naar een zorginstelling in de buurt. Habib heeft het er moeilijk mee. Hij is nog altijd een sociale man en erg gericht op andere mensen. Zijn behoefte aan contact is onverminderd. Zijn dementie beperkt hem echter in het uiten van die behoefte op een sociaal acceptabele manier en hij heeft begeleiding nodig in het contact met anderen. Dat maakt hem afhankelijk van verzorgenden om de dag zonder al te veel onrust door te komen.

De situatie als onmisbare context

Er zijn allerlei relevante kenmerken uit het verhaal van Habib te halen. Zulke 'situatiekenmerken' zijn van grote invloed – en worden vaak onderschat. In het voorbeeld van Habib zien we alle vijf de kenmerken die in het actieonderzoek zijn beschreven.

We zien wat het kenmerk 'overgenomen zorg' inhoudt. Voor iedereen die woont in een zorgsetting, is er een moment geweest waarbij de zorg (deels) werd overgedragen van naasten aan professionals. Wat er dan gebeurt is dat er ook prompt een driehoeksrelatie ontstaat tussen de cliënt, de verwanten en de professionals. Daar moet gezamenlijk invulling aan gegeven worden.

Een ander situatiekenmerk is de 'kwetsbare situatie', waarbij een cliënt vaak meer dan gemiddeld kwetsbaar is. Dat geldt binnen de context van verzorging altijd: cliënten hebben dementie en/of andere stoornissen of beperkingen waardoor zij in meerdere mate afhankelijk zijn van anderen en 'anders' dan de norm worden gezien. Dat lijkt een open deur, maar zeker als je als professionals continu werkt met kwetsbare situaties, dan word je voortdurend en indringend geconfronteerd met deze kwetsbaarheid en bijbehorende tragiek. Hoewel er verschillende mogelijkheden zijn om passend met kwetsbaarheid om te gaan, is de kwetsbaarheid zelf niet 'op te lossen'. Wel kunnen zorgprofessionals (doorlopend) bij zichzelf nagaan of ze voldoende toegerust zijn om met de kwetsbare situatie om te gaan: weet je wat mogelijk en onmogelijk is bij probleemgedrag?

Medewerkers redden het niet altijd om Habib te ondersteunen in zijn sociale behoefte, maar zonder die begeleiding gaat het mis. Medebewoners worden bang voor Habib, die steeds vaker dreigend voor mensen gaat staan.. Soms krijgt hij een duw van anderen of schelden mensen hem uit. De familieleden van de medebewoners uiten hun onvrede over de situatie en dienen verschillende klachten in bij het management en het bestuur. Medewerkers willen zowel voor Habib als voor de medebewoners een prettige woonomgeving, maar voelen ook de druk van buitenaf om de situatie op te lossen. De psycholoog probeert medewerkers hierin te adviseren.

Het kenmerk 'relationele drukte' ontstaat wanneer iemand wordt opgenomen in een zorgsetting en er ontstaat probleemgedrag. Ineens zijn er heel veel partijen betrokken bij de zorg voor een cliënt: verwanten, verzorgenden, psychologen, artsen, paramedici, managers... maar in het voorbeeld van Habib hebben ook de naasten van andere bewoners invloed op zijn situatie. Dat zorgt voor een complex systeem van relaties, die allemaal op hun eigen manier onder druk komen te staan door het ervaren probleemgedrag van de cliënt.

Daarnaast is in het geval van Habib het probleemgedrag 'onkenbaar' – het vierde kenmerk. Men denkt dat zijn gedrag voortkomt uit frustratie en psychoses, maar naar de echte oorzaak van zijn gedrag is het gissen. Zoals in de meeste gevallen is er geen eenduidige oorzaak:

De eerste onderzoeken naar het gedrag van Habib wezen op een Alzheimerdementie. Echter veranderen de symptomen met de tijd en Habib reageert slecht op antipsychotica. Op dat moment lijkt de diagnose Lewy Body dementie beter passend. Hij heeft last van hallucinaties en wisselende alertheid. Daarnaast heeft Habib ook moeite met het begrijpen en verwerken van taal, wat dan weer minder passend is bij Lewy Body Dementie. Er is sprake van een 'linkszijdig neglect'; een stoornis in het verwerken van informatie, waardoor Habib niet opmerkt wat er aan de linkerkant van zijn gezichtsveld gebeurt. Kortom: een complex ziektebeeld, niet helemaal goed te plaatsen bij een van de bekende diagnoses. Het gedrag van Habib is onberekenbaar. Op voor anderen onverwachte momenten begint hij te knijpen, te gooien met spullen, kreten uit te slaan en slaat hij boos tegen deuren en ramen – zowel overdag als 's nachts. Soms is het er ook een poos niet. Ook is er sprake van lichamelijk ongemak vanwege psoriasis en recidiverende hoofdpijn. Van dat alles zou ieder mens gefrustreerd raken...

Het laatste kenmerk, die inherente 'onzekerheid', is een kenmerk dat in alle situaties van probleemgedrag voorkomt. Ongeacht of er werkelijk incidenten zijn, hoe frequent die voorkomen of hoe heftig het is, betrokkenen horen allemaal in het achterhoofd een stemmetje dat zegt: 'Wat als het misgaat? Wat als ik iets doe dat juist probleemgedrag veroorzaakt?'

1996, Spijkenisse



Deze vijf situatiekenmerken zijn bij probleemgedrag altijd aanwezig, maar kunnen ook optreden in situaties waarbij er geen sprake is van probleemgedrag. In beide gevallen wordt vaak onderschat wat ze betekenen voor het samenwerken in het (multidisciplinaire) team én met verwanten. Dit terwijl de kenmerken een belangrijke basis vormen voor hoe zorg wordt georganiseerd en hoe betrokkenen rond de cliënt samenwerken. Ze vormen de basis voor hoe betrokkenen invulling geven aan interactieprocessen, ofwel: organisatiedynamieken.

De invloed van verschillende organisatiedynamieken

De dynamiek tussen betrokkenen bij een cliënt die probleemgedrag vertoont, vormt de organisatiecontext. Organisatiedynamieken zijn er, net als situatiekenmerken, altijd. Per situatie verschilt echter of de essentie van één of meerdere dynamiek(en) vastloopt. Dat gebeurt eigenlijk altijd onbewust; geen van deze betrokkenen heeft de bedoeling om terecht te komen in onderling gedoe rondom de vraag ‘wie schuld heeft aan de situatie van probleemgedrag’, maar dat kan als gevolg van onderlinge interacties wel gebeuren. Onder deze voorbeeldvraag ligt, net als onder de zes andere organisatiedynamieken, een vraagstuk. In de casus van Habib schetsen we een beeld waarbij verschillende dynamieken vastlopen:

Attributie: ‘van wie’ is het probleemgedrag?

Wanneer professionals Habibs gedrag toeschrijven aan zijn persoonlijkheid en diagnostisch profiel, gaan medewerkers daarnaar handelen. “Het hoort nu eenmaal bij zijn psychoses” is een veel gehoorde uitspraak op de werkvloer en men besteedt minder aandacht aan ondersteuning van zijn sociale behoefte. Habib voelt ondertussen dat hij de schuld krijgt van iets waar hij geen controle over heeft en zijn gedrag wordt erger. Er ontstaat een cirkel waarbij professionals het probleemgedrag toeschrijven aan de cliënt en daarnaar handelen, waarna het gedrag alleen maar intensiveert. Het gevolg is dat medewerkers zelf nog maar weinig kijken naar de effecten van hun eigen handelen op Habibs gedrag.

Waarheid: wie heeft er eigenlijk gelijk?

Het multidisciplinaire team rondom Habib overlegt weinig en iedere discipline geeft adviezen vanuit het eigen perspectief over de beste benadering. Het ontbreekt aan een eenduidige, herkenbare benadering van het probleemgedrag en het maakt Habib onrustig, wat resulteert in meer probleemgedrag.

Schuld: aan wie ligt het dat er probleemgedrag is?

Wie doet er niet goed genoeg zijn best, of doet iedereen zijn best maar blijft het gewenste resultaat uit? Omdat het maar niet lukt om de situatie voor en met Habib te verbeteren, ontstaat in het team de neiging om een ander de schuld te geven. Je herkent de schuldynamiek aan uitspraken als “Als de dagdienst beter had overgedragen, dan was Habib nu niet gaan gooien met spullen”.

Invloed: wie bepaalt wat?

Hierbij draait het om de samenwerking tussen zorgprofessionals en naasten. Wie van de partijen bepaalt wat de beeldvorming is en wat er in Habib zijn dossier staat? Of welke acties worden uitgezet? Indien dat de professionele zorg is, ervaart de familie nog wel eens dat er niet naar hen wordt geluisterd. Het gevolg kan zijn dat familie en naasten extra vaak langs komen en de zorg overnemen. Professionals ervaren dat op hun beurt alsof ze onvoldoende ruimte krijgen om goede zorg te bieden.

Erkenning: wordt iedereen gezien?

In deze dynamiek loopt het vast op dat betrokkenen zich niet serieus genomen voelen. Wanneer Habib boos is, leidt dat tot heftige incidenten. Sommige verzorgenden trekken zich dat persoonlijk aan, nemen dat rotgevoel ‘mee naar huis’ en kroppen dit op. Hun leidinggevende heeft onvoldoende oog voor wat er speelt bij individuele medewerkers en op welke manier dit hen beïnvloedt. Dat leidt ertoe dat medewerkers langzaam uitblussen en dus minder goed hun werk kunnen doen; iets waar Habib heel gevoelig voor is.

Vorming: ligt er een stevige basis?

In de zorgsetting waar Habib woont, zijn personeelstekorten. De werkdruk is hoog en er valt regelmatig iemand langdurig uit of de planning moet op creatieve wijze rondkomen. Daardoor ziet Habib veel verschillende gezichten én wisselt het werksysteem van samenstelling. Daardoor wordt de aanpak van de situatie van Habib ineffectief, wat de druk weer vergroot... wat weer leidt tot een hogere uitval, wat leidt tot... enzovoorts.

Afhankelijkheid: wie organiseert de randwoordwaarden?

Organiseren de direct betrokkenen ook de randvoorwaarden of zijn ze afhankelijk van anderen waar ze weinig contact mee hebben? Zoals in het geval van Habib, waarbij door regelgeving van de zorginstelling waar hij verblijft simpele dingen als puzzels niet ‘even’ voor hem gekocht kunnen worden; dat moet via een centraal punt verlopen. Dat frustriert de familie én de medewerkers. Vanwege de hoge mate van bureaucratie voelen direct betrokkenen zich niet meer bij machte de situatie te verbeteren. Het management vindt dat het juist op de werkvloer begint. Om de situatie aan te pakken ‘kijkt iedereen naar elkaar’.

Alle hierboven genoemde organisatiedynamieken hebben in de casus van Habib op hun eigen manier effect op de samenwerking tussen de betrokkenen bij de zorg. Afhankelijk van de specifieke situatie zijn de vraagstukken die onder de ene dynamiek liggen, complexer of in meerdere mate aan het vastlopen dan bij de andere. Hoe het ook zij, als de dynamiek vastloopt, stukt ook het vinden van verbeteringen bij probleemgedrag. Maar wanneer je je bewust bent welke vraagstukken onder een vastlopende situatie liggen en je de invloed ervan op de situatie doorziet, krijg je meer inzicht in waarom het maar niet lukt met elkaar. Dan kun je gaan bewegen om de situatie te verbeteren.

Herken, erken en beweeg

Iedere dynamiek heeft zo haar eigen bewegingsmechanismen om vastlopende situaties rond probleemgedrag weer vlot te trekken, maar het begint bij bewustwording en erkenning van het feit dat er vaak grotere, of meer abstracte, krachten van invloed zijn op het gedrag dan vooraf wordt gedacht. De kunst van 'bewegen bij probleemgedrag' is uitzoemen en gevoel krijgen bij de bredere context rondom een cliënt, zodat je interventies kunt inzetten die een positieve uitwerking hebben op de dynamieken.

In de situatie van Habib Abdel kiest het team ervoor om te beginnen met interveniëren in de directe begeleiding: verzorgenden, psycholoog en manager hebben met elkaar ruimte gemaakt voor ieders emoties, die het probleemgedrag dat Habib vertoonde, oproept. Door de dilemma's die de zorg aan Habib bracht te bespreken, wordt er stil gestaan bij hoe iedereen de situatie ervaart en wat dat voor effect heeft op het handelen. Medewerkers die op het punt van instorten stonden door de heftigheid van de situatie, voelen zich gehoord, gezien en erkend.

Ook wordt ingezet op het meer betrekken van het multidisciplinaire team bij de situatie van Habib en gaan verzorgenden met elkaar in gesprek over wat voor iedereen een goede samenwerking betekent.

Zo komt het multidisciplinaire team meer in nabijheid en biedt proactief steun aan de verzorgenden. Alle professionals vormen zo samen een stevige basis om de situatie het hoofd te bieden. Medewerkers krijgen het gevoel dat er vanuit alle hoeken mensen met hen samen willen werken aan het verbeteren van de situatie van Habib, waardoor alle betrokkenen zich niet langer afhankelijk, maar verantwoordelijk voelen om daaraan bij te dragen.



2001, Rotterdam

Conclusie

Het herkennen en erkennen van de dynamieken stelt je in staat om te gaan bewegen bij vastlopende situaties van probleemgedrag. Dat bewegen zit hem in: het onderzoeken van de interacties, 'verstandig doormodderen' en 'horizontaal puzzelen'. In het boek over het actieonderzoek staan verschillende bewegingsmechanismen uitvoerig beschreven [61]. Naast het boek biedt CCE ook een online wegwijzer, een spel en werkvormen voor de dagelijkse praktijk op de werkvloer [62]. Daarmee kan niet alleen het leven van Habib verbeterd worden, maar dat van nog veel meer mensen in de zorg, die van begeleiding en behandeling afhankelijk zijn.

3.2

Welbevinden als leidraad

Een ander model implementeren in de ouderenzorg



Debby Gerritsen, 1973

Hoogleraar welbevinden in de langdurige zorg bij het Radboudumc, verbonden aan het Radboud Alzheimer Centrum en het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen. Onderzoekt hoe verbetering van het welbevinden van kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen thuis en in zorgorganisaties mogelijk is.

Welbevinden, of kwaliteit van leven, geldt steeds meer als primair doel in de langdurige zorg. Maar wat houdt welbevinden eigenlijk in? En hoe bereiken en ondersteunen we welbevinden in de praktijk?

Kernboodschappen

- Het welbevinden van cliënten op lichamelijk, geestelijk en sociaal opzicht is het uitgangspunt in de langdurige zorg.
- De psycholoog kan welbevinden op de agenda van multidisciplinaire overleggen krijgen én houden en het zorgteam helpen om de dagelijkse zorg te verlenen met oog voor welbevinden.
- Ondersteuning van het welbevinden is in drie typen onder te verdelen: ondersteuning bij het inzetten van zelfmanagementvaardigheden, ondersteuning bij het aanreiken van externe hulpbronnen en, pas in derde en laatste instantie, het 'overnemen' en het vervullen van behoeften, ongeacht wat de cliënt zelf doet.

Mensen die in een verpleeghuis wonen beoordelen de tevredenheid met hun leven met een ruime voldoende. Toch geven ze ook aan dat ze zich eenzaam voelen (60%), moeite hebben met het vinden van betekenis (40%) of minder levenslust ervaren (30%) [63] [64]. Onderzoek laat zien dat er verschillende aspecten zijn van welbevinden. Wat wel duidelijk is, is dat het gaat over de mate waarin iemand zich in lichamelijk, geestelijk en sociaal opzicht gelukkig en tevreden voelt. Welbevinden is een zogenoemd 'positief concept'; het gaat niet alleen over het verlichten van lijden of om het oplossen van een probleem, maar juist ook over het stimuleren van het positieve [65].

Een theorie over welbevinden

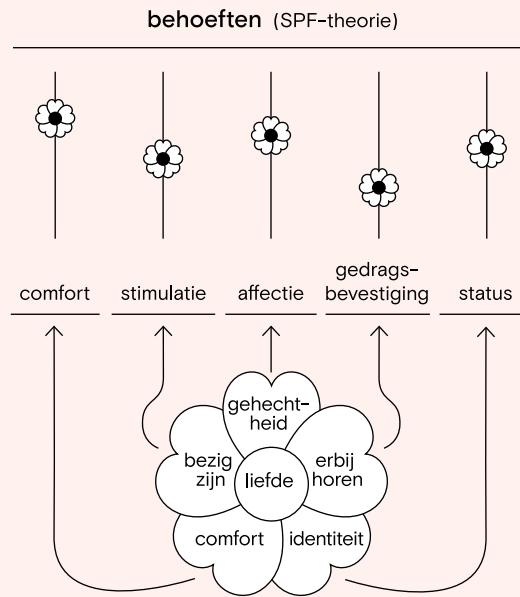
Een theorie die kan helpen om zorg in te richten vanuit een welbevindenperspectief, is de combinatietheorie van de Sociale Productie Functies - Zelf Management van Welbevinden (SPF-ZMW). Het uitgangspunt van deze theorie is dat mensen welbevinden ervaren als zij vijf basisbehoeften kunnen vervullen. Mensen streven dit allemaal bewust of onbewust na en zetten daarbij allerlei persoonlijke hulpbronnen in. Die hulpbronnen kunnen materieel zijn (zoals een auto of geld) of mensen (denk aan een partner of kinderen) en persoonlijke vaardigheden (waaronder initiatief nemen, ergens moeite voor willen doen, of geloof in eigen kunnen) [66] [67].

Probleemgedrag kan in deze benadering worden gezien als een signaal dat het vervullen van deze behoeften niet goed lukt; een signaal van onvervulde behoeften of een signaal dat iemand behoeften aan het vervullen is op een manier die door anderen als verstorend of bijzonder kan worden ervaren.

Loes Lukito is 75 jaar en van Indonesische afkomst. Ze is na de Tweede Wereldoorlog naar Nederland verhuisd met haar ouders en heeft in Breda haar man leren kennen. Ze zijn getrouwd en hebben vijf kinderen gekregen. Inmiddels is haar man overleden en woont Loes alleen. Vijf jaar geleden is er bij Loes vasculaire dementie vastgesteld. De laatste jaren is ze zich steeds meer gaan terugtrekken. Ze zorgt niet zo goed voor zichzelf, eet slecht en wordt steeds vergeetachtiger. Daarnaast is ze somber; ze vindt het fijn dat haar kinderen langskomen, maar wil verder vooral in bed liggen. De casemanager vraagt de psycholoog om mee te denken: hoe kan Loes weer wat meer gaan deelnemen aan het leven buitenshuis?



2003, Oud-Beijerland



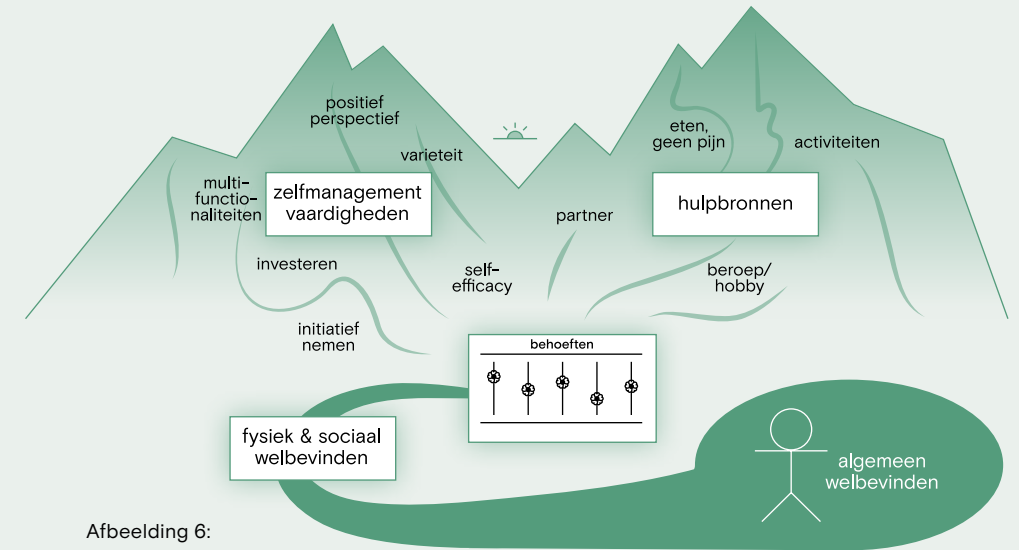
Afbeelding 5:
SPF-ZMW theorie [25]

In SPF-ZMW-theorie zijn de vijf basisbehoefden als volgt omschreven (zie: afbeelding 5):

- 1 Comfort - dat je comfortabel bent, genoeg eten en drinken hebt, geen pijn.
- 2 Stimulatie - dat je op een manier actief bent die genoeg is en bij jou past.
- 3 Affectie - het ontvangen en geven van genegenheid, liefde en zorg aan elkaar.
- 4 Gedragsbevestiging - het gevoel dat je de goede dingen doet in je eigen ogen en in de ogen van de mensen waar je graag bij hoort.
- 5 Status - dat er ruimte is je te onderscheiden, voor unieke kenmerken, talenten of bezittingen.

Deze basisbehoefden zijn ook een goed vertrekpunt bij het werken aan welbevinden van mensen met dementie. Dat is te zien aan de overlap van deze behoeften met de basisbehoefden die Kitwood formuleerde (zie: afbeelding 5).

De psycholoog gaat op huisbezoek en heeft een eerste gesprek met Loes, haar dochter en de casemanager. Samen kijken ze naar wat er veranderd is. Loes is door de vergeetachtigheid onzeker geworden en het zit niet in haar aard om snel hulp te vragen. Samen met haar man was ze actief bij de kerk maar hier gaat ze niet meer heen omdat ze bang is dat ze rare dingen zegt wanneer ze in gezelschap is. Loes vindt het ook moeilijk om er met de kinderen over te praten, die wil ze er niet mee belasten. Koken voor de hele familie lukt niet goed meer, dus blijft ze liever thuis.



Afbeelding 6:
Basisbehoeften [25]

Als we kijken naar SPF-ZMW-theorie worden de basisbehoefden stimulatie, affectie, gedragsbevestiging en status onvoldoende vervuld. Loes is onvoldoende in staat om zelf hulpbronnen in te schakelen. Hierdoor ontstaan stemmingsproblemen.

Welbevinden ondersteunen

Gedurende het leven kunnen hulpbronnen verdwijnen en doelen onbereikbaar worden. Denk aan het verlies van een partner, niet meer kunnen autorijden of zelfstandig kunnen blijven wonen. Zelfmanagementvaardigheden helpen mensen dan om toch welbevinden te ervaren, bijvoorbeeld door het zoeken van andere hulpbronnen of met meer focus op andere doelen.

Zelfmanagementvaardigheden gaan over hoe je jezelf en anderen ziet, het beheersen van je emoties en het reageren op negatieve situaties. De manier waarop mensen hun zelfmanagementvaardigheden kunnen inzetten kan veranderen als mensen kwetsbaar worden. Dat vraagt aanpassing en ondersteuning van het welbevinden vanuit de omgeving. De vraag is natuurlijk hoe je dat vormgeeft.

Volgens SPF-SMW-theorie zijn andere mensen altijd onmisbaar bij het vervullen van onze behoeften. Dit betekent onder andere dat het gedrag van hulpverleners nauw samenhangt met het welbevinden van cliënten [68] [69] [70]. Communicatievaardigheden, emotioneel investeren, reflectie op het eigen gedrag en dat van de ander en het tonen

van leiderschap zijn cruciale vaardigheden. Deze vaardigheden maken het mogelijk om steeds weer bij te stellen en adequaat te reageren op dat wat op je afkomt. Bovendien geldt het principe van wederkerigheid ook voor mensen die zorg nodig hebben: zij willen bijdragen en een ander (inclusief hun zorgverlener!) iets te bieden hebben.

Benaderingen zoals de presentietheorie en relatiegerichte zorg zijn hierop gebaseerd. Zo wordt het welbevinden van de cliënt ondersteund, maar ook dat van de zorgverlener [71] [72].

Onderzoek van Vilans laat zien dat zorgmedewerkers in verpleeghuizen betwijfelen of zij daadwerkelijk bij kunnen dragen aan meer regie en zelfredzaamheid van de cliënten [73] [74]. Persoonsgerichte zorg is een zoektocht naar de balans tussen zelfredzaamheid en ondersteuning. Hoeveel regie kun je bij de cliënt leggen en hoeveel regie wil de cliënt zelf eigenlijk? In deze zoektocht zijn de rol en positie van de zorgverlener heel belangrijk. Het gaat allereerst om het weten wat de behoeften en hulpbronnen precies zijn voor een individuele cliënt. Daarna is de vraag hoe je de ondersteuning inricht.

Ondersteuning van het welbevinden is in drie typen onder te verdelen: ondersteuning bij het inzetten van zelfmanagementvaardigheden, ondersteuning bij het aanreiken van externe hulpbronnen en, pas in derde en laatste instantie, het 'overnemen' en het vervullen van behoeften, ongeacht wat de cliënt zelf doet. Ondersteunen van de zelfmanagementvaardigheden kan bijvoorbeeld door het voeren van gesprekken over hulpvragen met de psycholoog of deelname aan een gespreksgroep waarin dit aan de orde komt. Bij ondersteuning bij het aanreiken van externe hulpbronnen kan gedacht worden aan de inzet van een vrijwilliger. Ook kan dit betekenen dat er een mediatieve behandeling gestart wordt, waarbij zorgprofessionals de cliënt activeren en stimuleren tot passende, zinvolle dagbesteding. Bij het overnemen kan gedacht worden aan zintuigactivering, helpen met eten en drinken en het overnemen van zaken als wassen en aankleden.

De psycholoog kan in de rol van (regie)behandelaar, consultant, beleidsmaker of onderzoeker op verschillende niveaus nadruk leggen op welbevinden als doel van zorg en als sturingsprincipe op het gebied van visie en beleid [75]. Deze kan welbevinden op de agenda van multidisciplinaire overleggen krijgen én houden en het zorgteam helpen om de dagelijkse zorg te verlenen met oog voor welbevinden. In praktische zin kan de psycholoog de welbevindenbronnen en -behoeften van een cliënt in kaart brengen en zorgmedewerkers aansturen als deze de cliënt ondersteunen bij het vervullen van die behoeften. Door zorgteams te helpen bij het zo vroeg mogelijk leren kennen van de cliënt en diens behoeften, kunnen zorgteams het welbevinden stimuleren en mogelijk probleemgedrag voorkomen. Hierbij heeft de psycholoog een sterk motiverende rol en kan inzichtelijk maken dat een positief perspectief niet alleen een goede uitwerking heeft op de cliënt, maar ook op het welbevinden van het zorgteam zelf.

De psycholoog en Loes zoeken samen naar andere, haalbare doelen. Samen onderzoeken ze hoe zij om hulp kan leren vragen. Als één van de kinderen meegaat wil Loes de kerk wel weer een keer bezoeken. Haar dochter stelt voor om de familierecepten samen op te schrijven en er een familieboek van te maken. Verder wordt de thuiszorg ingeschakeld. Zij komen 's ochtends langs om Loes te helpen bij het opstarten van de dag.

De psycholoog blijft Loes een tijdje volgen, langzaamaan gaat het wat beter met haar stemming. Het om hulp vragen blijft lastig, maar het welbevinden is toegenomen. Loes komt weer meer onder de mensen en redt zich voldoende met het steunsysteem dat om haar heen is.

Welbevinden in de praktijk brengen

Welbevinden centraal zetten, bij cliënten in de thuiszorg en bij bewoners van zorginstellingen, dat vraagt om innovatie. Innoveren is complex. Er bestaan veel barrières voor implementatie van innovaties. Dit kunnen moeilijk beïnvloedbare zaken zijn, zoals bezuinigingen en personele krapte, maar denk ook aan zaken die voorkomen of aangepakt kunnen worden. Dit gaat bijvoorbeeld over onvoldoende commitment van het management, te weinig tijd beschikbaar maken of een negatieve houding van professionals tegenover de verandering. Zaken die juist helpen bij het implementeren van innovaties zijn onder andere tijd en middelen voor de implementatie, een cultuur gericht op innovatie en kennis over implementatieprocessen [76]. En vooral: een planmatige aanpak. Zo'n implementatieproces is op te delen in de 5 stappen: voorbereiden, organiseren, informeren, participeren en evalueren & borgen.

Meer informatie over dit proces en het maken van en implementatieplan is terug te vinden op de websites van ZonMW en het UKON.

Conclusie

Oog voor welbevinden in de zorg kan veel opleveren voor zowel cliënt, naaste als professional. Het vraagt inzicht in het welbevinden van een cliënt en in hoe 'het werkt' voor die cliënt en vervolgens specifieke vaardigheden van de professional bij het ondersteunen ervan. Werken vanuit een welbevindenperspectief gaat niet zomaar. Het integreren van innovaties is een complex implementatieproces dat om een planmatige aanpak vraagt: implementeren moet je leren!



2005, Haastrecht

3.3

“Zo doen wij dat”

Anders kijken én anders doen in de persoonsgerichte zorg



Bernadette Willemse, 1983

Psycholoog en bestuurder van woonzorgboerderij Reigershoeve. Gaf bij het Trimbos Instituut leiding aan onderzoeksteam op het gebied van mantelzorgondersteuning, kleinschalig wonen voor mensen met dementie en persoonsgerichte zorg. Gepromoveerd op het thema werkomstandigheden van verzorgenden en persoonsgerichte zorg.



Dieneke Smit, 1985

Gezondheidswetenschapper en psycholoog. Bestuurder van woonzorgboerderij Reigershoeve. Deed bij het Trimbos Instituut aan wetenschappelijk onderzoek naar verschillende vormen van verpleeghuiszorg voor mensen met dementie. Gepromoveerd op de relatie tussen activiteiten en kwaliteit van leven bij mensen met dementie in de verpleeghuizen.

Werken in de zorg voor mensen met dementie is boeiend, mooi, en soms ook uitdagend. Zeker wanneer er gedrag ontstaat dat voor de persoon zelf of zijn omgeving moeilijk is om mee om te gaan. Vaak spreken we in onze sector dan over probleemgedrag van de persoon met dementie.

De multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie geeft als omschrijving van goede zorg voor mensen met dementie: ‘zorg die uiting geeft aan een gedeelde en persoonsgerichte visie, waarbij de psychologische behoeften van mensen met dementie leidend zijn’. Met deze aandacht voor het bieden van persoonsgerichte zorg is er in de richtlijn voorzichtig wat aandacht voor preventie van ‘probleemgedrag’. Kansen voor preventie zijn er veel! Dit hoofdstuk laat aan de hand van praktijkvoorbeel-

den zien hoe bij woonzorgboerderij ‘Reigershoeve’ in Heemskerk een gunstige woonleefomgeving voor mensen met dementie vormgegeven wordt.

Kernboodschappen

- Zieke mensen hoeven zich niet beperkt of ziek te voelen, wanneer de omgeving ervoor zorgt dat zij geen hinder van hun beperkingen ervaren.
- In de langdurige zorg voor mensen met dementie is meer aandacht nodig voor de preventie van ‘probleemgedrag’. De kern hiervan is het creëren van een gunstige omgeving voor mensen met dementie, een omgeving waarin zij optimaal kunnen functioneren.
- Dat wat wij probleemgedrag van degene met dementie noemen, is dikwijls een uiting van een zogenaamde ‘misfit’ tussen de persoon en zijn omgeving.

Preventie versus symptoombestrijding of behandeling

De omgeving waarin mensen met dementie leven in instellingen is sterk bepalend voor hoe zij kunnen functioneren en het gedrag dat zij laten zien. Een duidelijke en goed geïmplementeerde visie over hoe de fysieke, maar vooral sociale omgeving vorm te geven, is dan ook essentieel. Maar de praktijk is vaak weerbarstig; preventie van ‘probleemgedrag’ wordt helaas nog altijd minder serieus genomen dan symptoombestrijding of behandeling op het moment dat het gedrag eenmaal ontstaan is.

Aandacht voor preventie middels een goede woonleefomgeving is niet alleen belangrijk in woonzorgvoorzieningen, maar ook voor de snel groter wordende groep thuiswonende mensen met dementie. Mensen met dementie willen zelf vaak optimaal blijven functioneren in hun eigen omgeving en ook de maatschappij streeft naar ‘thuis als het kan’ [77]. Daarbij is het streven dat er voor iedereen, hoe bijzonder of ingewikkeld een zorgvraag ook is, een passende plek is waar je erbij hoort en de ondersteuning beschikbaar is die je nodig hebt. Vanuit deze gedachte zijn er in Nederland in de langdurige dementiezorg al decennialang psychologen, deskundigen op het gebied van gedrag, werkzaam en dat is een groot goed. Maar benutten we de aanwezigheid van deze beroepsgroep wel voldoende om het woonleefklimaat voor mensen met dementie te optimaliseren? En zien zij dit zelf ook als een wezenlijk onderdeel van hun takenpakket? En achten zij zich hiertoe voldoende toegerust?

Het belang van een gunstige omgeving

De grondlegger van ‘person centered care’ Tom Kitwood schreef al in 1997 hoe de omgeving van mensen met dementie hun functioneren, en zelfs hun mens-zijn, kan ondermijnen of juist versterken [25]. Aan de hand van observaties liet hij zien hoe sterk mensen met dementie, zeker in een meer gevorderd stadium, voor het vervullen van hun

psychologische behoeften (denk bijv. aan erbij horen, identiteit, gehechtheid) afhankelijk zijn van hun omgeving. Daarnaast beschrijft hij hoe een ongunstige omgeving voor mensen met dementie ervoor kan zorgen dat zij meer beperkt raken of achteruitgaan dan je op basis van hun daadwerkelijke hersenschade zou verwachten. Ook de WHO (World Health Organization) onderstreept het belang van een goede omgeving voor een positief ervaren gezondheid. Zieke mensen hoeven zich niet beperkt of ziek te voelen, wanneer de omgeving ervoor zorgt dat zij geen hinder van hun beperkingen ervaren. [78]. En vanuit deze, wetenschappelijk onderbouwde, overtuiging dat de woonleefomgeving voor mensen met dementie van cruciaal belang is, hebben Dieneke en Henk Smit woonzorgboerderij Reigershoeve in Heemskerk voor mensen met dementie opgezet.

Pieter de Vries verhuist naar Reigershoeve, na ruim anderhalf jaar in een naburig verpleeghuis te hebben gewoond. Pieter heeft gevorderde Alzheimer, komt met een zorgprofiel 'VVO7' en flink wat psychofarmaca. In de overdracht staat dat hij niet meer kan praten, terwijl hij tot enkele maanden geleden nog zong. Hij kan flink boos worden, schreeuwen en van zich afslaan. Lichamelijke verzorging, en met name het douchen, is moeilijk. Als Pieter een aantal dagen in Reigershoeve woont, begint hij weer te zingen. "Oooooo, wat ben je mooi!" galmt het door de woonkamer.

De huiselijke en overzichtelijke omgeving doet hem goed. De zorgmedewerkers inventariseren vervolgens zo goed mogelijk zijn zelfzorggewoonten. Zij volgen het ritme van Pieter: rustig uitslapen en wakker worden. Dan is er ruimte om samen te zingen en muziek te draaien. Regelmatig maakt hij een wandeling door de tuin. Bij het douchen communiceren de zorgmedewerkers enkel met gebaren zodat de muziek lekker hard aan kan, waardoor douchen al gauw een feestje wordt. Door de dag op Pieters tempo te doorlopen en zijn voorkeuren – zoals het draaien van muziek – te integreren in de zorg, komt agressie eigenlijk niet voor op Reigershoeve, alleen bij het scheren. Dat gebeurt dan ook zo min mogelijk. De medicatie wordt afgebouwd.

Reigershoeve

Op woonzorgboerderij Reigershoeve wonen 27 mensen met dementie. Daarnaast bezoeken zo'n 30 mensen met dementie wekelijks één of meerdere dagen de Ontmoetingsplek en is er sinds oktober 2022 ook de mogelijkheid voor mensen met dementie om te komen logeren. De visie is om er in de sociale gemeenschap van Reigershoeve voor te zorgen dat mensen met dementie zoveel mogelijk vrijheid krijgen, als mens gezien blijven worden en dat zij goede zorg ontvangen die aansluit op hun behoeften.

De ervaringen op Reigershoeve illustreren dat wat in de ouderenzorgsector 'probleemgedrag' is gaan heten, vaak een uiting is van 'person-environment misfit' [79] [64]. Door de omgeving, tempo of manier van communiceren aan te passen en negatieve emoties te minimaliseren is probleemgedrag dikwijls te voorkómen.

Een prothetische omgeving

Op Reigershoeve staat het bewustzijn dat het al dan niet creëren van een gunstige omgeving, bewoners kan 'maken of breken' centraal in de manier van werken. We spreken ook van een 'prothetische omgeving'. Een omgeving die, net als een prothese als je bijvoorbeeld een deel van een arm of been mist, je ondersteunt om te kunnen functioneren. In die visie gaat iedereen uit van wat wél kan en is het uitgangspunt altijd 'ja, tenzij'. Dat gaat overigens niet vanzelf. Het is en blijft hard werken en vergt veel met elkaar in gesprek gaan. Een gunstige omgeving gaat van een aantal zaken uit:

- Een gunstige, ofwel prothetische, omgeving
- Anders kijken: inventariseer onvervulde behoeften
- Anders kijken: wees kritisch op je eigen gedrag
- Bied een huiselijke omgeving
- Garandeer maximale vrijheid van bewegen en kiezen
- Zorg dat er voldoende te beleven is
- Creëer voldoende rustmomenten en vermijd overbodige prikkels
- Organiseer alleen dat wat er écht toe doet
- Creëer een klimaat van openheid en gelijkwaardigheid
- Ga voortdurend met elkaar en met familie het gesprek aan om de visie levend te houden

Een gunstige omgeving begint met anders kijken

Mensen met dementie hebben evenveel waarde als ieder ander. Zie hen allereerst als medemens; een persoon met een eigen persoonlijkheid en levensgeschiedenis. Natuurlijk is het belangrijk voor zorgmedewerkers om kennis te hebben van dementie en hier rekening mee te houden, maar voorop staan behoeften die gelden voor ieder individu. Streef ernaar samen een sociale gemeenschap te vormen, waarin voor iedereen plek is met al zijn eigen persoonlijke eigenaardigheden en gekkigheden. Dit helpt om uitingen van bewoners te begrijpen, gedrag te zien in de context van karakter en dit te accepteren. Door deze houding wordt soms moeilijk gedrag, minder snel als probleem ervaren. Daarnaast is het belangrijk kritisch naar ieders eigen aandeel in het gedrag van een bewoner te kijken: herken en erken dat veel gedrag ontstaat in reactie op mensen in de omgeving. Zoek bij probleemgedrag allereerst samen naar oorzaken en welke behoeften er aan gedrag ten grondslag liggen.

Je thuis en vrij kunnen voelen

Iedereen ziet het belang van 'je eigen gang kunnen gaan' en het gevoel van regie hebben voor een goede kwaliteit van leven – dat is voor mensen met dementie niet anders. Dat gevoel bereik je het beste op het moment dat iemand zich thuis voelt. Daarom hebben de woningen van Reigershoeve een huiselijke sfeer. Praktisch zijn personeelstoiletten, standaardinrichting van de appartementen en hoog-laagbedden uit den boze, tenzij die écht nodig zijn voor de zorg van de bewoner. De combinatie van huiselijkheid en afzien van een 'instellingsuitstraling', maakt dat er relatief weinig aanleiding is om je ergens tegen te verzetten of opstandig te zijn. Zoals een bewoner aangaf: "Ik voel me hier heel vrij. Kan alles doen wat ik wil. Ik wil niet zo gek veel natuurlijk en geen gekke dingen. Maar ik ben vrij om te gaan en staan waar ik wil."

Rust én iets te beleven

Een goede balans tussen reuring en rust is essentieel voor mensen met dementie. Daarin kan de inrichting van woningen en organisatie van het terrein voorzien. Biedt de mogelijkheid om prikkels op te zoeken, breng leven de woningen in, maar laat genoeg ruimte en rust voor mensen om zich terug te trekken, zowel binnen als buiten.

De prikkelverwerking is bij veel bewoners niet meer optimaal en daarom is het belangrijk dat de aandacht daar kan zijn waar hij moet zijn. Daarnaast is het belangrijk om voortdurend in gesprek te zijn met collega's, familie en naasten over hoeveel en welke prikkels 'een fijne dag' maken. Soms betekent dat bijvoorbeeld een familielid erop wijzen dat luidruchtig de huiskamer binnenkomen een intiem moment kan verstoren. Of een collega erop aanspreken niet luidruchtig over je vakantie te vertellen aan collega's, zonder de bewoners bij het gesprek te betrekken. Een goede balans van rust en inspanning, met nadruk op passende en zinvolle tijdsbesteding kan de inzet van psychofarmaca drastisch verminderen.

2011, Spijkenisse



Mirjam de Windt heeft al op relatief jonge leeftijd dementie gekregen. Ze houdt van lange wandelingen in haar eentje, maar haar conditie wordt minder en ze loopt wankel. Ze heeft veel last van afasie. Doordat ze haar energie niet kwijt kan en ze haar gedachten niet goed kan uiten, is ze vaak onrustig. Daarom, en omdat men vermoedt dat ze hallucineert, krijgt zij in de thuissituatie antipsychotica toegediend. Maar de onrust blijft. Soms is ze verdrietig of boos en slaat zij haar man en de thuiszorgmedewerkers.

Eenmaal op Reigershoeve zien de zorgmedewerkers dat ze er behoefte aan heeft om af en toe haar verhaal kwijt te kunnen, zonder dat het een probleem is dat ze de woorden niet kan vinden. Daardoor nemen de intense emoties af, maar als ze er zijn, krijgen ze de ruimte. Ze is af en toe nog steeds gefrustreerd, maar even samen schreeuwen helpt. Dat doet haar soms huilen, om daarna weer te kunnen lachen. Bij Reigershoeve loopt Mirjam grote rondes over het terrein, ook al valt ze af en toe. Daardoor wordt ze sterker en binnen enkele weken loopt zij weer met stevige pas rond. De arts bouwt stapsgewijs het antipsychoticum af. Af en toe hallucineert Mirjam, maar dit zijn doorgaans 'prettige beelden' zoals het zien van een lief dier of kind dat rondloopt. Gezien de bijwerkingen van antipsychotica op haar lichamelijke conditie en mobiliteit, wordt besloten de hallucinaties niet medicamenteus te behandelen en Mirjam nabijheid te bieden als ze angstig, verdrietig of boos is. Haar man geeft aan dat Mirjam 'zichzelf weer is'.

Alleen dat organiseren dat er écht toe doet

Een belangrijke stelregel is: organiseer alleen dat wat echt betekenis heeft voor mensen met dementie en andere betrokkenen. Spendeer zoveel mogelijk van het geld aan de inzet van medewerkers in de woningen. Hierdoor is er ook tijd en ruimte om in te spelen op de behoeften van bewoners en voelen collega's rust om bijvoorbeeld zitten en koffiedrinken ook als werk te zien. Dat komt zorg én werkdruk ten goede. Zie ook het met elkaar werken vanuit een duidelijke visie niet als vanzelfsprekend. Organiseer daarom tijd voor reflectie, bijvoorbeeld in ontwikkelgesprekken, werkoverleggen, omgangsoverleggen met de psycholoog, teamberaad met een externe coach en twee keer per jaar een 'visiedag' voor het hele team. Ook contact met de naasten van de mensen met dementie en de vrijwilligers op Reigershoeve krijgt veel aandacht.

Veilige en gelijkwaardige cultuur

Deze pijlers dragen bij aan een veilige en gelijkwaardige cultuur en sfeer. En alleen vanuit een veilige sfeer kan iedereen met elkaar sparren en durf je om hulp te vragen. Zonder hiërarchie en voetstukken kunnen medewerkers, artsen, psycholoog en bestuurders gelijkwaardige gesprekspartners zijn, want samen komen we altijd verder en ieders perspectief is evenveel waard. Deze basis helpt ons steeds samen te blijven zoeken naar een nog beter passende omgeving en betere situatie voor de bewoners en hun naasten. Die cultuur is wel eens wennen voor nieuwe behandelaren. Medewerkers stellen ook artsen kritische vragen en bellen hen direct op als er iets vergeten is of als zij ergens een andere kijk op hebben. Uiteindelijk zijn er veel behandelaren te vinden die juist goed gedijen bij een duidelijke zorgvisie van de organisatie en de resultaten hiervan zien.

Conclusie

Volgens de visie én ervaring van Reigershoeve, is er in veruit de meeste gevallen in onze sector, de VVT, géén sprake van probleemgedrag... maar een 'person-environment' misfit. Wie de uitdaging aangaat om met alle betrokkenen rondom mensen met dementie een goede 'fit' te bereiken en 'een fijne dag' weer voorop te stellen, zal ervaren dat het thema probleemgedrag langzaam maar zeker meer naar de achtergrond verdwijnt.



2019, Hoek van Holland

Tot slot

Een blik op de toekomst

Een bestuurder aan het woord



Vivian Broex, 1973

Studeerde Gezondheidswetenschappen, Beleid en Beheer. Heeft functies in het zorgveld bekleed bij onder andere de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RvZ) en een zorgverzekeraar. Sinds 2002 is ze bestuurder bij diverse thuis-, kraam- en ouderenzorgorganisaties. Tussen 2017 en 2023 was zij voorzitter van Raad van Bestuur van Zorgspectrum. Sinds februari 2023 is zij lid van de Raad van Bestuur van het Diakonessenhuis. Vivian ziet een grote uitdaging in de organisatie van de zorg voor de toekomst, met aandacht voor eigen regie van de mensen die zorg nodig hebben

Gezamenlijke opdracht

Het is lastig voor te stellen hoe de maatschappij er in 2040 uitziet. De kerngegevens liegen er niet om: twee miljoen meer 65-plussers dan anno 2023, het dubbele aantal mensen met dementie en minder mantelzorgers. In 1990 waren er vijf werkenden op één gepensioneerde, in 2040 zijn dat er twee op één [80]. Als de zorg op dezelfde manier georganiseerd blijft zoals nu, dan betekent dit dat één op de twee of drie personen van toekomstige beroepsbevolking moet kiezen voor de gezondheidszorg. Het garanderen van zorg voor iedereen is dus een immense opgave waarbij de vraag moet worden gesteld: *kán* het anders?

Indien we de zorg ook in de toekomst goed, betaalbaar en toegankelijk willen houden, dan is het de hoogste tijd om ons te bezinnen waar de mogelijkheden liggen en wat er *wél* kan. De urgentie om te vernieuwen is groot en de uitdagingen zijn dermate omvattend dat oplossingen voor de vraagstukken in de zorg niet alleen vanuit de zorg kunnen komen.

Het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport presenteerde in juli 2022 de toekomstvisie voor de ouderenzorg met het programma Wonen en Ondersteuning Zorg voor Ouderen [11]. Het programma zet samen met partners in op een zorgsysteem waarbij zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen centraal staat. Daartoe moet de ondersteuning en zorg voor ouderen zich aanpassen op het zo lang mogelijk behouden van eigen regie en zelfstandigheid. Onder het mom 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' zouden zware en lastige zorgvragen uitgesteld kunnen worden, of zelfs worden voorkomen.

De oudere van de toekomst zal voorbereid moeten zijn op het voeren van eigen regie en zich inspannen voor behoud van vitaliteit en zelfredzaamheid. En tegelijkertijd zal ook elke zorgprofessional, behandelaar, zorgorganisatie vanuit het perspectief van de ouder wordende samenleving moeten bedenken op welke wijze, in kleine stapjes, ingespeeld kan worden op deze gigantische opgave. En daarnaar handelen.

Groot denken-klein doen

Maar er is goed nieuws. De eerste stappen worden gezet! Op tal van plekken in het land zien we hoopgevende initiatieven. Veel initiatieven zijn gericht op 'van zorgen voor, naar zorgen dat'. Het gewone, dagelijkse leven staat centraal, ook voor mensen met dementie. De urgentie voor transitie wordt dus gevoeld en vraagt behandelaren, zorgprofessionals, management en besturen vanuit toekomstperspectief ruimte te geven aan anders denken en doen. Enkele initiatieven uitgelicht over reablement: het ethisch kompas en het mobiel geriatrisch team en het verpleeghuis van de toekomst.

Reablement

In het WOZO programma staat 'reablement' als volgt omschreven: "Reablement wordt ingezet om de zelfredzaamheid te bevorderen en daarmee de ondersteuningsvraag en/of zorgvraag te verminderen maar ook als preventieve maatregel om de zorgvraag te voorkomen. Waar nu nog vaak veel zorg uit handen van ouderen wordt genomen als zij in zorg komen, gaan zorg en ondersteuning meer aansluiten bij wat mensen (en hun omgeving) kunnen en willen."

2023, Rotterdam



Met Reablement wordt verwacht dat mensen regie behouden of soms terug kunnen nemen. De principes zijn:

- Leer cliënten en hun mantelzorgers wat ze nog zelf kunnen doen.
- Vind samen een oplossing voor resterende problemen.
- Zorg dat de mantelzorger 'fit' blijft.

De essentie van 'reablement' is niet nieuw. Mensen die in aanmerking komen voor een verpleeghuisindicatie, ontvangen al enige jaren middels het concept 'Vertrouwd Thuis', ondersteuning en zorg thuis. Voor mensen met dementie die langer thuis willen wonen, en veelal beschikken over een netwerk van mantelzorgers en naasten, blijkt 'Vertrouwd Thuis' veel waarde te hebben en effectief te zijn. In het verlengde daarvan wordt door ZorgSpectrum in samenwerking met twee collega-organisaties in de regio Utrecht verder ingezet op reablement.

De eerste resultaten zijn hoopgevend. Deze grondhouding en manier van werken, komt de kwaliteit van leven ten goede komt en ontstaat een nieuwe manier van samenwerken tussen cliënt, mantelzorgers en professionals.

Ethisch Kompas

Toen COVID-19 uitbrak werd van de verpleeghuissector een manier van werken verwacht, die haaks stond op de normale manier van zorg verlenen. Met een collectieve maatregel werden de deuren van de verpleeghuizen gesloten. Abrupt stopte het gesprek met mantelzorgers en naasten van mensen met dementie over het welbevinden. Het cliëntperspectief werd onzichtbaar en in de crisissituatie werd welbevinden vernauwd tot 'niet besmet worden met COVID'. Hierdoor ontstonden er intens verdrietige en moeilijke dilemma's, die iedereen raakte. Cliënten en naasten voorop, maar direct daarna werden zorgverleners en behandelaren diep geraakt in hun menselijke en professionele identiteit. De worsteling met het cliëntenperspectief en de dilemma's met begrippen 'veiligheid' en 'welbevinden' waren voelbaar.



2023, Rotterdam

Alles werd aangegrepen om uit deze kramp te komen. En zo ontstond bij ZorgSpectrum het Ethisch Kompas, een hulpmiddel om in het beleid de wensen en behoeften van de cliënt en zijn of haar naasten centraal te stellen én infectiepreventie te waarborgen. Een kompas waarbij de stem van de cliënt, ondersteund met diens naaste of mantelzorger, het vertrekpunt is.

Het kompas bleek een effectief hulpmiddel om het juiste gesprek te voeren, risico's af te wegen en de individuele behoeften in te vullen. Het uitgangspunt is 'ja het kan' gevolgd door de vraag 'hoe kan dit zo veilig mogelijk?'. Cliënt en naasten krijgen de regie terug. Er wordt gezamenlijk verantwoordelijkheid genomen voor het beleid en de eventuele gevolgen. Uit de praktijk bleek dat er blijdschap en opluchting was bij cliënten en naasten en dat het de multidisciplinaire teams ook veel werkvreugde bracht.

Het mobiel geriatrische team

Een ander succesvol initiatief voor mensen met dementie in de thuissituatie is het Mobiel Geriatrisch Team (MGT) [81]. Al ruim vijftien jaar werken huisartsen, wijkzorg en andere zorgdisciplines en het MGT nauw samen in de regio Utrecht. In het Mobiel Geriatrisch Team zijn een casemanager, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde actief. Het MGT biedt in de thuissituatie zorg aan mensen met een (psycho)geriatrische zorgbehoefte door een geïntegreerd aanbod van diagnostiek, behandeling en ondersteunende en activerende begeleiding aan te bieden in de thuissituatie. De casemanager vervult daarbij een centrale rol. Na aanmelding door huisarts, medisch specialist of mantelzorger draagt de casemanager van het MGT zorg voor het opvragen van de benodigde informatie, maakt een eerste inventarisatie en bespreekt deze kort met de arts en de psycholoog. Vervolgens wordt na de intake aan huis door de casemanager, psycholoog of specialist ouderengeneeskunde een (zorg)diagnose gesteld. Hier wordt een advies aan gekoppeld dat wordt besproken met cliënt en mantelzorgers. Vervolgens wordt (traject)begeleiding, behandeling en ondersteuning geboden, in nauwe samenwerking met de huisarts en andere zorgdisciplines.

Het verpleeghuis van de toekomst

In de regio Utrecht is door twee organisaties in samenwerking met zorgverzekeraars het Fieldlab 'Verpleeghuis van de Toekomst' gestart op locaties De Kuifmees in Nieuwegein en Lieven de Key in Utrecht [33]. Zorgprofessionals en mantelzorgers zijn betrokken bij het opstellen van een holistische visie die past bij de ambities van het verpleeghuis van de toekomst: het bieden van persoonsgerichte zorg waarbij digitaal gekeken wordt wat er mogelijk is. Samen met het netwerk van bewoners, zijn zorgverbeteraars gericht op persoonsgerichte zorg en aandacht voor bewoners.

In een Fieldlab staan experimenteren en op vernieuwende manieren denken en doen centraal. Dat maakt het een interessante leerschool. Een greep uit te tot nu toe verkregen inzichten:

Technologische innovaties zijn uitsluitend succesvol samen met sociale innovaties.

- Hoewel het lijkt alsof het Verpleeghuis van de Toekomst voornamelijk bezig is met digitale oplossingen, bleek de succesfactor juist sociale innovatie te zijn. Doordat medewerkers worden ontlast door technologische hulpmiddelen is er meer tijd en ruimte om te reflecteren en aandacht te besteden aan persoonsgerichte zorg.

Praat met bewoners, mantelzorgers en zorgverbeteraars

- De rol van de zorgverbeteraars (ondersteund en gefaciliteerd door de manager) in relatie tot de bewoner en hun netwerk is essentieel voor het ontwikkelen van het Verpleeghuis van de Toekomst. Zet in op de kracht en talenten van elke zorgverbeteraar en geef ruimte aan de diversiteit van het team van zorgverbeteraars.

Dapper leiderschap

- Voor de manager is het essentieel dat zij ruimte creëert voor het creatieve proces in het team en geen problemen 'op voorhand oplost'. Daag zorgverbeteraars uit met vraagstukken die zij met elkaar bespreken en zoek gezamenlijk naar passende oplossingen.

Begin met de doelgroep om wie het gaat, ga het samen doen!

- Het is belangrijk dat de visie er staat, wordt doorleefd en ieder teamlid heeft geleerd om de vraag te stellen: 'Hoe verhoudt ons dagelijks 'doen' zich tot die visie?'. Het resultaat voor bewoners en de tevredenheid telt. Dagelijks wordt de tevredenheid gemeten en bij iedere start van de dag is de respons onderwerp van gesprek voor zorgverbeteraars. 'Het is hier goud', is een veelzeggend citaat van een zeer tevreden bewoner.

In het lokale schuilt de kracht

Beste collega's, beste psychologen en andere professionals,

De samenleving, het regionale netwerk en de maatschappij hebben jullie nodig! Ik doe een dringend beroep op jullie. Ga met de nieuwe paradigma's aan de slag; Werk samen, interdisciplinair, in de buurt en met het netwerk, de organisatie, met management en bestuur. En... heb de moed om over grenzen heen te kijken. Durf grenzen te verleggen en benader de vraagstukken met bewondering en verwondering. Trek op met gelijkgestemden! Sluit je aan bij deze moedige beweging, waarvan iedereen in het netwerk van burger tot verzekeraar, van gemeente tot bestuurder denkt: 'Met deze beweging is samen meer mogelijk, daar wil ik bij horen!'.



Bibliografie

- [1] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, „Anders leven en zorgen - Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten,” Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Den Haag, 2022.
- [2] L. Berger, Zorg, een betere kijk op de mens, Amsterdam: de Correspondent, 2022.
- [3] L. Carroll, Alice's adventures in Wonderland & Through the looking-glass, London: MacMillan & Co, 1865.
- [4] S. Zuidema, M. Smalbrugge, W. Bil, R. Geelen, R. Kok, H. Luijendijk, I. Stelt, van der, A. Strien, van, M. Vink en H. Vreeken, Multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie, Verenso, NIP, 2018.
- [5] Centrum voor Consultatie en Expertise, „Visie op probleemgedrag,” 2016. [Online]. Available: <https://cce.nl/visie-op-probleemgedrag>. [Geopend 2023].
- [6] K. Huutoniemi, J. Thompson Klein, H. Bruun en J. Hukkin, „interdisciplinarity: Typologie and indicators. Research Policy, 39,” Elsevier, pp. 77-88, 2010.
- [7] Centrum voor Consultatie en Expertise, in: Samenwerken aan probleemgedrag in de ouderenzorg, 2019.
- [8] Vilans, „Databank erkende interventies voor de langdurige zorg,” 2023. [Online]. Available: <https://www.databankinterventies.nl/>. [Geopend 23 mei 2023].
- [9] P. Borsje, Dementia related problems in primary care of greatest concern, Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2019.
- [10] Zilverenkruis en Zorgkantoor, „De verblijfsduur van V&V-klanten in intramurale instellingen,” Leiden, 2021.
- [11] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, WOZO, Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg, Den Haag, 2022.
- [12] J. Papma, W. Eikelboom, H. Bodde, H. Van der Roest, M. Kroezen, A. Overbeek en C. Van der Velden, „Onbegrepen gedrag in de thuisituatie - Een knelpuntenanalyse vanuit het perspectief van wijkverpleegkundigen en verzorgenden,” V&VN, ZonMw, Rotterdam, 2022.
- [13] P. Cuijpers, E. Karyotaki, D. Eckshtain, M. Y. Ng, K. A. Corteselli, H. Noma, S. Quero en J. R. Weisz, „Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis,” JAMA Psychiatry, pp. 694-702, 1 juli 2020.
- [14] Videler, A. Videler, R. Van Royen, M. Legra en M. Ouwens, „Positive schemas in schema therapy with older adults: clinical implications and research suggestions,” Behavioural and Cognitive Psychotherapy, nr. 48(4), pp. 481-491, maart 2020.
- [15] E. M. Gielkens, A. De Jongh, S. Sobczak, G. Rossi, A. Van Minnden, E. M. Voorendonk, L. Rozendaal en S. P. Van Alphen, „Comparing Intensive Trauma-Focused Treatment Outcome on PTSD Symptom Severity in Older and Younger Adults,” Journal of Clinical Medicine, 17 maart 2021.
- [16] J. De Lange en M. Veerbeek, De Kopgroep - Een behandelgroep voor mensen met dementie, Utrecht: Trimbos Instituut, 2009.
- [17] S. Zwijsen, J. Bosmans, D. Gerritsen, A. Pot, C. Hertogh en M. Smalbrugge, „The costeffectiveness of grip on challenging behaviour: an,” International Journal of geriatric psychiatry, pp. 567-574, juni 2016.
- [18] De Wever, „Video Interventie in de Ouderenzorg,” 2018.
- [19] M. Kroezen, „Samen Verder na de Diagnose Dementie,” [Online]. Available: <https://www.trimbos.nl/kennis/dementie-zorg/ondersteuning-na-diagnose-dementie/>. [Geopend 14 oktober 2022].
- [20] Partner in Balans, [Online]. Available: <https://www.partnerinbalans.nl/>. [Geopend 14 oktober 2022].
- [21] R. Huijsman, R. Boomstra, M. Veerbeek en C. Döpp, Zorgstandaard Dementie 2020, Dementiezorg voor Elkkaar, 2020.
- [22] Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, „Beroepscompetentieprofiel orthopedagoog-generalist,” 2020. [Online]. Available: https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/60b23ece-2ca8-01ae-7371-d7d0624a1f31/a2ec2d62-33b8-4d65-8089-0655336ee243/BCP-OG_maart2020.pdf.
- [23] C. Egberts, Drienamiek: Samenwerken in de driehoek cliënt, familie en begeleider, Breukelen: Leermiddelen Webshop B.V., 2018.
- [24] E. Moniz-Cook, „Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto,” Brain, pp. 2438-50, 2015.
- [25] T. M. Kitwood, Dementia reconsidered: the person comes first, Buckingham: Open University Press, 1997.
- [26] E. K. Hui, V. Tischler, G. H. Wong, T. Lau en A. Spector, „Systematic review of the current psychosocial interventions for people with moderate to severe dementia,” International Journal of Geriatric Psychiatry, pp. 1313-29, 1 april 2021.
- [27] Dementiezorg voor elkaar, „Zorgstandaard Dementie 2020 - Samenwerken op maat voor personen met dementie,” Deltaplan Dementie, 2020.
- [28] M. Allewijn en M. Vink, Handreiking Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie, Utrecht: Nederlans Instituut voor Psychologen, 2009.
- [29] S. K. Pedersen, P. N. Andersen, R. G. Lugo, M. Andreassen en S. Sütterlin, „Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis.,” Front Psychol, 16 mei 2017.
- [30] H. Smeijsters, Handboek muziektherapie, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- [31] A.-E. Prick, P. Van Domburg, A. Vink, L. Lumeij, E. Alofs en S. Van Hooren, „De juiste snaar: muziektherapie bij personen met dementie in het verpleeghuis,” Vaktherapie, pp. 8-18, 2021.
- [32] E. Scherder, Singing in the brain, Amsterdam: Athenaeum - Polak & Van Genneep, 2017.
- [33] N. Van Veen-Mirzakhy, „Verpleeghuis van de toekomst: 'Het is hier goud',” 19 oktober 2022. [Online]. Available: <https://icthealth.nl/nieuws/verpleeghuis-van-de-toekomst-het-is-hier-goud/>.
- [34] A. Vink en S. Hanser, „Music-Based Therapeutic Interventions for People with Dementia: A Mini-Review,” Medicines (Basel), p. 109, 8 oktober 2018.
- [35] A. Vink en A. M. Pot, „Muziektherapie als non-verbale behandelvorm bij dementie,” in Gedrag van slag: gedragsproblemen bij ouderen met dementie, Houten, Bohn Stafleu van Loghym, 2001.
- [36] S. Hooren, Van, „De meerwaarde van muziektherapie,” Tijdschrift voor positieve psychologie, pp. 42-9, 2018.
- [37] J.-H. Jacobsen, J. Stelzer, T. H. Fritz, G. Chételat, R. La Joie en R. Turner, „Why musical memory can be preserved in advanced Alzheimer's disease,” Brain, nr. 8, pp. 2438-50, Augustus 2015.
- [38] D. J. Jester, V. Molinari, J. C. Zgibor en L. Volicer, „Prevalence of psychotropic polypharmacy in nursing home residents with dementia: a meta-analysis,” Int Psychogeriatr., pp. 1083-98, Oktober 2021.
- [39] J. Du, S. Janus, B. Voorhuis, J. Van Manen, W. Achterberg, M. Smalbrugge, S. Zwijsen, D. Gerritsen, R. Koopmans en S. Zuidema, „Time trends in psychotropic drug prescriptions in Dutch nursing home residents with dementia between 2003 and 2018,” Int J Geriatr Psychiatry, p. 4 Ahead of print, Maart 2022.
- [40] K. Van der Spek, D. L. Gerritsen, M. Smalbrugge, M. H. Nelissen-Vrancken, R. B. Wetzels, C. H. Smeets, S. U. Zuidema en R. T. Koopmans, „Only 10% of the psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia is fully appropriate. The PROPER I-study,” Psychogeriatr., nr. (10), pp. 1589-95, Oktober 2016.
- [41] I. Boss en R. Koopmans, „Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en verzorgenden bij probleemgedrag bij dementie,” Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, 2 April 2021.
- [42] UKON, „Tools,” [Online]. Available: <https://www.ukonnetwerk.nl/tools/focussen/>. [Geopend 23 april 2023].
- [43] Verenso, „Psychofarmaca Tool,” [Online]. Available: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/Psychofarmaca-Tool.pdf. [Geopend 23 april 2013].

- [44] L. Assche, Van en L. Ven, Van de, „Samenwerken met andere disciplines,” in Handboek Klinische Ouderpsychologie, Antwerpen, Gompel & Svacina, 2022.
- [45] J. Cohen-Mansfield, K. Thein, M. S. Marx, M. Dakheel-Ali en L. Freedman, „Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial,” *J Clin Psychiatry*, pp. 1255-61, september 2012.
- [46] M. Vink, Y. Kuin, G. Westerhof, S. Lamers en A. M. Pot, Handboek Ouderpsychologie, Amsterdam: Tijdstroom Uitgeverij, 2017.
- [47] M. Allewijn en L. Haaring, „Teambegeleiding,” in Handboek Ouderpsychologie, Amsterdam, Boom Medisch | de Tijdstroom, 2017.
- [48] M. J. Lambert en D. E. Barley, „Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome,” *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, nr. 38(4), pp. 357-61, 2001.
- [49] P. Smits, R. Ponds, N. Farenhorst, M. Klaver en R. Verbeek, Handboek neuropsychotherapie, Amsterdam: Boom Uitgevers, 2016.
- [50] W. Miller en S. Rollnick, Motiverende gespreksvoering - mensen helpen veranderen, Ekklesia: Houten, 2014.
- [51] M. Appelo, Socratisch motiveren, Amsterdam: Boom Uitgevers, 2014.
- [52] M. Vosseman en K. Hout, Van, Zingevende gespreksvoering - Helpen als er geen oplossingen zijn, Amsterdam: Boom Uitgevers, 2022.
- [53] J. A-Tjak, Acceptance & Commitment Therapy - Theorie en praktijk, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015.
- [54] A. Baart, Theorie van de presentie, Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers, 2004.
- [55] H. R. Boeije, Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen : een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden, Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht, 1994.
- [56] S. Pont, Er zit systeem in...!, Amsterdam: Pont, compagnon in communicatie, 2013.
- [57] D. Meadows, Denken in systemen, Amsterdam: Ten Have, 2022.
- [58] O. Frits, „Context bepaalt gedrag - de toekomst van de manager,” [Online]. Available: www.fritsoukes.nl/artikelen/context-bepaalt-gedrag-de-toekomst-van-de-manager. [Geopend 12 december 2022].
- [59] M. Spanjersberg, „Kijken met de systeembril,” *Leren Veranderen*, pp. 281-90, 2016.
- [60] Y. Choy, De vraag op het antwoord, Santpoord Zuid: Nisto Publicaties, 2005.
- [61] V. Olivier-Pijpers en W. Landman, Bewegen bij Probleemgedrag - een (actie)onderzoek naar organisatiecontext bij het vastlopen en in beweging krijgen van situaties van probleemgedrag, Utrecht: Centrum voor Consultatie en Expertise, 2020.
- [62] Centrum voor Consultatie en Expertise, „Online wegwijzer 'Bewegen bij probleemgedrag.’” Utrecht.
- [63] C. Van Campen en D. Verbeek-Oudijk, „Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen,” *Sociaal Cultureel Planbureau*, Den Haag, 2017.
- [64] D. Verbeek-Oudijk en I. Koper, „Landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019,” *Sociaal Cultureel Planbureau*, Den Haag, 2021.
- [65] M. Seligman en M. Csikszentmihalyi, „Positive psychology: An introduction,” *American Psychologist*, nr. 55(1), pp. 5-14, 2000.
- [66] N. Steverink, S. Lindenberg en J. P. Slaets, „How to understand and improve older people's self-management of wellbeing,” *European Journal of Ageing*, nr. (4), pp. 235-44, december 2005.
- [67] N. Steverink, „5 Successful development and ageing: Theory and intervention,” in *The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology*, Oxford, Oxford University Press, 2014, pp. 84-103.
- [68] A. F. Custers, G. J. Westerhof, Y. Kuin en M. Riksen-Walraven, „Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes,” *Aging Men. Health*, nr. 14(6), pp. 731-9, Augustus 2010.
- [69] K. S. McHilton, S. Sidani, V. M. Boscart, S. Guruge en M. Brown, „The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings,” *Aging Ment. Health*, nr. 16(4), pp. 507-15, 29 November 2012.
- [70] B. M. Willemse, M. Downs, L. Arnold, D. Smit, J. De Lange en A. M. Pot, „Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being,” *Aging Ment. Health*, nr. 19(5), pp. 444-52, 13 Augustus 2015.
- [71] K. Klaver en A. Baart, „Attentiveness in care: towards a theoretical framework,” *Nurs Ethics*, nr. 18(5), pp. 686-93, September 2011.
- [72] M. R. Nolan, S. Davies, J. Brown, J. Keady en J. Nolan, „Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing,” *J Clin. Nurs.*, nr. s1, pp. 45-53, Maart 2004.
- [73] K. Lemmens, M. Bos, J. Van Weeghel, M. Siesling en K. Kuperus, „De wet langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg: Ervaringen uit de praktijk,” *KPMG Plexus*, Den Haag, 2017.
- [74] H. Gijzel, H. H. Nap, M. Herps, S. Mulder, M. Van Klink, S. Schrijer-Snoeijks, K. Kuperus en M. Minkman, „De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg,” *KPMG en Vilans*, Amstelveen, 2017.
- [75] J. Dekker, R. Geus, M. Van de Laar, S. Möller, J. De Moor, J. Penninx en C. Salden, „Psycholoog binnen de Wet langdurige zorg. Toekomstvisie op inhoud, rol en kwaliteitskader,” *Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)*, Utrecht, 2019.
- [76] C. M. Groot Komerlinck, S. I. Janus, M. Smalbrugge, D. L. Gerritsen en S. U. Zuidema, „Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care,” *Int. Psychogeriatr.*, nr. 33(9), pp. 873-89, September 2021.
- [77] Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport, e.a., „Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg,” *Rijksoverheid*, Den Haag, 2022.
- [78] E. Rudnicka, P. Napierała, A. Podfigurna, B. Męczekalski, R. Smolarczyk en M. Grymowicz, „The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing,” *Maturitas*, pp. 6-11, September 2020.
- [79] M. P. Lawton en L. Nahemow, „Ecology and the aging process,” *American Psychological Association*, pp. 619-74, 1973.
- [80] P. J. Idenburg, F. Hagelstein, M. Haimé, M. Van Schaik en T. Schoen, „Ouder worden 2040 - Een transformatieagenda voor een ouder wordende samenleving,” *BeBright*, Utrecht, 2022.
- [81] ZorgSpectrum, „Mobiël geriatrisch team,” [Online]. Available: <https://www.zorgspectrum.nl/zorg-en-behandeling-voor-uw-patient/zorg-en-behandeling-bij-patient-thuis/mobiel-geriatrisch-team>. [Geopend 30 januari 2023].
- [82] F. Oukes, „Context bepaalt gedrag - de toekomst van de manager,” [Online].
- [83] UKON, „Implementatie,” [Online]. Available: <https://www.ukonnetwerk.nl/tools/>. [Geopend 18 april 2023].
- [84] C. H. Smeets, M. Smalbrugge, S. U. Zuidema, E. Derksen, E. De Vries, K. Van der Spek, R. T. Koopmans en D. L. Gerritsen, „Factors related to psychotropic drug prescription for neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia,” *J Am Med Dir Assoc.*, pp. 835-40, 2014.
- [85] H. Verbeek, „Een huis, een thuis?,” *Verpleegkunde*, 4 november 2021.
- [86] Zilverenkruis Zorgkantoor, „Volledig Pakket Thuis (VPT) in de wijk,” *Zilveren Kruis*, Zwolle, 2021.
- [87] J. T. Van der Steen, M. C. Van Soost-Poortvliet, J. C. Van der Wouden, M. S. Bruinsma, R. J. Scholten en A. C. Vink, „Music-based therapeutic interventions for people with dementia,” *Cochrane Database Syst Rev.*, 2 mei 2017.
- [88] v. Aristoteles (W.D. Ross, Nichomachean ethics: Book II (origineel werk gepubliceerd 350 v.C.), The Internet Classics Archive, 1925.



Colofon

© 2023 Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE),
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) &
PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg
ISBN/EAN 978-90-818410-8-5
NUR 848

Centrum voor Consultatie en Expertise

T 088 - 446 61 00
E landelijkbureau@cce.nl
www.cce.nl

Nederlands Instituut van Psychologen

T 030 - 820 15 00
E ouderenpsychologie@psynip.nl
www.psynip.nl

PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg

T 06 - 83 81 07 53
E info@pgdexpertise.nl
www.pgdexpertise.nl

Redactie:

Maritza Allewijn, Amy van Doormaal, Anita Dortmans, Henriëtte Ettema en Ingrid Rietkerk

Eindredactie en projectorganisatie:

Tess van Genderen

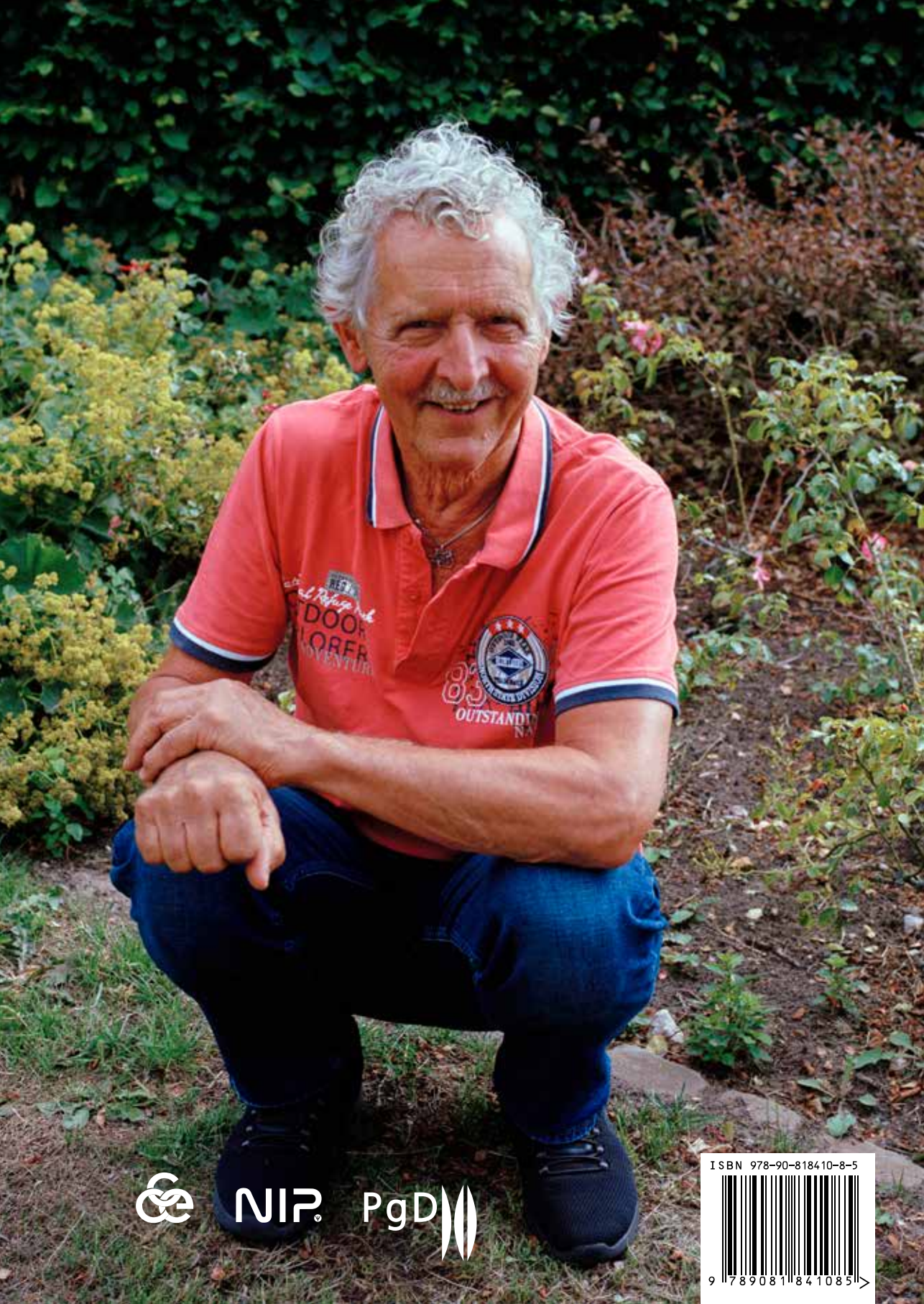
Vormgeving en drukwerk:

Dailymilk.nl

Fotografie:

Willem de Kam,
familiecollectie Siem

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

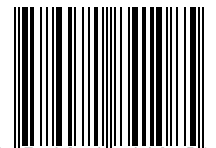


NIP

PgD



ISBN 978-90-818410-8-5



9 789081 841085 >