



KLEUR BEKENNEN
IN DE PSYCHOGERIATRIE
DSA IN ZAKFORMAAT

MANDY VAN HELDEN

Kleur bekennen in de psychogeriatric

DSA in zakformaat

Mandy van Helden

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door Stichting Psy-Ger-On, ZorgPlus Systemen B.V. en Stichting Zorggroep Waterweg Noord.

Zorggroep Waterweg Noord
Voorberghlaan 35
3123 AX Schiedam

Psy-Ger-On
Postbus 3123
3123 AX Schiedam

ZorgPlus Systemen B.V.
Postbus 1095
7301 BH Apeldoorn

Eerste druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2004

Eerste druk, tweede, licht gewijzigde oplage, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2005

© Ton Bakker, Schiedam en Mandy van Helden, Schiedam 2004

Productie: Elsevier gezondheidszorg, Maarssen

Omslagontwerp: Delver grafisch ontwerp BNO, Utrecht

Vormgeving binnenwerk: Petra Kosterman, Studio Imago, Amersfoort

Deze uitgave is te verkrijgen bij Stichting Zorggroep Waterweg Noord, Postbus 4023, 3102 GA Schiedam.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de auteur.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, 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 auteur.

ISBN 90 352 2743 3

NUR 875, 897

Ten geleide

Na het theoretisch en wetenschappelijk onderbouwen van de Dynamische Systeem Analyse is de tijd aangebroken om DSA toegankelijk en gemakkelijk hanteerbaar te maken. Hieraan bleek grote behoefte te bestaan, in aansluiting op de uitgave van de katernen *Depressie* en *Somatoforme stoornissen*. Deze katernen zijn uitgegeven bij Elsevier gezondheidszorg; auteurs: Mandy van Helden en Ton Bakker.

Mandy van Helden had vanuit een praktische behoefte als gedragsconsulente een eerste concept geschreven van *DSA in zakformaat*. Hiervan was al snel een groot aantal 'illegale' kopieën in omloop. Om de begrijpelijkheid en hanteerbaarheid te ondersteunen heeft Ton Bakker de zeven DSA-dimensies van passende kleuren voorzien.

Op een praktische manier geeft *DSA in zakformaat* ondersteuning aan het methodisch werken met meer dimensies tegelijkertijd. Het bevordert de eigen professionaliteit van elke discipline en maakt multidisciplinair werken tot een speelse vanzelfsprekendheid. Wil je kleur bekennen? Welke vorm van kleurenblindheid speelt een rol? Het antwoord hierop wordt meteen zichtbaar.

De DSA-methode geeft behalve de algemeen geldende benaderingwijzen zoals validation en belevingsgerichte zorg de mogelijkheid om specifiek de (psycho)geriatrische patiënt in zijn eigen uniekheid en kleurrijkheid in beeld te brengen. Behandeling, zorg en diensten zijn werkelijk vraaggestuurd te verlenen.

Stichting Zorggroep Waterweg Noord, Zorgplus Systemen B.V. en Stichting Psy-Ger-On faciliteren de uitgave en verspreiding van *Kleur bekennen in de psychogeriatric*, *DSA in zakformaat* ook vanwege het grote belang voor hun eigen werkprocessen, namelijk behandeling en zorg, automatisering en onderwijs. Dit zijn de drie pijlers waarop professionele zorg voor ouderen rust, of die nu thuis, in het verzorgingshuis, verpleeghuis, ziekenhuis, psychiatisch ziekenhuis of bij verstandelijk gehandicapten plaatsvindt.

Ik hoop dat deze publicatie het gevoel van professionele trots van alle disciplines bevordert: van verpleeghuisarts tot helpende, van therapeut tot welzijnsmedewerker, van bestuurder tot zorgcoördinator.

Mei 2005

J.P. Hagnaars
Voorzitter Raad van Bestuur
Zorggroep Waterweg Noord

Voorwoord

In dit zakboekje staat de Dynamische Systeem Analyse (DSA) centraal. De DSA is een methode van werken die uitstekend te gebruiken is binnen de psychogeriatric. De eerste publicaties over de DSA verschenen in 1987 van de hand van Ton Bakker (psychogeriatr en onderzoeker), de grondlegger van deze methode. Op basis van intensieve praktijkervaring als verpleeghuisarts en het wekelijkse contact met zijn patiënten in combinatie met literatuurstudie en wetenschappelijk onderzoek ontwikkelde hij de DSA. De DSA is in de loop der jaren steeds verder verfijnd en inmiddels vormt de methode het uitgangspunt van verscheidene publicaties (artikelen en boeken), lezingen, het psychogeriatric onderwijs van de stichting Psy-Ger-On en de behandel- en zorgvisie van de Zorggroep Waterweg Noord. Verder loopt er op het moment een groot onderzoek in de regio naar de effecten van psychogeriatric reactivering, gebaseerd op de DSA.

Sommige mensen vinden dat de DSA geen nieuws bevat en dat het een droog en medisch model is. Met de eerste bewering ben ik het grotendeels eens. De DSA is namelijk gebaseerd op bestaande visies, theoretische modellen en gedachten. Wat er wel nieuw aan is, is dat Ton Bakker deze visies, theorieën en gedachten bij elkaar heeft gebracht en toegankelijk heeft gemaakt voor de psychogeriatric. Overigens heeft hij nooit gepretendeerd alles wat voor de DSA staat zelf bedacht te hebben.

Met de tweede bewering, dat het een droog en medisch model zou zijn, ben ik het absoluut oneens. Zelf werkzaam in het complexe en moeilijke veld van de psychogeriatric, ervaar ik het als een zegen dat er een methode is die de hulpverlener helpt de vaak zeer complexe materie die zich voordoet te analyseren en te ordenen. De DSA is niets meer of minder dan een praktisch hulpmiddel waarmee je je denken kunt ordenen en dat je creatieve vermogen stimuleert. Daarnaast is de methode sterk gericht op de individuele hulpvraag van de patiënt en zijn omgeving. De bewering dat het een medisch model zou betreffen, vind ik bijna kwetsend. Ik ken geen enkele methode die zoveel aandacht besteedt aan de psychische en sociale aspecten van de mens en zich zo bewust is van de impact van de levensgeschiedenis. Dit is bovendien wetenschappelijk aangetoond.

Met toestemming en onder autorisatie van Ton Bakker heb ik de DSA op een toegankelijke wijze uitgewerkt voor hulpverleners die dagelijks met patiënten werkzaam zijn.

De psychogeriatricie is een redelijk jonge discipline en heeft nog maar weinig eigen identiteit en methoden van werken ontwikkeld. De bijdrage van Ton Bakker is in mijn optiek om verschillende redenen van groot belang. Mede door de DSA krijgt het boeiende, complexe en helaas vaak ondergewaardeerde veld van de psychogeriatricie de aandacht die het zo verdient en een methode van werken die het zo nodig heeft.

Graag ontvangen wij uw commentaar of opmerkingen over de gebruiksvriendelijkheid in de praktijk van alledag.

Schiedam, juli 2004
Mandy van Helden

Dankwoord

In mijn voorwoord heb ik de rol van Ton Bakker toegelicht. Zijn enthousiaste inhoudelijke ondersteuning is voor mij een bron van inspiratie. Hiernaast mag de feedback en de redactionele bijdrage van Celma Schakel niet onvermeld blijven. Beiden wil ik hiervoor hartelijk bedanken.

Inhoud

Inleiding	8
Dynamische Systeem Analyse als methode van werken	10
<i>Somatische kenmerken</i>	12
<i>Cognitiekennmerken</i>	14
<i>Persoonlijkheidskenmerken (zelfbeeld en beeld van de omgeving)</i>	16
<i>Belevingskenmerken (emotioneel en rationeel)</i>	19
<i>Communicatie</i>	21
<i>Sociale omgeving</i>	23
<i>Levensgeschiedenis (negatieve en positieve gebeurtenissen)</i>	25
Bijlage 1 DSA-schema	27
Bijlage 2 De kleuren in het DSA-schema	28
Bijlage 3 Zorgplan	30
Bijlage 4 Verpleegplan/deelplan	32
Nawoord	34
Personalia	35
Alfabetische woordenlijst	36
Bibliografie	40

Inleiding

Werken in de psychogeriatric

Hulp verlenen aan psychogeriatric patiënten is geen gemakkelijke taak. Telkens opnieuw kom je als hulpverlener in aanraking met ouderen die op diverse levensgebieden (dimensies) kwetsbaar zijn en hulp nodig hebben. Ouderen hebben om te beginnen altijd een lange levensgeschiedenis, vaak belast door moeilijke dingen die zij hebben meegemaakt in bijvoorbeeld hun opvoedingstijd, de oorlog of tijdens hun latere leven. Ouderen krijgen daarnaast te maken met specifieke levensfaseproblematiek. De ontwikkeling van de mens kenmerkt zich namelijk door verschillende levensfasen waarbinnen mensen bepaalde keuzes maken en voor de taak staan zich te ontwikkelen.

In veel opzichten is de laatste levensfase de moeilijkste periode in het menselijk bestaan. Een belangrijke taak in de laatste levensfase is belangrijke, soms ook onbeduidende levenservaringen te heroverwegen en een plaats te geven in het leven tot nu toe. Bij het opmaken van deze levensbalans wordt de oudere geconfronteerd met niet-geleefd leven, onafgewerkte zaken, tekorten en schuld. Kortom, de feitelijke levensloop met al zijn beperkingen. Om gezond en evenwichtig oud te worden, is het voor de oudere belangrijk tot een levensaanvaarding te komen. Daarnaast zal de oudere ook voor de taak komen te staan om allerlei verliezen te verwerken. Deze verliezen dienen zich aan in allerlei gedaanten: verlies van gezondheid, onafhankelijkheid, status, relatie, inkomen, enzovoort.

Levensgeschiedenis en specifieke levensfaseproblematiek zijn zaken waar alle ouderen mee te maken krijgen. Als we het echter hebben over de psychogeriatric, gaat het om ouderen die behalve genoemde zaken specifieke problemen hebben op het gebied van cognitie en in veel gevallen ook op het gebied van beleving, persoonlijkheid en somatiek. Daarbij zou je bijna vergeten dat deze ouderen ook nog beschikken over allerlei mogelijkheden die van groot belang zijn in de behandeling en zorg.

Belang van methodiek

Hoe kun je er nu voor zorgen dat je al deze problemen en mogelijkheden op het gebied van de verschillende dimensies juist in kaart krijgt? Zoals je waar-

schijnlijk uit ervaring weet en later ook in dit boekje zult tegenkomen is het allemaal nogal complex.

Zonder methode van werken is het dan ook onmogelijk, maar het is wel belangrijk dat je dat altijd doet. We hebben het namelijk niet over gezonde ouderen, maar over kwetsbare ouderen die behandeling, begeleiding, zorg en ondersteuning nodig hebben. Zonder hulp redden zij het niet. En zonder methode van werken red jij het niet. Voordat je het weet, verlies je het overzicht en kun je de patiënt niet bieden wat hij nodig heeft. Als je wilt hulp verlenen en er echt voor de patiënt wilt zijn, is je verstand gebruiken zeker zo belangrijk als affiniteit met mensen hebben. Je moet in staat zijn met de patiënt een professionele relatie aan te gaan die gebaseerd is op empathie. Je moet op juiste wijze kunnen waarnemen, interpreteren en observeren en dit je bevindingen kunnen overdragen aan je collega's. Met andere woorden, je moet methodisch kunnen denken en handelen. Niet zomaar dingen doen vanuit je intuïtie, omdat jij denkt dat het goed is voor de patiënt, maar weloverwogen handelen, met een geformuleerd doel en een plan van aanpak dat je op een systematische wijze invult samen met het hele team.

Toch is methodisch handelen dikwijls het eerste dat we bij drukte achterwege laten. Methodisch werken blijkt dan ineens lastig. De realiteit is echter dat, als we de methodiek loslaten, het werk juist moeilijker, ingewikkelder en chaotischer wordt. We brengen geen ordening meer aan, verliezen uit het oog wat belangrijk is en voordat we het weten doen we de verkeerde dingen die uiteindelijk zullen leiden tot escaleren van het gedrag van de patiënt. En daar heeft zowel de patiënt als zijn omgeving veel last van. En omdat jij werkzaam bent in de directe leefomgeving van de patiënt, zul je daar ook last van krijgen. Het zal leiden tot een verzwaring van je werk en je arbeidsvreugde doen afnemen.

Dynamische Systeem Analyse

als methode van werken

De Dynamische Systeem Analyse is een methode om het werken met (psycho)geriatrische patiënten overzichtelijk en daarmee eenvoudiger te maken. De meeste hulpverleners zullen van deze uitspraak schrikken, aangezien zij de DSA juist ingewikkeld en moeilijk vinden.

Toch is niets minder waar. De DSA biedt de mogelijkheid de verschillende gedragingen van patiënten duidelijk op papier te zetten. Er is een overzichtelijk schema ontworpen dat met behulp van verschillende kleuren is ingedeeld in velden. Door de gedragingen in de verschillende velden (dimensies) onder te brengen, ontstaat een beter inzicht in de problemen van de patiënt. Het maakt bijvoorbeeld veel uit of gedragingen worden veroorzaakt door iemands beleving of door iemands persoonlijkheid. Door de gedragingen in het juiste veld onder te brengen, is de hulpverlener beter in staat de patiënt gericht te begeleiden en te ondersteunen. Behalve dat dit goed is voor de patiënt, geeft het je werk meer diepgang en maakt het professioneler en leuker.

Zie de DSA als een uitdaging en laat je niet verleiden alleen vanuit je intuïtie te handelen. Breng de problemen en mogelijkheden in kaart (ordenen) en gebruik daarbij de professionele standaarden die je in je opleiding hebt geleerd. De meest voorkomende uitingen van gedrag (zowel positief als negatief) alsmede somatiek, communicatie, omgeving en levensgeschiedenis worden achter in dit zakboek schematisch weergegeven (zie bijlage 1: DSA-schema. De in het schema gebruikte kleuren worden toegelicht in bijlage 2). In de toelichting per dimensie (die hierna volgt) komen de problemen aan de orde, zaken waar de patiënt en zijn omgeving direct last van hebben.

De Dynamische Systeem Analyse omvat de volgende dimensies:

- somatische kenmerken (neurologie en algemeen);
 - cognitiekenmerken;
 - persoonlijkheidskenmerken (zelfbeeld en beeld van de omgeving);
 - belevingskenmerken (emotioneel en rationeel);
 - communicatie (voorstelling, waarneming, motoriek, spraak, sensorisch);
- } psyché

- sociale omgeving (immaterieel en materieel);
- levensgeschiedenis (negatieve en positieve gebeurtenissen).

Somatische kenmerken

De dimensie Somatische kenmerken wordt meestal niet echt als moeilijk ervaren. Alles wat te maken heeft met het lichaam kan hier worden geplaatst: pijn bij het plassen, veel plassen, incontinentie, obstipatie of veelvuldige diarree, niet goed kunnen lopen, of helemaal niet kunnen lopen, schilfertjes van de huid, kaalheid, hartklachten, steeds optredende misselijkheid, wonden, uitdroging of een slechte voedingstoestand. Het mag allemaal in dit veld ondergebracht worden, zolang het maar een probleem voor de patiënt is.

Stel dat de patiënt een hartziekte heeft (dit weet je dan waarschijnlijk vanuit het dossier) maar er in functioneel opzicht helemaal geen last van heeft, dan hoef je het niet in het verpleeg- of deelplan te vermelden. Heeft de patiënt er wel last van, in die zin dat hij snel vermoeid is of dat hij een vochtbeperking heeft, dan moet je het juist wel in het plan zetten. De reden hiervan is dat je waarschijnlijk allemaal acties als hulpverlener hebt uit te voeren, zoals het aanbieden van middagrust, het bijhouden van een vochtlijst en ervoor zorgen dat patiënt niet al te lange afstanden loopt. Zowel voor jou als voor de patiënt is het handig als dit allemaal netjes vermeld staat. Het kan overigens heel goed zijn dat de patiënt vanwege die hartklachten heel angstig is. Dit is goed te begrijpen. Ook dit moet dan in het verpleegplan, maar niet onder de somatische kenmerken. Angst moet worden ondergebracht bij beleving. Je ziet, het is niet zo moeilijk als je dacht.

Somatische aandoeningen die je kunt tegenkomen en die in de dimensie *Somatische kenmerken* thuis horen:

- infectieziekten en parasitaire ziekten (bijvoorbeeld tbc, aids);
- nieuwvormingen (kanker);
- endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten (diabetes mellitus, schildklier-aandoeningen, voedingsdeficiënties);
- ziekten van bloed en bloedvormende organen (hematologische aandoeningen);
- ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (ziekte van Parkinson, multiple sclerose, epilepsie, oog- en ooraandoeningen);
- ziekten van hart en vaatstelsel (hypertensie, decompensatio cordis, longembolie, CVA);
- ziekten van de ademhalingswegen (COPD, astma, pneumonie);
- ziekten van het spijsverteringsstelsel (hernia van de buik, darm-obstructie, aandoeningen van lever, maag, galblaas);
- ziekten van het urogenitale systeem (nierziekten, aandoeningen van de urinewegen);
- ziekten van huid (ernstige decubitus, aandoeningen van de huid);
- ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel (reumatoïde artritis, artrose, hernia);
- symptomen en onvolledige omschreven ziektebeelden (*coma vigil*, gangreen, shock);
- ongevallenletsels en vergiftigingen (collumfractuur, hersenletsel, dwarslaesie, vergiftiging);
- overige diagnoses (...).

Mogelijkheden van de patiënt om zijn aandoeningen te compenseren op het gebied van de somatische kenmerken zijn bijvoorbeeld:

- goede algemene conditie;
- goede mobiliteit;
- beheersing van alle lichaamsfuncties;
- in staat zijn om technisch gezien alle ADL-handelingen uit te voeren.

Cognitiekenmerken

De dimensie Cognitiekenmerken wordt vaak als iets moeilijker beschouwd dan de dimensie Somatische kenmerken. Vaak vullen hulpverleners dit veld met problemen als depressie, achterdocht en agressie en onrust, maar dergelijke problematiek hoort in dit veld niet thuis. Tot de dimensie Cognitiekenmerken behoort alles wat te maken heeft met het bewustzijn, met alle soorten van geheugen (op welke termijn dan ook), met desoriëntatie (de patiënt weet niet waar hij is, denkt bijvoorbeeld dat het 1934 is en ziet jou voor een ander aan), met confabuleren (vertellen van gebeurtenissen die niet op de werkelijkheid berusten, niet omdat de patiënt wil liegen, maar om de gaten op te vullen in zijn verhaal), met perseveraties (de patiënt vertelt voor de zesde maal dat hij zich net geschoren heeft) en apraxie (patiënt kan de handelingen niet meer goed uitvoeren). Ook posttraumatische stressstoornis (trauma's) en zelfverwaarlozing horen in dit veld.

De reden waarom de laatste twee onder Cognitiekenmerken vallen, is dat er bij het doormaken van een trauma zulke ernstige zaken in iemands leven gebeuren dat de cognitieve vermogens/functies overspoeld worden. Dit veroorzaakt stress. Onder invloed van langdurige stress worden de cognitieve vermogens aangetast. Door het overspoeld raken van de cognitieve vermogens ontstaan er daarnaast allerlei emoties en belevingen zoals angst en depressie. Bij trauma's die ontstaan in de vroegste jeugd wordt ook de ontwikkeling van de persoonlijkheid in grote mate beïnvloed. In geval van een complexe posttraumatische stressstoornis wordt soms het eerder doorge maakte trauma op oudere leeftijd opnieuw beleefd. Bij zelfverwaarlozing is de patiënt niet langer in staat goed voor zichzelf te zorgen; op tijd opstaan, wassen, kleden, eten, en organisatie van het huishouden vormen een probleem. Ook dit valt onder de cognitiekenmerken.

Voor alle hiervoor genoemde voorbeelden geldt dat de problemen alleen hoeven te worden vermeld in het verpleeg- of deelplan als de patiënt er last van heeft. Stel dat een patiënt de hele dag door talloze malen hetzelfde verhaal vertelt aan iedereen die maar in zijn buurt is, dan is dat waarschijnlijk een probleem. In eerste instantie misschien niet voor de patiënt zelf, maar wel voor zijn omgeving. Medepatiënten kunnen geïrriteerd raken en de zichzelf steeds herhalende patiënt gaan mijden. Dit zal uiteindelijk leiden tot isole-

ment voor de patiënt. In dat geval plaats je deze problematiek niet alleen in de dimensie Cognitiekennmerken, maar ook in de dimensie Sociale omgeving.

Cognitieve functieproblemen die je kunt tegenkomen en die in de dimensie Cognitiekennmerken thuis horen:

- bewustzijn (helderheid van geest/zintuiglijk besef);
- geheugenstoornissen (lange termijn, recente termijn, korte termijn);
- oriëntatiestoornis (tijd, plaats en persoon);
- praxis (handelingsvaardigheid);
- taal (taalbegrip; denken in taal);
- gnosis (herkennen van voorwerpen en situaties);
- posttraumatische stressstoornis (stress vanuit recente trauma's);
- complexe posttraumatische stressstoornis (stress/herbelevingen vanuit verleden);
- zelfverwaarlozing (zich niet verzorgen; voeding – hygiëne - woning);
- delirium (meestal acuut optredende verwardheid met wisselend bewustzijn).

Mogelijkheden die de patiënt ondersteunen op cognitief gebied:

- goede intelligentie;
- goede oriëntatie;
- helder bewustzijn;
- taalvaardigheid;
- goede geheugenfuncties;
- handelingsvaardigheid;
- voldoende zelfzorg;
- stressbestendigheid.

Persoonlijkheidskenmerken

(zelfbeeld en beeld van de omgeving)

De dimensie Persoonlijkheidskenmerken is moeilijk, soms verwarrend, maar wel erg interessant. We hebben allemaal een persoonlijkheid. Door onze persoonlijkheid herkennen we onszelf en worden we door een ander herkend. Wat kenmerkend is aan jou (bijvoorbeeld positief en opgewekt zijn, wantrouwig of teruggetrokken zijn, dominant of erg op jezelf gericht zijn of misschien zelfs wat vijandig zijn of juist overdreven zijn) maakt dat jij jezelf herkent en dat anderen jou herkennen. Dit zijn persoonlijkheidskenmerken die jouw persoonlijkheid kenmerken en de omgang met andere mensen moeilijker of makkelijker maken.

Soms is het zo dat die eigenschappen erg aanwezig, zelfs overheersend zijn. Dat iemand wel erg dominant is of zich wel erg afhankelijk opstelt. Soms zijn deze eigenschappen zo vergroot, zo aanwezig dat ze het dagelijks functioneren in de weg staan. We noemen ze dan pathologisch, ze belemmeren als het ware het aangepast functioneren.

Vaak heeft de omgeving last van patiënten die lijden aan persoonlijkheidsproblematiek. Zij kunnen zich soms erg teatraal, afhankelijk, passief en ontwijkend opstellen. Of juist heel dominant, bazig, manipulatief en claimend. Soms veroorzaken patiënten met persoonlijkheidsproblematiek een splitsing in het team, de verschillende teamleden worden als het ware tegen elkaar uitgespeeld.

Op het moment dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken opvallend zijn en leiden tot problemen voor de patiënt zelf in relatie met zijn omgeving is het belangrijk dat ze in het verpleeg- of deelplan worden vermeld. Soms is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis of een theatrale persoonlijkheidsstoornis) en soms van persoonlijkheidsproblematiek (trekken). Het is aan de arts om de diagnose te stellen (dit geldt overigens voor ieder veld). De aanwezige kenmerken die je bij de patiënt ziet, mag je wel op een omschrijvende wijze noteren.

Persoonlijkheidsproblemen die je kunt tegenkomen en die het sociaal functioneren van de patiënt in de weg staan:

Paranoïde

- achterdochtig (sociaal bedreigde/wantrouwige waarnemingen);
- teruggetrokken (sociaal afstand nemende/rancuneuze [haat/wrok dragende] gedragingen).

Schizofreen

- nihilistisch (betekenisloze/gevoelslege waarneming);
- vreemd en excentriek (bizarre/typische gedragingen).

Theatraal

- overdreven (overdreven/emotioneel geladen waarneming);
- manipulatief (bespelend – sturende gedragingen).

Narcistisch

- egocentrisch (sterk op eigen grootheid/belevingswereld gerichte waarnemingen);
- dominant (overheersend – sturend/misbruik makend gedrag).

Borderline

- afgewezen (voortdurende afhankelijkheids/ondergeschiktheidswaarnemingen);
- claimend (afdwingend – sturend/(min of meer) impulsief gedrag met (in)directe zelfbeschadiging gepaard gaande).

Afhankelijk

- onzeker (overschattende waarnemingen van belang of oordeel van anderen);
- passief (verminderd initiatief tot zelfstandige gedragingen; aanklappen van anderen).

Ontwikkend

- twijfelzucht (ambivalente [dubbelzinnige]/problematiserende waarnemingen);
- vermijdend (keuze/confrontatie vermijdende gedragingen).

Dwangmatig

- angstig (bevreesde waarneming van controleverlies);
- perfectionistisch (magische/precieze gedragingen).

Antisociaal

- vijandig (achtergestelde aangevallen waarnemingen);
- impulsief agressief (plotseling aanvallende gedragingen).

Sadistisch

- vijandig (achtergestelde aangevallen waarnemingen);
- doelgericht/beheerst agressief (beheerst aanvallende gedragingen).

Passief-agressief

- vijandig (achtergestelde aangevallen waarnemingen);
- lijdelijk tegenwerkend (passief verzet/gedragingen).

Multipale persoonlijkheid

- dissociatieve identiteitsamnesie (amnesie [geheugenverlies] voor persoonlijke herinneringen);
- dissociatieve identiteitsstoornis (twee of meer verschillende persoonlijkheden laten zien).

Mogelijkheden die de patiënt ondersteunen bij het onderhouden van waardevolle stabiele relaties:

- beschikken over rijpe afweermechanismen (reflectie, mentaliseren [erbovenuit stijgen], analyse);
- evenwichtige persoonlijkheid;
- flexibiliteit;
- actieve probleemoplossende copingstijl;
- meewerken.

Belevingskenmerken (emotioneel en rationeel)

Beleving: het woord zegt het eigenlijk al. Het gaat om de stemming van de mens, over hoe hij zich voelt op een bepaald moment of periode en hoe hij in zijn vel zit. Mensen kunnen vrolijk zijn of juist verdrietig, ze kunnen zich gelukkig of juist ongelukkig voelen. Deze gevoelens hebben te maken met beleving en juist onze beleving zorgt ervoor hoe wij ons voelen. Een stemming is een bepaalde belevingstoestand van een zekere duur die niet direct samenhangt met een bepaalde gebeurtenis. Iedere mens kent bepaalde stemmingen en de wisseling van stemmingen is bij iedereen anders. Bij het werken met psychogeriatrische patiënten kom je vaak problemen in de beleving tegen, althans als je daarvoor openstaat. Deze problemen zijn soms zo groot dat ze de patiënt helemaal in beslag nemen, ze staan zijn dagelijks functioneren in de weg. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat psychogeriatrische patiënten die opgenomen zijn in het verpleeghuis in 65 à 70% van de gevallen lijden aan een belevingsstoornis. Patiënten kunnen somber of neerslachtig zijn, allerlei moeilijke gevoelens ervaren, maar ook angstig of in paniek zijn, wantrouwend, jaloers, boos of agressief zijn, een extreme controlebehoefte ervaren of wanhopig zijn. Soms kan de patiënt zich zo slecht voelen dat hij alle psychische spanningen omzet in lichamelijke klachten (somatisatie) en soms maakt zijn psychische pijn dat hij niet meer kan lopen of kan zien (conversie).

Het is belangrijk deze gedragingen in het verpleeg- of deelplan op te nemen, omdat de patiënt vanuit zijn beleving de wereld waarneemt en kleurt. Als iemand almaar wantrouwend is, zal hij de wereld anders benaderen dan wanneer dat niet het geval is. Alles wordt zwaarder, minder prettig en je kunt erop rekenen dat het gedrag van de patiënt zal escaleren als er niets aan gedaan wordt.

Belevingsproblemen die je kunt tegenkomen en die in de dimensie Belevingskenmerken onder te brengen zijn:

- depressie (geagiteerd) (verbijsterde wanhoop/somberheid met opwinding);
- depressie (passief) (geslagen wanhoop/somberheid met initiatiefloosheid);
- angst/paniek (aanvalsgewijze angstbeleving);
- fobie (vrees voor iets);
- manie (ontremde opgewekte/geïrriteerde opwinding);
- conversie (lichamelijk functieverlies van benen, hand e.d. op basis van psychische problemen);
- dwang/obsessie (angstige gefixeerdheid en controlebehoefte);
- paranoia (bedreigd/wantrouwen/jaloers);
- somatisatie (omzetten van psychische klachten in lichamelijke klachten, bijvoorbeeld pijn, vermoeidheid, duizeligheid);
- agressie (woede/boosheid);
- seksualiteitstoornis (ontremde afwijkende seksualiteit);
- schizofrenie (bizarre/onaangedane beleving);
- dissociatie (tijdelijke toestand van vergeetachtigheid en/of een of meer persoonlijkheden laten zien).

Mogelijkheden die de patiënt helpen zich goed te voelen:

- stabiel gevoelsleven;
- optimistische kijk;
- relativeringsvermogen;
- adequate verliesverwerking.

Communicatie

Iedere mens communiceert. Ook iemand die niets zegt, zegt iets. Door je lichaamshouding, door je mimiek en dergelijke zend je ook boodschappen uit. In de communicatie kan een hoop misgaan, mensen interpreteren een boodschap verkeerd, luisteren niet goed, vullen te snel in of manipuleren elkaar. Voor psychogeriatrische patiënten is dat niet anders. Sterker nog, zij hebben vaak door hun psychische kwetsbaarheid nog veel meer moeite om adequaat te communiceren. Als mensen zich niet kunnen uitdrukken of zich niet begrepen voelen, kan dit grote gevolgen hebben voor hun welbevinden. Daarom is het belangrijk de dimensie Communicatie van de DSA goed te benutten. Door velen wordt dit veld als moeilijk en onoverzichtelijk beschouwd, maar je kunt hierin juist veel kwijt. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met woordvindstoornissen of met een spraak- of slikprobleem, patiënten die onsamenhangend of ontremd spreken (dit valt onder taal en spraak). Of denk aan de patiënten die heel passief zijn, met hangende schouders sloffend lopen of juist diegenen die veel toenadering zoeken of onrustig zijn. Ook dit zijn vormen van communicatie; ze vallen onder het motorische bewegingsgedeelte.

Ten slotte is er het zintuiglijke gedeelte (sensorisch). Denk hier aan de patiënten die een zintuiglijke handicap hebben, zoals blindheid en doofheid, maar ook degenen die lijden aan wanen of hallucinaties vallen hieronder. De patiënt maakt zijn eigen woorden of beelden. Goed invullen van de problemen op het vlak van de communicatie is van groot belang. Er kan van alles misgaan en door de problemen overzichtelijk in kaart te brengen krijg je een idee op welk vlak ze zich afspelen en kun je tijdig ingrijpen of er rekening mee houden.

De dimensie Communicatie omvat:

- spraak (afasie o.a. woord/naamvindstoornissen, incoherent spreken, ontremd spreken, uitspraak/slikproblemen);
- motorische/bewegingsvelden (passiviteit, uitgebluste lichaamshouding, sloffen, onrust, gespannenheid, verstoorde lichaamsbeleving (fantoempijn en dergelijke));
- sensorische/zintuiglijke velden (wanen en hallucinaties, zintuiglijke handicaps).

Mogelijkheden die een adequate wijze van communiceren bevorderen:

- goede zintuigen;
- goede spraak- en mondfunctie;
- initiatief;
- creativiteit;
- activiteit;
- vaardig communiceren;
- juiste waarneming.

Sociale omgeving

Iedere mens maakt deel uit van een sociale omgeving: we hebben allemaal relaties met bijvoorbeeld familieleden, vrienden, kennissen en collega's. In deze relaties kunnen we veel meemaken; spanningen, onuitgesproken zaken, irritaties en wederzijdse verwachtingen die niet uitkomen kunnen ervoor zorgen dat een relatie moeilijk verloopt. Voor patiënten die opgenomen zijn is dit niet anders. Sterker nog, vaak is er sprake van forse problemen in de relaties die zij onderhouden, die geleid hebben tot verbroken relaties of grote spanningen. Je zult daar als hulpverlener naar alle waarschijnlijkheid regelmatig mee geconfronteerd worden. Verbroken relaties met kinderen, echtscheiding, overlijden van de partner, recent overlijden kinderen zijn zaken die (als ze een probleem voor de patiënt vormen) in de dimensie Sociale omgeving kunnen worden opgenomen. Dat geldt ook voor het gemis van belangrijke anderen en eenzaamheid. Als er bij een patiënt sprake is van persoonlijkheidsproblematiek, is dit vaak te zien aan de wijze waarop hij met zijn omgeving (op de afdeling) omgaat.

Behalve relaties horen in deze dimensie ook de hobby's en bezigheden van patiënten thuis, dingen waaraan veel aandacht dient te worden besteed. Het betreft immers de mogelijkhedenkant van de patiënten. Breien, borduren, tuinieren, winkelen, vissen, koken, sporten, puzzelen, lezen, museumbezoek en alles wat een patiënt maar kan doen om zijn vrije tijd in te vullen, kunnen in dit veld in de DSA opgenomen worden.

Problemen op de dimensie Sociale omgeving die van invloed zijn op het functioneren:

- (chronische) relatieproblemen met huidige partner;
- (chronische) relatieproblemen met kinderen;
- scheiding van laatste partner;
- overlijden laatste partner;
- eenzaamheid; ontbreken belangrijke ander(en);
- sociale belasting ten gevolge van alcoholmisbruik partner;
- sociale belasting ten gevolge partner in WAO/WW;
- sociale belasting ten gevolge van ernstig/langdurige ziekte partner;
- sociale belasting ten gevolge van overige partneraspecten;
- sociale belasting ten gevolge van kinderen;
- financiële problemen;
- huisvestingsproblemen (woning/trappen/omgeving);
- ontbreken van zinnige dagbesteding;
- gestoord dagritme.

Mogelijkheden die de patiënt heeft om zich sociaal aangepast zelfstandig te gedragen;

- ruim netwerk;
- waardevolle relatie met partner, kinderen, kleinkinderen;
- financiële onafhankelijkheid;
- passende woning/wijk;
- hobby's/activiteiten/levensvulling.

Levensgeschiedenis (negatieve en positieve gebeurtenissen)

Iedereen heeft een levensgeschiedenis, ouderen hebben vanzelfsprekend een langere levensgeschiedenis dan jongeren en volwassenen. Iemands levensgeschiedenis kan belast zijn. Seksueel misbruik, mishandeling, verwaarlozing, oorlogservaringen, armoede, scheiding, overlijden van geliefden, ziekte, handicap en afhankelijkheid spelen een belangrijke rol in iemands leven. Soms hebben mensen deze gebeurtenissen niet goed verwerkt en worden zij bij het ouder worden opnieuw geconfronteerd met deze onverwerkte problemen. Soms hebben mensen verkeerde keuzes in hun leven gemaakt en realiseren zij zich dit achteraf. Ook dit moet verwerkt worden. Als het de oudere niet lukt deze gebeurtenissen een plek te geven, zal dit zijn gedrag nadelig beïnvloeden. Iemand kan dan te kampen krijgen met herbelevingen en met angsten, verdriet en boosheid. Dit zal in het contact van jou als hulpverlener met de patiënt tot uiting komen. Het is heel belangrijk aandacht te besteden aan iemands levensgeschiedenis. Daardoor kun je te weten komen waar iemands negatieve en positieve levenservaringen liggen. Dit geeft je weer mogelijkheden in de begeleiding van de patiënt.

Problemen op de dimensie Levensgeschiedenis:

- ingrijpende traumatische ervaringen;
- lichamelijke, geestelijke of emotionele mishandeling;
- seksueel misbruik;
- pleeggezinnen/jeugdinstellingen;
- oorlogservaringen;
- overlijden geliefden.

Aspecten van de levensgeschiedenis op zich:

- gezin en de rol van de ouders en broers en zussen;
- geloof;
- onderwijs;
- werk;
- burgerlijke staat;
- kinderen;
- stoppen met werken;
- overige.

Mogelijkheden en ervaringen waaruit de patiënt kracht en trots kan putten:

- warme, stabiele jeugd;
- voldoende opleiding;
- vloeiende overgang levensfasen;
- passend en bevredigend werk;
- prettige persoonlijke relaties;
- evenwichtige levensopvatting/filosofie;
- tevreden gevoel over het leven tot nu toe.

Bijlage 1 DSA-schema

Naam patiënt:
Geboortedatum:
Afdeling:

Somatische kenmerken	Persoonlijkheidskenmerken			Levensgeschiedenis	
neurologie	zelfbeeld en beeld van de omgeving			negatieve gebeurtenissen	positieve gebeurtenissen
	Cognitiekennmerken				
algemeen	Communicatie			Belevingskenmerken	
	voorstelling		waarneming	emotioneel	rationeel
	motorisch	spraak	sensorisch		
Sociale omgeving					
negatief	negatief		positief	positief	
immaterieel (familie, vrienden)	materieel (foto's, kleding)		immaterieel	materieel	

Bijlage 2 De kleuren in het DSA-schema

In dit zakboek heeft Ton Bakker aan de verschillende velden van de DSA een kleur toegekend om ze beter van elkaar te onderscheiden. Deze kleuren zijn niet willekeurig gekozen. De keuze is gebaseerd op het gedachtegoed van verschillende kunststromingen (bijvoorbeeld Mondriaan, Rothko) en architectuurstijlen (Stijlgroep, Bauhaus). Verder heeft prof.dr. Léon de Caluwé kleuren gebruikt om verschillende managementstijlen aan te duiden.

Toelichting op de kleuren

Blauw: Somatische kenmerken

- blauwdruk voor het leven;
- lichamelijke processen zijn georganiseerd en gedefinieerd;
- functies zijn meetbaar;
- resultaten kunnen omschreven worden;
- zichtbaarheid.

Groen: Cognitieve kenmerken

- leerproces;
- geheugen;
- oplossingsgerichtheid;
- meer invalshoeken.

Paars: Persoonlijkheidskenmerken

- geestelijke ontwikkeling;
- opvallende eigenschappen;
- krachtig (veroorzaakt [tegen]stand/ [on]begrip);
- sterkte/intuïtie (ervaring);
- bescherming.

Geel: Belevingskenmerken

- verzoenen;
- rekening houden met context/verleden;
- onderhandelen/afstemmen;
- wisselende ervaring;
- stelling nemen;
- macht uitoefenen;
- destructief;
- drive/motor.

Grijs: Communicatie

- ontwikkelingsmogelijkheden;
- stimuleren/faciliteren;
- energie oproepen/toeleiden;
- creatieve en experimentele projecten;
- signaleren;
- ruimte bieden;
- veelzijdig.

Rood: Sociale omgeving

- sfeer creëren (stimuleren/motiveren);
- prikkelen (negatief/positief);
- belang hechten aan evenwichtigheid;
- prestaties;
- 'ik'-georiënteerd/gekleurd;

Wit (ivoor): Levensgeschiedenis

- onvoorspelbaar en dynamisch;
- ruimte voor spontane groei/toekomst;
- positiviteit/negativiteit;
- belang van feiten/data;
- patronen.

Bijlage 3 Zorgplan

Zorgplan				
Van:			Tot:	
Naam:				
Geboortedatum:				
Afdeling:				
Datum zorgplanbespreking:				
Status zorgplan:			Definitief:	
Somatische kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
neurologie				
algemeen				
Cognitie-kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
Persoonlijkheids-kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
zelfbeeld en beeld van de omgeving				
Belevings-kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
emotioneel				
rationeel				
Communicatie	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
voorstelling				
waarneming				
motorisch				
spraak				
sensorisch				

Sociale omgeving	Problemen/ mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
immaterieel				
materieel				
Levens- geschiedenis	Problemen/ mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
negatieve gebeurtenissen				
positieve gebeurtenissen				

Bijlage 4 Verpleegplan/deelplan

Verpleegplan/deelplan				
Van:			Tot:	
Naam:				
Geboortedatum:				
Afdeling:				
Evaluatiedatum:				
Status deelplan:			Definitief:	
Somatische kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
neurologie				
algemeen				
Cognitie-kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
Persoonlijkheids-kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
zelfbeeld en beeld van de omgeving				
Belevings-kenmerken	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
emotioneel				
rationeel				
Communicatie	Problemen/mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
voorstelling				
waarneming				
motorisch				
spraak				
sensorisch				

Sociale omgeving	Problemen/ mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
immaterieel				
materieel				
Levens- geschiedenis	Problemen/ mogelijkheden	Doel	Interventies	Evaluaties
negatieve gebeurtenissen				
positieve gebeurtenissen				

Nawoord

Je hebt in vogelvlucht kennis gemaakt met de verschillende dimensies van de DSA. Dit geeft een goede indruk over de plaats in het DSA-schema van veel voorkomende ziekten, functieproblemen en mogelijkheden. Het helpt je om de goede woorden te vinden voor wat er in het bijzonder speelt, waar iets aan gedaan moet en/of kan worden. Het maakt vaak ook duidelijk wat je multidisciplinair nog niet weet, waar je nog achteraan moet. Dit zakboekje is een belangrijk hulpmiddel tijdens het gehele zorgproces. Draag het bij je en gebruik het bij de diagnostiek, de analyse, het multidisciplinaire zorgplan, het deelplan van je eigen discipline en bij de evaluatie door middel van een multidisciplinair overleg (MDO). Het zal jezelf, je collega's maar in de eerste plaats de patiënt en zijn familie helpen om gezamenlijk de juiste dingen te doen.

Personalia

Mandy van Helden (1966) is werkzaam als gedragsconsulente en clustermanager bij de Zorggroep Waterweg Noord in Schiedam. Daarnaast werkt zij als hoofddocente bij het opleidingsinstituut Psy-Ger-On, waar zij de opleiding 'integrale benaderingswijzen' voor niveau 3 en 4 verzorgt. Tevens werkt zij op de polikliniek cognitieve functiestoornissen in het Vlietland Ziekenhuis. Zij volgde de opleidingen tot ziekenverzorgende, middenkaderfunctionaris en sociaal-pedagogisch hulpverlener en specialiseerde zich in de psychogeriatric. In haar werk als gedragsconsulente en docente heeft zij veel contact met verzorgenden en verpleegkundigen die in de dagelijkse leefomgeving van de psychogeriatrische patiënt werkzaam zijn. Bij complexe gedragsproblematiek van de patiënt adviseert en ondersteunt zij de afdelingsmedewerkers in hun rol ten opzichte van de patiënt.

Hierbij past zij de in de zorggroep ontwikkelde interventies voor verpleging en verzorging toe, met als doel het gedrag van de patiënt positief te beïnvloeden. Haar sociotherapeutische achtergrond en de ervaring die zij heeft opgedaan tijdens het werken bij de psychogeriatrische reactivering komen haar hierbij goed van pas.

Ton J.E.M. Bakker (1947) is verpleeghuisarts en psychogeriatr. Hij is werkzaam als behandelend arts op de afdeling psychogeriatrische reactivering, opleider en onderzoeker bij de Zorggroep Waterweg Noord (locatie Drie-MaasStede) in Schiedam. Op basis hiervan heeft hij veel contact met verzorgenden en verpleegkundigen. Daarnaast is hij actief op de polikliniek cognitieve functiestoornissen in het Vlietland Ziekenhuis. Verder is hij directeur Behandeling & Verpleging en maakt hij als adviseur deel uit van diverse landelijke commissies.

Alfabetische woordenlijst

- achterdochtig 17
- afasie 22
- afgewezen 17
- afhankelijk 17
- agressie 20
- aids 13
- alcoholmisbruik 24
- algemeen 10
- analyse 34
- angst 20
- angstig 17
- antisociaal 18
- apraxie 14
- armoede 25
- artrose 13
- arts 16
- astma 13

- beheerst agressief 18
- belevingskenmerken 10, 19
- belevingsstoornis 19
- bewustzijn 14, 15
- bezigheden 23
- blindheid 21
- boosheid 25
- borderline 17
- borduren 23
- breien 23
- burgerlijke staat 26

- claimend 17
- cognitiekenmerken 14
- collega 23

- collumfractuur 13
- coma vigil 13
- communicatie 10, 21
- complexe posttraumatische stressstoornis 15
- confabuleren 14
- conversie 20
- COPD 13
- CVA 13

- dagbesteding 24
- darmobstructie 13
- decompensatio cordis 13
- decubitus 13
- deelplan 12, 14, 32, 34
- delirium 15
- depressie
 - geagiteerd 20
 - passief 20
- diabetes mellitus 13
- diagnose 16
- diagnostiek 34
- diarree 12
- dimensies 10
- dissociatie 20
- dissociatieve identiteitsamnesie 18
- dissociatieve identiteitsstoornis 18
- doelgericht agressief 18
- dominant 17
- doofheid 21
- dossier 12
- dwang 20
- dwangmatig 17

- dwarslaesie 13
 Dynamische Systeem Analyse 5, 10, 27
- eenzaamheid 24
 egocentrisch 17
 emotioneel 19
 epilepsie 13
 eten 14
 excentriek 17
- familieleden 23
 fantoompijn 22
 financieel onafhankelijk 24
 financiële problemen 24
 fobie 20
- galblaas, aandoeningen van 13
 gangreen 13
 geheugenstoornissen 15
 geloof 26
 gespannenheid 22
 gestoord dagritme 24
 gezin 26
 gnosis (herkennen van voorwerpen en situaties) 15
- hallucinaties 21, 22
 hartklachten 12
 hematologische aandoeningen 13
 herbelevingen 25
 hernia 13
 van de buik 13
 hersenletsel 13
 hobby's 23
 huid, aandoeningen van 13
 huidproblemen 12
 huisvestingsproblemen 24
 hypertensie 13
- immaterieel 11
 impulsief agressief 18
 incoherent spreken 22
 incontinentie 12
 interpreteren 9, 21
 isolement 15
- jeugd 26
- kanker 13
 kennissen 23
 kinderen 26
 kleden 14
 kleinkinderen 24
 koken 23
- levensbalans 8
 levenservaringen 25
 levensfasen 8
 levensgeschiedenis 11, 25
 levensloop 8
 levensopvatting/-filosofie 26
 lever, aandoeningen van 13
 lezen 23
 lichaam 12
 lichaamsbeleving 22
 lichaamshouding 21
 lijdelijk tegenwerkend 18
 longembolie 13
 lopen 12
- maag, aandoeningen van 13
 manie 20
 manipulatief 17
 materieel 11
 medisch model 5
 methodiek 8
 methodisch handelen 9
 mishandeling 26
 misselijkheid 12

- motorisch 21
- multidisciplinair overleg (MDO) 34
- multipele persoonlijkheid 18
- multiple sclerose 13
- museumbezoek 23

- narcistisch 17
- neurologie 10
- nierziekten 13
- nihilistisch 17

- observeren 9
- obsessie 20
- obstipatie 12
- omgeving 16, 24
- onderwijs 26
- ongelukkig 19
- onrust 22
- ontremd spreken 22
- ontwijkend 17
- onzeker 17
- oogaandoeningen 13
- ooraandoeningen 13
- oorlogservaringen 25, 26
- opstaan 14
- oriëntatiestoornis 15
- ouders, rol van de 26
- overdragen 9
- overdreven 17
- overlijden geliefden 26
- overlijden partner 24

- paranoïde 17
- paranoia 20
- Parkinson, ziekte van 13
- partner in WAO/WW 24
- passief 17
- passief-agressief 18
- passiviteit 22
- perfectionistisch 17

- perseveraties 14
- persoonlijkheden 18
- persoonlijkheidskenmerken 10, 16
- persoonlijkheidsproblematiek 16
- persoonlijkheidstoornis 16
- plassen
 - pijn bij het 12
 - veel 12
- pleeggezinnen/jeugdinstellingen 26
- pneumonie 13
- posttraumatische stressstoornis 15
- praxis (handelingsvaardigheid) 15
- professionele standaarden 10
- psyche 10
- psychische spanningen 19
- psychogeriatric 5
- psychogeriatricische reactivering 5
- puzzelen 23

- rationeel 19
- relatieproblemen 23, 24
- relaties 23
- reumatoïde artritis 13

- sadistisch 18
- scheiding 23, 24
- schildklieraandoeningen 13
- schizofreen 17
- schizofrenie 20
- seksualiteitstoornis 20
- seksueel misbruik 26
- sensorisch 22
- shock 13
- sloffen 22
- sociale belasting t.g.v. kinderen 24
- sociale omgeving 11, 23
- somatisatie 20
- somatische kenmerken 10, 12
- splitsing 16
- sporten 23

- spraak 22
 stemmingen 19
 stoppen met werken 26
 stress 14
- taal (taalbegrip; denken in taal) 15
 tbc 13
 teruggetrokken 17
 trappen 24
 traumatische ervaringen 26
 tuinieren 23
 twijfelzucht 17
- uitdroging 12
 uitgebluste lichaamshouding 22
 uitspraakproblemen 22
 urinewegen, aandoeningen van 13
- verbroken relaties 23
 verdriet 25
 vergiftiging 13
 vermijdend 17
 vermoeid 12
 verpleegplan 12, 32
 verwaarlozing 25
 verwerking van gebeurtenissen 25
- vijandig 18
 vissen 23
 vochtbeperking 12
 voedingsdeficiënties 13
 voedingstoestand, slechte 12
 vreemd 17
 vrienden 23
 vrije tijd 23
- waarnemen 9
 wanen 21, 22
 wassen 14
 werk 26
 wijk 24
 winkelen 23
 wonden 12
 woning 24
 woord/naamvindstoornissen 22
- zelfbeeld 16
 zelfverwaarlozing 14, 15
 ziekte partner (ernstig/langdurig)
 24
 zintuiglijke handicaps 22
 zorgplan 30, 34
 zorgproces 34

Bibliografie

Boeken

- Bakker, T.J.E.M., Lit, A.C. & J.J.F. Schroots, *Naar een nieuwe psychogeriatric. Pluriform en complex*. Swets en Zeitlinger, Lisse 1994.
- Bakker, T.J.E.M., *Psycho-geriatric, behandelpraktijk in meer dimensies*. Swets en Zeitlinger, Lisse 1997.
- Bakker, T.J.E.M., Schroots, J.J.F. & D.H. Sipsma, *Evenwichtig ouder worden*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 2000.
- Lee, J. van der & T.J.E.M. Bakker, *Psychogeriatric, interdisciplinaire praktijk volgens de Dynamische Systeem Analyse*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2002.
- Helden, M. van & T.J.E.M. Bakker, *Somatoforme stoornissen in de psychogeriatric langs de Dynamische Systeem Analyse*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2002.
- Helden, M. van & T.J.E.M. Bakker, *Depressie in de psychogeriatric langs de Dynamische Systeem Analyse*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2003.

Tijdschriften

- Bakker, T.J.E.M. (2000), 'Palliative care in chronic psycho-geriatrics: A case-study'. In: *Patient Education and Counseling* 41, pp. 107-113.
- Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J. & W.J. Schudel (2001). 'Psycho-geriatric reactivation in a psychiatric-skilled nursing home; a clinical-empirical exploration'. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, pp. 1-6.
- Bakker, T.J.E.M, Duivenvoorden, H.J., Lee, J. van der & W.J. Schudel (2004), 'Life expectancy following Psychogeriatric Reactivation: Identification of prognostic characteristics of survival assessed on admission'. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 18, pp. 24-31.
- Bakker, T.J.E.M, Trijsburg, R.W., Lee, J. van der & H.J. Duivenvoorden (accepted January 2005), 'Prevalence of psychiatric function disorders in psychogeriatric patients at referral to nursing home care; the relation to cognition, activity of daily living and general details'. In: *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*.



ISBN 90-352-2743-3



9 789035 227439