



Draag ménsen over, geen medische probleemgevallen

Wie een plek in een verpleeghuis zoekt voor mensen met dementie, zou niet alleen de hersenafwijking en het 'probleem'gedrag moeten beschrijven van de cliënt. Even belangrijk is een positieve eerste indruk van de persoon mee te geven, omdat dit de kans op een welwillende ontvangst vergroot. Beschrijf daarom naast de factoren die het functioneren belemmeren, de hulpbronnen die ondersteunen, versterken of compenseren.

AD BERGSMA, psycholoog, Baalderborg Groep, Ommen

TON BAKKER, specialist ouderengeneeskunde; lector Functiebehoud bij Ouderen in Levensloopperspectief; directeur Stichting Wetenschap Balans, Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam, Rotterdam

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel

- beseft u dat de eerste indruk lang kan doorwerken;
- kunt u de overdracht gebruiken om iemand een goede start te geven in het verpleeghuis;
- kunt u het begrip positieve gezondheid in de context van de overdracht gebruiken;
- kunt u de Dynamische Systeemanalyse gebruiken bij de overdracht;
- bent u als verpleegkundig specialist in staat een positieve overdracht te gebruiken om een beter leefklimaat te creëren waarin probleemgedrag minder vaak voorkomt.

TREFWOORDEN

positieve gezondheid, dementie, verpleeghuis, overdracht, Dynamische Systeemanalyse, eerste indruk, kwaliteit van leven, functiebelemmeringen, compenseren

1 STUDIEPUNT

Elke keer als iemand met dementie het in de thuissituatie niet meer kan redden, wordt er een overdracht opgesteld voor de afdeling Somatiek of Psychogeriatric in het verpleeghuis. Voor het verpleeghuis is het dan de vraag of het zorgaanbod passend zal zijn. Een belangrijke rol hierin speelt het veelvoorkomende 'probleem'gedrag, dat vaak de reden is dat het thuis niet meer gaat. Is de zorg kundig en

veerkrachtig genoeg om het beschreven probleemgedrag het hoofd te bieden? De kwaliteit van de gemaakte inschatting is afhankelijk van de kwaliteit van de soms haperende overdracht, waardoor belangrijke informatie van zorgprofessionals verloren gaat en de keten niet als een solide eenheid fungeert.¹⁻³

Stel u voor dat wij de tweeling Lori en George⁴ zouden insturen met de volgende kenmerken:

- George heette vroeger Dori en heeft als vrouw een prijs gewonnen voor een countryalbum.
- George is verlegen. Lori is een sociaal dier en maakt graag ruwe grappen.
- Lori en George plagen elkaar graag, maken elkaars zinnen af en zijn altijd samen.
- Ze beschrijven zichzelf als speels, blij en optimistisch.
- Ze zijn een medisch wonder gezien hun hoge leeftijd.

Je zou zo zin krijgen deze mensen te ontmoeten, maar dat verandert misschien als u weet dat Lori en George een Siamese tweeling zijn van wie de hoofden met elkaar vergroeid zijn. Probeer u nu eens in te denken dat wij de kenmerken van Lori en George andersom hadden gepresenteerd. Psychologisch onderzoek laat zien dat dat veel verschil maakt. Als we weten dat deze tweeling een 'medische rariteit' met vergroeide hoofden

is, dan kleurt dat alle persoonlijke informatie daarna. We denken automatisch dat de situatie onleefbaar is, en nemen alle bewijzen voor het tegendeel die erachteraan komen minder serieus.⁵⁻⁷

De neiging nieuwe informatie te kleuren aan de hand van wat we weten over iemands gebreken, draagt bij aan het probleem van Kitwood, de dementieonderzoeker die in de richtlijn *Probleemgedrag* van Verenso genoemd wordt als belangrijkste inspiratiebron.⁸ Iedereen is zich er volgens Kitwood van bewust dat we de term 'dementerenden' beter niet kunnen gebruiken, omdat we dan onbewust de persoon achter de ziekte laten verdwijnen.⁹⁻¹¹ Toch stelt Kitwood¹² dat we nog steeds moeten leren denken over 'mensen met dementie' in plaats van 'mensen met dementie'. Beschrijf dus niet alleen dingen als: mevrouw loopt naakt over de gang, dwaalt in de nacht, is gevoelig voor urineweginfecties en is dan delirant en agressief, snapt niet wat ze op het toilet moet doen, heeft al 15 jaar geen contact meer met haar kinderen, enzovoorts. Heel correct, maar na het uitstorten van een berg dementie is het lastig de mens eronder te ontdekken.

Als instuurders of doorverwijzers maken we de kans op een goede start in het verpleeghuis groter, wanneer we een menselijk, positief frame meegeven. Wetenschappelijk is bijvoorbeeld aangetoond dat we Helga als persoon meer tot leven brengen als we niet alleen beschrijven dat zij stilletjes haar geheugen verliest, maar ook zeggen dat ze nog steeds geniet van vals spelen bij het kaarten.¹³ De overdracht kan zo ingericht worden dat geen stigma wordt overgedragen, maar de persoonlijke identiteit.¹⁴

De beste manier om dit te bereiken is bij de overdracht niet meteen een heel levensboek aan te leveren, met de foto van het carnavalskostuum op de lagere school of een beschrijving van de eerste kus en het daarna volgende liefdesverdriet. Dit deel van de beschrijving van de overdracht wordt door de ontvangende partij waarschijnlijk overgeslagen, om tot de 'kern' te komen. De kans dat de ontvangende partij informatie goed opneemt is groter als u persoonlijke informatie geeft, waarmee men in de zorg direct iets kan doen. Wat helpt deze mevrouw of meneer om zich prettig te voelen, wat biedt compensatie voor gebreken en wat versterkt de menselijkheid van de nieuw bewoner? Stuur iemand in met een soort 'persoonlijke gebruiksaanwijzing', waarmee de zorg direct aan de slag kan. We laten hierna aan de hand van twee belangrijke werkwijzen in de verpleeghuiszorg zien hoe dit kan. We beginnen met positieve gezondheid.¹⁵

POSITIEVE GEZONDHEID

Een eerste mogelijkheid is gebruikmaken van het 'Spinnenweb van positieve gezondheid',¹⁶ waarbij de instuurder/doorverwijzer kort iets zegt over de persoon met dementie met betrekking tot:

- lichaamsfuncties;
- mentaal welbevinden;
- zingeving;
- kwaliteit van leven;
- meedoen;
- dagelijks functioneren.

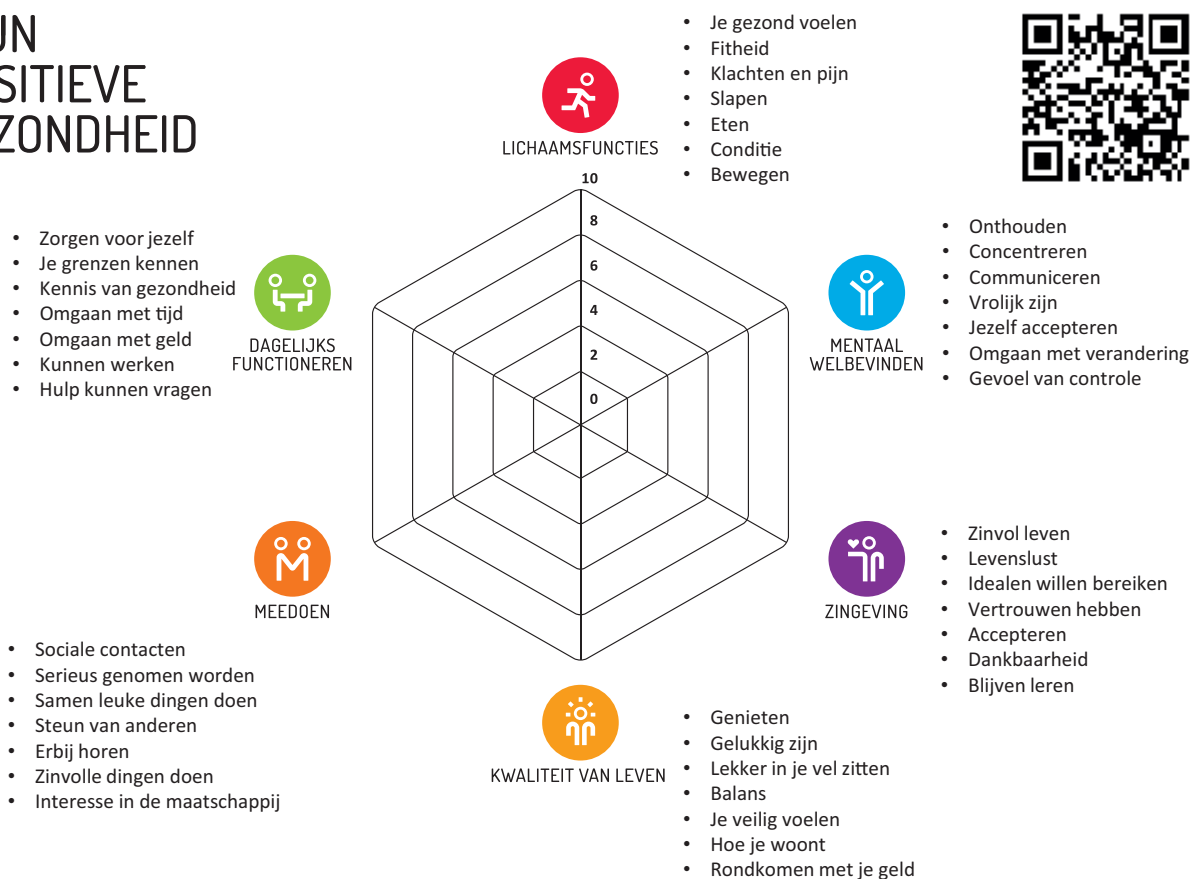
Leg daarbij niet uit waarom meneer of mevrouw geen tien scoort. Som niet op wat allemaal ontbreekt en beschadigd is, maar gebruik in plaats daarvan de schaalvraag uit de oplossingsgerichte therapie.¹⁷ Dat wil zeggen: motiveer waarom de score niet een punt lager is uitgevallen.

Bij mevrouw Karpes (93 jaar) zou de beschrijving met behulp van het Spinnenweb er als volgt uit kunnen zien:

- Lichaamsfuncties: mevrouw vindt het prettig te trippelen in de rolstoel.
- Mentaal welbevinden: mevrouw interpreteert haar geheugenklachten en lichamelijke achteruitgang als een natuurlijk gevolg van haar hoge leeftijd.
- Zingeving: is dankbaar voor persoonlijke aandacht en bezoek van familie en kennissen.
- Kwaliteit van leven: mevrouw geniet als je haar mee naar buiten neemt. Ze beschrijft dan de natuur en het wonder dat bomen zo hoog zijn.
- Meedoen: mevrouw is op haar best bij een-op-een aandacht. Voert graag gesprekken over haar kijk op het leven en op mannen, zolang het gesprek voldoende abstract blijft.
- Dagelijks functioneren: eet zelfstandig en vraagt uit zichzelf hulp als iets niet lukt.



MIJN POSITIEVE GEZONDHEID



© Institute for Positive Health (iPH) | iph.nl | Gespreksinstrument 1.0

Figuur 1 Het Spinnenweb van Positieve Gezondheid van mevrouw Karpes.

Het doel van deze beschrijving is mevrouw een goede start te geven, zodat ze bijvoorbeeld niet op de eerste dag op een positie wordt geplaatst in de huiskamer waar ze niet weg kan, omdat haar route naar de deur is geblokkeerd. Ze trippelt immers erg graag.

ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

- De verpleegkundig specialist stimuleert de multidisciplinaire samenwerking binnen het ontvangende team.
- Zij doet direct iets met bruikbare, positieve informatie uit de overdracht.

DE STIP-METHODE

Een tweede hulpmiddel daarbij is de persoonsbeschrijving uit de STIP-Methode, die in 2019 is ontwikkeld door drie bewezen effectieve aanpakken bij probleemgedrag te combineren. STIP staat voor: STapsgewijze Integrale preventie en behandeling van Probleemgedrag (STIP-Methode).¹⁸⁻²⁰

De gebruikte persoonsbeschrijving heet Dynamische Systeemanalyse (DSA) en beschrijft het functioneren van iemand aan de hand van zeven dimensies:

1. somatisch;
2. cognitie;

3. communicatie;
4. persoonlijkheid;
5. beleving;
6. sociale omgeving;
7. levensloop.

Het is een hulpmiddel om de persoon met dementie goed te leren kennen en begrijpen, zodat het vaker lukt de kwaliteit van leven positief te beïnvloeden. Voor een complete beschrijving van de DSA-scan verwijzen we naar het (te downloaden) boek van Mandy van Helden.²¹ Hier geven we per dimensie enkele voorbeelden van het gebruik van de DSA-scan voor het verbeteren van de overdracht. Wij nemen mevrouw Scholten als voorbeeld.

Somatische kenmerken

Alle lichamelijke tekortkomingen die het functioneren belemmeren worden doorgaans overgedragen, maar beschrijf ook wat de persoon nog wel kan. Mevrouw Scholten heeft slecht zicht (maculadegeneratie), maar kan meer dan ze zelf beseft. Als ze om hulp vraagt, omdat ze dingen niet kan zien, volstaat vaak een geruststellend woord en haar de tijd geven om dingen toch te laten doordringen.

DYNAMISCHE SYSTEEM ANALYSE

1 SOMATISCHE KENMERKEN		2 KENMERKEN ZELF-/OMGEVINGSBEELD			2C ANALYSE LEVENSGESCHIEDENIS	
1A direct psychische beïnvloeding incl. medicatie		2A persoonlijkheidskenmerken (traits)			2C1 neg. bel. + invl.	2C2 pos. bel. + invl.
Vermoeidheid door hart- en leverfalen. Gevoelig voor urineweginfecties met risico op delier Maculadegeneratie/ visus verlies		Kan dwangmatig reageren als ze cognitieve achteruitgang opmerkt. Kernbehoefte: voorspelbaarheid Sociaal, vriendelijke, betrokken. Emotioneel veerkrachtig en evenwichtig.			Vaak bezorgd over gebeurtenissen uit de oorlog en de belasting voor haar ouders. Traum: bombardementen uit de oorlog steken soms de kop weer op. De overleden echtgenoot had een wat kille familie. Verlies zussen Spijt van zichzelf wegcijferen	Komt uit warm nest en heeft familiebanden altijd actief onderhouden. Houdt ervan om in de watten gelegd te worden. Trots op verleden als verpleegkundige.
		2B COGNITIEVE KENMERKEN				
		2B1 per gedragseenheid	2B2 taal/ symbool/meta	2B3 per zintuig		
		Apraktisch ADL Deels zelfstandig mn eten	Neemt taal letterlijk, begrijpt metafoeren niet Rijke woordenschat Bewust van eigen cognitieve achteruitgang. Kan heden en verleden slecht scheiden.	Veel tijd nodig voor verwerking visuele indrukken en geluiden		
1B primair somatisch		3/5 VERBEELDINGSFUNCTIE KENMERKEN			4 EMOTIONELE EN RATIONELE KENM. (STATES)	
Mobiliteit schouder beperkt na val Osteoporose Orthostatische hypotensie Gevoelig voor longontstekingen.		3A1 (mot.) voorstelling (sens.) 3A2		3B1 (mot.) waarneming (sens.) 3B2		
		Kan eigenlichaamshouding niet corrigeren en zakt snel in.		Verliest automatische controle en heeft bij opstaan aanwijzing nodig om voeten plat op de grond te zetten.		
		5A gedrag/bew. app. kenmerken	5B spraakverm. kenmerken	5C zin. functie kenmerken		
		Valgevaarlijk	Krachtsverlies van stem; Slikproblemen	Maculadegeneratie/ visus verlies Smaakverlies		
6 OMGEVINGSFACTOREN						
POSITIEF				NEGATIEF		
6A1 immaterieel (familie/vrienden/e.d.)		6B1 materieel (foto's/kleding/e.d.)		6A2 immaterieel		6B2 materieel
Warme relatie met kinderen en kleinkinderen Oude vriendenkring		Gehecht aan goed verzorgde kleding Oude Duitse slaggers uit de jaren vijftig		Verlies echtgenoot		Verlies eigen spulletjes Afscheid van auto en fiets
Naam patiënt: Mevrouw Scholten		Geboortedatum: 26-01-1933		Afdeling: Lalaland		Invuldatum: 27-11-2024

Figuur 2 De DSA-scan van mevrouw Scholten.

Cognitiekenmerken

Mevrouw Scholten heeft door haar dementie grote moeilijkheden met het uitvoeren van handelingen en ook het besef van tijd verloren. Ze heeft haar sociale intelligentie behouden en onthoudt veel. Betuttelend gedrag naar haar of medebewoners wordt opgemerkt en geregistreerd. Als zorgmedewerkers mevrouw serieus nemen en zichzelf laten kennen, dan is het opbouwen van een goede zorgrelatie eenvoudig.

Persoonlijkheid

Mevrouw is in de grond een vertrouwend persoon, maar het controleverlies door achteruitgang maakt haar vaak angstig. Dit compenseert zij met controledwang, bijvoorbeeld door tijdens een wandeling elke vijf meter te vragen of ze de goede kant opgaat. Hierin meegaan en proberen telkens gerust te stellen lost de onderliggende angst niet op. Een beroep doen op haar evenwichtigheid van vroeger werkt beter. Zeg simpel: 'Vertrouw me maar, komt goed.' Voldoe aan haar kernbehoefte voorspelbaarheid.

Belevingskenmerken

De stemming van mevrouw vergelijkt ze soms met een dorre woestijn. Dit gebeurt met name als ze zich onbegrepen voelt. Haar een luisterend oor bieden en voldoende, geplande zinvolle bezigheden organiseren,

maken dat ze zich prettig voelt en niet in een pieker-cirkel vervalt.

Sociale omgeving

Mevrouw mist vooral haar zussen die als laatsten overleden van een gezin met negen kinderen. Ze heeft een waardevolle relatie met haar kinderen. Vooral aandacht van de kleinkinderen laat mevrouw ervaren. Meedoen aan sociale activiteiten uit haar oude vriendenkring dempt gevoelens van eenzaamheid langdurig.

Levensgeschiedenis

Het besef dat ze altijd dienstbaar is geweest aan anderen, leidt soms tot het knagende gevoel dat ze zichzelf tekort heeft gedaan in haar leven. Haar verleden als verpleegkundige is een bron van trots. Mevrouw leeft op als je haar aanspreekt over haar oude deskundigheid. Dienstbaar zijn is een last, maar ook een bron van betekenis.

De communicatie

Bij de zevende dimensie van de DSA-scan hoort tot slot de communicatie en het zich kunnen uitdrukken en begrepen voelen. Beschrijf daarom in de overdracht welke zintuigen het nog wel doen, de gevoeligheid voor non-verbale communicatie, enzovoort. Bij mevrouw

DO'S EN DON'TS

DO'S

- Houd rekening met het belang van de eerste indruk, zorg daarom voor een introductie met positieve aspecten van de persoonlijkheid.
- Kies een methode om de positieve aspecten van de overdracht te structureren, bijvoorbeeld positieve gezondheid of de Dynamische Systemanalyse-scan.
- Wees praktisch: kies voor *need to know* in plaats van *nice to know*. Selecteer elementen uit iemands 'gebruiksaanwijzing' waarmee het ontvangende team direct zijn voordeel kan doen.
- Kijk mee met de burens: controleer af en toe bij ontvangende partijen hoe de overdracht is gevallen en vraag na welke elementen als nuttig worden ervaren.

DON'TS

- Maak alleen een zakelijke opsomming van alle ziekten, functiebeperkingen en tekortkomingen.

Scholten werkt het bijvoorbeeld heel goed om in korte zinnen te spreken en na elke zin even tijd te geven voor de verwerking.

Uiteindelijk is een overdracht geslaagd, als u kennis overdraagt over wat het leven van de persoon die u instuurt belemmert en bevordert. Een goede overdracht vermindert leed, omdat het ontvangende team sneller kan beginnen met zorg toepassen die goed werkt. ■

LITERATUUR

1. Blok C de, Vat L, Soest-Poortvliet M van, et al. Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT. Utrecht: Nivel; 2012.
2. Tijk K. 10 tips voor een goede transmurale overdracht. Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161(D1031):D1031.
3. Alphen SP van, Videler AC, Sobczak S. Psychiatrische aandoeningen bij ouderen: interindividuele variabiliteit, specifieke presentatie en leeftijdsdiscriminatie. Tijdschrift voor Psychiatrie 2022 Sep 7:494-6.
4. Gilbert D. Stumbling on happiness. Vintage Canada; 2009.
5. Wilson TD, Gilbert DT. Affective forecasting: Knowing what to want. Curr Dir Psychol Sci. 2005 Jun;14(3):131-4. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00355.x>
6. Kushlev K, Dunn EW. Affective forecasting: Knowing how we will feel in the future. In Vazire S, Wilson TD, editors. Handbook of Self-Knowledge. New York, NY: Guilford Press; 2012. p. 277-292.
7. Pilin MA. The past of predicting the future: A review of the multidisciplinary history of affective forecasting. History of the Human Sciences 2021 Jul;34(3-4):290-306.
8. Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, et al. Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Utrecht: Verenso, NIP; 2018.
9. Toebes T. The Housemates: Everything One Young Student Learnt about Love, Care and Dementia from Living in a Nursing Home. September Publishing; 2023 Aug 3.
10. Quinn C, Pickett JA, Litherland R, et al. Living well with dementia: what is possible and how to promote it. Int J Geriatr Psychiatry 2022 Jan;37(1).
11. Peeters G, Kok A, Bruin SR de, et al. Supporting resilience of older adults with cognitive decline requires a multi-level system approach. Gerontology 2023 Jul 4;69(7):866-74.
12. Kitwood T. Dementia reconsidered: The person comes first. Maidenhead, Berkshire, UK; 1997.
13. Gorp B van, Vercruysse T, Bulck J van den. Toward a more nuanced perception of Alzheimer's disease: Designing and testing a campaign advertisement. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2012 Sep;27(6):388-96.
14. Bavidge M. Ageing and human nature. Dementia: Mind, meaning, and the person 2006:41-53.
15. Huber M, Vliet M van, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open 2016 Jan 12;6(1):e010091.
16. Brekel-Dijkstra K van den, Jung HP. Positieve Gezondheid/ Veerkracht bij ouderen. In: Muris JWM, Schols JMGA, Collet J, et al. (red). Ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2022. p. 267-281.
17. Shazer S de, Dolan Y, Korman H, et al. More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. New York: Routledge; 2021.
18. Bakker TJEM, Helden M van. Woon- en leefomgeving vanuit sociotherapeutisch perspectief. In: Bakker T, Habes V, Quist G (red). Klinisch redeneren bij ouderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2019. p. 425-438.
19. Bakker TJEM, Duivenvoorden HJ, Lee J van der, et al. Integrative psychotherapeutic nursing home program to reduce multiple psychiatric symptoms of cognitively impaired patients and caregiver burden: randomized controlled trial. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2011 Jun 1;19(6):507-20.
20. Bakker TJEM, Ziylan C, Verstraeten H, et al. Probleemgedrag bij mensen met dementie en de STIP-Methode – Gepersonaliseerde STapsgewijze Integrale Preventie en Behandeling. Geron – Tijdschrift over ouder worden & samenleving 2023;25(1).
21. Helden M van. Kleur bekennen in de psychogeriatric; DSA in zakformaat. Schiedam: Stichting Wetenschap in Balans; 2023 (<https://swbalans.nl/wp-content/uploads/Kleur-bekennen-met-de-STIP-Methode-in-de-psychogeriatric-1-1.pdf>).