

Kleur bekennen met de STIP-Methode in de psychogeriatric in zakformaat

**STapsgewijze Integrale Preventie en
behandeling van 'Probleem'gedrag**

Mandy van Helden / Ton J.E.M. Bakker



Inhoudsopgave

VOORWOORD	4
INLEIDING	7
HOOFDSTUK 1 STIP-Methode algemeen toegelicht	11
HOOFDSTUK 2 Pijler 1: Integraal Klinisch redeneren bij Probleemgedrag in vijf Fasen	15
HOOFDSTUK 3 Pijler 2: Stepped Care interventie-procedure, vier interventie Steps	25
HOOFDSTUK 4 De Context van het werk	38
NAWOORD	44
LITERATUUR	45
OVER DE AUTEURS	46

Voorwoord

Voor je ligt het zakboekje 'Kleur bekennen met de STIP-Methode, in zakformaat', een logisch vervolg op de eerder verschenen zakboekjes 'Kleur bekennen in de Psychogeriatric, DSA in zakformaat' en 'Sociotherapie binnen de Psychogeriatric, in zakformaat'. De wenselijkheid van dit boekje komt voort uit de bevindingen van recent wetenschappelijk onderzoek.

Gebleken is namelijk dat er in de praktijk van alle dag nog te vaak wordt gewerkt zonder een wetenschappelijk onderbouwde methode; sterker nog, slechts circa 25% werkt met een methode! Daarnaast laat onderzoek keer op keer zien dat de uitvoeringsbetrouwbaarheid ruim onder de 50% zit; dus we voeren minder dan de helft van de afspraken uit die we met elkaar maken. Dit moet en kan beter. Zeker nu we weten uit Vilans onderzoek (mei 2022) dat bijna de helft van de verzorgenden overweegt te stoppen met hun baan met name vanwege onmacht en teleurstelling juist samenhangend met 'probleem' gedrag.

Gelukkig weten we ook uit recent onderzoek hoe dit komt. Het is geen onwil, integendeel iedereen is vol passie bezig met de zorg. Kort samengevat komt het erop neer dat bestuur, inhoudelijk management en zorgprofessionals tegelijkertijd in een organisatie de aanpak dienen te verbeteren door een op wetenschap gebaseerde methode werkelijk te implementeren, met speciale aandacht voor de psychiatrische en psychotherapeutische kennis en kunde. De STIP-Methode kan hier goed in voorzien. Vandaar ook dit handzame zakboekje ter ondersteuning. De STIP-Methode nodigt je uit Kleur te bekennen in de psychogeriatric.

Maar, eerst nog even dit: Wat is nu eigenlijk 'probleem' gedrag? Vanuit het perspectief van de oudere mens met dementie staat 'probleem' gedrag voor signalen/uitingen van het psychisch lijden bij de oudere mens met dementie zelf. Dit gedrag roept vaak ook voor de omgeving (zorgverleners en mantelzorgers) problemen op of is voor hen moeilijk begripbaar. Vanwege dit laatste wordt ook nogal eens gesproken over 'onbegrepen' gedrag, hetgeen helaas ook te vaak echt het geval is. In de richtlijnen op dit gebied spreekt men meestal over 'probleem' gedrag. Er is dan een 'probleem' voor de oudere zelf en vaak ook een hiermee samenhangend 'probleem' voor zijn/haar omgeving (mantelzorger en zorgprofessional). Voor alle drie betrokkenen (oudere, mantelzorger, zorgprofessional)

heeft het 'probleem' echter een andere betekenis! Dit op zichzelf al maakt het complex en leidt vaak tot (niet onderkende) spraakverwarring en bijbehorend (minder passend) handelen/zorgen.

In dit handzame zakboekje gebruiken we de termen door elkaar heen, aansluitend bij de dagelijkse praktijk. We bedoelen dan 'signalen/uitingen van psychisch lijden bij de oudere mens met dementie zelf'. Wij hopen dat dit zakboekje je als lezer ondersteunt in het op een wetenschappelijk /gedreven manier preventie en waar nodig behandeling te geven aan hen die dit hard nodig hebben.

Veel leesplezier

Ton Bakker

Inleiding

Kwetsbare ouderen met dementie en ‘probleem’ gedrag

Iedere hulpverlener die met kwetsbare ouderen met dementie en ‘probleem’ gedrag te maken heeft, kent de complexiteit hiervan. Ongeacht de functie van de hulpverlener of de setting waar de oudere verblijft is het ingewikkeld om deze kwetsbare groep op een juiste wijze hulp te verlenen. Naarmate het onbegrepen gedrag ernstiger wordt neemt de complexiteit toe en is de kans al snel aanwezig om het overzicht te verliezen waardoor het onbegrepen gedrag veelal verergert en het ook in toenemende mate de omgeving direct negatief beïnvloedt.

Het lijden aan dementie is op zichzelf al heel complex. Het verlies van onder andere het geheugen, het optreden van desoriëntatie, de aantasting van de praxis en taal en de verandering van het begrijpen van de werkelijkheid om je heen zijn heel ingrijpend voor de oudere zelf en voor zijn of haar naasten. Het leven verandert vaak drastisch, er ontstaat een andere dynamiek, er moet opnieuw betekenis worden gegeven, relaties moeten anders gedefinieerd worden, er ontstaat afhankelijkheid en veelal spelen er gevoelens van schaamte, schuld en verdriet. Naarmate de cognitieve stoornissen toenemen en ernstiger wordt neemt dit toe.

Van alle ouderen met dementie lijdt naast de cognitieve problemen ruim 90% aan een of meer psychische problemen. Te denken valt dan aan bijvoorbeeld: angst, depressie, achterdocht, agitatie, wanen of hallucinaties. Dit is een indrukwekkend hoog percentage; het betekent dus dat er tienduizenden kwetsbare ouderen zijn die bijvoorbeeld gediagnostiseerd zijn met de Ziekte van Alzheimer daarnaast ook nog (heel) angstig en achterdochtig zijn. Of dat iemand met Frontotemporale dementie geagiteerd is en aan wanen en hallucinaties lijdt. Of dat een oudere de diagnose Vasculaire dementie heeft gekregen en uitermate somber is, veel moet huilen en heel erg claimend is en zich theatraal uit als het bezoek afscheid neemt. Zo zijn er talloze kwetsbare ouderen, allemaal uniek als mens en in hun uitingsvorm van het ‘probleem’ gedrag wat zij vertonen; soms thuiswonend alleen of met een partner, soms tijdelijk opgenomen in het ziekenhuis of op een geriatrische revalidatie afdeling of voor de rest van hun leven op een woongroep in het verpleeghuis samen met nog 8 of 10 andere cliënten. Er zijn nu ongeveer 290.000 ouderen met een vorm van

dementie, de verwachting is dat dit aantal door de vergrijzing zal stijgen in 2040 naar circa 500.000 en in 2050 naar circa 620.000 mensen. Dit zijn indrukwekkende aantallen, en dat in een tijd waarin het moeilijk is om aan voldoende goed opgeleide professionals te komen. Dit is in de huidige situatie al een groot probleem en de verwachting is dat dit alleen maar zal toenemen. Een extra probleem is dat veel, met name zorgprofessionals, lijden onder het onbegrepen gedrag van kwetsbare ouderen. Niet zo zeer onder het onbegrepen gedrag op zichzelf; zij kiezen juist met veel passie om voor deze ouderen te zorgen en waar zij graag en met veel inzet iets voor willen en kunnen betekenen.

Waar zij tegenaan lopen is daar waar het gedrag escaleert en er onvoldoende of geen mogelijkheden lijken te zijn om het gedrag positief te beïnvloeden. Waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat die tot gevoelens van onmacht en uitputting leidt en uitval ontstaat door ziekte of het verlaten van het beroep. Het recent verschenen rapport van Vilans (mei 2022) geeft hier veel inzicht in. Zorgwekkend en onnodig want veel wetenschappelijke resultaten die bekend zijn laten zien dat dit anders zou kunnen en dit zowel de kwetsbare ouderen en zijn naasten als de hulpverleners zou helpen om een betere kwaliteit van leven en werken te ervaren.

Belang van methodiek

Vanaf de jaren 1950/1960 heeft de ouderenzorg daar waar het gaat over ouderen met dementie zich ontwikkeld tot de langdurige zorg; daarvoor vormde het een onderdeel van de ziekenhuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. In de loop van deze decennia tot op de dag van vandaag worden er met veel passie ideeën ontwikkeld, is er wetgeving gemaakt en wordt er wetenschappelijk onderzoek gedaan. Opvallend is dat er tot ongeveer het jaar 2000 weinig specifieke aandacht was voor de behandeling van psychische problemen van deze ouderen en er relatief veel aandacht was voor de (belevingsgerichte) omgang ermee en de vormgeving van de zorg zoals bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg, de rapportage en de overdracht. Als gevolg hiervan hebben medewerkers te vaak te weinig specifieke kennis en kunde (breder dan zorg). Op dit punt is helaas ook onvoldoende verbetering te constateren laten de verschillende onderzoeken van de Inspectie van Volksgezondheid en Jeugd (2015, 2020), Vilans (2022) en het STIP-Methode project (2022) zien. In dit handzame zakboekje bieden we je de STIP-Methode aan.

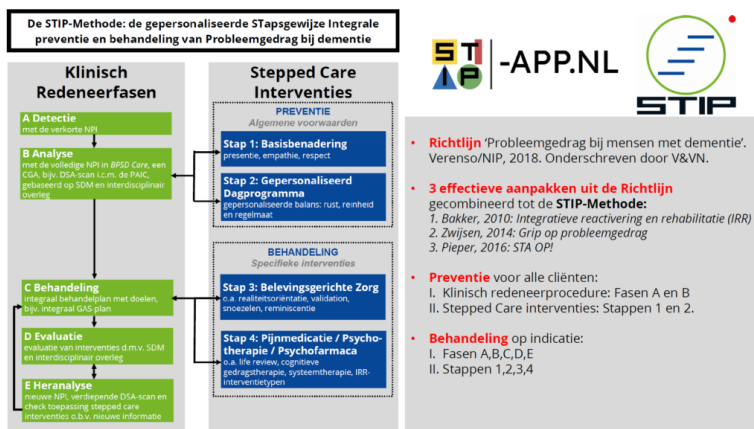
Een overzichtelijke methode die een wetenschappelijke basis heeft en het doel heeft om de zorg aan kwetsbare ouderen met dementie met onbegrepen gedrag op methodisch gestructureerde wijze in kaart te brengen. En dat niet alleen, het reikt je ook afhankelijk van de ernst, in gelaagdheid verschillende interventies aan om het gedrag positief te beïnvloeden. Het geeft de mogelijkheid om een gezamenlijke taal te leren hanteren waardoor er een intensieve interdisciplinaire samenwerking ontstaat en de verschillende teamleden en disciplines elkaar beter leren te verstaan. En dit is hard nodig om genoemde ouderen goed te kunnen begeleiden en behandelen en onze professionals goed toe te rusten om met deze complexiteit om te kunnen gaan!

HOOFDSTUK 1

STIP-Methode algemeen toegelicht

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de STIP-Methode algemeen toegelicht en krijgt het preventieve element extra aandacht. Ook kijken we naar de ontstaansgeschiedenis van deze methode van werken en worden de twee pijlers waar zij op gebaseerd is kort genoemd. Deze pijlers, te weten Klinisch redeneren en Stepped Care worden beiden verder in een afzonderlijk hoofdstuk uitgewerkt.



1.2 De STIP-Methode

De STIP-Methode is de afkorting van: De gepersonaliseerde **ST**apsgewijze Integrale preventie en behandeling van **Probleemgedrag** bij mensen met dementie. Een mond vol en niet echt doenbaar in de dagelijkse praktijk om te hanteren, vandaar de afkorting STIP die wat makkelijker is in het gebruik en ook gewoon goed klinkt. Als je de zin goed bestudeert en er betekenis aangeeft, zien we hier een methode die in feite alles in zich heeft om de complexiteit van probleemgedrag bij ouderen met neurocognitieve problemen te helpen en te ondersteunen in hun leven.

Het gaat hier om de oudere met ‘probleem’ gedrag dusdanig te beïnvloeden dat zijn of haar kwaliteit van leven toeneemt en daarmee ook de kwaliteit van leven van de mensen om hem en haar heen. In de algemene inleiding noemden wij al de enorme complexiteit van het ‘probleem’ gedrag en de dynamiek die dat op allerlei andere vlakken geeft. Klinisch redeneren en beschikken over de kennis en kunde van interventies om het gedrag te beïnvloeden zijn dan cruciaal. Dit in stapjes, heel overzichtelijk en waar mogelijk preventief ingezet. Samen met de cliënt/mantelzorger en integraal met de verschillende multidisciplinaire teamleden een hypothese ontwikkelen, gezamenlijke taal hanteren, gelijkwaardig zijn aan elkaar met maar een doel: beïnvloeden van het probleemgedrag om weer kwaliteit van leven te geven. Hoe mooi is dat!

1.3 *Aandacht voor Preventie binnen de STIP-Methode*

De laatste jaren is er vanuit de overheid en binnen de gezondheidszorg veel aandacht voor preventie. In het Nationale Preventie akkoord staan alle afspraken om Nederlanders gezonder te maken door roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht terug te dringen. De overheid heeft met meer dan 70 maatschappelijke organisaties afspraken gemaakt om tot een gezonder leven te komen in 2040. Ook is er veel aandacht voor de oorzaken en het voorkomen van dementie, denk aan Alzheimer Nederland die zich richt op de risicofactoren en preventie.

Veel aandacht voor preventie dus en dit is geheel terecht. Binnen de STIP-Methode is er ook nadrukkelijk aandacht voor preventie; zij probeert met haar methode van werken ‘Probleem’ gedrag zoveel als mogelijk te voorkomen maar in ieder geval om het niet te laten escaleren. Daar waar het Nationaal Preventie akkoord zich dus op macroniveau bezighoudt met de gezondheid van Nederlanders houdt de STIP-Methode zich op organisatie en individueel (persoonsgericht) niveau bezig met kwetsbare ouderen met dementie en hun mantelzorg. Door vroegtijdig en proactief het gedrag in kaart te brengen en daar op methodische wijze passende interventies middels de Stepped Care op toe te passen kan het gedrag positief beïnvloed worden en wordt erger voorkomen. Het lijkt wellicht wat overdreven om binnen een methode zoveel aandacht te geven aan het begrip Preventie, maar niets is minder waar. Zoals eerder gemeld in de algemene inleiding ontbreekt het op heel veel plekken om op methodisch verantwoorde wijze de juiste dingen te doen met alle gevolgen van dien.

1.4 *De ontstaansgeschiedenis*

De STIP-Methode (Bakker, 2019) is gebaseerd op eerdere onderzoek uitgevoerd bij het opstellen van de Richtlijn 'Probleem' gedrag bij dementie van Verenso, NIP en onderschreven door V&VN in 2018. Binnen deze belangrijke richtlijn leggen Verenso, NIP en V&VN de basis voor goede en verantwoorde zorg en wordt ervan uit gegaan dat de professional werkt op basis van wetenschappelijk onderbouwde beroepsnormen en kwaliteitscriteria die de toets der kritiek van deskundige zoals de inspectie kunnen doorstaan. Een van de belangrijkste bevindingen van dit uitgebreide onderzoek is dat interventies gericht op concreet symptoomgedrag niet of nauwelijks werken. Dit geldt zowel voor psychofarmaca als benaderingswijzen zoals bijvoorbeeld aromatherapie of muziektherapie. Programma's die echter gericht zijn op de onderliggende factoren blijken wel te werken. Deze programma's richten zich niet alleen op het concrete 'Probleem' gedrag maar juist op de persoon en zijn/haar leven in alle dimensies. Het gaat om drie programma's, namelijk Integratieve Revalidatie en Rehabilitatie (IRR, Bakker 2010), Grip op Gedrag (Zwijzen, 2014) en Sta Op (Pieper, 2016). Door alle betrokkenen zijn de werkzame onderdelen van deze drie programma's samengebracht in de STIP-Methode.

Het concrete gedrag kan bijvoorbeeld zijn dat iemand heel somber is, gemeten na het afnemen van een 'Neuropsychiatric Inventory' (NPI). Belangrijk is om te weten waar deze somberheid vandaan komt. Het kan samenhangen met trauma's uit het verleden of met eenzaamheid of recente rouw of misschien is het wel een bijwerking van de medicatie of is het een combinatie van enkele van de voorbeelden. Een ander voorbeeld van concreet gedrag kan agressie zijn. Belangrijk is om te onderzoeken waar deze agressie vandaan komt. Ook hier geldt dat dit veroorzaakt kan worden door bijvoorbeeld de persoonlijkheid, triggers vanuit trauma van het verleden, sociale conflicten of misschien wel pijn. Je snapt dat de genoemde somberheid en agressie beiden verschillende oorzaken kunnen hebben en dat dit vraagt om zorgvuldig onderzoek. 'Probleem' gedrag verklaren vanuit de dementie als zodanig is niet juist, maar gebeurt helaas wel te vaak. Probleemgedrag is multifactorieel en de STIP-Methode helpt bij het analyseren wat er speelt.

1.5 **Conclusie**

In dit eerste hoofdstuk hebben we op hoofdlijnen de STIP-Methode uitgelegd en extra aandacht besteedt aan het preventieve karakter en de ontstaansgeschiedenis van deze wijze van werken en deze in een grotere wetenschappelijke context gezet. Met voorbeelden hebben wij laten zien dat probleemgedrag altijd multifactorieel is en niet louter te verklaren is uit het type dementie zelf.

HOOFDSTUK 2

Pijler 1: Integraal Klinisch redeneren bij Probleemgedrag

2.1 *Inleiding*

Al eerder is genoemd dat de zorg voor kwetsbare ouderen met dementie complex en onvoorspelbaar is en zich veelal in een dynamische context afspeelt. Om snel en zorgvuldig een goed beeld te krijgen van de oorzaken en gevolgen van de aandoeningen, symptomen en functiestoornissen is het noodzakelijk om een specifieke procedure van integraal klinisch redeneren toe te passen. Bij dit klinisch redeneer proces is het belangrijk om de oudere om wie het gaat en diens meest betrokken naasten zoveel en zo vroeg als mogelijk is actief te betrekken. In dit hoofdstuk worden alle fasen van dit proces uitgewerkt met daarin extra aandacht voor de bijzondere positie die verzorgenden en verpleegkundigen innemen.

2.2 *Klinisch redeneren algemeen uitgelegd*

Door klinisch redeneren kun je bepalen welke zorg een cliënt nodig heeft en waarom. Hierdoor kan je je beroeps verantwoordelijkheid dragen. Je richt je hierbij ook op het voorkomen of verergeren van problemen. Klinisch redeneren is een procedure (het redeneerproces) en een product (het besluit). Voor klinisch redeneren is kennis, cognitie en meta cognitie nodig. Hierbij zijn voldoende basiskennis en goed ontwikkelde reflectieve vermogens (meta cognitie) van groot belang. Een professional die het klinisch redeneren goed beheerst is efficiënt en adequaat waarmee deze zowel problemen als passende interventies herkent. Je kunt door klinisch redeneren beredeneerd afwijken van een protocol of een richtlijn zodat cliëntgerichte zorg mogelijk wordt. De STIP-Methode is een hulpmiddel specifiek gericht op kwetsbare ouderen met dementie en onbegrepen gedrag om je bij dit complexe proces te ondersteunen en houvast te bieden. Hiervoor is het wel nodig de diverse stappen ook feitelijk steeds te doorlopen; vergelijk de ABCDE methode bij de acute zorg.

2.3 *Integraal klinisch redeneren bij probleemgedrag*

Het woord integraal uit de subtitel hierboven heeft betrekking op twee zaken, namelijk integraal wat betreft de betrokken disciplines en integraal wat betreft meerdere dimensies (bio-psycho-sociaal). Dit maakt het klinisch redeneren van de STIP-Methode persoonsgericht, in plaats van discipline of diagnose gericht.

Het integrale klinisch redeneer proces bestaat uit vijf fasen:

2.3.1 *Detectie/ Signalering*

Het begint allemaal bij een zorgvuldige observatie van de cliënt door iedere betrokken hulpverlener. Dat betekent dat alle betrokkenen ook een eigen contact dienen te hebben zeer kort na de opname of als er een belangrijke verandering optreedt in de gezondheidstoestand van de cliënt die effect heeft op het gedrag. Vanuit dit contact kunnen zij de gedragingen die de cliënt laat zien observeren, interpreteren en betekenis geven, liefst op basis van een beschreven protocol. Dat lijkt heel vanzelfsprekend, maar helaas is het in de praktijk nogal eens zo dat niet iedere betrokken hulpverlener een eigen contact heeft gehad en zich verlaat op de observaties van de zorg of andere betrokkenen.

De medewerkers van de zorg hebben in deze een bijzondere positie, zij zijn 7 x 24 uur per dag werkzaam in het directe leefmilieu van de cliënt. Zij zijn aanwezig bij het wakker worden en het gaan slapen, de persoonlijke dag-invulling met activiteiten, het verlenen van de ADL-zorg, de medicatie verstrekking en de eetmomenten. Zij zijn aanwezig als de cliënt terugkomt van de therapie, het bezoek weggaat of tijdens positieve of negatieve gebeurtenissen die in de groep plaats vinden. Zij zijn het vooral die de pijn, angst, het claimen, de agressie of het verdriet, maar ook de momenten van geluk, een lach, een succes ervaring of een uiting van warme of waardering meemaken. Zij troosten, vangen de cliënt op, stimuleren, brengen rust aan en zijn zeer nabij. De observaties van de zorg zijn dan ook zeer belangrijk, maar kunnen onder druk (komen) te staan door onvoldoende kennis en kunde om het gedrag op een juiste wijze betekenis te geven, gebrek aan tijd om zorgvuldig te rapporteren en over te dragen, een ongelijkwaardige positie te hebben in het multidisciplinaire team of personele krapte door vacatures, ziekten etc. Uiteraard kunnen al genoemde facetten ook gelden voor de andere disciplines, maar met name

bij de zorg kan dit spelen, het is goed dat het gehele betrokken team zich hiertoe verhoudt en hier verantwoordelijkheid inneemt mocht dit spelen. Aandoeningen/ziekten, symptomen en functiestoornissen zijn niet altijd gemakkelijk te herkennen bij kwetsbare ouderen met dementie. Met name als er sprake is van probleemgedrag wordt dit nogal eens weg verklaard vanuit de dementie. Het wordt soms gezien als logisch en begrijpelijk en daarbij wordt dan niet snel aan specifieke begeleiding en behandeling gedacht. Therapeutisch pessimisme speelt hierbij ook een rol. Dit is niet terecht, het is immers wetenschappelijk aangetoond dat ‘Probleem’ gedrag multifactorieel is, waarbij veelal een aantal (achterliggende) factoren positief te beïnvloeden zijn. Daarom is naast de klinisch blik, die ondanks alle goede bedoelingen vertroebeld kan zijn door onvoldoende kennis en kunde of door weerstand, binnen het cliënten contact zelf, ook klinimetrie juist erg belangrijk om probleemgedrag/ symptomen op tijd objectief te identificeren en niet tot een koker visie te vervallen. Hiervoor is de Neuropsychiatric Inventory (NPI) van Cummings zeer geschikt. Deze brengt 12 typen veel voorkomende gedragingen in beeld. Denk daarnaast ook aan de Barthel Index voor de zelfzorg en de MMSE/ Global Deterioration Scale voor het cognitief functioneren en PAIC voor de pijn beleving. Al deze instrumenten kunnen je helpen om het gedrag op methodische wijze te objectiveren.

2.3.2 *Analyse, brede geriatrische assessment/ Dynamische Systeem Analyse-scan*

In deze fase is het belangrijk dat je als hulpverlener verder kijkt dan de symptomen zelf en je realiseert dat met name functionele aspecten de grootste invloed hebben op de kwaliteit van het leven. Het gaat er in deze fase om inzicht te krijgen in het leven van de cliënt, zowel in de sterke (veerkracht) als zwakke (problemen) zaken om te begrijpen hoe de huidige situatie is ontstaan. Een zorgvuldige diepgaande biografie is hierbij onmisbaar. Het geriatrisch assessment met gebruikmakend van bijvoorbeeld de ‘Dynamische Systeem Analyse’ (DSA) scan nodigt je als hulpverlener uit om op zeven dimensies zowel de onderliggende problematische factoren als ook de mogelijkheden (veerkracht) van kwetsbare ouderen te onderzoeken. Het geriatrisch assessment is gericht op het begrijpen van de met elkaar samenhangende behoeften, gezondheids- en functie problemen van de individuele cliënt maar ook van de mantelzorger. Het een hangt immers met het andere samen, er is een

voortdurende wisselwerking tussen de verschillende dimensies, het is belangrijk je hier heel bewust van te zijn. Verder is het zo dat een bepaald thema op meer dan een dimensie kan voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan delier dat te maken heeft met een verstoring van de hersenen (somatische dimensie) maar ook tot uiting komt op de cognitieve dimensie door cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld in bewustzijn en oriëntatie) maar ook op belevings-dimensie (denk aan hallucinaties, angst). Hieronder worden de zeven dimensies van de DSA-scan kort uitgelegd. Voor meer informatie verwijzen wij naar Kleur bekennen in de psychogeriatric, DSA in zakformaat; te vinden op www.swbalans.nl/downloads.

Somatische dimensie

Diverse problemen in het gedrag kunnen (mede) veroorzaakt worden door (een combinatie van) verschillende somatische factoren. Hierbij gaat het over aandoeningen die direct de hersenen aan tasten en leiden tot al dan niet tijdelijk brein-falen. Voorbeelden hiervan zijn hersentumoren, CVA, delier, dementie en dergelijke. Daarnaast gaat het ook om indirecte effecten van ziekten. Lijden aan lichamelijke aandoeningen en de gevolgen ervan brengt iedereen min of meer uit balans. Lichamelijk ziek zijn en je daar goed toe verhouden is moeilijk en vraagt veel van eenieder, laat staan van een kwetsbare oudere met dementie. Denk aan bijvoorbeeld pijn, benauwdheid, uitdroging, koorts, delier, uitputting, vermoeidheid en metabole ontregelingen. Concreet onbegrepen gedrag kan ook samenhangen met bijwerkingen van medicatie zoals anti-Parkinson middelen en morfine of ontrekkingsverschijnselen van alcohol, drugs of benzodiazepinen. Daarnaast kunnen kwetsbare ouderen vaak aan een aantal somatische ziekten tegelijkertijd lijden zoals infectieziekten, endocriene en stofwisselingsziekten, ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen, aandoeningen van hart- en vaatstelsel en of ademhalingswegen etc. Veerkrachten mogelijkheden van de cliënt om zijn of haar aandoeningen te compenseren op deze somatische dimensie zijn bijvoorbeeld een goede algemene conditie, goede mobiliteit, beheersing van alle lichaamsfuncties en in staat zijn om biologisch technisch gezien alle ADL-handelingen uit te kunnen voeren.

Cognitieve dimensie

De helft van alle kwetsbare ouderen kampt met neuro-cognitieve problemen ten gevolge van dementie. Tot deze dimensie behoort alles wat te maken heeft met het functioneren van het bewustzijn, alle vormen van geheugen (op welke termijn dan ook), desoriëntatie in tijd, plaats en

persoon, met confabuleren, persevereren en met stoornissen in de praxis (handelingsvaardigheid), gnosis (herkenning functie) en taal (actief en passief). Het is duidelijk dat deze cognitieve stoornissen grote consequenties hebben voor de mogelijkheden om zelfstandig te kunnen leven. Zelfverwaarlozing valt ook onder deze cognitieve dimensie. Maar ook de cognitieve gevolgen van andere vormen van brein-falen zoals een delier of Korsakov behoren tot deze dimensie.

In de inleiding is al uitvoerig stilgestaan bij de complexiteit van cognitieve stoornissen en vooral ook de impact die dit heeft op de cliënt en zijn mantelzorgers in het dagelijks zelfstandig functioneren. Als je er van uitgaat dat er ook vast een of enkele somatische beperkingen zijn en er binnen de onderstaande dimensies wellicht ook op een of meerdere vlakken iets aan de orde kan zijn, snap je dat het heel complex is om overzicht te houden. De DSA-scan helpt je hierbij om alles goed te ordenen en de samenhang te (blijven) zien. Hierbij is het ook van belang oog te hebben voor de mogelijkheden die de cliënt kunnen ondersteunen op cognitief gebied; dit zijn onder andere een hogere intelligentie, relatief groot werkgeheugen, goede oriëntatie, helder bewustzijn, taalvaardigheid, handelingsvaardigheid, voldoende zelfzorg en stressbestendigheid.

Communicatie dimensie

Communiceren doen mensen op veel manieren zoals door te praten, te schrijven, gebaren te maken, te bewegen en ga zo maar door. Wij willen aan anderen iets duidelijk maken. Aan de andere kant krijgen we ook informatie uit de buitenwereld met name via onze zintuigen. Deze informatie proberen we te begrijpen en als het van belang is op te slaan in ons geheugen. Bij de communicatie dimensie gaat het dus om factoren in beeld te krijgen die een positieve of negatieve invloed hebben op de informatie die de cliënt wil geven aan zijn omgeving, maar ook om de informatie die de cliënt ontvangt vanuit zijn omgeving. We weten allemaal hoe groot de invloed van gevoelens hierop kan zijn (zie de dimensie beleving). Maar ook de omgeving kan een grote rol spelen. Is deze (te) prikkelarm of juist (te) prikkelrijk vanuit het perspectief van de cliënt; zaken die van belang zijn bij bijvoorbeeld S.I. (Sensorische Integratie). Ook culturele aspecten kunnen een grote rol spelen. De gewoontes op dit gebied kunnen qua cultuur fors verschillen. Voorbeelden van veerkracht bij communicatie kan slaan op goed kunnen spreken, goede zintuigen hebben, een omgeving die goed inspeelt op de behoeften op dit gebied van de cliënt.

Persoonlijkheid dimensie

In de persoonlijkheid liggen de kernbehoeften en manieren van doen (coping) van mensen om te (over)leven opgeslagen. Het is belangrijk en het heeft grote preventieve waarde om aan deze kernbehoeften vanaf het eerste contact te kunnen voldoen. Allereerst natuurlijk door de oudere zelf en als dit (deels) niet meer lukt door de betrokken hulpverleners. Als de kernbehoeften in onvoldoende mate herkend en vervuld worden ontstaat er spanning en dit kan leiden tot (ernstige) 'gedrag' problemen. Beperkingen, problemen en stoornissen op het gebied van de persoonlijkheid komen bij kwetsbare ouderen vrij frequent voor. Dit lijkt toe te nemen als de kwetsbaarheid, dat wil zeggen de psychische belasting groter wordt bijvoorbeeld door cognitieve problemen, ziekte, stress en/of triggers van trauma's uit het verleden. Het is belangrijk je te realiseren dat de problemen die er zijn in de dimensie persoonlijkheid nogal eens niet helemaal voldoen aan de gestelde criteria van de DSM-5. De problemen kunnen bijvoorbeeld net onder de grenswaarde blijven en/of anders gekleurd zijn.

In die zin spreken we dus niet vaak van een persoonlijkheidsstoornis, echter zijn er wel trekken, beperkingen of problemen aanwezig die dusdanige functionele gevolgen hebben dat het nadrukkelijk aandacht vraagt van de hulpverleners om vroeg in de behandeling mee te nemen. De omgeving kan te maken krijgen met coping mechanismen zoals manipulatie, splitsing en projectie, maar ook met een verstoorde impulsregulatie, drift en agressie, theatraliteit etc. Ook hier geldt weer dat de beleving aspecten van de persoonlijkheid versterkt en ook dat de cognitieve problemen dit kunnen versterken. Persoonlijkheidsproblematiek kan het proces van zorg en behandeling, maar ook de palliatieve fase ernstig compliceren en het volledige team fors ontregelen. Het is dus niet alleen voor de cliënt maar ook voor het team van groot belang dat functieproblemen voortkomend uit de persoonlijkheid tijdig onderkend worden. De hetero-anamnestiche persoonlijkheidsvragenlijst is hier een mooi hulpmiddel bij om dit goed in kaart te brengen. Mogelijkheden die de cliënt ondersteunen en veerkracht geven bij het onderhouden van waardevolle stabiele relaties zijn het beschikken over rijpe coping mechanismen zoals reflectie en mentaliseren, evenwichtige persoonlijkheid, flexibiliteit en een actieve probleemoplossende coping stijl.

Belevingsdimensie

Zoals eerder gesteld staan bij kwetsbare ouderen de symptomen van het onbegrepen gedrag vaak niet op zichzelf. Een veel voorkomende combinatie emotionele belevingsstoornissen is die van depressie en

angst. Maar ook combinaties van agressie met wanen en hallucinaties komen regelmatig voor. Soms kan de cliënt alle psychische spanningen omzetten in lichamelijke klachten (somatisatie) en kan dan bijvoorbeeld soms niet meer kan lopen of zien (conversie) of veel pijnklachten uiten. Het is belangrijk om van deze gedragingen de achterliggende oorza(a)k(en) te achterhalen omdat de cliënt vanuit zijn of haar beleving de wereld waarneemt en kleurt. Als iemand alsmaar heel angstig of wantrouwend is zal hij of zij de wereld anders benaderen dan wanneer dat niet het geval is. Alles wordt zwaarder, minder prettig en je kunt er op rekenen dat het gedrag zal toenemen of zelfs zal escaleren als er niets aan gedaan wordt. Mogelijkheden die de cliënt helpen om zich goed te voelen zijn een stabiel gevoelsleven, een optimistische kijk op het leven, relativiseringsvermogen en adequate verliesverwerking.

Sociale dimensie

Hieronder valt een groot scala aan thema's. De sociale situatie en context van de kwetsbare ouderen, de draagkracht van aanwezige familie en mantelzorgers, het hebben van relaties met anderen en de wijze waarop deze sociale rollen vorm zijn gegeven; is er sprake van systeemproblematiek of zijn de verhoudingen juist goed; hobby's, vrijetijdsbesteding, huisvesting en financiële situatie. De twee laatsten zijn ook van groot belang gezien het overheidsbeleid waarin ouderen geacht worden steeds langer thuis te blijven wonen. Al deze factoren kunnen van grote (positieve of negatieve) invloed zijn op de ernst van het onbegrepen gedrag bij de kwetsbare oudere en mantelzorger. Bij deze dimensie hoort ook het afdeling/huiskamer klimaat; in welke mate is het passend bij de ouderen met dementie en hun familie. Kortom, het sociotherapeutisch klimaat. Ook hier zul je dus weer goed op de hoogte moeten zijn van wat er zoal allemaal in deze dimensie speelt want het grijpt direct positief en negatief in op de beleving van de cliënt. Mogelijkheden die de cliënt positief helpen zijn het hebben van een goed netwerk, waardevolle relatie met partner, kinderen en kleinkinderen, een fijne plek om te wonen of te verblijven, hobby's, activiteiten en een waardevolle levensvulling.

Levensgeschiedenis dimensie

Binnen dit levensdomein kunnen de behoefte van de cliënt uiteenlopen van her-evaluatie van het eigen leven al dan niet met de behoefte om zaken uit te praten of recht te zetten, tot aan hulp nodig hebben bij het verwerken van heftige life-events zoals bijvoorbeeld oorlogservaringen, seksueel misbruik, mishandeling, verwaarlozing of overlijden van een

geliefde. Soms hebben cliënten deze gebeurtenissen niet goed verwerkt en worden zij bij het ouder worden, het optreden van cognitieve problemen en het toenemen van afhankelijkheid opnieuw geconfronteerd met deze onverwerkte problemen. Als het de oudere niet alsnog lukt om deze gebeurtenissen een plek te geven zal dit het gedrag nadelig kunnen beïnvloeden. Iemand kan te maken krijgen met herbelevingen, met angsten, verdriet of boosheid. Het is dus heel erg belangrijk om goed aandacht te geven aan iemands levensgeschiedenis. Daardoor kun je te weten komen waar iemands negatieve en positieve ervaringen liggen en kun je de belevingsdimensie beter in kaart brengen en dit geeft je weer mogelijkheden in de begeleiding van de cliënt om het probleemgedrag te voorkomen of positief te beïnvloeden. Mogelijkheden en ervaringen waaruit de cliënt kracht en trots kan putten zijn een warme stabiele jeugd, voldoende opleiding, passend en bevredigend werk, prettige persoonlijke relaties en een tevreden gevoel over het leven tot nu toe. Om al deze thema's op methodische wijze goed in kaart te brengen is het afnemen van een diepgaande biografie of hetero-anamnese van groot belang.

2.2.4 Fase C: Behandeling: integraal behandel- / zorgleefplan: Stepped Care

In deze fase is het belangrijk om alle gegevens en bevindingen die opgehaald zijn uit de twee vorige fases van detectie en signalering en de uitkomsten van de klinimetrie en het maken van een DSA-scan bij elkaar komen in een integraal interdisciplinair behandel- / zorgleefplan. Het gaat hier om het interdisciplinair opstellen van een integraal plan met daarin alle voor de cliënt en mantelzorg relevante thema's verwerkt met speciale aandacht voor thema's die bepalend zijn voor het concrete gedrag. Dit gebeurt per DSA-dimensie (zie hier boven). Vervolgens worden de bijbehorende doelen beschreven die behaald moeten worden en heel belangrijk ook de interventies en alle disciplines die ingezet worden om deze doelen te behalen ofwel om het gedrag positief te beïnvloeden. Om het gedrag te beïnvloeden kan gebruik gemaakt worden van de Stepped Care interventie-procedure welke bestaat uit vier stappen. Deze procedure verdient het om uitvoerig en apart behandeld te worden, het is namelijk de tweede belangrijke pijler van de STIP-Methode en zal daarom in het volgende hoofdstuk beschreven worden. Maar voor hier alvast een kort inkijkje. Binnen de Stepped Care is de eerste stap om present, empathisch en respectvol te zijn. In de tweede stap krijgt het persoonlijk dag- en

avondprogramma de aandacht. Als beide stappen goed en betekenisvol worden uitgevoerd dan zal dit voor kwetsbare cliënten met dementie over het algemeen voldoende zijn en preventief werken. Maar daar waar er matig tot ernstig 'Probleem' gedrag aanwezig is zal dit niet voldoende zijn en volgt stap 3, het aanbieden van belevingsgerichte zorg nadat uitgebreid en zorgvuldig onderzocht is wat er achter het gedrag zit. Je stapt hierbij in de belevingswereld van de cliënt en onderzoekt wat hij of zij fijn vindt, nodig heeft en wat werkt. Als je merkt dat dit onvoldoende is dan volgt de laatste en meest complexe stap, namelijk het aanbieden van psychotherapeutische interventies aangepast aan de cognitieve en lichamelijke mogelijkheden. Afhankelijk van de ernst van het gedrag wordt er een passende Step gekozen en kan er worden afgeschaald naar een lagere Step of opgeschaald naar een hogere Step als dit nodig is. Nog even iets over het stellen van doelen. Dit is heel belangrijk, omdat het aantoonbaar betere resultaten oplevert voor de cliënt. Dit gebeurt het liefst in nauwe afstemming met de oudere zelf en/of mantelzorg. Doelen kunnen met woorden, bij voorkeur SMART, worden uitgedrukt, maar ook met cijfers. Bij het gebruik van cijfers gaat het om een zogenaamde Goal Attainment Score (een zogenaamde GAS score). Dit houdt in dat ingezette disciplines per thema een score tussen de 1-7 geven gebaseerd op de inschatting van de ernst van het betreffende functieverlies. Hierbij 7 staat voor alles zelf kunnen en 1 voor meer dan 75% hulp nodig hebben op onvoorspelbare momenten.

Zie voor meer informatie hierover www.swbalans.nl/downloads.

2.2.5 Fase D: Evaluatie; Multidisciplinair overleg

In deze fase van het klinisch redeneren gaat het om interdisciplinair monitoren en uitvoeren van het integrale behandel-/zorgleefplan waarbij veel aandacht is voor de uitvoering van de afgesproken interventies (uitvoeringsbetrouwbaarheid meer dan 80%), maar ook voor de terugkoppeling van de beleving van de cliënt en de mantelzorg. Een goede planning, passende frequentie, strak voorzitterschap, goede voorbereiding, gelijkwaardigheid tussen de verschillende disciplines en een dedicated team zijn van groot belang. Het zijn zelfs bepalende factoren voor een voldoende mate van uitvoering van de behandeling/zorg (>80%) om klinische relevante effecten te behalen. Het dedicated team dient zodanig samengesteld te zijn dat de belangrijkste deskundigheid gegarandeerd is. Dit geldt voor o.a. de specialist ouderengeneeskunde,

psycholoog, vak therapeuten, verpleegkundigen en verzorgende, agogen, welzijns medewerkers.

2.2.6 Fase E: Heranalyse en bijstelling

Afhankelijk van de dynamiek van het behandel-/zorg- en begeleidingsproces wordt in deze fase van klinisch redeneren het integrale behandel-/zorgleefplan bijgesteld. De verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in het directe leefmilieu van de cliënt zijn in de goede positie om de heftigheid van de dynamiek in te schatten en de noodzaak van een tussentijdse bijstelling aan te geven. Indien noodzakelijk worden bij nieuwe naar boven gekomen aspecten of thema's de vijf fasen van het klinisch redeneerproces opnieuw (deels) doorlopen. Zo heeft het klinisch redeneren een cyclische aard (PCDA cyclus) die voortdurend bij- en afstemming mogelijk maakt, zoals ook de richtlijn probleemgedrag voorschrijft.

2.3 Conclusie

De klinisch redeneerprocedure van de STIP-Methode kent vijf fasen (A, B, C, D, E), allen van even groot belang. Een stap overslaan betekent dat je met onvolledige informatie werkt en daarmee is het onvoldoende mogelijk om 'Probleem' gedrag te voorkomen of te behandelen. Het vraagt om een dedicated team dat gezamenlijk als doel heeft om op methodische gestructureerde integrale wijze alle stappen zorgvuldig te nemen en bij te stellen waar dat nodig is. Het vraagt ook om kennis en kunde of op zijn minst de bereidheid om hierin te leren en het gedrag niet weg te verklaren vanuit (type) dementie. Het vraagt om een brede analyse te maken met oog voor de veerkracht/mogelijkheden van de cliënt en niet alleen voor de problemen. De DSA-scan is hier een belangrijk hulpmiddel bij, dat vereist dat je niet alleen kijkt naar de cognitie, maar ook kijkt naar de somatische invloeden en de dimensies van de persoonlijkheid, beleving, sociaal en dat je de levensgeschiedenis zo volledig mogelijk in kaart brengt veel aandacht voor preventie. In het Nationale Preventie akkoord staan alle afspraken om Nederlanders gezonder te maken door roken, problematisch

HOOFDSTUK 3

Pijler 2: Stepped Care interventie-procedure, vier interventie Steps

Persoonsgericht werken als basis om de Stepped Care interventies toe te passen

3.1 *Inleiding*

Er bestaan vele interventies om ouderen met dementie en ‘probleem’ gedrag zich goed of beter te laten voelen. Zoals eerder benoemd zijn ze echter niet allen altijd even effectief, hoe goed bedoeld het ook is. Interventies zijn vaak op het concrete ‘probleem’ gedrag gericht in plaats van op de achterliggende factoren. Vaak geeft een interventie gericht op het concrete gedrag, bijvoorbeeld depressie of agitatie, op het moment zelf een positieve beleving en is daarmee dus zeker waardevol en relevant in het kader van welzijn, maar het heeft geen blijvend effect en is zeker niet afdoende als dit gedrag vaak voorkomt of zelfs escaleert. Het is altijd van belang dat er persoonsgericht gewerkt wordt en er dus aandacht is voor de cliënt, maar als je echt positieve invloed uit wilt oefenen op het ‘probleem’ gedrag dan dienen de interventies aangepast te zijn en toegepast op de persoon. Met name bij Stepped Care Stappen 1 en 2 zit ook het preventieve stuk van de STIP-Methode zoals eerder beschreven. De gegevens die je nodig hebt om dit passend vorm te geven heb je tot je beschikking als je de procedure van klinisch redeneren doorloopt. Daarmee is de weg geopend om over te gaan naar Stepped Care en een keuze te maken welke Stappen/Steps en bijbehorende interventies passend zijn, maar ook om deze op hun effect te evalueren.

3.2 *Persoonsgericht werken als basis om Stepped Care interventies toe te passen*

Het is altijd belangrijk om persoonsgericht te werken. Dit lijkt wellicht een open deur, maar in de praktijk komt het met regelmaat voor dat de hulpverleners de cliënt niet echt kennen of zelfs nog nooit ontmoet heeft, maar wel mee besluiten nemen over iemands welzijn. Je zult door je te verdiepen in iemands levensverhaal, zelf contact te maken en te luisteren

en kijken naar iemand veel beter in staat zijn om betekenis te geven aan hoe iemand zich voelt en wat belangrijk voor haar of hem is. Pijnlijk is het soms dat hulpverleners denken dat het niet mogelijk is om met een cliënt met dementie te praten of om een echt gesprek te voeren. Het is aantoonbaar niet waar dat dit niet kan. Er kan sprake zijn van lichte, matige of ernstige cognitieve stoornissen en daarmee kan het begrip en taalvermogen in min of meerdere mate aangedaan zijn, maar er is altijd communicatie! Hoe iemand zich presenteert, verbaal of non-verbaal, alles is communicatie. Of iemand nu huilt of wegstijgt, of iemand je nu vastpakt of streelt, of iemand nu lacht of de lippen op elkaar perst of van je wegloopt of je wilt slaan, alles is communicatie. Waar het om gaat is of jij bereid bent om de cliënt te lezen, of je hem of haar wilt proberen te verstaan. Het gaat om de moeite die je neemt om de relatie aan te gaan. Dit is zelfs voor Step 4 een absolute voorwaarde voor elke ingezette discipline. Als je goed luistert en kijkt dan kun je met de gegevens van het eerder opgemaakte levensverhaal in je hoofd het gesprek aangaan. Je zult je wel moeten aanpassen, in je taal, je stemgeluid, de duur, maar vooral zal je Present, Empathisch en Respectvol moeten zijn, de eerste Step van de Stepped Care procedure.

3.2.1 Step 1: Presentie, Empathie en Respect

Presentie, empathie en respect ogenschijnlijk drie vanzelfsprekende begrippen, behorend tot de basis attitude van de hulpverlener. Geleerd in de opleiding en een thema in de supervisie, intervisie, functioneringsgesprekken en binnen het werkoverleg en de samenwerking. Vanzelfsprekend dus zou je zeggen, dat doen we toch allemaal. Natuurlijk zit je wel eens minder lekker in je vel of ben je druk, maar over het algemeen ben je echt wel present en respectvol en natuurlijk ben je empathisch, toch? Die intentie zal je uiteraard hebben en nastreven, maar juist deze drie eerste basis vereisten in het contact kunnen heel snel onder druk komen te staan, niet omdat je het niet wilt of er niet in gelooft, maar omdat er allerlei factoren zijn die maken dat je in het contact met de cliënt met dementie wat minder present bent of te weinig respect toont en wat minder empathisch bent onder andere wanneer je uit drukte te zeer gericht bent op taken uit voeren zoals drinken aanbieden, wassen, toiletbezoek. Helemaal present zijn is moeilijk. Het betekent dat je echt aanwezig bent, vol aandacht voor de ander. Je sluit je heel zorgvuldig aan bij je cliënt, je stemt af op zijn of haar belevingswereld en zorgt ervoor dat je echt in contact bent. En daarmee is present zijn best moeilijk, want het

is druk op de afdeling, je komt iets doen; medicatie, drinken aanbieden er zijn geluiden, de bel gaat, je moet naar je volgende afspraak, je moet eigenlijk nog heel veel andere dingen doen. Maar daar waar het gaat om een cliënt met dementie die bijvoorbeeld heel angstig of verdrietig is, of geagiteerd of achterdochtig, doe je er goed aan om toch te proberen allereerst ('voor je iets gaat doen') echt present te zijn. Als je de aandacht geeft die de cliënt op dat moment nodig heeft zal dit tot een positiever effect leiden dan als je gehaast of geïrriteerd bent. Om present te kunnen zijn betekent dit ook dat die gelegenheid je geboden moet worden. In een individueel contact in een rustige ruimte met de wetenschap dat je niet iets anders hoeft te doen op dat moment is een overzichtelijkere positie dan op de afdeling waar ook de zorg voor de andere cliënt op je wacht. Maar present zijn zit niet alleen in de ruimte en de tijd, maar vooral ook in je hoofd.

Op een juiste wijze empathisch zijn valt niet mee. In het contact met cliënten met dementie en 'probleem' gedrag wordt er een groot beroep gedaan op je empathisch vermogen. Het gaat hier om het je kunnen inleven in een cliënt, om het vermogen om je in een ander te kunnen verplaatsen. Je staat open voor emoties, de houding en de motivatie van een ander. Als je empathie toont, voelen cliënten zich meer gezien, begrepen en serieus genomen. Het geeft de cliënt ruimte om over zijn of haar gevoelens te praten, je kunt het contact verdiepen en je ontmoet elkaar echt omdat de cliënt zich ook veilig voelt. Dit gaat gemakkelijker als je de biografie van iemand ook kent. Het geniepige van empathie is dat je als hulpverlener ook in de twee uiterste van deze houding kan raken, namelijk sympathie en antipathie. Alhoewel sympathie voelen voor een cliënt de voorkeur heeft boven antipathie ervaren, zijn beiden niet constructief in een hulpverleners relatie omdat het je professionele oordeel vertroebelt en altijd geldt 'hoe je kijkt maakt wat je ziet' en daar ook naar zal handelen. Ook hier is het opnieuw belangrijk om steeds kritisch je eigen denken en handelen van jezelf maar ook van je collega's te blijven onderzoeken.

Respect tonen voor de cliënt betekent dat je ongeacht iemand zijn levensbeschouwing, cultuur, sekse, leeftijd, sociale of economische status in staat bent om een gelijkwaardige relatie aan te gaan. En dat je je als hulpverlener realiseert dat deze relatie onder druk kan komen te staan door de afhankelijkheid van de cliënt en dat je je eigen machtspositie kan hanteren. Bij cliënten met dementie en 'Probleem' gedrag wordt er een

nog groter beroep gedaan op je vermogen om kritisch op je eigen denken en handelen te reflecteren en te onderzoeken of je houding respectvol is. Het gedrag van de cliënt kan je irriteren, uitputten, frustreren en erg hard binnenkomen of ‘onder je huid gaan zitten’. Dat is heel logisch en het is belangrijk om dit te erkennen en goed voor jezelf en daarmee ook voor de cliënt te zorgen. Erover praten met je collega's helpt, of letterlijk even afstand nemen, bespreken in de intervisie, supervisie of met je leidinggevende.

3.2.2 Step 2: Persoonlijk dagprogramma

Cliënten met dementie zijn gebaat bij een persoonlijk dagprogramma, dit programma is een belangrijk onderdeel van de persoonsgerichte benadering die in de STIP-Methode het uitgangspunt vormt; erop gericht dat de cliënt waardevol kan zijn. Cliënten met dementie kunnen een grote behoefte hebben aan nabijheid om zich veilig te voelen. Ook zij willen er graag toe doen, gezien en gehoord worden in hun gevoelens en ervaringen. Andere cliënten met dementie hebben juist wat meer ruimte nodig, letterlijk en figuurlijk, maar ook voor hen geldt dat zij veiligheid nodig hebben en dat de omgeving op hen afgestemd moet zijn waardoor zij zo optimaal mogelijk kunnen functioneren. Het is niet makkelijk om voor iedereen een persoonlijk programma te maken, zeker niet als er wordt samengeleefd in een groep; tegelijkertijd biedt dit ook kansen. Er is immers altijd iemand aanwezig, er is aanloop en de nodige dynamiek die overigens niet per se positief hoeft uit te pakken.

Waar het omgaat is dat je weet waarbij de cliënt voor- en afkeuren liggen, waar vroegere interesses lagen, welke hobby's en bezigheden de cliënt had. Dit kun je opmaken uit het levensverhaal enerzijds en wat de cliënt en de mantelzorger er in de actuele situatie over kunnen vertellen maar ook wat je observeert bij de cliënt, hoe hij of zij reageert op muziek, bewegen of op anderen. Als je dit allemaal weet kom je al een heel eind, zeker als je dit multidisciplinair doet en de agogen en welzijnsmedewerkers hier bij betreft. Tussen het wakker worden tot het weer naar bed gaan zit een hele tijd. Een stukje van die tijd wordt in beslag genomen door de ADL zorg, de maaltijden en de therapie. Eigenlijk zijn dit zaken die een voorbereiding zijn om zinvol te kunnen leven. Na wassen, aankleden en eten begint de echte dag. Als de cliënt in een groep met anderen woont of verblijft is daar het groepsprogramma met de huiskamer activiteiten; soms vindt de cliënt dat leuk en voelt hij of zij zich daar helemaal prima bij. Maar bij cliënten met dementie en ‘Probleem’ gedrag zal dit meestal

niet voldoende zijn. Zij hebben meer nodig, denk aan wandelen, zang, muziek maken, iets koken of iets lekkers bereiden, kleuren of knutselen, aromatherapie of massage. Het zijn maar enkele voorbeelden die je kunt opnemen in het persoonlijke dagprogramma van de cliënt en waar naast de welzijnsmedewerkers en zorg ook familieleden en vrijwilligers voor gevraagd kunnen worden om hier in te participeren. Aangetoond is dat als vanuit een goede structuur activiteiten worden aangeboden (dus niet wanneer het toevallig uitkomt) het welbevinden van de cliënt positief ten goede komt.

Een zinvol programma dat aansluit bij de individuele cliënt en de groep, leidt tot het ervaren van positievere gevoelens, een betere stemming, actiever zijn, een cognitieve verbetering en het verhogen van de mobiliteit, eten en slapen. Dit is dus heel belangrijk om preventief te kunnen werken.

3.2.3 Step 3: Belevingsgerichte zorg

De belevingsgerichte zorg is een verzamelnaam voor benaderingswijzen om cliënten met dementie te begeleiden en te ondersteunen in hun beleving. Binnen deze benaderingswijzen wordt rekening gehouden met en afgestemd op de individuele behoeften van een cliënt en niet alleen op zijn beperkingen. De benaderingswijzen zijn afgestemd op de persoon en gebaseerd op de persoonlijke biografie. Bij belevingsgerichte zorg staat de beleving van de cliënt centraal en wordt ervaren stress zoveel als mogelijk omgezet in een positieve ervaring. Dit verbetert de sociale contacten en laat het onbegrepen gedrag afnemen. Bij de verschillende benaderingswijzen kun je denken aan de realiteit en oriëntatie benadering, reminiscentie (levensboek), validation, snoezelen en sensorische integratie (SI). Maar het begint altijd bij de cliënt zoveel als mogelijk zelf te laten doen, uit te gaan van de eigen kracht en wat hij/zij waardevol vindt. Stimuleer dat cliënten bijvoorbeeld zichzelf wassen (al is het maar alleen het gezicht), zelf uitkiezen welke kleding ze aan willen, hun boterham smeren, een koekje uit de trommel pakken. Maar het gaat ook over aansluitend bij de levensgeschiedenis van de cliënt het ondersteunen bij het mee helpen met kleine overzichtelijke huishoudelijke taakjes zoals de plantjes water geven, de vaat afdrogen of klusjes opknappen en dergelijke. Waar het om gaat is dat cliënten prettig en zinvol bezig zijn, een hun passende rol hebben en hiervan kunnen genieten en zich thuis voelen. Hoe klein het ook lijkt, het is wel degelijk groot, het draagt bij aan een positief zelfgevoel en er is sprake van een cognitieve, fysieke en sociale stimulatie. Bij belevingsgerichte zorg is

het belangrijk om je als hulpverlener te realiseren dat matige of ernstige neuro-psychiatrische functiestoornissen zoals depressie, agressie en angst met belevingsgericht zorg niet oorzakelijk behandeld worden. Maar bij een goede belevingsgerichte communicatie verlaag je wel de kans op het ontstaan of verergeren van deze problemen en kan de noodzaak tot inzet van Step 4 interventies worden verkleind.

Realiteit Oriëntatie benadering gaat over communicatie met de cliënt over het hier en nu en dat ze daar nu in de realiteit onderdeel vanuit maken. Met taal kun je binnen een paar zinnen de cliënt daarnaartoe terugvoeren waarbij confrontatie altijd dient te worden vermeden. Daarnaast kan het geheugen ondersteund worden met gesprekken rondom de krant, televisie, woordspel en door de tijd, dag, maand en het jaar te benoemen en zichtbaar te maken. Dit alles op een prettige en stimulerende wijze. Reminiscentie bestaat uit interventies om herinneringen op te halen of te presenteren. Het gaat hier om positief verwerkte herinneringen uit het verleden. Vaak wordt de familie gevraagd om te helpen met het maken van een levensboek met bijvoorbeeld foto's uit belangrijke en mooie momenten van het leven van de cliënt of wordt er geluisterd naar muziek van vroeger of oude voorwerpen zoals een koffiemolen, telefoontoestel met draaischijf of een kinderwagen. Het levensverhaal van de cliënt kennen en samenwerken met de familie is ook hier weer essentieel. Met reminiscentie geeft de hulpverlener en de familie een handvat om de interactie en mate van communicatie te verhogen.

Validation houdt in het kort in: meegaan in de beleving van de cliënt en hem of haar daarin bevestigen. Hierbij moet betekenis gegeven worden dat de cliënt in zijn of haar beleving niet altijd letterlijk bedoelt wat er gezegd wordt. Zo kan de cliënt uiten naar huis te willen of naar zijn of haar moeder te willen, maar staan deze woorden voor een behoefte aan nabijheid en contact of zich onvoldoende thuis voelen. Hier kan dan op een validerende wijze aandacht aan worden gegeven door bijvoorbeeld te praten over deze onderliggende behoefte en te kijken hoe hier beter aan kan worden voldaan.

Bij snoezelen of ook wel zintuigelijke activering en ondersteuning (ZAO) genoemd is het goed je te realiseren dat de rol van taal ondergeschikt is (geraakt) aan direct zintuigelijke waarnemingen. De betekenis van de woorden is minder van belang dan de toon en de bedoeling. Er wordt veel gebruik gemaakt van non-verbale middelen om direct zintuiglijk contact

te maken zoals muziek, warme stoffen, licht, geuren, oliën en bewegen zoals wiegen of schommelen. Uiteraard dient alles goed afgestemd te worden op de persoonlijke voorkeur.

Bij sensorische integratie (SI) gaat het om de verwerking van prikkels. Bijvoorbeeld in de zin van over- of onderprikkeld worden, maar ook over de manier van (veronderstelde) prikkelverwerking door de cliënt. Zijn de prikkels afgestemd op de cognitieve vermogens van de cliënt? Welke zintuigen spelen bij de onder of overprikkeling een rol, maar ook welke omstandigheden of omgevingsfactoren zijn belangrijk. Wat is hierover bekend vanuit ervaringen eerder in het leven? Hier ligt ook een link naar snoezelen en Zintuigelijke Activering en Ontspanning (ZAO). Als ook de aard en inhoud van de prikkels (denk aan triggers voor herbelevingen van vroegere trauma's) meegenomen worden ontstaat er een link naar Step 4 (psychotherapie m.n. [cognitieve] gedragstherapie).

3.2.4 Step 4: Psychotherapeutische interventies

Interventie betekent letterlijk 'tussenbeide komen', 'ingrijpen in'. Het gaat hier om het ingrijpen in het veranderingsproces met als doel voor de cliënt een verbetering in of positieve aanpassing in diens situatie teweeg te brengen. Een interventietype is een bepaald samenhangend geheel aan acties. Het kan gaan om een bepaalde ingreep of om een handeling van activiteiten die in een vaste samenhang met elkaar worden uitgevoerd. Interventies kunnen heel specifiek worden toegepast op verschillende aspecten van de complexe problematiek van cliënten met dementie en 'Probleem' gedrag. Een bepaalde groep cliënten met veelal matig tot ernstig 'Probleem' gedrag heeft onvoldoende baat bij de drie eerder beschreven stappen. Ondanks het in voldoende mate uitvoeren (>80%) van de juiste basishouding met voldoende present, empathisch en respectvol zijn, een individueel dagprogramma en het toepassen van een van passende benaderingswijzen van de belevingsgerichte zorg blijft het gedrag bestaan en kan dit zelfs escaleren. Deze cliënten zijn zeer gebaat bij psychotherapeutische interventies (gemiddeld een tweemaal zo groot effect dan bij belevingsgerichte zorg), aangepast weliswaar aan de cognitieve vaardigheden/ beperkingen. Dit vraagt van de hulpverlener een zekere inspanning, namelijk psychodynamisch willen en kunnen denken, maar vooral een besef en erkenning dat ook ouderen met dementie kunnen leren. Ook mensen met dementie leren nog steeds, onder andere foutloos leren, eenvoudige vormen van trial

and error leren en spiegelen. Er zijn binnen het IRR programma (Bakker, 2010) een aantal psychotherapeutische interventies ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht die integraal ingezet kunnen worden door diverse disciplines om het gedrag van de cliënt te beïnvloeden. Hierbij gaat elke betrokken discipline een eigen gestructureerde relatie aan met de cliënt, zoals in een spreekuur voor de arts of een (groep) therapie sessie voor de psycholoog of vak therapeut. Het denken in interventies of interventietypen heeft nauw te maken met de DSA-systematiek. Binnen de DSA is het gebruikelijk het veranderingsproces, zowel de mogelijkheden als de problematiek uiteen te rafelen in onderdelen (dimensies) en de onderlinge wisselwerking ervan in kaart te brengen. Om als zorgverlener de vaak complexe problematiek op het psychische en sociale vlak van de psychogeriatric goed te kunnen begrijpen en positief te beïnvloeden is het belangrijk dat je in de directe leefomgeving van de cliënt over eigen interventiemogelijkheden beschikt. Het gaat hier om tien hoofd-interventietypen, uitgewerkt voor elke discipline (zie download rubriek www.swbalans.nl).

Veel gebruikte psychotherapeutische interventies met name door de verpleging worden hieronder kort toegelicht:

All good, all bad

De all good, all bad interventie is een consequente benaderingswijze van de cliënt waarbij door middel van een rolverdeling binnen het team gestreefd wordt naar het vasthouden van positief gedrag bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek die gebruik maken van primaire afweermechanismen (ontkenning, projectie, splitsing). Positief gedrag wordt bij de cliënt gestimuleerd door verbinding te maken, die concreet zichtbaar moet zijn (een minimum aan kritiek leveren en een maximum van verbinding nastreven). Dit is de rol van de all good. Minder acceptabel gedrag wordt zo weinig mogelijk (vast gelegd om welk gedrag het gaat en wat dan te doen) en op een neutrale en niet- veroordelende wijze begrensd door de all bad. Doel van deze benaderingswijze is om positief gedrag en een positieve relatie consequent uit te bouwen en negatief gedrag te laten uitdoven zonder dat er gewerkt wordt aan inzicht bij de cliënt in de achtergronden van diens gedrag. Deze benadering is structurerend. De all good en all bad kan ook toegepast worden om de cliënt inzicht in zijn of haar eigen gedrag te geven, In dat geval is de benadering psychodynamisch van aard. Het betekent wel dat er binnen het team dus een aantal medewerkers de rol van de all good heeft en een (beperkt) aantal de

rol van de all bad. Deze rollen moeten niet verwisseld worden gedurende het begeleidingsproces tussen medewerkers en vraagt dus ook iets van de planning en organisatie.

Begeleiding en ondersteuning

In dit interventietype bied je ondersteuning en begeleiding aan de cliënt en eventueel aan diens familie. Dit doe je op zo'n wijze dat, waar mogelijk, de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden worden behouden. Je houdt in deze benadering continu rekening met de voorkeuren van de cliënt. Je nodigt hem of haar op een open wijze uit tot deelname aan zelfzorg, activiteiten, groepsbijeenkomsten en therapie. Waar nodig help je en probeer je problemen en faalervaringen te voorkomen. Behalve deze begeleiding aan te bieden, is het ook goed om begeleidende gesprekken met de cliënt te voeren over hoe hij of zij zich voelt en wat er goed gaat. Dit interventietype is heel geschikt om de cliënt op een rustige en beschermende wijze enig structuur in zijn of haar dagelijkse leven te laten behouden. Je ondersteunt hem of haar in zowel algemene als in emotionele zaken. De doelstelling van dit interventietype is er vooral op gericht om de zelfredzaamheid te behouden en terugval te voorkomen bij cliënten die net uit een crisissituatie komen of cliënten die instabiel zijn in hun gedrag. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling dat de cliënt zich iets nieuws eigen maakt. Het gaat om 'behouden wat je kan'.

Regressie

De psychiatrische functieproblematiek kan zo ernstig zijn dat de cliënt als het ware terugvalt naar een vroegere 'kinderlijke' ontwikkelingsfase. Er is dan sprake van een regressief toestandsbeeld, ofwel regressie. De regressieve toestand brengt vaak met zich mee dat de cliënt het niet meer op kan brengen om alledaagse taken zoals wassen, aankleden, opruimen uit te voeren of zelfstandig te eten of te drinken of ernstiger, niet meer in staat is om te lopen of te horen of zien. Vaak is er de behoefte om veel in bed te liggen. Een gevoel van uitputting overheerst zoals bijvoorbeeld bij een ernstig depressief gevoel. Bij een regressieve benaderingswijze ga je als het ware mee in de wensen en behoefte van de cliënt. Er wordt naar gestreefd om bij de cliënt zoveel als mogelijk weerstanden weg te halen en hem of haar van alle gestelde eisen te ontslaan, met als doel om een verregaand gevoel van veiligheid te creëren. Voor de cliënt houdt de deelname aan verplichtingen tijdelijk op. Indien hij of zij er behoefte aan heeft, kan er verregaande hulp geboden worden, ook bij functies die intact zijn (zoals bijvoorbeeld rolstoelvervoer terwijl hij of zij eigenlijk

zelf nog wel kan lopen of volledig helpen met eten en drinken). Verder probeer je de omgeving zo prettig mogelijk te maken; denk aan muziek, licht, geuren e.d. Het doel ervan is om een situatie te creëren waarin de cliënt uiteindelijk de behoefte gaat voelen om zelf weer verantwoording te nemen; de cliënt hiertoe als het ware te verleiden. Dit interventietype is zeker niet bedoeld om de cliënt zomaar alles uit handen te nemen en daarmee grenzeloos te zijn in de hulp die je aanbiedt. De cliënt moet echt in een regressieve toestand verkeren. Je gaat er van uit dat hij of zij het echt niet meer kan opbrengen om bepaalde dingen te doen: je neemt die als het ware van de cliënt over, met als doel ze uiteindelijk weer deels of helemaal terug te geven. Dit interventietype kan zowel voor de cliënt als de hulpverlener veel rust geven. Omdat je niet continu de strijd met de cliënt aangaat over allerlei zaken, die je van hem of haar verwacht, voorkom je een machtsstrijd en kun je een vertrouwensrelatie opbouwen. Je handelt vanuit respect en empathie, maar tegelijkertijd heb je als hulpverlener de regie over de begeleiding. Je werkt doelgericht, systematisch en met een plan. Voor de cliënt geldt dat hij de weinige energie waar hij of zij nog over beschikt niet hoeft te steken in alledaagse zaken die hij of zij eigenlijk niet meer op kan brengen, maar kan zich gaan richten op weer beter worden. Op het moment dat de cliënt zich beter gaat voelen zal je merken dat hij of zij weer de behoefte krijgt om weer zelf dingen te ondernemen. Op het moment dat dat het geval is, kun je dit interventietype na interdisciplinair langzaam afbouwen en vervangen door andersoortige benadering zoals begeleiding en ondersteuning of preferenties.

Twee gesprekken

Bij dit interventietype krijgt de cliënt twee gesprekken van bijvoorbeeld een kwartier op een vast tijdstip per dag aangeboden. Deze gesprekken zijn niet vrijblijvend, ze hebben een min of meer verplicht karakter in een strakke structuur met een duidelijk thema, namelijk de klachten van de cliënt. In dit gesprek kan en 'moet' de cliënt praten. Ongewenst veelal negatief gedrag van de cliënt wordt tussentijds niet genegeerd maar er wordt rustig en kort verwezen naar het geplande gesprek om dit te bespreken. Deze gesprekken worden gevoerd vanuit de verwachting dat de controle en de beleving van de cliënt ten aanzien van zijn of haar gedrag hierdoor bevorderd worden.

Preferenties

Dit interventietype heeft tot doel om bij de cliënt bepaald gewenst positief gedrag uit te lokken; bijvoorbeeld iemand met onzeker, afhankelijk

of vermijdend gedrag. Aan de cliënt worden systematisch en herhaaldelijk twee keuzen mogelijkheden voorgelegd, die overigens passen bij de persoon van de cliënt. Hierdoor wordt de cliënt gestimuleerd en oefent hij/zij eigen voorkeuren te ontwikkelen, uit te spreken, besluiten te nemen en dit te ervaren. Deze interventie kan ook goed ingezet worden om een gevoel van controle aan de cliënt te geven bijvoorbeeld bij een cliënt die een grote autonomie behoefte heeft.

Overladen

Het overladen van de cliënt met de betreffende situatie door bijvoorbeeld in overvloed tegemoet te komen aan diens wensen waardoor er een verzadiging optreedt en het 'Probleem' gedrag verdwijnt, bijvoorbeeld dwangmatig verzamelen. Uiteraard geldt dit niet voor het voorzien van alcohol en drugs etc.

SRC (stimulans-respons-consequense)

Door een gerichte observatie proberen te achterhalen, welke functie het gedrag van de cliënt heeft. Bijvoorbeeld; Hoe wordt er (belonend) gereageerd op de omgeving van de cliënt op het ongewenste gedrag. Door middel van een gerichte aanpak (belonen van gewenst gedrag en negeren van ongewenst gedrag) wordt getracht bij de cliënt dit gedrag te doorbreken. Het voordeel van deze aanpak is dat de cliënt hieraan niet (cognitief) bewust hoeft mee te werken.

Counseling

Bij dit interventietype stimuleer je de eigen verantwoordelijkheid en de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt. Dit doe je door middel van gesprekken, die je op een bepaalde wijze voert. De methodiek die hiervoor gebruikt wordt noemen we 'counseling'. Je werkt aan het probleemoplossend vermogen van de cliënt door middel van het geven van feedback en ondersteuning, met als uiteindelijke doel om hem of haar meer tot zelfontplooiing te laten komen. Het streven is om met zo weinig mogelijk sturing (geen gerichte adviezen geven) te stimuleren de eigen problemen onder ogen te zien en deze op te lossen. Deze methodiek is voorbehouden aan psychologen, vaktherapeuten en Hbo agogen.

Systeemtherapie

Systeemtherapie is gericht op het versterken van het sociale netwerk van de cliënt, de belangrijke anderen in zijn/haar leven, vaak is dit familie. Mantelzorgers hebben regelmatig ook zelf problemen waar zij mee

worstelen en die een negatieve impact kunnen hebben op de oudere mens met dementie. Vaak is dit gebaseerd op gebeurtenissen in de familie eerder in het leven, bij kinderen zelfs soms vanaf hun vroegste jeugd. Er kunnen allerlei patronen in de familiebanden gegroeid zijn. Deze zijn te ontdekken met behulp van een genogram. Als deze patronen dysfunctioneel zijn heeft dat regelmatig grote invloed op de inbreng van de familie in de zorg. Het kan leiden tot zogenaamde 'lastige' familie, waar de cliënt last van kan hebben maar ook de hulpverleners. Het is goed om dit te voorkomen en op basis van een genogram de diverse familieleden indien nodig passende systeem-therapeutische interventies aan te bieden. Hiervoor kunnen verschillende disciplines ingezet worden van verpleging tot psycholoog tot maatschappelijk werk tot arts. Onderzoek heeft laten zien dat de ervaren belasting bij de familie wel met gemiddeld 50% kan afnemen (zie www.swbalans.nl/downloads).

3.3. **Conclusie**

In dit hoofdstuk hebben we de vier interventie steps uitgewerkt die ingezet kunnen worden om 'Probleem' gedrag bij mensen met dementie positief te beïnvloeden. Met name de eerste step presentie, empathie en respect lijkt heel vanzelfsprekend, maar in de praktijk kan dit al snel onder druk komen te staan zonder dat je jezelf daar voldoende bewust van bent. De tweede stap, een persoonsgericht dagprogramma bieden, is eveneens een stap die gemakkelijk onvoldoende aandacht krijgt, maar wel van groot belang is om de cliënt een goed gevoel van welbevinden te geven. Deze eerste twee steps zijn met name gericht op preventie. De derde step, belevingsgerichte benadering, kan worden ingezet als de cliënt positief hierop reageert en dit het onbegrepen gedrag doet afnemen. Tezamen met een persoonsgericht dagprogramma kan het aanbieden van bijvoorbeeld een validerende benadering voldoende zijn. Deze aanpak kan in principe de ernst van het probleemgedrag met gemiddeld 30% terug dringen. Er is echter ook een groep cliënten die dusdanig lijden aan psychiatrische functiestoornissen dat ondanks alle inzet van de genoemde stappen dit onvoldoende invloed heeft op het gedrag. Hier is het noodzakelijk om in step vier op zoek te gaan naar de psychodynamiek achter het gedrag en gebruik te maken van psychotherapeutische interventietypes. Dit is de meest complexe vorm van behandelen, maar wel met het grootste effect namelijk gemiddeld 60% vermindering. En, deze behandeling leidt ook tot een halvering van de overbelasting van de mantelzorger.

HOOFDSTUK 4

De Context van het werk

De organisatie en alle actoren en dynamieken die leiden tot succes of falen

4.1 *Inleiding*

Zodra ouderen met dementie en ‘Probleem’ gedrag professionele hulp ontvangen is er altijd sprake van een gezondheidszorgorganisatie van waaruit dat gebeurt. Of dit nu intramuraal of extramuraal is, de hulp wordt geboden vanuit een gezondheidszorginstantie zoals een verpleeg- of verzorgingshuis of in de eerste lijn door een casemanager dementie, de wijkverpleging of de thuiszorg. Visie, missie, maatschappelijke doelstelling, beoogde doelgroepen, financiële kaders, kwaliteitseisen, inbedding in de samenleving, type leiderschap, het zijn zomaar enige zaken die samenhangen met een organisatie en de wijze waarop zij zich zowel intern als extern profileert. Gezondheidszorginstanties gericht op ouderenzorg hebben invloed en kunnen het verschil maken op het individu, de groep en de samenleving, dit zowel positief als negatief. In dit hoofdstuk besteden wij hier aandacht aan.

4.2 *De ouderenzorg wordt steeds specialistischer en verbetert zich continu*

Soms wordt er wel eens kritisch gedaan over organisaties die gericht zijn op kwetsbare ouderen met dementie. Met name in de media kan er onevenredig veel aandacht besteed worden aan ‘misstanden’ en kan dit tot het nodige negatieve sentiment leiden. De ouderenzorg heeft niet altijd een even goed imago en kan door sommige gezien worden als wat saai en weinig dynamisch, kortom, het heeft een wat ‘stoffig’ imago. Helaas is het zo dat er inderdaad misstanden zijn in sommige ouderenzorginstellingen of dat de kwaliteit onvoldoende goed op orde is. In die zin onderscheidt de ouderenzorg zich niet van andere gezondheidszorginstellingen waar ook soms de nodige zorgen over zijn, maar gezegd moet worden dat veel verpleeghuizen in het recente verleden het onvoldoende goed op orde hadden op het gebied van gedrag. In 2015 is er onder leiding van minister van Rijn een breed plan gepresenteerd, te

weten 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' die als doel had om de zorg in verpleeghuizen te verbeteren. Met dit plan waar veel bracheorganisaties en de IGJ bij betrokken waren, zijn de handen ineen geslagen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Sinds die tijd is er hard gewerkt om de ouderenzorg op een hoger niveau te brengen en heeft het verpleeghuis het negatieve imago wat van zich af kunnen schudden.

In de meeste verpleeghuizen gebeuren mooie dingen en hebben kwetsbare ouderen met dementie een fijne plek om te wonen of om bijvoorbeeld te revalideren of te overbruggen na een ziekenhuisopname. Steeds meer verpleeghuizen bieden hoog specialistische programma's zoals Gerontopsychiatrie, Korsakov, Dementie met zeer ernstig probleemgedrag (D-zep), Psychogeriatrische revalidatie etc. en bouwen specialistische kennis en kunde op om deze diversiteit aan doelgroepen te kunnen bedienen. De grootste groep echter zijn de psychogeriatrische cliënten die lijden aan dementie en veelal aan onbegrepen gedrag.

Zij krijgen nog niet altijd alle hulp en ondersteuning die nodig is hetgeen functieverlies op alle levens terreinen doet toenemen. De bestaande richtlijnen worden maar matig gevolgd. Nauwelijks 25% werkt met een methode passend binnen de richtlijn. Mantelzorgers zijn niet zelden ernstig overbelast en worstelen met hun rol en alle taken die komen kijken om de zorg te geven aan een thuiswonende partner of ouder met dementie en ernstig 'Probleem' gedrag. Iedereen zo lang als mogelijk thuis is nu het motto, maar gelukkig zijn daar de verpleeghuizen die kwetsbare ouderen met dementie opvangen als het thuis niet meer gaat. En vaak blijkt het dan toch ondanks alle weerstand en verdriet het uiteindelijk erg mee te vallen. De veilige en beschutte omgeving, de aanwezigheid van professionele en betrokken hulpverleners die zorg, begeleiding en behandeling bieden, de aandacht voor de cliënt en voor de familie brengt meestal weer rust en geeft een nieuw perspectief.

4.3 *Het belang van betrokken directie en management*

Goede zorg aan kwetsbare ouderen met dementie en onbegrepen gedrag is alleen maar goed mogelijk als er in de organisatie voldoende kennis en kunde en vooral ook bereidwilligheid aanwezig is om hulpverleners daadwerkelijk de mogelijkheid te bieden om deze zorg te bie-

den. Een mooie locatie met eigen kamers en een leuke tuin en een fijn welzijnsprogramma is niet genoeg. Het helpt wel, zeker helpt het als een woonomgeving prettig is en er voldoende afleiding is, maar om een passend woon- leefklimaat te vormgeven en te behouden en hulpverleners toe te rusten om gedrag te kunnen beïnvloeden vraagt ook iets van de directie en het management. Zij zullen er zorg voor moeten dragen dat de hulpverleners voldoende goed toegerust zijn door het structureel aanbieden van gedegen scholing rondom deze thema's gebaseerd om actuele wetenschappelijke richtlijnen en inzichten. Daarnaast is het belangrijk dat er een klimaat is waar geleerd kan worden, fouten mogen worden gemaakt en waar reflecteren op het eigen handelen en dat van de ander gestimuleerd wordt. Dat vraagt om het organiseren van supervisie, intervisie, het mogelijk maken van casus besprekingen en bijeenkomsten om met elkaar in multidisciplinair verband te evalueren over de inhoud, het proces en de samenwerking. Het vraagt van de managers op de locatie dat zij in staat zijn om deze bovenstaande noodzakelijke randvoorwaarden te organiseren en dat structureel en zonder aarzeling. Het vraagt ook dat managers in staat zijn om op hoofdlijnen te weten wat er speelt op de locatie aan hoog complexe casuïstiek en om daar procesvragen over te kunnen stellen. Het helpt als de manager expertise heeft van dementie en 'probleem' gedrag waardoor hij of zij het proces goed kan monitoren en kan ingrijpen als dit niet goed loopt en kan faciliteren daar waar dat nodig is door bijvoorbeeld de afdeling extra aandacht te geven, extra supervisie te regelen etc. Deze manager heeft daarvoor ook weer de directie nodig, ook de directie zal doordrongen moeten zijn van het gegeven dat het werken met mensen met dementie en 'probleem' gedrag heel veel vraagt van hulpverleners. De directie kan helpen door budget vrij te maken en te ondersteunen daar waar nodig. Om de professional zijn of haar werk te kunnen laten doen om de cliënt goed te kunnen begeleiden en te verzorgen zijn de manager en directie cruciaal, zij kunnen het verschil maken, dit zowel positief als negatief.

4.4 *Waarom gaat het toch zo vaak mis?*

Hoe komt het toch dat het zo vaak mis gaat? Er is onbegrepen of 'probleem' gedrag en toch lukt het maar niet om het gedrag te beïnvloeden, sterker nog, het wordt zelfs vaak erger en het escaleert. De cliënt hoort hier niet hoor je dan soms, of de cliënt wordt gemeden of genegeerd. Soms zijn er enkele collega's bij wie het wel goed gaat, die

nog in verbinding zijn maar even vaak zijn er collega's die het moeilijk of niet meer op kunnen brengen om het contact aan te gaan. En zo ontstaat er een vicieuze cirkel tussen cliënt en hulpverleners die elkaar negatief beïnvloeden met alle gevolgen van dien. Dat dit gevolgen heeft voor de cliënt en hulpverleners is in de vorige hoofdstukken uitgebreid aan de orde geweest en eigenlijk kun je dan alleen nog maar spreken van verlies. Het is ook lastig, want om het goed te doen moet eigenlijk alles kloppen. Er dienen hulpverleners te zijn die voldoende kennis en kunde hebben en er moet een organisatie context zijn die maakt dat deze hulpverleners ook daadwerkelijk op een goede wijze hun werk kunnen doen. Waar het vaak misgaat is een combinatie van factoren waarin het ontbreken van een factor de kans op succes al fors verkleint, laat staan als er sprake is van dat er meerdere factoren spelen. Naarmate onderstaande factoren redelijk tot goed geregeld zijn neemt de kans op succes toe.

- De organisatie heeft een uitgewerkte visie en beleid op het gebied van dementie en 'probleem' gedrag.
- De organisatie stelt voldoende budget beschikbaar voor opleidingen en vormen van begeleiding zoals supervisie en intervisie en stimuleert dit.
- De organisatie heeft naast de aandacht voor de bedrijfsmatige processen ook aandacht voor de inhoudelijke processen.
- Er is voldoende inhoudelijke kennis en kunde bij management en directie aanwezig, of de bereidheid om dat te leren of op zijn minst te compenseren.
- Binnen de organisatie is er sprake van een lerende en reflectieve cultuur waarin geleerd kan worden en tegenspraak bevorderd wordt.
- Richtlijnen, protocollen, zorg paden en methodiek rondom onbegrepen gedrag zijn stevig ingebed in de organisatie en worden onder druk niet losgelaten.
- De organisatie heeft een eigen intern consultatieteam of consulteert bijvoorbeeld de CCE (Centrum voor consultatie en expertise) of een psychiater of geriater.
- De Specialist Ouderen geneeskunde neemt zijn of haar formele rol in, vormgegeven vanuit de Canmeds rollen, als medisch eindverantwoordelijke voor het inhoudelijke zorg proces (inclusief de psychiatrische aspecten) en laat voldoende inhoudelijk leiderschap zien. De SO heeft m.n. in step vier eigen gestructureerde cliënt en mantelzorg contacten.
- De basisarts of verpleegkundige specialist belast met complexe

casuïstiek ontvangt voldoende supervisie van de specialist oudere geneeskunde.

- De (GZ) psycholoog beheerst gedragstherapeutische technieken als (cognitieve) gedragstherapie, systeem therapie, counseling e.d. en heeft m.n. in step vier eigen gestructureerde cliënt en mantelzorg contacten.
- Het probleemgedrag wordt niet verklaard vanuit de dementie.
- Hulpverleners en management erkennen dat 'Probleem' gedrag multifactorieel is.
- De Richtlijn van aanpak van 'Probleem' gedrag van Verenso, NIP en V&VN wordt toegepast.
- De betrokken hulpverleners hebben frequent eigen contact met de cliënt.
- Er wordt door de hulpverleners methodisch gewerkt (meer dan 80% voeren we uit van wat we afspreken) waardoor benaderingsadviezen worden opgevolgd. Waar dit niet lukt wordt de uitvoering van het plan tijdig bijgesteld.

Bovenstaande factoren zijn niet uitputtend en binnen deze factoren speelt ook weer een zekere dynamiek. Waar het om gaat is dat je je als hulpverlener, manager en directeur realiseert dat het begeleiden van cliënten met dementie en onbegrepen of 'probleem' gedrag het een en ander vraagt aan kennis en kunde, aan organisatie en coördinatie en aan het creëren van een transparante en lerende cultuur.

4.5 *Conclusie*

In dit hoofdstuk hebben we aandacht besteedt aan de toenemende complexiteit van kwetsbare ouderen met dementie en 'probleem' gedrag en waar een organisatie aan dient te voldoen om aan deze complexe zorg vragen te kunnen voldoen. Het lijkt veel en dat is het ook, maar het niet goed regelen is geen optie. Niet de goede dingen doen zal leiden tot escalatie van het gedrag, geeft verlies van kwaliteit van leven en gezondheidsschade van de betreffende cliënt. De directe omgeving van de cliënt, de mantelzorger op de eerste plaats, maar ook mede cliënten en de hulpverleners lijden mee. Het zal gevoelens van onmacht, frustratie en verdriet en boosheid geven. Er komt een dynamiek op gang die veel energie vraagt en de situatie steeds onoverzichtelijke zal maken en daarmee ook duurder. Het loont dus in alle opzichten om te investeren op inhoud en proactief te zijn, beroepstrots!

Nawoord

Dit toegankelijk geschreven zakboekje over de STIP-Methode wil een bijdrage leveren aan passende preventie en behandeling van complex gedrag en psychische problemen van cliënten met dementie en hun mantelzorg. Het is gebaseerd op de huidige stand van zaken van wetenschappelijk onderzoek. Nog lang niet alles is uitputtend onderzocht en er valt nog veel te ontdekken en te bewijzen. Maar laten we in ieder geval doen wat bekend is als wetenschappelijk bewezen en de andere mogelijkheden met passie onderzoeken en bewijzen wat betreft werkzaamheid. Alle betrokkenen hebben hier recht op zodat veel leed voorkomen wordt bij cliënten met dementie, mantelzorg, zorg professionals m.n. zij die 24 uur werken in de buurt van de cliënt.

Literatuur

Bakker TJEM, J. Collet. (2022). De rol van persoonlijkheidsaspecten bij preventie en behandeling van ‘probleemgedrag’ bij dementie. Met de STIP-methode helpen wij u op weg! Senior – Tijdschrift voor kwaliteitsvolle ouderenzorg; Leuven.

Bakker TJEM, Helden M van. (2017). Woon- en leefomgeving vanuit sociotherapeutisch perspectief (H 25 pag. 425-438). Klinisch redeneren bij ouderen: functiebehoud in levensloopperspectief: Bohn, Stafleu, van Loghum; Houten.

Bakker TJEM, e.a.. (2019). Klinisch redeneren bij ouderen – functiebehoud in levensloopperspectief. 3e (herziene) druk: Bohn. Stafleu. van Loghum; Houten.

Helden M van, (2011). Sociotherapie binnen de psychogeriatric in zakformaat. Schiedam: Argos Zorggroep; Schiedam.

Helden M van, Bakker TJEM. (2004). Kleur bekennen in de psychogeriatric – DSA in zakformaat -; Reed Business Information, Maarssen.

Rijn M van. (2014). Waardigheid en trots Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen [waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen1.pdf (waardigheidentrots.nl)]; VWS, Den Haag.

Vilans. (2022). Mieke van Hamersveld, Nathalie Stolwijk, Yael Reijmer. Omgaan met onbegrepen gedrag bij mensen met dementie of een verstandelijke beperking; In hoeverre ervaren zorgprofessionals ondersteuning vanuit hun zorgorganisatie?; Utrecht.

Zuidema SU, Smalbrugge M, Bil WME, Geelen R, Kok RM, Luijendijk HJ, van der Stelt I, van Strien AM, Vink MT, Vreeken HL. (2018).

Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie: Verenso, NIP. Utrecht.

Websites

www.swbalans.nl

www.stipmethode.nl

www.stipapp.nl

Over de auteurs

Mandy van Helden is meer dan 35 jaar werkzaam in de ouderenzorg. Zij volgde de opleiding tot ziekenverzorgende, agogisch hulpverlener en supervisor en was als leidinggevende betrokken bij de opzet en het vormgeven van verschillende zorgprogramma's zoals o.a. de PG-revalidatie, gerontopsychiatrie en het "Integratieve Reactiverings- en Rehabilitatie (IRR) programma". Dit IRR programma deed haar besluiten zich te verdiepen in het vormgeven van een passend sociotherapeutisch klimaat binnen de psychogeriatric en het mee ontwikkelen en onderwijzen van interventies welke voortkwamen uit het IRR programma voor de zorg om het gedrag van cliënten met onbegrepen gedrag positief te beïnvloeden. Zij werkte naast haar leidinggevende functies meer dan 15 jaar als gedragsconsulente in zowel het verpleeghuis als ook op de geriatrische polikliniek van een ziekenhuis, gaf les aan verpleegkundigen en verzorgenden en heeft daarnaast enkele publicaties op haar naam staan. Momenteel is zij werkzaam als manager zorg en behandeling van twee locaties van een grote zorgorganisatie.

Ton J.E.M. Bakker is specialist ouderengeneeskunde gespecialiseerd in de psychogeriatric en CCE consultant voor complex gedrag. Hij is sinds 2013 lector aan de Hogeschool Rotterdam met als thema 'Functiebehoud bij Ouderen vanuit levensloopperspectief'. In 2010 promoveerde hij op het onderwerp "Psychiatrische functiestoornissen (Probleem gedrag) in de psychogeriatric; het Integratieve Reactiverings- en Rehabilitatie (IRR) programma", onderdeel van de richtlijn Probleemgedrag. Hij heeft een groot aantal (inter)nationale publicaties op zijn naam staan. Als docent is hij betrokken bij diverse opleidingen op dit gebied o.a. bij de Leergang over de STIP-Methode bij Breederode Hogeschool te Rotterdam en de GGZvs opleiding te Utrecht. Sinds mei 2019 is hij projectleider van het ZonMw gefinancierde implementatie onderzoek van de STIP-Methode gebaseerd op de richtlijn probleemgedrag bij Dementie van Verenso/NIP/V&VN, 2018.

