



Praktische handreiking bij moeilijk en onbegrepen gedrag

Auteur	Jannet van Klaveren
Vastgesteld op	12 september 2017
Vastgesteld door	DT
Evaluatiedatum	September 2019

De bedoeling van het proces

De visie op zorg van Laurens is: “Ieder mens verdient respect en aandacht, een veilige omgeving en deskundige zorgverlening en ondersteuning die past bij de persoonlijke situatie”. De kernwaarden van Laurens zijn: ‘persoonlijke aandacht, naasten betrekken, samenwerken en professioneel handelen’.

Dat betekent dat goede zorg gericht is op het aansluiten bij de beleving en het begrijpen en vervullen van behoeften van klanten. Hierbij wordt er wel rekening gehouden met de grenzen en mogelijkheden van zorgmedewerkers, behandelaren en naasten. Wanneer er sprake is van moeilijk en onbegrepen gedrag, betekent dit dat er onvoldoende wordt aangesloten bij de beleving en behoeften van de klant. Het is van belang dat moeilijk en onbegrepen gedrag op tijd wordt gesignaleerd, er zo snel mogelijk een analyse is van de oorzaken van het gedrag en er een plan van aanpak komt waarbij de oorzaken worden aangepakt.

**Praktische handreiking bij het omgaan met moeilijk en onbegrepen gedrag van
klanten
binnen Laurens**

Jannet van Klaveren, GZ-psycholoog, augustus 2017

Inhoudsopgave:

Hoofdstuk 1) Context en visie

Hoofdstuk 2) Multidisciplinaire samenwerking

Hoofdstuk 3) Werkwijze bij moeilijk en onbegrepen gedrag

Hoofdstuk 4) Beschrijving van specifieke rol per discipline

Hoofdstuk 5) Randvoorwaarden

Bijlage 1) Wat is een gedragsvisite?

Bijlage 2) Wat is een omgangsoverleg?

Bijlage 3) Probleem Analyse Lijst (PAL)

Bijlage 4) Literatuurlijst

Bijlage 5) Turflijst bij grensoverschrijdend gedrag

Bijlage 6) Stappenplan signaleringsplan

Bijlage 7) Deelnemers werkgroep

Hoofdstuk 1: Context en visie

1.1) Inleiding:

De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) bezocht in de periode van september 2014- december 2014 twintig instellingen in de intramurale ouderenzorg. Doel hiervan was om te onderzoeken hoe het er voor staat met de zorg voor cliënten met dementie met 'moeilijk en onbegrepen gedrag'. De uitkomsten staan beschreven in het stuk 'Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag'. Er werd een achttal criteria gehanteerd, die samen het fundament vormden van de bestaande richtlijnen voor het omgaan met het gedrag van mensen met dementie:

- 1) Tijdig signaleren van onbegrepen gedrag zodat ingegrepen kan worden voordat escalatie plaatsvindt.
- 2) Een gedegen analyse maken van het gedrag met nagaan van oorzaken op lichamelijk, psychisch en sociaal terrein.
- 3) Multidisciplinair werken in een team met in ieder geval een zorgmedewerker, een arts en een psycholoog.
- 4) De oorzaak van het gedrag aanpakken en niet het gedrag zelf.
- 5) Psychofarmaca alleen voorschrijven wanneer kan worden aangetoond dat psychosociale interventies niet voldoende werkzaam zijn (met uitzondering van een lichamelijke oorzaak of bij een delier of psychose).
- 6) Psychofarmaca volgens de (Verenso) richtlijn voorschrijven, tenzij er belangrijke redenen zijn om hiervan af te wijken.
- 7) Het netwerk van de cliënt betrekken bij de analyse en de aanpak van het probleem.
- 8) Behandeling evalueren met extra aandacht voor het mogelijk staken van behandeling met psychofarmaca.

1.2) Doelstelling handreiking:

Het belangrijkste doel van dit stuk is dat binnen Laurens moeilijk en onbegrepen gedrag bij onze klanten (met en zonder dementie) zoveel mogelijk wordt voorkomen. Wanneer er wel sprake is van moeilijk en onbegrepen gedrag wordt hier op een goede en professionele manier mee omgegaan, zodat we zoveel mogelijk lijden van de klant en schade voor de omgeving (naasten, medeklanten en medewerkers) kunnen voorkomen en verminderen.

Om dit doel te bereiken is het van groot belang dat er optimaal wordt samengewerkt tussen disciplines, dat elke discipline op een goede manier gebruik maakt van zijn of haar rol, de naasten worden betrokken en er een duidelijke werkwijze is die bij iedereen bekend is en wordt nageleefd.

1.3) Visie van Laurens op moeilijk en onbegrepen gedrag:

De visie op zorg van Laurens is: “Ieder mens verdient respect en aandacht, een veilige omgeving en deskundige zorgverlening en ondersteuning die past bij de persoonlijke situatie”. De kernwaarden van Laurens zijn: ‘persoonlijke aandacht, naasten betrekken, samenwerken en professioneel handelen’.

Dat betekent dat goede zorg gericht is op het aansluiten bij de beleving en het begrijpen en vervullen van behoeften van klanten. Hierbij wordt er wel rekening gehouden met de grenzen en mogelijkheden van zorgmedewerkers, behandelaren en naasten. Wanneer er sprake is van moeilijk en onbegrepen gedrag, betekent dit dat er onvoldoende wordt aangesloten bij de beleving en behoeften van de klant. Het is van belang dat moeilijk en onbegrepen gedrag op tijd wordt gesignaleerd, er zo snel mogelijk een analyse is van de oorzaken van het gedrag en er een plan van aanpak komt waarbij de oorzaken worden aangepakt.

Hoofdstuk 2) Multidisciplinaire samenwerking

2.1) Samenwerking tussen disciplines

Moeilijk en onbegrepen gedrag kan zoveel mogelijk worden voorkomen, wanneer er optimaal wordt aangesloten bij datgene waar de klant behoefte aan heeft. Het is van belang dat de zorgmedewerkers, die vaak de gehele dag te maken hebben met de klant, zich bekwaam voelen om met het gedrag om te gaan en zich hierbij ondersteund voelen door alle behandelaren. De inspectie beschrijft in dat kader dat de coachende rol van deskundige behandelaars ten opzichte van zorgmedewerkers erg belangrijk is om dit te bereiken. Zorgmedewerkers zien de klant het meest en hebben daardoor veel belangrijke informatie over het gedrag. Belangrijk is dat er laagdrempelig contact is met behandelaren, waarbij de informatie en kennis van zorgmedewerkers optimaal worden gebruikt.

Het multidisciplinaire team is samen verantwoordelijk dat de zorg rondom de klant goed is. Het is hierbij van cruciaal belang dat de samenwerking en communicatie tussen de leden van het multidisciplinaire team rondom de klant goed zijn. Elk lid van het multidisciplinaire team heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid en zal zich hier actief voor moeten inzetten. Belangrijk is hierbij dat er respect is voor elkaars deskundigheid en kennis en er op gelijkwaardig niveau wordt samengewerkt. Wanneer er eventuele problemen in de samenwerking zijn, heeft ieder lid van het multidisciplinaire team de verantwoordelijkheid dit bespreekbaar te maken en zich actief in te zetten om dit te verbeteren. De psycholoog kan vanwege de kennis van gedrag en groepsprocessen hier een coachende rol in hebben. De eindverantwoordelijkheid voor de multidisciplinaire samenwerking ligt bij de teamleider. De arts heeft de eindverantwoordelijkheid rondom het zorgproces van de klant. Naast lidmaatschap van het multidisciplinaire team heeft elke discipline ook een individuele rol ten opzichte van de klant.

2.2) Samenwerking tussen disciplines en naasten

De naasten staan vaak emotioneel het meest dichtbij de klant. Het is dus belangrijk om hen actief te betrekken om informatie te krijgen over wensen en behoeften van de klant, wanneer deze dit zelf niet goed meer kan aangeven. Dit is allereerst van belang om moeilijk en onbegrepen gedrag te voorkomen, maar is ook wenselijk bij de analyse van de oorzaken van gedrag en het meedenken over eventuele interventies. Van alle betrokken disciplines wordt verwacht dat ze actief de samenwerking met de naasten zoeken en hen leren kennen. Elk lid van het multidisciplinaire team heeft een verantwoordelijkheid om deze samenwerking zo goed mogelijk te laten verlopen.

Hoofdstuk 3) Werkwijze bij moeilijk en onbegrepen gedrag

3.1) Preventie van moeilijk en onbegrepen gedrag (methodisch werken)

Het is wenselijk dat er na opname zo snel mogelijk informatie wordt verzameld om de klant en zijn naasten beter te leren kennen. Belangrijk is dat in kaart wordt gebracht wat het levensverhaal van de klant is en dat uitgezocht wordt welke wensen en behoeften de klant heeft. Binnen wonen met zorg is de afspraak dat binnen 4 weken in de klantkaart beschreven staat welke afspraken er zijn ten opzichte van zorghandelingen en benadering. Multidisciplinair worden zorgdoelen opgesteld. Deze worden minimaal eens per half jaar geëvalueerd en eventueel bijgesteld. Binnen kortdurende zorg wordt de klantkaart binnen 5 dagen na opname ingevuld door de verpleging, de psycholoog vult deze aan zodra zij betrokken is. De zorgdoelen worden in de eerste richtingsbespreking vastgesteld (binnen 10 dagen na opname) en gedurende de revalidatie regelmatig bijgesteld.



3.2) Stappenplan bij moeilijk en onbegrepen gedrag:

- 1) Een lid van het multidisciplinaire team, een naaste, vrijwilliger of andere medewerker op de locatie signaleert dat er sprake is van moeilijk en onbegrepen gedrag. De arts en psycholoog worden hiervan op de hoogte gesteld en om hulp gevraagd. Er wordt een doel aangemaakt in mijnCaress waarop kan worden gerapporteerd.

- 2) Er wordt uitgesloten of er een lichamelijke oorzaak is die het gedrag kan verklaren. Dit kan bijvoorbeeld pijn, jeuk, een infectie of ander lichamenlijk ongemak zijn. Er kan ook sprake zijn van een probleem in de prikkelverwerking. De arts en psycholoog bekijken of het wenselijk is om bij de analyse van mogelijke lichamelijke oorzaken naasten en andere disciplines in te schakelen. Eventuele oorzaken worden behandeld voordat overgegaan wordt naar de volgende stap.
- 3) Er wordt een analyse gemaakt van de oorzaken van het gedrag. Bij het maken van de analyse is het wenselijk dat diverse disciplines worden betrokken, die informatie verzamelen om tot een goede analyse te komen. Ook naasten worden gevraagd om informatie te geven die kan helpen om het gedrag beter te begrijpen. De psycholoog is eindverantwoordelijk voor de analyse. De gedragsvisite en het omgangsoverleg zijn belangrijke overleggen waarin alle verzamelde informatie wordt samengevoegd en daarna gezamenlijk een analyse gemaakt wordt van de mogelijke oorzaken van het gedrag. Bij complexe casussen is het wenselijk dat dit in een omgangsoverleg gebeurt, waarbij andere disciplines actief worden uitgenodigd door de psycholoog (zie bijlage 2). De behandelaar kan zelf beslissen of diens aanwezigheid wenselijk is om tot een volledige analyse te komen.
- 4) In omgangsoverleg wordt gezamenlijk afgewogen welke (psychosociale) interventies passend zijn, waarbij de oorzaken van het probleem zoveel mogelijk worden aangepakt. De naasten worden ook actief betrokken door de psycholoog bij het nadenken over interventies. Voor de inzet van een interventie wordt besproken welk effect wordt verwacht en op welke wijze en wanneer dit wordt geëvalueerd. In omgangsoverleg of gedragsvisite wordt geëvalueerd welk effect te bemerken is van de ingezette interventies en of het dus zinvol is om hiermee door te gaan. Om het effect van interventies te meten kan gebruik gemaakt worden van de turflijst voor agressieve incidenten of eventueel andere observatielijsten.
- 5) De keuze om te starten met psychofarmaca wordt multidisciplinair gemaakt. Om tot deze beslissing te komen is het belangrijk dat eerst de analyse van de oorzaken van het gedrag is afgerond en alle psychosociale interventies en het effect daarvan op een rijtje worden gezet. Wanneer geconcludeerd wordt dat deze interventies onvoldoende effect hebben of dat er een direct gevaar is dat niet is af te wenden door psychosociale interventies, wordt overwogen psychofarmaca in te zetten. Het is van belang dat concreet wordt afgesproken welk effect mag worden verwacht, hoe in kaart wordt gebracht of de gewenste verandering daadwerkelijk te bemerken is en wanneer het geëvalueerd wordt. Hierbij kan tevens de 'turflijst agressieve incidenten' worden gebruikt. Evaluatie van het effect wordt ook multidisciplinair gedaan (onder andere in de richtingsbespreking). Belangrijk is dat psychofarmaca worden gebruikt voor problemen waarvoor het betreffende middel bewezen effectief is of

waarvoor experts het in richtlijnen aanbevelen. Zie hiervoor de 'richtlijn probleemgedrag' van Verenso (beroepsvereniging specialisten ouderengeneeskunde).

- 6) Vrijheidsbeperkende maatregelen worden in principe niet ingezet, tenzij er een ernstig nadeel ontstaat voor de klant of diens omgeving. Deze worden pas ingezet na zorgvuldige analyse en als er multidisciplinair gemotiveerd vast is komen te staan dat er geen (psychosociaal) alternatief is (zie notitie BOPZ Laurens van 2017).

3.2) Overlegvormen binnen de domeinen wonen met zorg en kortdurende zorg rondom moeilijk en onbegrepen gedrag:

De volgende overleggen worden structureel op elke afdeling in het domein wonen met zorg en kortdurende zorg gepland:

- 1) Gedragsvisite (bijlage 1) met arts, psycholoog en zorgmedewerker(s). Dit kan eens per week of eens per twee weken zijn (afhankelijk van de doelgroep en grootte van de afdeling/woongroep). Klanten waarbij eventueel moeilijk en onbegrepen gedrag speelt, worden kort besproken en nieuwe klanten zo nodig iets uitgebreider. Gezamenlijke lijnen worden uitgezet. De wens is dat er overal een gedragsvisite is, behalve wanneer de arts standaard bij het omgangsoverleg is.

- 2) Omgangsoverleg (bijlage 2) is een overleg waarbij minimaal twee zorgmedewerkers, de teamleider zorg en de psycholoog aanwezig zijn. Het is wenselijk dat andere disciplines aansluiten bij dit omgangsoverleg (in elk geval de disciplines die betrokken zijn bij het specifieke probleem dat wordt besproken). De teamleider is verantwoordelijk om het omgangsoverleg te organiseren en te faciliteren, de psycholoog is de gespreksleider en zorgt ervoor dat dit overleg gericht is op het ondersteunen van het zorgteam in het omgaan met moeilijk en onbegrepen gedrag. Dit overleg wordt systematisch gepland 1x per 1, 2, 3, of 4 weken, al naar gelang de complexiteit en/of grootte van de afdeling of woongroep. Het is wenselijk dat binnen het domein wonen met zorg op alle afdelingen structureel (minimaal eens per 4 weken) omgangsoverleg is. Binnen kortdurende zorg is er structureel omgangsoverleg (minimaal eens per 4 weken) bij de volgende doelgroepen: CVA en neurorevalidatie. Bij de overige doelgroepen (orthopedie, copd, oncologie en palliatief) is het wenselijk dat er omgangsoverleggen zijn op verzoek wanneer er sprake is van complexe casuïstiek.

- 3) Richtingsbespreking is een overleg waarin de teamleider en alle disciplines die betrokken bij de klant zijn aanwezig zijn. Elke klant heeft minimaal eens per half jaar een richtingsbespreking, maar wanneer het wenselijk is kan dit overleg eerder worden gepland. De huidige doelen worden in dit overleg geëvalueerd en eventueel worden doelen toegevoegd. Na de richtingsbespreking wordt het zorgleefplan besproken en geëvalueerd met de naasten.

Hoofdstuk 4) Beschrijving van specifieke rol per discipline binnen domeinen wonen met zorg en kortdurende zorg

4.1) Zorgmedewerker:

De zorgmedewerker heeft veel directe kennis over de klant en zijn/haar naasten. Wat betreft de omgang is het van belang dat zij zoveel mogelijk rekening houden met de wensen en behoeften van de klant om moeilijk en onbegrepen gedrag te voorkomen. Zorgmedewerkers zijn de spil om alles rondom de klant samen te brengen. Zij zijn sterk in intuïtie en gevoel en kunnen dit gebruiken bij de signalering en analyse van moeilijk en onbegrepen gedrag. Doordat zij 24/7 aanwezig zijn in de buurt van de klant, hebben zij de meest directe invloed op het gedrag. Een zorgmedewerker heeft de verantwoordelijkheid om zoveel mogelijk het welbevinden en welzijn van de klant na te streven. Belangrijk is dat de klant zich zoveel mogelijk veilig en thuis voelt. Wanneer er sprake is van moeilijk en onbegrepen gedrag heeft de zorgmedewerker als taak om te signaleren, observeren en te rapporteren. Een zorgmedewerker neemt actief deel aan omgangsoverleg en gedragsvisite.

4.2) Psycholoog:

De psycholoog heeft een belangrijke taak in het verbeteren van de zorg voor klanten met moeilijk en onbegrepen gedrag, omdat zij in hun opleiding veel kennis opgedaan hebben over gedrag, ziektebeelden en groepsdynamica. Ook wordt tijdens de opleiding het analytische vermogen sterk ontwikkeld. Om de zorg voor klanten met moeilijk en onbegrepen gedrag te verbeteren is een belangrijke rol voor de psycholoog binnen het verpleeghuis die van teambegeleider. Als teambegeleider is de psycholoog vooral een procesbegeleider. De psycholoog helpt het zorgteam zo optimaal mogelijke zorg te bieden aan de klant. Deze rol is complex en is een samenstelling van diverse rollen (o.a. die van diagnosticus, procesbegeleider en docent). Binnen de kortdurende zorg is diagnostiek naar stemming, angst, persoonlijkheid en/of cognitie vaak een belangrijk onderdeel van de analyse van het gedrag.

De psycholoog wordt in staat geacht om de begeleiding van verzorgende teams methodisch aan te pakken. De houding die aangenomen wordt ten opzichte van het team is hierbij erg belangrijk. Onvoorwaardelijke acceptatie is de basis om samen tot resultaten te komen. Als psycholoog neem je aan dat het team is zoals het is, maar is je doel tevens dat er wel ruimte wordt gecreëerd waarin verandering mogelijk is. Het is hierbij van belang om de juiste balans te vinden in het dichtbij zijn en voldoende afstand bewaren. Als psycholoog is het belangrijk om niet in de valkuil te stappen om direct tips te geven, maar juist achterover te leunen en goede vragen te stellen met als doel een proces bij de leden van het team op gang te brengen. Pas

na een goede analyse kan men aan de slag met het samen formuleren van eventuele oplossingen. Niet alleen reflecteren op wat zorgmedewerkers aangeven is belangrijk, maar ook het toevoegen van inhoudelijke uitspraken over het gedrag van de klant en de achtergronden hiervan.

4.3) Arts:

De arts heeft als taak om tijdens de artsensites en gedragsites, bij de richtingsbespreking en in het contact met andere behandelaren van het multidisciplinair team aandacht te besteden aan moeilijk en onbegrepen gedrag. De arts heeft zelf ook een rol in het signaleren, vooral waar het gedrag betreft dat weinig onwenselijke interactie geeft (zoals b.v. apathie, somberheid) en daardoor vaak niet als probleemgedrag wordt opgemerkt door de verzorging. Bij signalering van moeilijk en onbegrepen gedrag is de eerste taak van de arts om uit te sluiten of er een lichamelijke oorzaak is die het gedrag kan verklaren.

Door deelname aan het omgangsoverleg of aan de gedragsite kan de arts goed inzicht krijgen in de signalering en analyse van het moeilijke en onbegrepen gedrag en de acties die kunnen worden ondernomen op psychosociaal vlak. Indien uit de analyse van het multidisciplinaire team handvatten komen voor psychosociale interventies zal de arts zich laten informeren over de uitvoering en de evaluatie hiervan. Belangrijke instrumenten hierbij zijn: nauwe samenwerking met de psycholoog (en andere disciplines), de bespreking binnen de gedragsite en het omgangsoverleg, de bevindingen bij de artsensite, contact met de naasten van de klant en de rapportages in het dossier mijnCaress. Pas als duidelijk is dat psychosociale interventies geen of onvoldoende (snel) effect hebben, zal behandeling met psychofarmaca worden overwogen.

De basis van het voorschrijven van psychofarmaca is het Laurens behandelprotocol dat gebaseerd is op de richtlijn van Verenso. De arts zal ook de in de richtlijn van Verenso voorgeschreven evaluatiecriteria hanteren. Het ingezette beleid wordt regelmatig geëvalueerd als vast onderdeel van het voorschrijfbeleid van de arts. De frequentie hangt af van het type medicatie. Na het voorschrijven van psychofarmaca geeft de arts gericht opdracht aan de verzorging om het gedrag en het effect van de medicatie duidelijk te beschrijven.

4.4) Teamleider zorg:

De teamleider is verantwoordelijk voor het organiseren van de omgangsoverleggen. Dit betekent dat er in het rooster rekening wordt gehouden met het omgangsoverleg, om voldoende deelname van verzorgend personeel aan het overleg te faciliteren. Daarnaast wordt er gezorgd voor een afgesloten ruimte voor het overleg. De teamleider observeert hoe groepsprocessen tijdens het omgangsoverleg lopen en gaat met eventuele problemen in de samenwerking binnen het zorgteam aan de

slag. Eventuele aandachtspunten voor het zorgteam kunnen worden besproken in een teamoverleg. Zo helpt de teamleider het zorgteam om de juiste zorg volgens afspraak te kunnen leveren. Ook heeft de teamleider een belangrijke rol in het ondersteunen van de teamleden om zich verantwoordelijk te voelen voor de vastgestelde taken en afspraken. Belangrijk is dat de gemaakte afspraken geborgd worden in het werkproces. Wanneer er problemen worden geobserveerd in de samenwerking tussen diverse disciplines, maakt de teamleider dit bespreekbaar.

4.5) Aandachtsvelder:

Van de aandachtsvelder wordt verwacht dat hij of zij extra kennis op het gebied van moeilijk en onbegrepen gedrag heeft ten opzichte van zijn of haar collega's. De aandachtsvelder wordt hiervoor geschoold en voorzien van kennis van alle wet- en regelgeving rondom MOG. Iedere locatie heeft een aandachtsvelder MOG. Het "zijn" van een aandachtsvelder is geen functie, maar een rol. Functies van een aandachtsvelder kunnen zijn; teamleider, behandelaar of medewerker zorg minimaal 3IG. De taken van een aandachtsvelder op het gebied van MOG zijn o.a.: het delen van kennis binnen een team, het team actief aanjagen en fungeren als vraagbaak, collega's aanspreken op gedrag dat niet overeenkomt met gemaakte afspraken/protocollen, het thema MOG zo nodig bespreekbaar maken in het teamoverleg, zelfevaluaties uitvoeren binnen teams van de eigen locatie volgens de verbetercyclus, opstellen van verbeteracties en deze dan ook evalueren met het team. Al deze taken worden uitgevoerd onder leiding, begeleiding en coaching van een teamleider.

4.6) Ergotherapeut:

De ergotherapeut is erop gericht problemen in het dagelijks handelen te onderzoeken door middel van observeren, analyseren en/of behandelen en adviseren. Indien er problemen worden gesignaleerd op één van de gebieden in het dagelijks handelen, dient de ergotherapeut ingeschakeld te worden. De ergotherapeut kan gerichte adviezen geven rondom de ADL/PDL, eten en drinken, uitvoeren of aanbieden van activiteiten, maar ook zit- en lighouding. Dit wordt vaak gedaan aan de hand van observatie en analyse. Door het gebruik van diagnostische instrumenten, zoals de AMPS, PRPP, A-One etc. kan de cognitie in kaart worden gebracht. Hiermee kan duidelijk worden of er sprake is van een apraxie en in welke mate begeleiding nodig is.

De ergotherapeut kijkt ook naar de rollen en gewoonten die een klant heeft of in het verleden had. Denk aan slaapgewoonten; welke houding, gordijnen dicht of open, lampje aan, eet of drinkt iemand iets voor het slapen gaan of sliep iemand naast een partner. Als deze gewoonten plotseling wegvallen, kan ook moeilijk en onbegrepen gedrag ontstaan. De ergotherapeut kan dit samen met het verzorgend personeel en de naasten in kaart brengen.

Door de inzet van hulpmiddelen bij lig- en zithouding wordt lichamelijke input gegeven en comfort geboden, waardoor onrust gereduceerd kan worden. Indien sprake is van onrust, waardoor de vrijheid en veiligheid van de klant of medeklanten in het geding komt, denkt de ergotherapeut mee in mogelijke oplossingen en gaat samen met het team op zoek naar alternatieven voor vrijheidsbeperking. Denk hierbij aan inzet van een ballendeken, rolstoel met blockerrem, extra laag bed etc.

Het kan noodzakelijk zijn dat de ergotherapeut aansluit bij een omgangsoverleg om ook van de overige zorgmedewerkers informatie te krijgen over het ervaren probleem en de oplossingsrichtingen samen met het verzorgende team te verkennen.

4.7) SI-deskundige:

De SI-deskundige is geschoold in het observeren en analyseren welke factoren in de prikkelverwerking meespelen bij het ontstaan van moeilijk en onbegrepen gedrag. Hierbij wordt gedrag van de klant vertaald in een mogelijkheid om prikkels (vanuit omgeving of van binnenuit) om te zetten en betekenis te geven. Mocht een klant dit niet adequaat kunnen, ontstaat er een onder- of overprikkeling. Dit kan zich uiten in passief gedrag of juist geagiteerd gedrag. Oorzaken van problemen op het gebied van prikkelverwerking zijn: een stoornis in de prikkelverwerking binnen de persoon, de aan- of afwezigheid van prikkels in de omgeving en problemen met de regulatiemogelijkheden van de klant.

De SI-deskundige kan een analyse maken van de prikkelverwerking en een behandelplan opstellen. De analyse bestaat uit een gevalideerde vragenlijst, een video-observatie of observatie vanuit het team en het turven van onbegrepen gedrag. De interventies kunnen bestaan uit: een sensorisch dieet (aanpassen van de omgevingsprikkels door zinvolle prikkels te versterken en eventueel storende prikkels te vermijden), behandeling door een SI-therapeut om het proprioceptieve, vestibulaire en/of tactiele systeem van de klant te optimaliseren en bieden van mogelijkheden voor zelfregulatie. Een deel van de interventies kunnen ook door andere disciplines worden uitgevoerd.

4.8) Fysiotherapeut:

De fysiotherapeut heeft allereerst een signalerende functie wat betreft moeilijk en onbegrepen gedrag tijdens bijvoorbeeld therapie of wanneer zij observeren op de afdeling.

De fysiotherapeut is in staat om moeilijk en onbegrepen gedrag te analyseren vanuit somatische factoren. Zo kunnen bijvoorbeeld pijn bij het bewegen, lichamelijke beperkingen in zijn algemeenheid, verhoogde tonus of veranderingen in de

sensibiliteit er de oorzaak van zijn dat mensen zich anders gaan gedragen. De kennis van de fysiotherapeut is groot op het gebied van het normaal bewegen en zij zijn in staat veranderingen en afwijkingen qua motoriek in kaart te brengen, die mogelijk een oorzaak zouden kunnen zijn van moeilijk en onbegrepen gedrag. Fysiotherapeuten benaderen en beoordelen klanten vanuit zijn of haar context in relatie tot de motorische behoefte en vroegere beweegervaringen (bijvoorbeeld sporten of fietsen). Het lichamelijke onderzoek dat de fysiotherapeut doet stelt ons in staat mogelijke verbanden te leggen en aanvullende informatie te verkrijgen om moeilijk en onbegrepen gedrag te analyseren en te behandelen. Beperking in beweging in een gewricht, verhoogde spierspanning in de musculatuur, pijn en angst voor bewegen kunnen immers de oorzaak zijn van MOG bij een cliënt. Als er door motorisch gedrag valrisico ontstaat analyseert de fysiotherapeut het valgevaar en adviseert het klantteam over VenV maatregelen.

Inzet beweeginterventies als psychosociale interventie:

- Activerende oefeningen
- Rustgevende therapie, zoals massage, warmte therapie, “ontspannend fietsen”
- Preventieve interventies om moeilijk en onbegrepen gedrag te voorkomen, bijvoorbeeld matig intensief bewegen

4.9) Bewegingstherapeut:

Bij moeilijk en onbegrepen gedrag signaleert en observeert de bewegingstherapeut de bewoner tijdens het bewegen in zijn omgeving en situatie.

Interventies van de bewegingstherapeut spelen in op de mogelijkheden van de bewoner.

Er wordt ruimte gegeven voor emoties en versterking van positieve beleving.

Daarnaast werken interventies van de bewegingstherapeut positief op communicatie, cognitie, spanningen, angst, (verbale en non-verbale) onrust en slaapstoornissen.

Ook valt te denken aan het verwerken van verliezen (rouw) en acceptatie van de beperking en/of achteruitgang. De bewegingstherapeut zoekt naar een beweegvorm die de klant voldoening biedt, een positieve beleving laat ervaren en in balans kan brengen en zo een positief effect kan hebben op het gedrag.

4.10) Diëtetiek:

De diëtist houdt zich vooral bezig met het waarborgen van de voedingstoestand. Bij onbegrepen gedrag rondom het eten, zoals afweergedrag of juist overeten, kan de diëtist onderzoeken waar dit vandaan kan komen en handvatten bieden om hiermee om te gaan. Voorbeelden van afweergedrag zijn: het weigeren van eten, het hoofd

wegdraaien, uitspugen van eten, lepel wegduwen en de mond dicht houden. Wanneer de zorgmedewerker signaleert dat een klant ondervoed is en/of onbegrepen gedrag vertoont rondom het eten of drinken zal de diëtist betrokken worden. De diëtist heeft specifieke kennis over de invloed van ondervoeding en ondergewicht op gedrag, dus kan een rol spelen bij de analyse van moeilijk en onbegrepen gedrag.

Er wordt gewerkt met de observatielijst afweergedrag, waarmee wordt geanalyseerd welke symptomen er spelen rondom het afweergedrag, zoals het gooien met eten, het hoofd afwenden of weigeren. Daarnaast worden overige observaties vastgelegd, zoals omgevingsfactoren, fysieke gesteldheid en mogelijke slikproblemen. Vervolgens worden in overleg met psycholoog en logopedist eventuele psychosociale interventies ingezet, zoals muziek opzetten tijdens het eten, eten malen en het opnieuw aanbieden van eten na 5 minuten.

4.11) Logopedist:

De logopedist speelt een rol in het verbeteren van de communicatie tussen zorgverleners en klanten. Onbegrepen gedrag kan namelijk voorkomen wanneer communicatie niet/onvoldoende wordt afgestemd op de communicatieve mogelijkheden van de klant. De logopedist heeft kennis over de talige- en communicatieve mogelijkheden van klanten. Deze kennis kan worden gebruikt bij het analyseren van moeilijk en onbegrepen gedrag en het inzetten van psychosociale interventies om de communicatie te verbeteren.

Er is vooral vraag naar ondersteuning met betrekking tot het inschatten van en afstemmen op de communicatieve mogelijkheden van de klant. Dit doet de logopedist door talige vaardigheden en communicatieve mogelijkheden van een klant te onderzoeken en te observeren. Aan de hand hiervan stelt de logopedist een communicatieadvies op en zet indien nodig communicatiehulpmiddelen in. De communicatieadviezen kunnen samen met de zorgmedewerkers en psychologen bij de omgangsoverleggen geëvalueerd worden.

Op het gebied van afweergedrag bij eten en drinken heeft de logopedist een belangrijke rol. Het weigeren/uitspugen van voedsel kan immers voortkomen uit kauw- en slikproblemen. Er is een bruikbaar observatieformulier voor eet- en drinkproblemen bij mensen met dementie ontwikkeld door de Landelijke Werkgroep Logopedie en Dementie. Op deze manier kunnen logopedisten gestructureerd eet- en drinkmomenten observeren bij mensen met dementie. Hierbij is ook aandacht voor afweergedrag bij eten/drinken. De logopedist stelt een advies op en vermeldt daarin welke consistenties veilig en comfortabel geslikt kunnen worden en welke begeleiding er bij het eten/drinken gewenst is. De logopedist werkt samen met verschillende disciplines. Zo wordt er samen met de ergotherapeut gekeken hoe de

voeding zo herkenbaar mogelijk gepresenteerd kan worden om de klant beter te laten begrijpen dat het om een eet- drinksituatie gaat. Daarnaast schakelt de logopedist:

- de ergotherapeut in wanneer er mogelijk hulpmiddelen gewenst zijn om eet- en drinkmomenten beter te laten verlopen.
- de SI-deskundige in wanneer prikkels een mogelijke rol spelen bij moeilijk en onbegrepen gedrag bij eten en drinken.
- de diëtist in wanneer er een verminderde of eenzijdige intake is.

4.12) Geestelijke zorg:

Geestelijke verzorging is de discipline die zich richt op existentiële vragen, zingeving en geloof. In een dementieel proces of bij ziekte in het algemeen kunnen mensen zichzelf vragen stellen: "Doe ik er nog wel toe? Wie ben ik eigenlijk nog? Waarom moet ik dit allemaal meemaken? Hoe lang moet ik nog leven? Voor mij hoeft het niet meer." De geestelijke zorg richt zich vooral op de vraag: welke betekenis geeft deze mens aan wat hem/haar is overkomen? Is daarin wellicht een aanknopingspunt te vinden naar het moeilijke en onbegrepen gedrag? Welke rol speelt de levensgeschiedenis daarin?

Door op deze manier aan te sluiten bij wat de klant bezighoudt, ontdekt de geestelijk verzorger wat van waarde is voor deze persoon en waar hij/zij behoefte aan heeft.

Dit kan een belangrijke rol spelen in het voorkomen of verklaren van moeilijk en onbegrepen gedrag. Ook kan de geestelijk verzorger adviseren in het multidisciplinaire team over de manier van benaderen, aan de hand van kennis over het levensverhaal, en belangrijke waarden en overtuigingen van de klant.

Daarnaast heeft de geestelijk verzorger - net als de psycholoog en arts - oog voor de context van de naasten, die invloed kunnen hebben op moeilijk en onbegrepen gedrag.

Het omgaan met moeilijk en onbegrepen gedrag kan morele vragen oproepen.

Moreel beraad is een goede methode om hierop als team te reflecteren. Geestelijk verzorgers zijn opgeleid in het leiden van moreel beraad.

Bij morele vragen gaat het om de vraag wat het goede is om te doen: welk handelen, welke keuze is het beste in ethische zin? Handelen we volgens de waarden en normen van de klant, volgens onze eigen waarden en normen als organisatie; hanteren we de gegeven regels goed? Kunnen we gevoelens, aannames en werkelijkheid goed onderscheiden en geven we gehoor aan wat moreel goed is? In het overleg tussen de betrokkenen wordt het morele dilemma duidelijker, worden argumenten voor en tegen gehoord en gewogen en wordt geprobeerd tot een handelingsrichting te komen, die recht doet aan het leven van de klant (bijvoorbeeld bij vrijheidsbeperkende maatregelen, of bij de vragen rondom het levenseinde, maar ook bij meer dagelijkse vragen: moet je iemand dwingen om te eten, om te douchen? Om van het bed te komen? Mag je iemand tot bewegen dwingen?).

4.13) Muziek en beeldende therapie:

Creatieve therapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij creatieve middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden om verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied. Creatief therapeuten hebben veel kennis van gedrag, groepsdynamica en ziektebeelden en zijn sterk in hun observatievermogen.

De creatief therapeut kan voor de klanten met moeilijk onbegrepen gedrag een belangrijke rol spelen in de observatie en analyse van moeilijk en onbegrepen gedrag. Een creatief therapeut observeert hoe een cliënt binnen werkvormen (muziek of beeldend) reageert en handelt. Gedrag is direct waarneembaar tijdens de therapie in het musiceren of beeldend werk, het luisteren en in de bewegende houding van de klant. Door middel van werkvormen wordt er geobserveerd wat de klant nodig heeft. De creatief therapeut observeert de volledige mens en benadrukt en versterkt het gezonde.

Creatieve therapie is een behandelvorm waarin de klant kan oefenen of experimenteren met nieuw gedrag. Dit is met name van belang wanneer de klant vastloopt in oude patronen in zijn leven en zoekt naar nieuwe mogelijkheden. De creatieve therapie biedt hiervoor ruimte en veiligheid. Hierbij gaat men ervan uit dat reactiepatronen van een klant in muzikale of beeldende situaties overeenkomen met reactiepatronen in andere situaties. De behandeling kan gericht zijn op het ruimte geven voor de klant om zijn gevoel te uiten en aan te sluiten bij zijn beleving en behoefte. Als de klant niet meer de mogelijkheid heeft om zich creatief te uiten of het is voor de klant beter om zelf niet actief aan de slag te gaan, dan is het mogelijk om receptieve werkvormen te bieden (luisteren naar muziek, kijken naar kunst). Deze werkvormen kunnen live worden aangeboden, waardoor de therapeut kan inspelen op het gedrag van de klant. De creatief therapeut kan tevens adviseren in 'beeld en geluid' t.b.v. het gedrag van de klant.

4.14: Activiteitenbegeleiding

De activiteitenbegeleider kan door vraaggericht te werken en het bieden van structuur bepaalde gedragingen zoals onrustig gedrag en dwaalgedrag doorbreken. De activiteitenbegeleider werkt met diverse interventies aan gedragsverandering. Door de inzet van muzische middelen kan moeilijk en onbegrepen gedrag (bijvoorbeeld onrust) worden doorbroken en omgezet worden in ander gedrag (bijvoorbeeld ontspanning en rust). Er wordt daarbij gebruik gemaakt van de muzischagogische methodiek. Dit is een methodiek waarbij creatieve, speelse en ludieke activiteiten worden ingezet. Hierbij valt te denken aan dramatische expressie, taalexpressie, beeldend vormen, sport en spel, muziek en dans. Tijdens de

activiteiten worden individuele personen en groepen in de omgang met elkaar begeleid. Het gaat dus om speelse, creatieve activiteiten, waarbij met name het proces van werken belangrijk is. Hierbij richt het muzisch agogische hulpverleners zich op de ontwikkeling, bewustwording en welzijn van de mens. Door middel van activiteitenbegeleiding wordt het aangaan en onderhouden van sociale contacten gestimuleerd en het sociale netwerk uitgebreid. De activiteitenbegeleiding kan zowel op individuele basis als in groepsverband plaatsvinden. Doordat er ook in groepsverband wordt gewerkt, richt de activiteitenbegeleider zich ook op de groepsdynamica.

De activiteitenbegeleiding werkt vanuit de volgende principes:

Creativiteit:

- Ontwikkelen van activiteiten die passend zijn voor de klant

Communiceren:

- Gebruik maken van motiverende gesprekstechnieken
- Actief luisteren
- Inleven in de klant
- Samenvatten
- Observeren en objectief rapporteren
- Het verantwoorden van het eigen handelen

Methodisch werken:

- Opstellen van een hulpvraag en begeleidingsplan
- Systematisch, planmatig en doelgericht werken
- Belevingsgerichte zorg bestaande uit validation, de ROB methodiek en zintuigactivering

4.15: Maatschappelijk Werk

De maatschappelijk werker richt zich op de problemen die voorkomen in de interactie tussen de klant en het sociale netwerk. De maatschappelijk werker werkt met de naasten en namens de klanten aan het hanteerbaar maken van psychosociale problemen en heeft ook aandacht voor verweven probleemgebieden binnen het klantsysteem. De maatschappelijk werker begeleidt klanten en hun naasten bij psychosociale en materiële problemen die samenhangen met ziekte, bij moeilijk en onbegrepen gedrag, opname en verblijf in het zorgcentrum en alle daaruit voortvloeiende veranderingen in het leven. De hulpverlening wordt gekenmerkt door een integrale benadering waarbij het sociale systeem van klanten een belangrijke rol speelt. De maatschappelijk werker richt zich bij de hulpverlening op de eigen mogelijkheden van het klantsysteem en probeert deze samen met hen te vergroten. De maatschappelijk werker is gericht op de verbinding tussen de individuele klant en zijn omgeving: de zorgafdeling, zijn familieleden, hulp- en zorgverleners. De maatschappelijk werker benadert individuele problemen van klanten allereerst vanuit

deze sociale invalshoek en gaat na welke belemmerende en stimulerende factoren er in de omgeving zijn. De maatschappelijk werker maakt een analyse van de problemen die spelen, de mate waarin de klant in staat is deze problemen te 'dragen' en de aanwezigheid van sociale en structurele steun. Op basis van die analyse beoordeelt de maatschappelijk werker welke hulpverlening nodig is: psychosociale hulpverlening door middel van gesprekken (mantelzorgondersteuning), praktische en informatieve hulpverlening of het behartigen van zijn belangen. Het uiteindelijke doel van de hulpverlening is het optimaal tot zijn recht laten komen van de klant in zijn omgeving en in zijn specifieke situatie.

4.16) Video Interventie Ouderenzorg (VIO)-begeleiders

Binnen Laurens is een aantal psychologen ook geschoold als VIO-begeleider. De VIO-methode wordt als begeleidingsmethodiek ingezet om zorgverleners te ondersteunen en te leren omgaan met moeilijk en onbegrepen gedrag. Vanuit een relationele zorgvisie worden zorgmedewerkers begeleid in het omgaan met klanten. Door het samen kijken naar filmbeelden van interactie tussen zorgmedewerker en klant en kijken wat er goed gaat in de communicatie, kan gezocht worden naar manieren waarop de klant beter wordt begrepen en benaderd. Deze methodiek is effectief bewezen en is door Vilans erkend als een theoretisch goed onderbouwde interventie. Inmiddels staat VIO in de landelijke databank als erkende interventie in de langdurige zorg voor ouderen en in de kwaliteitsbibliotheek van Zorginstituut Nederland.

Hoofdstuk 5) Randvoorwaarden:

Randvoorwaarden:

- 1) Er is een omgangsoverleg op alle afdelingen/woongroepen binnen het domein wonen met zorg en op de afdelingen CVA en neurorevalidatie in kortdurende zorg. Hierbij is minimaal aanwezig: een psycholoog, teamleider en minimaal 2 zorgmedewerkers. Er zijn voldoende zorgmedewerkers per afdeling om een omgangsoverleg te kunnen houden en iemand op de afdeling/woongroep te hebben voor het toezicht.
- 2) Er is op alle afdelingen binnen wonen met zorg en kortdurende zorg een gedragsvisite met arts, verzorgende en psycholoog.
- 3) Alle psychologen zijn geschoold d.m.v. de cursus 'begeleiden van verzorgende teams' (van het PGD), zodat zij goed een omgangsoverleg kunnen leiden.
- 4) Binnen elk cluster binnen wonen met zorg zijn er minimaal één SI (sensorische integratie)-deskundige en één VIO (video interventie ouderenzorg)-begeleider beschikbaar voor het ondersteunen bij casuïstiek op alle locaties binnen dat cluster. Binnen kortdurende zorg kan men gebruik maken van een VIO-begeleider of SI-therapeut vanuit een nabijgelegen locatie/cluster, wanneer dit nodig is. Het is qua reisafstanden efficiënter om alleen consultatie te doen op andere locaties binnen een cluster. VIO is één van de weinige erkende en bewezen effectieve behandelmethodieken voor moeilijk en onbegrepen gedrag in het verpleeghuis. SI is ook één van de weinige methodieken die goed gebruikt kan worden bij de analyse en behandeling van moeilijk en onbegrepen gedrag. Hiervoor wordt nog onderzoek gedaan om een wetenschappelijke onderbouwing te verkrijgen voor gebruik van deze methodiek bij deze doelgroep.
- 5) Er worden voor SI-therapeuten en VIO-begeleiders aparte uren gereserveerd, zodat hun kennis beschikbaar is voor alle klanten waarvoor deze methodiek is geïndiceerd. Het voorstel is dat er minimaal 0.1 fte VIO-begeleiding en 0.1 fte SI-therapie beschikbaar is per 100 bewoners.

Bijlage 1) Wat is een gedragsvisite?

Een gedragsvisite is een overleg waarbij arts, psycholoog en minimaal één zorgmedewerker moeilijk en onbegrepen gedrag bespreken van de klanten op de betreffende afdeling. Tijdens de gedragsvisite kunnen problemen op het gebied van gedrag worden ingebracht en worden er afspraken gemaakt over vervolgacties. Daarnaast worden eerder ingezette interventies geëvalueerd. Belangrijke doelen van de gedragsvisite zijn dus signaleren van moeilijk en onbegrepen gedrag en evalueren van interventies. Een verschil met het omgangsoverleg, is dat tijdens de gedragsvisite problemen kort worden besproken en dat er tijdens het omgangsoverleg een uitgebreide analyse en eventueel plan van aanpak wordt gemaakt van het gedrag. Een verschil met de richtingsbespreking is dat daar vooral de doelen van de klant worden besproken en eventuele risico's.

Bijlage 2) Wat is een omgangsoverleg?

Functie omgangsoverleg:

Het omgangsoverleg is de plek waar moeilijk en onbegrepen gedrag wordt besproken met het zorgteam, waar er samen een analyse wordt gemaakt (nadat allerlei informatie is verzameld door diverse disciplines) en waarin gezamenlijk een plan wordt gemaakt wat betreft interventies. Het effect van de gemaakte afspraken wordt regelmatig in omgangsoverleg geëvalueerd. Een belangrijk doel van omgangsoverleg is dat zorgmedewerkers zich gesteund voelen in de complexe taak die zij hebben in de dagelijkse zorg voor de klant met moeilijk en onbegrepen gedrag. Dit kan zijn doordat zij daadwerkelijk een verandering bemerken in gedrag van de klant, maar ook doordat zij het zorgen voor de klant als minder zwaar of moeilijk ervaren.

Bij voorkeur is ook elke discipline die betrokken is vanwege het gedrag van deze klant aanwezig. Belangrijk is dan wel dat zij op de hoogte zijn van het doel van een omgangsoverleg en dat zij ook een coachende houding hebben. Optioneel zouden de naasten bij een omgangsoverleg kunnen worden uitgenodigd. De naasten kunnen een belangrijke rol spelen in het analyseren van de oorzaken van de problemen en het bedenken van een juiste benadering.

Wanneer er een structureel omgangsoverleg is, is het makkelijker om op tijd problemen te signaleren en hiermee samen aan de slag te gaan. Een regelmatig omgangsoverleg stimuleert het zorgteam om na te denken over gedrag, te kijken naar achterliggende oorzaken en na te denken over eventuele oplossingen. Wanneer structureel meerdere behandelaren aanwezig zijn, stimuleert dit ook de onderlinge samenwerking en het vertrouwen en vermindert dit de kloof tussen behandelaren en zorg.

Een omgangsoverleg is een plek waar aandacht is voor teamprocessen die de zorg voor de klant kunnen beïnvloeden. Als de samenwerking optimaal is, komt dat ook zeker ten goede aan de zorg voor de klant. Belangrijk is dat teamleider en psycholoog hierin samen optrekken en elkaar aanvullen. Het verschil tussen teamleider en psycholoog is dat de psycholoog zich in principe alleen bezighoudt met teamprocessen die invloed hebben op de zorg voor de klant. De teamleider is verantwoordelijk voor de organisatie van het omgangsoverleg en de borging van de gemaakte afspraken. Wanneer er problemen spelen wat betreft de samenwerking of naleving van gemaakte afspraken, is het de verantwoordelijkheid van de teamleider om hier actie in te ondernemen. De teamleider stuurt hierbij op methodisch werken en bewaakt het cyclische proces.

Inhoud omgangsoverleg:

De psycholoog kan in dit overleg optimaal zijn rol als procesbegeleider en deskundige combineren. In een omgangsoverleg wordt vaak de volgende volgorde aangehouden:

- 1) Gezamenlijk de agenda van het overleg bepalen
- 2) Een teamlid brengt het probleem in
- 3) De psycholoog stelt concretiserende vragen om het probleem te verhelderen
- 4) De groep deelt hun ervaringen
- 5) Psycholoog vat samen wat het probleem precies is
- 6) De psycholoog stimuleert het team door middel van vragen om samen in gesprek te gaan over eventuele achtergronden van het gedrag
- 7) De psycholoog maakt een voorlopige analyse van het probleem en de mogelijke oorzaken
- 8) Samen wordt gezocht naar mogelijke oplossingen voor het genoemde probleem
- 9) De psycholoog rapporteert de analyse en de gemaakte (benaderings)afspraken in het zorgdossier
- 10) De psycholoog zet een doel in mijnCaress en stemt met andere behandelaren af of zij zich kunnen vinden in de analyse en plan van aanpak en vraagt of zij eventueel een rol zien voor hun specifieke discipline.

Bijlage 3)

Probleemgedrag Analyse Lijst: PAL

Dit formulier graag invullen als voorbereiding op de artsensite of bij een vraag aan de psycholoog over klanten waarbij het gedrag een probleem vormt.

Deel A: Beschrijving van het probleem

Voor de arts en psycholoog is het belangrijk om een duidelijk beeld te hebben, daarom is het goed om alvast over de volgende dingen na te denken bij je eigen observaties of hierover navraag te doen bij je collega's.

1. Hoe ziet het gedrag er precies uit?
(voorbeeld: slaat bij verzorging, grijpt naar je billen, bemoeit zich met andere klanten enz.)

2. Sinds wanneer bestaat dit gedrag? _____

2a Hoe lang duurt het? (1 uur, steeds 5 minuten enz.) _____

.

2b Hoe vaak op een dag/week komt het gemiddeld voor? _____ x _____
per

.

2c Op welke tijdstippen (bv. na 4 uur 's middags, als bezoek weggaat, enz.)? _____

.

3. Waar gedraagt de klant zich zo? (in de slaapkamer, op de gang, in de huiskamer, overal, enz.)

4. Wat gaat er vaak aan dit gedrag vooraf?

5. Waarna/waardoor gaat dit gedrag vaak over?

6. Geef hieronder (met een kruisje) aan wie er last heeft van dit gedrag en hoeveel.

	Heel erg	Enigszins	Nauwelijks	Niet
klant zelf				
Medeklanten				
Medewerkers				
Familie				

7. Beschrijf welk deel van het gedrag het grootste probleem vormt.

8. Welk gevoel roept het gedrag bij wie op (bv. irritatie, boosheid, angst)?

Bij de medeklanten _____

Bij de medewerkers _____

Bij de familie _____

9. Wat is het leuke, positieve aan deze klant?

10. Wat zegt de klant zelf over waarom hij of zij het doet?

11. Denk je dat de klant iets duidelijk wil maken met zijn of haar gedrag en zo ja: wat?

12. Zijn er dingen die de klant erg vervelend vindt (bv. smakkende mensen, lawaai, enz.)?

13. Komen die dingen hier ook regelmatig voor?

ja / nee¹

¹ Doorhalen wat niet van toepassing is.

Deel B: Lichamelijke factoren die het gedrag kunnen veroorzaken of beïnvloeden

1. Zijn er aanwijzingen voor een infectie? ja / nee¹
 2. Lijkt de klant vermoeider dan anders? ja / nee¹
 3. Wat zijn de (laatste) controles? (Liefst in de ochtend meten.)

RR: _____ Temp _____ Pols: _____
 :

4. Is de klant kortademig? ja / nee¹
 5. Zo ja: wanneer? doorlopend / alleen bij inspanning / 's nachts¹
 6. Moet de klant 's nachts vaak plassen? ja / nee¹
 7. Is er verschil tussen links en rechts functioneren? ja / nee¹
 8. Zo ja: loopt scheef / zit scheef in de stoel / scheef gezicht / raar of onduidelijk praten¹
 9. Hoeveel koffie drinkt de klant gemiddeld? kopjes per dag
 10. Hoeveel alcohol drinkt de klant gemiddeld? glazen per dag
 11. Zou de klant pijn hebben? ja / nee¹
 12. Zo ja, waar zie je dat aan?

13. Hoe gaat het met slapen (overdag / 's nachts / moeilijk in slaap vallen/wakker worden, enz.)?

14. Hoeveel drinkt de klant ongeveer gemiddeld per dag? ml

15. Vragen over de klant	ja	nee	weet niet
Heeft de klant last van verstopping/obstipatie?			
Plast de klant goed?			
Heeft hij/zij pijn bij het plassen?			
Heeft de klant goede eetlust?			
Heeft hij/zij mogelijk pijn bij het eten door het gebit?			
Kan de klant ons goed zien?			
Kan de klant ons goed horen?			

Deel C: Voor de arts

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Gebruikt de klant medicatie die onrust kan veroorzaken? | ja / nee ² |
| 2. Zo ja: welke? | |
| <hr/> | |
| 3. Zijn er aanwijzingen voor schildklierproblematiek? | ja / nee ² |
| 4. Is de klant bekend met DM? | ja / nee ² |
| 5. Zo ja: is dit goed gereguleerd? | ja / nee ² |
| 6. Is er sprake van een retentieblaas? | ja / nee ² |
| 7. Residu bij bladderen? | ja / nee ² |

² Doorhalen wat niet van toepassing is.

Bijlage 4) Literatuur:

Allewijn, M., Haaring L. (2007) Begeleiding van teams van professionele zorgverleners. In Pot, A.M., Kuin, Y., & Vink, M. (Red.), *Handboek ouderenpsychologie* 427-439

Bolten, H. (1998) De ontdekking van een goede gesprekshouding, het socratische gesprek als morele ervaring. In Kessels en Smit (1998), *Ethiek in leerprocessen. Capita Selecta Opleiders in Organisaties*, deel 35 Kluwers Bedrijfsinformatie, Deventer, p118-139.

IGZ (2015), 'Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag, een oriënterend en cliëntgericht onderzoek naar de kwaliteit van zorg aan cliënten met onbegrepen gedrag in de intramurale ouderenzorg'.

Lange, de., J. (2004) Omgaan met dementie, het effect van belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen. Een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment.

Timmerman, M. (2011) Goede zorg voor mensen met dementie, presentieverrijkte verpleeghuiszorg

Notitie BOPZ Laurens 2017

Bijlage 6) Stappenplan signaleringsplan

1) Wat is een signaleringsplan?

Een signaleringsplan is een methodiek die als doel heeft enerzijds ervoor te zorgen dat het gedrag dat beschreven staat in fase rood in de toekomst voorkomen kan worden. Anderzijds kan het verzorgenden meer bekwaam te maken in het omgaan met het moeilijk en onbegrepen gedrag. Samen met het systeem rondom de bewoner, voornamelijk het verzorgend team, wordt gekeken welke signalen te bemerken zijn als voorbode van een crisis. Door interventies toe te passen in een fase waarin er signalen te bemerken zijn van een zich ontwikkelende crisis, kan een crisis worden voorkomen.

Bij het opstellen van deze richtlijn is gebruik gemaakt van het handboek signaleringsplannen van de Borg. Deze richtlijn is opgesteld voor gebruik van het signaleringsplan bij mensen met een verstandelijke beperking.

Vijf uitgangspunten bij het maken van een signaleringsplan:

- 1) De belevingswereld van de bewoner is het uitgangspunt
In het plan wordt er aangesloten bij de beleving die de bewoner heeft en bij het niveau van cognitief functioneren. Er wordt ook gekeken naar de levensloop van de bewoner, om te begrijpen wie hij was en is en welke betekenis bepaalde zaken voor hem (kunnen) hebben.
- 2) Het signaleringsplan is een 'plan op maat'
Er zijn geen standaard signaleringsplannen, maar iedere bewoner is uniek en krijgt een uniek samengesteld signaleringsplan.
- 3) Het maken van en werken met een signaleringsplan is iets dat gezamenlijk gedaan wordt door de psycholoog, verzorgenden, multidisciplinair team en de familie van de bewoner. Wanneer de bewoner cognitief nog in staat is mee te denken, is zijn/haar inbreng zeer gewenst. Een signaleringsplan is een gezamenlijk product en het samen maken hiervan is een cruciaal onderdeel in het proces. Een signaleringsplan wordt gemaakt in een omgangsoverleg, welke minimaal eens per twee weken plaatsvindt tussen verzorgenden en psycholoog (en mogelijk meerdere disciplines of familie).
- 4) Het signaleringsplan wordt regelmatig bijgesteld. Een opgesteld plan mag nooit gezien worden als een eindproduct, aangezien de situatie van een bewoner en het zorgteam steeds verandert en hier rekening mee moet worden gehouden.
- 5) Een positief waarderende houding van de hulpverleners is belangrijk bij het samen maken van een signaleringsplan.

2) Het opstellen van een signaleringsplan

Wanneer maak je een signaleringsplan?

Wanneer er tussen psycholoog en zorgteam al regelmatig overleg is geweest over het betreffende gedrag van de bewoner en eerdere benaderingsadviezen weinig effect hebben gehad, kan er in gezamenlijk overleg worden gekozen voor het opstellen van een signaleringsplan. Er kan ook direct worden gekozen voor een signaleringsplan, wanneer er een vermoeden is dat er enige mate van opbouw in het gedrag zit en een moment van escalatie. Voordat er een signaleringsplan wordt gemaakt is het belangrijk dat er meer achtergrondgegevens bekend zijn over de bewoner: niveau van cognitief functioneren, levensgeschiedenis en kennis vanuit observaties en contacten tussen bewoner en verzorgenden. Het is een taak voor de psycholoog om dit uit te zoeken.

Stappenplan opstellen signaleringsplan:

<p>1e omgangs overleg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De psycholoog <u>legt duidelijk uit</u> wat een signaleringsplan is en welk doel dit heeft. Verder moet het stappenplan goed worden uitgelegd. Maak eventueel gebruik van voorbeelden uit de praktijk. Bespreek welke voordelen het gebruik van een signaleringsplan heeft. - Er wordt een leeg signaleringsplan (zie tabel 1) meegenomen tijdens het overleg. Doel is om <u>het gedrag per fase te beschrijven</u>. Belangrijk is om dit te beschrijven in de woorden van de verzorgenden, zodat zij goed voor zich zien hoe dit gedrag er uit ziet. Allereerst wordt de groene en rode fase ingevuld, omdat deze vaak het meest herkenbaar voor hen zijn. Daarna wordt de oranje fase beschreven. - De psycholoog <u>stelt vragen aan de zorg</u> om hen te helpen deze fasen goed te beschrijven. Bijvoorbeeld vragen zoals: <ul style="list-style-type: none"> - Hoe kijkt de bewoner? - Zit of loopt de bewoner? - Wat zegt hij/zij precies? Welke woorden worden vaker gezegd? - Wil de bewoner graag contact of juist niet? - Welk gedrag valt op? - Hoe beleeft de bewoner zijn omgeving? - Hoe is het cognitieve functioneren tijdens deze fase? - Welke behoeften heeft de bewoner tijdens deze fase? - Het signaleringsplan wordt <u>uitgeprint en ergens opgehangen</u> waar het goed zichtbaar is. Verder staan de fasen duidelijk beschreven in de rapportage in het zorgdossier en in het stoplichtformulier.
---------------------------	--

<p>Rapportage gedurende een afgesproken periode</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verzorgenden <u>rapporteren goed op de fasen</u>, waarbij ze ook aangeven welke dingen zij observeren bij een overgang tussen de verschillende fasen. Hierbij experimenteren ze met verschillende benaderingen en acties tijdens de diverse fasen. - Dit rapporteren kan er bijvoorbeeld zo uit zien: Mevrouw S. werd wakker in fase oranje. Toen ik even naast haar ging zitten en een praatje met haar maakte over haar kinderen werd zij weer fase groen. Toen heb ik de ADL gedaan. Bij het zelf tanden poetsen werd zij fase oranje, omdat zij deze handeling niet leek te begrijpen. Toen ik de taak van haar overnam, werd zij weer fase groen. In de huiskamer was zij fase groen, maar toen mevrouw M. haar uitschold werd zij fase oranje. Toen ik haar even apart nam en gerust stelde werd zij weer fase groen.
<p>2e omgangs overleg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Voor het 2e omgangsoverleg print de psycholoog alle rapportages uit en <u>maakt een overzicht van wanneer welke fasen voorkomen en de acties</u> die wel of geen effect leken te hebben. - Tijdens het omgangsoverleg wordt dit overzicht besproken en de fasen worden met de zorg doorgenomen en eventueel wordt de beschrijving van gedrag per fase aangepast. Daarna worden gezamenlijk de acties per fase beschreven die effect hebben gehad of zouden kunnen hebben. Ook acties die averechts werken kunnen worden benoemd als acties die je tijdens die fase juist niet moet doen. <u>De psycholoog stelt hierbij veel vragen</u> aan het zorgteam om hen te activeren ipv zelf de adviezen te geven. De psycholoog begeleidt dit proces en helpt met het formuleren van de acties.
<p>Rapportage en uitvoeren acties gedurende afgesproken periode</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Het team rapporteert</u> nog steeds op de fasen, maar beschrijven ook welke geformuleerde acties welk effect hebben op het gedrag van de bewoner. Eventuele nieuwe acties en hun effect worden ook gerapporteerd.
<p>3e omgangs overleg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - De psycholoog print alle rapportages uit en maakt een overzicht van wanneer welke fasen voorkomen en de acties die wel of geen effect leken te hebben. - Tijdens het omgangsoverleg wordt dit overzicht besproken en gevraagd of er nog andere ervaringen van de zorg zijn geweest. De fasen worden met de zorg doorgenomen en eventueel wordt de beschrijving van gedrag per fase

	<p>aangepast. Daarna wordt gezamenlijk <u>de acties per fase beschreven doorgenomen en geëvalueerd</u> welk effect die leken te hebben. Ook nu stelt de psycholoog veel vragen aan het zorgteam om hen te activeren ipv zelf de adviezen te geven.</p>
<p>Ieder volgend omgangsoverleg</p>	<p>- In ieder volgend omgangsoverleg wordt besproken of het huidige signaleringsplan nog actueel is. Het wordt, afhankelijk van de situatie, voortgezet, bijgesteld of gestopt.</p>

Bijlage 7) Deelnemers werkgroep:

Jannet van Klaveren, GZ-psycholoog en systeemtherapeut
 Betty Birkenhäger, Specialist ouderengeneeskunde
 Janny Lanser, verzorgende IG
 Sera Budel, teamleider zorg
 Jeroen Verrier, fysiotherapeut en SI-deskundige
 Stephanie Geurts, ergotherapeut en SMI-therapeut
 Sophie Elsas, diëtiste
 Ilse Meijer, beeldend therapeut
 Anneke Eenig, activiteitenbegeleidster
 Sandra Geerinck, bewegingstherapeut
 Marion Gersch, bewegingstherapeut
 Amanda Dobbenberg, muziektherapeut
 Sabine van de Water-Koster, ergotherapeut en SI-deskundige
 Patricia Jongste, muziektherapeut
 Channah Kaijser, logopedist
 Myriam Braakhuis, geestelijk verzorgster
 Remy Jacobs, geestelijk verzorger
 Arina Klerk, complementair therapeut
 Suzan Sprangers, psycholoog
 Renee Veth, SBI medewerker
 Siri Siepel, SBI medewerker
 Hester Burger, GZ-psycholoog
 Zòhar Alvers - Peters, maatschappelijk werk
 Shantie Bahadoer, maatschappelijk werk