

Inhoudsopgave

Lesdag 4 Competentie 9: Inhoudelijke deskundigheid op het gebied van psychogeriatric

Leeswijzer lesdag 4	3
Omgaan met agressief gedrag	4
Mogelijke oorzaken	4
Omgang.....	5
Opdracht: agressie	7
Omgaan met achterdocht.....	8
Mogelijke oorzaken	8
Omgang.....	8
Opdracht: achterdocht.....	9
Omgaan met dwangmatig / claimend gedrag.....	10
Mogelijke oorzaken	10
Omgang.....	10
Opdracht: claimend gedrag.....	12
Omgaan met roepgedrag	13
Mogelijke oorzaken	13
Omgang.....	13
Te weinig of te veel prikkels	14
Omgaan met dwaalgedrag.....	15
Mogelijke oorzaken	15
Omgang.....	15
Opdracht: Dwalen	16
Omgaan met depressief gedrag	17
Symptomen.....	17
Mogelijke oorzaken	18
Omgang	19
Opdracht: depressie.....	21
Omgaan met seksueel ontremd gedrag	22
Mogelijke oorzaken	22
Seksualiteit en dementie.....	22
Hyperseksualiteit.....	22
Omgang.....	22
Opdracht: seksueel ontremd gedrag	23
Belevingsgerichte benaderingswijzen	25
Reminisceren	25
Meest geschikt voor	25
Toepassingsvormen	25
Opdracht: Reminiscentie.....	26
Realiteits Oriëntatie Benadering (ROB).....	27
Meest geschikt voor	27
Toepassingsvormen	27
Waarde van deze benadering.....	28
Opdracht: R.O. benadering.....	29

Bewegingsactiviteiten	29
Meest geschikt voor.....	29
Toepassingsvormen	29
Valideren	30
Meest geschikt voor.....	31
Toepassing.....	31
Validerende technieken.....	31
Spiegelen.....	32
Opdracht: valideren	33
Warme zorg	34
Meest geschikt voor.....	34
Toepassingsvorm	34
Voorwaarden	35
Persoonsgerichte benadering of presentie	35
Meest geschikt voor.....	36
Toepassingsvorm	36
Voorwaarden	36
Zintuigactivering (primaire activering, snoezelen)	37
Meest geschikt voor.....	37
Waarde van deze benadering.....	37
Voorwaarden	38
Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL)	39
Meest geschikt voor	39
Toepassingsvorm.....	39
Voorbeeld: PDL bij het eten geven.....	40
Opdracht: Toepassingsmogelijkheden.....	41
Bijlage: Schema van de fasen van ik-beleving.....	42

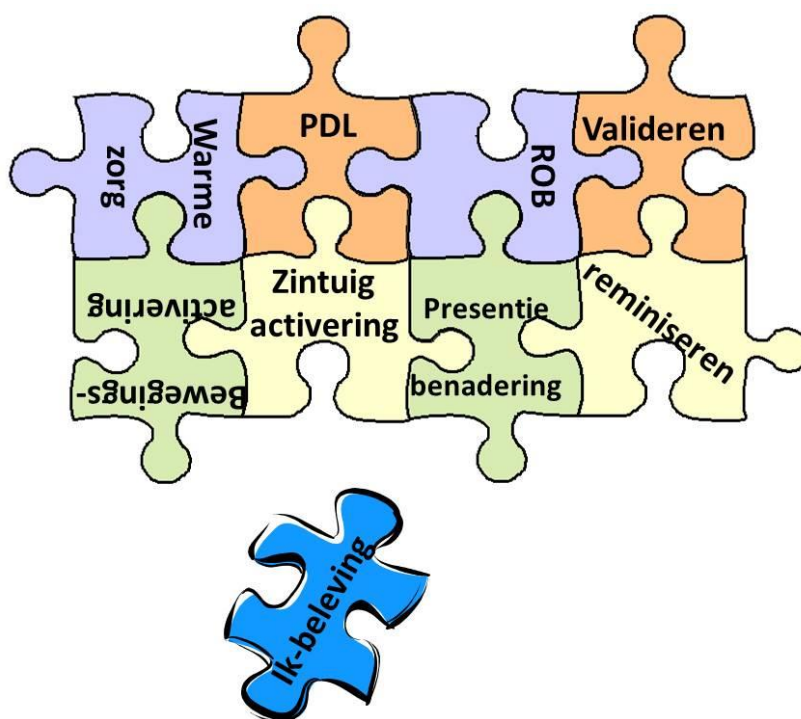
Leeswijzer lesdag 4

We bespreken met elkaar verschillende vormen van onbegrepen gedrag, oorzaken hiervan en tips voor de omgang.

Verschillende benaderingswijzen worden doorlopen. Sommigen hiervan zijn altijd en bij elke groep cliënten toepasbaar, andere bij bepaalde groepen of in een bepaalde fase van ik-beleving. Al deze benaderingswijzen vallen onder het verzamelbegrip belevingsgericht werken.

Voor een GVP is het belangrijk dat deze meerdere van deze benaderingswijzen kent en beheerst zodat deze afhankelijk van cliënt en omstandigheden, gebruikt kunnen worden.

Centraal daarbij staat inzicht in de belevingswereld en daarmee samenhangend de keuze van (meestal meerdere) benaderingswijzen.



Omgaan met agressief gedrag

Mogelijke oorzaken

Als je naar oorzaken van agressief gedrag kijkt, zie je dat er niet één oorzaak is. We noemen hier de meest voorkomende. Deze oorzaken worden wel risicofactoren genoemd, hoe meer risicofactoren er zijn hoe groter de kans is op agressief gedrag.



De cliënt heeft zich altijd agressief gedragen

Sommige cliënten hebben zich altijd al agressief gedragen. Dit gedrag zet zich door op hogere leeftijd. De cliënt kan verbaal of fysiek fel reageren op de meest uiteenlopende veranderingen in het dagelijkse patroon. Soms is er geen aanleiding te ontdekken. Het is soms onmogelijk om de agressie te voorkomen.

Ga zoveel mogelijk discussies uit de weg. Stel van tevoren, samen met je collega's vast, welk gedrag je wel en niet tolereert. Trek samen grenzen en houd je eraan.

Agressie als reactie op de omgeving

Als een cliënt geen invloed heeft op zijn omgeving, kan de cliënt angstig, machteloos, geïrriteerd of agressief reageren. De agressie is dan een reactie op die omgeving. Denk aan: het niet of weinig geven van spontane aandacht, het niet rekening houden met rust- of slaaptijden van de cliënt, verveling etc.

Wees alert op dit soort achtergronden. Neem de bron van irritatie of machteloosheid zoveel mogelijk weg of probeer ze draaglijker te maken.

Agressie door frustratie

Dit komt regelmatig voor en is vaak een optelsom van verschillende kleine frustraties. Frustraties met een oorzaak in de omgeving (zie vorige punt) of als gevolg van eigen onvermogen (iets niet meer kunnen).

Achterhaal de aanleidingen en probeer deze weg te nemen of draaglijker te maken.

Agressie als verdediging

Voorbeeld: een cliënt wordt 's ochtends uitgekleeft, maar begrijpt niet waarom. Het uitkleden ervaart de cliënt – begrijpelijk - als ongewenste intimiteit, waartegen deze zich verdedigt.

Een cliënt die in verband met valgevaar wordt gefixeerd, voelt zich in zijn bewegingen belemmerd en kan daardoor agressief worden.

Agressief gedrag door lichamelijke en/of psychische problemen

Agressief gedrag kan een gevolg zijn van:

- hersenstoornissen als dementie, beroertes en epilepsie;
- lichamelijke problemen of ongemakken (ontregelde bloedsuiker, obstipatie, blaasontsteking, pijnklachten, hartproblemen, gebrekkige zuurstofvoorziening van de hersenen);
- psychische problemen als impulsiviteit, angst, depressie en psychotische problemen;
- medicijngebruik (ook van medicijnen die juist rust moeten geven);
- zintuiglijke beperkingen. Bij cliënten die slecht zien of horen is de kans op een agressieve reactie groter dan bij cliënten waarbij dit niet het geval is.



Lichamelijke beperkingen kunnen een belangrijke bron van **frustratie** en daarmee ook agressie zijn. Combineer dat met problemen om dat goed te uiten als gevolg van taal- of spraakstoornissen, en de kans op agressieve uitingen neemt nog verder toe.
Veel agressie is frustratie agressie of agressie als reactie op stress.



Bij hersenletsel is agressie vaak onbedoeld en niet persoonsgericht. Correctie van dit gedrag is veelal niet mogelijk omdat de cliënt hierover geen controle heeft.

Wanneer je met agressie te maken krijgt is de eerste reactie is vaak (grote) schrik en het niet kunnen begrijpen: 'Waarom doet de cliënt dat? Ik heb alleen maar goede bedoelingen'. Wellicht word je (soms ook geheel terecht) bang, wat weer agressie kan uitlokken (vooral bij sommige psychiatrische cliënten). Deze angst wordt versterkt als je denkt dat het gedrag van de cliënt onvoorspelbaar is. Een veelvoorkomende reactie is dat je het idee hebt (of gevoel) dat de cliënt dit met opzet doet of denken dat het op jou als persoon is gericht. Vaak is dit gelukkig niet het geval maar bij sommige psychiatrische beelden is dat helaas wel omdat sommige cliënten dat juist prikkelt (macht).

Begrijpen van gedrag van mensen met hersenletsel



De heer Nieuwenhuis

Meneer Nieuwenhuis is 85 jaar en licht dementerend. Hij woont thuis samen met zijn 80 jarige vrouw. Zij krijgen hulp van de thuiszorg voor het douchen van meneer en het schoonmaken van het huis. Meneer is altijd een volgzzaam man geweest, aldus zijn vrouw. Hij loopt haar de hele dag achterna in huis. De laatste week gaat het mis. Meneer wil niet meer alleen thuisblijven als zijn vrouw de deur uit wil om boodschappen te doen. Hij houdt haar tegen door voor de deur te gaan staan, achter haar aan te lopen naar buiten en zich daar te laten vallen. De uitleg dat ze binnen vijf minuten terug is, helpt niet.

Omgang

Een stap naar het beter leren omgaan met agressie is dat je probeert om de eerste signalen van naderend agressief gedrag te herkennen. Door je eigen gedrag daarop aan te passen, kun je mogelijke uitbarstingen van agressie voorkomen.

Wordt de cliënt gespannen, wil hij weg uit de situatie, begint hij in zijn handen te wrijven, in het wilde weg te mopperen of begint hij te waarschuwen, dan zijn dat signalen dat de cliënt wel eens met agressie kan reageren. Even weggaan of het moment waarop de cliënt gespannen wordt zo kort mogelijk te houden, zijn goede maatregelen om agressie te voorkomen. Schuin, onder een hoek van 45°, naast hem staan in plaats van tegenover hem is minder confronterend.

Mocht de agressie hier niet mee verminderen, dan kun je een analyse maken van de situatie. Je kijkt wat eraan voorafging, wat de agressie is en hoe anderen erop reageren. Hiervoor kun je de ABC methode goed gebruiken.

De-escalerende technieken

- *herinterpretatie* van wat gebeurt.
De situatie opzettelijk anders uitleggen dan de cliënt bedoelt. Dit betekent in de praktijk vaak de mededeling heel letterlijk nemen. Ook al weet je dat er meer achter zit.
Voorbeeld: een cliënt bedreigt iemand met een vork. Dreigend loopt hij op de ander af. Een medewerker loopt naar de cliënt toe, al gebarend: "Hé, wat goed dat u die vork heeft teruggevonden, die waren we al heel lang kwijt."
- *verrassing* (ofwel verbijstering of verwondering).
Doe iets totaal onverwachts. De resoluutheid waarmee je het doet is bepalend voor het effect. Een extremer voorbeeld: er hangt een gespannen situatie op de afdeling. Een cliënt loopt dreigend rond. Elk moment kan het escaleren. Een verzorgende pakt een vaas met bloemen, klimt op de tafel en laat de vaas langzaam leeg lopen. Iedereen kijkt er gefascineerd naar en vraagt zich af wat dat te betekenen heeft. De spanning is gebroken.
- *herkaderen*.
Klachten moet je serieus nemen. Maar een klacht kan gepaard gaan met belediging, vernedering of bedreiging. Om de leiding over de situatie te houden kun je herkaderen, je geeft dan een andere betekenis en redeneert daarop door.
Bijvoorbeeld: Een cliënt maakt boos kenbaar dat de verzorgenden totaal geen rekening houden met haat wensen. Verzorgende complimenteert de cliënt doordat zij er op wijst dat zij (verzorgenden) niet goed luisteren en dat de cliënt dat belangrijk vindt.
- *humor en lachen*.
Dat kan de spanning breken.
- *het richten van de aandacht*.
Ook wel 'houd je hoofd erbij', richt je aandacht en energie op het denken en niet op de emoties die het mogelijk bij je tot gevolg kan hebben (laat je niet verlammen door je angst).
- *afleiding*
Een effectieve manier om het gevaar van confrontatie uit de weg te gaan is de verwarde cliënt af te leiden. Trek de aandacht van de cliënt en stel een vraag of maak een opmerking over iets wat de cliënt belangrijk vindt. Straal rust uit in je houding en communiceer kort en krachtig. Het doel is de cliënt de boosheid te laten vergeten en aandacht af te leiden. De verzorgende die hem goed kent, weet wel een onderwerp wat zijn aandacht zal trekken.

Hoewel kalmerende middelen kunnen zorgen dat de agressie afneemt, moeten ze met het oog op mogelijke bij- en nawerkingen zo min mogelijk worden gebruikt. Zij zijn een laatste redmiddel en je moet dan het effect op het geestelijke en lichamelijke welzijn nauwkeurig in het oog houden.

Goede afspraken maken

Een volgende stap is te proberen de situatie zodanig te veranderen dat het agressieve gedrag minder vaak voorkomt door het minder bedreigend te maken of door anders te reageren. Bij dit laatste moet je weten dat gedrag dat wordt beloond, dit gedrag bevordert. Als bijvoorbeeld de cliënt merkt dat

woede als resultaat heeft dat deze aandacht krijgt, dan werkt jouw gedrag belonend. Het agressieve of bijvoorbeeld claimende gedrag blijft bestaan.

Bij bepaalde gedragsproblemen vooral bij psychiatrische beelden, is het erg belangrijk consequent te zijn en niet het ene moment wel volgens dit principe reageren en het andere moment niet. Het is belangrijk dat je de naaste familie over de aanpak informeert en hen vraagt op dezelfde manier te reageren. Eén-lijn-trekken is een absolute vereiste!

Als je weet wat gunstige condities zijn, kun je die benutten. Wat prettig is of gunstig, kan van cliënt tot cliënt verschillen. Voor velen is aandacht en lichamelijk contact in een rustige omgeving bevorderlijk voor het humeur.



Bekijk het filmpje 'Heb je wel eens te maken met agressie?'

Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 4**



Bekijk het filmpje 'Anti agressie trucs'

Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 4**



Opdracht: agressie

1. Beschrijf kort een situatie waarin je geconfronteerd werd met agressief gedrag.
2. Hoe voelde je je toen?
3. Wat deed je in reactie op het agressieve gedrag?

Omgaan met achterdocht

Achterdocht is een normaal verschijnsel. Iedereen weet wat het is, iedereen is wel eens achterdochtig. Een gezonde dosis achterdocht is nuttig en kan helpen om goed door het leven te komen. Bij sommige mensen wordt achterdocht zo hardnekkig dat het ziekelijk wordt: paranoia.

We spreken van paranoia bij waanideeën, dit zijn gedachten die niet te corrigeren zijn. Die waanideeën draaien meestal om benadeling, achtervolging of beïnvloeding. Een paranoïde cliënt laat zich niet van zijn waan afbrengen, ook niet als je met bewijzen komt van het tegendeel. Telkens weet de cliënt nieuwe argumenten aan te dragen die zijn gelijk bevestigen.

Ze bestellen me.
Ze willen me weg hebben.
Ze controleren wat ik doe.
Ze hebben het op mij gemunt.
Ze pesten me het huis uit.
Ze bespioneren me.
Hij/zij houdt het met een ander.
Ze vergiften me.
Hij/zij is verliefd op me.

Mogelijke oorzaken

- *Erfelijke aanleg en persoonlijkheid*
Tot op zekere hoogte kan dit bijdragen aan het ontstaan van ziekelijke achterdocht.
- *Beperkingen in de zintuigfuncties*
Slechthorendheid, slechtziendheid en een beperking in het reuk- en smaakvermogen. Men kan luchtjes ruiken die er niet zijn. Achterdochtige mensen kunnen anderen de schuld geven van hun smaakveranderingen: er is met het eten geknoeid!
- *Een beginnend dementieringsproces*
Een cliënt met dementie vergeet veel en kan de neiging hebben de schuld bij een ander te leggen, wanneer deze iets kwijt is of niet meer kan terugvinden. 'Ik word hier in mijn eigen huis bestolen'.
- *Psychosociale omstandigheden*
Eenzaamheid en isolement bevorderen achterdocht en de achterdocht zelf isoleert de mens weer van zijn omgeving.

Omgang

Belangrijk is het bevorderen van een gevoel van veiligheid. Dat is niet gemakkelijk want de cliënt vertrouwt de omgeving niet en de omgeving neemt de cliënt vaak (al lang) niet meer serieus.

Wat moet je met al die verhalen en klachten? Tegenspreken en ontkennen helpen niet, evenmin als pogingen hen van hun ongelijk te overtuigen.

Erger: door er tegen in te gaan ontstaat een boze en gespannen sfeer en voordat je het weet, word je zelf tot 'de belagers' gerekend.

In het contact met een paranoïde cliënt is het voortdurend zoeken naar de juiste dosis afstand en nabijheid. Te dichtbij komen geeft angst - zeker als er geen vertrouwensband is - en te ver weg blijven ook, want dat houdt het isolement in stand.

Luister goed en spreek niet tegen. Geef de cliënt gelegenheid om rustig zijn verhaal te doen. Zo kan de cliënt het gevoel krijgen niet alleen te staan. Het stellen van gerichte belangstellende vragen kan een nuttige techniek zijn.

Wees echter voorzichtig want het te veel stellen van persoonlijke vragen kan weer een achterdochtige reactie oproepen: 'Waarom wilt u dat allemaal weten?'

Geduld is in de omgang met deze cliënten belangrijk. Steeds hetzelfde verhaal van de cliënt vernemen, terwijl deze omgekeerd (totaal) geen belangstelling toont voor jou. Iemand die achterdochtig is maakt vaak een egocentrische en onvriendelijke indruk. Er ontstaat dan de neiging het contact snel af te breken. Stel voor jezelf vast hoeveel aandacht (tijd) je aan de cliënt geeft en stel daarbij ook grenzen. We spreken dan van gedoseerde aandacht.

Een vertrouwensrelatie moet langzaam worden opgebouwd. Het is voor deze cliënten slecht om steeds te worden geconfronteerd met nieuwe personeelsleden. Het beste kan één persoon als vertrouwenspersoon optreden. Omdat achterdochtige cliënten gevoelig zijn voor 'aanzien en macht' moet dat het liefst iemand zijn met status.

Samengevat:

- toon begrip en bevestig de aanwezige gevoelens zonder partij te trekken;
- probeer het vertrouwen te winnen en het gevoel van veiligheid te versterken, onder meer door evenwicht te vinden tussen afstand en nabijheid;
- spreek klachten en wanen niet tegen; kom niet in de verleiding jezelf of anderen te verdedigen; waak ervoor om zelf in het waansysteem te worden meegesleurd;
- bied tijd en ruimte om 'het verhaal' te doen, zo vaak als nodig; doseer eventueel de aandacht en maak duidelijke afspraken;
- zoek naar zinvolle bezigheden, nieuwe contacten, iets voor anderen betekenen zodat de cliënt niet (verder) in isolement raakt.

Uitgangspunt is acceptatie van de cliënt met diens achterdocht. Dit is makkelijker gezegd dan gedaan. Het is niet gemakkelijk om dag na dag voor zo'n cliënt te moeten zorgen.

Het is daarbij ook belangrijk je eigen grenzen te kennen. Wat kun jij verdragen van het gedrag van deze cliënt? Ook als team ben je beperkt in je mogelijkheden. Wanneer je van jezelf meer eist dan je kunt, dan leidt dat tot frustratie en het verslechteren van het contact met de cliënt.



Opdracht: achterdocht

1. Kun je momenten aangeven dat jij zelf achterdochtig was?
 2. In welke gevallen was dat terecht en in welke gevallen niet?
 3. Ken je een cliënt die achterdochtig is; wat roept dit gedrag bij jou op?
-

Omgaan met dwangmatig / claimend gedrag

Er zijn cliënten, die niet of nauwelijks in staat zijn om rekening te houden met anderen. Wat zij willen, moet meteen gebeuren. Wat zij vinden is de enige waarheid. Of dit kwetsend is voor anderen of niet, interesseert hen niet. Kortom, ze zijn onredelijk.

Cliënten kunnen in hun gedrag zo ver gaan dat zij hulp en zorg eisen door allerlei ziekten voor te wenden, in bed te blijven, eten of drinken te weigeren, te klagen en zelfs zichzelf te vervuilen.

Mogelijke oorzaken

- *Verlieservaringen*
Lichamelijke of geestelijke achteruitgang kunnen een gevoel van machteloosheid oproepen. Zij kunnen het gevoel krijgen de controle over hun leven te verliezen. Dat kan een wanhopig gevoel geven waardoor ze zich (soms letterlijk) aan anderen vastklampen. Het is een roep om hulp.
- *Persoonlijkheid*
Afhankelijke cliënten hebben altijd op een ander gesteund met het nemen van beslissingen. Zij zullen een groot beroep blijven doen op de omgeving.
Cliënten met een overheersende karakterstructuur willen graag de leiding houden. Zij gedragen zich alsof zij de baas zijn: doe dit, doe dat en het liefst nú. Zij vragen bijvoorbeeld hulp op 'onmogelijke' momenten. Zo houden ze controle over de situatie en bepalen wat er in de relatie zorgvrager-zorgverlener gebeurt.
- *Geestelijk functioneren (o.a. dementie)*
Bij deze cliënten is er vooral sprake van angst en onzekerheid. In een situatie van onzekerheid klampen zij zich aan alles vast wat steun en veiligheid kan inhouden: een handtasje, een sleutel of de medewerker. We noemen dit veiligheidssymbolen. Een voorwerp, een persoon, een gedachte kan zoveel vertrouwen geven dat zij zich minder angstig voelen.
Het claimende gedrag bij deze cliënten heeft een functie: het is actief op zoek gaan naar mensen of dingen die zekerheid kunnen verschaffen.

Bij claimen spelen verlies van controle en de angst die dit opwekt een rol. De controle over allerlei functies van je lichaam verliezen is nu eenmaal beangstigend. Je overgeven aan de zorg van anderen, is soms lastig. Als je dat niet leert, er niet op vertrouwt dat het wel weer goed komt, dan zul je snel de aandacht op jezelf vestigen: zie mij, zie wat ik nodig heb, geef het mij, laat mij niet langer wachten.

Omgang

Als er sprake is van claimend gedrag probeer dan antwoord op de volgende vragen te vinden:

- Wat probeert de cliënt met dit gedrag duidelijk te maken?
- Is er recentelijk iets ingrijpends gebeurd in het leven van de cliënt?
- Zijn er nare herinneringen die de cliënt nu heeft?
- Ervaart de cliënt teleurstellingen, frustraties?
- Heeft de cliënt een langere voorgeschiedenis van dit gedrag?
- Is er sprake van een geestelijke achteruitgang?

Deze cliënten zijn vaak gebaat met een vaste structuur. Dit geeft houvast en vermindert onzekerheid en angst.

Bij sommige claimende cliënten werkt het goed om af te spreken wanneer iemand langs komt, bijvoorbeeld een half uur later. De te overbruggen tijd moet niet te lang zijn, want anders wordt de cliënt weer bang en werkt het niet.

Ook kun je binnen het team afspreken dat de cliënt twee maal per dag een kwartier onverdeelde aandacht krijgt van iemand. Deze maakt zich gedurende die tijd volledig vrij voor hem.

Als medewerkers is het belangrijk op eenzelfde manier te reageren anders wordt de situatie voor iedereen onduidelijk. Dit is vaak lastig maar wanneer ieder niet op een vergelijkbare manier reageert, wordt de omgang moeizaam of werkt het soms averechts. Bij deze cliënten is consequent en zakelijk optreden nodig anders bestaat het gevaar dat deze cliënten medewerkers tegen elkaar uitspelen.

Belangrijk is het voorkomen van irritaties bij jezelf. Dit zal nooit volledig lukken maar je komt al een heel eind wanneer je irritatie vóór kunt zijn. Bijvoorbeeld door, in plaats van af te wachten tot de cliënt jou opeist, zelf op de cliënt af te stappen.

De spiraal van claimend gedrag



Ook voor de cliënt kan zo het contact prettiger verlopen. Want juist irritatie bij medewerkers wordt door de cliënt gezien als een afwijzing. Hierdoor komt de angst weer boven en doet de cliënt een nog groter beroep op de medewerkers.

Het is zaak om grenzen te stellen aan claimend gedrag. Welk gedrag is acceptabel en welk niet?

Toch zullen er cliënten blijven, bij wie dit allemaal niet voldoende is. Dan moet je accepteren dat meer niet mogelijk is. Dat is niet eenvoudig, maar als je van jezelf meer eist dan je kunt, frustreer je jezelf.

Die frustratie slaat om in irritatie en dan ontstaat weer de spiraal van claimend gedrag.

Zoiets vraagt vooral om collegiale ondersteuning. Dit betekent een goede sfeer binnen het team, waarin je op elkaar kunt rekenen en bij elkaar terecht kunt. Hoe meer teamleden openstaan voor elkaar en op elkaar kunnen rekenen des te beter is de omgang met deze cliënten.

De vraag is dan niet: 'Hoe kunnen we de situatie of cliënt veranderen', maar meer: 'Hoe kunnen we het samen leren hanteren?'



Opdracht: claimend gedrag

1. Wat vind jij moeilijk aan claimend gedrag? Hoe ga je ermee om?
2. Kun je er begrip voor opbrengen? In hoeverre wordt het claimen beloond?
3. Wat is je eigen rol in 'claimen'? Heb je tips voor collega's?

Omgaan met roepgedrag

Roepen kan een signaal zijn van lichamelijk of psychisch ongenoegen. Het gedrag is moeilijk grijpbaar weinig begrijpelijk en belastend voor cliënten en medewerkers. Roepgedrag komt regelmatig voor bij dementie.

Mogelijke oorzaken

Een eenvoudig antwoord op de vraag wat roepen in gang zet, is er niet. Roepen staat nooit op zichzelf. Het kan samenhangen met:

- *Geestelijk functioneren*
 - gedachten en gevoelens van de cliënt (bijvoorbeeld depressiviteit);
 - geestelijke achteruitgang (bijvoorbeeld dementiesyndroom);
 - onbevredigende contacten, communicatieproblemen (eenzaamheid, doofheid, afasie).

- *Omgevingsinvloeden*
 - de bejegening en werkrouines;
 - te veel of te weinig prikkels in de omgeving.

- *Lichamelijke ongemakken en beperkingen*
 - slaapstoornissen;
 - pijn;
 - beperkingen in de mobiliteit en bewegingsvrijheid.

Het blijkt dat dit vaak oorzaken zijn. Vooral gevoelens van pijn blijken vaak te worden onderschat.

Omgang

Roepen is letterlijk een uiting van een hulpvraag. Als onduidelijk blijft wat er aan de hand is en wat je eraan kunt doen, roept dat machteloosheid en spanning op. Uitzoeken wat er precies aan de hand is, is moeilijk en eenvoudige oplossingen zijn er meestal niet. Vaak is er een scala van maatregelen nodig.

Het is niet zinvol om:

- 'waarom-vragen' te stellen, zoals: 'Waarom roept u?' Dat vraagt om inzicht wat iemand juist mist. Een antwoord van de cliënt is vaak gebaseerd op een toevallige ingeving. Je wordt er niet wijzer van en verkeerde interpretaties liggen op de loer.

Beter is:

- te vragen 'Is er iets aan de hand?' of 'Kan ik iets voor u doen?'
- te zoeken naar een plekje waar iemand zich prettig kan voelen, bijvoorbeeld bij enkele tolerante medecliënten of in een rustige ruimte / plaats.

Zoeken naar de mogelijke oorzaak

Is er sprake van een vast patroon? Om dit duidelijk te krijgen moet het gedrag een aantal weken worden geobserveerd en vastgelegd (via bijvoorbeeld de geeltjesmethode). Hiermee kun je voorkomen dat je beslissingen neemt op grond van *tijdelijke* schommelingen in het gedrag.

Let bij observeren op de volgende punten:

- wat ging *vooraan* het gedrag? Wat was het gedrag van de cliënt en mensen in de omgeving voordat het roepen begon? Wanneer, waar en in welke omstandigheden?

-
- wat zijn de *kenmerken* en wat is de *duur* van het roepen? Hoe lijkt de cliënt zich daarbij te voelen? (Bijvoorbeeld opgejaagd, angstig, geïrriteerd).
 - wat *volgt* er op het roepgedrag? (Bijvoorbeeld reacties van mensen uit de omgeving, bejegening, gemoedstoestand en verdere gedragingen van de cliënt).

Je herkent hierin de ABC methode.

De tweede stap: interpretatie van de problemen. Aan de hand van de informatie bepaal je welke methode voor deze cliënt in deze situatie het meest geschikt is.

Te weinig of te veel prikkels

Sommige cliënten brengen een aanzienlijk deel van de dag door met zitten of liggen. Weinig te doen hebben verergert gevoelens van eenzaamheid.

Soms wordt ter afleiding een televisie aangezet. Dit is niet altijd een goede manier om mensen te stimuleren. Dit kan leiden tot overprikkeling en frustratie, met als gevolg opwinding en roepen. Een alternatief dat wel werkt is een rustgevend beeld zoals een open haard of aquarium op een beeldscherm. Er zijn ook goede en leuke resultaten bereikt met voorbijkomende landschappen alsof cliënten in een trein of bus zitten.

Hetzelfde kan zich voordoen als cliënten gedwongen worden hun dag door te brengen in een ruimte waar het druk is.

Bij het aanbieden van activiteiten ga je uit van wat de cliënt leuk vindt, bijvoorbeeld het werk van vroeger of hobby's. Of het doen van kleine klusjes. Laat de cliënt zelf het tempo bepalen, overvoer niet, respecteer behoefte aan rust en het verminderde concentratie- en doorzettingsvermogen.

Contact maken met en tijd hebben voor cliënten is belangrijk.

Omgaan met dwaalgedrag

Dwalen bij verwarde cliënten kan voortvloeien uit achteruitgang van het geheugen of problemen in het logisch redeneren. Het is voor de cliënt vaak niet mogelijk om uit te leggen waarom deze dwaalt. Er is niet altijd een verband tussen de ernst van geheugenverlies en dwaalgedrag. Ook mensen die licht in de war zijn en redelijk zelfstandig functioneren, kunnen gaan dwalen of midden in de nacht bij hun burens aankloppen.

Mogelijke oorzaken

- *Geestelijke functioneren*
 - Desoriëntatie
Soms gaat een cliënt op zoek naar iets of iemand uit het verleden: het huis, de buurt, vroegere bekenden. De huidige omgeving kan vreemd en onbekend worden.
 - Angst
Een verwarde cliënt kan dwalen uit angst voor het onbekende. De cliënt gaat dan op zoek naar de in zijn beleving bekende personen uit het verleden.
- *Lichamelijke oorzaken*
 - Pijn
Lopen kan pijn verlichten, zoals bij oorspijn, kiespijn of constipatie. Als de cliënt gaat zitten zonder dat er iets is om de aandacht van de pijn af te leiden, zal deze zich meer bewust zijn van de pijnlijke kwaal.
 - Bewegingsdrang
Sommige cliënten hebben vanuit zichzelf een prikkel om te gaan lopen. Dit geeft voor hen een zekere mate van rust en heeft dus een belangrijke functie. Voor deze cliënten is het belangrijk dat zij in de wandelroute voldoende punten hebben om even te rusten.

Omgang

De nacht

In het donker lijkt alles anders. Wat overdag vertrouwd is, kan er 's nachts vreemd en dreigend uitzien en voor de cliënt aanleiding om aan het dwalen te gaan. Een oplossing is: nachtlampjes in de slaapkamer en op plaatsen waar de cliënt misschien 's nachts naar toe moet.

Binnen de domotica zijn er veel systemen beschikbaar die reageren op aanwezigheid of beweging van cliënten waardoor lichten vanzelf aangaan.

Activiteiten

Bij het aanbieden van activiteiten moeten we er niet van uitgaan dat alle cliënten het leuk vinden om te knutselen of spelletjes te doen. Ga na wat een cliënt vroeger voor werk en hobby's had en probeer activiteiten aan te bieden die aansluiten bij de interesses van de individuele cliënt.

Lichaamsbeweging

Sommige dwalende cliënten lijken er een trainingsprogramma op na te houden. Vaak zijn dit mensen die een erg actief leven hebben geleid of zwaar lichamelijk werk hebben verricht. Voor cliënten die uit gewoonte aan het dwalen slaan en over een onbeperkte energie schijnen te beschikken, is het zinvol lichamelijke activiteiten aan te bieden waarmee ze hun behoefte aan lichaamsbeweging kunnen

bevredigen. Wandelingen in de buitenlucht, bijvoorbeeld in de tuin, zijn ideaal. Cliënten die overdag regelmatig lichaamsbeweging krijgen, slapen 's nachts beter.

Afleiden

Pak een dwalende cliënt nooit ruw aan. Een confrontatie is nooit goed, effectiever is: afleiden. Als je de cliënt goed kent, kun je vast wel een onderwerp bedenken waardoor de cliënt wordt afgeleid van zijn oorspronkelijke drijfveer. In plaats van de confrontatie, praat je over iets anders dan op dat moment aan de orde is. De communicatie kan worden bevorderd door even geruststellend iemands hand of arm aan te raken. Respecteer wel de behoefte aan persoonlijke ruimte.

Meedoen

Er is een aanpak om het weglopen tegen te gaan waarbij twee zorgverleners nodig zijn. Een van de twee benadert de cliënt en loopt met hem mee. Hij doet geen moeite de cliënt mee terug te krijgen, tenzij deze dat zelf wil. De zorgverlener is vriendelijk en heeft het over alledaagse zaken. Uiteindelijk komt de tweede zorgverlener erbij en vraagt hen *beiden* mee terug te komen. Als de cliënt hier geen zin in heeft, zegt de eerste zorgverlener dat ze wel komen, maar over een kwartiertje. Op deze manier wordt de kans op een confrontatie verkleind en ontwikkelt de cliënt vertrouwen in het personeel.



Bekijk het filmpje 'Alzheimer en dwalen'

Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 4**



Opdracht: Dwalen

1. Wat vind jij moeilijk aan dwaalgedrag? Hoe ga je ermee om?
2. Geef een voorbeeld van een situatie waarin je met succes hebt gereageerd op het 'dwalen' van een cliënt.
3. Heb je tips voor collega's?

Omgaan met depressief gedrag

Een depressie is iets anders dan gedeprimeerd, verdrietig, neerslachtig, bedroefd of ongelukkig zijn. We spreken van depressie indien:

- de stemming ziekelijk verlaagd is,
- de sombere stemming niet goed invoelbaar is,
- lang duurt en diep (heviger) is.

Soms is er geen aanwijsbare oorzaak. Een depressie maakt het de cliënt onmogelijk de normale werkzaamheden of contacten voort te zetten.

Symptomen

Het vaststellen van een depressie gebeurt aan de hand van algemeen afgesproken criteria.

Om van een depressie te kunnen spreken moeten vijf of meer van de volgende symptomen gedurende tenminste twee weken permanent aanwezig zijn geweest:

- depressieve stemming;
- verlies van interesse of plezier;
- gewichtsverlies;
- slaapproblemen;
- psychomotorische agitatie of remming;
- moeheid of verlies van energie;
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige schuldgevoelens;
- concentratieverlies of problemen met nadenken of het nemen van besluiten;
- terugkerende gedachten aan de dood.

Daarnaast moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- Tenminste één van de symptomen: depressieve stemming of verlies van interesse of verlies van plezier.
- De symptomen veroorzaken lijden of beperkingen in het sociaal functioneren of op ander belangrijk gebied.
- De symptomen zijn niet het gevolg van een geneesmiddel of lichamelijke aandoening.
- De symptomen zijn niet toe te schrijven aan een rouwproces.

Wanneer bij iemand minder dan vijf symptomen worden geconstateerd en aan de overige voorwaarden is voldaan, is er sprake van een beperkte depressieve stoornis.

Op het eerste gezicht lijkt het vaststellen van een depressie met deze criteria eenvoudig maar dat is niet zo.

Hieronder wordt een aantal symptomen nader toegelicht. Deze kunnen in meerdere of mindere mate voorkomen bij een individuele cliënt.

Stoornissen in het gevoelsleven

Overheersend zijn gevoelens als zwaarmoedigheid, onmacht, onnut en onwaardigheid. Dit leidt tot een gevoel van wanhoop. Het leven wordt als volstrekt zinloos ervaren ("was ik maar dood"). Deze gevoelens zijn 's morgens het hevigst en worden in de loop van de dag minder erg. Er zijn soms

onbestemde angstgevoelens, vooral 's nachts en 's morgens. Daarbij overheersen twijfels over het verleden ("had ik maar").

De toekomst biedt in de beleving van de betrokkene geen enkel perspectief en wordt als een bedreiging ervaren. De depressieve cliënt heeft een veranderde tijdsbeleving. De tijd lijkt traag te verlopen: minuten lijken uren.

Stoornissen in het gedrag

De houding is vaak ineengedoken: de schouders zijn, evenals het hoofd, naar voren gebogen. De blik in de ogen is dof en men spreekt met een vlakke stem. Men beweegt zich traag en alle handelingen vergen veel tijd. Ook de spraak kan vertraagd zijn. De betrokkene kan besluiteloos zijn en aan alles twijfelen. Aan alles zit twee kanten "Ik moet wat doen dat is beter voor me. Wat heeft het voor zin om wat te doen", waardoor er maar niets wordt gedaan. Dit kan leiden tot zelfverwaarlozing.

Soms vertoont een cliënt het tegendeel: grote onrust. De depressieve cliënt loopt op en neer en klampt zich aan iedereen vast.

Stoornissen in het denken

Het denken is vertraagd. De cliënt heeft het gevoel "niet meer goed te kunnen denken". Daarnaast kan er verwardheid in het denken optreden of zijn de gedachten onsamenhangend.

Het kan voorkomen dat men aan een gedachte blijft hangen en deze telkens uitspreekt of er telkens op terugkomt (persevereren). Het geheugen is licht gestoord en het opnemen van nieuwe informatie verloopt, als gevolg van verminderde belangstelling, slechter. Op vragen antwoordt hij met "ik weet het niet". Bij doorvragen blijkt dit vaak wel het geval te zijn.

Bij ernstige vormen van depressie kunnen wanen voorkomen. De cliënt kan het gevoel hebben voor alles wat er in de wereld gebeurt verantwoordelijk te zijn ("het is allemaal mijn schuld") of de cliënt richt zich op een ziekelijke manier op het functioneren van het eigen lichaam (hypochondrie). De cliënt maakt een suffe, dromerige indruk. Desoriëntatie in tijd en plaats kunnen optreden en de intelligentie lijkt gestoord. Verwarring met dementie is dan snel gemaakt.

Stoornissen in vitaal belangrijke levensfuncties

De depressieve cliënt heeft vaak geen zin om te eten of drinken wat kan leiden tot gewichtsverlies en uitdroging. In veel gevallen raakt de stoelgang verstoord en treedt verstopping op. In sommige situaties zie je het tegendeel en gaat de cliënt juist veel eten: "Het verdriet weg eten".

De slaap is vaak gestoord. Men kan slapen, maar niet lang (4 á 5 uur). Dit heet een doorslaapstoornis. Het wachten tot de dag komt, benadrukt de beleefde zinloosheid van het bestaan.

Mogelijke oorzaken

Er zijn vele factoren die een depressie kunnen veroorzaken:

- *Verlieservaringen*
Dit is veruit de meest voorkomende oorzaak. Verlies van een dierbare, lichamelijke of geestelijke gezondheid. De meeste reacties op deze ervaringen zijn normaal en horen bij een rouwproces. Sommige cliënten kunnen extreem reageren of hebben zoveel verlies doorgemaakt dat ze in een depressie komen.
- Een *tegenvallende terugblik op het eigen leven*.
Gemiste kansen, spijt over de manier waarop men geleefd heeft.
- *Persoonlijkheidskenmerken*
Cliënten die hun hele leven overdreven nauwgezet zijn geweest, degelijk, star, ernstig zijn, veel in

zichzelf gekeerd (introvert), niet in staat hun agressie te uiten.

- *Lichamelijke aandoeningen*
Voorbeelden zijn: stofwisselingsstoornissen, infecties (blaasontsteking, longontsteking), stoornissen aan hart en vaten, neurologische stoornissen (CVA, dementie en Parkinson), enzovoorts.
- *Medicijnen*
Sommige medicijnen kunnen, door hun bijwerkingen of interacties met andere medicijnen, depressieve symptomen oproepen.

Signalen herkennen

Aangezien een depressie zeer nadelige gevolgen kan hebben, is behandeling belangrijk. De depressie moet dan wel als zodanig wordt herkend. Veel onderzoek toont aan dat depressies vaak niet worden herkend. Depressieve klachten worden vaak toegeschreven aan een lichamenlijk probleem / achteruitgang.

Omgang



Bekijk het filmpje 'Omgaan met iemand met een depressie: 10 tips'

Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 4**

Aandacht voor gevoelens

Je kunt de cliënt helpen door het geven van steun en het scheppen van de mogelijkheid om de gevoelens te uiten. Dit begint met contact (tijd) en het geven van aandacht. Omdat een huilbui vaak bevrijdend werkt, moet je deze niet onderdrukken.

Van een toehoorder wordt meestal niet meer gevraagd, dan met oprechte interesse te luisteren. Besef wel dat dit vaak niet eenmalig is en reageer niet afwijzend als je het verhaal nog eens te horen krijgt. Wees verdraagzaam en niet geïrriteerd of kortaf. De cliënt moet zichzelf kunnen zijn en zich geaccepteerd voelen. Slogans als "na regen komt zonneschijn", "morgen wordt alles beter" of "als u geslapen hebt voelt u zich beter" tonen geen accepterende houding en werken niet.

Nachtrust

Een voorwaarde voor herstel is een goede nachtrust. Een depressieve cliënt die niet goed slaapt raakt uitgeput en de kans dat het slechter gaat neemt toe. Een goede nachtrust wordt bereikt door ervoor te zorgen dat de cliënt niet de hele dag in bed ligt, wat deze misschien juist wel wil. Soms helpt een tijdelijke slaapmedicatie.

Stimuleren tot activiteiten

De cliënt moet tot activiteiten worden aangezet omdat dit het gevoel van zinloosheid bestrijdt en het bezig zijn met zichzelf belemmert. Het gaat vooral om activiteiten die de cliënt voorheen ondernam en toen plezierig vond. Stimuleer de cliënt tot het weer opnemen van deze activiteiten.

Helpt dit niet, zijn dergelijke activiteiten niet bekend of niet meer mogelijk, dan kan het geven van opdrachten ("doe") een oplossing zijn. Belangrijk bij het geven van opdrachten is dat deze binnen de mogelijkheden van de cliënt en de hulpverleners moeten liggen en dat de doelen niet te hoog worden gesteld. Ook is het belangrijk dat je dan telkens belangstellend informeert naar deze

activiteiten.

Een moeilijkheid hierbij is dat de cliënt niet enthousiast zal zijn en met tegenzin iets zal ondernemen. Toch is het belangrijk om dan vol te houden.



Een hulpmiddel dat je kunt gebruiken om activiteiten in kaart te brengen is De Plezierige Activiteiten methode. Dit hulpmiddel kun je vinden op het GVP deel van de website van BTSG.

Antidepressiva

Hiervan maakt men gebruik bij ernstige levensbedreigende stoornissen, wanneer de symptomen van depressie niet voorbijgaan of wanneer de depressie een lichamelijk herstel belemmert.

Deze medicijnen moeten meestal enige tijd ingenomen worden (ongeveer 14 dagen) voordat zij effect hebben.

De meeste cliënten reageren eerst met actiever worden, daarna heeft het medicijn effect op de stemming. De hoeveelheid wordt per cliënt bepaald en bij voorkeur beginnend met een lage dosering. Vaak hebben ze bijwerkingen, zoals droge mond, verstopping of lichte verwardheid. De cliënt dient hiervan op de hoogte gesteld worden.

Een combinatie van medicijnen en activiteitenbegeleiding is effectiever dan één van beiden.

Samengevat

- Probeer de oorzaak van de depressie te achterhalen.
- Neem de depressie serieus al is het moeilijk je in te leven in iemands depressieve gemoedstoestand en denkwereld. Het is belangrijk dat een depressieve cliënt het gevoel heeft geaccepteerd te worden dat op jou gerekend kan worden.
- Geef ruimte voor het uiten van gevoelens. Een huilbui kan bevrijdend werken.
- Geef tijd en aandacht. Hierbij is geduld belangrijk. Vaak moet je hetzelfde verhaal een aantal malen anhoren.
- Wees verdraagzaam, probeer niet geïrriteerd te raken of kortaf te zijn.
- Soms bevordert je onbewust een depressie door alleen aandacht te geven op momenten wanneer iemand het depressieve gedrag vertoont. Probeer de cliënt ook aandacht te geven wanneer deze minder depressief is.
- Stimuleer om normale dagelijkse activiteiten te ondernemen zoals opstaan, aankleden en eten. Het leiden van een regelmatig leven is belangrijk.
- Stimuleer om deel te nemen aan dagopvang en/of activiteitenbegeleiding.
- Stel nooit te hoge eisen. Probeer ruimte en tijd te geven. Alleen dwingen werkt averechts.
- Confronteer de cliënt niet met gevolgen van zijn gedrag, zoals: "U moet eens rekening houden met anderen", "Voor hen is het niet gemakkelijk om met iemand zoals u in een kamer te moeten zitten", of "Zo gezellig bent u niet, ik kan best begrijpen dat uw kinderen niet zo vaak komen."



Opdracht: depressie

1. Beschrijf hoe je je voelde toen je een keer 'in de put zat'.

 2. Beschrijf je eigen gedrag (wat deed je, wat deed je niet).

 3. Waardoor voelde je je het meest geholpen?
-

Omgaan met seksueel ontremd gedrag

Seksualiteit is een zeer complexe hersenfunctie. Hoe de geslachtsdrift gereguleerd wordt, is nog steeds niet helemaal bekend. Wel is duidelijk dat het mannelijk geslachtshormoon testosteron en de hersenkwabben in het gebied van het voorhoofd en de slapen een rol spelen.

Bij seksueel ontremd gedrag vallen remmingen om dit te uiten weg, is er toename in de geslachtsdrift, maakt de cliënt seksuele toespelingen, is er sprake van ongewenste intimiteiten, seksuele hallucinaties of overmatig masturberen.

Op seksuele uitingen rust vaak een taboe. Hierdoor ontstaat het gevaar dat dergelijke uitingen niet worden besproken terwijl het ingrijpende gedragingen zijn.

Het is belangrijk om met elkaar te praten over hoe ieder tegen het gedrag aankijkt. De een heeft geen hinder van onhandige al dan niet seksueel ingeleurde toenaderingspogingen van cliënten, een ander kan panisch worden. De tolerantie van de een kan ongewenst gedrag onbedoeld een tijd stimuleren.

Mogelijke oorzaken

Seksualiteit en dementie

Voor cliënten met dementie kan de lichamelijke verzorging verwarring wekken. Omdat zij gevoelig blijven voor de sfeer waarin het contact plaatsvindt, kan een wasbeurt beleefd worden als een ongewenste intieme benadering en agressie opwekken maar ook als seksuele prikkel worden ervaren. De verzorgende kan door de reactie worden verrast, dit verwarrend of naar vinden en aangeven niet van de reactie gediend te zijn. De cliënt vanuit zijn beleving (seksualiteit) kan deze reactie van de verzorgende niet plaatsen. De verwarring is dan compleet. Cliënten kunnen in hun uitingen iemand in de omgeving gaan betasten of knijpen in billen en borsten, eigen geslachtsdelen veelvuldig betasten of zich geheel of gedeeltelijk ontkleden waar anderen bij zijn.

Hyperseksualiteit

Onder hyperseksualiteit verstaat men duidelijk waarneembaar en ziekelijk frequent seksueel gedrag vooral als het zich in het openbaar voordoet. Hyperseksualiteit kan voortkomen bij hersenaandoeningen (dementie, NAH) en bepaalde psychiatrische stoornissen.

Omgang

Sta stil bij het gedrag en mogelijke oorzaken. Het kan een roep kan zijn om meer aandacht of geborgenheid. Stel je zelf de volgende vragen bij seksueel ontremd gedrag:

1. Wat zag of hoorde ik precies?
De een ziet meer dan de ander en ziet andere dingen. Wie geen seksualiteit wil zien, ziet dit ook minder vaak dan degene die daar oog voor heeft. En wie bang is voor intimiteit of seksualiteit, of dat vies vindt, duidt iets onschuldigs eerder als ongewenste intimiteit.
2. Hoe benoem ik het gedrag?
Door een bepaald gedrag als seksueel ontremd te bestempelen bestaat het gevaar van stigmatisering "Die vieze oude man". Anderen gaan zich, los van eigen ervaring, een beeld vormen en daarnaar handelen. Zij ontnemen zichzelf dan de mogelijkheid om het gedrag zelf neutraal te ervaren.
3. Welke uitleg geef ik aan het gedrag?
Gedrag dat je kunt begrijpen, verontrust minder dan onbegrijpelijk gedrag. Je kunt er makkelijker op reageren. Blijf dus zoeken naar achtergronden of bedoelingen van seksueel gekleurd gedrag.

Verduidelijk je grenzen naar de cliënt, liefst zo dat verder contact mogelijk blijft. Door duidelijk te zijn over je grenzen, respecteer je de cliënt en jezelf. Indien dit niet het gewenste resultaat heeft dan kun je het volgende doen:

- Leid de aandacht af door bewust over een ander onderwerp te praten of iets anders te doen dan waarvoor je oorspronkelijk bij de cliënt kwam;
- Ga na of het gedrag gericht is op een bepaalde medewerker of voorkomt in bepaalde situaties. De oplossing spreekt dan voor zich;
- Wanneer het gedrag een onhandige uiting is van gebrek aan genegenheid, aandacht vragen of een uiting van verwarring of angst, kun je je concentreren op de andere situaties en deze meer aandacht geven;
- Wees duidelijk in het aangeven van grenzen. Wees duidelijk dat je het gedrag afwijst en niet de persoon van de cliënt;
- Soms kan het helpen om in plaats van alleen, de cliënt met z'n tweeën te helpen.

Er is tot op heden geen duidelijke therapie voor hyperseksualiteit. Omgang of behandeling vraagt creativiteit. Het aanspreken van de cliënt op dit gedrag helpt soms als een cliënt je nog kan begrijpen. Ook een gedragsmatige benadering heeft nog effect: negeren van de hyperseksualiteit en ander gedrag positief benaderen en belonen.

Soms is een behandeling met medicijnen mogelijk zoals middelen die de gedragsdrift verminderen of die de concentratie van het mannelijk geslachtshormoon verlagen of tegengaan.



Bekijk het filmpje 'Intieme grenzen'

Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 4**



Opdracht: seksueel ontremd gedrag

1. Hoe zou je reageren als je te maken kreeg met seksueel ontremd gedrag?

Het is niet altijd wat het lijkt

Hersenbeschadiging

Sommige hersenbeschadigingen door tumoren of infarcten leiden tot vergaande ontremming onder andere op seksueel gebied. Bij dergelijk dwangmatig seksueel gedrag als gevolg van de hersenbeschadiging, helpt soms een afleidende motorische activiteit. Omdat een cliënt op geen enkele manier controle heeft over dit gedrag helpt soms alleen een geneesmiddel.

Jeuk

Incontinentiemateriaal kan vervelende warmte en jeuk veroorzaken waardoor iemand vaak met zijn handen in het kruis zit. Hetzelfde geldt voor blaasontstekingen, schimmelinfecties of ontstekingen bij het geslachtdeel. Deze irritaties kunnen leiden tot seksuele handelingen bij een cliënt. Ander of geen incontinentiemateriaal en behandeling van de ontsteking zijn de remedie.

Verveling

In een prikkelarme omgeving trachten cliënten hun eigen prikkels te creëren. Zij gaan repetitief (= voortdurend terugkerend) gedrag vertonen. Zij vallen vaak terug op handelingen die te maken hebben met: eten, drinken en seksuele prikkeling. De remedie is meer afleiding en een groter aanbod aan activiteiten, zoals muziek en beweging.

Desoriëntatie

Een cliënt neemt met een omhelzing afscheid van een aantal familieleden en 'neemt' en passant ook een medewerker 'mee' omdat deze daar toevallig tussen stond.

Een bewoonster kleedt zich tegen bedtijd midden in de huiskamer uit zoals ze kennelijk gewend was.

Apraxie

Een cliënt kan aan apraxie lijden waardoor hij niet in staat is gerichte handelingen uit te voeren, hoewel zijn beweeglijkheid en spierbeheersing normaal zijn. Zo iemand kan bijvoorbeeld uit onhandigheid iemand in het kruis grijpen, terwijl dit niet de bedoeling is.

Belevingsgerichte benaderingswijzen

Reminisceren

Remiscentie betekent het ophalen van herinneringen. Oudere mensen hebben in jaren meer verleden dan toekomst. Het is dus niet zo verwonderlijk dat ze vaak terugvallen op gebeurtenissen uit het verleden. Remiscentie is verbonden aan het bewaren van de identiteit. Het praten over positieve en negatieve gebeurtenissen uit het leven helpt de cliënt herinneren wie zij was. Ervaring heeft uitgewezen dat het ophalen van herinneringen bij cliënten waarbij sprake is van geestelijke achteruitgang, positieve gevolgen kan hebben voor het totale welbevinden. Een groter gevoel van veiligheid, eigenwaarde, zelfwaardering, erbij horen, zekerheid en minder eenzaamheid.



Meest geschikt voor

Algemeen toepasbaar. Cliënten in de fase van het bedreigde- en verdwaalde-ik.

Toepassingsvormen

Reminisceren in groepen

Onder begeleiding van een begeleider komen zes tot tien cliënten wekelijks bij elkaar. In sessies van een uur vertellen zij over hun leven. Vooral plezierige en fijne herinneringen staan op de voorgrond. Het praten in groepen heeft als voordeel dat herinneringen makkelijker naar voren komen.

Thema's voor gespreksactiviteiten kunnen zijn:

- het eerste vriendje of vriendinnetje, verkering, verloving en trouwen;
- favoriete spelletjes of bezigheden in de jeugd;
- herinneringen aan ouders, broers, zusters en grootouders;
- kinderen verzorgen en opvoeden;
- hoe werd er vroeger geleefd;
- koken;
- werk;
- etiquette en omgangsregels;
- vakantie;
- voorwerpen die belangrijk zijn en doen herinneren aan een bepaalde gebeurtenis of persoon;
- huisdieren;
- hobby's.



Reminisceren door middel van activiteiten

Een andere invalshoek voor het ophalen van herinneringen is die van de activiteiten. Diverse activiteiten lenen zich hiervoor. De activiteit staat niet centraal, maar de herinneringen in relatie tot de activiteit.

Voorbeelden om te reminisceren via activiteiten zijn:

- Spelletjes
Bijvoorbeeld puzzels met afbeeldingen van vroeger of puzzels die vroeger werden gebruikt. Het spelen van ganzenbord biedt goede aanknopingspunten;
- Muziek
Muziek en herinneringen gaan vaak hand in hand. Je kunt liedederen en versjes inventariseren. Tijdens de bijeenkomst luister je naar een fragment en de cliënt vertelt de herinneringen daarbij;
- Het bekijken van oude ambachten, foto's, voorwerpen van vroeger;
- Koken
Het opzoeken en koken van oude recepten. Naast het plezier in het bereiden geeft dit vaak veel herinneringen en gespreksstof.
- Lezen
Boeken over vroeger of oude jeugdboeken kunnen veel herinneringen oproepen.
- Het bekijken van dia's, video's of films over vroegere gebeurtenissen waardoor de groep cliënten zich aangesproken voelt.

Reminiscentie met een individuele cliënt

Naast de hierboven omschreven mogelijkheden van reminiscentie in groepsverband zijn er ook mogelijkheden voor individuele cliënten. Naast de genoemde voorbeelden kunnen dagelijkse activiteiten als wassen, aankleden en eten aanknopingspunten zijn.

Enkele voorbeelden:

- wassen en baden. Hoe gebeurde dat vroeger? Wat voor zeep en shampoo werd er gebruikt? Hoe vaak ging men vroeger per week in bad? Hoe werd het badwater verwarmd? Wanneer had u thuis voor het eerst een douche? Heeft u veel gezwommen?
- aankleden. Werden uw kinderkleren vroeger gekocht of gemaakt? Hoe vond u het om kleren van een ouder broertje of zusje te moeten 'afdragen'? Welke kleren droeg men vroeger graag en welke niet? Bestond er vroeger vrijetijdskleding?
- handwerken. Werden vroeger dezelfde technieken en materialen gebruikt? Werden handwerkactiviteiten als hobby gedaan of was het noodzaak om bijvoorbeeld een trui of vest te breien, omdat er geen geld was om een nieuwe te kopen?



Website: www.reminiscentie.nl Kijk ook in de Kennisbank van www.btsg.nl, trefwoord reminiscentie. Op het GVP deel van de website van BTSG vind je een filmpje.



Opdracht: Reminiscentie

1. Geef een voorbeeld hoe jij bij cliënten waarmee je werkt actief gebruik maakt van reminiscentie / zou kunnen maken van reminiscentie?
 2. Wat zou je meer kunnen doen?
-

Realiteits Oriëntatie Benadering (ROB)

Realiteitsoriëntatie heeft als doel verwarde cliënten te stimuleren en te activeren om het verloren contact met de werkelijkheid terug te vinden. Zo wordt geprobeerd de zelfstandigheid, het zelfvertrouwen en het welbevinden van de cliënt te bevorderen, gevoelens van angst te verminderen, en sociale achteruitgang te voorkomen. Kenmerkend voor deze benadering is dat steeds een beroep wordt gedaan op de nog gezonde (intacte) functies van de cliënt.



Meest geschikt voor

Cliënten met lichte tot matige geheugenproblemen die nog baat hebben bij hulpmiddelen voor hun geheugen. Cliënten in de fase van het bedreigde-ik.

Toepassingsvormen

Groepsgewijze toepassing

In kleine groepjes, variërend van vijf tot zeven, komen de cliënten op een vaste dag en op een vast tijdstip bij elkaar. Gedurende de bijeenkomst krijgen ze opdrachten gericht op waarnemen, geheugen, aandacht en concentratie. De groepsbijeenkomsten kennen een vaste structuur, maar ook variatie in oefeningen.

Begin met een rondje voorstellen, eventueel met naamkaartjes. Vraag hoe het met iedereen gaat. Hierbij let je op of iedereen betrokken is en of er bijzondere voorvallen zijn, zoals een nieuw groepslid, iemand afwezig, andere veranderingen. Dan doe je oriëntatie opdrachten en oefeningen. Je bevordert ook de sociale contacten, betreft de cliënten bij de realiteit en prikkelt de zintuigen.

Prikkeling van functies via cognitieve spelletjes kun je spelenderwijs doen bijvoorbeeld in kookgroepen, krantenleesgroepen, eettafelprojecten en gespreksgroepen. Ook hier geldt: zoveel mogelijk in vaste vorm, met vaste leden, op een vaste plaats en op een vast tijdstip.



De 24-uurs benadering

Ondersteuning bij de oriëntatie in tijd, plaats en persoon vindt systematisch, 24 uur per dag plaats.

Werkwijze:

- regelmatig wordt informatie gegeven door medewerkers over plaats en gebeurtenissen van het moment,
- verwardheid wordt steeds gecorrigeerd,
- het onderhouden van Sociale contacten wordt gestimuleerd en storend gedrag gecorrigeerd. Bekrachtiging bestaat meestal uit het geven van complimenten of het maken van een praatje.
- Er zijn zo veel mogelijk oriëntatiepunten in
 - In ruimte: door wegwijzers, waarop de medewerkers de cliënten moeten wijzen. Dit leidt tot herkenning van namen, kleuren en symbolen.
 - In Tijd: duidelijk leesbare klokken en speciale RO - borden, met de dag, datum, dagprogramma, jaargetijde en bijzonderheden.
 - Oriëntatie in persoon ondersteunen door spiegels, naambordjes op deuren (met grote letters en pijlen) en foto's (van familieleden).

Een onderdeel van de 24-uurs benadering is het aanbieden van een vast dagprogramma zodat de dagen herkenbaar en van elkaar te onderscheiden zijn en dat aansluit bij het leven zoals de cliënt het gewend was, zoals het stimuleren van zelfredzaamheid en betrekken bij huishoudelijke taken ('normalisatie').

Werken met levensboeken

Een levensboek bevat de persoonlijke verhalen en herinneringen van iemand over zijn levensloop. In een levensboek vind je foto's, teksten, plaatjes en alles wat betrekking heeft op gebeurtenissen en voorvallen uit iemands leven.

Voorbeelden hiervan zijn: een uitgewerkte stamboom, foto's van het ouderlijk huis of van familie, een rapport van de lagere school, een kopie van het trouwboekje of de tekst van een psalm of gedicht dat iemand erg dierbaar is.

In contacten met de cliënt komt het gesprek -via het levensboek- steeds weer op deze informatie. De realiteitsoriëntatie gaat ervan uit dat de cliënt niet (meer) weet waar hij is of met wie hij te maken heeft. Deze ontbrekende informatie wordt dus aangevuld. Verwarring, angst en verdere achteruitgang worden hiermee tegengegaan.

Het levensboek als onderdeel van herinneringsactivering bevat allerlei feitelijkheden, vaak chronologisch geordend. Het boek dient als uitgangspunt van gesprek, maar is niet bedoeld om de cliënt te overhoren.

Wie realiteitsoriëntatie strikt toepast, merkt dat het niet (altijd) het gewenste resultaat heeft. De cliënt kan er onzeker van worden. Wanneer je steeds namen of feiten vraagt, krijg je een *ongelijkwaardige situatie*. Degene die de vraag stelt, weet het, en de cliënt krijgt het gevoel dat hij wordt getest en geconfronteerd met zijn probleem (Ik weet het niet) met als risico dat hij zich terugtrekt.

Waarde van deze benadering

- Deze benadering komt tegemoet aan de behoefte aan structuur en aan een veilige, overzichtelijke omgeving.
- Veel inzichten uit deze benadering hebben een bredere toepassing gekregen. Toets niet wat de cliënt nog weet, maar help het geheugen te activeren. Door een woord te noemen, een ontbrekend feit terug te geven, een geheugenspoor te activeren stel je de cliënt in staat zich iets te herinneren en te vertellen.
- Het is belangrijk voor cliënten die veel waarde hechten aan verstandelijke of intellectuele vermogens. Iemand die een hoge positie heeft bekleed of een hoge opleiding heeft gehad, traint graag zijn geestelijke vermogens. Dat is hun houvast, hun manier zichzelf te presenteren. Het is de kunst om daarin zoveel mogelijk tegemoet te komen zonder faalangst op te roepen.

Voorwaarden

- Een klok, voldoende groot, met de juiste tijd.
- Een grote kalender liefst met de dagaanduiding.
- Aanspreken van de cliënten met de naam, vermelding moment van de dag of dag van de week.
- Aanwezigheid van een krant en tijdschriften en praten over het nieuws.
- Groepsactiviteit waarbij cliënten actief worden betrokken.
- Inzicht in de levensloop, interesses, gewoontes en hobby's.



Opdracht: R.O. benadering

1. Wat ik uit deze benaderingswijze in de praktijk toepas is
2. Wat ik uit deze benaderingswijze verder in de praktijk bruikbaar vind is
3. Wat ik daarvoor wil leren is

Bewegingsactiviteiten

Gericht op het bevorderen van welbevinden door middel van bewegingsactiviteiten of door speciale aandacht te geven aan de lichaamsbeleving.

Het doel is:

1. (re)activering door het stimuleren van de geheugenfuncties, het waarnemen (waaronder de oriëntatie) en het handelen; De activiteiten zijn zodanig dat deze aangepast kunnen worden aan de individuele mogelijkheden van de deelnemers.
2. (re)socialisatie door het stimuleren van de communicatie tussen de deelnemers onderling en de omgeving. Een deel van de bijeenkomsten wordt aan groepsgesprekken besteed. Zo begint elke bijeenkomst met een terugblik naar de vorige en eindigt het met een nagesprek ('Hoe hebt u het vandaag gevonden?').
3. bevordering van het affectief functioneren door het stimuleren van het eigen initiatief en de vrije keuze. Het is belangrijk dat de deelnemers succes ervaren en plezier hebben. Actieve deelname wordt gestimuleerd en regelmatig bevatten de bijeenkomsten spel en sportieve bewegingsactiviteiten.



Meest geschikt voor....

Gedragsproblemen die gunstig beïnvloed kunnen worden zijn o.a.:

- Depressief gedrag (geagiteerd, passief, inactief, etc.).
- Agressief gedrag.
- Angstig gedrag.
- Manisch/chaotisch gedrag.
- Dwangmatig gedrag.
- Sociaal geremd gedrag.
- Overdreven afhankelijk gedrag.

Cliënten in de fase van het bedreigde en verdwaalde-ik.

Toepassingsvormen

Er zijn veel verschillende vormen van bewegingsactiviteiten bedacht. Een voorbeeld voor cliënten met dementie is het Bewegings Activerings Programma (BAP).

Wat is het BAP?

Uitgangspunt is dat ieder mens zo zijn eigen manieren heeft om zich aan veranderende omstandigheden aan te passen (adaptatie-coping model, zie in de Bibliotheek van BTSG). Dat geldt ook voor cliënten met dementie. Zij verliezen, naarmate de dementie vordert, echter steeds meer de vaardigheid om zich aan te passen. Het BAP probeert deze vaardigheid bij cliënten zo lang mogelijk in stand te houden en waar mogelijk te versterken.

Het BAP bevat 60 verschillende bewegingsactiviteiten van toenemende complexiteit. Het gaat om spelactiviteiten (zoals kegelen of jeu de boules), activiteiten met een huishoudelijk karakter (zoals zilver poetsen) en activiteiten in de hobby-sfeer (zoals collage maken).

Het uitgangspunt van het BAP is dat in principe iedereen mee kan doen. In de praktijk blijkt dit niet in alle gevallen zo te zijn, bijvoorbeeld als iemand door aanwezige onrust de bijeenkomsten verstoort. Het opbouwen van een vaste regelmaat vraagt gewenning van cliënten en medewerkers. Ervaringen hebben aangetoond dat deelnemers na herhaaldelijke deelname, tot meer in staat zijn dan werd verwacht.



Wil je meer weten over het BAP? Kijk in onze online kennisbank.

Valideren

Validation of de validerende benadering is in Nederland geïntroduceerd door Naomi Feil (zie illustratie). De term 'valideren' betekent letterlijk 'bevestigen'. Centraal staat het erkennen en herkennen van de innerlijke werkelijkheid, de beleving, van waaruit iemand het verleden en de realiteit om zich heen waarneemt. De zorgverlener leeft zich in in de belevingswereld van de cliënt en stemt de eigen reactie af op die belevingswereld.



Technieken uit de validerende benadering zijn gebaseerd op de gedachte dat elke vorm van gedrag een betekenis heeft, en dat gevoelens behouden blijven.

Fantasieën en herinneringen zijn belangrijke zaken in het leven en bepalen iemands gedrag. Bij de validerende benadering probeer je te ontdekken of er een diepere betekenis is achter het huidige gedrag van een cliënt.

Het doel van de benadering is cliënten te helpen gelukkig te zijn met het leven door:

- het herstellen van het gevoel van eigenwaarde;
- het verminderen van angst / stress.

Belangrijke vaardigheden zijn:

- *Empathische houding*
Dat wil zeggen je inleven, je verplaatsen in de ander, zodat zijn reacties begrijpelijk worden. We veronderstellen dat dit als volgt werkt:
 - empathie geeft vertrouwen,
 - vertrouwen geeft een gevoel van veiligheid,
 - veiligheid geeft kracht,
 - kracht hernieuwt gevoelens van positieve eigenwaarde,

- positieve eigenwaarde vermindert stress waardoor cliënt zich prettiger / gelukkiger voelt.
- *Historische benadering*
Je verdiept je in de levensgeschiedenis van de cliënt om inzicht te krijgen in de betekenis van diens gedrag en hoe je de cliënt het best kunt benaderen. Onverwerkte conflicten uit het verleden kunnen van invloed zijn op het huidige gedrag.

Meest geschikt voor....

Algemeen toepasbaar.

Toepassing

De validerende benadering kent drie toepassingsmogelijkheden.

- De 24-uurs-benadering
De medewerkers laten in hun gedrag de houding van het valideren tot uiting komen. In het dagelijks contact betekent dat op zoek gaan naar de gevoelens die een rol spelen bij het gedrag van de cliënt. Je hebt een vragende benadering: probeer er door vragen achter te komen wat de realiteit van de cliënt is. Gebruik 'wie, wat, waar en wanneer-vragen'.
Houdingsaspecten:
 - wees meer gericht op de gevoelens in de boodschap dan op de feiten.
 - bevestig uitingen en gevoelens en probeer je in te leven.
 - vermijd 'doe-alsof-gedrag'. Cliënten met dementie zijn nog meer gericht op lichaamstaal.
- De groepsbenadering
Een aantal (5 - 10) cliënten in een zelfde stadium van verwardheid kunnen een groep vormen. De groep komt één maal per week bij elkaar, op een vast tijdstip in dezelfde ruimte.
- De individuele benadering
Een medewerker heeft een één-op-één contact met een cliënt. Dit is geschikt om behoeften en belevingswereld in kaart te brengen en voor een therapeutische aanpak.

Validerende technieken

Binnen de validerende benadering worden specifieke vaardigheden gehanteerd om contact te maken met gedesoriënteerde cliënten:

1. *Centreren*: jezelf leeg maken, eigen emoties laten voor wat ze zijn en je afstemmen op de cliënt voorafgaand aan contact.
2. *Exploreren*: verder vragen op een niet-bedreigende wijze. Stel vragen die beginnen met wie, wat, waar, wanneer en hoe, zonder aan de emoties te raken. Vermijd de waarom-vraag.
3. *Oogcontact*: hier bewust mee omgaan, het geeft de mogelijkheid tot een echte ontmoeting.
4. *Spreken*: een duidelijke, lage, lieve stem gebruiken.
5. *Aanraken*: cliënten in de fase van het verdwaalde of verzonken ik vinden het meestal prettig om aangeraakt te worden. Cliënten in het bedreigde ik vinden het meestal niet prettig.

6. *Herhalen*: met dezelfde intonatie, met een vragende of bevestigende toon. Hierdoor volgen nieuwe woorden of zinnen gemakkelijker.
7. *Reminiscentie*: het verleden duidelijk oproepen, door erover te praten en er vragen over te stellen.
8. *Parafaseren*: in essentie herhalen wat de cliënt zegt, gebruik makend van dezelfde sleutelwoorden, met dezelfde intonatie en spraakritme.
9. *Meerduidigheid*: door woorden als 'het', 'ze' of 'iets' te gebruiken kun je de cliënt het gevoel geven dat je de ander begrijpt, zonder dat je meer invult dan de cliënt zelf aangeeft.
- 10 *Spiegelen*: door goed op de lichaamstaal van de cliënt te letten ben je in staat dezelfde houding of spanning aan te nemen, op dezelfde manier te gebaren of te ademen.
- 11 *Gedrag koppelen aan onvoldane behoeften (unmet needs)*: door oprecht te luisteren, ingaan op algemeen menselijke behoeften als nuttig zijn, zich gewenst voelen of het kunnen uiten van gevoelens.

Spiegelen

Het doel van 'spiegelen' (het gedrag respectvol nadoen) is contact leggen met cliënten die zo sterk in zichzelf gekeerd zijn, dat het niet lukt hen op een andere manier te bereiken.

Je probeert zo in contact te komen en/of om zijn gedrag te begrijpen en op die manier te koppelen aan (onvoldane) behoeften.

Spiegelen is een basale vorm van contact. Zo geven we allerlei signalen af: 'Ik doe net als jij, dus je hoeft niet bang te zijn', 'Wij horen bij elkaar', 'Ik ben net als jij, ik begrijp jou en waardeer je'.

Let op reacties

Spiegelen wordt afgewisseld door rustmomenten, waarbij je let op reacties, het ontstaan van contact of andere gedragingen van de cliënt. Stel je voor dat een cliënt met zijn hoofd op een arm ligt en met een vlakke hand op de tafel slaat. Wanneer je spiegelt leg je bijvoorbeeld je hoofd op een arm en kijkt of er een reactie komt. Wanneer je ook het slaan met de hand nadoet, kom je er misschien achter welk gevoel aan dit gedrag ten grondslag ligt.

Een ander voorbeeld is het meelopen met een 'onrustige' cliënt. Gewoon naast een cliënt oplopen is een vorm van spiegelen. Niet vragen: 'Waar gaat u heen?' 'Kom eens zitten', maar eerst kijken of de cliënt je nabijheid accepteert en dan verder contact leggen.

Waarschijnlijk spiegel je al regelmatig, zonder dit bewust als spiegelen te zien. De kracht van spiegelen als techniek is dat je het bewust leert hanteren.

Wanneer wel en wanneer niet?

- Pas de techniek bij voorkeur toe in één-op-één-situaties.
- Wissel het spiegelen af met rustig kijken.
- Richt je niet op het nadoen, maar op het contact leggen.
- Gebruik eventueel andere technieken om het ontstane contact verder uit te diepen.
- Stop het spiegelen bij negatieve signalen.
- Gebruik spiegelen vooral in de communicatie met cliënten in het stadium van het 'verdwaalde en verzonken ik' met wie geen verbaal contact mogelijk is. In het stadium van het 'bedreigde ik' draagt het niet bij.

De validerende benadering is verder ontwikkeld in de richting belevingsgerichte benadering door het IMOZ. De stadia van Naomi Feil zijn in Nederland veranderd in de fases van ik-beleving.

Nb. Bij cliënten met psychiatrische beelden moet je bepaalde technieken die hier worden vermeld, juist niet toepassen. Zo kan hen te intensief aankijken juist negatieve reacties oproepen.



Bekijk het filmpje 'Naomi Feil en Gladys Wilson'
<https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 4**



Opdracht: Valideren

1. Wat ik uit deze benaderingswijze in de praktijk al toepas is
2. Wat ik uit deze benaderingswijze verder in de praktijk bruikbaar vind is
3. Wat ik daarvoor wil leren is

Warme zorg

Warme zorg (ook bekend onder gentle care) heeft niet als doel genezing of herstel. De beleving van de cliënt staat centraal. Het doel is een sfeer scheppen waarin de cliënt zich veilig voelt waardoor angsten en onzekerheden verminderen of verdwijnen. De benadering is gebaseerd op de gehechtheidstheorie. In periodes van onzekerheid, kwetsbaarheid en onveiligheid, zoekt de cliënt gevoelens van veiligheid en geborgenheid.



Dementie leidt tot een situatie van afhankelijkheid, die vergelijkbaar is met de situatie van een jong kind dat nog vele vaardigheden en handelingen moet aanleren. Dit verschijnsel, in combinatie met gevoelens van dreiging, angst en onveiligheid als gevolg van dementie, zorgt ervoor dat het gehechtheidsgedrag weer geactiveerd wordt en de cliënt een veilige omgeving zoekt.

Meest geschikt voor....

Algemeen toepasbaar.

Toepassingsvorm

Bij warme zorg gaat het om het realiseren van een veilig en warm leefklimaat. Daardoor is het een 24-uurs benadering met de volgende kenmerken:

- Nabijheid.
De medewerkers nemen weinig afstand en zijn niet bang voor lichamelijk contact, zoals een knuffel. Ze kunnen meegaan in de wereld van de cliënt en oprechte interesse tonen.
- Herkenbaarheid.
De omgeving is vertrouwd en rustgevend. Een vertrouwde sfeer ontstaat door het gebruik van bekende (eigen) meubels en indeling van de ruimte(n). Er wordt herkenbare muziek gedraaid. Medewerkers dragen geen uniform maar eigen kleding. Ter bevordering van een band tussen medewerker en cliënt, zijn er kleine teams rond een vaste groep cliënten.
- Huislijkheid.
Er zijn zo weinig mogelijk regels. Er is een herkenbare dagindeling, niet per se elke dag hetzelfde. Voorbeeld: gezamenlijk ontbijt 's ochtends in de huiskamer aan tafel, waarbij de cliënten zelf hun boterhammen klaarmaken. Het verzorgen van huisdieren kan het gevoel van huislijkheid versterken. De cliënt krijgt de ruimte om het eigen tempo te bepalen.
- Vrijheid.
Mobiele cliënten ervaren vrijheid doordat ze kunnen rondlopen. Gesloten deuren geven onrust. Naar buiten gaan en wandelen is gezond en kan onrust verminderen. Er worden geen dwangmiddelen gebruikt die de vrijheid beperken zoals gebruik van fixatie.
- Betrokkenheid familie.
Er is alle ruimte voor contact tussen cliënt en familie, de familie kan mee helpen bij de verzorging en mee eten.

Voorwaarden

- Inzicht in de levensloop, interesses, gewoontes en hobby's.
- Gelijke aandacht voor lichamelijke zorg en welzijn / welbevinden van de cliënt.
- Minder doe- en taakgericht gericht gedrag.
- Vraagt creativiteit en volharding.

Persoonsgerichte benadering of presentie

Presentie betekent letterlijk 'aanwezigheid', 'er zijn'. Wie bij iemand present is, is ook echt, aandachtig aanwezig. De presentiebenadering houdt zich bezig met de vragen: Wat is goede zorg en wat doet een goede zorgverlener?

'Presentie' betekent dat je als zorggever met de cliënt een relatie opbouwt, waarin je elkaar goed leert kennen, waarin je dichtbij mag komen en waarin je heel goed leert begrijpen wie die cliënt is en wie jij voor hem of haar kunt zijn. Als je je zorg zó op de cliënt kunt afstemmen, dan weet je in allerlei situaties heel precies wat je wel en niet moet doen, wat voor deze cliënt nu het beste is, wat hem of haar het meeste goed zal doen. Dit opbouwen van een relatie is niet alleen nodig en nuttig om zo goed mogelijk zorg te kunnen geven, maar draagt ook bij aan een goed leven waarin cliënten gezien en gehoord worden, waarin ze meetellen, ook als hun problemen niet (direct) opgelost kunnen worden. Zo'n relatie is op zich al goed voor cliënten, want daardoor voelen ze zich geborgen, gewaardeerd en waardevol.

Het gaat bij deze opvatting over 'goede zorg' dus niet in de eerste plaats om problemen oplossen, resultaten behalen en zo efficiënt mogelijk werken, maar om de cliënten erkenning te geven in wat zij meemaken, hen te waarderen om wie ze zijn en hen het gevoel te geven dat ze de moeite waard zijn – en dat ook in handelen om te zetten. In deze manier van zorg verlenen blijf je altijd kijken naar het effect van wat je doet: hoe wordt het beleefd door de ander? Komt dat wat ik bedoel als goede zorg, bij de ander ook aan als goede zorg? Of moet ik iets anders doen?

In de benadering van mensen met een psychogeriatrisch beeld zijn er twee haaks op elkaar staande benaderingen, namelijk de persoonsversterkende en persoonsondermijnende. Mensen worden in plaats van ondersteund bij hun beperkingen, ontmoedigd.

Voorbeelden hiervan zijn: trucjes toepassen (manipuleren, misleiden), gedrag uitsluitend verklaren vanuit de ziekte en daarmee iemand niet serieus nemen, gevoelens ontkennen, iemand beschuldigen van iets waaraan hij niets kan doen, ervan uitgaan dat iemand met dementie niet kan kiezen en diens keuzes overnemen, handelingen onnodig overnemen, initiatieven afkappen, over iemands hoofd praten. Een mens ontwikkelt zich in de sociale omgang met anderen. Ook bij de behandeling / benadering van mensen met een psychogeriatrisch beeld dient de persoon centraal te staan. Wanneer deze als een inhoudsloos, passief wezen wordt benaderd, zal dit meer schade toebrengen aan zijn conditie.



Naar Kitwood 1997, Van der Kooij 2003, De Lange 2004, 2005

In Nederland heeft het model van Kitwood als basis gediend voor deze benaderingswijze en is dat uitgewerkt in een behoeftebloem waarbij elk blad aangeeft wat een dementerende mens nodig heeft om zich veilig en geborgen te voelen.

Meest geschikt voor....

Algemeen toepasbaar.

Toepassingsvorm

24 uurs benadering.

Voorwaarden

Doen

- ✓ Accepteren, steunen, geruststellen
- ✓ Eerlijk en open zijn
- ✓ Rekening houden met behoeften
- ✓ Bevestigen van gevoelens
- ✓ Meegaan in de beleving
- ✓ Aandacht voor gehechtheidsfiguur of voorwerp

Niet doen

- ✗ Beschuldigen
- ✗ Trucjes toepassen, misleiden
- ✗ Behoeften niet onderkennen, onbegrip
- ✗ Ontkennen of negeren van gevoelens
- ✗ Beleving ontkennen
- ✗ Negeren behoefte aan gehechtheidsfiguur of voorwerp

- ✓ Toon respect
- ✓ Accepteer de persoon en diens gedrag
- ✓ Geef positieve waardering en complimenten
- ✓ Ken de levensgeschiedenis en reminisceer
- ✓ Stimuleer contact met familie
- ✓ Creëer een eigen herkenbare plek

- ✗ Betuttelen, kinderlijk behandelen
- ✗ Vooroordelen over de cliënt hebben
- ✗ Negatieve waardering, corrigeren
- ✗ Niet op de hoogte zijn van de levensgeschiedenis
- ✗ Contact met de familie afsluiten, niet stimuleren
- ✗ Geen eigen plek

Zintuigactivering (primaire activering, snoezelen)

Deze benadering richt zich op het activeren van de zintuigen zoals ruiken, gehoor, gezicht, reuk, smaak en tast. Cliënten worden via het selectief prikkelen van zintuigen gestimuleerd hun emoties en gevoelens (in het bijzonder gevoelens van genegenheid en tederheid) te uiten.

Deze vorm van benaderen is gericht op het leggen van contact, het creëren van een veilig leefklimaat, het teweegbrengen van gevoelens van eigenwaarde, ontspanning en rust. Net als bij de validerende benadering staat de innerlijke leefwereld centraal



Meest geschikt voor....

Zintuigactivering is algemeen toepasbaar. Is soms de enige mogelijkheid om in contact te komen met cliënten in 'het verzonken-ik'.

Toepassingsvormen

- Tijdens de dagelijks zorg
Als onderdeel van een andere activiteit, bijvoorbeeld door de cliënt te laten ruiken aan de zeep en andere lekkere geuren. Door mee te gaan in de beleving ontstaat een band en wederzijds vertrouwen.
- Als gerichte activiteit
Vaak in een snoezelruimte: een rustige, gedempte atmosfeer, lichteffecten, zachte kleuren en muziek. Met materialen die zintuigprikkeling stimuleren. Zoals parfums, bloemen, wierook, fruit, koekjes, drankjes, snoepgoed. Om te kijken zijn er lampen met lichteffecten, spiegels en andere glinsterende en gekleurde voorwerpen. Om te voelen zijn er voelkussens, knuffels, poppen, sop, zand, scheerschuim. Om te horen is er een geluidsinstallatie.

Waarde van deze benadering

Deze vorm van benaderen heeft niet alleen positieve effecten op cliënten met een verder gevorderde dementie, maar ook op zorgverleners. De volgende positieve effecten worden genoemd:

- minder gebruik en minder snel voorschrijven van rustgevendende medicatie;
- afname van onrust, er ontstaat een ontspannen sfeer tijdens de dagelijkse zorgverlening;
- afname van agressie;
- zorgverleners ervaren dat het leven van de cliënt met dementie meer zinvol is;
- zorgverleners ervaren dat er een zinvolle relatie met de cliënt wordt opgebouwd.

De inzichten van deze benadering onderstrepen het belang van andere alledaagse zaken die van invloed zijn op het welbevinden van cliënten (eigenlijk allemaal). Voorbeelden:

- de geur van verse koffie;
- de geur van vers gebakken cake of koekjes;
- de smaak van chocolade;
- de emotionele gevoelens bij bepaalde soorten muziek;
- het bekende geluid van

Voorwaarden

Om zo systematisch mogelijk aan het werk te gaan kunnen de volgende stappen ondernomen worden:

- Het in kaart brengen van levensloopgegevens en achtergrondgegevens van de cliënt.
- Het in kaart brengen van recente gegevens over het psychosociaal en fysiek functioneren.
- Het formuleren van een probleemstelling.
- Het opstellen van een activiteitenplan.
- Observatie van reacties van cliënten op activiteiten.
- Het evalueren en het bijstellen van het activiteitenplan.
- Opnemen van facetten van deze benadering in het zorg(leef)plan: integratie in dagelijkse zorg.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat deze benaderingswijze niet statisch is, maar steeds afgestemd moet worden op de reacties van de cliënt.



Website: www.worldwidesnoezelen.com. Kijk ook in de online kennisbank van www.btsg.nl, trefwoord snoezelen.

Passiviteiten van het Dagelijks Leven (PDL)

Een methode gericht op ondersteuning van 'passieve' cliënten. Deze cliënten zijn niet in staat tot het verrichten van activiteiten en hebben niet meer de mogelijkheid om zelf actief mee te werken aan hun behandeling.

Omdat passiviteit leidt tot bepaalde voorkeurshoudingen, afweerspanning en contracturen (= de gewrichten zijn niet goed te bewegen of blijven uit zichzelf in een kromme of rechte stand staan), is het doel van PDL het voorkomen van doorligwonden (decubitus), contracturen en het brengen van ontspanning. Zo streven we naar een zo goed mogelijk leefklimaat voor passieve cliënten.

Meest geschikt voor

PDL wordt toegepast bij ernstige, chronisch verpleegbehoefte cliënten die de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) niet meer zelf uit kunnen voeren en waarbij dit geheel door de hulpverleners moet worden overgenomen.

Hoewel PDL gericht is op passiviteit, staat zintuigactivering centraal. De cliënt laat via de zintuigen merken wat hij prettig vindt of niet. Dit verhoogt het gevoel van veiligheid en geborgenheid.

Toepassingsvorm

PDL is een 24-uurs benadering. Het gaat gepaard met een invoelende (empathische) cliëntgerichte en rustgevende houding van de zorgverlener.

Toepassingsvoorbeelden:

- **Liggen**
Het liggen vergroot de kans op contracturen en decubitus. Ter preventie van deze complicaties toepassen van wissellegging en dynamische ligvoorzieningen.
- **Zitten**
Aanpassen van zitelementen aan het lichaam van de 'passieve' cliënt. Vaak ontstaat druk op stuit en de ellebogen, waardoor decubitus kan ontstaan. De kans op contracturen neemt toe doordat cliënt scheef kan zakken of voorover gaat buigen. Dynamische zitmiddelen moeten hoofd, romp, armen en benen zodanig ondersteunen dat cliënt zich prettig voelt en zich kan ontspannen.
- **Wassen en verschoneren**
De fysio- en ergotherapeuten kunnen verpleegkundigen en verzorgenden vaardigheden en handgrepen leren die de cliënt ten goede komen. Het gaat om technieken die ontspanning van de spastische spiergroepen teweegbrengen. De benadering moet rustgevend zijn, de hulpverlener moet niet routinematig werken, maar vragen wat de cliënt prettig vindt.
- **Kleden**
Ook bij het kleden kunnen fysio- en ergotherapeuten vaardigheden overdragen aan verzorgenden. Daarnaast kunnen er praktische aanpassingen worden gemaakt zoals lange ritsen, klittenbandsluiting, een grote maat of rekbaar stoffen.
- **Tillen**
Uitgangspunt van het tillen of verplaatsen van de passieve cliënt is dat de veiligheid van zowel tillen als getilde gewaarborgd is. Dit is mogelijk door goede beheersing van handmatige tiltechnieken, veelvuldig gebruik van tilliften en een consequent tilbeleid.

- Voeding
Gevoed worden is voor passieve, zorgafhankelijke mensen een enkele malen per dag terugkerende ervaring met problemen als weigeren, niet doorslikken of uitspugen. De zorgverlener moet weten hoe de cliënt eten en drinken beleeft. De persoonlijke benadering is belangrijk. Dat bevordert het contact en stimuleert de zintuiglijke activering.

Adviezen binnen de PDL voor het leggen van contact met de cliënt zijn:

- Maak oogcontact;
- Hou je hoofd op dezelfde hoogte als het hoofd van de cliënt;
- Vermijd snelle bewegingen;
- Gebruik het spreken niet zozeer als informatiekanaal, maar voornamelijk als rustgevend middel;
- Beperk fysieke handelingen tot een minimum;
- Raak de cliënt aan.

Voorbeeld: PDL bij het eten geven

Tips bij cliënten die negatief reageren bij het eten geven:

- zorg voor prikkelarme omgeving tijdens het eten, denk aan tafelindeling, hoek in de huiskamer
- maak oogcontact
- hou je hoofd zoveel mogelijk op dezelfde hoogte als het hoofd van de cliënt
- geef met je houding aan wat je van plan bent
- vermijd snelle bewegingen
- spreken roept verbale reactie op, gebruik spraak dus als rustgevend middel en niet als informatiekanaal
- beperk het aantal 'lijfelijke' handelingen tot een minimum
- maak handcontact

Adviezen bij het eten geven:

- streef naar privacy en voldoening
- hou je aandacht bij de cliënt
- neem de tijd, als je zelf rust uitstraalt zal dit de cliënt ook rust geven
- hou rekening met de houding van de cliënt
- probeer positieve reacties van een cliënt uit te lokken
- stimuleer positieve reacties van een cliënt door bijvoorbeeld een positieve houding
- probeer bij een negatieve reactie op externe prikkels een prikkelarme omgeving te creëren
- probeer bij negatieve interne prikkels de aandacht van de cliënt af te leiden door bijvoorbeeld zingen of praten of positieve prikkel toedienen
- hou je aandacht bij de cliënt tijdens het geven van de maaltijd. Met collega-zorgverleners communiceren kan tot minder voldoening bij de cliënt leiden.



Website: www.stichtingpdl.nl . Kijk ook in de online kennisbank van www.bts&g.nl trefwoord pdl.



Opdracht: Toepassingsmogelijkheden

1. Welke toepassingsmogelijkheden zie je van PMT, Warme zorg, zintuigactivering en / of PDL bij jouw cliënten?
2. Wat wil je leren om die te gebruiken / te introduceren bij je collega's?

Bijlage: Schema van de fasen van ik-beleving

Stadium ik-beleving	lichte dementie begeleiding 'het bedreigde ik'	gevorderde dementie verzorging 'het verdwaalde ik'	gevorderde / ernstige dementie verpleging 'het verborgen ik'	ernstige dementie verpleging 'het verzonken ik'
houding	met respect, beleefd, vriendelijk	met warmte, geborgenheid, goede sfeer	neem de tijd, straal rust uit spiegel de bewegingen	koesteren en beschermen
aanspreken	met u en achternaam	met u of jij	met jij, eventueel u	met jij
aanraken	niet meer dan nodig, beperkt	aanraken om contact te maken en aandacht vast te houden	aanraken om contact te maken	gevoelvol en 'geleidelijk' aanraken
kijken	oogcontact, van korte duur	oogcontact om warmte en geruststelling over te brengen	houd oogcontact	oogcontact proberen te krijgen
benaderen	verbaal en visueel	eerst zichtbaar zijn, daarna iets zeggen (eventueel met aanraken)	aanraken, oogcontact, spiegelen	eerst 'gezien' en/of 'gehoord' worden, dan zacht aanraken
utleggen	situatie in woorden uitleggen, soms herhalen	situaties herkenbaar maken door laten zien of aanwijzen	verwoord wat je ziet, probeer behoeften te verwoorden	situatie zintuiglijk maken met geur, geluid, aanraking
benaderingswijze	realiteitsoriëntatie	meegaan in gevoelswereld, daarna stemming positief beïnvloeden	meegaan in gevoelswereld	snoezelen en zintuigactivering
in gesprek	<ul style="list-style-type: none"> • wie, wat, waar, hoe vragen • herinneringen ophalen • complimenteren • parafraseren 	<ul style="list-style-type: none"> • parafraseren (sleutelwoorden) • meerduidigheid • gedrag koppelen aan behoefte • herinneringen activeren 	<ul style="list-style-type: none"> • korte zinnen gebruiken en vooral letten op non-verbale • herinneringen activeren 	<ul style="list-style-type: none"> • non-verbaal communiceren: gevoelvol aanraken • spiegelen
emoties	niet uitlokken: accepteren wanneer ze geuit worden	emoties benoemen en verhelderen, soms begrenzen	demonstreren openlijk seksuele gevoelens	kalmeren via aanraking en troostende stem
worstelt met...	zelfvertrouwen, veiligheid	angst om alleen gelaten te worden	onbegrip van de wereld om hem/haar heen	onbegrip van de wereld om hem/haar heen

Stadium ik-beleving	lichte dementie begeleiding 'het bedreigde ik'	gevorderde dementie verzorging 'het verdwaalde ik'	gevorderde / ernstige dementie verpleging 'het verborgen ik'	ernstige dementie verpleging 'het verzonken ik'
wat kun je doen?	<ul style="list-style-type: none"> • aanspreken op kwaliteiten of rol • complimenten geven • taak geven • voorkom confrontatie over onvermogen • praten over mooie herinneringen 	<ul style="list-style-type: none"> • gezellige, vertrouwde sfeer maken • houvast geven (tas, knuffel, boek) • er bij zitten, hand vasthouden, troosten • samen zingen, muziek luisteren • veilige plek zoeken 	<ul style="list-style-type: none"> • aanraken en oogcontact • spiegelen • zing vertrouwde liedjes • toon dezelfde emotie 	<ul style="list-style-type: none"> • rustige omgeving • bekende geluiden, geuren, smaken • angstprikkelers vermijden • niet plotseling aanraken • strelen, masseren spieren ontspannen
lichamelijke zorg (ADL)	begeleiding / toezicht nodig is continent, zoekt wc	zelf eten en drinken, hulp bij overige zelfzorg incontinent, weet dit ook	vrijwel volledige verzorging nodig, eet en drinkt niet zelfstandig niet bewust van incontinentie	volledige verzorging nodig, eet en drinkt niet zelfstandig niet bewust van incontinentie
oriëntatie	herkent familie, soms personeel veel moeite met de weg vinden zoekt eigen plek, wil naar huis	herkent naaste familie soms dwaalt veel, meestal ongericht	kan geen namen, gezichten onthouden	herkent geen familie
geheugen	nog enig leervermogen, onthoudt soms iets	geen leervermogen	alleen vroege herinneringen	geen leervermogen meer
sociaal	merkt veel op	reageert beperkt op omgeving, m.n. op geïsoleerde prikkels	reageert op aanraking, oogcontact of stemgeluid	merkt alleen heel sterke prikkels uit omgeving
communicatie	<ul style="list-style-type: none"> • houdt zich aan normale regels • heeft besef hoe het hoort • begrijpt taal goed • richt zich tot de ander bij spreken • kan lezen en schrijven • spreekt correct zinnen • woordvindproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • vergeet omgangsregels • veel decorumverlies • begrijpt taal bij korte zinnen, met herhaling of aanwijzing • spreekt in zichzelf • kan lezen, niet schrijven • spreekt korte, halve zinnen (chaotische taal) 	<ul style="list-style-type: none"> • herhalen geluiden, bewegingen • kan niet lezen, schrijven 	<ul style="list-style-type: none"> • geen sociale omgang meer • weinig taalbegrip, reageert op klank of woord • herhaalt woorden, klanken • niet lezen of schrijven

Stadium ik-beleving	lichte dementie begeleiding 'het bedreigde ik'	gevorderde dementie verzorging 'het verdwaalde ik'	gevorderde / ernstige dementie verpleging 'het verborgen ik'	ernstige dementie verpleging 'het verzonken ik'
zelfbeeld	<ul style="list-style-type: none"> •ziet zich zoals 10 jr. geleden •kent eigen levensverhaal goed •ouders zijn overleden 	<ul style="list-style-type: none"> •ziet zichzelf zoals ze vroeger was •kent eigen levensverhaal half •ouders leven nog 	zelfbewustzijn verloren	<ul style="list-style-type: none"> •geen zelfbeeld •weet (bijna) niets meer •reageert nog op (voor)naam
beleving en gedrag	<ul style="list-style-type: none"> •beseft eigen vergeetachtigheid •probeert tekortkomingen te verhullen •kan eigen gevoelens verwoorden •heeft een bedoeling met gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> •geen beseft van vergeetachtigheid •verbloemt eigen falen niet •verdwaald in eigen emoties en gedrag, weet niet wat er aan de hand is 	constante herhalende bewegingen	<ul style="list-style-type: none"> •geen ziektebesef, •geen facadegedrag •functioneert alleen op niveau van lichamelijke behoeften en zintuiglijke reacties (reflex, tast, smaak, geur)