

Inhoudsopgave

Lesdag 5 Afname kennistoets

Competentie 1: Zorg voor de kwaliteit van leven van psychogeriatrische cliënten

Competentie 3: Informatie verzamelen

Competentie 5: Werkoverleg, multidisciplinair overleg (MDO)

Leeswijzer lesdag 5.....	3
Competentie 1: Zorg voor de kwaliteit van leven van psychogeriatrische cliënten.....	4
Omgevingszorg: De invloed van de omgeving op het gedrag van cliënten	4
Prikkelers doseren.....	6
Het is ongunstig een cliënt te laten falen.....	8
Het geheugen bestaat uit plaatjes	8
Niet kunnen bedwingen van impulsen, emoties en stemmingen	9
Minder behoefte aan slaap, meer behoefte aan dutten en veel licht overdag	10
Opdracht: De invloed van omgeving op gedrag van cliënten	11
Met een prikkelende omgeving cliënten met dementie verleiden tot activiteit en rust'	11
Belevingsplekken.....	12
Opdracht: omgevingszorg	13
Het bekende en alledaagse als houvast en activiteit.....	14
Verlies van herkenbaarheid en angst overheersen vaak	14
Sluit aan bij dagritme en gewoonten.....	14
Eigen houding	15
Relatief.....	15
Het doel bij activiteiten.....	16
Opdracht: activiteiten	16
Competentie 3: Informatie verzamelen.....	17
Observeren.....	17
Voorkeuren (preferenties) en afkeuren (aversies): het zijn de kleine dingen.....	18
Keuzes voorleggen	19
Vier stappen	20
GIP, de Gedragsbeoordelingsschaal voor de Intramurale Psychogeriatric.....	21
DCM, Dementia Care Mapping.....	22
De MMSE: Mini Mental State Examination	23
Opdracht: MMSE	23
Beoordelingsschalen voor depressie.....	24
GDS-8: Geriatrische Depressie Schaal	24
Cornell Scale.....	24
Plezierige-activiteiten-methode bij depressiviteit.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Observeren van pijn bij dementie.....	25
Opdracht: pijn als oorzaak van onbegrepen gedrag	26
Competentie 5: Werkoverleg, multidisciplinair overleg (MDO).....	27
Multidisciplinaire samenwerking om vorm en inhoud te geven aan het zorgproces	27
Zorg(leef)plan bespreken met de wettelijk vertegenwoordiger.....	28
De voorbereiding op een MDO.....	29
Telefonische consultatie / consultatie via de computer	30
Frequentie en duur	30

De deelnemers	30
Taken en verantwoordelijkheden.....	31
Verloop.....	31
Besluitvorming.....	32
Verslaglegging.....	32
Opdracht: Voorbereiding op een MDO.....	33
Bijlage: Observatielijst preferenties: Positief gedrag	35
Bijlage: Observatie- en registratielijst preferenties: Positief gedrag	36
Bijlage: MMSE.....	37
Bijlage: Stappenplan voor het opstellen van een Plezierige-Activiteiten-Plan (PAP).....	39
Bijlage: PAINAID.....	40
Bijlage: Meetinstrumenten	41

Leeswijzer lesdag 5

Deze lesdag staan we stil bij welke gevolgen cognitieve problemen kunnen hebben op het leven van alledag van de cliënt. Door een voor de cliënt gunstige omgeving te creëren, kan de zelfstandigheid worden ondersteund. Waarop dan te letten? Regelmaat, structuur, veiligheid, gewoontes zijn belangrijk. Maar ook creativiteit, geduld en het centraal stellen van het alledaagse.

Er wordt dieper ingegaan op observatiemethoden. Observeren is meer dan waarnemen, het is gericht kijken naar bepaalde zaken. Goed leren observeren is belangrijk voor een GVP.

Er bestaan veel hulpmiddelen voor gedragsobservaties waarvan we er een aantal kort bespreken. Bedenk dat bij een aantal een gedragskundige nodig is (psycholoog) om een en ander goed te kunnen interpreteren en te vertalen naar omgangsadvies.

Tot slot wordt ingegaan op het Multidisciplinaire Overleg (MDO). Dit overleg is van groot belang. Vanuit verschillende invalshoeken wordt naar het gedrag gekeken waarbij zoveel mogelijk factoren die van invloed zijn op het gedrag aan de orde komen. Dit is ook het moment waarop het zorg(leef)plan met de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt opgesteld, geëvalueerd en bijgesteld.

Er worden tips en richtlijnen gegeven ter voorbereiding op een MDO en hoe dit het best zou kunnen verlopen.

Competentie 1: Zorg voor de kwaliteit van leven van psychogeriatrische cliënten

De GVP is in staat de kwaliteit van leven van de psychogeriatrische cliënt centraal te (laten) stellen en hiervoor de voorwaarden en omstandigheden te (laten) scheppen.

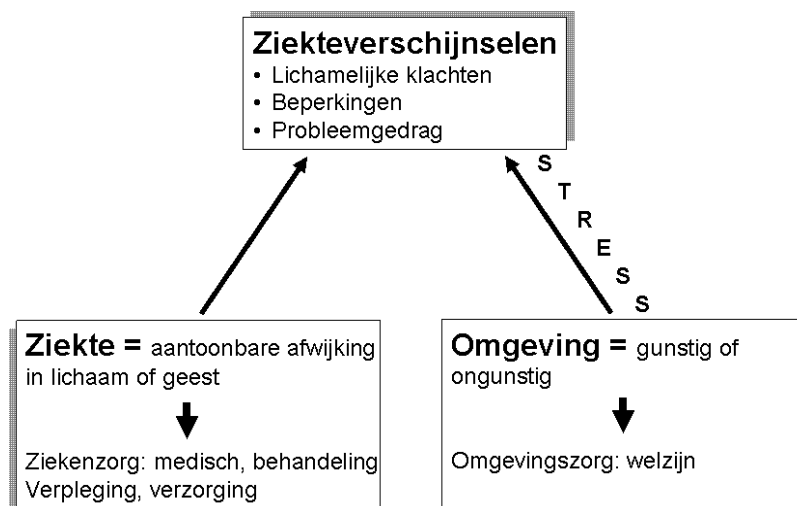
Omgevingszorg: De invloed van de omgeving op het gedrag van cliënten

Bekijk de korte film met als titel 'De wondere wereld van dementie' van Anneke van der Plaats op het GVP deel van de site van BTSG.

Mevrouw A. is erg onrustig. Ze weet niet waar ze is en wat ze moet doen en grijpt je vast. Geruststellen lukt niet. Ze wordt steeds angstiger en wil naar huis, naar moeder. De chaos in haar hoofd verdwijnt door deze gedachte en ze loopt naar de deur om naar buiten te gaan, naar moeder. Ze kan niet naar buiten! Ze trekt aan de deur en begint te roepen.

Op dat moment zien we veel ziekteverschijnselen (in de vorm van onbegrepen gedrag) bij Mevrouw A. en ze lijkt flink dement. Een half uur later kan mevrouw rustig in de stoel zitten en gezellig met je praten. Als wij haar nu voor de eerste keer zouden zien, dan zouden wij haar licht dement inschatten. Maar het is dezelfde persoon die een half uur geleden nog zo zwaar dement leek. Dit verschil in gedrag komt voor een belangrijk deel door het verschil in omgeving. De omgeving is nu gunstig en daarvoor was die ongunstig.

Schematisch:



Ziekteverschijnselen zijn de uiterlijke tekenen van de ziekte die binnenin zit. Ziekteverschijnselen kunnen veroorzaakt worden door stress maar ook vanuit de omgeving. Als er al een ziekte is, dan kunnen de bijbehorende ziekteverschijnselen erger worden door stress. Het lijkt dan alsof de ziekte zelf erger wordt. De neiging bestaat om medicatie te gaan aanpassen terwijl de oorzaak in de omgeving zit.

Onbegrepen gedrag ontstaat niet zomaar. Er is vaak een aanleiding voor in de omgeving. Wat is de omgeving? Dat zijn wij, de hulpverleners met onze bejegening en dat is de letterlijke omgeving, de bouw en de inrichting.



Het zorgen voor een gunstige omgeving vermindert de gedragsproblemen.

Het functioneren van een cliënt kan door de omgeving gunstig of ongunstig beïnvloed worden. Een gunstige omgeving geeft minder onbegrepen gedrag, een ongunstige omgeving juist meer. Vaak zijn wij geneigd om bij onbegrepen gedrag naar de persoon te kijken en veel minder naar de invloed van de omgeving op dit gedrag. Gedrag ontstaat als reactie op prikkels van buiten (dus door omstandigheden of door andere mensen) of van binnen (het voelen van pijn of een plasprikkel). Wij realiseren ons te weinig dat wij zelf het belangrijkste onderdeel van de omgeving van de cliënt zijn. Daardoor produceren wij – zonder het te weten - nogal wat ongunstige prikkels / voorwaarden / omstandigheden.

Voorwaarden voor een gunstige omgeving

Een gunstige omgeving bestaat uit een aantal voorwaarden. De belangrijkste zijn:

- De omgeving is veilig: geborgenheid, prettige sfeer, maar vooral geen haast. Werken met cliënten met cognitieve problemen betekent dat het werk rustig gedaan moet worden. Niet te vlug en teveel heen en weer lopen, niet naar elkaar roepen, niet teveel telefoontjes en piepers etc.
- In de omgeving wordt geen dwang of overmacht gevoeld. Als we de cliënt willen dwingen tot bepaald gedrag, dan is er grote kans op weerstand. Dat gebeurt ook als de cliënt zich ondergeschikt, gecommandeerd of overvraagd voelt. De cliënt staand aanspreken of hoger gaan zitten kan al als bedreigend worden ervaren.
- De omgeving is herkenbaar. Veel cliënten met cognitieve problemen vinden het prettig als de omgeving voor hen bekend is. Dat deze overeenkomt met een voor hen vertrouwde omgeving uit het verleden. Meubels van vroeger, schemerlampen, schilderijen, het moet voelen als vroeger. Zeep uit een flacon kan voor een cliënt vreemd en onbekend zijn, evenals papieren handdoekjes en melkpoeder uit een staafje.



Bekijk het filmpje 'Dementie wijs' met Anneke van der Plaats

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 5**

- In de omgeving moet de juiste prikkel op het juiste moment gegeven worden. Geef gerichte prikkels en vermijd storende, afleidende of niet ter zake doende prikkels. Deze laatste prikkels veroorzaken onrust en chaos. Wanneer er gegeten wordt, moeten er alleen prikkels zijn die

daarmee te maken hebben. De tafel gedekt met de geur van eten. Geen gerinkel met servies, geen etenskarren, niet teveel met elkaar praten, geen televisie aan etc. Dit leidt alleen maar af.

- Wijzelf moeten gunstig overkomen, letten op onze bejegening. Het "afstemmen" is het eerste en het belangrijkste wat je doet. Voordat je met je handeling, je vraag of je opdracht begint, kijk je eerst naar de ogen van de cliënt. Ziet deze je? Waar kijkt deze naar? Maak contact: samen even naar iets kijken, elkaar toelachen, of even aanraken. Totdat je prettig contact hebt en dan lukt alles véél beter. Het is soms een kwestie van een paar seconden!
- "Verleiden" is een kunst die hoort bij een gunstige bejegening. Wanneer een cliënt iets niet wil, dan kun je proberen deze te verleiden. Het is de manier waarop je iets vraagt en doet. Gebruik het vaker en bewuster!
- Woorden zijn vaak moeilijk te begrijpen voor cliënten. Gebruik dus (ook) altijd gebaren bij het communiceren.
- Wandelen in de natuur is heerlijk voor de meeste cliënten rustgevend. Vooral een parkachtige omgeving is zeer gunstig. Probeer daarom familie te stimuleren om met hun familielid naar buiten te gaan.

Prikkels doseren

Aangedane, beschadigde hersenen werken langzaam. Niet alles in de omgeving wordt herkend en men heeft grote moeite om verschillende prikkels tegelijkertijd te verwerken. 'Normale' hersenen kunnen dat wel en kunnen prikkels afweren. Als je dit kunt, kun je je ook concentreren.

Veel cliënten hebben moeite om prikkels af te weren, vooral geluids- en bewegingsprikkels. Daarom is het voor hen vaak onmogelijk om hun aandacht ergens op te richten, ze zijn heel snel afgeleid.

Te veel prikkels

Er kunnen teveel prikkels zijn. Personeel of familie die heen en weer loopt, telefoon of piepers gaan, er wordt naar elkaar geroepen, cliënten lopen van tafel weg en moeten weer opgehaald worden, de radio staat aan etc. Dit geeft afleidende onrust. Wat wij ervaren als een gezellige drukte, kan voor een cliënt een beangstigende chaos zijn waarin deze niet kan functioneren.

Ook materiaal kan teveel prikkels afgeven. Een harde stoel bijvoorbeeld geeft teveel prikkels af waardoor de neiging ontstaat om steeds op te staan. Ga maar eens een uur op een harde stoel zitten. Veel materialen die wij gebruiken i.v.m. hygiëne, zijn vaak hard en weerkaatsen veel geluid; ook een bron van onaangename prikkels.

Te weinig prikkels

Er kunnen ook te weinig prikkels zijn. Er is niemand aanwezig in dezelfde ruimte of het is er stil. Een cliënt kan als reactie zelf geluids- en bewegende prikkels maken of op zoek gaan naar plekken waar beweging of geluid is.

Een cliënt zit over de tafel te wrijven, voelt steeds aan de eigen armen, slaakt af en toe een kreet.



Ook materiaal kan te weinig prikkels afgeven. Op een zachte matras bijvoorbeeld, of op een anti decubitusmatras kan een cliënt het besef verliezen op een matras te

liggen. Zij gaan zichzelf dan stevig vastpakken, hun spieren aantrekken of de benen tegen elkaar houden. Ze doen dat omdat ze denken dat ze zweven!

Dementie: Zen, dolers en evenwichtszoekers

Er zijn cliënten met dementie die bijna de hele dag staren en vrijwel bewegingsloos zijn. Anneke van der Plaats noemt dit de **zen-dementerenden**. Ze "zitten te zitten" en ogen ontspannen.

Als ze gestoord worden door bewegingsprikkels uit de omgeving doen ze hun ogen dicht. Het lijkt alsof ze slapen, maar ze slapen niet. Verzorgenden, maar ook familie, maken zich vaak ongerust over dit niets doen en vinden dat de persoon actiever moet worden. Voor een aantal van hen zijn activiteiten echter vreselijk. Betrokken worden bij allerlei activiteiten is voor hen een kwelling. Vaak hebben zij baat bij een stille omgeving met rustige muziek.

Voor andere cliënten met dementie zijn te weinig prikkels funest. Zij worden daar onrustig van. Zij gaan op zoek naar prikkels. Anneke van der Plaats noemt dit de **dolers**. Met stilstaande prikkels kunnen deze cliënten niets. Als er geen geluids- of bewegingsprikkels zijn, hebben ze het gevoel dat ze niet bestaan. Ze gaan lopen, 'op jacht' naar prikkels. Zijn er in de ruimte waar ze verblijven teveel prikkels, dan zoeken ze een rustiger plek. Zijn daar te weinig prikkels, dan komen ze weer terug. En zo lopen ze de hele dag.

Deze cliënten zoeken dus geluid of bewegingen. Niet te hard of te sterk, maar net sterk genoeg om de hersenen aangenaam bezig te houden. 'Onschuldige' prikkels zijn bijvoorbeeld rustige muziek, rustige films of zacht wisselend licht.

Alle dolers gaan op den duur vallen. Zij blijven echter behoefte hebben aan (bewegings)prikkels, maar omdat ze niet kunnen lopen, gaan ze vaak zelf prikkels produceren. Anneke van der Plaats noemt dit de **evenwichtzoekers**. Zij maken zelf prikkels door te gaan roepen, wriemelen of kloppen.

Aanbieden prikkels en structuur

Veel woonsituaties bieden dolers en evenwichtzoekers onvoldoende afleiding. Het is ronduit saai voor hen. Wij zullen hen leuke, interessante en onderhoudende prikkels moeten aanbieden. Dat is niet zo moeilijk en de moderne techniek komt ons daarbij goed van pas. Prettige prikkels voor veel cliënten zijn over het algemeen herkenbare, langzame beelden.

Bepaalde prikkels kunnen gebruikt worden om doelgericht bezig te zijn. Zo kunnen prikkels worden gebruikt om een cliënt te laten weten dat het koffietijd is (reuk van koffie), dat er gegeten kan worden (dekken van tafels, geur van eten), dat het bedtijd is. Dit vereist enige voorbereiding om rituelen uit te voeren en te zorgen voor de juiste prikkels die bij het gewenste doel horen.

Belevingsgericht loopcircuit

Om te voorkomen dat dolers gaan vallen is het verstandig om voor onrustige cliënten binnen zorgorganisaties een belevingsgericht loopcircuit te ontwerpen. Het moet er aantrekkelijk uitzien door bewegende lichten. Er moeten prettige hoekjes zijn, met stoelen: een filmhoek, een snoezelhoek, een dia-hoek, een volière, een stromend, klaterend watertje, etc. Hier worden hun hersens als het ware naar toe getrokken. Zet er een paar losse stoelen neer en dan gaan ze dan een poosje zitten. Hun benen krijgen dan even rust, en ze gaan minder vallen. Een prettige bijkomstigheid is dat ze dan niet steeds naar de huiskamers terugkeren, waar ze een "besmettelijke" onrust veroorzaken.

Het zal duidelijk zijn dat de inrichting voor veel cliënten aan speciale voorwaarden moet voldoen, met niet teveel en niet te weinig prikkels.

Het is ongunstig een cliënt te laten falen

Onbegrepen gedrag begint vaak met een faalgevoel, waarna een cliënt opstandig, boos of agressief kan worden. Dit is een natuurlijke reactie. Ook 'gezonde' mensen reageren zo op kritiek en gaan dan ook (even) in de afweer: "ja maar..." 'Gezonde' mensen kunnen zich echter beter aanpassen wanneer ze inzien dat ze iets niet goed hebben gedaan. Veel cliënten kunnen dat niet (meer), zijn daar niet meer flexibel in. Zij voelen tijdens een faalmoment alleen een grote leegte en angst in hun hoofd. Een cliënt kan hier alleen maar tegenin gaan, schelden of boos worden. Hoe meer een cliënt het gevoel heeft dat hij faalt hoe erger deze reactie wordt.



Soms kun je een cliënt tot inzicht laten komen door de cliënt zelf iets te laten ontdekken. Vaak zijn we pas overtuigd als we het zelf gezien, gehoord of meegemaakt hebben. Dus als bijvoorbeeld een cliënt in paniek raakt omdat er nog boodschappen gedaan moeten worden, kan je het kastje laten zien waar nog voorraad staat of een (gevulde) ijskast.

Cliënten met cognitieve problemen voelen zich bijna voortdurend falen. Vaak wordt dit gevoel van falen veroorzaakt door de omgeving. Veel mensen menen dat een cliënt bij de tijd moet blijven, door de cliënt te testen ("wat heb je tussen de middag gegeten?") of te verbeteren ("dat heb je net ook al verteld"). Het resultaat is dat de cliënt boos wordt: "Ik ben niet gek, maar jullie!"

Cliënten niet laten falen is niet gemakkelijk. Belangrijk is om niet te corrigeren. Dingen vragen die te moeilijk zijn ("U kunt zichzelf toch wel even afdrogen?") kun je beter achterwege laten. Ook test- of overhoorvragen ("Hoe heet die mevrouw die naast u zit?") moet je zoveel mogelijk vermijden.

Het geheugen bestaat uit plaatjes

Mensen slaan hun herinneringen op in beelden of plaatjes. Wanneer wij vertellen over wat we afgelopen weekend hebben gedaan, waar we op vakantie zijn geweest of hoe een kerk er bij ons in de buurt uitziet, dan doen we dat aan de hand van plaatjes die wij in ons geheugen hebben. Je ziet tijdens het vertellen alles even voor je. Het geheugen van mensen lijkt op een dik prentenboek, waar ons hele leven in opgeslagen is.

Als iemand zegt: 'De sleutel ligt naast de radio', dan gaan we eerst op zoek naar de radio, omdat deze groter is dan een sleutel. We nemen een plaatje in ons hoofd van een radio en gaan dan allerlei voorwerpen langs. Deze voorwerpen vergelijken we totdat we een voorwerp zien dat overeenkomt met het plaatje in je hoofd van een radio. Vervolgens gaan we naar die radio en halen het begrip "naast" uit ons geheugen. We weten dus dat we aan weerszijden van de radio moeten kijken en er niet voor of achter. Dan nemen we een plaatje van een sleutel in ons hoofd en kijken naar de voorwerpen naast de radio. Als we iets zien dat lijkt op dit plaatje is de sleutel gevonden.

Bij 'normale' hersenen gaat dit razendsnel en onbewust. Het geheugen heeft niet alleen een functie om herinneringen van vroeger op te halen, maar ook om dingen te herkennen.



Bij beginnende dementie raakt dit opnemen van nieuwe plaatjes in het geheugen verstoord. Bovendien vervagen bestaande plaatjes en gaan verloren. Eerst de plaatjes van de afgelopen 10 jaar, dan van de laatste 20 jaar, dan die van de laatste 30 jaar, 40 jaar, 50 jaar. Steeds oudere plaatjes blijven nog bestaan, maar gaan uiteindelijk ook verloren.

Een cliënt met dementie van 80 jaar heeft dus heel andere plaatjes van een radio en een sleutel dan dat ze er nu uitzien. Hierdoor is het vaak onmogelijk om een moderne radio, een koffiezet apparaat, een tafel, een stoel, etc. te herkennen. Het is dus belangrijk om de omgeving voor deze cliënten in te richten met ouderwetse, voor hen herkenbare voorwerpen.

Vaak kan een cliënt met dementie het heden niet meer herkennen. Zo kan een woonkamer niet worden herkend want het lijkt niet op de woonkamer van vroeger. We kunnen het wel zeggen: "U woont nu hier, dit is uw huis". Maar als deze plaatjes niet met elkaar overeenkomen, dan kan een cliënt angstig worden, omdat deze denkt dat niet in het eigen huis te zijn maar in een vreemd huis.

Een vrouw met dementie herkent na verloop van tijd haar eigen man niet meer, omdat alleen nog het plaatje van haar man van vroeger bestaat. Ze herkent zichzelf ook niet meer in de spiegel omdat ze van zichzelf ook het vroegere beeld heeft.

Ook bepaalde bewegingen kunnen een plaatje van vroeger oproepen. Als je bijvoorbeeld een onverwachte beweging maakt tijdens het verzorgen, kan de cliënt opeens angstig of kwaad worden. Misschien omdat deze vroeger, als hij niet goed zijn best deed, onverwacht een tik kreeg. De onverwachte beweging tijdens het verzorgen roept dan dit plaatje op en de verzorgende wordt in de beleving van de cliënt de leraar van vroeger. Het is dus niet tegen jou persoonlijk gericht, maar tegen een plaatje van vroeger dat jij door jouw gedrag per ongeluk hebt opgeroepen.

Voor veel cliënten met cognitieve problemen is het uitvoeren van een opdracht één van de moeilijkste dingen. Opdrachten als: "Draai u eens om", "Geef maar hier", "Ga maar staan", lukken vaak niet, omdat een cliënt de daarvoor passende beweging niet meer in zijn geheugen kan vinden of je woorden niet meer begrijpt.

Niet kunnen bedwingen van impulsen, emoties en stemmingen

Eén van de taken van de grote hersenen is het sturen en regelen van impulsen, emoties en stemmingen. De grote hersenen kunnen daar, als het nodig is, een rem op zetten. Bij cliënten waarbij delen van de grote hersenen zijn aangetast lukt dat niet meer.

Impulsen zijn onweerstaanbare prikkels, die je moeilijk kunt bedwingen. In onze opvoeding hebben wij geleerd ze te bedwingen (bijvoorbeeld geen boer laten in gezelschap). Zo worden de meesten van ons 'fatsoenlijke mensen'. Maar dit fatsoen blijkt maar een dun laagje vernis. Er hoeft maar iets in onze hersenen te gebeuren, één adertje te knappen, en al onze nette manieren gaan verloren. De rem gaat eraf en de cliënt gaat zich in onze ogen onfatsoenlijk gedragen.

Veel cliënten met cognitieve problemen kunnen sterke emoties niet meer bedwingen. 'Gezonde mensen' zijn in staat om kwaadheid voor zich te houden of hoeven niet bij ieder verdrietig televisie programma te huilen. Voor het inhouden van emoties, impulsen en stemmingen is een sterke invloed van de hersenen nodig. Soms werkt dat niet meer of onvoldoende en kan een cliënt snel van emotie wisselen. Eén verkeerd woord en ze zijn kwaad en één lief gebaar en ze zijn weer blij.

Een stemming is een bepaalde geestesgesteldheid die langer duurt dan een moment. Een kortdurende stemming zou je een bui kunnen noemen. Wij kunnen een bui (bijvoorbeeld een rot bui) wel weer onder controle krijgen. Bij cliënten met cognitieve problemen kan een bui zomaar opkomen en de cliënt is dan niet meer in staat om een rot bui om te buigen. Het slechte humeur gaat gepaard met slecht functioneren, tegenwerken, schelden etc. De stemming heeft bezit genomen van de cliënt en deze is niet in staat er tegen in te gaan. Ook impulsen kunnen vaak niet meer in- of tegenhouden worden. Denk maar aan de doler die, ofschoon hij doodmoe is, de bewegingsdrang niet kan intomen.



Minder behoefte aan slaap, meer behoefte aan dutten en veel licht overdag

Het is bekend dat ouderen minder behoefte hebben aan slaap. Vaak is een diepe slaap (de zogenaamde REM-slaap of droomslaap) van 4 tot 6 uur voldoende. Het wakker zijn neemt dus in een etmaal een grote plaats in. Naast de diepe slaap bestaat ook nog de zogenaamde slow-sleep. Dit is een soort dutten, wat een goede lichamelijke opknapper geeft.

Cliënten met dementie zouden eigenlijk vele uren moeten dutten. Het echte slapen, de REM-slaap moet het liefst 's nachts gebeuren. Het dutten kan ook overdag. Hierbij moeten we er voor zorgen, dat de cliënt niet in de REM-slaap terecht komt (wanneer je in een stoel in slaap valt en je hoofd opeens voorover valt).

Een ideale dagindeling kan zijn dat men rond één uur de lunch gebruikt en daarna tot minstens drie uur dutten. Om half vier beginnen dan de activiteiten tot half zes. Dan wordt ook de 'namiddag-dip' opgevangen en duurt de avond minder lang. Dus geen activiteiten vroeg in de middag!

Uit recent onderzoek blijkt dat veel cliënten overdag te weinig licht krijgen. Eigenlijk zou er een "zee" van licht moeten zijn: helderwitte, hoge plafonds waarop sterke gloeilampen schijnen zodat het licht massaal weerkaatst. Liever geen zonneschermen die bij ieder straalje zon naar beneden gaan. Maar 's avonds wél schemeren met dichte gordijnen, schemerlampjes en open haard vlammetjes of een ondergaande zon op de video. Dit alles maakt dat men makkelijker naar bed wil en beter slaapt.

Zes uur op, zes uur af

Naarmate we ouder worden hebben we minder slaap nodig. Oude mensen zouden al aan zes uur slaap genoeg hebben. Er is dus een waaktijd van zo'n achttien uur. Geen enkele oudere kan zoveel tijd achtereen wakker blijven. De behoefte aan slaap neemt weliswaar af maar niet de behoefte aan fysieke rust. Deze neemt juist toe. Een dagritme waarbij ouderen van 08.00 uur tot 20.00 uur wakker blijven, maakt dat ze in de loop van de middag erg moe worden. Voldoende moe voor een slaap van de eerder genoemde zes uur. Gevolg: toenemende vermoeidheid in de middag, vroeg naar bed en midden in de nacht weer wakker. Beter is dus om hen wat langer 's middags te laten rusten en dan in de avond activiteiten aan te bieden. De kwaliteit van het middagdutje is anders dan de nachtelijke, waardoor de behoefte aan slaap niet zal afnemen. Slapen van 14.00 uur tot 18.00 is vaak niet haalbaar, maar wel tot bijvoorbeeld 16.00 uur. Hierdoor kunnen de ouderen meer genieten van de periodes dat zij wakker zijn (meer uitgerust) Omdat ze later naar bed gaan zullen de nachten beter verlopen en, bijkomend voordeel, de tijd tussen avondmaaltijd en ontbijt wordt wat verkort.

De theorie zou wellicht een verklaring zijn voor het zogenaamde sundowning syndroom. Dat is de verandering in het gedrag van veel ouderen met dementie tegen het eind van de middag waarbij ze rustelozener worden, naar huis of hun ouders willen, gaan rondlopen, moeilijk gerust te stellen zijn, verwarder en onsamenhangender zijn.



Opdracht: De invloed van omgeving op gedrag van cliënten

1. Geef een positief en een negatief voorbeeld uit je werkpraktijk waaruit de invloed van de omgeving op het gedrag van een cliënt / cliënten blijkt.

Positief

Negatief

2. In de tekst wordt gesproken van 'Zen, dolers en evenwichtszoekers' en de rol die prikkels (of het ontbreken daarvan) daarbij spelen. Herken je dergelijke 'typen' cliënten?
 - Hoe ga jij daarmee om?
 - Welke rol speelt bij hen te veel / te weinig prikkeling?
 - Zie je op basis van de tekst mogelijkheden om daar anders mee om te gaan?

Met een prikkelende omgeving cliënten met dementie verleiden tot activiteit en rust^a

Mensen met beschadigde hersenen hebben moeite met het begrijpen en kunnen plaatsen van de omgeving waarin zij zich bevinden. Dat heeft consequenties voor de inrichting van de omgeving. Ook hebben zij vaak waarnemingsstoornissen. Diepte, vormen en kleuren zijn daardoor vaak moeilijk te herkennen.



een ongunstige stoel



een gunstige stoel

Cliënten met dementie zullen niet gauw op de linker stoel gaan zitten. Het is te abstract. De chromen poten worden niet waargenomen. De stoel lijkt te zweven in de ruimte.

Wist je dat zwarte strepen worden gezien als een kuil, iets waar je letterlijk overheen moet stappen?

Belevingsplekken

Belevingsplekken verminderen de kans om te vallen. Cliënten worden verleid om even te rusten door aansprekende taferelen waar iets te beleven valt. Deze belevingsplekken hebben ook een recreatieve functie voor de cliënten en hun familie. Zij kunnen nu samen iets beleven.



Bekijk het filmpje 'Belevingsplekken'

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 5**



situatie voor



situatie na, ouderwets huiskamertje

^a Bron: De Koning Creaties



situatie voor



situatie na, filmhoek



situatie voor



situatie na, babykamer



Anneke van der Plaats werkt binnen het breincollectief samen met anderen waaronder De Koning Creaties en de dementie-winkel. Samen ontwierpen zij zogenaamde beleefplekken.



Opdracht: omgevingszorg

1. Hoe kijk jij aan tegen belevingsplekken, zoals in het filmpje?
2. Hoe denk je dat collega's, directie, familie tegen dergelijke plekken aankijken? (Nb het gaat niet om het geld maar om het idee). Denk met name aan de kinderhoek.
3. Bedenk samen een belevingsplek die je zou kunnen realiseren.

Het bekende en alledaagse als houvast en activiteit

(1) 'Activiteiten moeten aansluiten bij de gewone dagelijkse bezigheden, zoals het voorbereiden en klaarmaken van maaltijden, koffie en thee zetten, bezoek ontvangen en lichte huishoudelijke werkzaamheden. Vertaal de persoonlijke interesse en behoeftes van de individuele cliënt naar individuele activiteiten en stimuleer deze. Het kan ook gaan om groepsactiviteiten waarbij de sociale contacten in een huiselijke sfeer worden bevorderd. Denk hierbij aan krant lezen, creatieve activiteiten en geheugenspelletjes.'

Verlies van herkenbaarheid en angst overheersen vaak

Door een geestelijke achteruitgang of beperking, problemen met het geheugen of met de oriëntatie verliest de omgeving voor de cliënt steeds meer aan herkenbaarheid en veiligheid: "Wat moet ik ook al weer doen, Waar ben ik, Wie bent u?" Datgene wat vertrouwd was wordt onbekend en vreemd, de volgorde van handelingen wordt niet meer overzien waardoor dingen fout gaan. Vergeten wordt wat men wilde en waar men is. In een nieuwe woonomgeving kunnen al deze problemen gemakkelijk versterkt worden. Hoe meer de omgeving dan lijkt op wat lange tijd deel uitmaakte van het eigen leven van de cliënt, hoe langer de cliënt houvast heeft, zich veilig voelt en binnen alle beperkingen die er zijn toch nog zoveel mogelijk kan blijven doen, beleven en ervaren.

(2) 'De sfeer is belangrijk en moet gemoedelijk zijn. Gewoontes moeten zo lang mogelijk in stand worden gehouden. Samen de tafeldekken en kiezen wat je wilt eten. In de gaten houden of het eten als geheel voldoende gezond en gevarieerd is. Een herkenbare inrichting van de (woon)ruimte.'

Een proces van geestelijke achteruitgang of beperkingen in het geestelijk functioneren, brengen angst met zich mee. Angst en het toenemend onvermogen om het leven zelf te structureren leiden tot het afnemen van eigen initiatief met als resultaat passiviteit, apathie, agitatie, onrust, frustratie en soms agressie. Immers wanneer een situatie angst oproept en wanneer je aan die situatie weinig kunt veranderen, ligt het voor de hand dat je die situatie gaat vermijden.

Sluit aan bij dagritme en gewoonten

Sluit aan bij het dagritme en de gewoonten van een cliënt. Geef voorwerpen een bekende vaste plaats. Dit helpt het zo lang mogelijk ondersteunen van de zelfstandigheid. Was iemand gewend vroeg op te staan, dan is het belangrijk dat een cliënt dat kan blijven doen. Een vaste groep medewerkers roept vertrouwde gevoelens op. Bovendien leren zij een cliënt zo goed kennen.

(3) 'En ondertussen is het zeven uur en sta je aan het begin van je werkdag in een kleinschalige woonvorm. Hoe die dag er precies uit gaat zie, is niet bekend. Er is wel een zekere structuur en een bepaald ritme. Maar het is niet de bedoeling dat al precies vaststaat wat je allemaal gaat doen en wanneer, want elke dag is anders.'

Clënten zijn gebaat bij herkenningpunten in de vorm van eigen spullen of voorwerpen die een gevoel van geborgenheid / veiligheid meebrengen. Zo kan een handtas, een gevoel van veiligheid geven (daar zit alles in wat je nodig hebt). Herkenningpunten kunnen de zelfredzaamheid nog lang ondersteunen. Zo kan in een nieuwe woonomgeving een 'eigen' schilderij of stoel behulpzaam zijn bij het vinden van de eigen kamer.

Eigen houding

Een negatief beeld van de ouderdom en zorgafhankelijke ouderen, kan leiden tot een verkeerde benadering, waardoor, meestal onbedoeld, achteruitgang wordt versneld en angst bevordert. Om dit tegen te gaan moeten alle betrokkenen inzicht hebben in het proces van geestelijke achteruitgang en zich realiseren dat eigen gedrag en de eigen houding van invloed is op het gedrag van cliënten.

Het grootste gevaar is dat we door drukte er aan voorbijgaan dat iedere cliënt een eigen levensgeschiedenis (levensloop) heeft. Wil je het huidige gedrag en de beleving van een cliënt begrijpen, dan moet je aandacht en kennis hebben van deze unieke levensloop. Verder pas je je tempo aan aan dat van de cliënten. Zij hebben problemen met de concentratie, kunnen snel afgeleid zijn en hebben vaak meer tijd nodig om te kunnen reageren. Een rustige houding, een rustige omgeving en alledaagse bekende activiteiten zijn belangrijk. Overprikkeling kan hinderlijk zijn, maar ook onderprikkeling. Reageer daarom niet te snel en een redenering als "ik doe het zelf wel want dan gaat het sneller" is helemaal uit den boze.

(4) 'Dat is echt wennen. Dan zit je in de huiskamer en zegt een cliënt: zal ik nog een kopje koffie inschenken? Als verzorgende heb je de neiging om te zeggen: "Nee, blijf toch zitten, ik ga wel." Terwijl het er juist om gaat dat een cliënt zo veel mogelijk zelf doet.'

Relatief

'Je bent jong en je wilt wat', dat kan het lastig maken om oog te hebben voor het welzijn van een cliënt. Als medewerker wil je soms te veel, zoek je het te ver of bij de verkeerde dingen. Rustig zitten, muziek luisteren en naar buiten kijken zijn ook activiteiten.

(5) 'De begeleiders in kleinschalige woonvoorzieningen moeten het niet moeilijker maken dan het is. Bij alle activiteiten die je aanbiedt, draait het om aandacht en respect. Dat dient de begeleider voor ogen te houden én of de activiteit nog plezier oplevert bij de cliënt. Het resultaat is van ondergeschikt belang.'

Activiteiten moeten afgestemd zijn op wat de cliënt gewend was en zinvol vond. De vraag is dan: wat is zinvol / wat is een zinvolle activiteit? Niet iedere oudere ervaart een spel als zinvol, bijvoorbeeld na een leven van hard en lang werken waarin geen tijd was voor zulke dingen. Richt je in eerste instantie op alledaagse activiteiten en wat aansluit bij de levensloop van de cliënt. De individuele cliënt bepaalt of hij iets wel of niet zinvol vindt.

Het doel bij activiteiten

- Bieden van een huiselijke sfeer.
Door de aankleding van de ruimten, je houding, door te proberen een gevoel van veiligheid / geborgenheid bij de cliënten op te roepen.
- Bieden van een zinvolle dagindeling.
Door alledaagse activiteiten aan te bieden en zo nodig structuur aanbrengen in de dag(en).
- In stand houden van sociale contacten.
Door familie er bij te betrekken en een gevoel te geven altijd welkom te zijn, door activiteiten buitenshuis zo lang het kan mogelijk te maken, door samen dingen te ondernemen.
- Zelfstandigheid ondersteunen en stimuleren
Het vermijden van betutteling, niet uit handen nemen van handelingen die nog zelf verricht kunnen worden, door positief te reageren op wat cliënten zelf doen (ook al gaat dat wellicht niet altijd helemaal goed).
- Lichamelijke mobiliteit intact proberen te houden
Door de huishoudelijke activiteiten maar ook door naar buiten te gaan.



Opdracht: activiteiten

Op de voorgaande pagina's wordt aangegeven dat je het normale leven als uitgangspunt moet nemen. Tempo aanpassen, dagritme aansluitend op dat van de cliënt, werken met de handen op de rug. In de tekstkaders hiervoor geven medewerkers aan hoe zij hiermee omgaan of zouden moeten gaan.

1. In tekstkader (1) noemt een medewerker als activiteit geheugenspelletjes.
 - a Vind jij die passen bij jouw cliënten? Licht je antwoord toe.
 - b Welke geheugenspelletjes gebruik jij / ken jij?
 - c Welke mogelijkheden zie je om hier eventueel meer mee te doen?
2. In tekstkader (4) nemen de cliënten het initiatief en schenken zij voor de medewerker koffie in.
 - a Hoe zou jij reageren als jou dat overkwam?
 - b Hoe stimuleer jij de zelfredzaamheid van cliënten?
 - c Hoe is het gesteld met de ondersteuning van zelfredzaamheid van cliënten door collega's?
3. In tekstkaders (2) en (3) komt naar voren dat het belangrijk is dat het ritme van de cliënten wordt gevolgd en dat medewerkers zich daaraan aanpassen.
 - a Hoe gaat dat (het aanpassen aan het ritme van cliënten) bij jou? of Wat vind jij daarvan?
 - b Het bieden van een zekere structuur is ook belangrijk. Hoe bied jij structuur aan cliënten en hoe flexibel ben je daarbij?
 - c Welke verbetermogelijkheden zie je op dit punt in je werksituatie?

Competentie 3: Informatie verzamelen

De GVP is in staat informatie te verzamelen over psychogeriatrische cliënten uit verschillende bronnen en door eigen observaties en de informatie en de waarnemingen te registreren en te interpreteren in het kader van het geestelijk en fysiek welbevinden en de mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt. De GVP kan de verkregen informatie en inzichten systematische en duidelijk delen met collega's.

Observeren

Observeren is een selectief proces, gaat altijd over een gedeelte van het gedrag van een persoon die we observeren en is er op gericht om systematische wijze informatie te verzamelen.

Observeren is dus een actief (bewust) proces. Door observaties kun je beter inzicht krijgen in het gedrag. Observeren moet systematisch en heeft als doel: het verzamelen van informatie om een antwoord te vinden op een vraag.

Je observeert niet 'zomaar in het wilde weg', maar aan de hand van duidelijke observatievragen. Voorbeelden: 'Hoe reageert de cliënt op een medicatieverandering?'; 'Hoe reageert de cliënt op onze veranderde benadering?'

Door observatie krijg je gegevens over zijn gedrag en reacties. Door deze gegevens met elkaar te bespreken, krijg je inzicht in zijn voor- en afkeuren, belevingswereld en behoeften.

Probleemsituaties/behoeften worden beter in kaart gebracht.

Observeren is door iedereen te leren. Wees bedacht op eigen gevoelens die je observaties beïnvloeden of 'kleuren', zoals:

- je lichamelijke gesteldheid; als je moe bent observeer je minder goed, hetzelfde geldt voor de kwaliteit van je zintuigen;
- je ervaring met observeren; naarmate je het vaker doet, kun je beter doelgericht kijken;
- je stemming; wanneer je moe, boos, bent, observeer je slechter;
- je opvattingen over specifieke cliënten; je observaties worden beïnvloed door de mate waarin je met iemand gemakkelijk of juist moeilijk kunt omgaan;
- het effect van een eerste indruk; deze eerste indruk kan soms lang je observaties beïnvloeden.

Het is onmogelijk te observeren zonder dat je eigen gevoelens een rol spelen. Er is dus altijd sprake van een zekere subjectiviteit en interpretatie. De mate waarin degene die observeert zich hiervan bewust is bepaalt de kwaliteit van de observaties.

De kwaliteit van de observaties kun je als volgt verbeteren:

- observeer met meerdere personen;
- gebruik eventueel hulpmiddelen zoals observatielijsten of schema's of beeldmateriaal;
- let op bepaalde gedragingen (maak keuzes). Let niet meteen op alles in één keer, dat vergroot de onnauwkeurigheid.
- observeer meerdere keren en vergelijk deze.



Bekijk het filmpje 'Observeren'
 Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>
 Klik op de opleiding GVP
 Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
 Ga naar **lesdag 5**

Voorkeuren (preferenties) en afkeuren (aversies): het zijn de kleine dingen

Mondige cliënten kunnen op tal van manieren hun wensen duidelijk maken en meebeslissen over de zorgverlening. Bij cliënten met cognitieve problemen kan dat anders liggen. Hun vermogen tot oordeel en kritiek aangetast. Zij overzien hun situatie minder goed en kunnen niet duidelijk maken waar zij wel en geen behoefte aan hebben. Het is gebruikelijk om zicht te krijgen op hun voorkeuren (preferenties) via gesprekken met partner of familie. De nadruk ligt op de voorkeuren die een cliënt voorheen had. Ook kun je dat observeren, door goed opletten leer je de cliënt beter kennen en krijg je zicht op zijn behoeften.

Vaak wordt deze informatie vastgelegd in het zorgdossier, maar helaas nog niet altijd. Te vaak wordt nog veel gedacht voor de cliënt, wat nodig en goed is voor hem of haar. Dit is geen onwil maar een gevolg van het idee dat deze cliënten moeilijk keuzes kunnen maken.



Ongeacht de cognitieve problemen hebben cliënten individuele voorkeuren en afkeren (= aversies). Het is mogelijk om via gestructureerde gedragsobservaties deze in kaart te brengen. Het blijkt dat wanneer met deze individuele voorkeuren rekening wordt gehouden, het welzijn van deze cliënten (en hun omgeving) toeneemt. Bij voorkeuren en aversies gaat het om een breed terrein: eten en drinken, wijze van verzorgen, benadering, ontspanningsactiviteiten, dagritme en leefstijl. Via gestructureerde observaties (eventueel met video; zie observatielijst in de bijlage) wordt het gedrag gedetailleerd in kaart gebracht met de vermeende aanleiding van dat gedrag.

Voorbeeld: wassen en aankleden

Bij mevrouw Everts is het dagelijks wassen en aankleden een ramp. Het begint bij het uittrekken van de nachtkleding. Haar gezicht vertrekt in een angstige grimas en zij spant alle spieren van haar lichaam. Het wassen ontaardt in een gevecht. Sommige zorghandelingen, zoals het wassen van de oksels, laat zij niet toe. Zij gilt en knijpt de verzorgende als deze aandringt. Na de verzorging is mevrouw nog een half uur van streek. Veel verzorgenden zien er tegenop om haar te moeten wassen.

De gestructureerde observatie levert het volgende op:

Voorkeuren van mevrouw:

- uitgelaten gedrag van de verzorgende (zingen, dansen, gezichten trekken 'gek doen');
- geruststellen en troosten (arm om haar heen slaan, troostende woorden uitspreken);
- 'knuffelen' op uitnodiging van de cliënt;
- continu op warme toon praten;
- korte onderbrekingen inlassen waarin slokjes warme thee of koffie worden gegeven;
- bepaalde Nederlandse liedjes zingen of laten horen;

- vaste volgorde van handelingen aanhouden;
- koosnaam en persoonlijke vertrouwde uitdrukkingen gebruiken.

Aversies:

- eerste aanrakingen bij zorghandelingen;
- uittrekken van de nachtkleding;
- wassen van specifieke delen van het lichaam (oren, oksels, voeten, gezicht)
- de verzorgende verdwijnt uit het zicht van de cliënt;
- het geluid van stromend water;
- handelingen van de cliënt onderbreken;
- van de rechterzijde benaderen;
- bloot zitten.

Aan de hand van deze observaties wordt de werkwijze bijgesteld.

De verzorgende gaat dicht bij mevrouw Everts op bed zitten. Zij reageert daarop door de verzorgende naar zich toe te trekken en koestert zich in het lichamelijke contact. Als de verzorgende zachtjes zingt, lijkt mevrouw nog meer te genieten. Door dit om de paar minuten te doen, neemt de angst en het verzet tegen de zorghandelingen af. Een uitgekende volgorde in de uitvoering van de handelingen doet de rest. Bovendien worden handelingen die de sterkste afkeer oproepen (het wassen van de oksels, het gezicht en de voeten) minder vaak uitgevoerd (niet meer dan uit het oogpunt van hygiëne noodzakelijk is). Het komt nu geregeld voor dat mevrouw nadat zij is aangekleed, in haar stoel in slaap valt.

Keuzes voorleggen

Soms krijgen cliënten weinig keuzes voorgelegd. Veel wordt gedaan met een aankondiging ('Ik ga even uw rug wassen') in plaats van een vraag ('Zal ik uw rug maar even wassen?').

Door een cliënt een paar gerichte keuzes voor te leggen kun je een beeld krijgen van voorkeuren en aversies. Het moet een beperkt aantal keuzes zijn, omdat het anders te belastend wordt.

Meneer van Ingen zit naast mevrouw Jacobs op de bank in de huiskamer. Hij staart naar zijn handen en zij rommelt in haar tas. Zij wisselen vrijwel geen woord met elkaar. Als de verzorgende uit de huiskamer loopt, staat ook mevrouw Jansen op, loopt naar een andere stoel en gaat zitten.

Zij krijgen gedurende langere tijd systematisch en gericht een beperkt aantal keuzes voorgelegd om hun voorkeuren in kaart te brengen. 'Wilt u dit, of wilt u dat?'

Meneer van Ingen:

- *Kiest afwisselend voor een klusje doen of de krant lezen met een lichte voorkeur voor het eerste;*
- *Als hij kiest voor een klusje kiest hij liever voor het vouwen van de was (altijd samen met een verzorgende) dan voor het helpen in de keuken;*
- *Hoewel hij zelf nog kan lezen, kiest hij liever voor het voorlezen van de krant;*
- *Hij is meer geïnteresseerd in sport dan in algemeen nieuws.*

Met een dergelijke methode is het mogelijk om zijn voorkeuren in kaart te brengen. Sommige voorkeuren zijn zeer uitgesproken anderen minder. In veel instellingen brengt het bovenstaande met zich mee dat alle activiteiten rondom een cliënt meer dan voorheen op elkaar moeten aansluiten: er moet geïntegreerd worden gewerkt. Dat vraagt meer afstemming.

Vier stappen

Om achter de voorkeuren en afkeuren van een cliënt te komen doorloop je vier stappen:

Stap 1: Observeren van de uitgangssituatie door middel van observatielijsten en / of beeldopname. Goed observeren is bij deze methode belangrijk.

Bij het op het spoor komen van voorkeuren en aversies, wordt er vooral gelet op situaties / momenten waarop de cliënt positief of negatief reageert. Het gaat daarbij vaak om kleine dingen. Observeren doe je zelf tijdens je contact met de cliënt (zorghandelingen), je kunt een collega vragen te observeren of je interactie met de cliënt kan worden opgenomen.

Bij het gebruik van observatielijsten (die vaak zelf worden gemaakt) wordt vaak de zogenaamde ABC methode gehanteerd voor het analyseren van gedrag. Een voorbeeld van een eenvoudige observatielijst en een meer gedetailleerde vind je in de bijlagen.

Stap 2: Bedenken van een nieuwe benaderingswijze op basis van de observatiegegevens.

Stap 3: Het uitproberen van de nieuwe benaderingswijze en het nogmaals observeren van de cliënt.

Stap 4: Overdragen van de benaderingswijze naar collega's, vrijwilligers en familie.

GIP, de Gedragsbeoordelingsschaal voor de Intramurale Psychogeriatric

Deze gedragsbeoordelingsschaal richt zich op specifieke gedragsproblemen van psychogeriatric cliënten. De schaal is ontwikkeld voor observaties in verpleeghuis, dagbehandeling of bij geronto-psychiatric cliënten. Het gaat niet om een instrument ten behoeve van diagnostiek maar om een signaleringsinstrument. Het geeft een indicatie of er sprake is van een gedragsprobleem, op welke gedrag / gedragingen dit betrekking heeft, of het aanleiding is tot nader onderzoek of het inschakelen van een andere discipline

De lijst bestaat uit 82 vragen verdeeld over 14 sub schalen. Per vraag kun je kiezen uit 4 antwoorden (vierpuntsschaal) die aangeven in welke mate gedrag voorkomt: nooit, bijna nooit, soms en vaak.

Voorbeeld uit de GIP

(De cliënt) Praat mompelt langdurig, tegen niemand in het bijzonder

- 1 nooit
- 2 bijna nooit
- 3 soms
- 4 vaak

De GIP, waarvan je subschalen afzonderlijk kunt gebruiken, geeft een indruk van de volgende gedragsaspecten van een cliënt:

- niet-sociaal gedrag.
8 Vragen over het ontbreken van gedrag gericht op anderen, op het vermijden van contacten of omgang met anderen.
- apathisch gedrag.
6 Vragen over sociale teruggetrokkenheid, gebrek aan interesse in activiteiten of personen en onverschilligheid voor aanwezigheid van anderen.
- bewustzijnsstoornissen.
7 Vragen gericht op bewustzijnsvernauwing, bewustzijnsverlaging of bewustzijnschommelingen.
- decorumverlies.
5 Vragen over wat anderen onfatsoenlijk vinden, of een soort schaamteloosheid (verlies aan correctheid in kleding, maken van ongepaste gebaren en geluiden).
- opstandig gedrag.
5 Vragen om te zien of er verzet is tegen de gang van zaken of personen in de omgeving.
- incoherent gedrag.
5 Vragen om een indruk te krijgen in hoeverre gedrag is aangepast.
- geheugenstoornissen.
7 Vragen over het vergeten van namen, afspraken of het niet herkennen van de woonomgeving.
- gedesoriënteerd gedrag.
5 Vragen over desoriëntatie in tijd, plaats en persoon.
- zinloos repetitief gedrag.
5 Vragen over zinloos herhalen van bepaalde bewegingen of uitingen die geen duidelijke functie hebben (plukken aan kleding, handen wrijven, zinloze verbale uitingen).
- rusteloos gedrag.
5 Vragen over onrust en dwang tot bewegen.
- achterdochtig gedrag.
7 Vragen die aangeven over wantrouwen jegens de omgeving. "
- kwaarmoedig of verdrietig gedrag.
6 Vragen over zich ongelukkig voelen, niet in slaap kunnen komen en angst.
- afhankelijk gedrag.
5 Vragen over het onvermogen zichzelf te kunnen helpen of bepaalde activiteiten te verrichten.

- angstig gedrag.
6 Vragen naar trillende ledematen, rusteloosheid, slaapproblemen en concentratiemoeilijkheden.

Er is een verkorte versie van de GIP ontwikkeld, de zogenaamde GIP-28 waarbij het getal staat voor het aantal vragen. Deze versie kent drie subschalen: apathie met 9 vragen, cognitie met 9 vragen en affect met 10 vragen. De vragen zijn ontleend aan alle subschalen van de GIP.

De GIP-28 kan worden ingevuld door psychologen, verpleegkundigen, GVP en ziekenverzorgenden, die de cliënt goed kunnen observeren.

Voor het invullen is er een observatieperiode van twee personen gedurende 2 tot 3 weken. De twee observatoren vullen dan samen één lijst in voor de betreffende cliënt. Het invullen van de GIP duurt ongeveer 15 minuten, de GIP-28 ongeveer vijf minuten. Om het resultaat te berekenen pas je een bepaalde methodiek toe. Om dit te vergemakkelijken kun je de scores invoeren in Testweb (www.testweb.bsl.nl, een betaalde service van uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum), waarna scoring en rapportage geautomatiseerd verlopen. De GIP-28 vragenlijst is niet verkrijgbaar op papier maar vanuit hetzelfde Testweb gratis te printen.

Toepassingsmogelijkheden

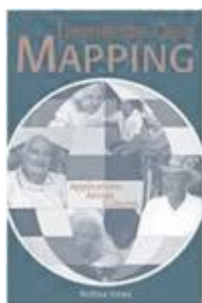
- Vaststellen of er afwijkend gedrag is, dat mogelijk aanleiding is tot verder onderzoek.
- Ondersteuning bij beslissingen over ouderen (wijze van verzorging, therapie, doorverwijzing etc.).
- Veranderingen in gedrag vastleggen.
- Effect van behandeling of therapie kunnen vaststellen.

DCM, Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping (DCM) is ontwikkeld aan de Britse Universiteit van Bradford. De methode richt zich op het welbevinden van de cliënt en de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Zo wordt de zorg aan mensen met dementie in kaart gebracht. Een observator of mapper kijkt zes uur naar één tot maximaal acht cliënten. Iedere vijf minuten schrijft de observant in codes en cijfers op wat hij ziet: hoe reageert de cliënt op zijn omgeving, op wat er gebeurt en op de interactie met de medewerker?

De codes en cijfers worden ingevoerd in een softwareprogramma, hieruit komt een analyse voort. Samen met de medewerkers wordt de analyse besproken. De methode biedt medewerkers een spiegel voor hun handelen. Daarbij wordt niet uitgegaan van 'goed' of 'fout', maar wat geobserveerd is en wat voor invloed dit heeft op het welzijn van de cliënt. Tachtig procent van ons handelen doen we namelijk onbewust. Dit spiegelen maakt medewerkers bewust van wat zij doen. Vervolgens wordt er met de medewerkers een actieplan gemaakt. Medewerkers reageren vaak heel positief. Zeker wanneer ze bij een volgende observatieronde kunnen zien dat veranderingen een positief effect hebben gehad op de kwaliteit van leven van hun cliënten, werkt dit erg motiverend.

De methode is inmiddels al in 20 landen met succes ingevoerd. De Friese Wouden is de eerste organisatie in Nederland die werkt met DCM. Zij zijn in 2007 met de pilot gestart, in nauwe samenwerking met de Universiteit van Groningen. De Friese Wouden beschikt als enige in Nederland over de Britse licentie om de methode toe te passen en zorgverleners op te leiden. In Engeland onderzoekt men of de methodiek ook bij andere doelgroepen positief zou kunnen werken, bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking. Daar zal DCM de eerste Britse standaard worden in de zorg aan mensen met dementie. DCM is wereldwijd dus nog steeds in ontwikkeling.





Kijk op www.dcmnederland.nl voor meer informatie over de methode

De MMSE: Mini Mental State Examination

Let op!

Dit instrument geeft een indicatie voor mogelijke aanwezigheid van dementie. Het is geen diagnostiek, daarvoor is meer en aanvullend onderzoek nodig.

De MMSE is ontwikkeld om in korte tijd een indruk te krijgen van de cognitieve functies van een cliënt en is geschikt voor cliënten met een beginnende dementie. De test bestaat uit 11 vragen met een score van 0 tot 30. Het gaat om aspecten van het cognitief functioneren, vooral het geheugen en de taal. Het heeft de volgende onderdelen: oriëntatie in tijd en plaats, eenvoudige geheugentest, concentratie, taal, rekenen, handelingen uitvoeren en iets tekenen wat je gezien hebt. De MMSE test geen algemene kennis en lange-termijn geheugen. De test duurt ongeveer 10 minuten, zie de bijlage.



Er zijn meer signaleringsinstrumenten voor de huisartsenpraktijk zoals 'Observatie Lijst voor vroege symptomen van Dementie' (OLD, TNO 2001). Je kunt deze downloaden via het GVP deel van de website.



Opdracht: MMSE

Neem de test bij elkaar af (zie bijlage). Bespreek kort wat je er van vond.

Score op MMSE	8 -23	4- 7	0 – 3	0 - 3
	Beginnende en milde dementie	Matige tot ernstige dementie	Ernstige dementie	Ernstige dementie
Fase van ik – beleving	Bedreigde – ik	Verdwaalde - ik	Verborggen – ik	Verzonken - ik
Stadium volgens Validerende benadering (Naomi Feil)	Lichte verwardheid	Verwardheid in tijd	Voortdurende beweging	Vegeteren

Beoordelingsschalen voor depressie

GDS-8: Geriatrische Depressie Schaal

Deze schaal bestaat uit 8 verschijnselen die kunnen duiden op depressie. Het is een verkorte versie van een langere schaal die uit 30 verschijnselen / vragen bestaat. Op elk verschijnsel geef je aan of dat wel of niet voorkomt. De GDS-8 schaal wordt sinds 2010 vaak gebruikt als instrument voor risicosignalering van depressie in het kader van Verantwoorde zorg. Wanneer 3 of meer van de 8 verschijnselen voorkomen zou dit kunnen duiden op depressie.

Cornell Scale

De Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) is een beoordelingsschaal voor depressie bij matige tot ernstige dementie. De 19 beschreven gedragingen, kenmerkend voor depressie (zie ook lesdag 3) waaruit deze beoordelingsschaal bestaat, zijn onderverdeeld in 5 subschalen:

- stemmingsgerelateerde kenmerken (angst, verdriet, prikkelbaarheid),
- gedragsstoornissen (agitatie, interesseverlies),
- lichamelijke kenmerken (eetlust, gewichtsverlies, energieniveau),
- cyclische functies (stemmingsschommelingen, slapen, wakker worden) en
- stoornissen in gedachten inhoud (zelfwaardering, pessimisme, doodswens)

De schalen worden gescoord op basis van een gesprek met de cliënt of door observatie (door GVP, verpleegkundige/verzorgende of partner/familielid). Een score hoger dan 8 op de schaal zou duiden op lichte depressiviteit en een score hoger dan 12 op matige/ernstige depressiviteit.



De 'Cornell scale for depression in dementia' kun je downloaden via:

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

Klik op de opleiding GVP

Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent

Ga naar **lesdag 5**

Observeren van pijn bij dementie

De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat pijn een onderschatte oorzaak is van onbegrepen gedrag bij cliënten en dat het vaker voorkomt dan gedacht. Pijn als gevolg van een slecht passend gebit (vandaar de laatste jaren meer aandacht voor mondzorg), van harde stoelen of te lang moeten zitten (ga eens een uur in dezelfde houding op een stoel zitten).

Pijn als oorzaak wordt onderschat omdat een cliënt vaak niet kan aangeven dat hij / zij pijn heeft. Hij kan dit alleen uiten in gedrag.

Ook blijkt uit onderzoek dat ouderen met dementie minder pijnstillers krijgen dan ouderen zonder dementie, ook al hebben zij een heupfractuur, kanker of gewrichtsaandoeningen. Kennelijk is men terughoudend om hen pijnmedicatie te geven.

Er is veel aandacht voor meetinstrumenten om pijn op te sporen in kaart te brengen en te volgen zoals de PACSLAC ('Pain Assessment Checklist for Seniors with severe Dementia', zie hiernaast) en de PAINAID (Pain Assessment In Advanced Dementia, zie bijlage).

Belangrijk bij het gebruik van deze meetinstrumenten, is observeren (het vermijden van interpretaties).

Stappenplan

Zogenoemde 'comfort-interventies' (zoals snoezelen, herinnering of aanpassen van de dagstructuur) worden nog te weinig gebruikt bij onbegrepen gedrag. Dat is jammer, omdat deze interventies vaak beter werken dan medicatie. Om zorgverleners te ondersteunen bij een stapsgewijze beoordeling van onbegrepen gedrag en bij begeleiding en behandeling is in de Verenigde Staten een protocol ontwikkeld. Dit is bedoeld om:

- Onbegrepen gedrag nauwkeuriger te beoordelen bij cliënten die dit niet meer goed verbaal duidelijk kunnen maken (cliënten met gevorderde dementie).

PACSLAC	
Gelaat	Aanwezig
Uitdrukking van pijn	
Een specifiek geluid of uiting van pijn 'au' of 'oef'	
Werkbouwen fronsen	
Grimas	
Rimpels in het voorhoofd	
Kreunen of kermen	
Verandering in de ogen (scheel kijken, mat, helder meer beweging)	
Pijnlijke plek aanraken en vasthouden	
Pijnlijke plek beschermen	
Terugtrekken	
Verzet / afweer	
Verbale agressie	
Fysieke agressie (bijv. mensen of voorwerpen wegduwen, anderen krabben, anderen slaan, stompen, schoppen)	
Geërgerd (geagiteerd)	
Achteruitdeinzen	
Niet aangeraakt willen worden	
Niet coöperatief / weerstand tegen zorgverlening	
Sociaal emotioneel / stemming	
Nors / prikkelbaar	
Schreeuwen / krijsen	
Donkere blik	
Verdrietige blik	
Geen mensen in de buurt laten komen	
Ontsteld (ontdaan)	
Blozend, rood gelaat	
Rusteloos	

- Een betere en meer op het individu toegesneden behandeling te bieden van zowel pijnklachten als probleemgedrag. Omdat pijn vaak voorkomt en de behandeling relatief eenvoudig is, neemt pijnbestrijding een belangrijke plaats in in het protocol.

De nadruk bij deze methode ligt ook op analyse van de meest voorkomende oorzaken van onbegrepen gedrag.

De methode is gebaseerd op het zogenaamde 'unmet-need-model' (denk aan de behoeftemodellen van lesdag 2). Dit model gaat ervan uit dat het vermogen van een demente cliënt om zijn behoeften en zijn ongemakken te communiceren achteruitgaat, naarmate de dementie vordert.

Behoeften waaraan niet wordt voldaan maakt de cliënt dan kenbaar via zijn gedrag, bijvoorbeeld door onrust, zorg weigeren, huilen en afzondering zoeken. Dit gedrag wordt door de omgeving vaak niet begrepen als uiting of symptoom van ongemak, pijn of ander leed. En gedrag dat niet wordt herkend als uiting van ongemak en/of pijn (en dus ook niet adequaat wordt behandeld), kan weer leiden tot ander, vaak negatief gedrag.

STA OP!

Dit protocol is vertaald en bewerkt voor de Nederlandse situatie en heeft als naam gekregen: STA OP! (STApsgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn bij dementie de baas!).

Belangrijk startpunt van STA OP! is het herkennen en signaleren van gedragsveranderingen en onbegrepen gedrag. Bij cliënten met dementie bij wie door het (multidisciplinaire) team onbegrepen gedrag of gedragsveranderingen zijn vastgesteld, wordt stapsgewijs (zie kader 'Stappenplan') gekeken of voor dit gedrag een verklaring te vinden is, zodat tijdig met een juiste behandeling kan worden begonnen.

Stappenplan STA OP!

Doorloop de volgende stappen, tot het gedrag verklaard is en het probleem is opgelost:

1. Beoordeling van basisbehoeften (moet hij nodig naar het toilet, zitten de kleren te strak?).
2. Beoordeling pijn en lichamelijke behoeften (heeft hij urineweginfectie?)
3. Beoordeling van psychosociale behoeften (heeft hij meer baat bij andere activiteiten?).
4. Comfort-interventies (bijvoorbeeld snoezelen).
5. Proefbehandeling met pijnmedicatie (bijvoorbeeld paracetamol).
6. Consultatie van anderen en / of proefbehandeling met psychofarmaca.



De PACSLAC, PAINAID en een handleiding met de titel 'Ouderen en pijn. Tips voor verpleegkundigen' kun je downloaden via de \ lesdag 5



Opdracht: pijn als oorzaak van onbegrepen gedrag

1. In hoeverre denk jij dat pijn wel eens een rol speelt bij onbegrepen gedrag bij jouw cliënten? Waarop baseer je dat idee?
2. Denk je dat er voldoende aandacht is voor pijn binnen de organisatie waarvoor jij werkt?

Competentie 5: Werkoverleg, multidisciplinair overleg (MDO)

De GVP is in staat de beschikbare informatie over psychogeriatrische cliënten in het MDO aan de orde te stellen en met collega's en vertegenwoordigers van relevante andere disciplines te evalueren en af te stemmen over de verleende en benodigde zorg.



Bekijk het filmpje 'Multidisciplinair overleg'
Ga naar: <https://btsg.nl/inloggen/>
Klik op de opleiding GVP
Log in met het wachtwoord: 2017GVPstudent
Ga naar **lesdag 5**

Multidisciplinaire samenwerking om vorm en inhoud te geven aan het zorgproces

De multidisciplinaire samenwerking richt zich op het zorgproces rond de cliënt, met het zorg(leef)plan als basis voor het handelen van iedere discipline. Het zorgproces kent verschillende overlegvormen waarin de taken van- en de samenwerking tussen de verschillende disciplines aan de orde komen. De belangrijkste overlegvorm is het MDO. Sommige organisaties hanteren een andere naam voor een dergelijk overleg.

Een MDO is:

een geplande bijeenkomst, waarin binnen een bepaald tijdsbestek één of meer cliënten op systematische wijze worden besproken met als hoofddoel de dienstverlening zodanig vorm te geven of evalueren dat dit de kwaliteit van leven van de cliënt ondersteunt of bevordert.

Het doel van een MDO:

1. uitwisselen en benutten van deskundigheid van alle dienstverleners / disciplines van een cliënt;
2. het opstellen van het zorg(leef)plan aan de hand van verzamelde gegevens; dus zorgvragen analyseren en vaststellen en doelgericht afspraken maken in de vorm van activiteiten;
3. het bijstellen van zorg(leef)plan aan de hand van actuele gegevens;
4. het evalueren van de geboden dienstverlening, met betrekking tot
 - a. de inhoud (wat bieden we, sluit dat aan bij de vraag?),
 - b. de bereikte resultaten (doel gehaald?) en
 - c. het verloop (zijn er verbeterpunten / kan of moet het anders?).

De reacties, gedrag en beleving van cliënt/vertegenwoordiger en bevindingen van collega's en disciplines worden als leidraad gebruikt.

De kracht van een MDO is dat je een vraag / probleem vanuit meerdere invalshoeken bekijkt en daardoor een actieve bijdrage levert aan de kwaliteit van leven van de cliënt.

Voorbeeld: de activiteitenbegeleidster hoeft niet mee te praten over de effecten van een vorm van fysiotherapie. Wel kan ze aangeven welke activiteiten de cliënt niet kan doen doordat hij er de fysieke kracht niet voor heeft, of ze kan aangeven wat een grotere mobiliteit voor de beleving van de cliënt kan betekenen en welke gevolgen dit kan hebben voor zijn activiteiten.

Zorg(leef)plan bespreken met de wettelijk vertegenwoordiger

Bij cliënten met cognitieve problemen zal bij een overleg over de zorgverlening en het vaststellen van het zorg(leef)plan vaak een wettelijk vertegenwoordiger betrokken zijn. Het is ideaal als deze tijdens het MDO aanwezig is. Dit kan echter niet altijd. Er is dan een contact met de wettelijk vertegenwoordiger voor en na het MDO.

In het contact vooraf probeer je vragen en wensen helder te krijgen en de zorg te evalueren.

In het gesprek achteraf informeer je over de voorstellen vanuit het overleg en vraag je instemming met het zorg(leef)plan.



Een zorg(leef)plan moet minimaal twee maal per jaar geëvalueerd worden en de cliënt / wettelijk vertegenwoordiger moet altijd instemming worden gevraagd.

Er is geen wettelijke verplichting dat de cliënt of diens vertegenwoordiger voor een evaluatie of zorg(leef)plan voor akkoord moet tekenen maar handig is het wel.^b

Aandachtspunten ter voorbereiding op het gesprek

- Ga aan de hand (van het verslag) van het vorige gesprek over het zorg(leef)plan na hoe de dienstverlening verlopen is.
- Wees je bewust met wat voor 'type' wettelijk vertegenwoordiger je het gesprek gaat voeren. Gaat het om iemand die invloed wil uitoefenen, die bewuste keuzes kan maken en positief kritisch meedenkt of iemand die juist op jullie oordeel leunt of negatief kritisch is? Stel vast waar je rekening mee moet houden om het gesprek goed te laten verlopen.
- Inventariseer wat aan de orde moeten komen. Raadpleeg collega's, rapportage enz.

Maak een schriftelijke afspraak: dag, tijdstip en duur van het gesprek. Vraag wie er meekomen en of de cliënt daarbij aanwezig is.

Je houding tijdens het gesprek

Je houding is bepalend voor het verloop en resultaat van het gesprek. Hieronder staan een aantal tips. Ga voor jezelf na in hoeverre je aan de volgende punten voldoet.

- Goed uitleggen wat de bedoeling en de duur is van het gesprek.
- Een uitnodigende ontspannen houding.
- Pas het gesprekstempo aan de ander(en) aan.
- Zorg voor een vertrouwelijke sfeer.
- Luister goed naar anderen, controleer steeds of ieder het heeft begrepen.
- Ingeval van kritische opmerkingen, schiet niet in de verdediging, maar blijf luisteren en vraag wat zij anders willen en hoe.
- Stel grenzen en geef aan wat wel en wat niet mogelijk is.

Gespreksonderwerpen

- Het zorg(leef)plan: de gemaakte afspraken van de vorige keer en de resultaten.
- De ervaringen met de zorg en begeleiding tijdens de afgelopen periode
- De ervaringen met andere diensten (was, keuken, restaurant, receptie) in de afgelopen periode
- Zijn er vragen (zorgen) over de zorg en begeleiding?
- Wat zou men anders willen in de zorg en begeleiding in de komende periode?

Vertel wat je gaat doen met de resultaten van het gesprek / verwerk dit in het (voorlopig)

^b Wanneer niet ingestemd wordt met een zorg(leef)plan en toch wordt besloten dit uit te voeren, dan is uitvoering niet mogelijk. Alleen in geval van BOPZ bestaan hiervoor mogelijkheden maar dat is aan wettelijke regels gebonden.

zorg(leef)plan. Noteer wie bij het gesprek waren en de mening van de ander(en).

Maak een afspraak voor een volgend gesprek en vraag aan het eind wat men van het gesprek vond. Vaak maakt men gebruik van een formulier / onderdeel binnen een Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) voor de verslaglegging van een dergelijk gesprek.

De voorbereiding op een MDO

De kwaliteit van een MDO staat of valt met de voorbereiding. In de periode voorafgaand aan het overleg heeft iedere discipline / betrokkene, gegevens verzameld en beschreven in het cliëntdossier^c. Twee weken voor het overleg schrijven zij in het dossier / ECD of voor zichzelf op papier, welke acties zij hebben ondernomen, met welk resultaat en/of welke zorgvragen zij geconstateerd hebben en willen bespreken in het overleg. Eventueel worden in concept zorgdoelen en activiteiten beschreven als daarover voldoende duidelijkheid is (bijvoorbeeld activiteiten die al afgesproken zijn in de voorgaande periode). Zo is vooraf helder wat besproken moet worden.

Tijdens een MDO bespaart deze werkwijze veel tijd. De formulieren voor de risicosignalering zijn doorlopen en ingevuld. Het is duidelijk op welke terreinen sprake is van een verhoogd risico en dus moeten worden besproken.

Iedere deelnemer aan een (multidisciplinair) overleg is verantwoordelijk voor een doelmatig en efficiënt verloop ervan. Dit betekent goede voorbereiding, doelgerichte vergaderhouding en juiste afhandeling van de gemaakte afspraken. Een goede voorbereiding is bepalend voor de kwaliteit van het (multidisciplinaire) overleg en de kwaliteit van het zorg(leef)plan. Vooraf nadenken over wat er met de cliënt aan de hand is, waar je naartoe kunt werken en dit vooraf bespreken met de cliënt of de familie, draagt bij om snel en gefundeerde keuzes te maken. Het denkproces is voor een deel al voor het overleg. Daardoor kun je tijdens het overleg constructief en snel werken.

Een agenda wordt opgesteld en collega's / disciplines worden uitgenodigd. Als belangenbehartiger van de cliënt bereid je je voor, zodat je helder en duidelijk kunt weergeven wat de door jou verzamelde informatie over de zorgvragen van de cliënt heeft opgeleverd, eventueel wat de wens(en) van de wettelijk vertegenwoordiger is, wat je vragen zijn aan de andere aanwezigen en wat je eventuele voorstellen zijn als het gaat om het zorg(leef)plan.

Checklist individuele voorbereiding op een MDO		
1	Ik heb nagegaan in hoeverre de afspraken gemaakt tijdens het vorige overleg zijn nagekomen en kan, indien van toepassing aangeven wat de reden is dat bepaalde afspraken niet nagekomen zijn.	✓
2	Ik weet en heb nagegaan wat de huidige vragen van de cliënt / wettelijk vertegenwoordiger zijn.	✓
3	De formulieren van de risicosignalering zijn doorlopen / ingevuld.	✓
4	Ik weet wat de beoogde doelen zijn.	✓
5	Ik weet wat de mening van de cliënt / wettelijk vertegenwoordiger daarover is.	✓

^c De term cliëntdossier wordt hier gehanteerd. Binnen de eigen organisatie kan dit een andere benaming hebben. Tevens wordt hier nog gesproken van 'schrijven' maar in het geval van een Elektronisch Zorg Dossier (ECD) wordt hier uiteraard typen bedoeld.

6	Ik weet welke acties ik ga voorstellen.	✓
7	Ik weet of en welke vragen ik heb aan andere deelnemers aan het overleg over de cliënt of de dienstverlening aan deze cliënt.	✓

Nb. Het is goed gebruik dat in geval een discipline verhinderd is, de informatie wordt overgedragen aan een collega die wel aanwezig kan zijn. Het kan ook zijn dat de betreffende discipline voorafgaand aan het MDO jou als GVP informeert over wat van belang is voor het MDO.

Telefonische consultatie / consultatie via de computer

Binnen de thuiszorg is een multidisciplinair overleg, waarbij alle betrokkenen aanwezig zijn, vaak niet mogelijk. Overleg en consultatie kan dan verlopen via telefonisch of e-mail contact.

Soms staat directe beschikbaarheid van disciplines onder druk (specialisten ouderengeneeskunde).

Andere vormen dan gezamenlijk overleg zullen toenemen (denk aan mailverkeer). Niettemin heeft een MDO meerwaarde doordat men elkaar spreekt en ziet, men informatie uitwisselt wat kan leiden tot creatieve en kwalitatief betere oplossingen.

Frequentie en duur

De frequentie: ieder zorg(leef)plan moet minimaal twee maal per jaar besproken worden (normen voor verantwoorde zorg). Tijdens een MDO wordt het zorg(leef)plan van meerdere cliënten besproken. Niet ongebruikelijk is dat in één uur, van drie tot vijf cliënten het zorg(leef)plan wordt opgesteld of geëvalueerd en bijgesteld.

Bij nieuwe cliënten moet uiterlijk zes tot acht weken nadat deze in zorg is genomen, een zorg(leef)plan zijn opgesteld. In die eerste zes weken wordt vaak gewerkt met een voorlopig zorg(leef)plan.

Door veranderingen in de situatie of conditie van een cliënt kan het nodig zijn om het zorg(leef)plan tussentijds bij te stellen. Kleine wijzigingen kunnen worden doorgevoerd in overleg met direct betrokkenen zonder dat het zorg(leef)plan wordt gewijzigd (anders zou het opnieuw besproken en getekend moeten worden), het houden van een MDO is dan niet nodig. Gaat het om fundamentele wijzigingen, dan moeten deze tussentijds worden besproken in een MDO en moet een nieuw zorg(leef)plan worden opgesteld en getekend.

Het is verstandig in verband met de agendaplanning, zoals binnen veel organisaties gebeurt, om MDO's vooruit te plannen (halfjaarlijks).

De deelnemers

Ieder die betrokken is bij de dienstverlening komt in aanmerking voor een uitnodiging in een MDO, maar gezien ieders kostbare tijd, moet je selectief zijn. Collega's en andere disciplines kunnen uitgenodigd worden, eventueel omdat ze daarom gevraagd hebben. Dergelijke deelname wordt gemotiveerd (wat is de reden?)

Wanneer in een onderzoeks- of observatieperiode andere disciplines zijn ingeschakeld, dan worden deze ook uitgenodigd. Minimaal dienen zij hun bevindingen (begrijpelijk) te rapporteren.

Taken en verantwoordelijkheden

De voorzitter

Dit kan de leidinggevende zijn, arts of in sommige organisaties de EVV / GVP. Dit laatste is niet ideaal omdat er twee rollen tegelijkertijd moeten worden vervuld: MDO voorzitten en inbrengen van de cliënt. De voorzitter zorgt voor:

- Opstellen en verzenden van agenda (tijd, plaats, genodigden, namen van cliënten en doel van de bespreking van elke cliënt);
- Voorzitten van het overleg (tijdbewaking, bewaken van ieders inbreng, vergaderdiscipline bewaken, samenvatten, eigen inbreng);
- Bewaken dat zorg(leef)plannen volledig worden besproken: bespreken van dienstverleningsvragen op verschillende levensdomeinen, formuleren van (SMART) doelen, opstellen van acties, afspraken over frequentie en wijze van evalueren.
- het bereiken van het doel van het overleg.

De GVP

Deze is eventueel samen met de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, verantwoordelijk voor de inbreng van de dienstverleningsvragen en de inhoudelijke bespreking van het zorg(leef)plan. De GVP brengt zaken in, die met de dienstverlening, de kwaliteit van leven en de coördinatie te maken hebben en verwoordt de beleving van de cliënt. De GVP behartigt de belangen van de cliënt.

De arts / specialist ouderengeneeskunde

De arts is eindverantwoordelijk voor de medische aspecten van het zorg(leef)plan (zaken als medicatie, vrijheidsbeperkende maatregelen (BOPZ), voorbehouden handelingen, reanimatie wens etc.) De arts heeft binnen intramurale settings soms de voorzittersrol.

De andere aanwezige disciplines

Iedere andere aanwezige heeft als taak een bijdrage te leveren aan een goede voorbereiding van het overleg en de eigen betrokkenheid bij (de uitvoering van) het zorg(leef)plan te bespreken.

Verloop

De voorzitter begint met aangeven welke cliënten in welke volgorde op de agenda staan en waarom zij worden besproken (dit staat op de agenda die ieder heeft). Daarna begint de bespreking van de eerste cliënt. De bespreking van iedere cliënt bestaat uit:

Inleiding

De GVP doet verslag van gesprekken met cliënt of wettelijk vertegenwoordiger, observaties, het gedrag en de beleving van de cliënt, welke punten voor de cliënt /familie belangrijk zijn en hoe zij als GVP daar tegenaan kijkt.

Bij een eerste zorg(leef)plan schets je gezamenlijk een globaal beeld van de cliënt (bij methodiek zorg(leef)plan van ActiZ: cliënttypering; bij methodiek IMOZ: karakteristiek). Hierbij geven alle aanwezigen kort aan hoe zij deze cliënt zien of ervaren. Bij deze stap zie je de cliënt in zijn totaliteit. Van daaruit kijk je pas naar details. In deze fase ga je niet uitvoerig met elkaar in discussie.

Inventarisatieronde door de voorzitter

De GVP benoemt de dienstverleningsvragen, al dan niet opgenomen in het concept zorg(leef)plan. Bij evaluatie van een bestaand zorg(leef)plan lees je de dienstverleningsafspraken voor, per afspraak bespreek / evalueer je de stand. De voorzitter gaat na of andere disciplines eventuele nieuwe, nog niet

benoemde, dienstverleningsvragen signaleren. Een eventuele volgorde van prioriteiten spreek je af (concrete termijnen).

Opstellen zorg(leef)plan voor elke cliënt

De dienstverleningsvragen bespreek je een voor een, met de volgende stappen:

- Analyse van de vraag
 - wat is de vraag / probleem en beleving daarbij van de cliënt?
 - wat zijn mogelijke oorzaken van de vraag / het probleem?
 - is het beïnvloedbaar of niet beïnvloedbaar?
 - is het een actuele of een potentiële vraag / probleem?
- Formuleren van doelen: per dienstverleningsvraag formuleer je een doel.
- Vaststellen acties: per dienstverleningsvraag stel je acties op. Wie, voer wat uit, hoe vaak en wanneer evalueer je het.

Besluitvorming

Besluiten neem je op basis van consensus: ieder moet akkoord gaan met de gestelde doelen voor zover die binnen de eigen deskundigheid liggen. Wanneer geen consensus bereikt wordt, beslist de voorzitter / arts op grond van zijn eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van dienstverlening.

Verslaglegging

Een dergelijk verslag is belangrijk in het kader van verantwoording of wanneer er binnen een familie verschillende ideeën zijn over de dienstverlening. Belangrijk is dat de geformuleerde doelen puntsgewijs in het verslag aan de orde komen. De uitwerking kan direct plaatsvinden in het zorg(leef)plan zelf. Daarnaast is het doorlopen en het expliciet vermelden hiervan in het verslag, van de diverse punten van de risicosignalering van belang. Wanneer in het zorg(leef)plan een nummeringsprincipe wordt gehanteerd bij de vragen, wordt dit ook in het verslag gehanteerd.



Opdracht: Voorbereiding op een MDO

Deze opdracht voer je uit samen met twee andere cursisten. Lees de casus op de volgende bladzijde en voer de opdracht uit die bij de casus staat vermeld.

Casus: Voorkom dat ze valt

'Druk' dat is kenmerkend voor mevrouw Jacobs. Altijd is ze dat geweest. Ze woonde, 78 jaar oud, tot voor kort in een verzorgingsdeel van een woonzorgcentrum. Doordat ze als gevolg van een dementieel beeld in combinatie met onrust steeds meer toezicht nodig had, was een overplaatsing naar een gesloten afdeling noodzakelijk. Daar verblijft ze nu sinds 6 maanden.

Ze kan niet lang zitten en wil voortdurend lopen. Dit in combinatie met Parkinson, levert soms gevaarlijke situaties op. Ze valt regelmatig. Gelukkig zijn de gevolgen iedere keer meegevallen en beperkt tot blauwe plekken. De familie is steeds op de hoogte gebracht.

Er is gekeken of er meer rust in haar gedrag kon worden gebracht. Afleiding en bezigheden in de huiskamer hielpen niet en maakten andere cliënten onrustig. Een blad op de stoel vergrootte de onrust. Wat rustgevende medicatie werd uitgetoetst maar daardoor zat ze veel te slapen en het valgevaar nam toe.

Haar drie dochters zijn ongerust. Een voor een, en wanneer mevrouw weer gevallen is, maken ze alledrie (telefonisch) kenbaar dat er iets aan gedaan moet worden 'Straks breekt ze nog wat'. Als er een melding is gedaan aan de contactpersoon van mevrouw bellen ze nog allemaal dezelfde dag om hun zorg en ongenoegen te uiten.

De afgelopen week is ze twee maal gevallen. De maat is vol. De dochters willen een gesprek.

Stel je bent GVP van mevrouw Jacobs.

Bereid je voor op het gesprek met de dochters.

Wat is jouw mening over bovenstaande? Wie zou je eventueel bij dit overleg willen betrekken? Welke zaken wil je bespreken / welke vragen of voorstellen heb je? Om welk levensdomein gaat het?.

- *Je stelt de belangen en kwaliteit van leven van de cliënt centraal.*
- *Probeer concreet te zijn met je voorstellen.*
- *Maak aantekeningen over hoe je het gesprek zou gaan voeren en wat je daarbij moeilijk vindt.*

Neem ongeveer 10 minuten om het samen uit te werken.

Bijlage: Observatielijst preferenties: Positief gedrag

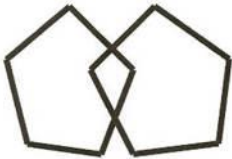
Naam cliënt						
Datum en tijdstip	Situatie vooraf (aanleiding)	Wat gebeurde er? (beschrijving concreet gedrag van cliënt)	Waar gebeurde het?	Wie was erbij?	Reactie cliënt / personeel	Resultaat of gevolg
Observant						
Observant						
Observant						
Observant						

Bijlage: Observatie- en registratielijst preferenties: Positief gedrag

Naam cliënt																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Actieve medewerking																	
Lichaamdeel aanreiken of optillen of in goede richting draaien <u>zonder</u> opdracht of aankondiging																	
Lichaamdeel aanreiken of optillen of in goede richting draaien <u>na</u> opdracht of aankondiging																	
Deelhandeling zelf uitvoeren <u>zonder</u> opdracht of aankondiging																	
Deelhandeling zelf uitvoeren <u>na</u> opdracht of aankondiging																	
Positief verbaal contact																	
Clïent spreekt tegen verzorgende																	
Positief nonverbaal contact																	
Clïent knuffelt verzorgende																	
Clïent aait verzorgende																	
Clïent zoent verzorgende																	
Clïent lacht tegen verzorgende																	
Mimiek																	
Clïent kijkt blij, lacht, 'straalt'																	

Bijlage: MMSE

Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination © RM Kok, FRJ Verhey, 2002		
Naam cliënt: Datum invullen: Naam invuller: Ik ga u enkele vragen stellen en geef u enkele problemen om op te lossen. Wilt u alstublieft uw best doen om zo goed mogelijke antwoorden te geven.		
noteer antwoord		Score
1.	a. Welk jaar is het? b. Welke seizoen is het? c. Welke maand van het jaar is het? d. Wat is de datum vandaag? e. Welke dag van de week is het?	(0-5)
2.	a. In welke provincie zijn we nu? b. In welke plaats zijn we nu? c. Wat is de naam van dit ziekenhuis / deze instelling? d. Wat is de naam van deze afdeling? Of: Wat is mijn naam? e. Op welke verdieping zijn we nu?	(0-5)
3.	Ik noem nu drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze want ik vraag u over enkele minuten ze opnieuw te noemen. (Noem "appel, sleutel, tafel", neem 1 seconde per woord), (1 punt voor elk goed antwoord tot een maximum van 3), (herhaal maximaal 5 keer tot de cliënt de drie woorden weet).	(0-3)
4.	Wilt u van de 100 zeven aftrekken en van wat overblijft weer zeven aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? (Herhaal eventueel 3 maal als de persoon stopt, herhaal dezelfde instructie, geef maximaal 1 minuut de tijd, elk juist antwoord een punt tot een maximum van 5) of Wilt u het woord "'worst" achterstevoren spellen?	(0-5)
5.	Noemt u nogmaals de drie voorwerpen van zojuist. (Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-3)
6.	Wat is dit? En wat is dat? (Wijs een pen en een horloge aan. Eén punt voor elk goed antwoord).	(0-2)
7.	Wilt u de volgende zin herhalen: "Nu eens dit en dan weer dat ". (Eén punt als de complete zin goed is).	(0-1)
8.	Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat? (papier met daarop in grote letters: "Sluit uw ogen").	(0-1)
9.	Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? (Eén punt voor iedere goede handeling).	(0-3)
10.	Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? (Eén punt wanneer de zin een onderwerp en een gezegde heeft en betekenis heeft).	(0-1)

11.	<p>Wilt u deze figuur natekenen? (Figuur achterop dit papier. Eén punt als figuur geheel correct is nagetekend. Er moet een vierhoek te zien zijn tussen de twee vijfhoeken)</p>		(0-1)
TOTALE TEST SCORE:			(0-30)

Bijlage: Stappenplan voor het opstellen van een Plezierige-Activiteiten-Plan (PAP)

STAP 1: Wanneer je vermoedt dat een cliënt depressief is, observeer dan een week lang zijn depressieve klachten of verschijnselen. Vraag bij collega's na (bijvoorbeeld bij de overdracht of een cliëntenoverleg) en bij familie of zij ook depressieve klachten of verschijnselen zien en - zo ja - welke. Vul daarna op formulier 1 het "Plezierige-Activiteiten-Plan" punt 2 in (waaruit blijkt dat de cliënt soms depressief is?).

STAP 2: Bedenk wat je wilt bereiken met de cliënt. Een begeleidingsdoel kan bijvoorbeeld zijn "de cliënt heeft geen angstige gezichtsuitdrukking meer" of "de cliënt huilt niet meer elke dag". Schrijf ook je begeleidingsdoel(en) in het "Plezierige-Activiteiten-Plan" (punt 3).

STAP 3: Ga nu op zoek naar informatie over het heden, verleden en mogelijke plezierige activiteiten voor de cliënt: dit doe je door formulier 2 "Levensloop, voorkeuren en plezierige activiteiten in heden en verleden" in te vullen. Vul daarna onderdeel I van het "Plezierige-Activiteiten-Plan" in (informatie over de cliënt).

STAP 4: Je hebt nu doelen bedacht (stap 2) en informatie verzameld over de cliënt (stap 3). Bedenk vervolgens (a) plezierige activiteiten voor hem, (b) manieren waarop je piekeren van de cliënt kunt voorkomen en (c) wat je kunt doen als een cliënt toch piekert. Vul vervolgens de overgebleven onderdelen op het "Plezierige-Activiteiten-Plan" in (punt 4 en 5).

STAP 5: Bespreek het "Plezierige-Activiteiten-Plan" met betrokken collega's en familieleden en spreek af wie de plezierige activiteiten op welk moment uitvoert.

STAP 6: Breng voor, tijdens en na de plezierige activiteit het gedrag van de cliënt in kaart op het "Observatieformulier Reacties op Plezierige Activiteiten" (formulier 3).

STAP 7: Als een cliënt door non-verbale of verbale reacties aangeeft de activiteit niet prettig te vinden, overleg dan met collega's en familie hoe je het "Plezierige-Activiteiten-Plan" kunt bijstellen.

STAP 8: Als een cliënt in bepaalde situaties meer piekert of somber is dan anders, dan begeleid je hem op de manier zoals je beschreven hebt in het "Plezierige-Activiteiten-Plan" bij punt 5.

STAP 9: Nadat je twee weken de cliënt begeleid hebt met het "Plezierige-Activiteiten-Plan", bekijk je systematisch al zijn reacties zoals beschreven in het Observatieformulier Reacties op Plezierige Activiteiten (formulier 3). Kijk systematisch wat er in andere onderdelen van het dossier van de cliënt staat over zijn reacties op onderdelen uit het "Plezierige-Activiteiten-Plan". Beschrijf de resultaten van je evaluatie bij punt 6 van het "Plezierige Activiteiten -Plan".

Waar nodig pas je (opnieuw) het plan aan, in overleg met collega's en familie.

Bijlage: PAINAID

	0	1	2	Score
Ademhaling	Normaal.	Incidentele moeizame ademhaling. Korte periode van hyperventilatie.	Luidruchtige moeizame ademhaling. Lange periode van hyperventilatie. Cheye-Stokes-ademhaling.	
Onrustgeluiden	Geen.	Incidenteel kreunen of kermen. Zacht spreken met een negatieve of afkeurende toon.	Herhaaldelijk angstig uitroepen. Luid kreunen of kermen. Huilen.	
Gezichtuitdrukking	Glimlachend of nietszeggend (neutraal, ontspannen).	Droevig. Bang. Fronsen.	Grimas.	
Lichaamstaal	Ontspannen.	Gespannen. Overstuur op en neer stappen, ijsberen. Zenuwachtig bewegen	Verstard. Gebalde vuisten. Opgetrokken knieën. Wegtrekken of wegduwen. Uithalen.	
Troostbaarheid	Niet nodig om te troosten.	Afgeleid of gerustgesteld door stem of aanraking.	Onmogelijk te troosten, af te leiden of gerust te stellen.	
Totaal score				

De score varieert van 0 tot 10 waarbij

0 staat voor geen pijn

1 - 3 voor milde pijn

4 - 6 matige pijn

7 - 10 ernstige pijn.

Bijlage: Meetinstrumenten

Gedragsobservatie- instrumenten

Brede inventarisatie van gedrag

- Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP) => zie lesdag 5

Ernst van dementie

- Global Deterioration Scale (GDS) => zie GVP deel website lesdag 5

Delier

- Delier Observatie Schaal (DOS) => zie lesdag 4 opleidingsmap
- GIP: subschalen Bewustzijnsstoornissen en Doelloos repetitief gedrag

Achterdocht

- GIP: subschaal achterdochtig gedrag

Angst

- GIP: subschaal Angstig gedrag NPI: subschaal Angst

Agressie

- GIP: subschaal Opstandig gedrag BOP: subschaal Agressiviteit

Agitatie

- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Apathie/agressie

- GIP: subschaal Rusteloos gedrag

Apathie/onverschilligheid

- GIP: subschaal Apathisch gedrag

Ontremming

- GIP: subschaal Decorumverlies en Doelloos repetitief gedrag

Pijn

- Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) => zie lesdag 5
- PAINAID => zie lesdag 5

Cognitie

- GIP: subschalen Incoherent gedrag, Geheugenstoornissen en Gedesoriënteerd gedrag

Stemming

- Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) => zie GVP deel website lesdag 5
- GIP: subschaal Zwaarmoedig of verdrietig gedrag

Sociaal functioneren

- GIP: subschalen Niet-sociaal gedrag en Afhankelijk gedrag

Tests en vragenlijsten

Cognitie

- Mini Mental State Examination (MMSE) => zie lesdag 5

Stemming

- Geriatric Depression Scale: GCD-30, GDS-15, GDS-8¹ => zie lesdag 5

Angst

- Hamilton Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale

Draaglast Mantelzorg

- Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)