

De psycholoog in de veranderende verpleeghuiszorg



Inhoud

Inleiding	1
Hermine de Bonth	3
'De psycholoog is onmisbaar binnen de verpleeghuiszorg'	
I. De psycholoog in de verpleeghuiszorg – deskundigheid en taken	5
<ul style="list-style-type: none">• Psychologisch onderzoek, diagnostiek en indicatiestelling• Behandeling• Begeleiding en advisering van cliënten en familie/naasten• Deelname aan multidisciplinair overleg• Teambegeleiding• Scholing en deskundigheidsbevordering• Preventie• Innovatie en onderzoek• Beleid	
Dorothé Kuijpers	11
'De psycholoog zorgt voor het toepassen van kennis in de praktijk'	
II. De psycholoog en de uitdagingen voor de verpleeghuiszorg	13
<ul style="list-style-type: none">• Onbegrepen gedrag• Terugdringen gebruik psychofarmaca• Terugdringende vrijheidsbeperkende maatregelen• Kanteling van de zorg: van systeemgericht naar persoonsgericht• Extramuralisering• Efficiëntie en doelmatigheid van zorg	
Marian van Gaasbeek	19
'De psycholoog is een vaste waarde in het behandelteam'	

Inleiding

De verpleeghuiszorg in ons land is momenteel volop in beweging. De cliëntenpopulatie verandert: cliënten worden later opgenomen, met zwaardere problematiek, meer cognitieve en psychische stoornissen en meer onbegrepen gedrag. Daarnaast is er sprake van een veranderde visie op de zorg, waarbij extramuralisering, eigen regie, de waardigheid van de cliënt, zorg op maat en kwaliteit belangrijke thema's zijn. Ook de familie en mantelzorgers van de cliënt krijgen hierbij een steeds belangrijker rol. Tot slot is er de veranderde financiering, die nieuwe grenzen en eisen stelt aan de inrichting van de zorg.

Deze veranderingen dwingen tot reflectie op de rol van de psycholoog in de verpleeghuiszorg. Wat is de plaats en taak van de psycholoog in de veranderende verpleeghuiszorg? Welke bijdrage kan hij of zij leveren aan de nieuwe opgaven en uitdagingen waar verpleeghuizen mee worden geconfronteerd?

Deze brochure geeft een antwoord op bovenstaande vragen. Deel I geeft een overzicht van de verschillende taken van psychologen in verpleeghuizen. Deel II is gewijd aan een aantal actuele thema's in de verpleeghuiszorg en de rol die de psycholoog daarin kan spelen: onbegrepen gedrag, het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen, de kanteling naar persoonsgerichte zorg waarin de waardigheid van de cliënt centraal staat, extramuralisering en de verhoging van de doelmatigheid van de zorg.

Deze brochure is primair geschreven voor managers, beleidsmakers en hoofdbehandelaren van zorginstellingen. Wij hopen echter dat hij ook voor andere geïnteresseerden kan bijdragen aan een verheldering van de positie van de psycholoog in de verpleeghuiszorg.



Foto: Freekje Groenemans

'De psycholoog is onmisbaar binnen de verpleeghuiszorg'

Hermine de Bonth, manager Dienst Behandeling Archipel Zorggroep, Eindhoven en omstreken

'Ik vind de psycholoog echt onmisbaar binnen de verpleeghuiszorg. De complexiteit van de (gedrags)problematiek in het verpleeghuis is de laatste jaren explosief toegenomen. Dat maakt de zorg en de behandeling door de zorgteams vaak ingewikkeld. De kracht van de psycholoog is dat deze aan de zorgteams een gevoel van zekerheid en competentie kan geven, bijvoorbeeld door gedragsanalyse en signaleringsplannen. Met deze handvatten kan het team gemotiveerd weer verder. Indirect levert de psycholoog daarmee ook een bijdrage aan verlaging van het ziekteverzuim binnen de instelling.

Een van de kerncompetenties van de psycholoog is invoegen en verbinden binnen cliëntsystemen, zorgteams en multidisciplinaire teams. De psycholoog is expert in het begrijpelijk maken van gedrag van de cliënt en het aanreiken van instrumenten voor het omgaan met de vaak heftige gedragsveranderingen. En wel op zo'n manier dat iedereen op één lijn komt te staan.

Voor mij als manager is het waardevol dat een psycholoog breed is opgeleid en overstijgend kan denken. Het zijn echte kartrekkers: psychologen zijn vaak degenen die inhoudelijke ontwikkelingen initiëren. Denk aan opleiding en scholing, innovatie en projectleiding. Daarnaast leveren de psychologen binnen onze instelling ook een groot aandeel in het wetenschappelijk onderzoek. Een van onze psychologen werkt als promovendus aan het aanpassen en implementeren van het zorgprogramma 'Grip op Probleemgedrag' voor de doelgroep jonge mensen met dementie. Hierbij wordt ook onderzocht wat het effect is van het zorgprogramma op de ervaren werkbelasting, het ziekteverzuim en de arbeidstevredenheid van medewerkers in de zorg.

Wat ik mooi vind om te zien, is dat de psycholoog in staat is om wetenschappelijke kennis op praktische wijze te vertalen naar de werkvloer. Bijvoorbeeld door te laten zien hoe je vanuit de belevingswereld van de bewoner kunt kijken naar de kwaliteit van het zorgproces.'

I. De psycholoog in de verpleeghuiszorg – deskundigheid en taken

Binnen de verpleeghuiszorg is de psycholoog een vertrouwd gezicht. Zij* maakt standaard onderdeel uit van het behandelteam, naast onder anderen de specialist ouderengeneeskunde, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de diëtist en de logopedist.

De specifieke deskundigheid van de psycholoog binnen dit team is die op het gebied van menselijk gedrag en beleving. Vanuit haar academische scholing is de psycholoog in staat om op methodische en wetenschappelijk onderbouwde wijze een bijdrage te leveren aan de zorg voor de individuele cliënt en zijn familie, de begeleiding van zorgteams en het zorgbeleid van de instelling.

Doorgaans zijn psychologen in verpleeghuizen vooral werkzaam op afdelingen voor psychogeriatric. Ook in de somatiek kunnen psychologen echter een belangrijke rol spelen. Hierbij valt te denken aan de begeleiding van cliënten en hun naasten bij het omgaan met lichamelijke ziekten, of de behandeling van psychische aandoeningen die het gevolg zijn van somatische problemen, zoals angst en depressie.

Een ander belangrijk werkterrein van psychologen is de geriatrische revalidatie. Psychologen hebben hierbij een groot aandeel in het opstellen van revalidatieprogramma's en het uitvoeren van op revalidatie gerichte behandeling en begeleiding, zoals cognitieve revalidatie, omgaan met een veranderd lichaam en traumaverwerking.

Organisatie van de zorg

Vanouds maakten psychologen onderdeel uit van de basisformatie van verpleeghuizen, net als de specialist ouderengeneeskunde en andere behandelende disciplines.

De laatste jaren is er een ontwikkeling in de richting van zelfstandige organisatie van deze behandelende disciplines. Soms maken zij nog onderdeel uit van de zorgorganisatie, soms is sprake van volledige bedrijfsmatige verzelfstandiging. Daarnaast zijn er sinds enkele jaren onafhankelijke aanbieders op de markt, bij wie verpleeghuizen de behandeling voor cliënten kunnen inkopen.

We geven een korte beschrijving van de belangrijkste taakgebieden van de psycholoog in de verpleeghuiszorg.

*In de verpleeghuiszorg werken overwegend vrouwelijke psychologen. Om deze reden wordt in deze brochure de vrouwelijke verwijsvorm gebruikt. Overal waar gesproken wordt over 'zij' en 'haar', kan echter ook 'hij' en 'zijn' worden gelezen.

1. *Psychologisch onderzoek, diagnostiek en indicatiestelling*

Diagnostiek en indicatiestelling behoren tot de kerntaken van de psycholoog in de verpleeghuiszorg: wat is er met de cliënt aan de hand en welke interventie of behandeling past daarbij? Dit is niet alleen van belang bij de opname van de cliënt, maar ook als zich in het zorgproces nieuwe vragen voordoen, bijvoorbeeld op het gebied van onbegrepen gedrag. Veelvoorkomende vraagstellingen voor psychologische diagnostiek in de verpleeghuiszorg zijn:

- cognitieve beperkingen, bijvoorbeeld ernst en aard van dementie, neuropsychologische functiestoornissen, gevolgen van een CVA voor het cognitief functioneren;
- psychische stoornissen, zoals angst, depressie of persoonlijkheidsproblematiek;
- onbegrepen gedrag en sociaal functioneren van de cliënt;
- advies met betrekking tot plaatsing en overplaatsing;
- bij geriatrische revalidatie: in kaart brengen van factoren die revalidatie in de weg kunnen staan (bijvoorbeeld beperkte cognitie, depressie).

De psycholoog beschikt over wetenschappelijk gevalideerde onderzoeksinstrumenten om deze vragen te onderzoeken en te beantwoorden.

2. *Behandeling*

De psycholoog speelt een centrale rol in de behandeling van cliënten met bijvoorbeeld onbegrepen gedrag, cognitieve beperkingen of psychische stoornissen. Zij beschikt hiervoor over een aantal wetenschappelijk gevalideerde en effectieve behandelmethoden, zoals cognitieve gedragstherapie en EMDR.

Behandelingen kunnen zowel individueel plaatsvinden als in groepsverband. Eventueel kan ook de familie hierbij betrokken zijn (systeeminterventies).

Een vooral in de psychogeriatric en de geriatrische revalidatie veelvoorkomende vorm van behandeling is de mediatieve behandeling. Deze behandelingen worden onder begeleiding van de psycholoog uitgevoerd door verzorgenden en/of verpleegkundigen. Inzet hierbij is verbetering van het uit de stoornis voortvloeiende gedrag en de omgang hiermee door de omgeving (zorgmedewerkers en familie/naasten).

3. *Begeleiding en advisering van cliënten en familie/naasten*

Centraal staat hier het leren omgaan met ziekte, achteruitgang en verlies. Te denken valt aan psycho-educatie, programma's voor rouwverwerking en omgang met onbegrepen gedrag en omgangsadvies met betrekking tot individuele cliënten. Dit is met name van belang na een plotselinge achteruitgang in de gezondheid van een cliënt, bijvoorbeeld door een CVA of een fractuur waarna opname op een revalidatieafdeling volgt. Ook op de verblijfsafdelingen is het van belang cliënten en hun naasten goed te begeleiden in het omgaan met de ziekte en het afhankelijk zijn van zorg. Te denken valt bijvoorbeeld aan cliënten met specifieke vormen van dementie, die veel invloed kunnen hebben op het functioneren en het gedrag van de cliënt, zoals fronto-temporale dementie.

Doen bij depressie

'Doen bij Depressie' is een wetenschappelijk onderbouwd zorgprogramma voor het signaleren, behandelen en monitoren van depressie onder bewoners van verpleeghuizen.

Het **signaleren** van depressie gebeurt in eerste instantie door het zorgteam.

Hiervoor wordt gebruikgemaakt van korte observatieschalen, zoals de Nijmeegse Observatieschaal voor Rating van Depressie (NORD). Als er aanwijzingen zijn voor depressie, kan de psycholoog eventueel uitgebreid onderzoek doen.

De eerste stap in de **behandeling** is voorlichting en aanpassingen in het dagprogramma en het activiteitenplan, zoals meer beweging, sociale contacten en aandacht voor gezonde voeding. Een tweede stap vormt mediatieve therapie door het zorgteam onder begeleiding van een psycholoog, of een gesprekstherapie, bijvoorbeeld 'Dierbare Herinneringen'.

In de **monitoring** wordt nagegaan of de behandeling effect heeft gehad.

Voor meer informatie: www.ukonnetwerk.nl/doen-bij-depressie

4. *Deelname aan multidisciplinair overleg*

Vanuit haar gedragswetenschappelijke achtergrond kan de psycholoog een actieve bijdrage leveren aan het multidisciplinair overleg, ook in het geval zij zelf niet direct bij de zorg voor een cliënt betrokken is. Hierbij valt te denken aan de analyse van psychologische factoren die van belang zijn voor het opstellen en de evaluatie/bijstelling van het zorgplan, zoals copingstijl, cognitieve beperkingen, persoonlijkheid en sociale vaardigheden van de cliënt. Met name in de geriatrische revalidatie en de psychogeriatric heeft de psycholoog hierin een belangrijke rol. Hierbij kan worden gedacht aan het leren omgaan met en verwerken van achteruitgang en het analyseren van onbegrepen gedrag, maar ook aan kennis van groepsprocessen en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de manier waarop de cliënt zich aanpast aan en omgaat met het verblijf in een verpleeghuis.

5. *Teambegeleiding*

Teambegeleiding is gericht op de verhoging van de kwaliteit van het primaire zorgproces én het beter functioneren van het zorgteam en de individuele medewerkers. In veel verpleeghuizen speelt de psycholoog hierin een rol. Voorbeelden hiervan zijn:

- deelname aan het omgangsoverleg;
- consultatie door teams;
- video-interactiebegeleiding.

6. Scholing en deskundigheidsbevordering

Als expert op het gebied van menselijk gedrag en beleving kan de psycholoog een belangrijke bijdrage aan scholing en deskundigheidsbevordering leveren. Dit kan zowel gericht zijn op het personeel en vrijwilligers, als op de cliënt en/of zijn naasten. Voorbeelden hiervan zijn:

- klinische lessen en trainingen voor het personeel, bijvoorbeeld over de cognitieve, emotionele en sociale gevolgen van hersenletsel of van een neurodegeneratieve aandoening;
- psycho-educatie aan familie en naasten, bijvoorbeeld over de gevolgen van dementie en onbegrepen gedrag;
- bijdragen aan Alzheimer Cafés of optreden als deskundige bij bijeenkomsten voor cliënten en/of mantelzorgers.

Kwalificatieniveaus

Bij psychologen in de verpleeghuiszorg is sprake van verschillende kwalificatieniveaus. Een deel van hen beschikt over een BIG-registratie als gezondheidszorgpsycholoog. Zij zijn zelfstandige professionals met een eigen professionele verantwoordelijkheid, die ook als hoofdbehandelaar op kunnen treden.

Daarnaast zijn in de verpleeghuiszorg veel masterpsychologen werkzaam die zich binnen of na hun universitaire opleiding verder hebben bekwaamd in het werken met ouderen.

Anders dan de medische discipline kent de psychologie geen apart specialisme dat gericht is op het werken met ouderen. Wel is er een profielopleiding ouderenpsycholoog, die zowel openstaat voor GZ-psychologen als voor masterpsychologen met ervaring in de ouderenzorg.

7. Preventie

Preventie beslaat een breed scala aan activiteiten, variërend van het bevorderen van de (psychische) gezondheid, via de vroegtijdige onderkenning van psychische problematiek, tot het beperken van de gevolgen van een stoornis. Preventie-activiteiten kunnen zich richten op de cliënt zelf, maar ook op zijn omgeving: familie, mantelzorgers, en het professionele zorgsysteem. Preventie krijgt in de verpleeghuiszorg steeds meer aandacht. Vanuit haar expertise kan de psycholoog hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Bijvoorbeeld:

- de identificatie van risicogroepen en risicofactoren;
- vroegtijdige signalering van problemen door zorgmedewerkers, bijvoorbeeld door de inzet van systematische gedragsobservatiemethodes;

- deelname aan gedragsvisites en gedragssprekken;
- in kaart brengen van de voorwaarden voor een therapeutisch of ondersteunend leefklimaat.

8. Innovatie en onderzoek

De psycholoog beschikt door haar gedragswetenschappelijke opleiding over een wetenschappelijke attitude en methodische kennis en vaardigheden. Hierdoor is zij gekwalificeerd om innovatie- en onderzoeksprojecten op te zetten en uit te voeren, of namens de zorginstelling als gesprekspartner te fungeren voor externe onderzoekers. Hierbij valt onder andere te denken aan:

- de opzet en implementatie van innovatieprojecten, bijvoorbeeld op het gebied van kleinschalig wonen of andere aanpassingen van de woonomgeving;
- effectonderzoek naar de gevolgen van een bepaalde interventie voor de gezondheid of het welbevinden van cliënten;
- doelmatigheidsonderzoek, bijvoorbeeld naar de kosteneffectiviteit van een bepaald behandelings- of begeleidingsprogramma.

9. Beleid

Vanuit haar expertise kan de psycholoog een bijdrage leveren aan beleidsvraagstukken. Te denken valt aan:

- herijking van het kwaliteitsbeleid, waarbij het welbevinden, de eigen regie en de waardigheid van de cliënt centraal staan;
- de ontwikkeling van nieuwe woonvormen en van een continuüm tussen thuis wonen en intramurale verpleeghuiszorg;
- de ontwikkeling en implementatie van een methodische werkwijze (observeren, analyseren, doelbepaling, interventies vaststellen en evalueren);
- de ontwikkeling van een personeels- en opleidingsbeleid, gericht op de realisering van een competentiemix die aansluit bij de samenstelling van de cliëntenpopulatie.

Daarnaast kan de psycholoog deelnemen aan het werk van commissies, zoals de commissie BOPZ of de ethische commissie.



Foto: Nienke Hoogstraten

‘De psycholoog zorgt voor het toepassen van kennis in de praktijk’

Dorothe Kuipers, manager behandeldienst en revalidatie bij Sutfene, Zutphen en omgeving

‘In de verpleeghuiszorg wordt “zorg op maat” steeds belangrijker. De psycholoog levert daaraan een belangrijke bijdrage. We doen de cliënten tekort als er, naast het medische, niet naar het psychosociale wordt gekeken. Elke cliënt heeft zijn eigen leefwereld en reageert van daaruit op de omgeving. De psycholoog is een systemisch denker, die bij uitstek oog heeft voor de interactie tussen cliënt en omgeving. Het is bijvoorbeeld van groot belang dat je kijkt of cliënten in een wooneenheid bij elkaar passen.

Daarnaast heeft de psycholoog een rol in de teamondersteuning: scholing over ziektebeelden en uitleg hoe om te gaan met bepaald gedrag, bijvoorbeeld door inzichtelijk te maken hoe het gedrag van de cliënt samenhangt met zijn of haar ziekte; dat geeft meer begrip bij het zorgteam.

Wat mij betreft kan een GZ-psycholoog ook hoofdbehandelaar zijn. Dit geldt niet alleen voor de psychogeriatric, maar ook bij langdurige somatiek. Immers, het gaat dan vaak vooral om de impact die ziekte heeft op de persoon en zijn omgeving en het omgaan met beperkingen.

Een andere bijdrage van de psycholoog ligt op het vlak van terugdringen van het gebruik van psychofarmaca. Uiteindelijk is het team eigenaar van het probleem: het team moeten zoeken naar mogelijkheden om het gebruik van psychofarmaca te beperken. Hiervoor hebben de teamleden begeleiding nodig van een psycholoog, bijvoorbeeld bij het maken van een gedragsanalyse. Als deze begeleiding ontbreekt, blijft het bij praten en gaat men niet over tot handelen.

De psycholoog zorgt voor het toepassen van kennis in de praktijk op een fijnmazige, op de individuele cliënt toegesneden manier. Mijn ervaring is dat je daar heel veel mee kunt bereiken!’

II. De psycholoog en de uitdagingen voor de verpleeghuiszorg

1. De psycholoog en onbegrepen gedrag

Onbegrepen gedrag vormt een van de grootste uitdagingen voor de verpleeghuiszorg. Dit speelt vooral bij dementie: een groot deel van de cliëntenpopulatie in verpleeghuizen heeft dementie, en volgens een recent rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is bij negentig procent van hen sprake van onbegrepen gedrag.

Dit is niet alleen belastend voor de cliënt zelf, maar ook voor diens naasten, voor medebewoners, voor verzorgenden en, in het algemeen, voor het leefklimaat binnen het verpleeghuis.

De afgelopen jaren is de belangstelling voor onbegrepen gedrag sterk toegenomen. Voor de Inspectie is het sinds een aantal jaren een van de speerpunten in het toezicht op de verpleeghuiszorg. Dit leidde in 2015 tot het rapport 'Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag'. Hierin wordt vastgesteld dat de omgang met onbegrepen gedrag in verpleeghuizen nog veel te wensen overlaat.

Acht kernelementen omgaan met onbegrepen gedrag

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

Bron: Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag. Inspectie voor de Gezondheidszorg, juni 2015. Zie ook het mini-tijdschrift 'Kijken met andere ogen' van de Inspectie, www.igz.nl/Images/uitgave%20IGZ-Kijken%20met%20andere%20ogen_tcm294-375345.pdf

In het rapport van de Inspectie worden acht kernelementen genoemd voor de aanpak van onbegrepen gedrag (zie kader hiernaast). Bij veel van deze elementen speelt de inbreng van de psycholoog een belangrijke rol:

- *Psychologische diagnostiek*: dit kan een belangrijke rol spelen bij het kennen van de cliënt en het zoeken naar de oorzaken van onbegrepen gedrag. Naast haar algemene diagnostische expertise heeft de psycholoog hiervoor de beschikking over een groot aantal voor dit doel ontwikkelde instrumenten, zoals observatieschalen en neuropsychologische tests.
- *Omgevingsdiagnostiek*: de diagnostiek van de psycholoog kan zich ook richten op de omgeving van de cliënt: de naasten, of de zorgverleners. Dan gaat het om thema's als de kennis over de achtergronden en oorzaken van onbegrepen gedrag, de acceptatie van dit gedrag, de emoties die dit gedrag oproept, en competenties op het gebied van de omgang met dit gedrag.
- *Psychosociale interventies*: in alle richtlijnen voor omgang met onbegrepen gedrag ligt het primaat bij psychosociale interventies. Vanuit haar kennis van menselijk gedrag en dementie is de psycholoog bij uitstek geëquipeerd om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie hiervan. Daarbij kan het gaan om een scala aan uiteenlopende interventies, variërend van individuele en groepsbehandeling van cliënten, tot de begeleiding van naasten en zorgverleners (bijvoorbeeld benaderingsadvies) en de inrichting van de leefomgeving. Het zorgprogramma 'Grip op probleemgedrag' biedt hiervoor een goed kader.

Grip op probleemgedrag

Grip op probleemgedrag is een wetenschappelijk onderbouwde, praktische methodiek voor de detectie, analyse en behandeling van onbegrepen gedrag.

Detectie: vroegtijdige signalering aan de hand van een scorelijst voor probleemgedrag, die kan worden afgenomen door het zorgteam (NPI-Q).

Analyse: hoe ziet het gedrag eruit, voor wie is het een probleem, waar en wanneer treedt het op, et cetera. Dit gebeurt aan de hand van een werkblad, dat wordt ingevuld door het zorgteam en vervolgens wordt beoordeeld door de arts (bij een lichamelijke oorzaak) of de psycholoog (bij een mogelijk psychische oorzaak).

Behandeling: opstellen van een behandelplan door de arts of de psycholoog. De behandeling kan plaatsvinden door het zorgteam of door de arts of psycholoog.

Evaluatie: aan de hand van een tienpuntschaal wordt nagegaan of het gedrag verbeterd is.

Voor meer informatie: www.ukonnetwerk.nl/SandraZwijsen

- *Psycho-educatie*: kennis over onbegrepen gedrag is van groot belang voor de acceptatie van het gedrag en de omgang ermee. Uit het rapport van de Inspectie komt naar voren dat het kennisniveau vaak te wensen overlaat, zowel bij de familie of naasten als bij zorgmedewerkers. De psycholoog kan een belangrijke bijdrage leveren aan een verbetering van dit kennisniveau, bijvoorbeeld door individuele of groepsgesprekken voorlichting, deelname aan het omgangsoverleg en klinische lessen over thema's als dementie, de werking van de hersenen en belevingsgerichte benadering van cliënten.

De Inspectie benadrukt in haar rapport het belang van de bijdrage van de psycholoog aan de verbetering van de omgang met onbegrepen gedrag. Dit leidt niet alleen tot betere zorg voor de betreffende cliënten. Het vermindert ook de onrust die de cliënten veroorzaken en de belasting voor de zorgmedewerkers. Daarmee draagt de psycholoog rechtstreeks bij aan een beter leefklimaat en een hogere kwaliteit van leven voor bewoners, en betere arbeidsomstandigheden voor het personeel.

2. Terugdringen gebruik psychofarmaca

Een van de grote uitdagingen voor de verpleeghuiszorg is het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca. In richtlijnen wordt al lange tijd gepleit voor terughoudendheid met het voorschrijven van psychofarmaca bij ouderen. De afgelopen jaren heeft dit thema steeds meer nadruk gekregen. Zo gaan maar liefst drie van de acht kernelementen uit het rapport van de Inspectie over onbegrepen gedrag over inzet van psychofarmaca (zie kader pag. 12). Uit het rapport van de Inspectie blijkt dat in veel instellingen nog steeds sprake is van grootschalige, soms bijna routinematige inzet van psychofarmaca. Belangrijke oorzaken hiervan zijn overschatting van het effect van psychofarmaca, onbekendheid met de alternatieven hiervoor en beduchtheid voor de gevolgen van afbouw: voor de cliënt zelf, maar ook voor de zorgmedewerkers en het leefklimaat.

Vanuit haar kennis van menselijk gedrag en dementie is de psycholoog bij uitstek geëquipeerd om een bijdrage te leveren aan het terugdringen van het gebruik van psychofarmaca. Hierbij valt te denken aan:

- het aandragen van alternatieve (psychosociale) interventies, zoals (mediatieve) gedragstherapie, aanpassing van de leefomgeving of verbetering van het omgaan met onbegrepen gedrag;
- monitoring van de effecten van afbouw van psychofarmacagebruik, bijvoorbeeld door het gebruik van stoplichtlijsten of meetinstrumenten als de NPI;
- analyse van de relatie tussen werkwijze en deskundigheid van een zorgteam en het gebruik van psychofarmaca.

Zo kan de psycholoog ook hier een belangrijke bijdrage leveren aan de verhoging van de kwaliteit van de zorg en het voldoen aan de standaarden voor verantwoorde en goede zorg zoals deze onder andere door de Inspectie worden geformuleerd en getoetst.

3. Terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen

Naast vermindering van het gebruik van psychofarmaca staat ook het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen hoog op de agenda in de verpleeghuiszorg. De maatschappelijke acceptatie van dit soort maatregelen is de afgelopen jaren sterk gedaald: zij passen niet meer in ons beeld van een persoonsgerichte, cliëntvriendelijke zorg. Ook de Inspectie is in toenemende mate kritisch over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Binnen de nieuwe Wet zorg en dwang zal het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen aan strikte regels worden gebonden. Vooruitlopend hierop is nu reeds een 'Richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen' van kracht, waarvan de hoofdlijnen overeenkomen met de nieuwe wet.

Hoofdlijnen Wet zorg en dwang

- Vrijheidsbeperkende maatregelen (inclusief gedwongen gebruik van psychofarmaca) zijn pas toegestaan als zij nodig zijn in het belang van de cliënt of zijn omgeving, en nadat alle alternatieven zijn overwogen en gemotiveerd zijn afgewezen.
- Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen slechts worden opgelegd na overleg tussen de zorgverantwoordelijke en minstens één deskundige van een andere discipline.
- De maatregelen moeten worden opgenomen en gemotiveerd in het zorgplan.
- De maatregelen mogen in eerste instantie niet langer duren dan drie maanden; voor verlenging geldt een verzwaarde procedure.

Bron: Factsheet Wetsvoorstel Zorg en dwang, VGN, 2014. Richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen, bijlage bij Kamerstukken II 2004/05, 28 950, nr. 5. Zie ook www.dwangindezorg.nl.

De nieuwe regels plaatsen verpleeghuizen voor de uitdaging om gericht op zoek te gaan naar alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen. Vanuit haar gedragswetenschappelijke achtergrond kan de psycholoog hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Te denken valt aan:

- onderzoek naar de oorzaken van het gedrag van de cliënt, dat leidt tot de vraag naar vrijheidsbeperkende maatregelen;
- het aandragen en afwegen van alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen (psychosociale interventies, zoals (mediatieve) gedragstherapie, aanpassing van de leefomgeving of verbetering van het omgaan met onbegrepen gedrag);
- het begeleiden van het zorgteam bij de implementatie van deze alternatieve interventies;
- monitoring van het effect van deze interventies.

4. **Kanteling van de zorg: van systeemgericht naar persoonsgericht (zorg op maat)**

Een betere omgang met onbegrepen gedrag en het terugdringen van psychofarmaca en vrijheidsbeperkende maatregelen zijn onderdelen van een meeromvattende transformatie van de verpleeghuiszorg. Deze komt onder andere tot uitdrukking in het beleidsprogramma 'Waardigheid en trots', dat in 2015 door de staatssecretaris en het veld werd gelanceerd.* Kenmerken van deze nieuwe zorg zijn:

- verpleeghuiszorg als 'last resort', alleen voor mensen voor wie thuis wonen geen optie meer is;
- persoonsgerichte zorg, met 'kwaliteit van leven' en 'welbevinden' van de cliënt als uitgangspunt;
- respect voor de cliënt en diens wensen en verlangens; aandacht voor wat de cliënt nog wél kan, in plaats van (alleen) zijn beperkingen;
- de cliënt zoveel mogelijk de regie laten behouden over zijn eigen leven en de zorg die hij in dat kader wil en nodig heeft.

Persoonsgerichte zorg bij dementie

Persoonsgerichte zorg wordt wereldwijd gezien als dé manier om om te gaan met mensen met dementie. Persoonsgerichte zorg speelt in op belangrijke psychologische behoeftes als comfort, identiteit, gehechtheid, betrokkenheid en erbij horen. De belangrijkste elementen van persoonsgerichte zorg worden samengevat als **VIPS**:

V – waarde (**Value**) toekennen aan mensen, ongeacht hun leeftijd of cognitieve beperkingen;

I – Individuele begeleiding en zorg, erkenning van iemands uniekheid;

P – de wereld begrijpen vanuit het **Perspectief** van de cliënt;

S – een ondersteunende **Sociale** omgeving bieden.

Voor meer informatie: www.trimbos.nl/themas/dementiezorg/persoonsgerichte-zorg

Deze uitgangspunten zullen de komende jaren leiden tot een ingrijpende transformatie van de verpleeghuiszorg. Zij leiden tot een nieuwe definitie van 'kwaliteit van zorg', waarbij de nadruk minder ligt op richtlijnen voor verpleging en verzorging en meer op de bijdrage die de zorg levert aan het welbevinden van de cliënt. Dit komt onder andere tot uitdrukking in het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

*Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van Aanpak kwaliteit verpleeghuizen. Zie ook J. Coolen (2015), Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier. Zie ook: www.waardigheidentrots.nl

Welke rol kan de psycholoog spelen in deze transformatie binnen de verpleeghuiszorg?

Hierbij kunnen we denken aan:

- scholing en ondersteuning van de zorgmedewerkers bij het in kaart brengen van de biografische achtergrond, wensen en verlangens van cliënten en het verlenen van belevingsgerichte zorg;
- het ontwerpen, begeleiden en evalueren van projecten gericht op (her-)inrichting van de leefomgeving en bevordering van het wooncomfort of de kwaliteit van leven;
- coaching on the job en video-interactiebegeleiding over thema's als belevingsgericht werken, regie bij de cliënt en het belang van levensgeschiedenis.

5. **Extramuralisering: van verpleeghuiszorg naar verpleeg(t)huiszorg**

Vanouds richten verpleeghuizen zich op intramurale zorg voor opgenomen cliënten. Hoewel dit ook in de toekomst een belangrijke taak zal blijven van verpleeghuizen, blijft hun rol daar niet toe beperkt. Steeds meer zullen verpleeghuizen ook zorg gaan bieden voor mensen die nog thuis wonen ('verpleegthuiszorg'). Dit vereist een andere manier van werken, waarbij de psycholoog een belangrijke rol kan spelen.

- Diagnostiek en indicatiestelling worden belangrijker: wat is de leefsituatie en gezondheidstoestand van de cliënt, is thuis (blijven) wonen verantwoord, welke zorg is daarbij nodig? Naast de specialist ouderengeneeskunde is de expertise van de psycholoog van belang om een adequaat antwoord te kunnen geven op deze vragen.
- Verpleeg(t)huiszorg vraagt om aangepaste vormen van behandeling en begeleiding, en stelt andere eisen aan het zorgteam en mantelzorgers. De psycholoog kan ondersteunen bij het ontwikkelen hiervan, en het begeleiden van zorgteam en mantelzorgers bij de zorg voor mensen die in de thuissituatie 24-uurszorg nodig hebben.

6. **Efficiency en doelmatigheid van zorg**

Naast alle nieuwe idealen over een betere verpleeghuiszorg is er ook de economische realiteit: de verpleeghuiszorg wordt aan steeds strakkere budgettaire kaders gebonden. Dit dwingt tot voortdurende bezinning op de inzet van beschikbare middelen. De psycholoog kan ook hieraan een belangrijke bijdrage leveren:

- Onderzoek naar de (kosten-)effectiviteit van interventies en leef- en zorgarrangementen draagt bij aan een doelmatiger inzet van personeel en middelen.
- Goede begeleiding en deskundigheidsbevordering van zorgteams kunnen bijdragen aan een hogere productiviteit en een verlaging van het ziekteverzuim.
- Bevorderen van de participatie van familie en mantelzorgers kan leiden tot besparingen in de inzet van personeel.



Foto: Eddy van Dam

'De psycholoog is een vaste waarde in het behandelteam'

Marian van Gaasbeek, specialist ouderengeneeskunde en manager advies en behandelcentrum bij Azora, Terborg en omgeving

'Bij Azora is de psycholoog een vaste waarde in het behandelteam. Meestal werkt zij nauw samen met de specialist ouderengeneeskunde. Als mijn collega's en ik bijvoorbeeld extramuraal werken, doen we dit in samenwerking met de psycholoog als er sprake is van gedragsproblematiek. En op de geriatrische revalidatie vragen wij de psycholoog standaard om consult bij CVA-patiënten. Zij doet dan diagnostisch onderzoek, geeft advies over de behandeling en de benadering van de cliënt door het zorgteam en de familie en begeleidt de cliënt. Daarbij ligt vaak een zwaar accent op cognitieve problematiek, eventuele verwerkingsproblematiek en andere psychische problematiek die behandeling behoeft. Ook heeft de psycholoog bij deze cliënten een belangrijke rol in het MDO.

Met name op de afdeling psychogeriatric heeft de psycholoog een heel prominente rol. Al het verzorgend personeel wordt door onze psychologen geschoold in de ABC-methode voor het analyseren van onbegrepen gedrag: wat zijn de Acties van de cliënt, welke Bewegers leiden tot die actie, en wat zijn de Consequenties ervan? Bij onbegrepen gedrag is de psycholoog case holder: zij maakt samen met het team de ABC-analyse en zorgt dat de gemaakte plannen uitgevoerd en geëvalueerd worden. Dit kan zowel op initiatief zijn van de specialist ouderengeneeskunde, als van het zorgteam zelf. De formatie psychologen is hierop aangepast, voor een deel ten koste van de formatie van de specialist ouderengeneeskunde.

Als specialisten ouderengeneeskunde doen we geregeld samen met de psycholoog de visites om gezamenlijk te kijken naar de combinatie van gedrag en mogelijk onderliggende lichamelijke problematiek. Nadat de specialist ouderengeneeskunde het lichamelijke heeft uitgesloten, kan de psycholoog aan de slag. Zij bezoekt de cliënt en maakt dan met hulp van het zorgteam en de naasten van de cliënt een gedragsanalyse. Op basis van deze analyse adviseert de psycholoog het zorgteam en de omgeving van de cliënt. Vanzelfsprekend wordt de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger er waar mogelijk zelf ook zoveel mogelijk bij betrokken.'

Colofon

Deze brochure is een uitgave van de Sectie Ouderenpsychologie (SOP) van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Redactie: Nienke Hoogstraten, Wietske Soeteman en Marjan van de Laar (SOP)

Tekst: Peter van Drunen

Interviews: Wietske Soeteman en Nienke Hoogstraten

Vormgeving: Studio Jan de Boer

Beeld omslag: Alexander Rath, www.123RF.com

Deze tekst is tot stand gekomen met hulp van de volgende deskundigen

- dr. Sandra Geerlings (ouderenpsycholoog, manager innovatie en kwaliteit VVT)
- drs. Janne Penninx (GZ-psycholoog)
- drs. Hester Ploos van Amstel (specialist ouderengeneeskunde, directeur behandeldienst)
- drs. Annemiek Rijdsijk (manager woonzorg)
- drs. Hans van Willenswaard (GZ-psycholoog, manager verpleeghuis)

© Sectie Ouderenpsychologie NIP, 2016.

www.psynip.nl

Postbus 2085
3500 GB Utrecht
telefoon 030 820 15 00

© *Sectie Ouderenpsychologie NIP, 2016*

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd
of gekopieerd zonder toestemming van het NIP.*

