

Multidisciplinair
werken aan
Probleemgedrag

Een multidisciplinaire handreiking
bij de NVVA-richtlijn Probleemgedrag



Inhoud

Leeswijzer	3
Deel A Multidisciplinaire handreiking bij de NVVA-richtlijn Probleemgedrag	
1 INLEIDING	7
2 MULTIDISCIPLINAIR WERKEN AAN PROBLEEMGEDRAG	8
3 DE CIRKEL VAN METHODISCH WERKEN IN MULTIDISCIPLINAIR PERSPECTIEF	10
Fase 1 – Signaleren van probleemgedrag	
Fase 2 – Beschrijving en verheldering	
Fase 3 – Aanvullend onderzoek	
Fase 4 – Probleemdefinitie	
Fase 5 – Zorg- en behandeldoelen	
Fase 6 – Individueel beleid	
Fase 7 – Evaluatie	
BIJLAGEN	
A1 Beschrijving soorten probleemgedrag	16
A2 Inventarisatie en observatie van gedragsproblematiek	18
A3 Psychologische en psychosociale interventies bij/met oudere mensen met dementie	22
A4 Richtlijnen en instrumenten	24
Deel B Stappenplan en teamevaluatie	
STAPPENPLAN 'OMGAAN MET PROBLEEMGEDRAG'	27
BIJLAGEN	
B1 Checklist probleemgedrag (bij stap 2 en 3)	33
B2 Samenvatting van het stappenplan 'Omgaan met probleemgedrag'	35
B3 Deskundig omgaan met probleemgedrag: een teamevaluatie	36

Leeswijzer

De NVVA-richtlijn Probleemgedrag uit 2002 is gebaseerd op de methodische werkwijze uit de verpleeghuisgeneeskunde. Deze aanpak gaat uit van de specifieke problemen die men in het concrete werken met een cliënt¹ tegenkomt. De aanpak is dus 'probleemgeoriënteerd'. Bovendien is zij 'integraal': alle factoren die met een probleem samenhangen, worden meegewogen. Dat brengt met zich mee dat de behandeling van probleemgedrag per definitie in multidisciplinair verband moet plaatsvinden. De NVVA-richtlijn Probleemgedrag is echter geschreven vanuit het perspectief van de verpleeghuisarts/sociaal geriater. Zij² is weliswaar de hoofdverantwoordelijke voor een behandelplan bij probleemgedrag. Maar bij een adequate omgang daarmee en bij de uitvoering van het behandelplan, spelen ook andere disciplines in de instelling een belangrijke rol. **Deze handreiking bij de NVVA-richtlijn is bedoeld om de rol van met name de psycholoog en de verzorgende/verplegende nader te omschrijven.** Daarmee wil de NVVA multidisciplinaire teams ondersteunen in hun handelen bij probleemgedrag van verpleeghuiscliënten.

Uiteraard zijn ook andere zorgverleners nauw betrokken bij de zorg aan deze cliënten. Denk bijvoorbeeld aan de activiteitenbegeleider, de geestelijk verzorger, de maatschappelijk werker en paramedici. Zij kunnen vanuit hun eigen deskundigheid een rol vervullen bij het omgaan met probleemgedrag, bijvoorbeeld door het aanbieden van plezierige activiteiten of hulp bij zingevingsvragen. Daarnaast maken zij vaak al deel uit van het multidisciplinaire team en hebben daarmee hun eigen taak bij het signaleren, diagnosticeren en begeleiden van probleemgedrag. **Deze zorgverleners kunnen de handreiking naar hun eigen situatie 'vertalen' en zo toepasbaar maken in hun werk.**

HET DOCUMENT BESTAAT UIT TWEE DELEN:

Deel A bevat de multidisciplinaire handreiking bij de NVVA-richtlijn Probleemgedrag. Dit deel beschrijft het proces van multidisciplinair werken aan probleemgedrag. De zogenoemde 'cirkel van methodisch werken' uit de NVVA-richtlijn Probleemgedrag wordt in deel A in multidisciplinair perspectief geplaatst.

Deel B bevat allereerst een stappenplan, een praktisch instrument voor verzorgende teams onder leiding van afdelingshoofd en/of psycholoog. Het is gebaseerd op de NVVA-richtlijn Probleemgedrag en ontwikkelt in het Verbetertraject Probleemgedrag (2006-2008)³, onderdeel van het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter. Ook is in deel B een checklist voor een teamevaluatie opgenomen. Beide instrumenten hebben tijdens het verbetertraject een duidelijke kwaliteitsverbetering in de zorg opgeleverd.

¹ We gebruiken in deze publicatie de term 'cliënt' in plaats van 'patiënt'.
² We kiezen voor de vrouwelijke vorm, ook als andere zorgverleners en cliënten worden aangeduid. Waar 'zij' staat, bedoelen we steeds ook 'hij'.
³ Het verbetertraject Probleemgedrag wordt uitgevoerd door Vilans, samen met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) en de NVVA.

Deel A

Multidisciplinaire

handreiking bij de
NVVA-richtlijn

Probleemgedrag

Inleiding

Probleemgedrag komt regelmatig voor bij (verpleeghuis)cliënten. Denk bijvoorbeeld aan agitatie, claimend gedrag, agressie of apathie. Deze cliënten lijden vaak aan aandoeningen waarbij dergelijk gedrag een symptoom kan zijn. Typerend voor probleemgedrag is echter vooral dat het in een context plaatsvindt. Vaak is het de interactie tussen de cliënt en haar omgeving die leidt tot problemen. Een opname in een instelling stelt hoge eisen aan het aanpassingsvermogen van een cliënt. Veel probleemgedrag is afhankelijk van de situatie, de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt zelf en de mensen om haar heen. Probleemgedrag heeft vrijwel altijd meerdere oorzaken. Om verpleeghuisartsen te ondersteunen bij de zoektocht naar deze oorzaken en het stellen van een diagnose, heeft de NVVA in 2002 de richtlijn Probleemgedrag gepubliceerd, waarop deze handreiking een multidisciplinaire aanvulling vormt.

WAT IS DE DEFINITIE VAN PROBLEEMGEDRAG?

Probleemgedrag is eigenlijk niet onder één noemer te vangen. We kiezen voor de volgende definitie: alle gedrag van de cliënt dat door deze cliënt en/of haar omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren. In deze omschrijving is duidelijk meegenomen dat probleemgedrag vaak een probleem is in relatie tot de omgeving van een cliënt. Een voorbeeld maakt dit heel duidelijk: als een cliënt vrij door (delen van) de instelling kan lopen, is 'zwerven' geen probleemgedrag meer.

Omgevingsfactoren zijn vaak medebepalend voor het ontstaan van probleemgedrag. Termen als 'storend gedrag' en 'gedragsstoornissen' leggen het probleem en de oorzaken eigenlijk uitsluitend bij de cliënt zelf neer. In deze handreiking gebruiken we deze begrippen niet, omdat daarmee de invloed en rol van de omgeving uit beeld raakt.

IS PROBLEEMGEDRAG TE VOORKOMEN?

Eenzijds kunnen we deze vraag met 'nee' beantwoorden, omdat het probleemgedrag vaak juist de reden voor een opname in een instelling is. Probleemgedrag is dan inherent aan de ziekte en de belasting voor mantelzorgers is bijvoorbeeld te groot geworden. Toch is ook het antwoord 'ja' van toepassing: het ontstaan of blijven bestaan van probleemgedrag is namelijk meestal wél te beïnvloeden. Daarvoor zijn aangrijpingspunten te vinden in de omgeving van de cliënt. Deze omgeving kunnen we onderscheiden in de fysieke en de sociale omgeving. De fysieke omgeving wordt gevormd door het gebouw, de ligging, de ruimtelijke indeling en de inrichting. De invulling die een instelling aan de huisvesting geeft, moet gebaseerd zijn op een duidelijke zorgvisie. De fysieke omgeving wordt in belangrijke mate bepaald door het instellingsbeleid.

Daarnaast is er de sociale omgeving, gevormd door medewerkers, familie, medecliënten en vrijwilligers. Medewerkers en cliënten beïnvloeden elkaar wederzijds. Te hoge werkdruk leidt tot gehaaste en gestreste werknemers, en dat kan probleemgedrag bij cliënten veroorzaken. En andersom kan probleemgedrag, met name agressie, bij medewerkers leiden tot verminderde motivatie, ziekteverzuim en burnout.

Met name de medewerkers die direct bij de dagelijkse zorg en activiteiten zijn betrokken, moeten adequate kennis en vaardigheden hebben om probleemgedrag te kunnen herkennen, observeren, rapporteren en hanteren.

Door de sociale en fysieke omgeving aan te passen aan de mogelijkheden en behoeften van de cliënt, is al veel aan probleemgedrag te doen. Zo kan het multidisciplinaire team bijvoorbeeld voorkomen dat een cliënt overbelast raakt door voortdurende prikkels, of voorkomen dat zij in situaties terechtkomt waarmee ze niet weet om te gaan. Een omgeving die lage eisen stelt aan de cliënt kan beperkingen compenseren, de psychische belasting verminderen en onafhankelijk functioneren bij de cliënt bevorderen.

Projectstructuur

SAMENSTELLING PROJECTGROEP NVVA

Mevrouw drs. I. van der Stelt, *projectleider*

Mevrouw drs. C. E. Hoogstraten, *projectmedewerker tot december 2007*

De heer P. Le Rütte, *projectmedewerker vanaf december 2007*

Mevrouw J. Heidstra-Wolke, *projectassistent*

SAMENSTELLING EXPERTGROEP

De heer drs. J. Zomerplaag, *Vilans (voorzitter)*

Mevrouw drs. Y. Kuin, *psychogerontoloog en gezondheidszorgpsycholoog, NIP*

Mevrouw drs. M. de Been, *afdelingsmanager Kennis & Innovatie Sting*

Mevrouw drs. M.E.M. Ypma-Bakker, *verpleeghuisarts, NVVA*

Mevrouw drs. L. A. Willemstein, *verpleeghuisarts, NVVA*

De heer drs. H. Gratama van Andel, *sociaal geriater, NVVA*

De heer drs. J.H. de Haan, *verpleegkundige, V&VN*

REDACTIE

De heer drs. M.A.J. van Bijsterveldt, *freelance tekstschrijver*

Mevrouw drs. I. van der Stelt, *beleidsmedewerker*

Multidisciplinair werken aan probleemgedrag

VOOR WIE IS PROBLEEMGEDRAG EIGENLIJK EEN PROBLEEM?

Probleemgedrag is in de eerste plaats een probleem voor de cliënt zelf. Het is voor haar soms de enige manier om zich te uiten. Zij voelt zich vaak zelf niet prettig en het gedrag kan onderdeel van haar ziekte zijn. De belangrijkste vraag bij het omgaan met probleemgedrag is daarom niet: hoe krijgen we dit gedrag weg? De vraag moet luiden: wat heeft deze persoon van ons nodig?

Maar ook voor de omgeving is het gedrag meestal een probleem. Denk aan familieleden en mantelzorgers, aan andere cliënten en de medewerkers die de betreffende cliënt verzorgen of ondersteunen. Ze vinden het gedrag misschien vervelend of hinderlijk, maar het kan hen ook in verlegenheid brengen omdat ze niet weten hoe ze ermee moeten omgaan.

Probleemgedrag is dus een probleem voor meer mensen dan de cliënt zelf. En daarmee is het ook meteen een probleem van de omgeving. De mogelijke oplossingen moeten dan ook gezocht worden op de afdeling zelf. De volgende prikkelende definitie van probleemgedrag maakt dit scherp duidelijk: 'Probleemgedrag is gedrag waar de afdeling geen oplossing voor heeft'.

WAAROM VRAAGT PROBLEEMGEDRAG OM EEN MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK?

Er zijn op diverse gebieden vele factoren die probleemgedrag kunnen veroorzaken of in stand houden. Expertise van verschillende disciplines is nodig om met deze uiteenlopende factoren rekening te kunnen houden. Ouderen in een instelling hebben vaak complexe problemen. De hulp- en zorgverlening aan deze cliënten gaat uit van de vraag: 'wat heeft deze persoon van ons nodig?'. Deze hulp vraagt per definitie samenwerking tussen verschillende disciplines. In de zorg gebruikt men daarvoor meestal de term 'multidisciplinaire samenwerking'. Verschillende professionals werken daarin samen bij het stellen van de diagnose, het opstellen van het zorg- of behandelplan en de evaluatie daarvan. Teamleden volgen hun eigen diagnostische procedures, maar stemmen deze wel goed op elkaar af. Dat voorkomt herhalingen en een onnodige belasting van de toch al kwetsbare cliënt.

In het algemeen kan men zeggen dat elke discipline de andere nodig heeft. Dit geldt zeker bij probleemgedrag.

Zo zal de verpleeghuisarts/sociaal geriater geen goede diagnose kunnen stellen zonder de informatie van de verzorgenden/verplegenden en de psycholoog.

WELKE VERANTWOORDELIJKHEID HEEFT DE VERPLEEGHUISARTS/SOCIAAL GERIATER IN HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM?

Iedere discipline heeft haar eigen deskundigheid en professionele verantwoordelijkheid als het gaat om probleemgedrag. In de samenwerking brengt elke discipline die naar voren en spreekt andere disciplines erop aan als dit vanuit het eigen vakgebied noodzakelijk is om goede zorg te verlenen. Een open sfeer is hiervoor een voorwaarde.

De verpleeghuisarts/sociaal geriater is als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk voor het behandelplan. Daarom zal zij knopen doorhakken als een team niet tot overeenstemming kan komen. De verpleeghuisarts/sociaal geriater neemt bij haar besluit wel nadrukkelijk de mening van de cliënt en de verschillende disciplines mee. Het behandelplan wordt regelmatig (volgens afspraak) met elkaar afgestemd en geëvalueerd.

HOE KUN JE GOED MET ELKAAR SAMENWERKEN AAN PROBLEEMGEDRAG?

Samenwerken vraagt om communicatie en afspraken over taken en verantwoordelijkheden. Een blauwdruk is daarvoor niet te geven, omdat organisaties erg van elkaar verschillen. Daarom is het maken van specifieke en passende afspraken tussen disciplines noodzakelijk. Samenwerking heeft ook sociale en emotionele kanten. De psycholoog kan een team hierbij ondersteunen. Zij moet daarvoor beschikken over kennis van de sociale psychologie, groepsdynamica, interpersoonlijke relaties en gedragsverandering. Het team is gezamenlijk verantwoordelijk voor de onderlinge communicatie. Ieder heeft een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de observatie en rapportage, voor het gehanteerde rapportagesysteem en voor het zorgdossier. Het is in de meeste organisaties heel gebruikelijk dat er regelmatig een multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvindt. In een MDO moet ieder een gelijkwaardige inbreng hebben. Dit kan bijvoorbeeld door eerst de verzorgenden/verplegenden aan het woord te laten komen, omdat zij het meeste contact hebben met de cliënt.

WANNEER BETREK JE DE CLIËNT EN/OF DE FAMILIE BIJ HET WERKEN AAN PROBLEEMGEDRAG?

Op deze vraag is het antwoord eigenlijk simpel: altijd! Het is van groot belang om de cliënt en/of haar naasten consequent te betrekken bij het werken aan probleemgedrag. Op die manier kunnen zorgverleners, cliënt en familie elkaar aanvullen en versterken in de manier waarop men wil omgaan met het probleemgedrag. Vaak leven er bij familieleden vragen over hoe zij het beste kunnen omgaan met de cliënt. Daarbij kunnen zorgverleners helpen. Aan de andere kant hebben familieleden op hun beurt vaak goede adviezen over een andere omgang met hun verwant. Het kan voor de naasten een opluchting zijn te merken dat hun adviezen inderdaad tot ander gedrag leiden.

In sommige gevallen is probleemgedrag te voorkomen door in de verzorging en behandeling goed rekening te houden met de voormalige leefstijl, gewoonten en beperkingen van de cliënt. Zo kunnen zorgverleners inspelen op moeilijke momenten, bijvoorbeeld veranderingen in de huisvesting of verzorging. Soms zijn deze momenten te voorkomen of, als de verandering onvermijdelijk is, de cliënt in elk geval zo goed mogelijk te begeleiden.

De cirkel van methodisch werken in multidisciplinair perspectief

In dit hoofdstuk belichten we de achtereenvolgende fasen van methodisch werken aan probleemgedrag.⁴ Bij elke fase gaan we in op de specifieke aandachtspunten voor het multidisciplinaire team.

1 – Signaleren van probleemgedrag

HOE ZIET PROBLEEMGEDRAG ER UIT?

Probleemgedrag kan zich in veel verschillende vormen voordoen. Voorbeelden zijn agressie, claimend gedrag en apathie. Een uitvoerige, maar niet uitputtende, beschrijving is opgenomen in bijlage A1.

WANNEER MOET PROBLEEMGEDRAG WORDEN GESIGNALEERD?

Hoe eerder het probleemgedrag wordt gesignaleerd, hoe beter. Het in een vroege fase herkennen van (voor)tekenen van probleemgedrag maakt vroegtijdig ingrijpen mogelijk. Daardoor is vaak een verergering van het gedrag te voorkomen.

WIE SIGNALEREN PROBLEEMGEDRAG?

Probleemgedrag wordt gesignaleerd door medewerkers van de afdeling, behandelaars, familie of andere betrokkenen. Dat signaleren gebeurt door incidentele observatie, maar in multidisciplinair teamverband ook met gestandaardiseerde meetinstrumenten. De verzorgende/verplegende is vaak de eerste die signalen van probleemgedrag waarneemt of er van anderen over hoort. Zij heeft een belangrijke taak in deze fase. De verzorgende/verplegende bespreekt signalen van probleemgedrag met de verpleeghuisarts/sociaal geriater en/of de psycholoog. Als er geen somatische oorzaak te vinden is, vervolgt de psycholoog het traject om iets met de signalen te doen.

WAT DOE JE ALS (VERZORGEND) TEAM BIJ ACUUT PROBLEEMGEDRAG?

In crisissituaties zal altijd de verpleeghuisarts/sociaal geriater moeten worden ingeschakeld. Acuuut probleemgedrag vraagt om direct ingrijpen in verband met gevaar of ernstige overlast. Als de verpleeghuisarts/sociaal geriater tijdens de avond-, nacht- of weekenddienst voor een cliënt crisisbeleid inzet, bespreekt zij dit de eerstvolgende werkdag met de psycholoog.

2 – Beschrijving en verheldering

HOE KUN JE PROBLEEMGEDRAG SYSTEMATISCH BESCHRIJVEN EN VERHELDEREN?

Als bij een cliënt probleemgedrag is gesignaleerd, is het nog niet mogelijk meteen adequaat in te grijpen. De achtergronden van probleemgedrag zijn meestal te ingewikkeld om een kant-en-klare oplossing uit de kast te trekken. Het is dus allereerst van belang het gedrag nauwkeurig te beschrijven. In deze eerste fase in de diagnostiek is een belangrijke rol weggelegd voor de verzorgenden/verplegenden. Op basis van de concrete beschrijving van het probleemgedrag, inventariseert de psycholoog samen (of in overleg) met hen de omstandigheden waarin het gedrag optreedt, en de duur en de frequentie ervan. Daarbij hoort een eerste inventarisatie van de factoren waardoor het gedrag mogelijk is ontstaan en/of in stand wordt gehouden. In verband met de rol van eventuele lichamelijke factoren is de verpleeghuisarts/sociaal geriater hierbij altijd nauw betrokken.

WAAROM MOETEN VERSCHILLENDE MENSEN HET PROBLEEMGEDRAG OBSERVEREN?

Een cliënt heeft er veel baat bij als haar gedrag door verschillende disciplines bekeken wordt. Elke discipline heeft immers een eigen expertise en ervaring. Bovendien zorgen verschillende observaties voor meer diepte en detail in de probleembeschrijving en -verheldering. De verzorging/verpleging kijkt naar de cliënt in haar dagelijkse doen, in haar omgang met anderen, en heeft goed zicht op de manier waarop de cliënt op haar omgeving reageert. De psycholoog kijkt bijvoorbeeld naar relaties tussen de persoon en het gedrag, en naar stemmingen, cognitie en persoonlijkheid van de cliënt. De verpleeghuisarts/sociaal geriater ten slotte heeft goed zicht op mogelijke oorzaken waarvoor een medische verklaring te vinden is.

WAT MOET DE ENE DISCIPLINE AAN EEN ANDERE RAPPORTEREN?

Informatie is een belangrijke voorwaarde om goede zorg te kunnen leveren in een multidisciplinair team. Daarom is goed rapporteren van het grootste belang, maar ook mondeling informatie uitwisselen is essentieel. Zeker bij het methodisch werken aan probleemgedrag is een gezamenlijke en objectieve rapportage belangrijk. Elke discipline moet bepaalde zaken over de betreffende cliënt weten om goed te kunnen handelen. Elke discipline moet de informatie ook makkelijk kunnen vinden. Hierbij is het essentieel goed af te spreken wie wat wanneer rapporteert in het zorgplan.

3 – Aanvullend onderzoek

WANNEER IS AANVULLEND ONDERZOEK NODIG?

In fase 2 heeft het multidisciplinaire team observaties gedaan. Ook is een eerste inventarisatie gemaakt van factoren waardoor het probleemgedrag bij een cliënt mogelijk is ontstaan en/of in stand wordt gehouden. Dit levert mogelijk nog onvoldoende handvatten op voor een goed behandel- of zorgplan. In dat geval neemt de verpleeghuisarts/sociaal geriater of de psycholoog het initiatief tot een aanvullend onderzoek naar de oorzaken van het probleemgedrag. Zij kan dit zelf uitvoeren, of andere disciplines bij onderdelen betrekken. Daarbij formuleert zij voor de betreffende discipline een specifieke onderzoeksvraag.

NAAR WELKE MOGELIJKE OORZAKEN KIJKT EEN MULTIDISCIPLINAIR TEAM?

Iedere discipline levert een bijdrage aan het achterhalen van de oorzaak van het probleemgedrag. De NVVA-richtlijn Probleemgedrag maakt het volgende onderscheid in factoren (tussen haakjes staan de betrokken disciplines):

- Omgevingsfactoren (verzorgenden/verplegenden/psycholoog/verpleeghuisarts/sociaal geriater).
- Lichamelijke factoren (verpleeghuisarts/sociaal geriater).
- Medicijngebruik (verpleeghuisarts/sociaal geriater).
- Psychische factoren (psycholoog/verpleeghuisarts/sociaal geriater).
- Persoonlijke factoren (verzorgenden/verplegenden/psycholoog/verpleeghuisarts/sociaal geriater).

WELKE OMGEVINGSFACTOREN KUNNEN PROBLEEMGEDRAG VEROORZAKEN?

Er zijn allerlei omgevingsfactoren die een cliënt beïnvloeden en die dus ook invloed hebben op haar gedrag. De volgende vragen zijn hierbij relevant:

- Heeft de cliënt een zinvolle dagbesteding of verveelt zij zich?
- Is de omgeving herkenbaar en veilig voor de cliënt?
- Heeft de cliënt gelegenheid om zich terug te trekken?
- Zijn er te veel (of te weinig) prikkels? Denk bijvoorbeeld aan lawaai of het gedrag van medebewoners.
- Heeft de cliënt voldoende bewegingsvrijheid?
- Is er tijdens de ADL voldoende aandacht voor de privacy van de cliënt?
- Zijn er huisregels die van invloed kunnen zijn op het gedrag van de cliënt?
- Sluit het dagritme in de instelling aan bij de behoeften van de cliënt?
- Is er voldoende ruimte voor de cliënt om eigen gewoonten voort te zetten?
- Wat (welke prikkel of aanleiding) lokt het gedrag uit, ofwel: wat is er aan het gedrag vooraf gegaan?

Het kan verhelderend zijn na te gaan wanneer het gedrag zich voordoet, en vooral: wanneer opvallend genoeg niet. En waarom dan niet? Door hierover binnen het team vragen te stellen, wordt soms onverwacht duidelijk welke omgevingsfactoren invloed hebben op het probleemgedrag.

⁴ Een schematische weergave is te vinden in de NVVA-richtlijn Probleemgedrag.

WELKE SOCIALE FACTOREN KUNNEN EEN ROL SPELEN BIJ PROBLEEMGEDRAG?

- In het aanvullend onderzoek kijkt het multidisciplinaire team ook nader naar de interactie tussen cliënt en sociale omgeving. De volgende vragen zijn hierbij relevant:
- Hoe reageren medewerkers op de cliënt en hoe reageert de cliënt op de medewerkers?
 - Is er voldoende aandacht voor de autonomie van de cliënt en wordt de cliënt met respect bejegend?
 - Hoe hoog is de ‘tolerantiedrempel’ van de medewerkers voor het gedrag van de cliënt?
 - Hoe reageren de medebewoners op de cliënt en hoe reageert de cliënt op de medebewoners?
 - Hoe zijn de familieomstandigheden en relaties van de cliënt?

WELKE LICHAAMELIJKE FACTOREN EN MEDICIJNGEBRUIK KUNNEN LEIDEN TOT PROBLEEMGEDRAG?

Soms leiden lichamelijke factoren of bepaalde medicijnen tot probleemgedrag. Om dat te kunnen vaststellen, heeft de verpleeghuisarts/sociaal geriater de waarnemingen nodig van andere disciplines, vooral van de verzorging/verpleging. De verpleeghuisarts/sociaal geriater kan de verzorgenden/verplegenden vragen te letten op bepaalde lichamelijke factoren, bijvoorbeeld het gehoor of het zicht van de cliënt. Is er sprake van een urineweginfectie? Zijn er tekenen van benauwdheid of kortademigheid? Hoe is het bewustzijnsniveau, ofwel is de cliënt helder of suf? Hoe zijn de cognitieve functies: zijn er tekenen van problemen met geheugen, taal of het plannen en organiseren van activiteiten? In paragraaf 2.3.1 van de NVVA-richtlijn Probleemgedrag staat een uitgebreidere opsomming.

WELKE PSYCHISCHE EN PSYCHIATRISCHE FACTOREN KUNNEN PROBLEEMGEDRAG VEROORZAKEN?

- De psycholoog en eventueel de verpleeghuisarts/sociaal geriater onderzoekt of er sprake is van een psychische stoornis die het probleemgedrag mogelijk veroorzaakt. Daarbij stellen zij zich de volgende vragen:
- Zijn er bij de cliënt op dit terrein diagnoses bekend?
 - Zijn er aanwijzingen voor een psychische stoornis in de levensgeschiedenis van de cliënt?
 - Zijn er aanwijzingen voor een psychische stoornis in het huidige functioneren van de cliënt?
- De verpleeghuisarts/sociaal geriater en/of psycholoog letten bijvoorbeeld op een delier (acute verwardheid door het niet goed functioneren van de hersenen) of een stemmingsstoornis. In dat laatste geval wordt bekeken of de emotie van de cliënt ziekelijk verstoord is of juist past bij de situatie waarin de cliënt verkeert. De verpleeghuisarts/sociaal geriater en/of psycholoog maken hierbij gebruik van de observaties van de verzorgenden/verplegenden. In paragraaf 2.3.2 van de NVVA-richtlijn Probleemgedrag staat een uitgebreidere opsomming.

WELKE PERSOONLIJKE FACTOREN KUNNEN PROBLEEMGEDRAG VEROORZAKEN?

In de levensloop van een cliënt zit vaak relevante informatie verborgen die het gedrag kan verklaren of begrijpelijk maken. Welke belangrijke gebeurtenissen vonden plaats in het leven van de cliënt en hoe heeft zij bepaalde emotionele gebeurtenissen verwerkt? Ook is het van belang te weten hoe de cliënt zich aanpast in een nieuwe situatie en hoe zij in het algemeen gewend is met nieuwe omstandigheden om te gaan. Verder is het relevant na te gaan wat de reacties van de cliënt zijn op lichamelijke en/of psychische afhankelijkheid. In paragraaf 2.3.3 van de NVVA-richtlijn Probleemgedrag staat een uitgebreidere opsomming.

WELKE ONDERZOEKSMETHODEN ZIJN BESCHIKBAAR VOOR AANVULLEND ONDERZOEK?

- Voor het zoeken naar specifieke oorzaken van het probleemgedrag zijn verschillende methoden beschikbaar:
- Nadere anamnese bij cliënt en/of familie; denk aan ziektegeschiedenis (door verpleeghuisarts/sociaal geriater) of levensgeschiedenis (door verzorgende/verplegende en/of psycholoog).
 - Onderzoek of gedragsanalyse via gedragsobservaties met behulp van gestructureerde schalen (bijvoorbeeld de GIP⁵, CMAI⁶ of de NPI⁷). Ook is dagelijkse observatie en rapportage van het probleemgedrag mogelijk, bijvoorbeeld via een semi-gestructureerde gedragsobservatielijst (door psycholoog en verzorgenden/verplegenden).
 - Onderzoek naar lichamelijke factoren en medicijngebruik (door verpleeghuisarts/sociaal geriater).
 - Gericht psychologisch onderzoek (tests, vragenlijsten en observatie) naar cognitie, stemming, persoonlijkheid, psychiatrische of psychische factoren en coping (door psycholoog).
 - Onderzoek naar omgevingsfactoren door middel van gesprekken en observatie (door psycholoog en/of verpleeghuisarts/sociaal geriater).
- Vaak wordt er met verschillende methoden gelijktijdig aanvullende informatie verzameld.

WAT IS DE ROL VAN HET VERZORGEND TEAM BIJ HET AANVULLEND ONDERZOEK?

Verzorgenden/verplegenden leveren een belangrijke bijdrage aan de beantwoording van de vragen over de bovenstaande factoren. In bijlage A2 is als hulpmiddel de observatielijst van Gurland opgenomen. Het verzorgend team zet deze observatielijst in op verzoek van (en onder verantwoordelijkheid van) de psycholoog en/of verpleeghuisarts/sociaal geriater.

4 – Probleemdefinitie

WAAROM IS EEN MULTIDISCIPLINAIRE PROBLEEMDEFINITIE VAN BELANG?

De probleemdefinitie is de laatste fase in de diagnostiek. Alle relevante informatie komt hier bij elkaar. Dit geeft zowel alle disciplines als de cliënt en diens familie de mogelijkheid te checken of alle essentiële gegevens benoemd zijn. Pas als dat het geval is, kunnen in fase 5 zinvolle zorg- en behandeldoelen worden vastgesteld.

HOE WORDT EEN PROBLEEMDEFINITIE GEFORMULEERD?

Met behulp van de gegevens uit de probleembeschrijving en het aanvullend onderzoek formuleren verpleeghuisarts/sociaal geriater, psycholoog en verzorgenden/verplegenden gezamenlijk een probleemdefinitie. De probleemdefinitie omvat de concrete beschrijving van het probleemgedrag. Het multidisciplinaire team beschrijft voor wie het gedrag problematisch is, hoe het zich manifesteert, wanneer en onder welke omstandigheden het voorkomt en welke mogelijke oorzaken eraan ten grondslag liggen.

5 – Zorg- en behandeldoelen

WAAROM ZIJN ZORG- EN BEHANDELDOELEN VAN BELANG?

De zorg- en behandeldoelen geven aan welke keuzes het multidisciplinaire team maakt in het werken aan probleemgedrag. Wat wil het team bereiken op basis van de diagnose en prognose? Komt dit overeen met de wens van de cliënt en/of familie? Welke aspecten van het gedrag krijgen de (eerste) aandacht? De zorg- en behandeldoelen geven ook aan of men nastreeft dat het probleemgedrag verdwijnt, vermindert, wordt geaccepteerd of wordt voorkomen. Het is belangrijk de zorg- en behandeldoelen zo concreet mogelijk te formuleren. De haalbaarheid van de doelen is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

WIE STELLEN DE ZORG- EN BEHANDELDOELEN VAST?

Verpleeghuisarts/sociaal geriater en psycholoog stellen in overleg met verzorgenden/verplegenden – en zo mogelijk samen met cliënt en/of diens vertegenwoordiger – de behandeldoelen vast. Zo nodig worden andere disciplines hierbij betrokken. In acute situaties kan de verpleeghuisarts/sociaal geriater of psycholoog in samenwerking met het verzorgend team tijdelijk ad-hoc doelen formuleren. De zorgdoelen worden afgeleid van de behandeldoelen. Het verzorgend team stelt de zorgdoelen vast, in samenwerking met betrokken deskundigen.

5 Gedragsobservatieschaal voor de intramurale psychogeriatric

6 Cohen-Mansfield Agitation Inventory

7 Neuropsychiatrische Vragenlijst

6 Fase 6 – Individueel beleid

WAT GEBEURT ER NA HET VASTSTELLEN VAN DE ZORG- EN BEHANDELDOELEN?

Na het signaleren van het probleemgedrag heeft het multidisciplinaire team het gedrag beschreven, een probleemdefinitie geformuleerd en de zorg- en behandeldoelen vastgesteld. Vervolgens is het aan het team de mogelijkheden te onderzoeken om de cliënt te kunnen begeleiden of te behandelen. Er zijn verschillende opties voor dit zogeheten 'individueel beleid', die vaak in combinatie worden ingezet:

- Behandeling van lichamelijke factoren of aanpassing van het medicijngebruik.
- Psychosociale begeleiding of behandeling.
- Behandeling van psychische factoren met medicijnen.
- Middelen of maatregelen.

WELKE BEHANDELING IS MOGELIJK BIJ LICHAAMELIJKE FACTOREN OF MEDICIJNGEBRUIK?

Voor de oorzaken van het probleemgedrag op het lichamelijke vlak of in het medicijngebruik, stelt de verpleeghuisarts/sociaal geriater de behandeling in. Zij volgt het verloop daarvan en evalueert het effect. Bij deze evaluatie kan de psycholoog in samenwerking met de verzorgenden/verplegenden een bijdrage leveren, bijvoorbeeld door systematische gedragsobservaties of psychologisch testonderzoek te doen.

HOE ZIET PSYCHOSOCIALE BEHANDELING EN BEGELEIDING ERUIT?

Voor een psychosociale behandeling of begeleiding stelt de psycholoog het behandelings- of begeleidingsplan op. Dat doet zij samen met het verzorgend team en eventuele andere disciplines. Ook de uitvoering van het plan gaat in nauwe onderlinge samenwerking. De psycholoog heeft de keuze uit verschillende modellen en methodieken. De behandeling en begeleiding richten zich zowel op de cliënt zelf (psychische factoren en persoonlijke factoren) als op de omgeving (fysieke en sociale omgevingsfactoren).

WELKE PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES HELPEN BIJ PROBLEEMGEDRAG?

In het algemeen geldt dat er niet één specifieke interventie bij één specifiek soort probleemgedrag van toepassing is. Psychosociale interventies zullen op de persoon toegesneden moeten zijn. Van een aantal psychosociale interventies is wetenschappelijk bewezen dat ze werken bij een bepaalde cliëntengroep, bijvoorbeeld bij mensen met dementie (zie bijlage A3). Maar daarnaast zijn op het oog heel simpele interventies soms zeer bruikbaar en kunnen

een grote impact hebben op het verminderen van het probleemgedrag van cliënten. De verzorgenden/verplegenden spelen hierbij een belangrijke rol door goed te observeren en te signaleren. De al eerder genoemde omgevingsfactoren zijn essentieel voor een effectieve aanpak. De inrichting van de huiskamer kan bijvoorbeeld veel invloed hebben op het gedrag van cliënten. Zo kunnen planten als afscheiding een goed effect hebben, omdat cliënten dan niet de hele dag naar elkaar hoeven te kijken. Geluidsoverlast en lawaai kunnen verminderd worden door tijdens de maaltijden en activiteiten de radio en televisie uit te zetten. En in sommige gevallen is een andere tafelschikking denkbaar als een cliënt slecht reageert op een van haar medebewoners.

HOE KUN JE PSYCHISCHE FACTOREN MET MEDICIJNEN BEHANDELLEN?

Als psychosociale interventies onvoldoende effect hebben, kan onder verantwoordelijkheid en coördinatie van de verpleeghuisarts/sociaal geriater worden overgegaan tot het voorschrijven van psychofarmaca. In de NVVA-richtlijn Probleemgedrag⁸ staat dat het voorschrijven van psychofarmaca echter nooit een vervanging kan zijn van psychosociale begeleiding. De verpleeghuisarts/sociaal geriater beoordeelt of het probleemgedrag kan worden verklaard uit de aanwezigheid van dementie of een andere psychiatrische stoornis (een delier/psychotische stoornis/depressie of een angststoornis/slaapstoornis). Soms kan het gedrag worden verklaard uit een persoonlijkheidsstoornis. Psychofarmaca zijn vooral geïndiceerd bij een psychiatrische aandoening. Bij een persoonlijkheidsstoornis is het effect beperkt. Als het verzorgend team het gevoel heeft zonder voorgeschreven medicatie bij de cliënt niet adequaat met haar te kunnen omgaan, kan de verpleeghuisarts/sociaal geriater of de psycholoog helpen met adviezen. Als in acute situaties het probleemgedrag gevaar oplevert voor de cliënt en/of zijn omgeving, zal een verpleeghuisarts/sociaal geriater tijdelijk rustgevendende medicatie voorschrijven.

WANNEER ZIJN 'MIDDELEN' OF 'MAATREGELLEN' NODIG BIJ PROBLEEMGEDRAG?

Als het probleemgedrag gevaar oplevert voor de cliënt, kan de verpleeghuisarts/sociaal geriater middelen inzetten en maatregelen nemen. Dat gebeurt volgens het protocol BOPZ en het protocol vrijheidsbeperkende maatregelen. De verpleeghuisarts/sociaal geriater werkt hierbij samen met de verzorgenden/verplegenden en de psycholoog.

ZIJN ER MEER RICHTLIJNEN DIE BETREKKING HEBBEN OP PROBLEEMGEDRAG?

Ja, die zijn er inderdaad. In bijlage A4 staat een overzicht van de richtlijnen die door V&VN, NVVA en het NIP zijn ontwikkeld.

7 Fase 7 – Evaluatie

WAAROM IS EEN EVALUATIE BELANGRIJK?

In het zorg- en behandelplan (met daarin de doelen en het individueel beleid) wordt ook het tijdstip van evaluatie vastgelegd. De evaluatie is een essentieel onderdeel van zowel behandeling als zorg. In een evaluatie bepaalt het multidisciplinaire team of de doelen behaald zijn en of de probleemdefinitie nog juist is. Zo nodig kan het zorg- en behandelplan of het individueel beleid bijgesteld worden. Ook kan het multidisciplinaire team besluiten of verdere diagnostiek nodig is om de probleemdefinitie te kunnen bijstellen.

De evaluatie vindt plaats onder leiding van de verpleeghuisarts/sociaal geriater en/of psycholoog, en samen met de verzorgenden/verplegenden, de cliënt en/of de familie. Dit kan in een persoonlijk gesprek, een teamgesprek of in een MDO. Zo nodig of op afspraak wordt de voortgang van het individueel beleid ook tussentijds besproken in het team.

WIJ KOMEN ER ALS MULTIDISCIPLINAIR TEAM NIET UIT. HOE LOSSEN WE DAT OP?

Ook als je het werken aan probleemgedrag methodisch aanpakt, kan het gebeuren dat het multidisciplinaire team tegen problemen aanloopt. Ga in dat geval na waar het probleem van het team zit. Zijn er problemen in de overlegstructuur of in het proces van samenwerken? Kan het MDO efficiënter en effectiever? Zijn de juiste disciplines aanwezig? Worden de afspraken door iedereen nagekomen, en zo nee, waarom niet? In deel B is een checklist opgenomen voor een teamevaluatie (zie bijlage B3). Soms is de ondersteuning van experts van buiten nodig. Denk bij psychiatrische problemen aan een psychiater. Ook vaktherapeuten, bijvoorbeeld een psychomotorisch therapeut, een beeldend therapeut of muziektherapeut, kunnen veel betekenen voor cliënten bij wie sprake is van probleemgedrag. Bij ernstige gedragsproblemen is consultatie van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) mogelijk.

8 Zie de herziene medicatieparagraaf, juni 2008.

Bijlage A1

Soorten probleemgedrag

Agitatie	
Beschrijving:	innerlijke rusteloosheid die leidt tot ondoelmatig gedrag met een sterk repeterend karakter
Voorbeelden gedrag:	continu rondlopen, niet stil kunnen zitten of liggen, rammelen aan deuren, tikken op tafel, alles overhoop halen continu praten, mompelen jammeren, schreeuwen, roepen, zingen, (stereotiepe) geluiden maken

Agressie	
Beschrijving:	gewelddadig gedrag
Voorbeelden gedrag:	schelden, vloeken, beschuldigen, dreigen slaan, duwen, schoppen, vernielen, met voorwerpen gooien, dreigende gebaren maken, automutulatie (zelfbeschadiging)

Negativisme	
Voorbeelden gedrag:	gerichte afweer of verzet, tegenwerken bij de verzorging (in bepaalde situaties), (alle) hulp afwijzen, medicatie en voeding weigeren, altijd klagen, nergens tevreden over zijn, altijd kritiek hebben

Omkering van het dag- en nachtritme	
Beschrijving:	slaapprobleem of agitatie tijdens avond en nacht in combinatie met overmatige slaperigheid, sufheid, apathie of initiatiefloosheid overdag

Claimend gedrag	
Beschrijving:	zodanig aandacht en hulp vragen dat dit leidt tot irritatie bij zorgverleners

Prikkelbaarheid	
Beschrijving:	zeer snel boos, geïrriteerd of ontstemd zijn

Ontremming	
Beschrijving:	gedrag gekenmerkt door hyperactiviteit en controleverlies
Voorbeelden gedrag:	gulzig eten, vraatzucht, eten zolang er eten is hand tastelijk gedrag, seksuele intimidatie, obscene gebaren maken, steeds masturberen

Zwerfgedrag	
Beschrijving:	continu (rond)lopen met een doel, steeds op zoek of op weg zijn naar een bepaalde plaats, persoon of bezigheid

Verzamelwoede	
Voorbeelden gedrag:	verzamelen van voorwerpen, alles meenemen in rollator of verstoppen in tasje

Decorumverlies	
Voorbeelden gedrag:	onaangepast, schaamteloos gedrag, uitkleden in het openbaar, er onverzorgd bijlopen, boeren, winden laten, overal urineren, grof taalgebruik, knoeien met eten

Apathie	
Beschrijving:	initiatiefloos gedrag, niet tot activiteiten te bewegen, niet uiten van emoties

Overmatig oninvoelbaar huilen of lachen	
Beschrijving:	spontaan of na geringe emotie onbedwingbaar huilen of lachen, dat vaak in elkaar over gaat

De inhoud van bijlage A1 is gebaseerd op de volgende bronnen:

Bogaers MAJH, Koopmans RCTM, Vollaard EJ. Concept richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van psychische en gedragsstoornissen bij een dementie. VOVA/KUN, 1997;

Stok-Koch EGHJ, Kuin Y. Literatuuronderzoek naar gedragsproblematiek bij oudere somatische verpleeghuispatiënten. Nijmegen/Boxmeer, 1992.

Verloop
Wat ging er aan dit gedrag vooraf?
Wie waren/zijn er bij aanwezig?
Wat is er met dit gedrag gedaan en met welk effect?
Interventies
Welke interventies/omgangsstijlen zijn tot nu toe toegepast en met welk effect?
Identificatie
Voor wie is dit gedrag moeilijk hanteerbaar (voor cliënt zelf, personeel, medebewoners, familie, anders)?
Welke gevoelens maakt dit gedrag los bij de zorgverleners?
Welke positieve aspecten zijn er aan het gedrag van de cliënt?
Verwachtingen
Welke wensen/verwachtingen zijn er naar de overige disciplines met betrekking tot interventies (bijvoorbeeld groepsbegeleiding/activiteiten, individuele begeleiding/therapie, aanpassingen in de materiële omgeving, aanpassingen in de dagstructuur)?

Bijlage A3

Psychologische en psychosociale interventies bij oudere mensen met dementie ¹

Psychosociale interventies worden bij mensen met dementie op grote schaal toegepast. Het gaat zowel om de meer algemene benaderingswijzen in het alledaagse omgaan met mensen met dementie, als ook om specifieke interventies met specifieke doelen. Veel interventies zijn gericht op het individu, een deel kan ook bij groepen worden toegepast. Sommige interventies zijn gericht op cognitie, andere op emotie, weer andere stimuleren zintuigen of activiteiten.

Bijgaand schema biedt een overzicht van de verschillende interventies. Per interventie (kolommen) is aangegeven of deze individueel gericht is, ook gebruikt kan worden bij groepen, of juist als benadering door de omgeving toegepast kan worden. Ook is aangegeven welke specifieke doelen van toepassing zijn. Meerdere doelen en doelgroepen kunnen van toepassing zijn.

	RO	Val	Rem	BGZ	Snoez	PDL	WaZo	Muz
Individu	X	X	X	X	X	X	X	X
Groep	X	X	X					X
Benadering door omgeving	X	X	X	X	X	X	X	X
Cognitieve stimulering	X							
Emotiegerichte stimulering		X	X	X		X	X	X
Zintuigstimulering					X			
Lichamelijke stimulering								
Stimuleren van activiteiten								
Psychotherapeutische interventies								
Gedragsmodificatie								

- RO Realiteits Oriëntatie
- Val Validation
- Rem Reminiscentie
- BGZ Belevingsgerichte Zorg
- Snoez Snoezelen (zintuigactivering)
- PDL Passiviteiten van het dagelijks leven
- WaZo Warme Zorg
- Muz Muziektherapie

Aroma	PMT	SupGr	CognTr	LifeR	Couns	PlezAct	VIB	MedTh	
X	(X)		X	X	X	X	X	X	Individu
	X	X	X			X			Groep
X						X	X	X	Benadering door omgeving
		(X)	X						Cognitieve stimulering
		X		X					Emotiegerichte stimulering
X									Zintuigstimulering
	X								Lichamelijke stimulering
						X			Stimuleren van activiteiten
				X	X				Psychotherapeutische interventies
							X	X	Gedragsmodificatie

- Aroma Aromatherapie
- PMT Psychomotore therapie /bewegingstherapie
- SupGr Support Groepen (ondersteuningsgroepen)
- CognTr Cognitieve Training
- LifeR Life Review
- Couns Counseling/psychotherapie
- PlezAct Plezierige Activiteiten
- VIB Video Interactieve Begeleiding
- MedTh Mediatieve therapie

¹ Pot A.M., Kuin Y., Vink M (red), Handboek ouderenspsychologie. Utrecht: De Tijdstroom, 2007 hoofdstuk 26.

Bijlage A4

Richtlijnen en instrumenten

VOOR MULTIDISCIPLINAIRE TEAMS

In het Zorg voor Beter-traject is in 2007/2008 een methodische manier van werken aan probleemgedrag uitgewerkt in een stappenplan 'Omgaan met probleemgedrag' (Vilans, 2007, zie deel B). Dit stappenplan is gebaseerd op de NVVA-richtlijn Probleemgedrag. Het helpt teams het probleemgedrag inzichtelijk te maken door samen naar het gedrag te kijken, het te onderzoeken en interventies te bedenken.

VOOR VERZORGENDEN/VERPLEGENDEN

V&VN heeft diverse richtlijnen en handreikingen gepubliceerd of in ontwikkeling genomen:

- Het verminderen van agitatie bij dementerende ouderen (in ontwikkeling)
- Richtlijn voor verzorgenden 'Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn' (2006)
- Richtlijn voor verzorgenden 'Het begeleiden van mensen met dementie die apathisch zijn' (2006)
- Richtlijn 'Zorg bij een verstoord slaap-waakritme' (2004)

VOOR VERPLEEGHUISARTSEN/SOCIAAL GERIATERS

- NVVA-richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf (2008)

VOOR PSYCHOLOGEN

- Handboek ouderenpsychologie (2007)

VOOR VERPLEEGHUISARTSEN/SOCIAAL GERIATERS EN PSYCHOLOGEN

- Addendum Ouderen bij Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos-instituut 2008)
- Addendum Ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Trimbos-instituut 2008)

Deel B

Stappenplan en teamevaluatie

Stappenplan 'Omgaan met probleemgedrag'

Het stappenplan en de teamevaluatie zijn bedoeld om (verzorgende) teams te ondersteunen in hun handelen bij probleemgedrag van cliënten. Het stappenplan is afgeleid van de NVVA-richtlijn Probleemgedrag en uitgewerkt in het kader van het Verbetertraject Probleemgedrag (2006-2008). Dit verbetertraject is onderdeel van het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter, een initiatief van het ministerie van VWS, om de langdurige zorg een kwaliteitsimpuls te geven. Het verbetertraject wordt uitgevoerd door Vilans, het CCE en de NVVA. Instellingen werken in het verbetertraject een jaar lang op systematische wijze aan probleemgedrag op verschillende afdelingen. Teams van verpleeghuizen en instellingen van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking hebben de instrumenten uit het verbetertraject goed kunnen gebruiken bij het verbeteren van de zorg voor hun cliënten.

HOE KUN JE DIT STAPPENPLAN GEBRUIKEN?

In je werk loop je als verplegende of verzorgende soms tegen probleemgedrag van cliënten aan. Dit stappenplan biedt een handreiking om met probleemgedrag aan de slag te gaan in het (multidisciplinaire) team. Wat moet er veranderen en hoe moet je dat doen? Het doorlopen van de stappen uit het plan garandeert dat je het op een systematische wijze aanpakt. In iedere stap is een rol voor de cliënt en/of haar verwanten weggelegd. Deze rol is bij elke stap kort uitgewerkt. Pas deze aanwijzingen zonedig aan voor je eigen situatie.

WIE GAAT ER MET HET STAPPENPLAN WERKEN?

Het verzorgend team werkt met dit stappenplan, samen met andere medewerkers die betrokken zijn bij de betreffende cliënt(en). Denk aan de verpleeghuisarts/sociaal geriatr, de psycholoog, de activiteitenbegeleider, de maatschappelijk werker of geestelijk verzorger. Het stappenplan is een instrument voor het team van medewerkers om met elkaar aan de slag te gaan. Als verzorgend/verplegend team weet je natuurlijk al veel van de betreffende cliënt(en). Met dit stappenplan kijk je door een nieuwe bril naar de situatie. Maar je zult niet bij iedere stap even lang stil hoeven staan.

Auteurs

Drs. C. Hoogstraten, NVVA
Drs. P. Koedoot, CCE
Drs. I. van der Stelt, NVVA
Drs. N. UnikenVenema, Vilans

Stap 1 – De voorbereiding

Voordat je met het stappenplan begint, moet het team voorbereidingen treffen om efficiënt en effectief (doelmatig) te kunnen werken. De onderstaande aandachtspunten en vragen zijn daarbij een hulpmiddel. Het afdelingshoofd kan hierin het voortouw nemen (onderling goed afspreken!).

VOORBEREIDING MET/DOOR HET TEAM

- Bepaal als team met welke cliënt je begint: waar ziet het team kansen om de situatie te veranderen?
- Welke medewerkers zijn bij deze cliënt betrokken? Dit zijn namelijk ook degenen die (in de loop van het traject) bij het stappenplan betrokken moeten worden.
- Wie heeft welke verantwoordelijkheden en taken in dit stappenplan, bespreek dit in ieder geval met de verpleeghuisarts/sociaal geriater en psycholoog en zo mogelijk met meerdere disciplines. Wie legt afspraken vast, hoe gebeurt dit, komen de afspraken in het zorgplan, wie informeert afwezigen, wie is gespreksleider?

VOORBEREIDING DOOR AFDELINGSHOOFD

- Bedenk in welk overleg je de betreffende cliënt bespreekt en bepaal data voor mogelijke vervolgbesprekingen. Bedenk dat het doorlopen van het stappenplan (zeker in het begin) tijd kost. Zorg dus dat de bespreking niet onder druk komt door (te veel) andere agendapunten.
- Plan hoe lang de bespreking duurt en wat je met de bespreking wilt bereiken.
- Welke documenten zijn nodig? Denk aan zorgdossier/ondersteuningsplan/behandelplan.
- Plan de bijeenkomst op een moment dat zoveel mogelijk relevante medewerkers kunnen meepraten.
- Bedenk bij elke stap of anderen moeten worden uitgenodigd (bijvoorbeeld de arts, psycholoog, activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, geestelijk verzorger). Ga bij iedere stap na wie er verder nog geïnformeerd moeten worden en op de hoogte moeten zijn van de gemaakte afspraken.

ROL VAN DE CLIËNT EN VERWANTEN

Ga na hoe jullie gewend zijn om cliënten en verwanten te betrekken bij de zorg en ondersteuning. Spreek af hoe je dat in dit stappenplan wilt doen. Kijk of je de cliënten/verwanten zelf bij de bespreking(en) aanwezig kunt laten zijn. Of voer een voor- of nabespreking met hen.

Stap 2 – De probleemsituatie in kaart brengen

De bedoeling van stap 2 is om in kaart te brengen hoe de probleemsituatie er uit ziet. Die probleemsituatie bestaat uit veel aspecten, die met de cliënt, de omgeving of met de interactie tussen beide te maken kunnen hebben. Je zou kunnen zeggen dat je in deze stap de puzzelstukjes verzamelt, waarna je in de volgende stap de puzzel in elkaar gaat leggen. Misschien is het vanuit praktisch oogpunt niet mogelijk om alles in kaart te brengen. Maar bedenk dan dat je wellicht een belangrijk deel van de puzzel mist en misschien later (als interventies te weinig opleveren) alsnog deze puzzelstukjes moet gaan verzamelen.

Bespreek als team de onderstaande aandachtspunten en vragen. Laat iedere medewerker steeds haar eigen ervaring met de betreffende cliënt inbrengen. Noteer kort en bondig de antwoorden. Aan het einde van deze stap heb je de situatie in kaart gebracht. Bedenk overigens goed dat een cliënt altijd meerdere kanten heeft. Besteed dus zeker ook aandacht aan de leuke/positieve kanten van deze cliënt!

- Geef een concrete beschrijving van de probleemsituatie waarin de cliënt zich bevindt. Denk zowel aan de moeilijke als aan de positieve aspecten.
- Welk gedrag van de cliënt ervaren jullie als probleemgedrag? Hoe vaak komt het voor, op welke tijdstippen, bij wie, hoe lang duurt het gedrag?
- Voor wie is het gedrag een probleem (cliënt, medecliënten, medewerkers, verwanten)?
- Hoe denk je dat de cliënt zich voelt in de genoemde situatie?
- Hoe reageren haar verwanten en medecliënten op het gedrag?
- Wat roept het (probleem)gedrag van de cliënt bij jou/jullie op aan gevoelens?
- Welke spanningsvelden ervaar jij als medewerker?
- Wanneer komt het gedrag niet voor?
- Zijn er factoren aan te wijzen waardoor het gedrag afnam of zelfs verdween, of waardoor het juist verergerde?
- Welke aspecten ervaar je als positief bij deze cliënt? Wanneer gaat het goed met deze cliënt?

Er kan bij deze stap gebruik gemaakt worden van de Checklist probleemgedrag (bijlage B1).

ROL VAN DE CLIËNT

In deze stap is het belangrijk om te weten hoe de cliënt en/of de verwanten over de probleemsituatie denken. Heeft de cliënt zelf hinder van haar eigen gedrag? Herkennen verwanten het gedrag van vroeger?

Stap 3 – De probleemsituatie multidisciplinair in kaart brengen

Er kunnen heel veel oorzaken zijn voor probleemgedrag en daarom is multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk. Binnen een multidisciplinair team levert elke discipline een specifieke bijdrage aan het achterhalen van de oorzaak (of oorzaken) van probleemgedrag. Om de situatie bij stap 3 goed in kaart te kunnen brengen is het daarom van belang dat van elke discipline de eigen, specifieke puzzelstukjes worden verzameld.

Factoren die een oorzaak kunnen zijn voor probleemgedrag kunnen als volgt worden onderscheiden (tussen haakjes staan de – minimaal – betrokken disciplines):

- Omgevingsfactoren (fysiek en sociaal): verzorgenden/verplegenden/psycholoog /verpleeghuisarts/sociaal geriater/activiteitenbegeleider/maatschappelijk werker.
- Dagbesteding: verzorgenden/verplegenden/activiteitenbegeleider.
- Persoonlijke factoren: verzorgenden/verplegenden/psycholoog/verpleeghuisarts/sociaal geriater/geestelijk verzorger.
- Lichamelijke factoren en medicijngebruik: verpleeghuisarts/sociaal geriater/paramedici
- Psychische factoren: psycholoog/verpleeghuisarts/sociaal geriater.

Er kan bij deze stap gebruik gemaakt worden van de Checklist probleemgedrag (bijlage B1).

ROL VAN DE CLIËNT

In deze stap is het belangrijk om te weten hoe de cliënt en/of de verwanten over de probleemsituatie denken. Heeft de cliënt zelf hinder van haar eigen gedrag? Herkennen verwanten het gedrag van vroeger?

Stap 4 – Begrijpen van het gedrag

Nadat je de puzzelstukjes hebt neergelegd, is het tijd om de puzzel in elkaar te zetten. Daarvoor is stap 4, waarin je de probleemsituatie en het bijbehorende gedrag van de cliënt probeert te begrijpen en op zoek gaat naar mogelijke verklaringen. Er zijn allerlei factoren die een cliënt beïnvloeden en die dus ook invloed hebben op haar gedrag. Hoe begrijpen jullie het gedrag? Wat is de functie van het gedrag? Welke verklaring geeft het multidisciplinair team ervoor?

Beleg voor stap 4 een bijeenkomst waarbij de verschillende disciplines aanwezig zijn om het gedrag van de client zo goed mogelijk te kunnen begrijpen. Probeer samen het 'verhaal' te schrijven van het probleem. Leg verbanden tussen de puzzelstukjes en probeer te verklaren waarom het gedrag ontstaat en waardoor het in stand wordt gehouden. Schrijf dit verhaal op ongeveer een half A4, waarin je concreet de – naar jullie idee belangrijkste – puzzelstukjes met elkaar verbindt.

ROL VAN DE CLIËNT

In deze stap kun je de cliënt/verwanten actief betrekken in een overleg. Wat geeft zij zelf als redenen voor het gedrag aan? Wat valt haar moeilijk en wat zou zij anders willen? Soms (bij mogelijke lichamelijke en psychische problemen) is het nodig om in deze stap verder onderzoek te doen.

Stap 5 – Wat wil je bereiken? (doel bepalen)

In stap 2, 3 en 4 is duidelijk geworden wat het probleemgedrag inhoudt, wat de mogelijke oorzaken zijn, waardoor het ontstaat en waardoor het in stand gehouden worden. In stap 5 staat het kiezen centraal. Welk aspect van het 'probleem' moet als eerste de aandacht krijgen? Wat wil je als team bereiken? Wil je dat het probleemgedrag verdwijnt, vermindert, dat het gedrag wordt geaccepteerd of wordt voorkomen?

Een cliënt kan meerdere vormen van probleemgedrag vertonen. Kies hier met welk gedrag je als eerste aan de slag wilt, en bepaal voor dit gedrag een doel. Maak het doel zo concreet mogelijk en meetbaar, bijvoorbeeld: 'Het voorkomen dat mevrouw A. slaat bij het wassen in de ochtend.' Als je het doel te vaag formuleert, kun je later niet zeggen dat je het doel bereikt hebt. Het is dan immers niet duidelijk wat het doel eigenlijk was. Bij het stellen van een doel hoort ook een tijdsbepaling: vraag je als team af hoe lang je een interventie wilt uitvoeren voor je resultaat wilt zien. Om aan het eind van alle stappen te kunnen zeggen of je het geformuleerde doel ook gehaald hebt, ga je dit meten. Het meten kan eenvoudig door de frequentie van het probleemgedrag bij te houden. De ervaring leert dat je niet té snelle resultaten moet verwachten. Wees dus reëel.

ROL VAN DE CLIËNT

Komt het doel dat je als team stelt overeen met het doel dat de cliënt en haar verwanten heeft? Wat wil de cliënt zelf? Heeft zij ook last van het gedrag? Waar wil de cliënt zelf aan werken?

Stap 6 – Bedenk wat je gaat doen

In stap 6 bedenk je als team wat er nodig is om het doel (geformuleerd in stap 5) te kunnen bereiken. Het is belangrijk dat je hier aansluit bij 'het verhaal' uit stap 2 en 3. Als je immers het probleemgedrag begrijpt, geeft dat richting aan wat je er aan kunt doen. Soms kun je met één interventie volstaan, maar naarmate het probleem complexer is, zul je misschien meer verschillende interventies moeten uitvoeren. Het kan gaan om 'kleine' dingen die het team anders gaat doen dan normaal. Het kan ook om grotere veranderingen gaan die vaak meer tijd vragen, bijvoorbeeld het veranderen van zaken in de omgeving van de cliënt. Daarvoor heb je wellicht anderen nodig om het doel te kunnen bereiken.

Zorg dat er een duidelijke keuze gemaakt wordt over wat je gaat doen. En bedenk wat je daarvoor nodig hebt (materiaal, middelen/financiën/randvoorwaarden). Zet de afspraken op papier:

- Wie gaat wat doen, wanneer, waar, hoe lang en hoe vaak?
- Wie bewaakt de uitvoering?
- Wanneer ben je tevreden over het resultaat?
- Wat ga je meten en hoe ga je dat doen?

In het voorbeeld uit stap 5 kan dat er zo uit zien: 'Doel: het voorkomen dat mevrouw A. slaat bij het wassen in de ochtend. Aanpak: mevrouw A. gedurende één week zelf naar de badkamer laten gaan in haar eigen tempo, en haar alleen assisteren bij het aanzetten van de douche. Door wie: alle medewerkers van het team werken mee aan deze aanpak.'

ROL VAN DE CLIËNT

Breng de cliënt en de verwanten op de hoogte van de gekozen aanpak.

Stap 7 – Voer de afspraken uit

In stap 7 voer je de gemaakte afspraken uit met het hele team. Om te zien of de aanpak ook resultaat oplevert, kun je metingen houden en zo gegevens verzamelen. In het werken aan betere zorg gaat doelen stellen immers hand in hand met meten. Het meten kan eenvoudig door de frequentie van het probleemgedrag bij te houden. Zonder te meten weet je niet of je je doel bereikt en weet je niet of de veranderingen die je hebt doorgevoerd effect hebben (stap 8). Voer dus de geplande verandering of aanpak door in de praktijk, kijk als team naar de reactie van de cliënt en noteer wat je waarneemt.

ROL VAN DE CLIËNT

Wat ervaren cliënt en verwanten bij de gekozen aanpak?

Stap 8 – Bekijk de resultaten

In stap 6 is afgesproken wat je gaat doen aan het probleemgedrag. In stap 7 brengt het team de afspraken in praktijk. Om te zien of de interventies hebben gewerkt om het doel (van stap 5) te bereiken, moet je de nieuwe aanpak na een bepaalde tijd evalueren. In stap 8 bekijk je daarvoor systematisch de resultaten. Analyseer alle informatie die je specifiek voor deze cliënt hebt verzameld. Daarbij kun je de volgende vragen stellen:

RESULTATEN

- Wat zijn de resultaten van de metingen?
- Wat betekenen de resultaten/uitkomsten?
- Zijn de verwachtingen uitgekomen?
- Is het probleemgedrag verminderd (hoe vaak treedt het nu op en in welke situatie)?
- Is er nieuw probleemgedrag ontstaan?

PROCES

- Heeft iedereen de afspraken uitgevoerd?
- Zijn er onverwachte moeilijkheden opgetreden tijdens de uitvoering?
- Lukt het sommige medewerkers wel, maar andere niet om de afgesproken aanpak uit te voeren? Hoe komt dat?
- Hoe ervaart ieder teamlid het gedrag? Is het probleem weliswaar blijven bestaan, maar heeft men er minder last van? Als het probleemgedrag is blijven bestaan, dan moet het team misschien voor een andere oplossing kiezen (ofwel terugkeren naar stap 2, 3, 4, 5 of 6).
- Het kan ook zijn dat het team na ruimschoots kijken en zoeken tot de overtuiging is gekomen dat het probleemgedrag bij deze cliënt hoort. Dan kun je besluiten je neer te leggen bij het gedrag. Het is dan heel belangrijk dat je als team bedenkt wat je dan nodig hebt om beter met het gedrag om te gaan: (bij)scholing, intervisie, training, ondersteuning van elkaar of van leidinggevenden, et cetera.
- Vat samen wat je hebt geleerd.

ROL VAN DE CLIËNT

Wat vinden de verwanten van de nieuwe aanpak. Merken zij veranderingen op? En wat vindt de cliënt zelf?

Stap 9 – Trek conclusies

In deze laatste stap trek je conclusies, en begint de verbetercyclus van plan maken, plan uitvoeren, resultaten bekijken eventueel opnieuw. In dit stappenplan keer je in dat geval terug naar stap 5 of stap 6. De onderstaande vragen helpen je om conclusies te kunnen trekken:

- Wat heb je in stap 8 geconstateerd?
- Als de gekozen aanpak werkt, hoe zorg je dan dat de verbetering behouden blijft?
- Zou de gekozen methode ook werken voor andere cliënten met hetzelfde gedrag?
- Als de gekozen aanpak niet of niet goed werkt bij deze cliënt: welke verbetering ga je nu uitproberen? Start daarvoor opnieuw met stap 2, 3, 4, 5 of 6.

Op dit punt kun je er als team ook voor kiezen om te starten met een 'nieuwe' cliënt met probleemgedrag. In dat geval begint het stappenplan weer opnieuw.

ROL VAN DE CLIËNT

Delen de verwanten de conclusies van het team? Hebben zij suggesties voor een andere aanpak? En wat vindt de cliënt zelf?

Bijlage B1

Checklist probleemgedrag

(bij stap 2 en 3)

In deze bijlage staat een lijst met aspecten die te maken kunnen hebben met probleemgedrag. Het kan zijn dat deze aspecten het gedrag mede veroorzaken, het in stand houden of ervoor zorgen dat het oplossen van het probleemgedrag moeilijk is. Hoewel er veel in de lijst staat, is de opsomming niet uitputtend. Er kan immers nog veel meer aan de hand zijn.

De lijst is bedoeld als hulpmiddel om in het multidisciplinaire team een aantal gebieden te verkennen. Daarbij kijk je of er misschien belangrijke omgevings- of cliëntaspecten zijn vergeten in de analyse van de probleemsituatie.

Als een aspect van belang is voor het in kaart brengen van de probleemsituatie, gebruik deze dan in je analyse!

A. Omgeving	
A1. Factoren in de fysieke omgeving	
- Geluid	Tv, radio, roepende medebewoners/medewerkers, slaande deuren, karren, etc.
- Privacy	Eigen kamer, mogelijkheid rustige plek te zoeken, mogelijkheid tot ontmoetingen, ongewenste confrontaties met anderen, zorgvuldigheid in omgaan met spullen van een ander, etc.
- Licht	Voldoende daglicht, mogelijkheid om naar buiten te gaan, verlichting, etc.
- Ruimte	Afdelingsgrootte, ruimtelijke indeling, bewegingsvrijheid, gesloten deuren, herkenbaar, veilig, vertrouwd etc.
- Kleur	Gebruik van opvallende/rustige kleuren, contrast etc.
- Hulpmiddelen	Huisregels, bewegwijzering, pictogrammen, etc.
A2. Factoren in de sociale omgeving (het contact tussen cliënt en anderen)	
- Medecliënten	Groepsgrootte, contacten met medebewoners etc.
- Personeel	Bejegening van cliënt (luisteren, serieus nemen, betrekken), tijd voor ontspanning (wandelen, spelletjes, praatje), reactie personeel op probleemgedrag, contact tussen familie en personeel, etc.
- Anderen	Familie, vrienden, vrijwilligers, frequentie van contact, aard van contact, etc.
A3. Factoren gerelateerd aan de daginvulling (dagbesteding)	
- Wensen	Is bekend wat cliënt wil, sluit de daginvulling hierbij aan etc.
- Keuzes	Vrijheid om voor daginvulling te kiezen, keuze om niets te doen, alternatieven
- Daginvulling	Variatie, voldoende uren, voldoende ondersteuning (ook vrijwilligers, familie), aansluitend op zorg- en behandelplan, dagstructuur etc.
- Belasting	Overbelasting, verveling etc.

Bijlage B2

Samenvatting van het stappenplan 'Omgaan met probleemgedrag'

B. Cliënt	
B1. Lichamelijke factoren	
- Medische diagnose	Dementie, ziekte van Parkinson, ziekte van Huntington, delier, epilepsie etc.
- Beperkingen	Visuele beperkingen, auditieve beperkingen, lichamelijke beperkingen
- Ongemakken	Pijn, mictie/defecatieproblemen, dorst, benauwd etc.
- Slapen	Inslaapproblemen, doorslaapproblemen.
- Dieet	(Over)matig eten, koffie drinken, alcohol, roken, drugs, allergieën, overmatig suikergebruik etc.
- Sensomotorisch	Prikkelbaar voor geluid, aanraking, licht etc.
- Medicatie	Psychofarmaca, (last van) bijwerkingen, meerdere medicijnen tegelijkertijd, evaluatie van medicatie etc.
B2. Persoonlijke factoren	
- Levensloop	(Traumatische) gebeurtenissen, relatie met ouders/kinderen
- Persoonlijkheid	Copingstrategie, reactie cliënt op lichamelijke en psychische afhankelijkheid etc.
- Levenstijl	Activiteitsniveau, dag-nachtritme, teruggetrokken, graag in gezelschap etc.
B3. Psychische factoren	
- Psych. Diagnose	Depressie, angst, psychose, persoonlijkheidsstoornis etc.

De negen stappen

Het stappenplan 'Omgaan met probleemgedrag' is bedoeld om het team te ondersteunen bij het kijken naar de cliënt met probleemgedrag en bij het bedenken van interventies bij deze cliënt. Het werken met het stappenplan is vaak een cyclisch proces: als de conclusie bij stap 9 is dat de gekozen interventie niet werkt bij de cliënt, dan begint de cyclus opnieuw bij stap 6. Let op: Betrek zoveel mogelijk de cliënt/verwanten bij elke stap!

Stap 1 – De voorbereiding

In deze stap doe je de praktische voorbereiding om aan de slag te gaan. Wie van het team zijn betrokken bij de probleemsituatie? Hoe wil je aan het werk gaan? Wie is verantwoordelijk voor bepaalde zaken?

Stap 2 – De probleemsituatie in kaart brengen

Aan de hand van een aantal vragen breng je de probleemsituatie in kaart: wat vindt de cliënt van haar situatie, wat ervaren de medewerkers, hoe ziet het gedrag van de cliënt eruit? Denk niet alleen aan de moeilijke kanten, maar ook aan positieve aspecten. Is iedereen het eens met de beschrijving van de situatie?

Stap 3 – De probleemsituatie multidisciplinair in kaart brengen

Er kunnen heel veel oorzaken zijn voor probleemgedrag en daarom is multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk. Binnen een multidisciplinair team levert elke discipline een specifieke bijdrage aan het achterhalen van de oorzaak van probleemgedrag. Om de situatie goed in kaart te kunnen brengen is het daarom van belang dat van elke discipline de eigen, specifieke puzzelstukjes worden verzameld.

Stap 4 – Het begrijpen van het gedrag

In deze fase probeer je het gedrag van de cliënt te begrijpen door met elkaar in gesprek te gaan en allerlei aspecten te benoemen.

Stap 5 – Wat wil je bereiken? (doel bepalen)

In deze stap bepaalt het team het doel. Wat willen jullie als team bereiken? Welk aspect van het probleem moet als eerste de aandacht krijgen? Dit heb je nodig om met stap 6 te kunnen beginnen.

Stap 6 – Bedenk wat je gaat doen

Wat is er nodig om het doel te bereiken? Welke oplossingen kunnen jullie bedenken? Welke keuze maakt het team?

Stap 7 – Voer de afspraken uit

In deze stap voeren jullie de gemaakte afspraken uit.

Stap 8 – Bekijk de resultaten

Heeft de interventie gewerkt om het doel te bereiken?

Stap 9 – Trek conclusies

Tot welke conclusies komt het team? Doorgaan op dezelfde weg of een andere oplossing? Of het doel bijstellen?

Bijlage B3

Deskundig omgaan met probleemgedrag: een teamevaluatie

Het is belangrijk om systematisch na te gaan of het team in de loop van de tijd beter leert omgaan met probleemgedrag. Om dat vast te stellen, is het goed om regelmatig een teamevaluatie te houden. Daarmee kijk je systematisch naar de resultaten van jullie inspanningen op dit terrein. Vul op verschillende momenten de onderstaande checklist in en bespreek deze met elkaar in een evaluatiebijeenkomst. Deze evaluatiemethode is veel gebruikt in het Verbetertraject Probleemgedrag.

Deskundigheid (bijvoorbeeld in het omgaan met probleemgedrag) bestaat uit vier elementen: informatie, vaardigheden, ervaring en attitude.

Informatie

In de teamevaluatie is informatie dat wat je weet over het omgaan met probleemgedrag. Die informatie kun je op verschillende manier tot je nemen (of al tot je hebben genomen). Denk aan handleidingen, protocollen, artikelen, methodieken en van alles dat je tijdens je opleiding hebt geleerd. Maar je kunt ook informatie van elkaar krijgen, tijdens intervisie of op congressen.

HEEFT HET TEAM BIJVOORBEELD INFORMATIE OVER:

- het beloop van dementie en de bijbehorende symptomen?
- de invloed van hersenletsel op het gedrag van mensen?
- het analyseren van probleemsituaties?
- de mogelijkheden van gedragstherapie?
- de multidisciplinaire handreiking bij de NVVA-richtlijn Probleemgedrag?
- het stappenplan 'Omgaan met probleemgedrag'?

Vaardigheden

Hebben jullie als team de juiste vaardigheden om goed te kunnen omgaan met probleemgedrag? In de evaluatie gaat het om twee groepen vaardigheden:

- vaardigheden waarmee je 'in contact staat' met je omgeving: communicatieve vaardigheden, expressieve vaardigheden, ambachtelijke vaardigheden, fysieke vaardigheden, et cetera
- vaardigheden die 'in je hoofd' zitten: analytische vaardigheden, creatieve vaardigheden, reflectieve vaardigheden, et cetera

BESCHIKT HET TEAM BIJVOORBEELD OVER VAARDIGHEDEN OM:

- te kunnen omgaan met een fysiek agressieve cliënt?
- goed te observeren?
- te kunnen analyseren in welke alertheidsfase een cliënt zit?

Ervaring

Ervaring is een soort opslagplaats van alle gebeurtenissen die iemand heeft meegemaakt. Door ervaring raak je met bepaalde zaken vertrouwd. Het helpt je om situaties in te schatten en ideeën te ontwikkelen over wat er aan de hand is. En dus ook over wat je concreet kunt doen. Je kunt ervaring hebben met het directe omgaan met probleemgedrag. Maar het gaat in de evaluatie ook om meer algemene ervaring met observeren, analyseren, meten, rapporteren, en instrumenten ontwikkelen en gebruiken.

HEEFT HET TEAM BIJVOORBEELD ERVARING MET:

- het omgaan met gedragsproblemen?
- het wel of niet effectief zijn van 'een bepaalde aanpak' bij een cliënt?

Attitude

Een attitude – ofwel: houding – komt voort uit je waarden en normen. Die bepalen hoe je kijkt én handelt in een bepaalde situatie. Je attitude is van invloed op wat je wilt en wat je van jezelf mag. Een voorbeeld is de 'lerende houding': als je (individueel én als team) wilt blijven leren, zoek je steeds naar nieuwe manieren om met een bepaald probleem om te gaan.

IS ER DE JUISTE MIX VAN ATTITUDES IN HET TEAM VOORHANDEN? BIJVOORBEELD:

- als iedereen een 'verzorgende' houding heeft, zal het team misschien te weinig grenzen stellen
- als te weinig teamleden een lerende attitude hebben, zal het team onvoldoende in staat zijn het handelen aan te passen aan nieuwe omstandigheden

Scoor jullie deskundigheid!

Bij de evaluatie van de ontwikkeling van jullie deskundigheid in het omgaan met probleemgedrag, is het belangrijk om op alle vier de hierboven uitgewerkte elementen van deskundigheid te letten. Dat doe je op een systematische manier door het scoringsformulier hiernaast te gebruiken. Daarbij horen twee opdrachten:

- Noem bij elk van de vier elementen van deskundigheid vijf concrete thema's. Op die manier benoem je – toegespitst op jullie eigen situatie! – over welke informatie het team moet beschikken, welke vaardigheden jullie moeten hebben, op welke terreinen jullie ervaren moeten zijn en welke attitude (houding) daarbij belangrijk is.
- Beoordeel bij elk thema of jullie team op dat punt ver genoeg is, of dat het team zich op korte termijn verder moet ontwikkelen. Geef vervolgens per element een rapportcijfer. Wees niet te kinderachtig met het geven van een cijfer, maar wees kritisch op jezelf! Een 'onvoldoende' prikkelt namelijk om jezelf te verbeteren. Als het team zichzelf te snel een 7 geeft, krijgen jullie onvoldoende uitdaging om aan verbetering te werken.

Scoringsformulier

Het scoringsformulier	
Noem per element (maximaal) vijf punten die belangrijk zijn bij het in teamverband deskundig omgaan met probleemgedrag.	
Informatie (over)	
1.	Ontwikkelen? JA /NEE
2.	Ontwikkelen? JA /NEE
3.	Ontwikkelen? JA /NEE
4.	Ontwikkelen? JA /NEE
5.	Ontwikkelen? JA /NEE
Rapportcijfer informatie	
Vaardigheden	
1.	Ontwikkelen? JA /NEE
2.	Ontwikkelen? JA /NEE
3.	Ontwikkelen? JA /NEE
4.	Ontwikkelen? JA /NEE
5.	Ontwikkelen? JA /NEE
Rapportcijfer vaardigheden	
Ervaring (met)	
1.	Ontwikkelen? JA /NEE
2.	Ontwikkelen? JA /NEE
3.	Ontwikkelen? JA /NEE
4.	Ontwikkelen? JA /NEE
5.	Ontwikkelen? JA /NEE
Rapportcijfer ervaring	
Attitude	
1.	Ontwikkelen? JA /NEE
2.	Ontwikkelen? JA /NEE
3.	Ontwikkelen? JA /NEE
4.	Ontwikkelen? JA /NEE
5.	Ontwikkelen? JA /NEE
Rapportcijfer attitude	

Colofon

Dit is een uitgave van de NVVA, beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal gerieters. De publicatie is tot stand gekomen in het kader van Zorg voor Beter en is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Alles uit deze uitgave mag gebruikt worden met bronvermelding. De publicatie is ook digitaal te raadplegen via **www.verpleeghuisartsen.nl**.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Onjuistheden en/of suggesties voor verbeteringen kunt u doorgeven aan de NVVA.

Deze publicatie is te bestellen bij NVVA:

Postbus 20069

3502 LB Utrecht

030 28 23 482

Per fax 030 28 23 494

Per e-mail nvva@verpleeghuisartsen.nl of te downloaden van het internet **www.verpleeghuisartsen.nl**

UITGAVE

ISBN 978-90-74785-07-5

© NVVA, 2008

De handreiking wordt onderschreven door:

- NIP, Nederlands Instituut van Psychologen – sectie psychologen in de ouderenzorg
- NVVA, Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en Sociaal Gerieters
- Sting, Landelijke Beroepsvereniging Verzorging & Zorgprojecten
- V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

ONTWERP

Het Lab – grafisch ontwerpers BNO, Arnhem

DRUK

Drukkerij Roos en Roos bv, Arnhem