

Keuzedeel

Gerontopsychiatrie



Inhoud

Inleiding	3
Onderwijskundige verantwoording	3
Beschrijving van het keuzedeel	3
Opdrachten	4
1. Inleiding 'Ouder worden'	4
2. Literatuuronderzoek ontwikkelingsfasen en ziektebeelden.....	4
3. Activeren en participeren	5
4. Observeren van bewoners.....	5
5. Communicatie met de bewoner.....	5
6. Depressie en dementie.....	6
Bijlage 1 Leerdoelen D1K1: Ondersteuning bieden aan psychiatrische ouderen in verpleeg en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) Leerdoelen	7
Bijlage 2 Theoriedeel "De ouderen"	8
Bijlage 3 Empathisch communiceren met ouderen	12
Examinering Keuzedeel Gerontopsychiatrie	14

Inleiding

Voor de VVTsector is het belangrijk dat toekomstige en zittende professionals meer kennis hebben van psychiatrische aandoeningen bij ouderen. Daarnaast zullen zij in steeds meer situaties te maken krijgen met cliënten met gedragsproblematiek. Door de toename van het aantal ouderen dat langer thuis woont krijgen zorgverleners in de extramurale setting steeds meer te maken krijgen met de geschetste problematiek. Omdat zij vaak 'standalone' werken hebben zij handvatten nodig om met dit gedrag om te kunnen gaan en deescalerend op te treden. Voor de intramurale setting zien we dat multiproblematiek bij zorgvragers met zowel een chronische psychiatrische als een psychogeriatrische en/of een lichamelijke aandoening (bijv. dementie en persoonlijkheidsstoornis, NAH en verslavingsgedrag) meer en meer voorkomen.

Het realiseren van een goede kwaliteit van zorg en een veilige leefsfeer vraagt voor deze doelgroep niet alleen uitgebreide kennis maar met name ook een groter scala aan vaardigheden in de begeleiding van de bijkomende gedragsproblematiek. Zorgmedewerkers niveau 3 voelen zich vaak handelingsverlegen bij deze specifieke doelgroep. Het keuzedeel zou een goede aanvulling zijn voor zowel studenten als zittend personeel.

Relevantie

Ouderen met een chronisch psychiatrische aandoening, dikwijls in combinatie met een chronische lichamelijke aandoening en/of een psychogeriatrische aandoening, verblijven steeds vaker in de sector Verpleeg en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Dit wil zeggen dat zij of langer thuis wonen of in een verpleeghuis verblijven. Door de toename van het aantal thuiswonende psychiatrische ouderen krijgen zorgverleners in de extramurale setting meer met deze doelgroep te maken. Omdat beginnend beroepsbeoefenaren vaak 'standalone' werken hebben zij handvatten nodig om het gedrag te herkennen en om met het gedrag te kunnen omgaan. Het keuzedeel vergroot de kans op werk op het bieden van ondersteuning aan psychiatrische ouderen in de sector.

Onderwijskundige verantwoording

Hier nog tekst?

Beschrijving van het keuzedeel

Met het keuzedeel ontwikkelt de beginnend beroepsbeoefenaar (veelal) specialistische vakkennis van psychiatrische problemen en oorzaken/aanleidingen, gerontopsychiatrie, psychiatrische ziektebeelden, omgangsproblemen met psychiatrische ouderen en specifieke vaardigheden zoals observatie, ondersteunings- en communicatiemethodieken om met psychiatrische oudere cliënten te kunnen omgaan.

Er wordt kennis, vaardigheden en gedrag geleerd ten aanzien van de kerntaak D1K1: Ondersteuning bieden aan psychiatrische ouderen in verpleeg en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT). Zie bijlage 1 voor een overzicht van de leerdoelen.

Opdrachten

1. Inleiding 'Ouder worden'

We worden allemaal ouder. Hier zijn heel veel beelden en gedachten bij.

Activiteiten

1. Ter voorbereiding op deze module vragen we je om een deel van de theorie uit het boek 'De oudere Een raamwerk voor verpleegkundigen' van Pascale Van der Meeren te **lezen**. Zie bijlage 2.
2. Na het lezen **beantwoord** je de volgende vragen:
 - Wat is jouw beeld van oude mensen?
 - Welke stereotype herken jij in het werk?
 - Welk beschreven past het beste bij jou visie op ouderen?
 - Bespreek met een werkbegeleider wat zij/haar visie is op oude mensen. Zitten hier verschillen in?

2. Literatuuronderzoek ontwikkelingsfasen en ziektebeelden

Activiteiten

1. **Bestudeer** de theorie in Zorgpad zodat je kennis hebt van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen/ aandoeningen bij de oudere mens.
2. **Zoek** de kenmerken op van de volgende ziektebeelden:
 - Persoonlijkheidsstoornissen zoals angststoornissen (obsessief/ compulsieve en afhankelijkke stoornissen)
 - Persoonlijkheidsstoornissen met theatraal, emotioneel grillig gedrag, paranoia en/of ziekelijke achterdocht
 - Psychose
 - Apathisch gedrag, agressief gedrag, dwangmatig /claimend gedrag en agitatie
 - Depressie
 - Borderline
 - Stemmingsstoornissen
 - Agressief gedrag, apathisch gedrag en agitatie

Je kunt dit terug vinden in de basis thema's en ook de branche specifieke thema's.

3. Wij raden aan om de onderstaande onderdelen van Zorgpad zeker te **raadplegen**:
 - Zorgpad Collectie Basis 3, thema: kennismaken met de zorg
 - Onderwerp 9: kennis maken met de doelgroep (ontwikkelingsfasen) waaronder de theorie 4 (ontwikkelingsfase ouderen) en 5 (ontwikkelingsfasen geriatrie zorgvrager)
 - Onderwerp 10: kennismaken met de doelgroep oudere zorgvrager
 - Zorgpad Collectie Branche 3 thema's raadplegen.
 - Zorgpad Collectie Basis 3, Thema Ziekteleer
 - Onderwerp 10: Ouderen met psychogeriatrische aandoeningen
 - Onderwerp 11: ouderen met psychische problemen
 - Onderwerp 12 en 13: psychiatrische ziektebeelden
4. **Maak** een samenvatting wat de kenmerken van het ziektebeeld zijn, wat de voorgeschreven behandeling is en de omgangsadviezen voor je dagelijks werk met een bewoner.

3. Activeren en participeren

Bewoners met geriatrische problemen doen een groot beroep op jou als verzorgende IG. In de beroepscode staat beschreven dat iedereen recht heeft op goede zorg ongeacht de zorgbehoefte, waarden, normen en levensbeschouwing. Jij hebt de taak als verzorgende om bewoners te activeren, motiveren, te coachen, enthousiasmeren en als het nodig is, de zorg over te nemen.

Activiteiten

Je gaat de kennis die je opgedaan hebt bij opdracht 2 toepassen in de praktijksituatie.

1. **Kies** een bewoner uit en lees het zorgplan door.
2. **Maak** een analyse van het zorgdossier waarin je onderzoekt of er verbeteringen in het dossier nodig zijn om deze bewoner nog beter te activeren of te laten participeren vanuit zijn of haar achterliggende psychiatrische ziektebeeld.
3. **Verantwoord** in gesprek met je werkbegeleider waarom je bepaalde keuzes maakt en op welke kennis van psychiatrische ziektebeelden dit onderbouwd hebt. Deze opdracht dient als voorbeeld casus voor je examengesprek.
4. **Beschrijf** dit in een verslag van 1 A4.

4. Observeren van bewoners

Als verzorgende ben je dagelijks in contact met de bewoner. Gedragsveranderingen vinden soms heel geleidelijk plaats en zijn daarom moeilijk te objectiveren.

Activiteiten

1. Oefen in het signaleren van gedragsveranderingen bij bewoners door drie bewoners qua gedrag te **observeren** aan de hand van een objectief meetinstrument. Zorg ervoor dat alle drie de bewoners een andere geriatrische diagnose hebben. Maak hierbij gebruik van de observatielijst Observatielijst voor psychosociale problematiek bij ouderen (OLPP) en de observatielijst Observatielijst gerontopsychiatrie. Deze lijst vind je via de volgende link of als bijlage in Classroom:
<https://www.dementienoordwestveluwe.nl/user/file/olpp.pdf>
<http://www.actieonderzoek.nl/pdf/websiteobserverengereed238.pdf>
2. **Bespreek** de uitkomsten van de score met de medestudenten en maak een kort verslag.
3. **Plaats** dit, samen met je observatielijsten in de Classroom.

5. Communicatie met de bewoner

Activiteiten

1. Voor deze opdracht ga je het **gesprek** met een bewoner aan. Tijdens dit gesprek gebruik je de richtlijnen uit de theorie: 'Empathisch communiceren met ouderen' (Bijlage 3). Bron: Albeda College en stichting Wielborgh basistraining 'Omgaan met gedragsveranderingen bij (zelfstandig wonende) psychogeriatrische cliënten'.

Uitvoering gesprekstechnieken

1. Maak een plan met daarin de volgende punten:

Doelen stellen

Formuleer drie gedragsdoelen die een collega kan observeren tijdens een gesprek die je voert met een bewoner. Deze doelen bespreek je vooraf met de collega die je gaat observeren.

Uitvoeren

Voer een gesprek met de bewoner waarbij gebruik maakt van de gesprekstechnieken. Een college observeert je.

Evalueren

Ga met de collega die jou geobserveerd heeft in gesprek over hoe je deze opdracht hebt uitgevoerd en of je je doelen behaald hebt.

2. **Plaats** je plan in Classroom en ook een kort verslag waarin je reflecteert op het product (de uitvoering van je gesprek), de keuzes die je gemaakt hebt (verantwoording). en de feedback die je gekregen hebt (het proces).

6. Depressie en dementie

Activiteiten

1. **Lees** het artikel 'Depressie en dementie worden vaak met elkaar verward'. Je kunt het artikel openen via onderstaande link:
https://modernedementiezorg.nl/upl/.../dementie_depressie_%20ZZ_mei2010.pdf
2. **Maak** de opdracht:
 - **Lees** de theorie uit de reader 'Richtlijnen omgaan met gedragsproblemen bij mensen met dementie' (te vinden in Classroom).
 - **Maak** de opdracht 'Plezierige activiteiten plan'.

Bijlage 1 Leerdoelen D1K1: Ondersteuning bieden aan psychiatrische ouderen in verpleeg en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT)

Leerdoelen

- heeft kennis van ontwikkelingen in de psychiatrie in de ouderenzorg.
- heeft kennis van multipathologie en de daaruit voortvloeiende multiproblematiek, ook in combinatie met chronisch psychiatrische stoornissen bij ouderen.
- heeft brede kennis van lichamelijke veranderingen als gevolg van ouder worden.
- heeft brede kennis van psychische veranderingen als gevolg van ouder worden.
- heeft brede kennis van te leveren zorg aan psychiatrische ouderen.
- heeft specialistische kennis van veelvoorkomende psychische problemen bij ouderen, zoals angst, onrust en vergeetachtigheid.
- heeft specialistische kennis van veelvoorkomende oorzaken/aanleidingen van psychiatrisch gedrag bij ouderen.
- heeft specialistische kennis van de gerontopsychiatrie, zoals chronische aandoeningen en risico's bij ouderen.
- heeft specialistische kennis van veel voorkomende psychiatrische ziektebeelden, zoals depressie, schizofrenie en borderline.
- heeft specialistische kennis van veel voorkomende omgangsproblemen met psychiatrische ouderen, zoals agressie, apathie en agitatie.
- heeft specialistische kennis van gevolgen van psychiatrische stoornissen voor het functioneren van oudere cliënten.
- heeft specialistische kennis van gevolgen van veel voorkomende psychiatrische stoornissen voor de omgeving van oudere cliënten.
- heeft specialistische kennis van verouderingsprocessen van psychiatrische ouderen.
- heeft specialistische kennis van verschillen tussen dementie en psychiatrisch gedrag van ouderen.
- heeft specialistische kennis van observatie, ondersteunings en communicatiemethodieken ten behoeve van psychiatrische ouderen.
- kan landelijke en organisatiespecifieke afspraken en protocollen met betrekking tot het zorgen voor en omgaan met psychiatrische ouderen toepassen.
- kan observatietechnieken toepassen om psychiatrische ziektebeelden bij ouderen te herkennen.
- kan veel gebruikte ondersteuningsmethodieken toepassen bij ouderen met een psychiatrische problematiek.
- kan gedragsveranderingen bij psychiatrische ouderen signaleren.
- kan in situaties met psychiatrische ouderen deescalerend optreden, zoals proberen te kalmeren, terugtrekken of hulp inschakelen.
- kan communicatiemethodieken bij psychiatrische ouderen toepassen.
- kan communicatiemethodieken bij naastbetrokkenen van psychiatrische ouderen toepassen.
- kan wet en regelgeving ten aanzien van ouderen met een psychiatrische zorgvraag toepassen.

Bijlage 2 Theoriedeel “De ouderen”

Een raamwerk voor verpleegkundigen van Pascale Van der Meeren.

1. Beelden en beeldvorming

1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk wil jou als hulpverlener in opleiding uitnodigen om stil te staan bij jouw beeld over ouderen en ouder worden. Beelden hebben immers een invloed op de manier waarop we in de praktijk van zorg en welzijn met ouderen omgaan. In deze paragraaf verhelderen we de termen beeld en beeldvorming. In de twee volgende paragrafen, gaan we in op de ouderen beelden in onze maatschappij en in de zorg. Tot slot nodigen we je via de verwerkingsopdrachten uit om jouw beeld verder te exploreren.

1.2 Beeld

Een beeld is een mentale voorstelling, een plaatje dat ergens in ons geheugen ligt opgeslagen. Het begrip beeld krijgt in het gebruik vaak een normerend karakter, waardoor het synoniem komt te staan voor een opvatting of een norm. Het beeld is dan niet louter een afbeelding of beschrijving van een feitelijke toedracht. Het beeld schrijft dan ook voor hoe iets of iemand zou moeten zijn. Het norm karakter van het beeld impliceert dat wie niet aan de norm voldoet bijna automatisch als afwijkend van de norm, of letterlijk, als abnormaal wordt beschouwd (De Cuyper, 2008). We kunnen ons meer of minder bewust zijn van onze beelden. Ook de scherpste of de mate van detail van onze beelden kan verschillend zijn. We gaan hier verder op in.

1.2.1 Impliciete en expliciete beelden

Hoe bewust is jouw beeld? We hebben allemaal een beeld over ouderen. Meestal zijn we ons niet zo bewust van ons beeld over ouderen en ouderdom. Het gaat dan om een impliciet beeld, of het geleefde of geëxisteerde beeld zoals Marcoen (2006) het noemt. Indien jij in de ‘Blikopener’ de persoon bent die als vijfde aan de linker kassa aanschuift, dan getuigt dit gedrag van jouw impliciete beeld. Je gaat er waarschijnlijk vanuit dat het niet vlug zal gaan aan de kassa met de oudere dame en daarom kies je zelfs liever een langere rij. Indien je voor de rij met de oudere vrouw kiest, dan handel je misschien vanuit een ander impliciet beeld. Door dit voorbeeld te lezen, word jij je nu meer bewust van jouw impliciete beeld. Wanneer je het ook met medecursisten of collega’s zou bespreken, dan komt jouw beeld nog meer ter sprake en wordt het explicieter. Jouw latente ouderen beeld wordt geactiveerd. Marcoen (2006) noemt dit het gesproken ouderen beeld. Door bijvoorbeeld een vragenlijst in te vullen over ouderen wordt jouw visie op ouderen en verouderen fragmentarisch manifest en bewust. Doorheen dit boek zal materiaal aangeboden worden dat jouw geliefde en gesproken beeld voorwerp kan maken van reflectie. Dit leidt dan tot een besproken ouderen beeld. “Een dergelijk beeld vertoont samenhang en structuur waardoor het mededeelbaar wordt en bewust als leidraad kan gebruikt worden voor de omgang met ouderen, en met zichzelf als men zelf bejaard is.” (Marcoen, 2006, p. 65). Marcoen (2006) maakt verder een onderscheid tussen een voorwetenschappelijk en een wetenschappelijk beeld. Het voorwetenschappelijke beeld is daarbij gebaseerd op dagelijkse ervaringen door om te gaan met en te zorgen voor ouderen. Wanneer het beeld steunt op een voorwetenschappelijk beeld én op inzichten die uitgeklaard en getoetst werden in systematisch onderzoek, ontstaat een wetenschappelijk verantwoord ouderen beeld.

1.2.2 Stereotiepe en genuanceerde beelden

Hoe scherp is jouw beeld? Beelden bevinden zich volgens Penninx (1995) op een denkbeeldige lijn tussen het stereotiepe en het genuanceerde. Spreken we over ouderen in het algemeen, dan zijn de beelden per definitie onvolledig en stereotiep. Beelden als

'wijs en verstandig' of 'dominant, saai en incontinent' hebben slechts betrekking op een deel van de totale groep. Spreken we over een bepaalde persoon die we kennen, dan is de kans op een genuanceerd beeld aanzienlijk groter. We beschikken dan immers over meer gedetailleerde informatie.

Een onvolledig beeld wordt vaak een stereotype of een vooroordeel genoemd. Termen als 'stigma', 'label' en 'etiket' worden in dit verband eveneens gebruikt (Penninx, 1995).

Stereotypering is het isoleren van één eigenschap uit een verzameling van eigenschappen en het voorstellen van die eigenschap als representatief voor de hele verzameling.

Stigmatiseren verwijst doorgaans naar een negatieve of intolerante houding ten opzichte van een groep mensen waarbij die omwille van een bepaald kenmerk 'getekend' worden. Het gevolg is dat die groep op een negatieve manier onderscheiden en afgezonderd wordt van de anderen die de norm wel vertegenwoordigen (De Cuyper, 2008). Wanneer de stigmatiserende opvatting zich uit in een bepaald gedrag ten opzichte van die groep, spreekt men van discriminatie (De Cuyper, 2008). Vanuit een stereotiepe opvatting dat oudere werknemers niet meer zo productief zijn, is het aan de kant leggen van een binnengekomen sollicitatiebrief enkel en alleen op basis van de vermelde middelbare leeftijd een voorbeeld van discriminerend gedrag. Vanuit een stereotiepe opvatting dat ouderen geen interesse meer zouden hebben in seksualiteit, zou discriminerend gedrag kunnen inhouden dat ouderen die vertellen dat ze nog steeds seksueel actief zijn, worden uitgelachen (Hooyman & Kiyak, 2011a).

Wie ouder wordt, kan met agisme geconfronteerd worden. De term ageisme werd geïntroduceerd door Robert Butler in 1969 als 'een proces van systematische stereotypering en discriminatie van mensen omdat zij oud zijn'. Onafhankelijk van ons geslacht, etniciteit of sociale klasse, is agisme een vorm van vooroordeel die we allemaal kunnen tegenkomen, als we maar lang genoeg leven (Hooyman & Kiyak, 2011b). Butler identificeerde drie strategieën in de strijd tegen ageisme. Hij benadrukte hierin het belang van het delen van kennis die toont dat ouderen productief kunnen zijn. Ook het intergenerationele conflict komt aan bod. In een strijd tegen ageisme is de verzekering nodig dat het intergenerationele conflict over de verdeling van de beperkte middelen, zoals gezondheidszorg en inkomen, niet gerechtvaardigd is. Bovendien moeten de gelegenheden waarin ouderen meer controle over hun leven kunnen hebben en een waardig leven kunnen blijven leven, verhoogd worden. De strijd zou niet eenvoudig zijn, volgens Butler. Ageisme kan volgens hem beschouwd worden als een oeroude ziekte. Onze angst voor ouder worden is zo diepgeworteld, dat ageisme waarschijnlijk nooit volledig zal verdwijnen (Braithwaite, 2002). Hoewel de attitudes ten aanzien van ouderen de laatste decennia positiever zijn geworden, blijven nog heel wat negatieve beelden bestaan (Miller, 2012). Nog vaak is ouderdom synoniem voor ziekte en eenzaamheid, psychologische rigiditeit, afgenomen productiviteit of asexualiteit, ... Deze opsomming kan volgens Palmore sinds kort worden aangevuld (Hooyman & Kiyak, 2011a) met wat men het 'nieuwe ageisme' noemt; het hebben van een afkeer van de oudere generaties omwille van de gepercipieerde last die ze leggen op de economische vooruitgang en belastingen. Een studie van the Economist waarin 262 artikels werden geanalyseerd tussen 1997 en 2008 wees uit dat 64% hiervan het stereotiepe beeld van ouderen als last voor de maatschappij toonde (Miller, 2012).

1.3 Beeldvorming

Beeldvorming betekent: "het ontstaan van een opvatting over personen, zaken, feiten e.d." (Penninx, 1995, p. 18). Sommige groepen, zo ook ouderen, verzetten zich tegen het beeld dat over hen in de samenleving wordt gevormd. Dit verzet richt zich op bepaalde als onwenselijk beschouwde stereotypen. Door het verzet tegen 'de beeldvorming' heeft dit begrip een negatieve klank gekregen. Strikt genomen verwijst het echter slechts naar de mechanismen die bepaalde beelden oproepen (Penninx, 1995). Beeldvorming hoort bij het leven. Het is een noodzakelijke activiteit omdat het een manier is om te kunnen omgaan met de overstelpende hoeveelheid informatie die ongefilterd op ons afkomt (Penninx, 1995). Het beeld kan compleet lijken, maar is onvermijdelijk een klein en

subjectief stukje van de werkelijkheid. Beeldvorming is een proces. We hanteren voortdurend nieuwe beelden en oude beelden raken op de achtergrond. We passen de beelden over ouder worden en ouderdom aan op grond van nieuwe behoeften, ervaringen met ouderen maatschappelijke trends en omstandigheden. Ons denken verandert en daarmee ook de beelden die we hanteren. Op hun beurt beïnvloeden nieuwe beelden weer ons denken. Het proces van beeldvorming voltrekt zich overal in de samenleving. Beeldvorming speelt niet alleen een rol in het denken van personen en in hun onderlinge communicatie, maar ook in het verkeer tussen groepen en organisaties. Beelden over ouder worden komen tot uitdrukking in maatschappelijke structuren, in wetten en in culturele normen en waarden. Op hun beurt beïnvloeden deze opnieuw de beeldvorming bij individuen en groepen (Penninx, 1995). Onderzoek naar beeldvorming is niet gemakkelijk. Het is immers de vraag of het antwoord dat mensen op vragen geven, overeenkomt met het beeld dat zij werkelijk hebben. Zo ook blijkt er een discrepantie tussen wat respondenten zeggen over ouderen en hun feitelijke gedrag ten aanzien van ouderen. Ze zijn zich hiervan vaak niet bewust (Penninx, 1995). Niet alleen in het onderzoek, maar ook in de dienstverlening aan ouderen is dit onderscheid tussen denken en doen van wezenlijk belang. Preventiewerkers kennen bijvoorbeeld ouderen veelvuldig de eigenschap 'wijs' toe, maar vragen ouderen desondanks zelden of nooit om raad (Penninx, 1995). Met de behandeling en afbakening van de meest voorkomende begrippen hebben we een eerste, oriënterende stap gezet. Welke beelden bestaan er in onze maatschappij zoal over ouderen?

2. Ouderen beelden in de samenleving

Van oudsher bestaan er positieve en negatieve beelden en stereotypen over de ouderdom (Marcoen, 2006). Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw worden in de gerontologie drie visies op het ouder worden onderscheiden: het deficitmodel, het rustroest model en het competentiemodel (Marcoen, 2006). Aanvullend laten we de lezer kennismaken met het begrip 'active aging'.

2.1 Inhoud van ouderen beelden in de samenleving

2.1.1 Deficitmodel

Lange tijd werd naar ouderen gekeken vanuit het zogenaamde 'deficitmodel' (Geenen, 2012). Volgens dit model ontwikkelt de levensloop zich als volgt: de kennis en vaardigheden nemen toe in de jeugd, het hoogtepunt wordt bereikt op middelbare leeftijd en dan volgt de ouderdom met zijn achteruitgang. Het beeld van een leeftijdstrap wordt hiermee opgeroepen (bts, z.j.). De leeftijden trap was eeuwenlang een geliefd thema in de kunst. Van de zestiende tot de twintigste eeuw werden talloze 'trappen des ouderdoms' in prent gebracht. Er zijn verschillende varianten: trappen met alleen mannen, met alleen vrouwen en met paren. Een kleine reis op het digitale web naar bijvoorbeeld de site van het Amsterdamse Rijksmuseum stelt het geheel visueel voor. Deze opvatting schildert een negatief beeld van ouderdom en ouder worden. De oudere daalt af naar incompetentie, lichamelijke zwakte, intellectuele aftakeling en afhankelijkheid. Ouder worden is een niet te controleren noodlot als gevolg van biologische slijtage en afbraakprocessen (Marcoen, 2006). In deze benadering gaat alle aandacht van de samenleving uit naar zorg voor hulpbehoevende ouderen van wie de zorg volledig wordt overgenomen, met weinig of geen oog voor zelfactivering (Marcoen, 2006).

2.1.2 Rustroest model of activeringsmodel

Dit model verklaart verlies van lichamelijke, psychische en sociale functies vanuit het niet voldoende gebruiken van deze functies. Achteruitgang is het gevolg van inactiviteit (Marcoen, 2006). De boodschap is daarom om actief en vitaal te blijven. Het beeld van de vitale oudere wordt omarmd met de actieve en economisch presterende persoon van middelbare leeftijd als model. Positieve elementen als levenservaring en wijsheid komen

in deze visie aan bod (Marcoen, 2006). Men erkent binnen dit model de impact van de in de erfelijkheid verankerde biologische factoren. Tegelijkertijd legt men meer de nadruk op de mogelijkheid om de neerwaartse trend in de biologische en sociale adaptatie capaciteiten te keren en af te remmen (Marcoen, 2006). Ouderen worden gestimuleerd tot meer lichaamsbeweging, cognitieve activiteit en sociale contacten. In de wetenschap krijgt men meer aandacht voor het blijvende aanpassingsvermogen en de reservecapaciteiten van ouderen (Marcoen, 2006).

2.1.3 Competentiemodel

Dit model brengt als in een dialectische beweging de synthese tussen de pessimistische visie van onvermijdelijke achteruitgang in het deficitmodel en het te grote optimisme dat in het activeringsmodel besloten ligt (Marcoen, 2006). Centraal staan de dynamische interacties en relationele processen tussen de unieke persoonsfactoren en de specifieke situatietekenen. Aanpassing – of het op een effectieve wijze omgaan met veranderingen in zichzelf en de omgeving – is van alle levensfasen, inclusief de ouderdom. Binnen deze visie is niet enkel de actieve oudere competent. Ook de kwetsbare oudere die kan omgaan met heel wat omgevingsdruk, die in staat is om hulp te vragen en te ontvangen en die welbevinden ervaart, wordt als competent omschreven.

2.1.4 Active aging

De Verenigde Naties riepen 1999 uit als internationaal jaar van de ouderen, met als thema 'naar een maatschappij voor alle leeftijden'. Het sleutelconcept was 'active aging'. Mensen van alle leeftijden worden aangemoedigd de nodige stappen te ondernemen om gezond te blijven en welbevinden te ondervinden (Wereldgezondheidsorganisatie, 1999). We halen dit concept uitdrukkelijk aan omdat binnen deze visie niet alleen het individu, maar ook de maatschappij hierin een verantwoordelijkheid heeft. We illustreren dit aan de hand van roken. Het is de verantwoordelijkheid van het individu om niet te roken of te stoppen met roken en die boodschap ook te geven aan anderen. Ook de maatschappij dient actie te ondernemen. Zij kan een verbod op tabaksreclame en tabaksverkoop aan minderjarigen instellen. Het stimuleren van aandacht aan gezondheids promotie op de school, de werkplaats én de ouderenverenigingen behoort eveneens tot de mogelijkheden.

Bijlage 3 Empathisch communiceren met ouderen

We praten via opdrachten. Een verrassende ontdekking die een onderzoeker deed, was dat de meest voorkomende vorm van communicatie waarvan zorgverleners zich bedienen opdrachten (commands) zijn. Vooral dove en demente ouderen worden zo toegesproken. De zorgvragers zelf communiceren allerm minst met de zorgverleners via opdrachten. Ook wat betreft het aantal vragen dat zorgverleners aan de vier groepen ouderen stellen, komen de slechthorende/dove ouderen en ouderen met dementie er het slechtst van af. Verrassend groot, namelijk meer dan 50%, is een aantal vragen dat over en weer niet wordt beantwoord.

Het aantal woorden wat er gewisseld wordt met de ouderen zijn in een onderzoek geteld, het is nauwelijks voor te stellen dat het gemiddelde aantal woorden dat, gedurende twee uur gesproken, nauwelijks de 15 haalt. De meeste woorden vallen ook nog onder de categorie "opdrachten".

Minstens even interessant en belangwekkend is een ander onderzoek onder zorgverleners. In het onderzoek werd onderzocht 'Welke zorgvragers worden door zorgverleners aardig en welke juist onaardig worden gevonden'. De meest populaire zorgvragers blijken één of meer van de volgende kenmerken te bezitten: gevoel voor humor, interesse tonen voor de het zorgverlenend personeel, veel glimlachen, niet of nauwelijks klagen en zeuren.

De minst populaire zorgvragers hebben de volgende kenmerken; verward praten, geen blijken tonen van waardering of dank voor de zorg die ze ontvangen, agressief reageren en niet coöperatief zijn.

Met één impopulaire zorgvrager is nadien een experiment gedaan met als doel de onderlinge verstandhouding en communicatie te verbeteren. Door beschuldigingen en irritaties van deze zorgvrager niet persoonlijk op te vatten, door bij elk contact zich telkens eerst voor te stellen, maar vooral door zich wat meer te verdiepen in haar interesses en in haar vroegere leven, blijkt het personeel na drie maanden veel gemakkelijker met mevrouw overweg te kunnen.

Uit deze artikelen zijn de 'Belangrijkste communicatieregels' opgesteld.

Horen en aandacht

- Ga na of de dementerende zintuigelijke problemen heeft
- Spreek niet harder dan gewoonlijk
- Blijf bij communicatie binnen het gezichtsveld van dementerende
- Zorg voor rustige omgeving (geen storende achtergrondgeluiden)
- Doe geen twee dingen tegelijk, bijvoorbeeld helpen aankleden en vragen stellen

Begrijpen

- Spreek bij voorkeur in korte, duidelijke zinnen
- Stel geen meerkeuzevragen
- Vertel kort wat u doet of van plan bent te doen
- Controleer of de dementerende u heeft begrepen: let op gezichtsuitdrukking en op gedrag
- Leg verzoeken om acties uit door ze voor te doen
- Vraag gewenst gedrag steeds in dezelfde omgeving
- Stel geen vragen die beginnen met "waarom", maar stel vragen die beginnen met "**wat**", "**wie**", "**hoe**" of "**waar**"
- Stel vragen kort voor het moment dat actie wordt gevraagd
- Houd er rekening mee dat informatieverwerking meer tijd vraagt: wacht daarom wat langer op een antwoord of actie

Niet overvragen

- Stel geen vragen die betrekking hebben op het recente verleden
- Praat liever over wat de dementerende nu kan horen, zien, proeven of spreek over dingen van vroeger
- Gebruik, indien mogelijk, geheugensteuntjes
- Sluit aan bij (vroegere) interesses, gewoontes en voorkeuren
- Stel niet uitsluitend vragen, maar vertel ook iets over uzelf
- Bedenk dat uw aanwezigheid en nabijheid voor de dementerende vaak nog belangrijker is dan dat u met hem praat

Voorkom falen

- Formuleer vragen zo dat de kans op falen zo klein mogelijk wordt
- Corrigeer zo onopvallend en geruisloos mogelijk
- Vermijd bestraffende woorden als "toch", "altijd", "nooit" en "eigenlijk"

Voorkom angst

- Vermijd woorden of thema's die de dementerende angstig maken, zoals "ziekenhuis"
- Vermijd fluisteren

Juiste toon en houding

- Spreek de dementerende als volwassene toe
- Betrek de dementerende zoveel mogelijk bij beslissingen en keuzes

Communicatie

- Ga er niet te snel van uit dat de dementerende geen besef heeft van zijn situatie
- Houd bij het aanspreken van de dementerende rekening met zijn achtergrond en verleden
- Laat ook non-verbaal blijken dat u het beste met de dementerende voor hebt
- Let op gezichtsuitdrukkingen om te beoordelen of wat u zegt in de smaak valt
- Spreek in aanwezigheid van de dementerende niet over hem in de derde persoon
- Bedenk dat vriendelijkheid en een glimlach vaak de sleutel vormen tot een goede communicatie

Hulp bij moeilijkheden zich goed uit te drukken

- Praat en wees zo ontspannen mogelijk
- Dring bij tekortschietend geheugen niet te lang aan op antwoord of op vervolg van verhaal
- Zeg niet dat u iets hebt begrepen als dat niet zo is, maar
- Herhaal dat gedeelte van de zin of die woorden die u wel hebt begrepen of maak gebruik van een raadspelletje
- Reageer op gebaren waarmee de dementerende iets tracht te zeggen

Gevoelens centraal stellen

- Probeer de gevoelens te ontdekken die achter de letterlijke inhoud verborgen liggen
- Probeer in uw reactie aan te sluiten bij de gevoelens en beleving van hetgeen de persoon met dementie vertelt
- Houd er rekening mee dat bij het voortschrijden van dementie lichamelijk contact steeds belangrijker wordt als voertuig voor communicatie

Bron: Albeda College en stichting Wielborgh basistraining "omgaan met gedragsveranderingen bij (zelfstandig wonende) psychogeriatrische cliënten"

Examinering Keuzedeel Gerontopsychiatrie

Opdracht

Inleiding

LEES EERST DE INSTRUCTIE VOOR DE EXAMENKANDIDAAT

Dit examen bestaat uit het voeren van een gesprek met je examiner over het ondersteunen van een psychiatrische oudere zorgvrager.

Kijk goed naar de eisen waaraan je moet voldoen volgens de beoordelingscriteria en indicatoren op het beoordelingsformulier. Als alle criteria beoordeeld zijn met minimaal voldoende heb je dit examen behaald.

Succes met dit examen.

Om het examengesprek te kunnen doen verleen je ondersteuning aan een psychiatrische oudere met complexe problemen. Het gaat hier om een oudere die een psychiatrische diagnose heeft. Je bespreekt volgens de instructies van je opleiding bij welke zorgvrager je dit examen uitvoert.

De problematiek van de psychiatrische oudere voldoet aan het volgende:

- Het gaat om meerdere complexe problemen. Dat betekent dat de oudere meer dan twee problemen heeft en dat deze problemen complex zijn. Dat betekent dat minimaal één probleem van psychiatrische aard is.
- De problemen zijn niet-routinematig. Dat betekent dat de oudere wisselend gedrag heeft en je niet weet hoe hij zich per dag gedraagt.

Om het examengesprek te kunnen voeren bied je vijf werkdagen ondersteuning. Binnen deze vijf dagen ben je voldoende complexe, niet-routinematige situaties tegengekomen.

Bij deze situaties heb je keuzes gemaakt welke ondersteuning je de oudere biedt.

Bij de zorg voor de oudere zal je ook bepaalde vaardigheden gebruikt hebben. Denk hierbij aan vaardigheden zoals observeren en het gebruik van communicatiemethodieken die passen bij het gedrag van de oudere op dat moment.

Na het verlenen van de zorg, gedurende vijf werkdagen, volgt een gesprek van maximaal 45 minuten, waarin je jouw wijze van ondersteuning verantwoordt.

Opdracht

Voer een gesprek met je examiner. Voer dit gesprek aan de hand van een complexe, niet-routinematige situatie die je tegengekomen bent tijdens de ondersteuning.

Onderbouw de keuzes die je gemaakt hebt bij het verlenen van ondersteuning aan de psychiatrische oudere met meerdere complexe en niet-routinematige problemen.

Onderbouw je keuzes met de kennis van de meest voorkomende psychische en psychiatrische aandoeningen en de kennis van omgangsproblemen bij psychiatrische ouderen.

Geef aan welke specifieke vaardigheden je gebruikt hebt in deze zorgsituatie en onderbouw waarom je deze keuze gemaakt hebt. Betrek in je onderbouwing de kennis van ondersteuningstechnieken, observatietechnieken en communicatiemethoden.

Afnamecondities

- De kandidaat biedt ondersteuning aan psychiatrische ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT).
- De psychiatrische oudere heeft meerdere complexe en niet-routinematige problemen.
- De kandidaat voert dit gesprek in een rustige ruimte, waar het gesprek niet verstoord wordt. Dit doet de kandidaat in overleg met de examiner, na het bieden van de ondersteuning aan de psychiatrische oudere. Er is 45 minuten de tijd voor dit gesprek.

Resultaat

Je hebt je ondersteuning verantwoord die je gegeven hebt aan een psychiatrische oudere met meerdere complexe en niet-routinematige problemen.

Beoordelings-vorm

- Examengesprek

Bewijsstukken

- Volledig ingevuld en ondertekend beoordelingsformulier (Examinator)

Onderbouwt de keuze voor de ondersteuning met behulp van de kennis over communicatiemethoden. Betrek in de beoordeling:
- direct of indirect;
- verbaal, lichaamstaal of non-verbaal;
- mondeling of schriftelijk;
- het gebruik van verschillende media;
- passend bij de mogelijkheden van de oudere.

Beoordelingsvorm	Criteria
Examengesprek	Onderbouwt de keuze voor de ondersteuning met behulp van de kennis van observatietechnieken. Betrek in de beoordeling:
	- visueel, sensitief en/of auditief;
	- gestructureerd (gesloten) of ongestructureerd (open);
	- verhulde of onverhulde;
	- participerend of niet-participerend;
	- doelgericht of algemeen observerend;
	- kwalitatief of kwantitatief (zoals de telmethode).
	Onderbouwt de keuze voor de ondersteuning met behulp van de kennis van ondersteuningstechnieken. Betrek in de beoordeling:
	- begeleiden;
	- motiveren;
	- coachen;
	- enthousiasmeren;
	- activeren;
	- het overnemen van zorg.

Beoordelingsvorm	Criteria
	Onderbouwt de keuze voor de ondersteuning met behulp van de kennis van veelvoorkomende psychische problemen bij ouderen. Betrek in de beoordeling: - angst; - onrust; - vergeetachtigheid.
	Onderbouwt de keuze voor de ondersteuning met behulp van de kennis van veelvoorkomende psychiatrische ziektebeelden. Betrek in de beoordeling: - depressie; - schizofrenie; - borderline.
	Onderbouwt de keuze voor de ondersteuning met behulp van de kennis van veelvoorkomende omgangsproblemen met psychiatrische ouderen. Betrek in de beoordeling: - agressie; - apathie; - agitatie.