



Zorgprogramma voor mensen met
gerontopsychiatrische problematiek
in het verpleeghuis



Colofon

De Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie is een initiatief van verpleeghuisorganisaties, die zich met een specifiek zorgaanbod richten op de groep mensen met gerontopsychiatrische problematiek.

Deze publicatie is samengesteld in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie onder begeleiding van Buro Salari, onderzoeks- en adviesbureau voor de langdurende zorg.

Publicatie van gedeelten uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

© Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie Gouda, september 2012.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stuurgroep.

De prijs van deze publicatie is € 20,- exclusief verzendkosten.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	4
Inleiding	5
1 Doelgroep	7
1.1 De doelgroep Gerontopsychiatrie in het verpleeghuis	7
1.2 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	9
1.3 Stemmingsstoornissen	13
1.4 Somatoforme stoornissen	16
1.5 Angststoornissen	19
1.6 Persoonlijkheidsstoornissen	23
2 Hulpvraag	29
2.1 Cluster vreemd en bizar gedrag	30
2.2 Cluster dramatisch, emotioneel en impulsief gedrag	33
2.3 Cluster somber en angstig gedrag	37
3 Diagnostiek	40
3.1 Inleiding	40
3.2 Uitgangspunten	40
3.3 Onderdelen van de diagnostiek	40
4 Doelen	44
4.1 Vooraf	44
4.2 Algemene doelstelling van het zorgprogramma	44
4.3 Cliënt gerelateerde doelstellingen, algemeen en specifiek	44
4.4 Professionele doelstellingen	44
4.5 Organisatorische doelstellingen	46
5 Noodzakelijk zorgaanbod	47
Inleiding	47
Zorgdimensies	47
6 Randvoorwaarden	78
6.1 Strategisch	78
6.2 Tactisch	78
6.3 Operationeel	79
Bijlage 1. Toelichting bij de beschrijving van de kenmerkende problematiek	80
Bijlage 2. Geraadpleegde literatuur	82
Bijlage 3. Samenstelling stuurgroep en werkgroep	84
Bijlage 4. Gebruikte afkortingen van meetinstrumenten in hoofdstuk 2 en 3	85

VOORWOORD

Door de dubbele vergrijzing en de extramuralisering in de GGZ krijgen de verpleeghuizen op dit moment en de komende jaren te maken met een groeiende groep mensen met gerontopsychiatrische problematiek. Het betreft mensen, die op vaak jonge leeftijd geconfronteerd zijn met psychiatrische aandoeningen en nu door het ouder worden ook toenemende somatische problemen ondervinden, waardoor opname in een verpleeghuis noodzakelijk is. Hier vinden zij (en hun familie) vaak moeilijk aansluiting bij de aanwezige cliënten. Hetzelfde geldt voor de hulpverleners, die bijvoorbeeld met gedragsproblematiek worden geconfronteerd, waar zij ook niet direct een antwoord op hebben. Concentratie van deze groep cliënten op specifieke afdelingen, maar liever nog in kleinschalige woongroepen in een intramurale setting ligt om allerlei redenen voor de hand. Momenteel zijn er naar schatting ongeveer 50 verpleeghuizen die zich specifiek op deze doelgroep richten. Ongeveer de helft van deze verpleeghuizen werkt zeer nauw samen met GGZ-instellingen. Ook zijn er gespecialiseerde psychiatrische verpleeghuizen.

De directies van een aantal verpleeghuizen vonden het tijd worden, dat deze cliëntengroep erkenning krijgt als bijzondere doelgroep. Zij hebben het initiatief genomen om voor deze doelgroep een landelijk zorgprogramma op te stellen. Met ondersteuning van Buro Salari is er voor dit doel een werkgroep gestart. Met het ontwikkelen van dit zorgprogramma worden twee doelstellingen beoogd.

1. De eerste doelstelling is het verbeteren van de kwaliteit van de hulpverlening door "best practices" bijeen te brengen en systematisch te beschrijven.
2. De tweede doelstelling is om op basis van de inhoudelijk beschreven zorg ook financieel-economisch gebied erkenning te krijgen voor deze doelgroep, zodat er extra middelen beschikbaar komen om het zorgprogramma te kunnen uitvoeren. De dagelijkse praktijk heeft duidelijk uitgewezen, dat deze groep cliënten andere en intensievere zorg nodig heeft, dan die welke regulier in het verpleeghuis wordt geboden. Tegelijkertijd staan het huidige overheidsbeleid en de complexe regelgeving tussen V&V en GGZ het realiseren van een adequaat aanbod voor deze doelgroep in de weg.

Voor de uitwerking van dit zorgprogramma is een projectstructuur opgezet, waarbij professionals van de deelnemende verpleeghuizen de inhoud hebben aangedragen en twee adviseurs de inhoud hebben gestructureerd. Het resultaat was alleen mogelijk met grote inzet van de direct betrokkenen. Wij zijn hen daarvoor zeer erkentelijk. Wij hopen en verwachten, dat met dit zorgprogramma het hulpaanbod aan deze groep cliënten en hun familie op een hoger plan wordt gebracht en dat zij de erkenning als bijzondere doelgroep krijgen, die zij reeds lang verdienen.

Marco Petzoldt

Voorzitter Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie

Marian Salari

Voorzitter werkgroep Gerontopsychiatrie

INLEIDING

Nederlandse verpleeghuizen worden geconfronteerd met een groep ouderen met een combinatie van psychiatrische en somatische- of psychogeriatrische problematiek, de zogenoemde dubbelzorgvragers.

Door het Trimbos-instituut werd in 2006 in samenwerking met Mondriaan GGZ en de universiteit Maastricht een enquête gehouden onder alle Nederlandse verpleeghuizen om een indicatie te krijgen van het aantal dubbelzorgvragers en het huidige aanbod van psychische hulpverlening aan deze groep cliënten binnen de Nederlandse verpleeghuizen. Ruim acht procent van de verpleeghuisbewoners kon aangemerkt worden als dubbelzorgvrager, die de reguliere zorg van het verpleeghuis overschreden. Voor deze groep cliënten was vaak geen speciaal zorgaanbod beschikbaar. De verpleeghuisstaf gaf bovendien duidelijk aan behoefte te hebben aan deskundigheidsbevordering op het gebied van diagnostiek en herkenning van stemmings- en gedragsproblemen en tevens aan kennis en kunde wat betreft de specifieke omgang met dubbelzorgvragers.

opleiding

Ouderen met gerontopsychiatrische problematiek hebben structureel andere zorg nodig. Dat was de conclusie van verschillende inhoudelijke experts uit verpleeghuizen en GGZ, die zich al een aantal jaren specifiek op deze groep richtten. Samen hebben zij de Stuurgroep Gerontopsychiatrie opgericht en het initiatief genomen om een landelijk zorgprogramma te ontwikkelen voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. Want zoals ook al uit voornoemd onderzoek bleek, is het verpleeghuis een van de weinige voorzieningen waarin een combinatie van een passend woonleefklimaat, zorg, behandeling en een zinvolle dagbesteding kan worden geboden aan deze doelgroep.

Visie

Vanuit de ervaring met de intramurale zorg in verpleeghuizen zijn de volgende kernbegrippen voor de toekomstige zorg aan ouderen met gerontopsychiatrische problematiek geformuleerd:

Diagnostiek en toeleiding

Door het langdurige ziekteverloop met behandeling en zorg in verschillende domeinen van de gezondheidszorg in combinatie met toenemende complexiteit en multimorbiditeit door de leeftijd, vereist de diagnostiek van deze doelgroep een grote inspanning. Vaak zal een combinatie van gespecialiseerde deskundigheid uit de GGZ en het verpleeghuis de meest aangewezen route zijn voor de diagnostiek. Daarnaast is van de direct betrokken zorgverleners rondom de cliënt alertheid voor vroege signalen van comorbiditeit een vereiste.

Cliënt en cliëntensysteem

De noodzaak om het cliëntensysteem te betrekken in de zorg is evident, maar vaak problematisch door de lange ziektehistorie. Partners, kinderen en familie kunnen een waardevolle bron van informatie zijn over vroegere verschijnselen en symptomen en beloop van het ziektebeeld. Anderzijds over de grote impact die de het ziektebeeld heeft (gehad) op hun eigen bestaan. Dit vraagt om heel veel 'eigen' aandacht, begeleiding van hun verwerkingsproces, ondersteuning en hulp bij hun specifieke problemen (financieel, juridisch) en alertheid van hulpverleners voor vormen van participatie in en betrokkenheid bij het zorgproces.

Aansluiting bij het thuismilieu

Deze doelgroep is in het algemeen gebaat bij een zo goed mogelijke voortzetting van de leefstijl en het leefritme uit het thuismilieu. Hoewel behandeling een belangrijk onderdeel van het zorgaanbod van het verpleeghuis vormt is het van belang de groeps grootte en het leefmilieu optimaal af te stemmen op hun omstandigheden. Daarvoor is grote kennis en kunde vereist van het zorgteam en de disciplines er omheen. Hier ligt voor de verpleeghuizen die zich op deze doelgroep (willen) richten een belangrijke ontwikkelingsopgave.

Kwaliteit van leven voor cliënt en cliëntensysteem

Dit zorgprogramma is vooral gebaseerd op de 'best practices' van de participerende verpleeghuizen en GGZ-instellingen. Er is nog weinig systematisch onderzoek gedaan naar de beleving van de kwaliteit van leven van deze doelgroep in de intramurale zorg. Hun positie kan verder worden versterkt door cliënteninterviews, panels van cliënten en/of mantelzorgers en andere vormen van kwaliteitsonderzoek.

Nauwe samenwerking met de GGZ

De kennis en praktijkervaring die deze gespecialiseerde verpleeghuizen hebben opgebouwd, vormen een belangrijke stimulans tot samenwerking op verschillende niveaus tussen voorzieningen en professionals, die te maken hebben met deze doelgroep. Hierbij moet de GGZ als een essentiële partner worden gezien. Ook cliënten en cliëntenorganisaties zijn zich bewust van de noodzaak tot het aanbrengen van meer samenhang en afstemming in het specifieke en samengestelde aanbod van zorg- en dienstverlening voor de doelgroep. Het kan leiden tot een betere stroomlijning in het vaak grillige zorgtraject van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek.

Casemanagement

De complexiteit van de problematiek van cliënt en cliëntensysteem en de wisselwerking hiertussen leidt in de praktijk in veel gevallen tot ontwrichting van het gehele systeem. Het gaat dan zowel om verlies van regie over het eigen leven van de cliënt, als om de regie van het gezin/de leefeenheid waarvan hij deel uitmaakt. Hier is specifieke deskundigheid in begeleiding, ondersteuning en informatievoorziening vereist, evenals continuïteit in de afstemming van behoeften en zorgaanbod. De inzet van gespecialiseerd casemanagement (of een casemanager met een GGZ-achtergrond) is voor deze doelgroep dan ook noodzakelijk. Vorming van een regionale poule met zulke gespecialiseerde casemanagers is aan te bevelen.

Initiatief

De Stuurgroep Gerontopsychiatrie heeft in dit landelijk zorgprogramma de zorg en behandeling die voor deze doelgroep nodig zijn in het verpleeghuis systematisch in kaart gebracht. De over verschillende deelnemende verpleeghuizen verspreid aanwezige expertise is door inhoudsdeskundigen van verschillende disciplines besproken en na consensus volgens een vast stramien beschreven. Daarmee wordt die expertise toegankelijk voor anderen in het beroepsveld en kan een belangrijke kwaliteitsverbetering worden gerealiseerd.

De Stuurgroep heeft de intentie om dit zorgprogramma verder aan te vullen met de ervaringen van andere (zorg)-partners die betrokken zijn bij de doelgroep, zodat een overzichtelijk beeld tot stand komt van (hulp)vraag en (zorg)-aanbod gedurende het gehele ziekte-traject. Zij nodigt anderen uit om hun ervaringen hiertoe in te brengen. Het is de bedoeling dat regio's of samenwerkende zorgaanbieders het inhoudelijke zorgprogramma gaan gebruiken als basis voor de ontwikkeling van een eigen aanbod en de vorming van regionale zorgketens rondom deze doelgroep.

Om de leesbaarheid te vergroten zijn in de lopende tekst geen literatuurverwijzingen opgenomen en is de mannelijke persoonsvorm gebruikt. Een verantwoording van de geraadpleegde bronnen staat in bijlage 2.

De activiteiten van de Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie en de Werkgroep Zorgprogramma worden door de deelnemende instellingen bekostigd uit eigen middelen.

1 | DOELGROEP

De term gerontopsychiatrie is geen eenduidige. In ons land en ook in de ons omringende landen wordt hij gebruikt om de groep ouderen met psychiatrische problematiek aan te duiden. Maar in de psychiatrie zelf wordt tegenwoordig meestal over ouderenpsychiatrie gesproken.

Binnen de ouderenpsychiatrie is een onderscheid te maken in twee grote groepen;

1. mensen die op oudere leeftijd voor de eerste keer geconfronteerd worden met een psychiatrisch probleem, een stoornis of aandoening;
2. mensen die al veel eerder in hun leven daarmee te maken hebben gekregen en die op oudere leeftijd nog steeds problemen hebben van een intussen chronisch beeld of bij wie de problemen weer opleven.

Uit het rapport 'Ouderdom komt met gebreken' (Gezondheidsraad, 2008) is een verdere typering af te leiden. Daar wordt gesteld, dat mensen op hoge leeftijd meer kans hebben op het krijgen van meerdere ziekten en aandoeningen: multimorbiditeit. De kans hierop is vooral groot bij degenen die al langer te maken hebben met chronische gezondheidsproblemen. Wanneer de impact van die gezondheidsproblemen zodanig is, dat die het leiden van een zelfstandig leven in de huidige samenleving sterk onder druk zet, dan spreekt men van complexe multimorbiditeit.

De doelgroep gerontopsychiatrie maakt deel uit van deze groep 'ouderen met complexe multimorbiditeit'. Het gaat in dit geval om ouderen met een (chronisch¹) psychiatrisch ziektebeeld in combinatie met levensfase-gerelateerde (meestal somatische) problematiek. Velen van hen hebben eerder binnen GGZ-instellingen gewoond of kregen in de thuissituatie passende (AGGZ-) zorg en behandeling. Naast de 'uitbehandelde'² psychiatrische problematiek treden bij het stijgen van de leeftijd in toenemende mate veranderingen op in de fysieke gezondheid, in maatschappelijke rollen of het wegvallen van sociale relaties. Door factoren als afnemende mobiliteit, toenemende afhankelijkheid van hulp en zorg bij de ADL en regieverlies wordt zelfstandig wonen een steeds moeilijker opgave.

1.1 De doelgroep Gerontopsychiatrie in het verpleeghuis

Dit Zorgprogramma richt zich specifiek op die oudere³ cliënten met gerontopsychiatrische problemen, bij wie sprake is van fysieke, psychische en/of sociale achteruitgang en die behoefte hebben aan een aangepaste setting. De zorgvraag van deze specifieke doelgroep ligt in het creëren van een woon- c.q. leefomgeving, waarin het voortzetten van een gestructureerde gedragsbeïnvloeding een absolute voorwaarde is. Gezien de extramuralisering van een aantal GGZ-instellingen, is het verpleeghuis een van de weinige voorzieningen waarin een combinatie van een passend woonleefklimaat, zorg, behandeling en een zinvolle dagbesteding geïntegreerd kan worden geboden aan deze doelgroep. In de afgelopen jaren zijn bovendien enkele psychiatrische verpleeghuizen gerealiseerd.

Het gaat om cliënten die voldoen aan de volgende criteria:

inclusie:

- aanwezigheid van een psychiatrisch ziektebeeld:
 - waarvan de ziektediagnostiek is afgerond;
 - waarbij geen psychiatrische behandeling meer nodig of gewenst is;
 - waarbij het gedrag stabiel is en geen escalaties te verwachten zijn;
 - dat in de zorgvraag niet op de voorgrond staat;
- met een gecombineerde zorgbehoefte op somatisch, psychisch en sociaal gebied, passend bij de verpleeghuissetting;
- met gedrag dat beïnvloedbaar is door de groepsstructuur binnen de verpleeghuissetting en de professionele begeleiding die daar te bieden is;

¹ Chronisch betekent dat het om voortdurende problemen gaat.

² de problematiek kan stabiel zijn, maar ook kan behandeling in een ggz-setting niet wenselijk of haalbaar zijn.

³ oudere heeft niet zozeer betrekking op de leeftijd, als wel op 'functionele ouderdom' welke bij sommige chronische psychiatrische aandoeningen al veel vroeger kan optreden. In de ggz spreekt men van ouderen vanaf een leeftijdsgrens van 55 jaar.

- waarvan de behandeling plaats kan vinden binnen de geldende wet- en regelgeving van de verpleeghuissetting.

exclusie:

er is sprake van:

- op de voorgrond staande cognitieve problemen of een duidelijke dementie;
- acute psychiatrische problemen:
 - niet passend in het chronische beeld;
 - niet eerder gediagnosticeerd;
- binnen de verpleeghuissetting onbeïnvloedbaar gedrag, dat gevaarlijk is of verstorend naar de groep en/of het woonleefklimaat (bijvoorbeeld zoekgedrag, snel escalerend/fluctuerend gedrag, frequent agressief gedrag, suïcidaliteit);
- actieve verslavingsproblematiek;
- Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), Korsakov, Organisch Psychosyndroom (OPS);
- behoefte aan bepaalde vormen van dwangbehandeling, die uitstijgen boven de formele mogelijkheden van de verpleeghuissetting (bijvoorbeeld separatie bij gedragsstoornissen).

Hoewel de psychiatrische problematiek stabiel is, speelt deze toch een vooraanstaande rol in de zorg voor deze doelgroep. Daarom beginnen we dit zorgprogramma met een beschrijving van de belangrijkste en meest voorkomende subgroepen van de doelgroep Gerontopsychiatrie in de verpleeghuizen op basis van hun psychische aandoeningen.

Het betreft:

- schizofrenie en andere psychotische stoornissen;
- stemmingsstoornissen;
- somatoforme stoornissen;
- angststoornissen;
- persoonlijkheidsstoornissen.

Cliënten met NAH, OPS en de ziekte van Korsakov worden niet tot de gerontopsychiatrie gerekend. Verder valt ook de groep dak- en thuislozen buiten het bestek van dit zorgprogramma.

In de volgende paragrafen beschrijven we deze ziektebeelden aan de hand van:

1. **verschijnselen en symptomen;**
2. **het voorkomen en beloop;**
3. **de kenmerkende problematiek;**
4. **de risicofactoren.**

De uitwerking van de kenmerkende problematiek (in de schema's) is gebaseerd op een combinatie van de negen levensgebieden van de International Classification of Functioning (ICF) die zijn gerangschikt binnen de vier domeinen uit de Norm Verantwoorde zorg (zie de toelichting in bijlage 1). Omdat de ICF onderscheid maakt in 'het vermogen tot' en 'het uitvoeren' van taken of handelingen, komt levensgebied 7 "Tussenmenselijke interacties" zowel in domein "Participatie" als in domein "Mentaal welbevinden" voor. (Iemand, die bijvoorbeeld mentaal beperkt is in zijn vermogens tot sociale interactie, ondervindt die beperkingen ook in de participatie. Het tegenovergestelde hoeft niet automatisch zo te zijn). In de schema's is het domein Woon- en leefomstandigheden niet uitgewerkt, omdat dit in de verpleeghuissetting niet door de cliënt bepaald worden, maar door de organisatie en dus voor de cliënt door 'externe factoren'.

1.2 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen worden gekenmerkt door één of meer van de volgende verschijnselen: wanen, hallucinaties en/of desorganisatie van het gedrag. Binnen de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis gaat het vooral om:

- Schizofrenie
- Waanstoornis

Verschijnselen en symptomen

Schizofrenie

De psychopathologische verschijnselen van schizofrenie zijn divers en worden onderverdeeld in positieve en negatieve symptomen:

- Positieve symptomen:
 - Wanen: een waan is een hoogst individueel denkbeeld, niet passend in de (sub)cultuur van de cliënt, waar met overtuiging aan wordt vastgehouden ondanks bewijzen van het tegendeel;
 - Hallucinaties: hallucinaties zijn zintuiglijke waarnemingen, die niet overeenkomen met wat er in de werkelijkheid gebeurt;
 - Formele denkstoornissen: hiermee wordt bedoeld op stoornissen in de organisatie van het denken, zoals ongewone associaties, incoherentie, het maken van nieuwe woorden of het letterlijk nemen van abstracte begrippen. Ook veranderingen in het denktempo kunnen voorkomen, meestal vertragingen;
 - Emotionele uitingen: emotionele uitingen kunnen soms niet passen bij de situatie: inadequaate affect.
 Positieve symptomen kunnen episodisch voorkomen maar soms ook blijvend zijn.
- Negatieve symptomen:
 - Affectieve vervlakking: de emotionele reacties zijn minder sterk tot afwezig;
 - Apathie;
 - Spraakarmoede: spreken wordt beperkt tot het hoogst noodzakelijke;
 - Sociaal terugtrekgedrag;
 - De gelaatsuitdrukking kan expressie missen;
 - Er is minder initiatief en spontaniteit;
 - Het complete energieniveau is laag;
 - Zelfverzorging en taken worden minder goed uitgevoerd.
 Negatieve symptomen gaan vaak samen met cognitieve functiestoornissen (cognitieve dysmetrie).

Bij de oudere cliënt met vroeg ontstane schizofrenie zien we gewoonlijk een afname van manifest psychotische (positieve) symptomen en een toename van vele ongedifferentieerde en niet-specifieke 'rest'-verschijnselen, zoals: affectieve vervlakking, onverschilligheid, negativisme, gebrek aan wilskracht, verminderde spraak tot mutisme, maniërisme of stereotypieën. Als de positieve symptomen (wanen en hallucinaties) het beeld kleuren, blijkt dat zij het dagelijks functioneren van de oudere minder nadelig beïnvloeden dan op jongere leeftijd. Subjectief gezien voelt de cliënt zich ontspannen en sociaal aangepast. Depressies komen weinig voor. De frequentie van manifest (acuut) psychotische episoden neemt af. Agressief handelen en impulsiviteit treden minder vaak op. Geheugen- en oriëntatieproblemen passen in het klinisch beeld van de cliënt, maar kunnen ook deel uitmaken van een zich (geleidelijk) ontwikkelend dementiesyndroom.

Bij de oudere cliënt met laat ontstane schizofrenie staat de paranoia gewoonlijk centraal; dat wil zeggen de angst of bedreiging dat iets van de eigen persoon (persoonlijk bezit, gezondheid, waardigheid) afgenomen wordt. Formele denkstoornissen en affectieve vervlakking treden nauwelijks op. Wel ziet men meer stemmingsontregeling in de vorm van angst- en depressieve symptomen of agitatie en verwardheid. De prevalentie van visuele hallucinaties stijgt. De laat

ontstane vorm van schizofrenie komt hoofdzakelijk voor bij vrouwen en gaat vaak gepaard met sensore deprivatie en sociaal isolement.

Waanstoornis bij ouderen

De waanstoornis bij ouderen betreft in het algemeen een niet-bizarre persisterende waan zonder duidelijke hallucinaties, waarbij de persoonlijkheid intact is gebleven. De waan is vaak enigszins invoelbaar en het valt op, dat een relatief groot deel van de cliënten op normale wijze contact onderhoudt. Meestal gaat het om wanen met een paranoïde inhoud.

Voorkomen en beloop

De prevalentie bij ouderen wordt op 0,1 tot 0,2 % gehouden (indicatief vanwege onderrapportage). Schizofrenie komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Het beloop is bij mannen slechter dan bij vrouwen. Mannen hebben meer last van negatieve symptomen en een slechter sociaal functioneren. Cliënten met schizofrenie hebben een hogere mortaliteit ten gevolge van ongelukken, ziekte en suïcide. Ongeveer 10% van de cliënten met schizofrenie komt om het leven door suïcide.

Middelengebruik (roken, alcohol, drugs) komt bij cliënten met schizofrenie veel voor. Zij geven aan, dat zij deze middelen gebruiken om zich prettiger te voelen en om angstgevoelens en somberheid te verminderen. Meer dan 75% van de cliënten met schizofrenie rookt. Dit draagt bij aan de somatische comorbiditeit. Na de eerste vijf tot tien jaar van de ziekte is er meestal geen verdere verslechtering van het klinisch beeld.

Bij de meeste cliënten wisselen psychotische episoden en perioden van (gedeeltelijke) remissie elkaar af. Een klein deel van de cliënten heeft continu psychotische verschijnselen. In de latere fase neemt de onrust vaak af en wordt het klinisch beeld gedomineerd door negatieve symptomen. Soms treedt op oudere leeftijd een duidelijke verbetering op. Dit betekent meestal niet dat het sociaal functioneren zich ook geheel herstelt.

De prevalentie van schizofrenie bij ouderen, gebaseerd op gegevens van opgenomen cliënten, geeft aan dat gemiddeld 23% van de cliënten met schizofrenie een laat ontstane vorm heeft (eerste episode na het veertigste jaar); 13% hiervan valt binnen de leeftijdscategorie veertig tot vijftig jaar, 10% in de leeftijdscategorie boven vijftig jaar.

De waanstoornis is zeldzaam, de prevalentie wordt geschat op 0,03% van de bevolking. Een waanstoornis begint meestal rond het 40ste levensjaar en heeft meestal een chronisch beloop.

Andere psychotische stoornissen zijn verantwoordelijk voor ongeveer 10% van de psychotische stoornissen bij ouderen.

Kenmerkende problematiek

De kenmerkende problematiek die op kan treden bij deze doelgroep wordt hier weergegeven per levensgebied uit de ICF, geclusterd in de domeinen van de Norm Verantwoorde zorg:

Mentaal welbevinden	
	<p>1 Leren en toepassen van kennis</p> <p>Besluiten worden vaak genomen op basis van de inhoud van de wanen en hallucinaties. Achterdocht en angst kunnen hierbij een grote rol spelen. Het lukt niet altijd in contact te komen met de cliënt en zijn gedachten, zijn gedrag en zijn handelen te beïnvloeden. Er is meestal sprake van een langer bestaand beeld, dat maakt het leervermogen over het algemeen uitermate beperkt.</p>
	<p>2 Algemene taken en eisen</p> <p>Schizofrenie leidt tot handicaps die het dagelijks functioneren in meer of mindere mate inperken. De functionele gevolgen bij langdurig opgenomen schizofrene cliënten kunnen divers zijn, variërend van ernstige gedragsstoornissen (brandstichten, zwerfgedrag, agressiviteit) bij lichamelijk gezonde cliënten, tot syndromen gekenmerkt door uitgesproken cognitief verval en lichamelijke achteruitgang. Intelligentieverval bij langdurig opgenomen schizofrene cliënten blijkt bij neuropsychologisch onderzoek positief gecorreleerd met vertraging bij cognitieve en motorische taken en bovendien met de aanwezigheid van negatieve symptomen. Het klinisch beeld vertoont hierdoor gelijkenis met dat van het subcortico-frontale dementiesyndroom.</p>
	<p>3 Communicatie</p> <p>Tijdens een psychose is 'normale' communicatie niet mogelijk als gevolg van de hallucinaties, wanen en de verwardheid. Tijdens een psychose is het normale denkproces verstoord. Iemand met een psychose maakt vreemde, voor anderen geheel onverwachte en soms onbegrijpelijke gedachtesprongen, springt van de hak op de tak en is soms niet meer te volgen. Bij een psychose kan iemand zelf moeite hebben anderen te volgen en dingen te onthouden. Ook de negatieve symptomen bij cliënten met schizofrenie, bemoeilijken de communicatie met de cliënt.</p>
	<p>7 Tussenmenselijke interacties</p> <p>Relaties worden bemoeilijkt, soms zelfs volledig verstoord doordat de cliënt veranderingen vertoont in het gevoelsleven en gedrag:</p> <p>Mensen met een psychose kunnen zich 'vreemd' voelen en het idee hebben dat ze zijn afgesneden van de rest van de wereld. Stemmingsschommelingen komen veel voor en men kan ongewoon opgewonden of depressief zijn, maar ook angstig of achterdochtig. Emoties zijn vervlakt; men voelt minder dan voorheen of toont zijn emoties minder.</p> <p>Mensen met een psychose gedragen zich anders. Ze kunnen extreem actief of slaperig zijn, op rare momenten lachen of kwaad worden zonder duidelijke oorzaak. Vaak hangen veranderingen in gedrag samen met de wanen of de hallucinaties. Bij ouderen speelt achterdocht vaak een rol. Soms komt het tot uiterst bizar en gevaarlijk gedrag, waarbij iemand zichzelf opzettelijk verwondt.</p>

Lichamelijk welbevinden/gezondheid	
	<p>4 Mobiliteit</p> <p>Vaak is er sprake van een verminderde mobiliteit waar verschillende motorische stoornissen aan ten grondslag kunnen liggen. Motorische stoornissen die zijn geassocieerd met schizofrenie zijn: parkinsonistische verschijnselen, choreatiforme bewegingen, automatismen, tics en andere 'spontane' dyskinesieën. Oudere schizofrene cliënten zijn extra kwetsbaar voor dergelijke motorische stoornissen omdat de kans hierop ook toeneemt door fysiologische veroudering, door langdurig medicatiegebruik en als symptoom behorend bij de stoornis.</p>
	<p>5 Zelfverzorging</p> <p>Zelfverzorging, eten en drinken worden negatief beïnvloed door de symptomen van schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Dit kan leiden tot zelfverwaarlozing en voedingsdeficiënties. Hulp wordt dikwijls niet geaccepteerd.</p>
Woon en leefomstandigheden	
	Bepaald door externe factoren
Participatie	
	<p>6 Huishouden</p> <p>Huishouden en huiselijk leven worden vaak verwaarloosd, met name ten gevolge van de negatieve symptomen: apathie, sociaal terugtrekgedrag en een laag energieniveau. Ook door psychotische belevingen en/of wanen, zullen huishoudelijke taken vaak niet uitgevoerd worden.</p>
	<p>7 Tussenmenselijke interacties</p> <p>Doordat cliënten moeite hebben met het aangaan en het onderhouden van tussenmenselijke relaties, hebben zij moeite met het groepsleven in een intramurale setting. Zij vermijden vaak de groepsactiviteiten en hebben de neiging zich af te zonderen. Aan de andere kant worden cliënten ook gemeden door andere bewoners op een afdeling en door bezoek vanwege hun vreemde gedrag, hun uiterlijk en manier van omgaan met sociale contacten.</p>
	<p>8 Belangrijke levensgebieden</p> <p>Schizofrenie en andere psychotische stoornissen hebben een negatieve invloed op het zelfstandig kunnen regelen van allerhande materiële zaken.</p>
	<p>9 Maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven</p> <p>Het sociale leven, bijvoorbeeld het hebben van een zinvolle dagbesteding, recreatie en vrije tijd, wordt belemmerd door de symptomen van de schizofrenie of andere psychotische stoornis.</p>

Risicofactoren

De kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van schizofrenie wordt voornamelijk door genetische factoren bepaald. Psychologische, sociale en andere omgevingsfactoren kunnen een rol spelen bij het luxeren van de aandoening en bij het beloop.

De rol van premorbide persoonlijkheidskenmerken als risicofactor voor het optreden van laat ontstane psychotische syndromen is nog onduidelijk.

1.3 Stemmingsstoornissen

De volgende stemmingsstoornissen komen vooral voor bij deze doelgroep:

- a. depressieve stoornissen in engere zin (i.e.z.);
- b. depressieve stoornis NAO;
- c. bipolaire stoornissen;
- d. cyclothyme stoornissen.

Op latere leeftijd wordt de cliënt met een typische 'depressieve stoornis in engere zin' (a) minder gezien. Dit terwijl depressieve syndromen die niet voldoen aan de criteria ('minor' - of 'subthreshold depressions') juist vaker voorkomen, evenals losse depressieve symptomen. Veel depressieve stoornissen bij ouderen worden dan ook als een 'depressieve stoornis NAO' (b) geclassificeerd. In de volgende paragraaf worden de stemmingsstoornissen besproken onder de kopjes depressies (a-b) en bipolaire stoornissen (c-d). Hierbij is gebruik gemaakt van recent onderzoek naar depressie in verpleeghuizen

Verschuiven en symptomen

Depressies (a-b)

Ouderen kunnen bij een depressie periodes van somberheid beleven. Maar eigenlijk komt het meer voor dat ze lijden aan interesseverlies, dat ze nergens plezier meer in hebben.

Naast deze kernsymptomen komen voor: geremde of juist toegenomen eetlust, of slaap, of energie of beweging en kan er sprake zijn van gevoelens van waardeloosheid, onterechte of overmatige schuldgevoelens, concentratieproblemen en besluiteloosheid en steeds terugkerende gedachten over dood of zelfmoord.

Het sociale en beroepsmatige leven en het functioneren op andere levensgebieden kan door deze symptomen ernstig belemmerd worden.

De episoden van somberheid gaan na een tijd (weken tot maanden) weer over, maar vaak (50%) wordt de depressie uiteindelijk chronisch (langer dan twee jaar aanhoudend).

Er zijn ook ouderen, die al van jongs af aan lijden aan somberheid (dysthymie) of somber zijn bij een langdurig aanwezige lichamelijke ziekte.

Bipolaire stoornissen (c-d)

Als er naast depressieve episoden ook episoden voorkomen met een manische, eufore of prikkelbare stemming, dan is er sprake van een bipolaire stoornis. Bij ouderen komt de prikkelbare stemming meer voor dan de eufore/manische stemming. Verder komen voor: grootheidsideeën, verminderde slaapbehoefte, drang tot praten, gedachtevlucht, verhoogde afleidbaarheid, psychomotorische agitatie, toename van doelgerichte activiteiten en bovenmatige betrokkenheid bij plezierige activiteiten die beide vergaande negatieve gevolgen kunnen hebben.

Als er veel symptomen zijn van eufore stemming of grotere prikkelbaarheid, dan is sprake van een manische episode.

De gewoontelijke sociale activiteiten of relaties met anderen worden er duidelijk door beperkt. Ook kan hospitalisatie nodig zijn vanwege gevaar voor zichzelf of voor anderen of vanwege psychotische verschijnselen.

Als het minder ernstig is, dan spreekt men van een hypomane episode. Als de hypomane en depressieve stemmingen chronisch wisselen, dan wordt dat cyclothymie genoemd. Hospitalisatie is bij deze minder ernstige vormen niet nodig en psychotische verschijnselen komen niet voor. Het functioneren in het sociale leven wordt niet merkbaar bemoeilijkt, tenzij de episoden elkaar snel opvolgen zoals bij cyclothymie.

Een depressie heeft niet alleen gevolgen voor de betrokken cliënt, maar ook voor de directe omgeving. Partner of mantelzorg kunnen overbelast raken. Ook kan er vanuit onmacht en gebrek aan kennis een dusdanig negatief interactiepatroon met hen ontstaan, dat dit weer een ongunstige invloed heeft op de depressieve cliënt.

Voorkomen en beloop

Rond de 10-15% van de ouderen lijdt aan een depressieve stoornis. De verdeling daarbinnen is: 1,7% depressieve stoornis i.e.z. en 3-5% dysthyme stoornis. Onder de overige 8-10% wordt de 'minor'- of 'subthreshold depression' ingedeeld of losse depressieve symptomen (depressieve stoornis NAO).

Ernstige depressieve stoornissen blijken vaker voor te komen onder oudere vrouwen en relatief jonge ouderen. Lichtere stoornissen komen vaker voor onder oudere ouderen en alleenstaanden. In beide gevallen gaat achter het demografische kenmerk nogal eens een ingrijpende levensgebeurtenis schuil, zoals verlies van de levenspartner of sterke achteruitgang van de gezondheid.

Bij adequate behandeling is het beloop van depressies op de korte termijn gunstig. Recidieven zijn goed te behandelen, maar uiteindelijk ontwikkelt zich bij ongeveer de helft van alle vormen van depressie een chronische vorm. Een kleine groep cliënten reageert in de loop van de ziektegeschiedenis steeds slechter op de behandeling en raakt toenemend geïnvalideerd. Een onbehandelde depressie blijkt bij ouderen te resulteren in een grotere morbiditeit en mortaliteit. Geslaagde suïcides komen bij ouderen 3 tot 4 keer zo vaak voor als bij niet-ouderen. Er is weinig bekend over het voorkomen van manische episoden onder de algemene oudere bevolking. Wel is bekend dat 5-10% van de ouderen, opgenomen in de psychiatrie, manisch was. Van deze groep had 25% een blanco psychiatrische voorgeschiedenis.

Kenmerkende problematiek

De kenmerkende problematiek die kan optreden bij deze doelgroep wordt hier weergegeven per levensgebied uit de ICF, geclusterd in de domeinen van Verantwoorde zorg:

Mentaal welbevinden	
1 Leren en toepassen van kennis	Besluiteloosheid of te snelle onzorgvuldige/onnadenkende besluitvorming komt veel voor. Door gebrek aan interesse en energie komt men nergens meer aan toe, ook niet aan leren of bijblijven.
2 Algemene taken en eisen	Met een depressie is men tot minder in staat dan anders. Het structureren van de dag is moeilijker en soms wordt dag en nacht omgekeerd. Men heeft geen interesse of energie meer om er iets van te maken. Gewone routinehandelingen gaan niet meer vanzelf. Verantwoordelijkheid kan men niet meer aan en stress is vaak ondraaglijk. Als men moeite heeft om grenzen te stellen, zoals bij een manie of manische episode, dan is het structureren van de dag en het dragen van verantwoordelijkheid ook een probleem.
3 Communicatie	Een depressieve cliënt trekt zich terug, communiceert minder of zelfs niet meer. Een manische cliënt is niet altijd goed te volgen, bijvoorbeeld in verband met gedachtevluchten.
7 Tussenmenselijke interacties	Tussenmenselijke interacties, - bijvoorbeeld gepast op elkaar reageren, bewaren van juiste afstand, reguleren van emoties/impulsen/agressie -, kunnen door grensoverschrijdend gedrag en andere manische symptomen worden bemoeilijkt.

Lichamelijk welbevinden/gezondheid	
4 Mobiliteit	Door energieverlies en moeheid kan het zijn dat men zich minder verplaatst. Men komt het bed of het huis niet uit. Andersom komt ook uitputting voor door het blijven lopen bij manie.
5 Zelfverzorging	Zelfzorg, eten en drinken kunnen worden belemmerd door vermoeidheid, energieverlies, rusteloosheid en eetluststoornissen. Zo kan de voedingstoestand ontregeld raken door te veel eten en vaak wordt de overige gezondheid ook verwaarloosd.
Woon en leefomstandigheden	
	Bepaald door externe factoren
Participatie	
6 Huishouden	Huishouden en huiselijk leven verminderen door energie en interesseverlies. Men verwaarloost niet alleen zichzelf maar ook de gezinsleden en het huishouden.
7 Tussenmenselijke interacties	Tussenmenselijke relaties met: onbekenden, formele relaties, informele sociale relaties, familierelaties, intieme relaties kunnen worden bemoeilijkt.
8 Belangrijke levensgebieden	Op belangrijke levensterreinen, zoals het regelen van de eigen financiën of het deelnemen aan het sociaal/maatschappelijk leven, kunnen problemen ontstaan. Bijvoorbeeld ten gevolge van energie en interesseverlies en door manische symptomen, zoals grensoverschrijdend gedrag.
9 Maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven	Het sociale leven, bijvoorbeeld het hebben van een zinvolle dagbesteding, recreatie en vrije tijd, kan worden belemmerd door energie- en interesseverlies of door het zichzelf steeds compromitteren.

Risicofactoren

Als mogelijke andere risicofactoren voor het ontstaan en blijven bestaan van een depressieve stoornis kunnen genoemd worden:

- polyfarmacie (vormt bij ouderen de belangrijkste risicofactor);
- somatische aandoeningen (chronische ziekten);
- gebruik/misbruik van alcohol en middelen;
- relationele problemen, conflicten in de familie en/of persoonlijkheidsproblematiek;
- afname van het sociaal netwerk, het ontbreken van een vertrouwenspersoon;
- het hebben van (verlies)ervaringen eerder in het leven, ingrijpende levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld verhuizing, pensionering);
- onverwerkte psychotraumata (in de jeugd of volwassenheid), recent trauma;
- psychiatrische problematiek in de familie in het bijzonder eerste en tweedegraads;
- zingevingproblematiek, problematiek op religieus vlak;
- toenemende afhankelijkheid van zorg (regieverlies).

1.4 Somatoforme stoornissen

Somatoforme stoornissen worden gekenmerkt door aanhoudende lichamelijke klachten of zorgen over deze klachten, die niet geheel verklaard kunnen worden door een somatische aandoening of door een andere psychiatrische stoornis.

Bij de doelgroep gerontopsychiatrische cliënten in het verpleeghuis zien we een aantal somatoforme stoornissen:

- Ongedifferentieerde somatoforme stoornis
- Hypochondrie
- Pijnstoornis

Verschijnselen en symptomen

Ongedifferentieerde somatoforme stoornis

De diagnose ongedifferentieerde somatoforme stoornis wordt gesteld als er sprake is van één of meer somatisch onverklaarde lichamelijke klachten, die ten minste zes maanden bestaan en resulteren in aanzienlijk lijden en functionele beperkingen.

Hypochondrie

Het essentiële kenmerk van hypochondrie is de preoccupatie met de opvatting of de vrees een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op de misinterpretatie van lichamelijke symptomen of sensaties. Deze lichamelijke symptomen of sensaties kunnen niet somatisch verklaard worden en blijven bestaan ondanks adequaat somatisch onderzoek en behandeling en geruststelling.

Cliënten met hypochondrie piekeren gedurende de hele dag over hun lichamelijke klachten en de gevolgen ervan. Zij zijn vooral bang voor allerlei vormen van kanker. Ze voelen zich hierdoor nerveus, opgejaagd en rusteloos.

Sommigen proberen deze klachten te verminderen door geruststelling te vragen aan partner, familieleden of artsen.

Die geruststelling is echter van korte duur en na enige tijd keert de angst en ongerustheid weer terug. De behoefte aan geruststelling en uitgebreider medisch-specialistisch onderzoek neemt in de loop van de tijd toe.

Pijnstoornis

Bij de pijnstoornis staat het subjectieve karakter van de pijn centraal. Doordat pijn niet uitsluitend wordt gedefinieerd in lichamelijke termen en er bij chronische pijn vaak geen sprake is van 'feitelijke of potentiële weefselbeschadiging' kan de pijnstoornis alleen op grond van wat de cliënt zelf aangeeft, worden gediagnosticeerd. Tot het klinisch beeld behoren verder angst en depressie, gevoelens van irritatie, frustratie, hulpeloosheid en machteloosheid, overmatig medicijngebruik, slechte nachtrust en een blijvende vraag om medische hulp.

Door niet te streven naar 'cure' van de lichamelijke klachten maar naar 'care' kan in een aantal gevallen wel genezing van de somatoforme stoornis worden bereikt. De behandeling moet uitgevoerd worden met gevoel voor de samenhang tussen lichamelijke, psychische en sociale problemen en kennis van het reactiepatroon van de oudere cliënt op lichamelijke klachten en verschijnselen. Voor zowel het cliëntstelsel als het verzorgende team is psycho-educatie belangrijk. Het is verder van belang om altijd een tweesporig behandelbeleid in te zetten, teneinde geen intercurrente ziekten over het hoofd te zien.

Voorkomen en beloop

Onbegrepen lichamelijke klachten komen zeer frequent voor: 80% van de algemene bevolking heeft minimaal één onbegrepen lichamelijke klacht per week. Meestal verdwijnen deze klachten spontaan en hebben mensen er geen last van. Bij een kleine groep mensen blijven de lichamelijke klachten bestaan, ook na geruststelling door een arts. Deze mensen piekeren en maken zich zorgen over hun lichamelijke klachten. Zij zoeken naar geruststelling, bijvoorbeeld

door regelmatig te vragen om een medisch onderzoek. Verder vermijden zij activiteiten die hun klachten doen toenemen, bijvoorbeeld sporten. Wanneer het leven van iemand negatief beïnvloed wordt door deze symptomen, kan er sprake zijn van een somatoforme stoornis.

Somatoforme stoornissen komen op alle leeftijden voor, dus ook bij ouderen. Het stereotiepe beeld van de oudere cliënt, gepreoccupeerd met en extreem bezorgd over zijn lichamelijke gezondheid, wordt niet door onderzoeksresultaten onderschreven. Onderzoek naar de relatie tussen hypochondere symptomen en leeftijd, gecontroleerd voor de 'werkelijke' gezondheidstoestand van de cliënt, toont aan dat er geen verschil is in prevalentie van hypochondrie tussen oudere en jongere leeftijdsgroepen.

Somatoforme stoornissen komen het meest frequent voor in een medische setting.

Over het beloop van somatoforme stoornissen en de prognose op langere termijn is weinig bekend. Er is geen onderzoek verricht naar het beloop van deze stoornissen bij ouderen.

Kenmerkende problematiek

De kenmerkende problemen worden beschreven aan de hand van de negen levensgebieden van de ICF, geclusterd in de domeinen van Normen Verantwoorde zorg:

Mentaal welbevinden	
1 Leren en toepassen van kennis	Het aanleren en toepassen van nieuwe kennis, vooral gericht op het anders omgaan met lichamelijke klachten, blijkt bij ouderen met somatoforme stoornissen vaak niet mogelijk. Hierdoor zijn cliënten niet goed gerust te stellen. Besluiten worden vaak gebaseerd op de ideeën die cliënten hebben over hun lichamelijke gesteldheid. Structuur aanbrengen kan enig positief effect hebben.
2 Algemene taken en eisen	Doordat cliënten zich ziek voelen, zijn zij minder goed in staat te voldoen aan de eisen die aan hen gesteld worden en tot het verrichten van algemene taken.
3 Communicatie	De inhoud van de communicatie wordt in belangrijke mate bepaald door de preoccupatie met lichamelijke klachten en de ongerustheid die dit met zich meebrengt. Cliënten voelen zich vaak niet begrepen en niet serieus genomen.
7 Tussenmenselijke interacties	Sociale relaties staan in het teken van de lichamelijke klachten. Cliënten hebben anderen nodig voor geruststelling, aandacht en hulp. Relaties worden vaak gekenmerkt door een sterke afhankelijkheid en manipulatie. Zo roepen de somatoforme stoornissen bij artsen vaak gevoelens van onmacht en frustratie op.

Lichamelijk welbevinden/gezondheid	
	<p>4 Mobiliteit</p> <p>De mobiliteit is vaak verminderd door de lichamelijke klachten, zoals stoornissen aan het bewegingsapparaat, pijn of vermoeidheid. Cliënten vermijden vaak activiteiten die de klachten doen toenemen, waardoor zij moeilijk te motiveren zijn aan verbetering van hun mobiliteit te werken.</p>
	<p>5 Zelfverzorging</p> <p>Cliënten zijn moeilijk te motiveren tot het zelf verrichten van ADL handelingen vanwege de ervaren lichamelijke klachten. Zij stellen zich afhankelijk op van zorgverleners.</p>
Woon en leefomstandigheden	
	<p>Bepaald door externe factoren</p>
Participatie	
	<p>6 Huishouden</p> <p>Cliënten zijn moeilijk te motiveren tot het zelf verrichten van huishoudelijke taken vanwege de ervaren lichamelijke klachten. Zij stellen zich afhankelijk op van zorgverleners.</p>
	<p>7 Tussenmenselijke interacties</p> <p>Sociale relaties staan in het teken van de lichamelijke klachten. Cliënten hebben anderen nodig voor geruststelling, aandacht en hulp. Relaties worden vaak gekenmerkt door een sterke afhankelijkheid en manipulatie. Hoe groter het beroep is, dat cliënten op anderen doen en hoe langer dit aanhoudt, des te meer komen sociale relaties onder druk te staan. Zonder de anderen is participatie niet mogelijk en neemt het sociaal isolement toe.</p>
	<p>8 Belangrijke levensgebieden</p> <p>Meedoen aan en genieten van activiteiten op belangrijke levensgebieden worden belemmerd door de ervaren lichamelijke klachten. Somatoforme stoornissen hebben een negatieve invloed op het zelfstandig kunnen regelen van allerlei materiële zaken.</p>
	<p>9 Maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven</p> <p>Het sociale leven, bijvoorbeeld het hebben van een zinvolle dagbesteding, recreatie en vrije tijd, wordt belemmerd door de lichamelijke klachten. Cliënten zijn moeilijk te motiveren tot activiteiten wanneer zij bang zijn voor verergering van hun klachten.</p> <p>De maatschappelijke kosten van de somatoforme stoornissen zijn hoog. De medische consumptie en het gebruik van algemene voorziening en (thuis)zorg zijn aanzienlijk.</p>

Risicofactoren

Sociale isolatie, één van de belangrijkste psychosociale stressfactoren bij ouderen, kan aanleiding geven tot een somatoforme stoornis, omdat dit de mogelijkheid kan bieden om aandacht en sympathie te krijgen. Een ander risico is dat van over- of onderdiagnostiek door de arts bij hypochondrie, wat voor geriatrische cliënten ernstige consequenties kan hebben.

1.5 Angststoornissen

Bij angststoornissen gaat het om de groep stoornissen die zich kenmerkt door het voorkomen van pathologische angsten en/of fobieën. Angst wordt pathologisch genoemd wanneer de cliënt er in zijn dagelijks functioneren ernstig door wordt belemmerd en er sprake is van grote lijdensdruk. Angst wordt gekenmerkt door een subjectief gevoel van nervositeit. Hieronder staan de meest voorkomende angststoornissen voor ouderen die worden besproken, namelijk:

- paniekstoornis met/zonder agorafobie;
- obsessieve compulsieve stoornis (dwangstoornis);
- posttraumatische stressstoornis;
- gegeneraliseerde angststoornis;
- angststoornis N.A.O.

Verschuinselen en symptomen

Paniekstoornis

Van "paniek" is sprake als de angst intens is, acuut begint en binnen een tiental minuten een piek bereikt. Kenmerkend voor de **paniekstoornis (met of zonder agorafobie)** zijn paniekaanvallen, die onverwacht zijn en niet gebonden aan een bepaalde situatie. Tussen de aanvallen klagen cliënten vaak over angst en spanning en is er sprake van anticipatieangst (angst voor de angst).

Paniekaanvallen worden gekenmerkt door de volgende symptomen:

- tekort aan adem of benauwd gevoel;
- duizeligheid, licht in het hoofd, een gevoel van slaptte;
- hartkloppingen of een versnelde hartslag;
- trillen en beven;
- zweten;
- gevoel te stikken;
- misselijkheid of een raar gevoel in de maagstreek;
- doofheid of tintelende sensaties in de ledematen;
- opvliegingen of koude rillingen;
- pijn of een vervelend gevoel in de borst;
- angst om dood te gaan;
- een gevoel van onwerkelijkheid (derealisatie) of los van zichzelf te staan (depersonalisatie);
- angst om gek te worden of om de controle over zichzelf te verliezen.

Wanneer vier of meer van bovenstaande symptomen tegelijk aanwezig zijn, spreekt men van een paniekaanval.

Een paniekstoornis kan voorkomen met of zonder agorafobie. Onder agorafobie verstaat men de angst op een plaats of in een situatie te zijn van waaruit ontsnappen moeilijk of gênant kan zijn en waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval dat men de paniekverschijnselen krijgt. Deze situaties worden dan ook zoveel mogelijk vermeden of alleen doorstaan met duidelijke angst- of paniekverschijnselen.

Meestal bestaat de paniekstoornis al langer bij ouderen, maar soms ontstaat het voor het eerst op latere leeftijd. In vergelijking met jongere volwassenen zijn de paniekaanvallen bij ouderen minder intens. Paniekaanvallen komen bij ouderen minder vaak voor, omdat zij de gevreesde situatie gemakkelijker kunnen vermijden of deze kunnen ondergaan met een begeleider. Bij ouderen wordt immers vaak geaccepteerd dat zij niet meer alleen naar buiten durven. Mantelzorgers zijn vaak bereid om samen boodschappen te gaan doen, waardoor de oudere met een paniekstoornis zich toch veilig voelt.

Een paniekstoornis kan zich in allerlei lichamelijke klachten uiten en aanleiding zijn voor medisch onderzoek. Bij een klacht als "pijn op de borst" worden dan bijvoorbeeld geen hartproblemen gevonden. Het is dus belangrijk om goed te laten onderzoeken of de door de cliënt aangegeven klachten een lichamelijke of psychische oorzaak hebben.

Obsessieve-compulsieve stoornis of dwangstoornis

Kenmerkend zijn de steeds terugkerende dwanggedachten en/of handelingen, die in ernstige mate interfereren met het dagelijks leven. De dwanghandelingen zijn voor de cliënt noodzakelijke handelingen om ongemak en spanningen te voorkomen. De meest voorkomende dwanggedachte is smetvrees. Ook verzameldwang en controledwang komen veelvuldig voor.

Ouderen met een obsessieve-compulsieve stoornis hebben deze stoornis vaak al jaren. Dwanghandelingen en rituelen kunnen problematisch worden, wanneer de cliënt afhankelijk wordt van zorg door anderen.

- Ouderen met smetvrees en een wasdwang kunnen heel angstig worden als de verzorgende maar vijftien minuten tijd heeft voor één wasbeurt;
- Bij ouderen met een verzameldwang kunnen de verzorgenden problemen hebben met het uitvoeren van hun werk.

Posttraumatische stressstoornis

De posttraumatische stressstoornis is de enige vorm van angststoornis waarbij de oorzaak meer in de omstandigheden dan in de persoonlijkheid moet worden gezocht.

Ouderen die worden geconfronteerd met een traumatische gebeurtenis hebben vergelijkbare verschijnselen als die bij jongere en de middelbaar volwassenen. Men reageert met angst, onmacht en afschuw. Na verloop van tijd ontstaat een patroon van herbelevingen, vermijdingsgedrag en verhoogde prikkelbaarheid. Getraumatiseerde ouderen lopen ook een groot risico op vereenzaming en sociale deprivatie.

Het beeld kan direct na de traumatische gebeurtenis optreden, maar vaak ook pas na maanden of jaren.

Een vroege traumatisering kan zich op latere leeftijd manifesteren in wisselende patronen en combinaties van klachten, zoals chronische demoralisatie en lusteloosheid, pijnklachten en psychosomatische beelden, verlaagd zelfbeeld, relatieproblemen als gevolg van achterdocht en wantrouwen, verslavingsproblematiek. Luxerende factoren zijn vooral verminderde emotionele en fysieke weerbaarheid, waardoor bestaande copingmechanismen niet meer toereikend zijn.

Gegeneraliseerde angststoornis

Er kan sprake zijn van een gegeneraliseerde angststoornis, wanneer een oudere zich gedurende minimaal een half jaar onrealistisch of buitensporig angstig en bezorgdheid voelt en piekert over dingen die er zouden kunnen gebeuren.

Een voortdurend een (licht) gespannen gevoel en de gedachte dat er ieder moment iets mis zou kunnen gaan op verschillende gebieden van het dagelijks leven, zoals gezondheid, de financiën of het welzijn van dierbaren beheerst het dagelijks leven, de bezorgdheid is moeilijk in de hand te houden. Een pensionering, een ziekte of het overlijden van een dierbare persoon kan aanleiding zijn voor een verheviging van deze klachten. Dit kan leiden tot slaapproblemen, rusteloosheid, prikkelbaarheid en concentratieproblemen. Ook lichamelijke klachten als hartkloppingen, transpireren, ademnood, misselijkheid en duizeligheid komen voor. Het kenmerkende verschil tussen een gegeneraliseerde angststoornis en een paniekstoornis is de aanwezigheid van de continue dreiging van een nieuwe aanval bij de paniekstoornis.

Vaak bestaan de klachten al sinds de kindertijd of vroege volwassenheid. De klachten kunnen verhevigen door een ingrijpende levensgebeurtenis, zoals het overlijden van een partner of de constatering van een lichamelijke ziekte. De inhoud van de bezorgdheid blijft deels gelijk, maar lijkt ook te verschuiven met de leeftijd. De bezorgdheid over de eigen gezondheid kan toenemen, maar kan zich ook meer richten op de angst om afhankelijk, gehandicapt of dement te worden in plaats van de angst om dood te gaan. Angst voor criminaliteit lijkt sterk toe te nemen met de leeftijd, ook al is gebleken dat ouderen niet vaker het slachtoffer van een misdrijf zijn dan volwassenen. Een gevoel van verminderde weerbaarheid speelt hier mogelijk een rol bij.

Angststoornis Niet Anders Omschreven

Dit is een restcategorie van angstklachten en fobische vermijding die niet vallen onder de bovengenoemde stoornissen. Voorbeelden hiervan zijn een gemengde angst- en depressieve stoornis of ernstige sociaal fobische verschijnselen ten gevolge van een lichamelijke aandoening, zoals de ziekte van Parkinson, status na CVA of incontinentie van urine.

Voorkomen en beloop

Angststoornissen komen bij ongeveer 10% van de Nederlandse ouderen voor. De niet aan gebeurtenissen of situaties gebonden angst komt het meest frequent voor, gevolgd door fobieën.

Oudere vrouwen blijken significant vaker aan angststoornissen te lijden dan oudere mannen. Daarnaast blijkt sprake van een sterk verband tussen het voorkomen van ernstige stoornissen en het niveau van opleiding. De samenstelling van het huishouden en de leeftijd blijken niet van invloed op de prevalentie van angststoornissen.

Angststoornissen komen onder bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen niet vaker of minder vaak voor dan onder zelfstandig wonende ouderen. De auteurs wijzen er wel op dat in die tehuizen onvoldoende kennis aanwezig is om psychiatrische diagnoses te kunnen stellen en om adequate behandeling te kunnen geven. Angststoornissen hebben in veel gevallen sterk negatieve gevolgen voor het leven van ouderen en gaan gepaard met een verhoogde sterfte.

Ouderen met angststoornissen melden vaker een verminderd lichamelijk functioneren; alleen het uitgaansgedrag lijkt niet onder de stoornis te lijden. Het psychisch welbevinden van deze ouderen is veel lager dan gemiddeld, waarbij gevoelens van eenzaamheid er in negatieve zin uitspringen. Angststoornissen gaan vaak samen met depressieve stoornissen en alcoholmisbruik.

Kenmerkende problematiek

De kenmerkende problematiek die op kan treden bij deze doelgroep wordt hier weergegeven per levensgebied uit de ICF, geclusterd in de domeinen van Verantwoorde zorg:

Mentaal welbevinden	
1 Leren en toepassen van kennis	Cliënten ervaren een onrealistische, buitensporige angst en bezorgdheid die het leren, denken en problemen oplossen verhinderen. De gedachte dat er iets naars gebeurt of andere dwanggedachtes blijven aanhouden.
2 Algemene taken en eisen	Cliënten met angst leven voortdurend in gespannen toestand, daardoor levert het dragen van verantwoordelijkheid vaak ondraaglijke stress op. Zij hebben ernstige klachten en tobben en piekeren voortdurend, waardoor gewone routine handelingen niet meer vanzelf gaan en zij weinig activiteiten ondernemen.
3 Communicatie	Bij cliënten met een angststoornis wordt het leven beheerst door grote lijdensdruk en belemmeringen, waardoor het contact wordt gericht op de ervaren problemen.
7 Tussenmenselijke interacties	Cliënten met sociale fobie worden gehinderd in contact door de aanhoudende en hardnekkige angst om negatief beoordeeld of belachelijk gemaakt te worden wat nervositeit in gezelschap of ontlopen van contact tot gevolg kan hebben.

Lichamelijk welbevinden/gezondheid	
4 Mobiliteit	<p>Het zich verplaatsen binnen en buiten het verpleeghuis kan bemoeilijkt worden doordat hun specifieke angsten hen beperken in hun mogelijkheden, bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cliënten die angst hebben voor gesloten of kleine ruimtes en rolstoelafhankelijk zijn, ondervinden beperkingen omdat zij o.a. geen lift in kunnen; • cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis worden gehinderd door lichamelijke en psychische klachten, die voortkomen uit het voortdurende gespannen gevoel vanuit de angststoornis.
5 Zelfverzorging	<p>Het zorg dragen voor eigen gezondheid binnen het verpleeghuis kan bemoeilijkt worden doordat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cliënten met angst door gevoel van nervositeit wordt gehinderd in de zelfzorg, eten en drinken door klachten als hartkloppingen, duizeligheid, kortademigheid, misselijkheid, concentratiestoornissen, trillen, spierpijnen en rusteloosheid; • cliënten met sociale fobie belemmerd worden door angst om te knoeien in gezelschap; als cliënt binnen het verpleeghuis in de huiskamer verblijft kan dit ten koste gaan van het drinken en eten; • cliënten met smetvrees en een wasdwang worden gehinderd door toenemende angst en gevoel van nervositeit bij zelf zorg wanneer de tijd voor begeleiding die de cliënt vraagt onder druk staat.
Woon en leefomstandigheden	
	Bepaald door externe factoren
Participatie	
6 Huishouden	<p>Het verzorgen van de eigen kamer binnen het verpleeghuis kan bemoeilijkt worden doordat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cliënten met een schoonmaakdwang die afhankelijk zijn van anderen toenemend angstig worden als het schoonmaken volgens hun dwanggedachte niet vaak en goed genoeg gebeurt; • cliënten met een verzameldwang last hebben van onvoldoende ruimte op hun kamer voor hun verzamelde spullen, ook kunnen anderen problemen neer leggen m.b.t. het schoonmaken van de kamer door veel aanwezige verzamelde spullen waardoor angst en spanning toeneemt.
7 Tussenmenselijke interacties	<p>Het aangaan en onderhouden van relaties kan bemoeilijkt worden doordat zij door hun specifieke angsten een overmatig beslag kunnen leggen op de verzorgende, bijvoorbeeld angst en nervositeit bij de persoonlijke verzorging van cliënten met smetvrees of angst voor knoeien in gezelschap bij het eten of drinken.</p>
8 Belangrijke levensgebieden	<p>Op belangrijke levenssterreinen kunnen moeilijkheden ontstaan doordat cliënten met angst zodanig worden gehinderd door de klachten van nervositeit dat wonen in het verpleeghuis het gevolg is en de financiën meestal met hulp van anderen geregeld moeten worden.</p>
9 Maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven	<p>Het sociale leven binnen en buiten het verpleeghuis wordt bemoeilijkt doordat cliënten met een angststoornis klachten hebben die ten koste gaan van gezondheid en participatie waardoor ook het invullen van een zinvolle dagbesteding wordt belemmerd.</p>

Risicofactoren

De belangrijkste risicofactor bij angststoornissen is premorbide kwetsbaarheid. Ouderen kunnen kwetsbaar zijn doordat ze bepaalde persoonlijkheidskenmerken hebben of kwetsbaar geworden zijn door vroegere levenservaringen of door lichamelijke ziekten. Zo komen er meer angststoornissen voor onder ouderen met een externe beheersingsoriëntatie, ouderen met familieleden die psychische stoornissen hebben of ouderen die een oorlogstrauma hebben opgelopen. Angstsymptomen kunnen een somatische aandoening nabootsen, maar kunnen ook een secundaire complicatie zijn van een onderliggende somatische ziekte. Met name neurologische (bijv. M. Parkinson), endocrinologische (bijv. diabetes en schildklierproblemen) en cardiopulmonale ziekten (bv COPD, dysritmie) kunnen zich middels angstsymptomen manifesteren.

Stressfactoren, zoals verlies van de partner, het krijgen van een ernstige ziekte of ernstige functiebeperkingen spelen ook een rol bij de angststoornissen die pas op latere leeftijd optreden. Dit verband is het sterkst bij de gegeneraliseerde angststoornissen.

1.6 Persoonlijkheidsstoornissen

Een persoonlijkheidsstoornis is een duurzaam en stabiel patroon van persoonlijke beleving en gedrag, dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de eigen cultuur. Dit patroon is merkbaar in algemene, zowel persoonlijke als sociale, situaties. De betrokkene ervaart last of lijden doordat het een negatief effect heeft op het sociale verkeer of werk. Het patroon is langdurig en bestaat al vanaf adolescentie/jong volwassenheid en wordt niet veroorzaakt door een andere psychische stoornis. In het patroon van beleving en gedrag gaat het om cognities en interpretaties, affecten en emoties, contacten en relaties en om de beheersing van impulsen.

Verschijnselen en symptomen

Persoonlijkheidsstoornissen doen zich voor in verschillende vormen en intensiteiten. In de DSM IV TR worden drie clusters met in totaal tien verschillende stoornissen beschreven (zie tabel 1). Verder kennen we de Persoonlijkheidsstoornis NAO (Niet Anders Omschreven). Dan is er vaak sprake van persoonlijkheidsproblematiek met kenmerken van verschillende stoornissen. Dit komt bij ouderen veel voor.

Momenteel is er een discussie gaande over de toevoeging van een vierde cluster. De daaronder gerangschikte stoornissen staan in tabel 1 onder het kopje 'verwacht'.

Opgemerkt wordt, dat de typering in de tabel zijn gericht op de diagnostiek. Dit in tegenstelling tot de clusters die in hoofdstuk 2 worden gepresenteerd, die hebben betrekking op gedrag.

Cluster A	Cluster B	Cluster C	Verwacht
Stoot mensen af	Walst over mensen heen	Houdt mensen in een houdgreep	
Paranoïde Jaloers, achterdochtig, beledigend, bedreigend, halsstarrig, rancuneus	Antisociale "God noch gebod", geen spijt of geweten, oneerlijk, onverantwoordelijk, prikkelbaar, roekeloos	Ontwijkende Schuw, verlegen, bang voor negatieve beoordeling	Depressieve Sombor, piekert en tobt, erg kritisch over zichzelf en anderen, pessimistisch, neerslachtig, voelt zich snel schuldig
Schizoïde Onverschillig, afstandelijke, geen intimi, geen seksuele belangstelling	Borderline Instabiel, intens, impulsief, chaos, affect labiel, krampachtig verlating voorkomen	Afhankelijke Afhankelijk en onderdanig, te meegaand, het altijd met je eens	Passief-agressieve Tegendraads, ondermijnend, geen verantwoording nemen, passief verzet, onbegrepen, ondergewaardeerd, afgunst, wrok, klagerig
Schizotypisch Vreemd, vreemde ideeën, ongewone waarnemingen, sociale angst	Theatrale Aandachtvragend, oppervlakkig, verleidend, iedereen is intimi, overdreven emotioneel, vage manier van spreken	Obsessieve-compulsieve Koppig, perfectionistisch, star, niet delegeren of samenwerken, zuinig/gierig, werken, produceren, schema's lijsten en regels	
	Narcistische Hoogmoedig, bijzondere rechten hebben, erg gevoelig voor kritiek, gebrek aan empathie, jaloers, uitbuiten		NAO Niet Anders Omschreven. Met trekken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen

Tabel 1. *Persoonlijkheidsstoornissen in steekwoorden*

(deze tabel is niet te gebruiken voor diagnostiek, daarvoor wordt verwezen naar bv. de Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV TR)

Voorkomen en beloop

Volgens de definitie van een persoonlijkheidsstoornis gaat het om een stabiel en duurzaam patroon dat al zichtbaar is in de jonge jaren van de betrokken persoon. In de praktijk ziet men bij ouderen vaak veranderingen in patronen. Soms worden persoonlijkheidsproblemen pas merkbaar als het netwerk om de desbetreffende persoon verandert door bijvoorbeeld het wegvallen van de partner of belangrijke vrienden. Eerder in het leven waren er geen negatieve effecten merkbaar en zou het conform de definitie dan niet kunnen gaan om een persoonlijkheidsstoornis. Soms veranderen persoonlijkheidsstoornissen in intensiteit of uitingsvorm. Dit alles maakt dat de prevalentie range van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen varieert over verschillende populaties. De prevalentie binnen de V&V-sector varieert tussen de 3% en 15%.

Cluster A: Bij veroudering kan het verliezen of verminderen van de persoonlijke levenssfeer een grote stressfactor zijn. Het verliezen van dierbaren speelt bij de cluster A persoonlijkheid een kleinere rol, omdat zij sowieso al niet veel op hebben met anderen. Bij mensen met een cluster A persoonlijkheidsstoornis is vaak sprake van cognitieve problemen. Die kunnen verergeren met het ouder worden, waardoor de persoonlijkheidsproblemen (nog) meer op de voorgrond komen staan. Stoornissen uit dit cluster zouden ook een relatie hebben met het zogeheten Diogenes-syndroom. Dit wordt gekenmerkt door zelfverwaarlozing, bizar gedrag en isolatie. Vaak is er ook sprake van extreme verzamelwoede. Dit beeld is bekend in de dagelijkse praktijk van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor ouderen.

Cluster B: Bij mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis zien we vaak dat veroudering en het daarmee gepaard gaande verlies van vitaliteit en uiterlijke aantrekkelijkheid ervaren wordt als een persoonlijke krenking. Dit leidt nogal eens tot de ontwikkeling van een depressie. Verder ziet men ook somatisering en een hoogfrequent bezoek aan huisarts of specialisten. Daarnaast is afvlakking van de persoonlijkheidsproblematiek denkbaar. Bij het ouder worden verminderen de vitaliteit en het activiteitsniveau waardoor persoonlijkheidsstoornissen minder tot uiting komen.

Cluster C: Deze persoonlijkheidsstoornissen worden minder opgemerkt, omdat men ze wel vindt passen bij ouderen en ze dus minder vaak als storend worden beschouwd. Dit doet de beleving van mensen met deze problematiek geen recht. Het ervaren van controleverlies, dat veroudering met zich mee kan brengen, werkt voor hen beduidend angst verhogend. Hierdoor verergerd de persoonlijkheidsproblematiek juist. De obsessieve-compulsieve persoon zal bijvoorbeeld toenemend star worden en een nog meer eisende en controlerende manier van doen krijgen.

Kenmerkende problematiek

Bij de beschrijving van de kenmerkende problematiek bij persoonlijkheidsstoornissen maken we waar nodig een extra onderscheid ten behoeve van de drie verschillende clusters en soms zelfs naar een specifieke persoonlijkheidsstoornis.

Mentaal welbevinden

1 Leren en toepassen van kennis

Bij de cluster A persoonlijkheid is er soms een onvermogen om nieuwe kennis op te nemen vanwege cognitieve beperkingen, maar vaker gaat het om afweer van nieuwe dingen, wat het leren/toepassen van nieuwe kennis belemmert. De cluster B persoonlijkheid gaat vaak onzorgvuldig of onnadenkend om met nieuwe informatie. Bij de cluster C persoonlijkheid spelen onzekerheid en besluiteloosheid vaak een grote rol in het opdoen van nieuwe kennis of informatie. Men leunt vaak op oude beschikbare kennis /informatie en het leren van nieuwe zaken vergt extra ondersteuning, ondanks een veelal intacte geheugenfunctie en adequate intelligentie.

2 Algemene taken en eisen

Het omgaan met dagelijkse stress, en zeker met buitengewone stress, behoort niet tot de sterkste vaardigheden. Stress versterkt meestal de kenmerkende problematiek van ieder cluster: De cluster A persoonlijkheid wordt excentriker, afstandelijker of onverschilliger; de cluster B persoonlijkheid wordt vooral impulsiever en de cluster C persoonlijkheid wordt angstiger en dwangmatiger. Het is duidelijk dat dit gedrag dan weer een claim legt op de uitvoering van de dagelijkse dingen en dat het ondernemen van (nieuwe) taken niet goed gebeurt. Bij mensen met een cluster B stoornis zien we dan nogal eens, dat er nieuwe activiteiten worden ondernomen die weinig of niets te maken hebben met dat wat er op dat moment eigenlijk nodig is. Ze storten zich daar met hart en ziel op, maken vaak nog een goede of leuke indruk op anderen, terwijl de dagelijkse routine hen ontglipt. Zij gaan er ook vaak van uit dat de dagelijkse routine niet voor hen, maar slechts voor anderen van belang is.

3 Communicatie

Meestal zijn er, behalve bij de tussenmenselijke interacties en relaties, weinig formele problemen in de verbale communicatie. Bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis (cluster A) is een langs elkaar heen praten te verwachten vanuit afstandelijkheid, bij cluster B vanuit dramatisch en impulsief gedrag en bij cluster C vanuit claimend en afhankelijk gedrag.

7 Tussenmenselijke interacties

Omdat het invoelend vermogen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis niet zo groot is, levert de interactie met anderen vaak problemen op. De relaties en interacties zijn niet in evenwicht: mensen met een cluster A stoornis laten anderen moeizaam toe in hun belevingswereld of stoten ze af; mensen met een cluster B stoornis vragen heel veel aandacht, maar geven die zelf niet en mensen met een cluster C stoornis leggen hun wil op aan de ander of maken die verantwoordelijkheid voor het welslagen van het contact.

Lichamelijk welbevinden/gezondheid	
	<p>4 Mobiliteit</p> <p>Mobiliteit is vooral afhankelijk van fysieke gezondheid. Mensen met een cluster A stoornis laten hun "wereld" vaak bewust klein om het voor henzelf zo veilig en overzichtelijk mogelijk te houden.</p>
	<p>5 Zelfverzorging</p> <p>Bij de persoonlijke verzorging kunnen er problemen zijn. Deze hoeven niet veroorzaakt te worden door fysiek onvermogen of conditieverlies. Mensen met een cluster A stoornis hebben regelmatig bijzondere ideeën over de uitvoering van de zelfzorg of er is sprake van grote onverschilligheid naar de zelfzorg. Mensen met een obsessieve-compulsieve stoornis (cluster C) kunnen verzanden in dwangmatigheid en daardoor ineffectief zijn in hun persoonlijke verzorging. Ook bij de andere persoonlijkheidsstoornissen kunnen gemakkelijk uitwassen in de zelfzorg ontstaan, bijvoorbeeld door extreme kledingkeuze of make-up gebruik. Ook afstand/nabijheid dynamiek kan een rol spelen als hulp nodig is bij persoonlijke verzorging vanwege ADL-afhankelijkheid.</p>
Woon en leefomstandigheden	
	Bepaald door externe factoren
Participatie	
	<p>6 Huishouden</p> <p>De huishoudelijke taken en het huiselijk leven van mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen onder druk staan. Mensen met een cluster A stoornis kunnen zekerheid zoeken in materiële zaken; Zij kunnen bovenmatig verzamelen, waarbij ook vervuiling kan optreden. Het impulsieve gedrag van de cluster B stoornis veroorzaakt vaak chaos in de directe woonomgeving/kamer. Bij mensen met cluster C stoornis zal de woonomgeving/kamer er vaak wel netjes uit zien. Zij willen voorkomen dat anderen slecht over hen zullen oordelen, of zorgen door heel precies en zorgvuldig werken voor eigen angstreductie. Dit levert wel spanning op in het samenleven met anderen. Die moeten in dit gedrag meegaan, of ze willen of niet.</p>
	<p>7 Tussenmenselijke interacties</p> <p>De tussenmenselijke relaties worden gekenmerkt door onevenwicht. Vaak hebben mensen met persoonlijkheidsstoornissen slechts oppervlakkige of voorbijgaande contacten. Met hun naasten kunnen gemakkelijk problemen ontstaan. Sociale netwerken zijn in het algemeen klein en weinig stabiel. Het is meestal de ander die de relatie in stand houdt, vaak ten koste van zichzelf en nogal eens uit een vorm van plichtsgevoel.</p>
	<p>8 Belangrijke levensgebieden</p> <p>Het is opvallend hoe vaak men een bij het eigen niveau passende opleiding heeft weten te doorlopen en passend werk heeft weten te vinden. Vaak gaat dat lange tijd relatief goed. Er worden handige keuzes gemaakt, passend bij de persoonlijkheid. De cluster B persoonlijkheid heeft vaak een goede babbel, kan overtuigend overkomen en komt relatief vaak in leidinggevende functies terecht. Het waren echter vaak niet de meest populaire collega's of leidinggevers (zie ook tussenmenselijke relaties en interacties), waardoor er soms een grote arbeidsmobiliteit was. Op het gebied van financiën weet men niet altijd een evenwichtige koers te varen. Er is sprake van te grote zuinigheid/gierigheid waarmee men zichzelf en zijn omgeving tekort doet (clusters A en C) of het geld wordt juist erg makkelijk uitgegeven, waardoor er financiële problemen ontstaan. Ook kan men zich in risicovolle ondernemingen storten met alle gevolgen van dien (cluster B).</p>

Participatie

9 Maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven

Mensen met een cluster A stoornis zien men weinig in het sociale of maatschappelijke leven. Mensen met een cluster B persoonlijkheid zien men juist in alle vormen van het maatschappelijk leven, omdat zij graag veel aandacht krijgen. Zij vinden bijvoorbeeld in de politiek of in de 'schone kunsten' een platform voor hun ideeën, plannen, of uitingen. Mensen met een cluster C persoonlijkheid komt men in het sociale leven eerder tegen in een dienstbare vorm, waarin ze goedkeuring of waardering van anderen ervaren. Qua hobby's of sport zullen zij eerder voor de solistische varianten kiezen.

Risicofactoren

Het onderzoek naar risicofactoren bij de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen heeft zich vooral gericht op de antisociale persoonlijkheidsstoornis en in mindere mate op de borderline- en de theatrale persoonlijkheidsstoornis. Andere persoonlijkheidsstoornissen zijn nog niet of nauwelijks onderzocht. Genetische factoren, zoals een verlaagde prikkelbaarheid van het autonome zenuwstelsel, lijken een rol te spelen. In ongeveer 50% van de gevallen is er een familiale belasting voor persoonlijkheidsproblematiek. Gedragsproblemen op peuterleeftijd worden genoemd als voorspeller van persoonlijkheidsproblematiek. Ook het beleven van lichamelijke, seksuele of psychische mishandeling (direct of indirect) speelt een belangrijke rol. Andere psychosociale factoren zijn: gebrek aan sociale steun, gebrek aan toezicht, behoefte aan stimuli. Bij de ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheid lijken ook sociale aspecten, zoals armoede, opgroeien in een achterstandsbuurt en klein behuist zijn, een rol te spelen.

2 | HULPVRAAG

Gewoonlijk wordt onder de hulpvraag verstaan: **de vraag zoals de cliënt die onder woorden brengt, alsmede zijn wensen en verwachtingen ten aanzien van een oplossing.**

Bij deze doelgroep is dit om een aantal redenen een lastig concept.

Allereerst betreft het een heterogene doelgroep. Met gerontopsychiatrische cliënten duiden we in het verpleeghuis een groep bewoners aan met uiteenlopende psychiatrische ziektebeelden, zoals in het vorige hoofdstuk al is aangegeven. Het gaat om cliënten met een grote variatie aan problematiek. Vaak hebben zij een verminderd ziektebesef, ziekte-inzicht en vermogen tot communicatie. Veel van deze cliënten hebben niet zelf een hulpvraag, willen soms zelfs liever geen hulp of bemoeienis. Vaak zijn cliënten pas tot opname te 'verleiden' bij of na een crisis.

Door hun gevorderde leeftijd en complexe multimorbiditeit kunnen zij hun vragen op vele manieren uiten, bijvoorbeeld door roepen of toename in probleemgedrag. Ook vormt de vaak belaste relatie met de direct betrokkenen van de cliënt een extra hindernis. Waar gewoonlijk gebruik gemaakt kan worden van ervaringen en observaties van partners, familie en/of mantelzorgers, is bij deze doelgroep vaak sprake van een al langer onder druk staande of verstoorde relatie. Zorgverleners kunnen dus weinig beroep doen op hun ervaringsdeskundigheid bij het interpreteren van de behoeften van de cliënt.

Het gaat bij deze doelgroep dus vaak om een hulpvraag van de cliënt "gezien door de ogen van en zo goed mogelijk geconstrueerd door" professionals. Om de vragen/behoeften van de cliënt toch zoveel mogelijk richtinggevend te laten zijn voor het zorgaanbod, worden in de praktijk verschillende methoden toegepast. Naast gebruik van de nog aanwezige mogelijkheden tot communicatie met de cliënt en het cliëntsysteem, kan dat bijvoorbeeld systematische observatie zijn, of video-interactie analyse. Ook wordt gebruik gemaakt van meetinstrumenten die helpen om de behoefte aan zorg systematisch in kaart te brengen.

In de praktijk van de zorg zijn positieve ervaringen opgedaan met de clustering van cliënten met vergelijkbare problematiek. Hierbij staat **de op de voorgrond tredende problematiek** centraal bij de indeling van groepen en niet de medische diagnose (zoals bijvoorbeeld bij de persoonlijkheidsstoornissen). Een zodanige clustering helpt om de hulp/zorgvragen duidelijk te krijgen en om het aanbod gedurende het verloop van het ziekteproces hierop beter te kunnen afstemmen. Uiteraard blijft de individuele problematiek van de cliënt hierbij altijd voorop staan.

Twee sleutelcriteria zijn bepalend voor het indelen van deze doelgroep in clusters, namelijk de mate van aanwezigheid van:

1. realiteitstoetsing (realiteitsbesef van de omgeving en van zichzelf);
2. (sociale) interactie.

Op grond van deze twee criteria zijn drie clusters te onderscheiden:

cluster 1: een groep met **vreemd en bizar gedrag** (weinig tot geen realiteitsbesef en weinig behoefte aan contact);

cluster 2: een groep met **dramatisch, emotioneel, impulsief gedrag** (wel realiteitsbesef en een overmatige behoefte aan contact);

cluster 3: een groep met **somber, angstig gedrag** (wel realiteitsbesef en weinig of juist een sterke behoefte aan contact).

Voor elk van deze drie clusters wordt vervolgens de hulpvraag van de cliënt en/of de ernst van de problematiek uitgewerkt in de driedeling: **licht, matig en ernstig.**

De complexiteit en de fluctuaties van de problematiek, die zich in de hulpvraag van de cliënt gedurende optredende episodes kunnen voordoen, maken het lastig om de ernst van de problematiek te objectiveren. Voor de psychische problematiek is bij de uitwerking gebruik gemaakt van een score op de GAF-schaal, voor de ADL-hulpbehoefte is nog geen schaal gekozen. De REHAB en de CDS zijn instrumenten die mogelijk bruikbaar zijn om de zorgzwaarte in maat en getal uit te drukken. Met de criteria van huidige ZZP's komt de zorgzwaarte van deze groep niet goed tot uitdrukking. Naar inschatting van de werkgroep is de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis te typeren met een GAF-score tussen 40 en 10.

2.1 Cluster vreemd en bizar gedrag

Typering: kenmerkend voor deze groep is gedrag dat door anderen als "vreemd" wordt ervaren. Dit gedrag komt voort uit een gestoord realiteitsbesef (wanen en hallucinaties) en uit cognitieve desorganisatie (formele denkstoornissen zoals ongewone associaties en incoherentie). Het vreemde gedrag veroorzaakt problemen in het sociale functioneren van de cliënt.

2.1.1 Lichte beperkingen (GAF-score 40-31)

Lichte (voorbijgaande) tot matige symptomatologie, die redelijk stabiel is. De cliënt is zich bewust van zijn omgeving en de invloed van zijn gedrag hierop. Hierdoor is de cliënt meestal aanspreekbaar op zijn gedrag en zijn afspraken met hem te maken. Een duidelijke structuur en afspraken zijn nodig om de stabiliteit te handhaven.

2.1.1.1 verschijnselen en signalen

De waarneming- en denkstoornissen zijn niet zo ernstig dat dit de reden van opname is. Vaak zullen lichamelijke beperkingen hiervoor de reden zijn, en blijken de veranderingen die dit met zich meebrengt, de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een psychose en daaraan gerelateerde ziekteverschijnselen te vergroten. Hierdoor hebben cliënten wisselend last van wanen, hallucinaties, achterdocht, angst, lusteloosheid en/of somberheid.

2.1.1.2 beleving van cliënt en cliëntstelsel

Cliënt en cliëntstelsel zullen de psychotische reactie niet altijd herkennen en dit veroorzaakt gevoelens van angst, verwarring en onrust. Cliënt is ervan overtuigd dat zijn beleving van de werkelijkheid de juiste is; hierdoor is de kans groot dat hij in conflict komt met zijn omgeving. Dit gaat nogal eens gepaard met boosheid en agressie. Soms weet de cliënt achteraf dat hij zich vreemd gedragen heeft, wat dan gevoelens van schaamte of somberheid met zich meebrengt.

2.1.1.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntstelsel

Omdat de symptomen wisselend zijn, zal ook de hulpvraag wisselen. Hulpverleners moeten hier heel flexibel mee om kunnen gaan.

Symptomen worden veelal uitgelokt door stress. Het is van belang de stressfactoren te kennen en cliënt zodanig te begeleiden dat deze stressfactoren worden vermeden. Cliënten kunnen zelf weinig tot geen invloed uitoefenen op de chaos in hun denken en handelen. Zij hebben behoefte aan externe structuur: zorgverleners die orde scheppen in de chaos door het bepalen en bewaken van grenzen.

Vroegtijdige herkenning van de symptomen is van groot belang om tijdig te kunnen ingrijpen. Het in stand houden van een zinvolle dagbesteding en een goed dag-nachtritme is van groot belang ter preventie van een psychose.

De zorg is gericht op de optimalisering van de kwaliteit van leven.

De woonomgeving heeft de functie van een "structurende en begeleidende woonvorm".

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- behoud van het gevoel van eigenwaarde en bevestiging in persoon;
 - respect voor autonomie;
 - ruimte voor privacy;
 - hulp bij het vermijden van stressfactoren;
 - hulp om grip te houden op het leven en te kunnen functioneren;
 - ondersteuning/aansturing in ADL, HDL, BDL;
 - hulp bij het in stand houden van een zinvolle dagbesteding en een goed dag-nacht-ritme;
 - een woonomgeving waarin de nadruk ligt op het bieden van structuur en begeleiding.
- Het cliëntstelsel zal niet altijd inzicht hebben in de stoornis die ten grondslag ligt aan het vreemde gedrag. Wanneer zij de uitingen van de cliënt voor waar aannemen en hier hun reactie op afstemmen, ontstaan conflicten tussen cliënt en cliëntstelsel.

Vaak heeft het cliëntensysteem behoefte aan:

- uitleg over het ziektebeeld;
- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- praktische tips m.b.t. de omgang met de cliënt;
- lotgenotencontact.

2.1.2 Matige beperkingen (GAF-score 30-21)

Het gedrag wordt duidelijk beïnvloed door wanen en hallucinaties; fluctuaties in het beeld zijn aanwezig, maar deze zijn vaak redelijk voorspelbaar en beïnvloedbaar. De cliënt is zich bewust van zijn omgeving, maar niet in staat om vanuit zichzelf zijn gedrag aan te passen. De inschatting van de relatie tussen zijn gedrag en zijn omgeving is vaak inadequaat. Hierdoor is de cliënt maar beperkt aanspreekbaar op zijn gedrag.

2.1.2.1 verschijnselen en signalen

Cliënt heeft last van wanen en hallucinaties, waarbij nog wel schommelingen in het beeld zichtbaar zijn. Emotionele uitingen passen vaak niet bij de situatie: het affect is inadequaat.

Daarnaast kan hij last hebben van periodes van lusteloosheid en teruggetrokkenheid. Door zowel de positieve als de negatieve symptomen hebben cliënten erg veel moeite zich aan afspraken te houden. Hechten en loslaten van personen (waaronder hulpverleners) verloopt moeizaam of niet.

2.1.2.2 beleving van cliënt en cliëntensysteem

Cliënten hebben over het algemeen veel last van hun symptomen: zij ondervinden bijvoorbeeld veel hinder van stemmen, voelen zich angstig en bedreigd of klagen over lusteloosheid en somberheid.

De beleving van het cliëntensysteem is sterk afhankelijk van de ziektegeschiedenis van de cliënt. Vooral als de symptomen nog niet zo lang bestaan, zal het cliëntensysteem aangeslagen en geëmotioneerd reageren op het voor hen onbegrijpelijke gedrag van hun familielid.

2.1.2.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntensysteem

Cliënt is voor alle ADL- en BDL handelingen afhankelijk van zorgverleners: zij zullen proberen cliënt te begeleiden tot het zelfstandig uitvoeren van handelingen en taken, alleen wanneer dit niet lukt, zullen handelingen worden overgenomen.

In het sociale verkeer op de afdeling heeft cliënt begeleiding nodig: het vreemde gedrag van cliënt roept negatieve reacties op van medecliënten. Initiatief moet worden gestimuleerd, begeleid en gestructureerd.

De woonomgeving heeft de functie van een "structurerende en beschermende woonvorm".

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- begeleiding bij alle ADL- en BDL handelingen om zo veel mogelijk overzicht en zelfstandigheid te houden, zonder betutteld te worden;
- een duidelijke dag- en weekstructuur met een vaste tijdsindeling;
- duidelijke grenzen;
- vaste personen in de omgeving;
- ruimte voor privacy;
- begrip en erkenning door de omgeving;
- mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding en begeleiding hierbij;
- een beschermende/veilige woonomgeving, waarin de nadruk ligt op het bieden van structuur.

Wanneer de symptomen van de cliënt nog niet zo lang bestaan, zal het cliëntensysteem niet altijd inzicht hebben in de stoornis die ten grondslag ligt aan het vreemde gedrag. Wanneer zij de uitingen van de cliënt voor waar aannemen en hier hun reactie op afstemmen, ontstaan conflicten tussen cliënt en cliëntensysteem.

Vaak heeft het cliëntstelsel behoefte aan:

- uitleg over het ziektebeeld;
- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- praktische tips m.b.t. de omgang met de cliënt.

Wanneer de symptomen al lang bestaan, is er meestal een heel klein cliëntstelsel waarin vaak sprake is van overbelasting. In dit geval heeft het cliëntstelsel vooral behoefte aan:

- begrip en erkenning voor zijn beleving;
- delen of overnemen van zorg.

2.1.3 Ernstige beperkingen (GAF-score 20-11)

Het gedrag van de cliënt laat een grote mate van onvoorspelbaarheid zien. De cliënt is zich niet bewust van zijn omgeving, heeft geen kritisch vermogen en is niet in staat tot zelfreflectie. Hierdoor is hij niet aanspreekbaar op zijn gedrag; het gedrag is slechts zeer beperkt te beïnvloeden door aanpassing van de omgeving.

2.1.3.1 verschijnselen en signalen

Cliënt heeft voortdurend last van wanen en/of hallucinaties. Het denken is ernstig gestoord: denken is incoherent en sterk associatief; het denktempo is sterk vertraagd. Het spreken is beperkt tot het hoogstnoodzakelijke en de inhoud van de verbale uitingen is bizar, bijvoorbeeld door het gebruik van eigengemaakte woorden. De emotionele reacties zijn sterk verminderd tot vrijwel afwezig. Het totale energieniveau van de cliënt is laag. Zelfverzorging en taken worden vrijwel niet uitgevoerd.

2.1.3.2 beleving van cliënt en cliëntstelsel

Bij ouderen leiden bovenstaande verschijnselen vaak tot stemmingsontregelingen in de vorm van angst en depressieve symptomen of agitatie en verwardheid. Het cliëntstelsel is vaak klein of afwezig. Het is moeilijk voor naasten om betrokken te blijven, terwijl er nauwelijks meer sprake is van sociaal contact met cliënt. Door de reacties (of het ontbreken van reacties) van de cliënt, voelt het cliëntstelsel zich vaak machteloos.

2.1.3.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntstelsel

Cliënt is voor alle ADL- en BDL handelingen afhankelijk van zorgverleners: zonder hulp zullen cliënt en zijn omgeving ernstig vervuild en verwaarloosd raken. Vrijwel alle handelingen zullen moeten worden overgenomen. Er is sprake van initiatiefloosheid; de cliënt neemt niet deel aan groepsactiviteiten. Contactbehoefte is meestal wel aanwezig, maar niet invoelbaar en hanteerbaar. Ook hiervoor is de cliënt aangewezen op de begeleiding van hulpverleners. De woonomgeving heeft de functie van een "beschermende en verzorgende woonvorm".

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- overname van vrijwel alle ADL- en BDL handelingen;
- vaste personen in de omgeving;
- begrip en erkenning door de omgeving;
- voorkomen van lichamelijke complicaties;
- een beschermende/veilige woonomgeving, waarin de cliënt verzorgd wordt.

De symptomen bestaan over het algemeen al lange tijd; hierdoor is er meestal een heel klein cliëntstelsel. De inhoud van de contacten tussen het cliëntstelsel en de cliënt is meestal functioneel gericht (bijvoorbeeld de zorg voor voldoende kleding en sigaretten).

Het cliëntstelsel heeft vooral behoefte aan:

- begrip en erkenning voor zijn beleving en opstelling t.o.v. de cliënt;
- delen of overnemen van zorg;
- steun bij het verwerken van de psychische en lichamelijke achteruitgang van hun familielid;
- duidelijkheid over de laatste levensfase en goede behandelafspraken met de arts.

2.2 Cluster dramatisch, emotioneel en impulsief gedrag

Typering: kenmerkend voor deze groep is dat deze mensen niet op de vlucht zijn voor medemensen, ze zijn juist voortdurend in de tegenaanval. Hun diepgewortelde angst wordt overgecompenseerd en afgereageerd op anderen: ofwel door bravoure, intimidatie of agressie; ofwel door aandacht te claimen of juist mensen af te wijzen; ofwel door dramatische scènes op te voeren; ofwel door instrumenteel gebruik te maken van anderen. De interactie met anderen, en de wijze waarop deze interactie verloopt, staat bij deze groep centraal. De cliënten in deze groep hebben over het algemeen wel een redelijk realiteitsbesef.

2.2.1 Lichte beperkingen (GAF-score 40-31)

Lichte (voorbijgaande) tot matige symptomatologie, die redelijk stabiel is. De cliënt is zich bewust van z'n omgeving maar niet van de invloed van zijn gedrag op de omgeving. Hierdoor is de cliënt beperkt aanspreekbaar op zijn gedrag en zijn er wel afspraken te maken. Een heldere structuur, begeleiding in het contact en duidelijke afspraken zijn nodig om de stabiliteit te handhaven.

2.2.1.1 verschijnselen en signalen

De vaak verstoorde interactievormen zijn niet zo ernstig dat dit de reden van opname is. Vaak zullen lichamelijke beperkingen hiervoor de reden zijn, en blijken de veranderingen die dit met zich meebrengt, een negatief effect te hebben op het gedrag en de interacties met de omgeving. Dit kan bij de antisociale persoonlijkheid leiden tot prikkelbaar, roekeloos gedrag. Bij de borderline persoonlijkheid kan het leiden tot krampachtig, chaotisch gedrag. Bij de theatrale persoonlijkheid zal het claimende gedrag toenemen en ook de theatrale presentatie hiervan. Bij de narcistische persoonlijkheid kan het leiden tot een toename van gevoelens van jaloezie, gevoeligheid voor kritiek en een gevoel van krenking.

2.2.1.2 beleving van cliënt en cliëntstelsel

Cliënt zal de gedragsverandering vaak niet herkennen. Cliënt zal het gedrag sterker laten zien om gevoelens van onrust, onbehagen te compenseren waardoor de kans groot is dat hij in conflict komt met zijn omgeving. Dit kan gepaard gaan met boosheid en agressie. In zijn beleving zal de cliënt dan ook vaak onterecht worden aangesproken op zijn gedrag wat tot ruzies en irritaties kan leiden. Het cliëntstelsel voelt zich vaak machteloos, de relatie raakt verstoord of wordt afstandelijker. De behoefte bestaat de cliënt op zijn gedrag aan te spreken en terecht te wijzen.

2.2.1.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntstelsel

Omdat de symptomen wisselend zijn, zal ook de hulpvraag wisselen. Zorgverleners moeten hier heel flexibel mee om kunnen gaan.

Symptomen worden veelal uitgelokt door stress of door een toenemende afhankelijkheid. Het is van belang de stressfactoren te kennen en cliënt zodanig te begeleiden dat deze stressfactoren worden vermeden. De begeleiding van de cliënt zal vooral bestaan uit het begeleiden van het contact van cliënt met zijn/haar omgeving. Cliënt zal zelf weinig vragen hebben doordat hij zich niet bewust is van de impact die zijn gedrag heeft op de omgeving; zal het vooral buiten zichzelf leggen. Voor het cliëntstelsel is het van belang dat ze worden ondersteund in de wijze waarop ze hier het beste mee om kunnen gaan. Cliënt heeft vooral behoefte aan een begeleidende, structurerende omgeving.

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- behoud van het gevoel van eigenwaarde en bevestiging in persoon;
- respect voor autonomie;
- ruimte voor privacy;
- hulp bij het vermijden van stressfactoren;
- heldere, eenduidige communicatie met cliënt;
- begeleiding in de sociale contacten, die cliënt aangaat met medecliënten;
- ondersteuning/aansturing in ADL, HDL, BDL;
- hulp bij het in stand houden van een zinvolle dagbesteding;

- een woonomgeving waarin de nadruk ligt op het bieden van structuur en begeleiding.

Het cliëntensysteem zal niet altijd inzicht hebben in de functie, die het gedrag heeft voor de cliënt. Wanneer zij met de cliënt in discussie gaan over de redenen die ten grondslag liggen aan het gedrag, ontstaan conflicten tussen cliënt en cliëntensysteem.

Vaak heeft het cliëntensysteem behoefte aan:

- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- uitleg over de manier waarop de cliënt reageert en waarom hij dit op deze manier doet;
- praktische tips m.b.t. de omgang, en met name de communicatie, met de cliënt.

2.2.2 Matige beperkingen (GAF-score 30-21)

De veroudering (ervaren als verlies van schoonheid) en toenemende lichamelijke beperkingen zullen vaak ervaren worden als een persoonlijke krenking. Dit kan leiden tot versterking van het gedragsrepertoire, maar kan ook leiden tot een depressie of somatisering. Zo kan de cliënt nog sterker een beroep doen op de omgeving om erkenning te ervaren; dit gebeurt vaak op een negatieve of claimende wijze. De cliënt is zich bewust van zijn omgeving, en zal die meer dan voorheen gebruiken om in evenwicht te blijven. De inschatting van de relatie tussen zijn gedrag en zijn omgeving is vaak inadequaat. Hierdoor is de cliënt niet of beperkt aanspreekbaar op zijn gedrag. Dit zal leiden tot meer conflicten met de omgeving.

2.2.2.1 verschijnselen en signalen

De cliënt zal een sterker beroep doen op de omgeving, ofwel door agressief gedrag, sterk claimend gedrag, chaotisch gedrag, of juist depressief gedrag. Cliënten zullen zich vaak niet of met zeer veel moeite aan afspraken kunnen houden. Hechten en loslaten van personen (waaronder hulpverleners) verloopt moeizaam of niet.

2.2.2.2 beleving van cliënt en cliëntensysteem

Cliënten ervaren over het algemeen wel last van hun symptomen: zij ondervinden bijvoorbeeld veel gevoelens van somberheid, lusteloosheid, angst en onrust maar zullen dat niet op zichzelf betrekken. Zij ervaren controleverlies en verlies van overzicht over hun leven. Zij vragen zich af waarom niemand ze helpt.

De beleving van het cliëntensysteem is sterk afhankelijk van de ziektegeschiedenis van de cliënt. Vooral als de symptomen nog niet zo lang bestaan, zal het cliëntensysteem aangeslagen en geëmotioneerd reageren op het voor hen onredelijke gedrag van hun familielid. Ze zullen ook vaak boosheid ervaren naar de cliënt. Indien de ziekte al lang bestaat is de kans groot dat relaties verstoord zijn geraakt.

2.2.2.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntensysteem

Cliënt is voor alle ADL- en BDL handelingen afhankelijk van zorgverleners: zij zullen proberen cliënt te begeleiden tot het zelfstandig uitvoeren van handelingen en taken, alleen wanneer dit niet lukt, zullen handelingen worden overgenomen. In het sociale verkeer op de afdeling heeft cliënt begeleiding nodig: het gedrag van cliënt roept negatieve reacties op van medecliënten. Initiatief moet worden gestimuleerd, begeleid en gestructureerd. Structuur, ook in de wijze waarop contact tot stand komt, is van belang. Daarbij is het tevens van belang om gedrag te begrenzen. Cliënt heeft behoefte aan begrip en erkenning voor zijn beleving.

Behoeftes van het cliëntensysteem zijn afhankelijk van de ziektegeschiedenis en lopen nogal uiteen. Het kan zijn dat het cliëntensysteem vooral behoefte heeft aan rust, nog slechts het hoognodige wil blijven doen. Het kan ook zijn dat er vooral behoefte is aan psycho-educatie en begeleiding in de wijze waarop ze hier mee om kunnen gaan.

De woonomgeving heeft de functie van een "structurende en beschermende woonvorm".

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- behoud van het gevoel van eigenwaarde en bevestiging in persoon;
- respect voor autonomie;
- ruimte voor privacy;
- hulp bij het vermijden van stressfactoren;
- heldere, eenduidige communicatie met cliënt;
- zo nodig afspraken met cliënt vastleggen in de vorm van een "contract";
- vaste personen in de omgeving;
- begeleiding in de sociale contacten, die cliënt aangaat met medecliënten;
- aansturing of overname van handelingen in ADL, HDL, BDL, met aandacht voor vaste patronen;
- passende aandacht van hulpverleners voor mogelijke lichamelijke problemen (niet te veel, niet te weinig) en voor het zo nodig betrekken van andere disciplines;
- hulp bij het in stand houden van een zinvolle dagbesteding;
- een overzichtelijke woonomgeving met een beschermend en structurerend karakter.

Het cliëntensysteem zal niet altijd inzicht hebben in de achtergrond en de functie, die het gedrag heeft voor de cliënt. Wanneer zij met de cliënt in discussie gaan over de redenen die ten grondslag liggen aan het gedrag, ontstaan conflicten tussen cliënt en cliëntensysteem.

Vaak heeft het cliëntensysteem behoefte aan:

- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- een bij hun wensen/draagkracht passende mate van betrokkenheid bij de zorg voor de cliënt;
- uitleg over de manier waarop de cliënt reageert en waarom hij dit op deze manier doet;
- praktische tips m.b.t. de omgang, en met name de communicatie, met de cliënt.

2.2.3 Ernstige beperkingen (GAF-score 20-11)

Het gedrag van de cliënt vertoont een grote mate van voorspelbaarheid. Vaak is er sprake van verergering van het bekende gedragsrepertoire. De cliënt is zich vaak wel bewust van zijn/haar omgeving en zet deze in zoveel als mogelijk. Kritisch vermogen is afwezig en cliënt is niet in staat tot zelfreflectie. Hierdoor is hij niet aanspreekbaar op zijn gedrag; het gedrag is slechts beperkt beïnvloedbaar door aanpassing van de omgeving.

2.2.3.1 verschijnselen en signalen

Cliënt doet voortdurend een beroep op zijn/ haar omgeving op een negatieve wijze.

Het denken is gestoord: denken is incoherent en het gedrag vaak impulsief.

De emotionele reacties zijn sterk aanwezig en zullen veelvuldig worden geuit naar de omgeving.

2.2.3.2 beleving van cliënt en cliëntensysteem

Bij ouderen leiden bovenstaande verschijnselen vaak tot stemmingsontregelingen in de vorm van angst en depressieve symptomen of agitatie, verwardheid en onrust.

Het cliëntensysteem is klein of afwezig. Het is vaak moeilijk voor naasten om betrokken te blijven, terwijl er nauwelijks meer sprake is van sociaal contact met cliënt. Door het gedrag van de cliënt, voelt het cliëntensysteem zich vaak machteloos.

2.2.3.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntensysteem

Cliënt is voor alle ADL- en BDL handelingen afhankelijk van zorgverleners: zonder hulp zullen cliënt en zijn omgeving ernstig vervuild en verwaarloosd raken. Vrijwel alle handelingen zullen moeten worden overgenomen. Contactbehoefte is meestal nog sterk aanwezig, maar niet invoelbaar en hanteerbaar. Ook hiervoor is de cliënt aangewezen op de begeleiding van hulpverleners.

De woonomgeving heeft de functie van een "structurende, beschermende woonvorm".

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- behoud van het gevoel van eigenwaarde en bevestiging in persoon;
- respect voor autonomie;
- ruimte voor privacy;
- hulp bij het vermijden van stressfactoren;
- actief beperken van prikkels voor de cliënt en het overzichtelijk houden van de (sociale) omgeving;
- heldere, eenduidige communicatie met cliënt;
- vaste personen in de omgeving;
- sturing in de sociale contacten die cliënt aangaat met medecliënten;
- overname van handelingen in ADL, HDL, BDL, waarbij vaste patronen worden gehanteerd;
- zorgverleners monitoren de lichamelijke conditie van de cliënt en schakelen zo nodig andere disciplines in;
- hulp bij het in stand houden van een zinvolle dagbesteding;
- een overzichtelijke woonomgeving met een beschermend en structurerend karakter.

Het cliëntstelsel zal niet altijd inzicht hebben in de achtergrond en de functie, die het gedrag heeft voor de cliënt. Wanneer zij met de cliënt in discussie gaan over de redenen die ten grondslag liggen aan het gedrag, ontstaan conflicten tussen cliënt en cliëntstelsel.

Vaak heeft het cliëntstelsel behoefte aan:

- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- een bij hun wensen/draagkracht passende mate van betrokkenheid bij de zorg voor de cliënt;
- uitleg over de manier waarop de cliënt reageert en waarom hij dit op deze manier doet;
- praktische tips m.b.t. de omgang, en met name de communicatie, met de cliënt.

2.3 Cluster somber en angstig gedrag

Typering: kenmerkend voor deze groep is dat men zich terugtrekt, minder tot geen contact (meer) zoekt of juist anderen opzoekt voor (overmatige) bevestiging en verder een gewoon realiteitsbesef heeft. De gedachtegang is te volgen. De achtergrond van dit gedrag is vaak angst/obsessie en/of energie en interesseverlies bij depressie.

Het cliëntstelsel blijft vaak buiten beeld van de hulpverlening, maar heeft moeite om contact te onderhouden met de cliënt, heeft het gevoel te falen en voelt zich moedeloos en machteloos.

2.3.1 Lichte beperkingen (GAF-score 40-31)

Lichte (voorbijgaande) tot matige symptomatologie, die redelijk stabiel is. De cliënt is zich bewust van zijn omgeving en de invloed van zijn/haar gedrag hierop. Hierdoor is de cliënt meestal aanspreekbaar op zijn gedrag en zijn er afspraken over te maken. Heldere structuur en duidelijke afspraken zijn nodig om de stabiliteit te handhaven.

2.3.1.1 verschijnselen en signalen

Er is sprake van somberheid, interesseverlies, gebrek aan energie, omkering van dag en nachtritme en/of men wordt verlamd door angst of geobsedeerd door gedachten over ziek zijn. De cliënt stelt zich vaak afhankelijk op, is grenzeloos zuigend en/of legt alles buiten zichzelf.

Hij neemt minder of geen beslissingen meer (besluiteloosheid) en/of heeft moeite om problemen op te lossen/aan te pakken of begint daar niet eens aan. Hij onderneemt minder en dagelijkse routinehandelingen gaan moeizaam.

De huishouding en de zelfzorg gaan (deels) moeizamer of worden zelfs verwaarloosd, maar er is nog geen sprake van totale zelfverwaarlozing en het huis is nog niet vervuild.

Er treedt vereenzaming op, omdat contact met andere mensen vermeden wordt. Eigen zaken worden niet meer geregeld en deelname aan bijvoorbeeld sport, hobby's en kerkbezoek stopt.

Bij het ontbreken van goede mantelzorg is opname in een verpleeg- of verzorgingshuis vaak noodzakelijk.

2.3.1.2 beleving van cliënt en cliëntstelsel

Cliënt voelt zich vaak opgejaagd, heeft het gevoel van alles te moeten en voelt zich niet begrepen. Het cliëntstelsel voelt zich machteloos, de relatie dreigt afstandelijker te worden, men groeit uit elkaar.

2.3.1.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntstelsel

De cliënt wil met rust gelaten worden of erkenning van zijn gedachten, maar begrijpt en ervaart dat het zo niet gaat. De stimulans tot initiatief en de geboden structuur worden wel geaccepteerd. De cliënt heeft behoefte aan kaders, maar ook aan aandacht en erkenning.

Ook het cliëntstelsel heeft behoefte aan erkenning en waardering. Dit stelsel wordt steeds machtelozer en moedelozer en dat roept vaak gevoelens van falen en woede op. Begeleiding van het cliëntstelsel op deze gebieden is soms nodig.

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- (continue) bevestiging;
- vaste personen in de omgeving, die zich voorspelbaar gedragen;
- persoonlijke aandacht, ook al zal dit soms in eerste instantie worden afgewezen;
- begeleiding en ondersteuning (vaak in de vorm van stimulering en bevestiging) in ADL, HDL, BDL;
- stimuleren van de cliënt ten behoeve van het in stand houden van sociale contacten en een zinvolle dagbesteding;
- handhaven van een normaal dag-nachtritme;
- een woonomgeving waarin de nadruk ligt op begeleiding van de cliënt ten aanzien van sociale activiteiten.

Het cliëntstelsel voelt zich vaak machteloos in het contact met cliënt. Het is moeilijk te blijven investeren in een contact waarin weinig (positieve) wederkerigheid zit.

Vaak heeft het cliëntensysteem behoefte aan:

- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- praktische tips m.b.t. de omgang met de cliënt (denk hierbij aan tips voor een zinvolle invulling van een bezoek);
- een bij hun wensen/draagkracht passende mate van betrokkenheid bij de zorg voor de cliënt;
- lotgenotencontact.

2.3.2 Matige beperkingen (GAF-score 30-21)

De voorgaande problematiek is vaak op een breder gebied en ernstiger beperkt. Er kunnen fluctuaties aanwezig zijn, maar deze zijn beïnvloedbaar. De cliënt staat nog wel bewust in zijn omgeving, maar is niet in staat zijn gedrag zelf aan te passen.

2.3.2.1 verschijnselen en signalen

De verschijnselen zijn ernstiger. Vooral op het gebied van initiatiefloosheid en zicht naar buiten verplaatst; vaak blijft de cliënt binnen en ligt vaker op bed. De angst of de obsessie is zo hevig dat de cliënt tot weinig komt. De lichamelijke verzorging is met stimulans nog redelijk, maar zelfstandige deelname aan het huishouden is niet meer mogelijk.

2.3.2.2 beleving van cliënt en cliëntensysteem

De cliënt wil met rust gelaten worden en laat zich weinig sturen. Hij verveelt zich, maar haakt vaak af als hij ergens toe wordt aangespoord. Het cliëntensysteem kan de zorg niet meer opbrengen en voelt zich schuldig, omdat zij de cliënt in de steek lijkt te laten.

2.3.2.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntensysteem

De cliënt vindt het irritant dat hij bij de ADL gestimuleerd wordt of als hij vrij directief wordt benaderd. Dat geldt ook voor deelname aan activiteiten op recreatief en ander gebied. Maar zonder (zachte) dwang gebeurt er niets. Er is een duidelijke structuur nodig en de cliënt moet tegen zichzelf in bescherming worden genomen (eten, drinken, gezondheid). Achteraf kan de cliënt hier vaak toch in meegaan. Op huishoudelijk gebied is dat vaak niet meer het geval. De cliënt vraagt dus vaak niets, maar laat zich toch vaak leiden. Het cliëntensysteem heeft steun nodig bij 'het loslaten', als de cliënt wordt/is opgenomen in het verpleeghuis.

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- (continue) bevestiging;
- vaste personen in de omgeving, die zich voorspelbaar gedragen;
- persoonlijke aandacht, ook al zal dit soms in eerste instantie worden afgewezen;
- directieve aansturing in ADL, HDL, BDL;
- stimuleren van de cliënt ten behoeve van het in stand houden van sociale contacten en een zinvolle dagbesteding;
- handhaven van een normaal dag- nachtritme;
- een woonomgeving, die stimulerend is ten aanzien van sociale activiteiten.

Het cliëntensysteem voelt zich vaak machteloos in het contact met cliënt. Het is moeilijk te blijven investeren in een contact waarin weinig (positieve) wederkerigheid zit.

Vaak heeft het cliëntensysteem behoefte aan:

- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- praktische tips m.b.t. de omgang met de cliënt (denk hierbij aan tips voor een zinvolle invulling van een bezoek);
- een bij hun wensen/draagkracht passende mate van betrokkenheid bij de zorg voor de cliënt; hierbij kan ook behoefte bestaan aan het ondersteunen van het cliëntensysteem bij het 'loslaten' van zorgtaken;
- lotgenotencontact.

2.3.3 Ernstige beperkingen (GAF-score 20-11)

De cliënt trekt zich weinig tot niets meer van de omgeving aan. De cliënt gebruikt zijn kritisch vermogen niet meer en is vaak niet in staat tot zelfreflectie. Hierdoor is hij niet aanspreekbaar op zijn gedrag; het gedrag is slechts zeer beperkt beïnvloedbaar door aanpassing van de omgeving.

2.3.3.1 verschijnselen en signalen

Op het gebied van initiatief en participatie kan men niets meer van de cliënt verwachten. De cliënt neemt geen deel meer aan het groepsgebeuren. Hij verplaatst zich niet meer en blijft op bed. De cliënt is vrijwel altijd vervuild en verwaarloost zijn omgeving.

2.3.3.2 beleving van cliënt en cliëntstelsel

De cliënt laat zich niet meer sturen. 'Het heeft allemaal geen zin meer'. Ook achteraf accepteert hij geen bemoeienis. Het cliëntstelsel ziet machteloos toe wat er gebeurt en ziet dat de zorg ook weinig meer kan uitrichten behalve de lichamelijke verzorging.

2.3.3.3 kenmerkende vragen en behoeften van cliënt en cliëntstelsel

De cliënt wil niets meer maar is voor alle ADL- en BDL-handelingen volledig afhankelijk van zorgverleners: zonder hulp zullen cliënt en zijn omgeving ernstig vervuild en verwaarloosd raken. Vrijwel alle handelingen zullen moeten worden overgenomen. Er is geen sprake van initiatief; de cliënt is niet meer te stimuleren tot groepsactiviteiten.

Het cliëntstelsel vraagt zich meer en meer af wat de zin is van dit leven voor de cliënt. Het stelsel wordt vaak meegetrokken in de depressieve sfeer. Dit vraagt begeleiding en helderheid in de te maken keuzes, bijvoorbeeld op het gebied van persoonlijke belangen.

Samengevat heeft de cliënt behoefte aan:

- persoonlijke aandacht, ook al zal dit soms in eerste instantie worden afgewezen. Hierbij wordt expliciet gesproken over zingeving en beslissingen met betrekking tot het te voeren behandelbeleid;
- directieve aansturing in ADL, HDL, BDL, waarbij handelingen door zorgverleners worden overgenomen;
- acceptatie van het niet meer kunnen participeren in sociale contacten;
- aandacht voor de lichamelijke conditie en gezondheidsrisico's ten gevolge van het gedrag van cliënt;
- handhaven van een normaal dag-nachtritme;
- een veilige woonomgeving, waarin de cliënt verzorgd wordt.

Het cliëntstelsel voelt zich vaak machteloos in het contact met cliënt. Het is moeilijk te blijven investeren in een contact waarin weinig (positieve) wederkerigheid zit.

Vaak heeft het cliëntstelsel behoefte aan:

- erkenning van hun problemen in de sociale interactie met de cliënt;
- gesprekken met hulpverleners over zingeving en over beslissingen met betrekking tot het te voeren behandelbeleid;
- praktische tips in de omgang met de cliënt (denk hierbij aan tips voor een zinvolle invulling van een bezoek);
- afstemming over hun gewenste betrokkenheid bij de zorg voor de cliënt;
- lotgenotencontact.

3 | DIAGNOSTIEK

3.1 Inleiding

Bij een deel van de mensen met gerontopsychiatrische problematiek, die worden aangemeld bij een verpleeghuis, heeft eerder al diagnostisch onderzoek plaatsgevonden in de (ambulante) GGZ. Hun ziektegeschiedenis is meestal bekend of te achterhalen. Daarnaast is er een ongeveer even grote groep met al langer bestaande psychiatrische problemen, die door omstandigheden nog nooit in contact is gekomen met de GGZ. Meestal is daar sprake van een compenserend systeem of een andere vorm van compensatie, zodat goed met de problematiek kan worden omgegaan. Lichamelijke achteruitgang is dan meestal aanleiding tot verstoring van een evenwicht. Ook kunnen ingrijpende (levens)gebeurtenissen een tot voor kort beheersbare situatie sterk doen verslechteren (vooral bij angststoornissen en depressie). Tenslotte komt het voor dat een pas laat ontstane (late onset) psychiatrische stoornis (mede) aanleiding is voor opname in een verpleeghuis.

3.2 Uitgangspunten

De werkgroep heeft de volgende uitgangspunten geformuleerd ten aanzien van de diagnostiek:

- bij cliënten die worden aangemeld voor het verpleeghuis worden de resultaten van vroegere diagnostische onderzoeken als uitgangsdiaagnose genomen;
- diagnostiek is bij doelgroepen met een complex ziektebeeld en multimorbiditeit een continu aandachtspunt;
- diagnostiek wordt verricht volgens het principe van 'stepped care': alleen die diagnostische activiteiten die betekenis hebben voor het (be)handelen worden uitgevoerd;
- alle betrokkenen bij diagnostische activiteiten streven naar eenduidigheid en eenvormigheid in de uitvoering en rapportage. Zo wordt onnodige belasting van cliënt en cliëntensysteem voorkomen en kunnen professionals efficiënt gebruik maken van de aanwezige informatie;
- bij deze cliënten is de diagnostiek maatwerk, met speciale aandacht voor de benadering. Het is daarbij belangrijk om hen het gevoel te geven dat zij de regie houden over hun situatie, omdat de onderzoeken en observaties veel stress kunnen oproepen.

3.3 Onderdelen van de diagnostiek

Cliënten met gerontopsychiatrische problematiek hebben integrale diagnostiek nodig. Regelmatig zal er sprake zijn van meerdere aandoeningen op lichamelijk en psychisch gebied tegelijk, waarbij een scherp onderscheid in psychiatrische hoofddiagnosen en lichamelijke ziekten vaak moeilijk is. Gedurende het ziekteverloop zal met regelmaat diagnostisch onderzoek worden verricht om het beeld te actualiseren, signalen van mogelijke comorbiditeit te onderzoeken, teneinde de behandeling en zorg zo nodig bij te kunnen stellen.

In grote lijnen zijn er drie belangrijke onderdelen te onderscheiden:

- **ziektediagnostiek bij de opname** in het verpleeghuis: het in kaart brengen van de ziektesituatie van de cliënt op basis van reeds eerder verricht diagnostisch onderzoek van het psychiatrische beeld en basisonderzoek gericht op de somatische problematiek en het algeheel functioneren;
- **zorgdiagnostiek**: het vaststellen van de gevolgen van de gerontopsychiatrische problematiek voor de cliënt en het cliëntensysteem;
- **monitoring**: het met een afgesproken regelmaat opnieuw beoordelen van de ziekte-toestand (inclusief comorbiditeit) van de cliënt en de zorgbehoefte van cliënt en cliëntensysteem.

3.3.1 Ziektediagnostiek

In het hiernaaststaande stappenschema is aangegeven welke diagnostische activiteiten bij voorkeur dienen te worden verricht voorafgaand aan/bij opname in het verpleeghuis. Het is aan te bevelen om als gespecialiseerde afdeling voor gerontopsychiatrie in een eigen protocol vast te leggen welke onderzoeken in het kader van de diagnostiek bij opname ten minste worden uitgevoerd.

Schema ziektediagnostiek**1. Anamnese/ hetero-anamnese:**

- Levensgeschiedenis
- Familieanamnese
- Scholings- en arbeidsanamnese
- Ontwikkelingsanamnese
- Somatische voorgeschiedenis (o.a. doorgemaakte cerebrale traumata)
- Psychiatrische voorgeschiedenis
- Intoxicaties: medicatie, alcohol, roken, giftige stoffen, drugs
- Bij welke specialisten in behandeling

2. Algemeen lichamelijk onderzoek:

- Zieke/niet zieke indruk
- Anemie, cyanose, icterus, dyspneu, oedeem, turgor, pols, bloeddruk, temperatuur
- Onderzoek hoofd/hals, huid, hart/longen, buik/blaas, extremiteiten

3. Oriënterend neurologisch onderzoek:

- Bewustzijn
- Hersenzenuwen
- Mobiliteit/looppatroon
- Motoriek
- Coördinatie
- Sensibiliteit
- Reflexen

4. Oriënterend psychiatrisch onderzoek:

- Algemene indruk (uiterlijk, contact en houding, klachtenpresentatie, ziektebesef- en inzicht, eigen gevoelens en reactie van de onderzoeker)
- Cognitieve functies:
 - functies (oordeelsvermogen, abstractievermogen, praxis, intelligentie, taal, rekenen)
 - voorstelling, waarneming en zelfwaarneming
 - denken (vorm, inhoud)
- Affectieve functies:
 - stemming/angst en affect
- Conatieve functies:
 - psychomotoriek (algemeen, mimiek, gestiek, spraak)
 - driftleven, wilsleven en gedrag
- Persoonlijkheid:
 - persoonlijkheidstrekken
 - copingstijl en afweermechanismen

5. Observaties op gebied van ADL en mobiliteit**6. Aanvullend onderzoek op indicatie:**

- Bloedonderzoek (elektrolyten, nierfunctie, glucose, TSH, B12, B1, B6, foliumzuur, leverfunctie, BSE, CRP, bloedbeeld)
- Urineonderzoek
- Röntgenonderzoek (CT-scan, MRI of SPECT-scan)
- ECG
- MMSE
- NPO (psycholoog)
- AMPS (ergotherapeut)

Hierbij worden de volgende opmerkingen gemaakt:

- het verzamelen van oude diagnostische gegevens kan een aanzienlijke inspanning vragen, maar blijkt in de praktijk die investering waard. Zowel de behandelgegevens uit de psychiatrie alsook het dossier van de huisarts zijn een belangrijke informatiebron;
- hoewel de nadruk bij opname ligt op de somatische problematiek en het totale beeld, is het van belang om ook in screenende zin aandacht te schenken aan recente veranderingen in het psychiatrische beeld en de wisselwerking daarvan met de somatische problematiek;
- de specifieke situatie van de cliënt, diens sociale context en de levensfaseproblematiek zijn eveneens belangrijke aandachtspunten bij de diagnostiek;
- het is belangrijk bij opname een duidelijke inschatting te maken van het risico op zelf verwondend- of suïcidaal gedrag. Hierbij kan het raadzaam zijn een psychiater te betrekken. Dit geldt ook bij het overwegen of opname in het verpleeghuis, dan wel in een meer veiligheid biedende omgeving de voorkeur heeft;
- een goed totaalbeeld van de situatie bij opname biedt een belangrijk referentiepunt voor het verdere ziekte- en zorgtraject en kan tevens behulpzaam zijn bij de plaatsing van de cliënt op de afdeling of groep.

3.3.2 Zorgdiagnostiek

Naast de ziektediagnostiek vormt het in kaart brengen van de zorgbehoefte van de cliënt onderdeel van de diagnostiek. Hierbij worden de functionele gevolgen van de problematiek voor de cliënt geïnventariseerd en vastgelegd. Het gaat dan om zowel de lichamelijke als de psychiatrische problematiek en de samenhang daartussen. Ook wordt de relatie met het cliëntsysteem nagegaan, alsmede hun rol/aandeel in de zorg voor de cliënt.

De zorgbehoefte wordt vooral bepaald door de functionele beperkingen die de cliënt ondervindt vanwege psychische en fysieke problemen; de belangrijkste aspecten zijn de zelfredzaamheid en eventueel aanwezige gedragsproblemen. Om dit duidelijk in kaart te brengen kan gebruik gemaakt worden van diverse meetinstrumenten. De meeste hiernagenoemde meetinstrumenten zijn (nog) niet of onvoldoende gevalideerd voor deze doelgroep. Daarom heeft de werkgroep geen voorkeur aangegeven.

zelfredzaamheid

Wordt beoordeeld op basis van het dagelijks functioneren van de cliënt. De aandacht richt zich op de hulpbehoefte bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL en instrumentele ADL), zelfzorg, mobiliteit en huishoudelijke werkzaamheden.

Hiervoor kunnen de volgende meetinstrumenten worden gebruikt: IADL, NPI-NH, NPI-Q. Ook kan een ADL-check worden gedaan door een ergo- of psychomotore therapeut op basis van de AMPS.

gedragsproblemen

Aanwezigheid van gedragsproblemen is een andere belangrijke bepalende factor in de zorgbehoefte. Het gaat dan bijvoorbeeld om onrust, agressief en storend gedrag, apathie, zwerfneigingen, hallucinaties, wanen, verstoord waak-slaapritme, etc. Voor het meten hiervan bestaan diverse instrumenten voor ouderen, zoals de CMAI, GDS-15 en NPI-NH of NPI-Q (eventueel de GIP).

het cliëntsysteem

De personen in de directe omgeving van de cliënt hebben in de periode voor opname vaak een belangrijke rol gespeeld in de dagelijkse zorg voor de cliënt. Hun mogelijkheden en de belasting die zij ervaren vormen een bepalende factor voor hun bijdrage in de zorg tijdens het verpleeghuisverblijf. Aan de hand van inventariserende gesprekken dient een inschatting gemaakt te worden van de mogelijkheden en knelpunten bij het cliëntsysteem. Ook

de interactie tussen cliënt en cliëntstelsel moet hierbij worden meegenomen, vanwege mogelijke effecten op de gedragsproblemen van de cliënt. Tenslotte dient men in de gesprekken ook attent te zijn op de eigen zorgvraag van het cliëntstelsel. Zo nodig kan hiervoor ondersteuning worden ingeschakeld vanuit de GGZ in de vorm van begeleiding en psycho-educatie.

3.3.3 Monitoring

De heterogeniteit aan verschijnselen en symptomen bij gerontopsychiatrische problematiek en het wisselende beloop van de verschillende typen aandoeningen maken het moeilijk te voorspellen hoe het ziektebeloop zal zijn.

Om een goed beeld te krijgen van het individuele beloop is het noodzakelijk om (onderdelen van) de ziekte- en zorgdiagnostiek regelmatig te herhalen, zodat de diagnose kan worden geactualiseerd en het individuele zorgplan aangepast. Vanwege de kans op mogelijke nieuwe somatische comorbiditeit dient gericht lichamelijk onderzoek hierbij steeds overwogen te worden.

Vanwege de complexe zorgvragen van deze cliënten is het noodzakelijk om hun situatie zeker halfjaarlijks in een MDO te evalueren. Ter voorbereiding op dit MDO kan een NPI-NH worden afgenomen en op geleide van klachten en signalen een lichamelijk en specifiek psychologisch onderzoek verricht worden. Screenend bloedonderzoek is eveneens wenselijk, met aparte aandacht voor de effecten/bijwerkingen van psycho-medicatie (bijvoorbeeld lithium en neuroleptica). Verder maakt, conform de Norm Verantwoorde zorg, controle op vocht en voeding, gewicht, mobiliteit, pijn, etc. deel uit van de halfjaarlijkse evaluatie. Voor de cyclische screening op hulpbehoefendheid, cognitieve- en gedragsproblemen kan de CMAI, de NPI-NH of de GIP worden gebruikt. Ook het cyclisch bevragen van cliënt en cliëntstelsel kan deel uitmaken van de monitoring.

De uitslagen van de monitoring worden teruggekoppeld in het MDO en leiden zo nodig tot aanpassing van het individuele zorgplan.

Naarmate de zorg die de cliënt ontvangt in aard en hoeveelheid toeneemt en er meer disciplines betrokken zijn, zal het belang van regelmatig terugkerende afstemmings- en evaluatiebijeenkomsten toenemen. Deze evaluaties kunnen aanleiding geven tot gerichte aanvullende diagnostiek; bijvoorbeeld bij toegenomen gedragsproblematiek.

4 | DOELEN

4.1 Vooraf

De doelen van het zorgprogramma worden, na een tweetal algemene doelstellingen, uitgewerkt in de vorm van concrete resultaten die na invoering van het zorgprogramma gerealiseerd dienen te zijn. Voordeel hiervan is dat kan worden gemeten in hoeverre deze doelen daadwerkelijk gerealiseerd zijn. Door evaluatie en monitoring kunnen de doelen regelmatig worden bijgesteld.

Bij het samenstellen van dit zorgprogramma is uitgegaan van intramurale zorg die aansluit op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Dit veronderstelt de beschikbaarheid van specifieke deskundigheid uit de GGZ en in crisissituaties de mogelijkheid tot overplaatsing naar een GGZ instelling. Hier wordt op teruggekomen in de randvoorwaarden van dit zorgprogramma, vooral ten aanzien van de afspraken over samenwerking.

4.2 Algemene doelstelling van het zorgprogramma

Met dit zorgprogramma worden de volgende doelen nagestreefd:

- Het draaglijk maken van de (geronto)psychiatrische problematiek bij de geriatrische cliënt en het vinden van een voor de betrokkene zelf en zijn directe omgeving acceptabel evenwicht. Dit evenwicht berust op een goed op elkaar afgestemd zijn van meerdere niveaus van functioneren (psychisch, somatisch, sociaal en existentieel, het biopsychosociale model);
- Het realiseren van voorzieningen in (gespecialiseerde) zorginstellingen waardoor specifieke zorg aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek kan worden verleend, mede gebaseerd op de wensen en behoeften van de cliënt en het cliëntstelsel.

4.3 Cliënt gerelateerde doelstellingen, algemeen en specifiek

De cliënt gerelateerde doelstellingen hebben betrekking zowel op de cliënt als op het cliëntstelsel:

- De cliënt kan zo zelfstandig mogelijk blijven wonen in een vertrouwde en passende woon/leefomgeving, die veiligheid, continuïteit en stabiliteit biedt;
- De woon/leefomgeving biedt de cliënten voldoende bewegingsruimte en mogelijkheden om naar buiten te gaan (ook buiten het verpleeghuis);
- Kwaliteit van leven is bepalend voor de geboden zorg;
- Er is begrip en erkenning voor de beleving van de cliënt en het cliëntstelsel;
- De belangen van de cliënt en het cliëntstelsel zijn (voor zover mogelijk) bepalend bij beslissingen in het zorgproces;
- Cliënt en cliëntstelsel hebben gedurende het hele zorgproces een vaste contactpersoon.

4.4 Professionele doelstellingen

Gerontopsychiatrische cliënten in een instelling hebben vaak complexe problemen. De hulp en zorgverlening aan deze cliënten vraagt per definitie samenwerking tussen verschillende disciplines in een multidisciplinair team. Verschillende professionals werken samen in 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 onnodige belasting voor de al zeer kwetsbare cliënt. Zo kan optimaal worden aangesloten bij de specifieke vragen van de doelgroep binnen de mogelijkheden en middelen van de instelling. Psychiatrische ziektebeelden zijn relatief onbekend bij professionals in het verpleeghuis. Daarom zal specifiek aandacht besteed moeten worden aan het verbeteren van kennis, het vergroten van inzicht in de specifieke kenmerken van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek en de vaardigheden om daar adequaat mee om te gaan.

De professionele doelstellingen worden daarom in de driedeling kennis, doen en voorlichten uitgesplitst, waarbij er duidelijke onderlinge samenhang is.

4.4.1 Weten

In concrete doelstelling vertaald betekent dit:

- Professionele hulpverleners beschikken over actuele kennis van de psychiatrische ziektebeelden en problematiek en hebben inzicht in de procedures, werkwijze en de zorgmogelijkheden binnen de regio;
- Nieuwe inzichten en ontwikkelingen in de zorg en behandeling van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek worden steeds ingebed in het Zorgprogramma Gerontopsychiatrie;
- Binnen de regio/zorgketen wordt op eenduidige wijze diagnostiek toegepast om de aard en het verloop van de gerontopsychiatrische problematiek en de gevolgen voor het functioneren van de cliënt (en het cliëntstelsel) in kaart te brengen; hierbij bestaat consensus over welke meetinstrumenten op welk tijdstip door welke hulpverlener worden ingezet;
- De zorg-, behandel-, begeleidings-, en beschermingsvraag van de cliënt worden op eenduidige manier in kaart gebracht;
- Eerder in het traject verrichtte diagnostiek bij een cliënt(stelsel) wordt door een in het traject volgende hulpverlener overgenomen en alleen herhaald indien er sprake is van:
 - een verzoek om een second opinion van cliënt of cliëntstelsel;
 - multidisciplinaire besluitvorming die afwijkt van de oorspronkelijk gestelde diagnose;
- Al eerder ingezette zorg en behandeling wordt door een in het zorgtraject volgende hulpverlener (in diens aandachtsgebied) overgenomen en alleen op basis van multidisciplinaire besluitvorming aangepast.

4.4.2 Doen

Concrete doelstellingen:

- Op methodische en cyclische wijze inzetten van op de hulpvraag afgestemde multidisciplinaire zorg en behandeling, passend binnen de middelen en mogelijkheden van de zorginstelling;
- Ontwikkelen van zorgaanbod wat afgestemd is op de specifieke hulpvraag van GP-cliënten;
- Reductie van symptomen die een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven;
- Zo mogelijk voorkomen van complicaties;
- De professionele hulpverleners zijn in staat in hun bejegening rekening te houden met specifieke aandachtspunten op het gebied van communicatie met en beleving door de cliënt en het cliëntstelsel;
- Ten aanzien van de zorgverlening zijn duidelijke afspraken gemaakt over (deel)verantwoordelijkheden (wie doet wat en op welk moment) en evaluatiemomenten;
- Gedurende het totale zorgtraject van de cliënt is duidelijk wie hoofdeverantwoordelijk behandelaar is;
- Draaglast en draagkracht van de cliënt en diens stelsel worden geoptimaliseerd; op een verstoring van dit evenwicht wordt tijdig geanticipeerd, dan wel direct gereageerd;
- De hulpvraag van de cliënt en diens stelsel staan centraal bij de hulpverlening, de autonomie van de cliënt en het cliëntstelsel wordt gerespecteerd en bevorderd en er is afstemming binnen de regio over maximaal haalbare mogelijkheden in hulpaanbod;
- Voor iedere individuele cliënt wordt het juiste niveau van zorg op de juiste plek ingezet.

4.4.3 Voorlichten

Concrete doelstellingen:

- Het geven van voorlichting over de omgang met cliënten met gerontopsychiatrische problematiek en de noodzakelijke professionele houding ten opzichte van en de benadering van die doelgroep;

- Binnen de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg bestaat bekendheid over gerontopsychiatrische problematiek;
- Er is bekendheid bij de doelgroep, hulpverleners en zorgaanbieders over het traject van het zorgprogramma;
- Er bestaat bekendheid bij de doelgroep, hulpverleners en zorgaanbieders over de noodzakelijke inhoud van de zorg- en hulpverlening;
- De cliënt en het cliëntsysteem worden op eenduidige wijze geïnformeerd over de mogelijkheden van behandeling om tot een weloverwogen keuze voor zorg te kunnen komen;
- De informatie is afgestemd op het niveau van de doelgroep;
- Cliënt en cliëntsysteem worden regelmatig geïnformeerd over de ontwikkelingen in het ziektebeeld en de zorg- en behandel mogelijkheden, zodat zij begrip en (h)erkenning van hun situatie ervaren.

4.5 Organisatorische doelstellingen

De zorg die in dit zorgprogramma wordt geformuleerd heeft een intramuraal karakter en strekt zich uit over een keten van voorzieningen. Dit stelt eisen aan de organisatie van de zorg en de wijze waarop organisaties samenwerken. Voor zover mogelijk wordt deze samenwerking in concrete doelen geformuleerd.

- Er bestaan duidelijke afspraken bij zorgaanbieders, wie de regie heeft over de zorg aan de cliënten met gerontopsychiatrische problematiek;
- Er is helderheid, duidelijkheid en acceptatie over het zorgaanbod van de diverse instanties die zich bezighouden met de behandeling, ondersteuning en zorgverlening voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek en hun cliëntsysteem;
- Organisaties gaan akkoord met het zorgprogramma, overzien en accepteren de consequenties ervan en streven ernaar de benodigde middelen hiervoor te realiseren;
- Organisaties dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het actueel houden van het Zorgprogramma Gerontopsychiatrie;
- Er is bekendheid bij de doelgroep en zorgaanbieders over het traject van het zorgprogramma, waardoor er een efficiënte doorstroming is en adequaat op de hulpvraag gereageerd wordt;
- Bij zorgaanbieders bestaat er een actueel inzicht in de behoefte, de beschikbare capaciteit en de bezettingsgraad van zorgplaatsen voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek;
- De benodigde deskundigheid van de in te zetten hulpverleners wordt door de diverse organisaties (GGZ en V&V) bewaakt en indien nodig door scholing gewaarborgd;
- De minimale kwaliteitscriteria van de te leveren zorg zijn vastgelegd;
- Duidelijk is waar actuele informatie m.b.t. de cliënt op te vragen is en dat deze beschikbaar is;
- De toegankelijkheid en privacy van gegevens is gewaarborgd;
- Er bestaat een eenduidig, op elkaar afgestemde informatievoorziening voor de cliënt en de professionals voor vragen over doorverwijzingsmogelijkheden en wachtlijsten.

5 | NOODZAKELIJK ZORGAANBOD

Inleiding

Cliënten met gerontopsychiatrische problematiek hebben behoefte aan een samenhangend hulpaanbod, dat naast behandeling, begeleiding en zorg ook componenten op het gebied van huisvesting, dagbesteding (werk) en welzijn omvat. Dit alles zoveel en zo goed mogelijk afgestemd op de individuele behoeften van dat moment.

Als eerste stap om te komen tot een integraal intramuraal zorgaanbod voor deze doelgroep, wordt in dit hoofdstuk het noodzakelijke zorgaanbod uitgewerkt aan de hand van de systematiek van de zorgdimensies. Deze systematiek komt het meest tegemoet aan het uitgangspunt om de zorg en dienstverlening, die de cliënt op grond van een professioneel onafhankelijk oordeel nodig heeft te beschrijven in functionele termen. Daarmee staat het gewenste aanbod dus los van het huidige instellingsgebonden aanbod en de vigerende financieringsstructuren. De voortschrijdende modernisering van de AWBZ bemoeilijkt het kiezen van een goede, praktisch werkbaar ordening. Gekozen is voor een combinatie van zorgdimensies en activiteiten, omdat van hieruit een goede vertaalslag te maken is naar in ontwikkeling zijnde stelsels voor aanbod en bekostiging.

Zorgdimensies

Het aanbod is uitgewerkt aan de hand van de volgende dertien zorgdimensies:

Zorgdimensie 1	Geregelde beoordeling en motivering
Zorgdimensie 2	Toezicht en bescherming
Zorgdimensie 3	Behandeling van de cliënt
Zorgdimensie 4	Begeleiding van de cliënt
Zorgdimensie 5	Begeleiding en ondersteuning van het cliëntsysteem
Zorgdimensie 6	Voorlichting, advisering en consultatie aan professionals en vrijwilligers
Zorgdimensie 7	Regie, bemiddeling en coördinatie
Zorgdimensie 8	Verzorgen en verplegen
Zorgdimensie 9	Huishouden
Zorgdimensie 10	Tijdbesteding en structuur
Zorgdimensie 11	Faciliteiten
Zorgdimensie 12	Woon/leefmilieu
Zorgdimensie 13	Sociaal maatschappelijke dienstverlening

Bij de uitwerking van deze dimensies is een vast stramen van informatie ordening aangehouden:

- begripsomschrijving
- indicaties
- doelen
- specifieke benadering per cluster
- activiteiten

Waar mogelijk is een specificatie aangegeven voor de drie probleemclusters (zie hoofdstuk 2):

cluster 1: een groep met **vreemd en bizar gedrag** (weinig tot geen realiteitsbesef en weinig behoefte aan contact);

cluster 2: een groep met **dramatisch, emotioneel, impulsief gedrag** (wel realiteitsbesef en een overmatige behoefte aan contact);

cluster 3: een groep met **somber, angstig gedrag** (wel realiteitsbesef en weinig of juist een sterke behoefte aan contact).

Alleen die activiteiten waarbij sprake is van intensieve en complexe zorg, specifiek voor deze doelgroep, zijn opgenomen.

De uitwerking van de zorgdimensies concentreert zich vooral op de inhoud, het 'wat'. De complexiteit van de zorg aan deze doelgroep wordt daarmee slechts ten dele in beeld gebracht. Kenmerkend voor deze cliënten is dat hun problematiek vraagt om een unieke, individuele mix van aanbodcomponenten en benaderingswijzen, die moet worden aangepast aan de situatie van het moment. Medewerkers moeten bij deze doelgroep voortdurend alert zijn, van routinematig handelen kan vrijwel nooit sprake zijn.

De groepsdynamiek is een andere complicerende factor in de zorg aan deze cliënten. Er is sprake van voortdurende onderlinge beïnvloeding van cliënten in een leefgroep. Dit stelt specifieke eisen aan de deskundigheid en ervaring van de medewerkers.

Zorgdimensie 1

GEREGELDE BEOORDELING EN MOTIVERING

Begripsomschrijving

Geregelde beoordeling

Bij cliënten met gerontopsychiatrische stoornissen leiden gedragsstoornissen, lichamelijke problemen en lichte cognitieve stoornissen vaak tot gevaar voor de gezondheid, veiligheid of het welzijn van de cliënt en/of diens omgeving. De cliënt zelf is vaak slecht toegankelijk (wil niet) of niet ontvankelijk (kan niet) voor interventies ter verbetering van zijn toestandbeeld. Geregelde beoordeling (assessment) is het proces, waarbij de hulpverlener moet trachten vertrouwen te winnen, tot overeenstemming te komen met de cliënt en een beeld te krijgen van de problematiek (functionaliteitsdiagnostiek). Naast een anamnese zijn de gegevens uit de heteroanamnese noodzakelijk om de informatie in de juiste context te plaatsen en tot een juiste benaderingwijze te komen. Tevens moet informatie worden verkregen van de verschillende betrokken hulpverleners. Bij deze doelgroep is een voldoende professionele benaderingswijze van groot belang wegens de met de psychiatrische stoornis samenhangende complexe gedragsproblemen en het al doorgemaakte, vaak langdurige ziekte- en hulpverleningstraject. (Zie ook Zorgdimensie 3 Behandeling van de cliënt).

Motivering

Het komt regelmatig voor, dat een oudere met een psychiatrische stoornis niet gemotiveerd is tot opname in een verpleeghuis, terwijl hier wel een noodzaak voor is. Bijna altijd speelt beperkt of ontbrekend ziekte-inzicht hierin een rol. Vaak beoordelen de cliënt en diens omgeving de situatie verschillend en heeft juist de omgeving de wens om de cliënt op te laten nemen. Motivering is het proces waarin de cliënt en diens omgeving zich bewust worden van de relatie tussen het ziek zijn en de stoornis, waarbij zij zich vervolgens open kunnen stellen voor vervolgstappen. Opname in een verpleeghuissetting wordt gewoonlijk bepaald door de mate van afhankelijkheid van ADL- en HDL-zorg en geschiedt op vrijwillige basis. Gedwongen opname van cliënten met psychiatrische problematiek is alleen mogelijk in een setting met een psychiatrie erkenning. (Zie ook zorgdimensie 2 Toezicht en bescherming).

Indicaties

- moeizame toegankelijkheid voor hulp en onderzoek vanwege bijvoorbeeld slecht ziekte-inzicht en ziektebesef (alle clusters);
- (vermoeden van) ernstige zelfverwaarlozing (vooral cluster 1 en cluster 3);
- (vermoeden van) risico's voor cliënt of omgeving door gedragsproblemen en/of uitputting (alle clusters, maar vooral cluster 2);
- diagnostiek, behandeling, zorgverlening of bescherming van de cliënt wordt noodzakelijk geacht, doch cliënt wil niet of is vanwege gestoord oordeelsvermogen niet bereid deze te ondergaan;
- er zijn geen gronden voor een onvrijwillige maatregel.

Doelen

- het verkrijgen van informatie over de cliënt om:
 - de diagnose te stellen;
 - de mogelijkheden tot behandeling te bepalen;
 - eventueel door te verwijzen naar de GGZ als de cliënt niet in de verpleeghuissetting past;
- het verkrijgen van informatie over het gedrag en de mate van verzorging van de cliënt (dreigt er zelfverwaarlozing);
- het verkrijgen van informatie en inzicht over de draagkracht van het systeem;

- het motiveren van de cliënt tot deelname aan activiteiten en behandeling;
- het motiveren van de cliënt en het cliëntstelsel tot het aanvaarden van hulpverlening;
- het motiveren van de cliënt tot behandeling en begeleiding ter bevordering van de gezondheid.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- bij cluster 1 is er wel duidelijkheid over de formele psychiatrische diagnose, maar is extra alertheid nodig op een andere presentatie van de comorbiditeit;
- bij cluster 2 is het opbouwen van een therapeutische relatie heel belangrijk en met name de rol van de cliënt hierin. Er is vaak al veel somatische diagnostiek en behandeling verricht. Hetero anamnestiche informatie is bij dit cluster zeer essentieel;
- bij cluster 3 is vaak meer aan de hand dan op basis van de diagnose zichtbaar is. Dit vraagt een actieve houding van de hulpverlener.

Activiteiten

Waar het gaat over de beoordeling van de cliënt en het cliëntstelsel, wordt de informatie verzameld in een face tot face contact of via andere bronnen. Onderstaand overzicht gaat vooral over wat er dan moet gebeuren.

beoordeling van cliënt en cliëntstelsel in face tot face contact

- informatie verkrijgen van de cliënt zelf en met hem onderhandelen over het behandel/zorgaanbod;
- informatie verkrijgen van het cliëntstelsel (heteroanamnese) en met hen onderhandelen over het behandel/zorgaanbod voor cliënt en stelsel;
- frequente en intensieve contacten voor en bij opname:
 - inschatting en beoordeling van de situatie bij onduidelijk beeld/ontbrekende diagnose;
 - beoordeling van de aanwezige ondersteuning van cliënt en cliëntstelsel;
 - beoordeling maatschappelijke en financiële situatie;
- inschatten in hoeverre cliënt en cliëntstelsel kunnen worden betrokken bij het zorgproces;
- frequente observatie en monitoring bij complex beeld;
- bepalen van de zorgvraag (zorgdiagnostiek).

Dit wordt complexer door de combinatie van problemen (levensfase, somatische + psychische problematiek, draaglast van het stelsel, etc.).

beoordeling via informatieverzameling door derden

- gedragsobservatie door alle betrokken teamleden;
- algemene medisch diagnostische observatie door alle betrokken teamleden;
- opvragen gegevens van eerder diagnostisch onderzoek en eerdere hulpverlening (huisarts, AGGZ, algemeen maatschappelijk werk, etc.);
- inventariseren zorgvraag, beschrijven van de levensloop.

motivering van cliënt en/of cliëntstelsel

- omdat er sprake kan zijn van hospitalisatie door eerder, vaak langdurig verblijf in de GGZ, kan het ingewikkelder zijn om in een nieuwe situatie een relatie met cliënt(stelsel) op te bouwen;
- door ontbrekend ziekte-inzicht extra motiveren tot het aanvaarden van zorg (zijdelings aanbieden, dagbesteding programmeren);
- extra motivering tijdens zorgtraject;
- individuele en situationele bejegening (aangepast aan de situatie van het moment);
- motiveren tot acceptatie van de huidige situatie;
- motiveren tot verpleeghuisopname bij gebrek aan ziekte-inzicht.

Zorgdimensie 2

TOEZICHT EN BESCHERMING

Begripsomschrijving

Deze dimensie heeft betrekking op alle activiteiten die gericht zijn op het bieden van veiligheid aan de cliënt en/of zijn omgeving. Dit speelt vooral wanneer problemen op psychiatrisch, sociaal, lichamelijk of cognitief gebied een bedreiging vormen voor leven, gezondheid en welzijn van cliënt en van anderen in zijn omgeving.

Toezicht:

het (actief) handhaven van de normale situatie (dat het goed blijft gaan).

Bescherming:

het voorkomen of afwenden van dreigend gevaar/veiligheidsrisico's.

Wanneer de situatie van de cliënt om toezicht en bescherming vraagt en de cliënt bereid is deze te accepteren of er ten minste geen bezwaar tegen maakt, zorgt de hulpverlener in overleg met betrokkenen voor passende maatregelen. De aard van de maatregelen hangt af van de intensiteit van het benodigde toezicht, de aard en reikwijdte van de benodigde bescherming en de beschikbaarheid van mogelijkheden daartoe. Naast middelen en maatregelen ter bescherming, zoals psychofarmaca en vrijheidsbeperking, is het bij deze cliënten ook vaker noodzakelijk dat er 24-uurs toezicht is en er meer mogelijkheden zijn tot professionele interventie in acute situaties.

De cliënt en diens omgeving worden geïnformeerd over de risico's, de noodzaak van maatregelen, de te overwegen maatregelen en de eventuele juridische aspecten.

Indien de gerontopsychiatrische cliënt niet meer in staat is zelf zijn eigen situatie adequaat te beoordelen en duidelijk en consistent bezwaar maakt tegen opname en/of de voorgestelde bescherming, is opname in een verpleeghuis niet meer mogelijk. Er zal een RM-procedure opgestart moeten worden met het oog op overplaatsing naar een gesloten afdeling BOPZ.

Indicaties

Beperkingen op psychisch, somatisch, cognitief of sociaal-maatschappelijk gebied bedreigen de veiligheid of het welzijn van de cliënt of zijn omgeving.

Doelen

- de veiligheidsrisico's voor de cliënt en zijn omgeving worden tijdig onderkend en voorkomen;
- de veiligheidsrisico's worden beperkt en/of het gevaar wordt afgewend.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- bij cluster 1 is er met name noodzaak tot bescherming indien de cliënt door zijn psychotische belevingen de werkelijkheid anders ervaart. Het hieruit voortvloeiende gedrag kan een gevaar opleveren voor de cliënt en voor zijn omgeving. Hulpverleners kunnen vooral bescherming bieden door het stellen en bewaken van grenzen aan de cliënt. Zodra deze overschreden dreigen te worden, moet de cliënt uit de groep worden gehaald en individueel begeleid worden. Hierdoor wordt geprobeerd te bereiken dat de cliënt weer rustig wordt, maar wordt hij ook beschermd tegen negatieve beoordeling door medecliënten, vanwege zijn gedrag;
- bij cluster 2 is vooral toezicht en bescherming nodig ten aanzien van de interacties tussen cliënten. Gedragsuitingen, zoals claimen of een theatrale presentatie, kunnen als uitermate storend worden ervaren door medecliënten.

Cliënten moeten aangesproken worden op dit gedrag om te voorkomen dat ze worden buitengesloten. De manier waarop cliënten aangesproken moeten worden, kan erg variëren. Per cliënt dient de benadering te worden beschreven in het individuele zorgplan;

- bij cluster 3 is een uitnodigende tot stimulerende benadering nodig omdat de cliënt de neiging heeft zich terug te trekken. Wanneer de beperkingen ernstig zijn, is zelfs een directieve benadering aangewezen omdat de cliënt anders handelingen mijdt en daardoor zichzelf en zijn omgeving verwaarloost.

Activiteiten

beschikbaarheid op afroep

- in acute situaties of dreigend acute situaties (gedragsproblemen) intramurale aanwezigheid van kwalitatief goed geschoold en bekwaam personeel, afgestemd op de problematiek;
- vanuit de GGZ: consultatief psychiater, vangnetsysteem (crisisprotocol, inschakelen SPV).

regelmatige kortdurende controle

- planbaar contact;
- gestructureerde controles, tijdsinterval/periodiek.

aanwezigheid (intermitterend, continu)

- 24-uurs aanwezigheid van professionele medewerkers:
 - met inzicht in complexe psychiatrische problematiek;
 - die zorginterventies kunnen initiëren;
 - en groepsprocessen als interventiemethode kunnen hanteren.

overname taken en verantwoordelijkheden

- op administratief, financieel gebied (bewindvoering):
 - inzet van maatschappelijk werk: financiële, en juridische problemen vragen veel tijd;
 - voorgeschiedenis met onduidelijke diagnosestelling leidt vaak tot financiële problemen, (tijdelijk) verbroken relaties, WAO-traject, sociale dienst;
 - lastige juridische situaties (verlengen rijbewijs, identiteitspapieren, deurwaarder);
- woonbegeleiding:
 - Instellen mentorschap, bewindvoering;
- immaterieel (zelfbepaling):
 - partiële wilsvrijheid/bekwaamheid vraagt op uiteenlopende gebieden voortdurend afstemmen op vermogens;
 - grote behoefte aan wilsvrijheid vereist continu onderhandelen/afstemmen en afspraken maken op deelgebieden.

overige maatregelen in het kader van toezicht en bescherming

- het toepassen van bewegingbeperkende maatregelen kan bemoeilijkt worden doordat de cliënt geen toestemming geeft en deze maatregelen bij hem (grote) fysieke weerstand oproepen;
- strak regime en afspraken;
- maatregelen ter zelfbescherming, respectievelijk bescherming van de omgeving (woongroep) zijn vaker nodig;
- een time out opname binnen de psychiatrie ter crisisinterventie of diagnostiek kan gewenst zijn (eventueel met RM en/of IBS);
- bewegingsvrijheid is over het algemeen groter dan bij andere doelgroepen in het verpleeghuis, ook buiten het gebouw. Dit vereist extra zorg, afspraken en aandacht.

Zorgdimensie 3

BEHANDELING VAN DE CLIËNT

Begripsomschrijving

Deze dimensie heeft betrekking op de behandeling van de cliënt.

Behandeling kent de volgende kenmerken:

- Individuele zorg van specifieke medische, specifiek gedragswetenschappelijke en specifiek paramedische aard;
- De zorg is gericht op kwaliteit van leven, herstel of voorkoming van verergering van een aandoening, stoornis of beperking;
- De behandeling grijpt aan op zowel een psychiatrische-, als somatische aandoening;
- De behandeling wordt integraal geleverd, heeft een programmatisch karakter en kent een multidisciplinaire benadering;
- De functie behandeling bestaat uit verschillende componenten, die afzonderlijk of in combinatie geleverd kunnen worden; het gaat dan om aanvullende diagnostiek en therapie, secundaire en tertiaire preventie en regie over het zorgplan.

Alle interventies op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied worden opgenomen in een multidisciplinair behandelplan. Dit behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepast. Evaluatie vindt plaats op vaste tijden (MDO) of bij tussentijds optredende onverwachte veranderingen.

Indicaties

- stoornissen van lichamelijke aard;
- stoornissen van psychische aard;
- beperkingen als gevolg van genoemde stoornissen.

Doelen

- opheffen, verminderen of stabiliseren van lichamelijke stoornissen;
- opheffen, verminderen of stabiliseren van psychische stoornissen;
- opheffen, verminderen of stabiliseren van de gevolgen van lichamelijke en psychische stoornissen (rehabilitatie).

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- Bij cliënten van alle clusters is de leefwijze gemiddeld vaak ongezond geweest (weinig bewegen, veel roken, slechte voeding, slechte zelfzorg) waardoor er meer somatische complicaties kunnen optreden (meer COPD, meer voetdeformaties, meer vasculaire complicaties). Er komen veel bijwerkingen voor van langdurig neurolepticagebruik, met name bizarre bewegingspatronen (mobiliteitsproblemen), diabetes en hart en vaatziekten;
- Er is bij alle clusters meer dan gemiddeld aandacht nodig voor vocht en voeding, zowel vanwege bizarre belevingen, als door achterdocht of ontremming);
- Ook vereist de psychiatrische achtergrond meer dan gemiddelde aandacht voor het risico op suicidaliteit, automutilatiegedrag en veranderingen in de seksualiteit(sbeleving);
- Bij cliënten in cluster 1 of 3 maakt de klachtpresentatie meestal niet direct duidelijk waar de achterliggende oorzaak gevonden moet worden. Daarnaast komt het vaak voor dat deze cliënten al langere tijd geen contact hebben gehad met medische of paramedische hulpverleners (zorgmijders) en daardoor vaak in een slechte conditie verkeren;
- Cliënten in cluster 1 of 3 herkennen hun eigen gezondheidsproblemen vaak niet en zullen dus ook niet uit zichzelf hulp vragen. Ook het systeem om de cliënt is vaak niet goed in staat om hulp te vragen;

- Meer specifiek :
 - bij cluster 1 heeft de meerderheid van de cliënten last van wanen, hallucinaties en cognitieve beperkingen. Daardoor zijn ze vaak angstig, achterdochtig, afwerend of agressief. De contactname met deze cliënten is vaak complex door hun oninvoelbare gedrag. Sommige cliënten accepteren door o.a. achterdocht moeilijker hulp;
 - bij cluster 2 is er vaker sprake van onbegrepen lichamelijke klachten, waardoor er een duidelijk risico op over- of onderbehandeling is. De meerderheid van de cliënten heeft last van diepgewortelde angstgevoelens. Zij zijn daardoor vaak impulsief, explosief, chaotisch, opdringerig, eisend, intimiderend of agressief. De contactname met deze cliënten is vaak complex vanwege hun continue, grenzeloze contact zoeken, waardoor zij zichzelf buiten de groep kunnen plaatsen en verstoten kunnen worden;
 - bij cluster 3 heeft de meerderheid van de cliënten last van een sombere en angstige stemming. Tevens is er een verhoogd suïciderisico. De contactname met deze cliënten is vaak complex vanwege hun passieve afweren van zorg. Dit kan ook makkelijk aanleiding geven tot een gevoel van machteloosheid.

Activiteiten

onderzoek

- somatisch onderzoek:
 - anamnese en heteroanamnese, bestaande uit: voorgeschiedenis, medicatiegebruik, speciale anamnese en algemene anamnese, korte biografische anamnese, familieanamnese en intoxicaties;
 - algemeen lichamenlijk en neurologisch onderzoek, met speciale aandacht voor motoriek, valgevaar, praxis, slikken en gebitsstatus;
 - laboratoriumonderzoek: screenend bloedonderzoek; op indicatie: urineonderzoek en/of medicatiespiegels;
- psychisch/psychiatrisch onderzoek:
 - onderzoek (veelal door neuropsychologisch onderzoek) naar leervermogen/cognitie, stemming, persoonlijkheid, coping en dissociatieve verschijnselen als wanen en hallucinaties;
- onderzoek op indicatie:
 - logopedisch onderzoek;
 - ergotherapeutisch onderzoek (AMPS);
 - fysiotherapeutisch onderzoek;
 - beeldvormend onderzoek;
 - tandheelkundig onderzoek;
 - diëtetiek.

medisch/somatische behandeling

- optimaliseren van de lichamelijke conditie en optimale behandeling van (chronische) lichamelijke aandoeningen. Behandeling kan plaats vinden middels medicamenteuze en niet- medicamenteuze interventies;
- onderliggende lichamelijke oorzaak en/of somatische aandoening van gedragsproblemen (delier) behandelen;
- preventieve maatregelen ter voorkoming van ziekten dan wel verergering van een lichamelijke aandoening;
- visus- en gehooraanpassingen;
- tandheelkundige ingrepen;
- paramedische behandelingen.

psychiatrisch, cognitief, gedragstherapeutisch behandelen

- opzetten, uitvoeren en frequent evalueren van behandelplan; (Nb. behandelplan is of individuele gesprekstherapie, of mediatief via verpleging en verzorging of beide, dus directe of indirecte behandeling);
- therapeutische (groeps-)gesprekken;
- psychiatrische consultatie;
- farmacotherapie.

tandheelkundige behandeling

- periodiek tandheelkundig onderzoek naar gebitsstatus; cliënten zullen vaak niet in staat zijn hun klachten goed te verwoorden en zullen vanuit hun zorgmijdende gedrag vaak al jaren niet naar de tandarts geweest zijn. De tandartsenzorg vraagt dus van de tandarts en mondhygiënist ook specifieke deskundigheid in het omgaan met deze complexe doelgroep;
- onderzoek en behandeling bij klachten.

complementaire behandeling

Naast het regulier behandel aanbod verdient het serieuze overweging om aanvullende behandelmogelijkheden aan te bieden met andere, minder traditioneel westerse, werkwijzen.

Er kan daarbij onderscheid gemaakt worden in complementaire behandelingen gericht op herstel van energie, gericht op herstel van psychische of lichamelijke gezondheid en/of gericht op ontspanning.

Ten behoeve van herstel van energie kunnen we o.a. denken aan Therapeutic Touch, acupunctuur, acupressuur en klankschaaltherapie. Onder ontspanningsgericht werken vallen o.a. ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen, werken met klanken/muziek, yoga, Qi Gong. En ten behoeve van het verbeteren van de lichamelijke en/of psychische gezondheid kan onder meer gebruik gemaakt worden van aromatherapie, voedingssupplementen, fytotherapie (kruiden), massage (hand, voet, hoofd), voetreflexologie, orthomoleculaire therapie. Uiteraard hebben verschillende van voornoemde werkwijzen een meervoudige werking: acupunctuur bevordert ook het natuurlijk herstel en massage bevordert ook ontspanning, etc. Complementaire behandeling is nog geen 'mainstream' manier van werken. Daarom is het ook belangrijk om bij de keuze van behandelwijzen rekening te houden met de culturele leefwijze en het aanwezige draagvlak bij de cliënt, het cliëntsysteem en met de beschikbare kennis en kundigheid van de behandelaars.

Zorgdimensie 4

BEGELEIDING VAN DE CLIËNT

Begripsomschrijving

Deze dimensie heeft betrekking op de begeleiding van de cliënt.

Begeleiding kent de volgende kenmerken:

- Het gaat om activiteiten die gericht zijn op:
 1. het accepteren en omgaan of leren omgaan met beperkingen in het kader van de bevordering of het behoud van zelfredzaamheid;
 2. participatieproblemen, de integratie in en deelname aan de samenleving;
- Het gaat niet alleen om handhavingsdoelstellingen, maar ook om verbeterdoelstellingen in het kader van zelfredzaamheid of participatie;
- De begeleiding kan direct gericht zijn op de cliënt, maar kan via de omgeving ook indirect gericht zijn op de cliënt;
- De begeleiding kan individueel of in groepsverband zijn.

Indicaties

- acceptatieproblemen;
- beperkingen op psychisch, lichamelijk en sociaal gebied;
- problemen in de zelfredzaamheid;
- participatieproblemen.

Doelen

- cliënt accepteert zijn beperkingen en/of is in staat om met zijn beperkingen zijn zelfredzaamheid en participatie te behouden of verbeteren;
- ongewenste interacties tussen cliënten worden voorkomen of in goede banen geleid;
- cliënt is ondersteund bij zijn psychische tekorten en/of emotioneel ondersteund, vooral bij de verwerking van de psychische achteruitgang, toegenomen afhankelijkheid en verlies.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- bij cluster 1 is er met name noodzaak tot begeleiding indien de cliënt door zijn psychotische beleving de werkelijkheid anders ervaart. Hulpverleners zullen vooral individuele begeleiding bieden door het stellen en bewaken van grenzen aan de cliënt;
- bij cluster 2 is vooral begeleiding nodig ten aanzien van de interacties tussen cliënten. Gedragsuitingen, zoals claimen of een theatrale presentatie, kunnen als uitermate storend worden ervaren door medecliënten. Cliënten moeten aangesproken worden op dit gedrag om te voorkomen dat ze worden buitengesloten. De manier waarop cliënten aangesproken moeten worden, kan erg variëren. Per cliënt dient de benadering te worden beschreven in het individuele zorgplan;
- bij cluster 3 is een uitnodigende tot stimulerende benadering nodig omdat de cliënt de neiging heeft zich terug te trekken. Deze begeleiding kan individueel, maar ook in groepsverband worden geboden. Wanneer de beperkingen ernstig zijn, is zelfs een directieve benadering aangewezen omdat de cliënt anders handelingen mijdt en daardoor zichzelf en zijn omgeving verwaarloost.

Activiteiten

Begeleiding van individuele cliënten

- aangepaste, specifieke bejegening;
- structureren;
- motiveren, stimuleren;
- coaching, ondersteunende gesprekken;
- psycho-educatie;
- rehabilitatie;
- fysio- en bewegingstherapie;
- activiteitenbegeleiding;
- creatieve therapie;
- ergotherapie;
- logopedie;
- inzet en leren gebruiken van hulpmiddelen.

Begeleiding van cliënten in groepsverband

- onderhouden therapeutisch klimaat;
- bejegening volgens afspraken;
- begeleiden van cliënten bij sociale contacten en activiteiten;
- huiskamergesprekken;
- gespreksgroepen met lotgenoten;
- activiteitenbegeleiding;
- groepsgym.

Begeleiding via hulpverleners en mantelzorgers

- ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers;
- psycho-educatie aan verpleegkundig en verzorgend team;
- psycho-educatie aan familie/mantelzorg;
- omgangsoverleg;
- intervisie.

Zorgdimensie 5

BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING VAN HET CLIËNTSYSTEEM

Begripsomschrijving

Bij de begeleiding en ondersteuning van het cliëntsysteem gaat het om activiteiten, die gericht zijn op het verlichten van de ervaren belasting, door het leren omgaan met de stoornis van en de zorg voor de cliënt.

Bij deze doelgroep is dat vaak lastig, omdat men rekening moet houden met een mogelijk verstoord relatie tussen cliënt en cliëntsysteem. Ook komt het voor dat er sprake is van veel psychiatrische problematiek in het cliëntsysteem. Dit kan een negatieve invloed hebben op de problematiek van de cliënt zelf en een extra belasting betekenen voor de zorgverleners van de afdeling. Het cliëntsysteem wordt als het ware een co-client van de afdeling. Zorgverleners van deze doelgroep hebben een extra taak, namelijk het zo nodig stimuleren van het cliëntsysteem in contact zoeken met of hen doorverwijzen naar andere behandelaars.

Het ontbreken (van de sociale steun uit) een cliëntsysteem kan het nodig maken om de cliënt mantelzorgvervangende activiteiten aan te bieden.

Voor thuiswonende cliënten zijn overbelasting of wegvallen van het systeem vaak reden voor (acute) opname. Als de somatische zorgvraag op de voorgrond staat zal die opname in een verpleeghuis plaatsvinden. Als de psychiatrische problemen op de voorgrond staan verloopt opname in een verpleeghuis vaker via een psychiatrische crisisopname.

Indicaties

- (dreigende) verstoring van de balans tussen draagkracht en draaglast van het sociale systeem van de cliënt in verband met diens stoornis, gedrag, klachten of zorgbehoefte. Wegens de vaak langdurige verstoring in de familie- en gezinsrollen bij de cliënt met gerontopsychiatrische problematiek is de draaglast bij het omringende sociale systeem groot;
- problemen binnen het systeem met het begrijpen of accepteren van de klachten van de cliënt of diens gedrag. Het regelmatig voorkomen van de problematiek in opeenvolgende generaties maakt het soms moeilijk probleemsituaties te herkennen. Kinderen zijn daardoor soms geen goede gesprekspartners voor de zorgverleners;
- problemen met het omgaan met de cliënt en diens gedrag. De vaak voorkomende extreme gedragsproblemen bij de GP-client hebben veelal een vereenzamend/isolerend effect. Gezinnen kunnen uit elkaar groeien, omdat men vaak heel veel moeite doet om op een juiste wijze met de cliënt om te gaan en al dan niet bewust afstand neemt van de problematiek;
- onvoldoende samenhang binnen het systeem in de visie op de problematiek of de omgang met de cliënt; vaak is er sprake van eigen of dezelfde problematiek;
- inadequate klachtenbestendige patronen binnen het systeem.

Doelen

- het cliëntsysteem leert omgaan met de ziekte en symptomatologie;
- het cliëntsysteem voelt zich gesteund en ervaart minder problemen;
- het cliëntsysteem bezit voldoende draagkracht in relatie tot de problematiek van de cliënt;
- het cliëntsysteem weet hoe ze de cliënt adequaat kan bejegenen;
- er is samenhang in de zorg aan en de benadering van de cliënt.

In de praktijk is realisering van deze doelen ambitieus, gezien de ernst en het langdurige karakter van de problematiek.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

Veel voorkomende kenmerkende verschillen tussen cliëntsystemen:

- bij cluster 1 hebben cliënten hebben vaak een systeem van beperkte omvang of een klein, 'vreemd' systeem;
- bij cluster 2 is een systeem vaak gemanipuleerd, soms heeft men dit patroon overgenomen, soms heeft men er afstand van genomen, dit vereist een alerte aanpak van zorgverleners: deels begrenzend, deels ondersteunend;
- bij cluster 3 zijn systemen vaak vermijdend, ze lijden mee, hebben het zwaar. Steun en een empathische benadering kunnen positief effect hebben, soms ook een lotgenotencontact (duo's).

Activiteiten

individuele voorlichting en advisering

- is intensief door:
 - de complexiteit van de problematiek;
 - het vaker voorkomen van eigen psychosociale en psychiatrische problemen;
 - het vaak onvoldoende geïnformeerd en mondig zijn van het cliëntstelsel (o.a. over ziektebeeld, erfelijkheid);
 - de vaak lange (voor)geschiedenis met meerdere hulpverleners: het systeem is vaak wat gefrustreerd geraakt, heeft het geloof in de hulpverlening verloren;
- wisselend participeren van het cliëntstelsel in de zorg;
- interactie met cliëntstelsel is intensiever, met meer betrokkenheid. Dit vraagt een grotere mate van professionaliteit.

individuele ondersteuning

- ondersteuning bij aanvaarden situatie richt zich op verschillende personen binnen het systeem (meerdere generaties);
- structurerende begeleiding is nodig bij interactie tussen cliënt en cliëntstelsel; vaak met inzet van de psycholoog (soms bij interactie zelf, altijd bij voorbereiding van teamleden);
- ondersteuning bij het organiseren van een sociaal steunsysteem (buddy of maatje, mantelzorgvervangende activiteiten door vrijwilligers);
- vragen rond erfelijkheid.

interventies in omgangspatronen

- zijn gericht op frequent voorkomende problemen in de interactie cliënt – cliëntstelsel en dienen multidisciplinair te worden voorbereid en vaak ook uitgevoerd (respectvol en authentiek).

groepsvoorlichting (lotgenotencontact, familiedagen)

- groepsvoorlichting;
- psycho-educatie;
- familiedagen;
- steun bij verliesverwerking;
- folder/voorlichtingsmateriaal van de afdeling of groep;
- groepscontacten zijn maatwerk, vereisen professioneel initiatief en inschatting.

groepsgewijze begeleiding

- werkt meestal niet omdat de problematiek te verschillend is.

cursussen en gespreksgroepen voor cliëntstelsel

- werkt meestal niet omdat de problematiek te verschillend is.

Zorgdimensie 6

VOORLICHTING, ADVISERING, CONSULTATIE EN SCHOLING AAN PROFESSIONALS EN VRIJWILLIGERS

Begripsomschrijving

Ouderen met psychische problematiek ontvangen vaak zorg en diensten van meerdere hulpverleners en voorzieningen tegelijk. Om de inzet van alle professionele betrokkenen optimaal te laten verlopen en op elkaar af te stemmen is kennis van de problematiek en de omgang ermee noodzakelijk. Activiteiten als het ondersteunen en toerusten van professionals en vrijwilligers voor hun werk door voorlichting, advisering, consultatie, scholing en training vallen onder deze dimensie.

De ondersteuning kan zowel gericht zijn op individuele zorg aan cliënten, als op voorlichting en deskundigheidsbevordering over bijvoorbeeld psychiatrische ziektebeelden en gedragsproblemen bij ouderen. Te verwachten effecten van deze activiteiten zijn: verbetering van de kwaliteit, doelmatigheid en continuïteit van de zorg en een beperking van het aantal professionele zorgverleners rond een cliënt. Gerontopsychiatrische cliënten zijn immers gebaat bij een zo stabiel mogelijk behandelteam.

Veelal kan de ondersteuning betrokken worden van andere professionals, die reeds bij de zorg aan de cliënt betrokken zijn. In andere gevallen kan speciaal voor dit doel een beroep gedaan worden op een daartoe gekwalificeerde (GGZ-) instelling of professional.

Omgekeerd kan de opgebouwde ervaring en deskundigheid worden verwerkt en verspreid in (bij/na)scholingsprogramma's.

Indicaties

- vragen van professionals en vrijwilligers over ziektebeeld, uitvoering van de zorg, hantering van de problematiek en over omgang met de cliënt in kwestie en diens omgeving;
- er is behoefte aan beperking van het aantal verschillende zorgverleners.

Doelen

- er is een goed begrip bij zorgverleners over beperkingen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt;
- de zorgverleners zijn toegerust op het gebied van de uitvoering van de hulp, van de hantering van de problematiek, van signalering van zorgvragen en van de omgang met het cliëntsysteem;
- het ingezette aantal zorgverleners is beperkt, zonder kwaliteitsverlies.

Activiteiten

voorlichting

- overdracht van specialistische kennis en ervaring per cluster aan andere professionals door het schrijven van artikelen en folders, doelgroepgerichte professionele PR, presentaties verzorgen op of organiseren van symposia, etc..

advisering (individueel, team, groep)

- samenwerking met GGZ, universiteiten en academische ziekenhuizen (kenniscentrum);
- vraagbaak in de regio voor andere professionals en vrijwilligers;
- samenwerking met cliëntenverenigingen;
- advisering aan opleidingen, bijvoorbeeld ROC's over opleidingsmodules, samenstelling van het curriculum.

consultatie

- andere professionals in de regio (1e en 2e lijn).

training en scholing

- intervisie;
- deskundigheidsbevordering.

Zorgdimensie 7

REGIE, BEMIDDELING EN COÖRDINATIE

Begripsomschrijving

Ouderen met psychiatrische stoornissen kunnen beperkingen ondervinden in het handhaven van de regie over hun dagelijks leven. Daarnaast zijn ze door de complexiteit van hun problematiek aangewezen op zorg en diensten van meerdere instanties of hulpverleners tegelijk. Dit vereist specifieke activiteiten die gericht zijn op het samenstellen en in stand houden van een toegesneden pakket van zorg en diensten voor de cliënt en diens naasten.

De zorg voor deze doelgroep vraagt van de zorgverleners continue beoordeling van de regievaardigheid van de cliënt. Er is expertise noodzakelijk om te kijken naar de mate waarin de cliënt daadwerkelijk in staat is om de regie te voeren. Hierbij dient de cliënt respectvol, flexibel en zorgvuldig (geen overzorg/geen onderzorg) ondersteund te worden in zijn kwetsbaarheid.

Informereren

Hulpverleners informeren en motiveren de cliënt en/of het cliëntsysteem over doel en aard van de in te zetten zorg- en dienstverlening. Daarnaast dragen hulpverleners zorg voor een juiste informatieoverdracht naar andere betrokkenen.

Regie voeren

Mensen met gerontopsychiatrische problematiek kunnen beperkingen ondervinden in het handhaven van de regie over hun dagelijks leven en zijn niet in staat om de gehele regie over hun bestaan te voeren. Bovendien zijn ze door de complexiteit van hun problematiek per definitie aangewezen op zorg, behandeling en begeleiding door deskundigen uit verschillende sectoren. Dit vereist een individueel zorgplan, waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn en de inzet van GGZ-deskundigheid noodzakelijk is. In crisissituaties zal vrijwel altijd opname en behandeling in een algemene psychiatrische setting noodzakelijk zijn. Deze psychiatrische setting zal voldoende deskundigheid moeten hebben om de benodigde lichamelijke zorg aan cliënten te verlenen.

Bemiddelen

In de meeste gevallen is bij aanmelding of doorverwijzing de GGZ al in het voortraject betrokken. In andere gevallen is de psychiatrische problematiek niet eerder onderkend of ernstig genoeg geweest en zal de GGZ alsnog worden ingeschakeld. Het is belangrijk te zorgen voor een goede onderlinge afstemming tussen de betrokken hulp- en zorgverleners door afspraken te maken over informatie-uitwisseling, afstemming van activiteiten, evaluatie van de voortgang en coördinatie van de zorg. Een gedegen bekendheid met/kennis van de indicatiestelling en de mogelijkheden van andere zorgaanbieders (de sociale kaart) is van belang om voor deze doelgroep de juiste plek te vinden.

Coördineren

Is het op elkaar afstemmen van de verschillende vormen van zorg rond de gerontopsychiatrische cliënt om diens autonomie optimaal tot zijn recht te laten komen. Hiervoor is overleg en informatie-uitwisseling nodig met alle betrokken disciplines, zowel intramuraal als extramuraal en ook met vrijwilligers. Essentieel is het beschikbaar zijn van het volledige medische/zorgdossier van de cliënt. Voor een adequate zorgverlening is een samenhangend beeld van huidige situatie en voorgeschiedenis immers noodzakelijk. Daarnaast is coördinatie ook gericht op het bewaken van de continuïteit van de (verpleegkundige) zorg, behandeling en begeleiding.

Indicaties

Complexe gezondheid situatie of situationele complexiteit gerelateerd aan een zorgvraag.

Aspecten die de complexiteit van de situatie van gerontopsychiatrische cliënten bepalen:

Gerelateerd aan de zorgvrager

- ernst en fase van de ziekte/stoornis/beperking/handicap;
- snelheid van wisselingen in de gezondheidstoestand;
- aanwezigheid van meerdere ziekten/stoornissen/beperkingen en/of handicaps die elkaar sterk beïnvloeden;
- mate van inzicht van de zorgvrager in eigen gezondheidstoestand;
- mate van regie en coördinatie competenties zorgvrager;
- motivatie van de zorgvrager tot meewerken aan het verbeteren van zijn gezondheidstoestand.

Gerelateerd aan de omgeving

- beschikbaarheid cliëntensysteem, sociaal netwerk/vrijwilligers;
- inzicht van het cliëntensysteem/sociale netwerk in de gezondheidstoestand van de cliënt;
- psychische belasting van het cliëntensysteem/sociale netwerk;
- mate van betrouwbaarheid/veiligheid van de woonomgeving van de cliënt;
- de hoeveelheid andere betrokken disciplines bij de zorg en behandeling;
- interactiepatronen in de groep waar de cliënt deel van uit maakt;
- mate van regie en coördinatie competenties bij het cliëntensysteem/sociale netwerk;
- de zorg vraagt om diensten, hulp of zorg vanuit meerdere instellingen;
- de inschakeling van zorg of diensten van buiten de organisatie (vooral in verzorgingshuizen).

Doelen

- er is een samenhangend en op de behoefte afgestemd pakket van behandeling, zorg en welzijnsdiensten, waardoor het ervaren welbevinden en welzijn van de gerontopsychiatrische cliënt en zijn systeem worden vergroot.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

In het algemeen vereist de zorg inzake de regie van deze cliënten het vermogen tot zelfreflectie van de teamleden. Dit is een belangrijke kwaliteitseis.

- bij cluster 1 is het vaak nodig om de regie meerendeels over te nemen omdat cliënten deze zelf niet kunnen voeren;
- bij cluster 2 zijn cliënten vaak claimend, daarbij vindend dat de regie moet worden overgenomen, óf juist, dat medewerkers zich niet met hen moeten bemoeien. De kans dat teamleden tegen elkaar worden uitgespeeld, is groot. Zorgvuldige rapportage van de afspraken en vaste contacten met één vaste persoon zijn noodzakelijk;
- bij cluster 3 leggen cliënten de regie bij de zorgverleners. Deze cliënten hebben continue stimulans nodig om zoveel mogelijk zelf te doen. Verzorgenden moeten hierop alert zijn en niet te veel of te snel over nemen.

Activiteiten

informer

- informatieverzameling en overdracht van gegevens is ingewikkelder, vereist grote punctualiteit en nauwkeurigheid tot op detailniveau en duidelijke afspraken en taakverdeling in het team (MDO);
- is intensiever door een complexer systeem met eigen problematiek;
- is intensiever door zieketraject in twee sectoren (V&V en GGZ);
- is intensiever, omdat informatie bijvoorbeeld in de vorm van klinische lessen aan alle betrokken medische, paramedische en zorgdisciplines gegeven moet worden.

bemiddeling

- bij niet materiële zaken naar CIZ, GGZ;
- bij materiële zaken naar gemeente, schuldeisers, belangenbehartigers, algemeen maatschappelijk werk;
- complexe taak, omdat de cliënt geen inzicht heeft of juist instanties manipuleert/misbruikt.

coördinatie bij meervoudige en complexe zorg

- frequenter MDO, flexibele zorgplanevaluatie bij snelle wisselingen in het toestandbeeld;
- omgangsregels, bejegening, consequente benadering door teamleden;
- afstemming met mantelzorg;
- vaak extra inspanning nodig van professionele hulpverleners, voor zowel begeleiding als uitvoering van taken, waarvoor normaliter beroep op mantelzorg gedaan kan worden;
- zorgcoördinatie (E.V.V.) intensiever, met familie, andere disciplines.

regie van het cliëntstelsel en de zorg

- ontbreken van het vermogen bij het cliëntstelsel om regiezaken op zich te nemen tijdens intramuraal verblijf (klein stelsel, weinig regie- en coördinatiecompetenties).

Zorgdimensie 8

VERZORGEN EN VERPLEGEN

Begripsomschrijving

Deze zorgdimensie heeft betrekking op persoonlijke verzorgende en verplegende activiteiten en interventies. Het betreft twee complementaire maar wel verschillende taakgebieden, vanwege het vereiste deskundigheidsniveau.

Het **verzorgen** omvat cliëntgebonden en voorwaardenscheppende activiteiten, die gericht zijn op het verminderen of opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid en het stimuleren van zelfzorgmogelijkheden. Daartoe behoren ook (de uitvoering van) taken/zaken, waarvoor geen mantelzorg beschikbaar is of die zij niet kunnen uitvoeren.

De kerntaken van **verzorgen** zijn:

- aanzetten tot zelfzorg en waar nodig overnemen (soms zeer intensief stimuleren);
- persoonlijke en lichamelijke verzorging;
- begeleidende, ondersteunende en stimulerende activiteiten;
- signaleren en rapporteren van veranderingen in het toestandsbeeld.

Verplegen is gericht op het herstel van gezondheid, het voorkomen van verergering van ziekten of aandoeningen en het verlichten van lijden en ongemak bij aandoeningen. De verplegende activiteiten ondersteunen en beïnvloeden de vermogens van de cliënt bij een feitelijk of potentieel gezondheidsprobleem (en/of een daaraan gerelateerd bestaansprobleem) om het bestaansevenwicht te handhaven of herstellen. De beleving van de cliënt is hierbij uitgangspunt evenals de relatie van de cliënt met het cliëntstelsel.

Om de verpleegkundige zorg op een doelgerichte, systematische manier uit te voeren wordt gewerkt volgens het verpleegkundige proces (vaststellen verpleegkundige diagnose, opstellen verpleegplan, kiezen en uitvoeren verpleegkundige interventie, evaluatie, zo nodig bijstellen van verpleegkundige diagnose, etc.).

Kerntaken van **verplegen** zijn:

- observeren, signaleren en interpreteren;
- verzorgen en verplegen;
- begeleiden;
- verpleegtechnisch handelen;
- informeren en adviseren;
- preventie en voorlichting geven;
- coördineren;
- evaluatie van het zorgproces.

Verzorgen en verplegen richten zich op meerdere dimensies (het samenvattende geheel van lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten) van het leven van de cliënt en sluiten in principe aan bij de zorg die iemand zelf verricht, door:

- de zorg geheel of gedeeltelijk over te nemen;
- de cliënt te stimuleren of te sturen;
- zorg te dragen voor een klimaat dat de ontwikkeling van de cliënt bevordert of mogelijk maakt.

Indicaties

- de lichamelijk en/of psychosociale zelfredzaamheid van de cliënt is niet toereikend om:
 - algemene dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren;
 - te participeren in de samenleving;
 - problemen in het sociaal functioneren te uiten;

- verstoring van lichamelijke functies;
- verstoring van het psychisch functioneren;
- beperkte algehele zelfredzaamheid.

Doelen

- handhaven lichamelijk functioneren op het best haalbare niveau;
- bevorderen van herstel na ziekte of operatie;
- bevorderen optimaal niveau van lichamelijk functioneren en zelfredzaamheid;
- bevorderen optimaal welzijn in lichamelijk opzicht;
- bevorderen draagkracht mantelzorg door aanvulling of ondersteuning bij hun zorgtaken;
- voorkomen en beperken van gezondheidsrisico's;
- ondersteunen van de cliënt bij zijn/haar stervensproces.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

Belangrijk bij GP-cliënten is het de-escalerend kunnen optreden.

- bij cluster 1 moet goed worden gelet op het zorgen voor een veilige situatie, het creëren van rust bij eten en drinken. In de bejegening is het bieden van veiligheid, een juiste dosering van afstand/nabijheid, duidelijke uitleg, zoveel mogelijk aanbieden van vaste verzorgende van belang;
- bij cluster 2 gaat het vooral om het beheersen en afremmen, rust bij eten en drinken, niet schrokken; regie ligt vooral bij verzorgende. In de bejegening is rekening houden met de wensen van de cliënt belangrijk. Er is een meer sturende, directieve benadering nodig, waarbij rekening gehouden wordt met de autonomie van de cliënt (respectvol structureren);
- bij cluster 3 staat met name het stimuleren en het controleren op de voorgrond (vocht en voedingslijst). In de bejegening zijn stimuleren, activeren en duidelijke afspraken maken belangrijk.

Activiteiten

ondersteuning en begeleiding bij de persoonlijke verzorging van de individuele cliënt

- aangepaste specifieke bejegening (verpleeg- en bejegeningplan);
- structureren.

overnemen van de persoonlijke verzorging van de individuele cliënt

- aangepaste specifieke bejegening (verpleeg- en bejegeningplan);
- structureren.

hulp bij het nuttigen van eten en drinken

- één op één begeleiding tijdens de maaltijden;
- maaltijden als zinvolle dagbesteding (flexibiliteit in aanbod en afname);
- aandacht voor het gebruik van genotsmiddelen (alcohol en drugs, tabak).

hulp bij beweging en/of houding

- preventie bij:
 - verlies van mobiliteit;
 - stabiliteit;
 - lichamelijke conditionele achteruitgang;
 - bijwerkingen van medicatie (neuroleptica).

scheppen van een prettig en veilig woon- en leefmilieu in materiële en immateriële zin

- aandacht voor psychische en/of sociale behoeften zowel voor de groep als het individu;
- aandacht voor creëren van een plezierige sfeer in een groep;

medicatieverzorging

- zorg dragen voor een adequate medicatie inname;
- alert zijn op medicatie interacties.

verpleegtechnisch handelen

- risicovolle/voorbehouden handelingen;
- observeren en rapporteren van gedrag;
- toedienen en bewaken 'zo nodig'-medicatie;
- onderhouden therapeutisch klimaat.

Zorgdimensie 9

HUISHOUDEN

Begripsomschrijving

Deze dimensie heeft betrekking op alle activiteiten die gericht zijn op het (voeren van een) huishouden.

Voor deze doelgroep is het zelfstandig voeren van een huishouden niet meer mogelijk, de cliënten maken deel uit van het georganiseerde huishouden van de instelling. Het gaat vooral om het optimaal betrokken zijn bij de huishoudelijke taken in de eigen leefomgeving (of die van de groep). Hierbij wordt gestreefd naar 'maximale' bevordering van de zelfstandigheid en autonomie (zelfbepaling, keuzemogelijkheden) van de cliënt en benutten van eigen mogelijkheden van de cliënt en diens systeem. Zowel bij het plannen en organiseren als het uitvoeren van concrete huishoudelijke taken, zoals boodschappen doen, wassen, de vaat doen etc.. Met eventuele andere leden van het huishouden en mantelzorgers die een bijdrage leveren, vindt regelmatig afstemming plaats en worden afspraken gemaakt over verdeling van taken.

In de praktijk blijken veel gerontopsychiatrische cliënten geen structurele bijdrage te kunnen of willen leveren aan de huishoudelijke activiteiten. In individuele contacten kunnen verzorgenden en medewerkers van de facilitaire dienst vaak toch activeren en stimuleren.

Huiskamergesprekken hebben een belangrijke functie in het plannen, organiseren en uitvoeren van huishoudelijke zaken en in het op orde houden van de aankleding en inrichting van de afdeling en eigen kamer. De cliënt wordt hierbij betrokken op geleide van de eigen wensen, mogelijkheden en beperkingen in het kader van zingeving, therapie en dagbesteding.

Indicaties

- beperkingen in het organiseren en/of uitvoeren van het huishouden ten gevolge van psychische en/of lichamelijke aandoeningen, beperkingen of handicaps bij de cliënt of in de afstemming tussen cliënt en zorgverleners.

Doelen

- het behouden of verbeteren van het zelfsturend vermogen van de cliënt met betrekking tot zijn eigen huishouden en/of dat van de leefgroep waartoe hij behoort;
- verbeteren van de hygiëne;
- voorkomen van verwaarlozing;
- bieden van een veilige leefomgeving (zowel binnen- als buitenshuis).

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- bij cluster 1 is een subtiele benadering nodig om te zorgen dat er geen chaos ontstaat in de eigen leefomgeving, met name door het inperken van dwangmatig verzamelen;
- bij cluster 2 zijn de cliënten ook geneigd niet op te ruimen. Door structurering (bijv. gebruik maken van lijstjes of geven van directe aanwijzingen) kan de zelfsturing ondersteund worden. Hiermee moet soepel/flexibel worden omgegaan;
- bij cluster 3 willen cliënten de eigen leefomgeving meestal wel bijhouden, maar hebben zij er de energie niet voor. Zij zijn gebaat bij hulp en stimulans.

Activiteiten

Door advies, instructie en voorlichting geven, toezien op, afspraken maken over, stimuleren tot/begeleiden bij, organiseren:

cliënten stimuleren tot/helpen bij bijvoorbeeld:

- algemene schoonmaakwerkzaamheden;
- opruimen;
- textielverzorging;
- maaltijdverzorging/voeding;
- koken, eten klaarmaken;
- boodschappen doen;
- het gebruik van de maaltijd;
- postverzorging;
- grote schoonmaak (in geval van vervuiling, dwangmatig verzamelen).

Zorgdimensie 10

TIJDBESTEDING EN STRUCTUUR

Begripsomschrijving

Deze zorgdimensie omvat de activiteiten die inspelen op de beperkingen die cliënten met gerontopsychiatrische problematiek ondervinden bij het structureren van hun dagelijks leven en het hebben van een zinvolle dagbesteding.

De beperkingen die cliënten ervaren ten gevolge van lichamelijke en/of psychische stoornissen kunnen leiden tot een dagbesteding en/of dagstructuur, die een negatieve invloed heeft op hun gedrag en welbevinden. Voorbeelden zijn: omkeren dag- en nachtritme, onvoldoende eten, zelfverwaarlozing. Cliënten zijn vaak onvoldoende in staat om van de aanwezige mogelijkheden gebruik te maken, of de mogelijkheden zijn beperkt ten gevolge van bijvoorbeeld verschraving van het netwerk of door mobiliteitstekorten. Voor hen is het belangrijk om regelmaat en structuur te ervaren in hun dagbesteding. Een dagprogramma, waarbij duidelijkheid, ordening, zinvolheid en regelmaat centrale uitgangspunten zijn moet samen met de cliënt en systeem worden vormgegeven, rekening houdend met de achtergrond en mogelijkheden van de cliënt. Hiertoe kan bijvoorbeeld worden teruggegrepen op of aangesloten bij vroegere leefstijlen en patronen, bestaande of gewenste hobby's, sociale activiteiten (vereniging, club), arbeid(sverleden), opleiding e.d.. Herkenbaarheid, veiligheid en regelmaat staan op de voorgrond. De dagstructurering is vooral gericht op het ondersteunen en versterken van de zelfredzaamheid: ADL/BDL, in groeps- dan wel individuele activiteiten. De problemen bij deze cliënten liggen minder in de uitvoering van activiteiten, er is vooral behoefte aan ondersteuning bij de planning en structurering.

Indicaties

- gevolgen van stoornissen van lichamelijke en/of psychische aard, die ertoe leiden dat de cliënt verminderd in staat is de dag op voor hem zinvolle of herkenbare/bij hem passende wijze door te brengen;
- dreigend sociaal isolement van de cliënt;
- ontlasting van het zorgsysteem;
- verstoring dag/nachtritme ten gevolge van cognitieve of psychische problemen.

Doelen

- het behouden van het sociale netwerk, dan wel stimuleren van sociale activiteiten;
- het stabiliseren van het psychiatrisch ziektebeeld;
- het handhaven van de cliënt in zijn actuele omgeving;
- de cliënt ervaart dat hij in staat is zijn dag op zinvolle wijze te besteden in veranderende dan wel veranderde omstandigheden.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- bij cluster 1: cliënten krijgen dagbesteding individueel aangeboden, omdat ze minder in staat zijn om in een groep te functioneren;
- bij cluster 2: activiteiten in een bepaalde rol passend bij hun individuele gedrag, zoals koekjes ronddelen of modeshow lopen;
- bij cluster 3: cliënten voelen zich veiliger in een toeschouwerrol in kleine groepen.

Activiteiten

opstellen dagprogramma/weekprogramma

- voorgestructureerd dagactiviteitenprogramma = gestructureerde overname van de daginvulling.

Individuele dagbesteding & structuur

- zinvolle maatschappelijke activiteiten, zowel binnen als buiten de residentiële woonsetting;
- veilige gestructureerde woonomgeving, met voor sommige mensen wat meer rust (cluster 2) en voor anderen (uit cluster 3) een meer activerende structuur.

ADL/BDL

- stabiliteit in de personeelsbezetting, (professioneel personeel, wat in staat is met voldoende flexibiliteit en inventiviteit om te gaan met individuele behandelplannen);
- voor cluster 1 geldt dat wat sneller overnemen een item is in het totaal en stimuleren tot zelfbehoud;
- voor cluster 2: stapsgewijs door de ADL en wat dempen, (bijvoorbeeld: voorkomen van overmatige make-up);
- voor cluster 3: veel zelf laten doen en daarin stimuleren.

ontspanningsactiviteiten, sport

Het in kaart brengen van de mogelijkheden en behoeften door een interview (of vragenlijst) af te nemen bij de cliënt en zo nodig en mogelijk bij zijn zorgsysteem. Dit wordt regelmatig geëvalueerd. Er wordt instructie aan derden gegeven over de keuze van de ontspanningsactiviteiten.

Er wordt een week- en dagplanning gemaakt met bijv. een keuze uit:

- vrijwilligersbezoek;
- computercentrum bezoeken;
- dienstencentrum;
- dagverzorging;
- dagactiviteitencentrum;
- gymnastiek;
- bewegen op muziek;
- creatieve activiteiten;
- diverse cursussen;
- ontspanningsprogramma;
- welzijnsactiviteiten.

Zorgdimensie 11

FACILITEITEN

Begripsomschrijving

Het inzetten van noodzakelijke hulpmiddelen bij cliënten bij problemen op het gebied van zelfredzaamheid, mobiliteit/vervoer, motoriek, verpleging en verzorging en veiligheid (domotica). In veel gevallen kan de cliënt met behulp van de juiste instrumenten in fysiek, psychisch en emotioneel opzicht beter functioneren en blijkt dat achteruitgang in het gezondheidsproces voorkomen, beperkt of gestabiliseerd kan worden.

Hulpmiddelen en verpleegartikelen zijn op verschillende manieren aan te wenden. Ze kunnen deel uitmaken van de professionele zorgverlening aan de cliënt bijvoorbeeld bij de ADL-zorg, de uitvoering van (specialistische) verpleging, verrichting van medisch-technische handelingen, revalidatie/reactivering.

Ook is er een scala aan hulpmiddelen in te zetten dat de zelfredzaamheid van de cliënt in zijn eigen leefomgeving ondersteunt of verbetert en zijn mogelijkheden tot sociale participatie vergroot. Bij gebruik van individuele hulpmiddelen, ADL-ondersteuning, domotica, houdingsondersteuning en vervoer is het van belang dat de cliënt instructie en begeleiding krijgt door een deskundige. Vakkundig advies, instructie en begeleiding geldt in dit opzicht als een essentiële randvoorwaarde.

Behalve dat hulpmiddelen een steun/handhaving betekenen voor de zelfredzaamheid van de cliënt, kan een adequate toepassing van hulpmiddelen of aanpassingen ook leiden tot opheffing of reductie van belemmeringen in de woonsituatie en tot veilige werkomstandigheden.

Indicaties

- beperkingen of belemmeringen in de zelfredzaamheid of de gezondheidstoestand van de cliënt door het ontbreken van ondersteunende, vervangende of faciliterende hulpmiddelen;
- verpleegartikelen en hulpmiddelen, noodzakelijk voor adequate en veilige zorgverlening;
- onveilige werkomstandigheden en (over)belasting van professionele zorgverleners (ARBO).

Doelen

- een zoveel mogelijk zelfredzame cliënt met een optimaal lichamelijk welbevinden en sociale participatie;
- een optimale en veilige woon- of leefsituatie;
- een vakbekwame en efficiënte uitvoering van de zorgverlening (ARBO-verantwoord);
- ontlasting van de zorgverleners;
- verbeteren van de werkomstandigheden.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

Deze doelgroep heeft behoefte aan een structurerende, respectvolle bejegening, met aandacht voor de eigen autonomie. Hulpverleners dienen op zoek te blijven naar inventieve of nieuwe mogelijkheden om die autonomie zoveel mogelijk te handhaven (bijv. het betalen met sleutelhanger met barcode).

Vooraf bij cliënten in cluster 3 heel goed overwegen over welke interventies wel of niet gedaan worden. Hierbij keuzen maken passend bij de vitaliteit en energie van de cliënt en met hem overleggen over wat voor hem zinvol is.

Activiteiten

ondersteuning, begeleiding, instructie en dienstverlening bij facilitering van het eigen functioneren en regelvermogen

- grotere bewegingsdrang, meer behoefte aan mobiliteit, ((gemotoriseerde)rolstoelen, trippelstoelen);
- domotica, sleutels met chip;
- bewegingsapparatuur (vitaliteit, bewegingsdrang, sturen gedrag);
- decubituspreventie (regulier).

(hulp bij) aanvragen vervoer

- parkeervoorziening: parkeerplaats (afdak) voor scootmobiel/rolstoel, oplaadplaats;
- aangepast eigen vervoer: recreatief, niet als zelfstandige activiteit;
- vervoer op maat: meer bezoek aan familie/kennissen, dagcentrum, ontspanning, uitjes;
- incidenteel vervoer: ziekenhuis, polikliniek bezoek, tandarts;
- begeleiding bij eigen vervoer: scootmobiel, elektrische rolstoel.

Zorgdimensie 12

WOON/LEEFMILIEU

Begripsomschrijving

Door allerlei oorzaken zoals afnemende zelfredzaamheid, aard en intensiteit van de benodigde zorg, risico van onveilige situaties, etc., kan verblijf in de eigen woonomgeving niet langer mogelijk zijn. Men is dan tijdelijk of langdurend aangewezen op een situatie met een combinatie van zorg en een aangepaste, veilige woonomgeving.

Voor deze doelgroep betekent dit meestal wonen en leven binnen de intramurale setting van een verpleeghuis, een verzorgingshuis met een afdeling voor gerontopsychiatrie of een RIBW+. Hierbij gaat het om een gebouwde omgeving, een leefmilieu en een samenstelling van (leef)groepen die heel specifiek zijn afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de individuele cliënt. Binnen het leefmilieu wordt de cliënten een gedifferentieerde structuur aangeboden, afgestemd op hun individuele behoeften en mogelijkheden. Verder ligt er grote nadruk op het voeren van adequate regie. Directe betrokkenheid vanuit de GGZ in de behandeling is hierbij een noodzakelijke voorwaarde, evenals uiteraard de gespecialiseerde kennis en kunde van de aanwezige disciplines in het verpleeghuis.

Indicaties

- de psychische, lichamelijke of cognitieve beperkingen van de cliënt conflicteren met de woonomgeving, aanpassing is niet mogelijk;
- de benodigde zorg kan niet in de eigen leefsituatie geboden worden vanwege:
 - de intensiteit van de benodigde zorg, behandeling en begeleiding;
 - de complexiteit van de benodigde zorg;
 - het niet planbare karakter van de benodigde zorg;
 - (dreigend) wegvallen of ontberen van mantelzorg;
 - de benodigde zorg vereist een toegesneden leef/behandelmilieu.

Doelen

- de cliënt verblijft in een omgeving, die het meest past bij zijn competenties en omstandigheden en die aansluit bij de voor hem noodzakelijke zorg, behandeling en begeleiding;
- de kwaliteit, doelmatigheid en efficiëntie van noodzakelijk geachte zorg zijn gewaarborgd.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- bij cluster 1 hebben cliënten behoefte aan een leefmilieu waarin ze vooral op zichzelf kunnen zijn. Ze zijn geneigd om in hun woonomgeving veel spullen te verzamelen en functioneren moeizaam of niet in een groep;
- bij cluster 2 hebben cliënten in hun woonomgeving veel bijsturing en bevestiging nodig. Zij zijn geneigd tot het doen van veel aankopen. De begrenzing zal vooral met respect voor eigenwaarde moeten plaatsvinden, waarbij het gevoel wordt gegeven dat de cliënt zelf dingen kan en belangrijk is;
- bij cluster 3 hebben cliënten vooral stimulering nodig, waarbij de veiligheid van de groep een belangrijke voorwaarde is.

Verpleeghuizen kiezen verschillende oplossingen om tegemoet te komen aan de behoeften van cliënten. Er zijn huizen die kiezen voor woongroepen, die opgezet zijn volgens het concept van de therapeutische leefmilieus (sociotherapie).

Beschermd zelfstandig wonen in een verzorgingshuis of RIBW+ kan soms goed gaan, afhankelijk van de specifieke problematiek van de cliënt en van de woonomgeving zelf. Cliënten functioneren vaak goed in de zekerheid dat er hulp en begeleiding op afroep, dichtbij, beschikbaar is, ook voor acute psychiatrische problematiek.

Voor alle woonsituaties geldt, dat er verschillende (sociale) ontmoetingsruimten voorzien moeten zijn in de nabijheid van de woonplek.

N.B. Voor de invulling van de dagactiviteiten zie zorgdimensie 10: Tijdbesteding en structuur

Aanbod

dagactiviteiten/dagbehandeling

- dagactiviteitencentrum voor cliënten die decentraal wonen;
- structuur en ritme zijn belangrijk, de bezoekfrequentie moet niet te laag zijn, vooral voor cliënten met een goed functionerende mantelzorg;
- activiteitenprogramma gericht op behoud van vaardigheden, recreatie en ontspanning, in relatie met wat men thuis gewend is;
- dagbehandeling, aangepast aan het individuele leervermogen van de cliënt;
- therapeutische doelen, inclusief een fysiek trainingsprogramma (fysiotherapie/psychomotore therapie).

intramuraal verblijf

- behoefte aan veel eigen leefruimte (meer m²), eenpersoonskamer;
- voorkeur voor groepswonen met eigen slaapkamer;
- mogelijkheden voor p.c.-aansluiting en t.v.-aansluiting;
- werk/hobbykamer c.q. multifunctionele ruimte in eigen woonomgeving;
- keukenblok in huiskamer (groep of op appartement);
- ook op zichzelf wonen moet alternatief zijn en samen slapen (met partner of kinderen);
- centrale logeermogelijkheden (partner, kinderen);
- veel loopruimte (meer binnenruimte);
- privacy en bewegingsvrijheid in een beschermde omgeving;
- rookruimte in de woning, apart van de centrale huiskamer;
- veel behoefte aan buitenruimte;
- ligging op de begane grond.

Zorgdimensie 13

SOCIAAL MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING

Begripsomschrijving

Deze dimensie heeft betrekking op alle activiteiten ten behoeve van de cliënt, die gericht zijn op het opvullen van leemtes op het gebied van het sociale en maatschappelijke functioneren van de cliënt als burger in de samenleving. Dit vanwege verminderd functioneren van de cliënt op dat terrein en het ontbreken van mantelzorg.

Hierbij kan het gaan om:

- het begeleiden van de cliënt;
- het regelen van vervoer;
- het verzorgen van relaties met verschillende instanties (CIZ, CAK, etc.);
- het nemen van maatregelen of ondersteunen in beslissingen op het gebied van inkomens-beheer (uitkeringen), financieel beheer (bankzaken), verzekeringen, juridische zaken;
- verplichtingen naar familie/het sociale netwerk.

Er wordt gestreefd naar optimale zelfstandigheid en autonomie van de cliënt, met gebruikmaking van diens eigen mogelijkheden en die van zijn systeem.

Indicaties

Onvermogen van cliënt om zijn sociale, maatschappelijke en financieel-administratieve rollen en verplichtingen na te komen door psychiatrische, sociale, somatische of cognitieve beperkingen.

Doelen

- financieel-administratieve, sociale en maatschappelijke problemen worden voorkomen;
- aan de cliënt en zijn omgeving zijn rust en veiligheid aangeboden ten aanzien van geconstateerd onvermogen;
- de cliënt vervult zijn sociale en maatschappelijke rollen en verplichtingen optimaal.

Specifieke benadering van cliënten per cluster

- bij cluster 1: cliënten vragen vooral begeleiding (samen doen), structurering en ordening;
- bij cluster 2: cliënten vereisen veel alertheid, toezicht en bescherming op dit punt; zij komen regelmatig met justitie en politie in contact;
- bij cluster 3: cliënten vragen vooral alertheid op de gangbare zaken.

Activiteiten

advisering/coachen

begeleiding

overname/uitvoering

Checklist van de belangrijkste zaken:

- identiteitskaart;
- bankzaken (pinnen);
- verzekeringen;
- overlijden/begravenis;
- schuldsanering;

- boetes;
- indicatiestelling;
- uitkeringsinstanties;
- sociale rollen: kaartje naar familie bij verjaardagen, etc.;
- vervoer.

6 | RANDVOORWAARDEN

Om dit zorgprogramma te realiseren moeten verschillende voorwaarden zijn vervuld. We schetsen een ideaalbeeld aan de hand van een indeling naar strategische, tactische en operationele aspecten.

6.1 Strategisch

- Voor cliënten is het van essentieel belang dat het zorgaanbod van verschillende aanbieders en voorzieningen naadloos op elkaar aansluit. Organisaties en professionals moeten samenhang aanbrengen in hun zorg- en dienstverlening aan de doelgroep, overlap vermijden en leemten opvullen met nieuwe producten en diensten. Deze samenhang kan geformaliseerd worden in een zorgnetwerk- of zorgketenstructuur. Partners in een samenwerkingsverband kunnen zijn: GGZ (ambulant), verpleeghuis, ziekenhuis, huisartsen en AMW.
- Regionaal moeten er afspraken gemaakt worden over de gespecialiseerde diagnostiek van deze doelgroep, met name door de GGZ en V&V. Gelet op de kennis en uitrusting die hierbij nodig zijn, zal deze bij voorkeur in multidisciplinair verband moeten plaatsvinden, gekoppeld aan een GGZ-instelling. Daarnaast dient de mogelijkheid tot klinische observatie en time out-behandeling voor deze doelgroep aanwezig te zijn in een GGZ-instelling.
- Eveneens zijn op lokaal/regionaal niveau afspraken nodig over de intramurale langdurige opvang van deze doelgroep. Belangrijk is dat de (verpleeghuis)organisatie die de ontwikkeling van zo'n gespecialiseerde unit gestalte wil geven een trekkersfunctie in de regio wil vervullen en over een betrokken team van inhoudsdeskundigen en managers beschikt.
- Voor de begeleiding en ondersteuning van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek dienen de samenwerkende organisaties een poule van casemanagers op te zetten, die cliënt en cliëntstelsel beiden gedurende het gehele zorgtraject kunnen informeren, adviseren en ondersteunen. Deze casemanagers hebben een bijpassende specifieke deskundigheid en ervaring. Gedacht kan worden aan SPV-ers, ervaren maatschappelijk werkers of nurse practitioners.
- De gespecialiseerde voorziening heeft als regionaal expertisecentrum een belangrijke voorlichtende, adviserende en consulterende taak naar professionals die te maken krijgen met gerontopsychiatrische cliënten.
- De financiering van de gespecialiseerde voorziening binnen de huidige kaders van beleid en regelgeving is complex en vereist goede afspraken met het indicatieorgaan (CIZ) en zorgverzekeraar/zorgkantoor.

6.2 Tactisch

- De gespecialiseerde voorziening beschikt over een eenheid die zich richt op de doelgroep gerontopsychiatrie. Deze eenheid kan een aantal verblijfseenheden en een dagbehandeling omvatten en biedt een breed scala aan zorg en dienstverlening voor zowel interne als externe cliënten in samenwerking met de GGZ. Diagnostiek en screening gebeurt bij voorkeur bij de GGZ of samen met GGZ-medewerkers op de verpleeghuislocatie.
- Voor de eenheid Gerontopsychiatrie is een visie en ontwikkelingsplan opgesteld. Hierin zijn ten minste de aspecten productontwikkeling, organisatie, personeel(sbeleid), huisvesting, leefmilieu, cliëntenparticipatie, PR en voorlichting, transmurale samenwerking en financiën uitgewerkt. Personeelsbeleid omvat de aspecten werving, selectie, scholing, deskundigheidsbevordering (kennis, kunde, houding).
- De verblijfseenheden voor deze cliënten hebben verschillende (therapeutische) leefmilieus. De groepsgrootte en het leefmilieu op elke verblijfseenheid zijn afgestemd op de specifieke problematiek en kunnen zo nodig meebewegen met de actuele behoefte.
- Op deze verblijfseenheden zijn mogelijkheden voor privacy. De cliënten hebben bij voorkeur een eigen kamer en er zijn mogelijkheden voor eigen inrichting. De veiligheid in de verblijfsruimten kan verhoogd worden door de toepassing van domotica.

- Indien er bij de behandeling en verzorging dwangmaatregelen nodig zijn, die niet in het verpleeghuis kunnen worden toegepast (bijv. separeren), heeft het verpleeghuis hierover afspraken met de GGZ-instelling.
- Er zijn ruimtes waarin de hoeveelheid prikkels te variëren is en waar cliënten die daar behoefte aan hebben zich kunnen terugtrekken, terwijl er toch toezicht aanwezig is.
- Elke verblijfseenheid beschikt over een goed op elkaar ingespeeld, stabiel en ervaren multidisciplinair team, dat qua professionele deskundigheid en omvang is afgestemd op de specifieke competenties voor de groep. Dit vraagt o.a. intervisie, teambuilding, etc.
 - het team heeft kennis over de gerontopsychiatrie en geriatrie;
 - het team heeft kennis en vaardigheden m.b.t. de situatie en levensfase waarin de cliënten zich bevinden, zowel op lichamelijk, psychisch als sociaal gebied; teamleden zijn in staat professioneel om te gaan met consequenties als gedragsproblemen, onrust en vaak kritische familieleden;
 - er is eenheid in de behandelstrategieën.
- Het multidisciplinaire team bestaat tenminste uit een specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog (of senior ouderenpsycholoog), fysiotherapeut/ergotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, activiteitenbegeleider/therapeut en E.V.V.). Optioneel maken ook B-verpleegkundige, SPW, maatschappelijk werkende, creatief therapeut en geestelijk verzorger deel uit van het team. Op consultbasis kan ondersteuning van een (ouderen)psychiater en/of ervaren SPV-er worden ingeroepen.
- Op instellingsniveau is er een opleidingsplan voor bijscholing en deskundigheidsbevordering. In dit verband zijn ook stageplaatsen in de eenheid Gerontopsychiatrie wenselijk.

6.3 Operationeel

- De verblijfseenheden zijn flexibel van opzet, naar gelang hun behoeften en mogelijkheden kunnen cliënten gebruik maken van een eigen leefruimte (huiskamer) en verschillende therapie/activiteitenprogramma's die binnen of buiten de ruimtelijke omgeving van de leefeenheden worden geboden.
- Er is specifieke aandacht voor dagactiviteiten buiten de hospitaliserende omgeving van de instelling, die een appèl doen op de mogelijkheden van de cliënt (arbeidsmatige activiteiten, zelf koken, hobbyclub, tuinieren, etc.).
- In de verblijfseenheden wordt gewerkt aan de hand van individuele zorg/behandelplannen, signaleringsplannen en omgangsplannen en met eerstverantwoordelijken of persoonlijke begeleiders (niveau 4). Elke cliënt wordt ten minste halfjaarlijks (of zoveel vaker als nodig wordt geacht) besproken in een MDO, hierbij worden cliënt en cliëntensysteem betrokken.
- Participatie van het cliëntensysteem in de dagelijkse zorg heeft de voortdurende aandacht, tevens houdt het team de vinger aan de pols voor wat betreft de eigen (verwerkings)problematiek van het cliëntensysteem. Hiertoe worden gesprekken voor partners en kinderen van cliënten georganiseerd met een meervoudige doelstelling: informatief, lotgenotencontact, ervaringsuitwisseling, opsporen van leemten in het aanbod.
- Regelmatige deskundigheidsbevordering is gepland voor alle disciplines en ondersteunende diensten voor de wijze van benadering (vraaggericht werken, omgang met gedrag o.a. regelmatig omgangsoverleg onder leiding van gespecialiseerd psycholoog, agressietraining, omgang met seksualiteit, meer aandacht voor de familie, etc.).

* | **BIJLAGE 1****Toelichting bij de beschrijving van de kenmerkende problematiek**

Voor de beschrijving van de kenmerkende problematiek in hoofdstuk 1 heeft de werkgroep gezocht naar een praktisch bruikbare indeling, die vooral is gericht op het kunnen aangeven welke gevolgen de gezondheidstoestand van de cliënt heeft op het algemeen functioneren en de kwaliteit van leven.

Als eerste indeling is gekozen voor de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Deze is goed bruikbaar als analysemodel en beschrijvingskader van het menselijk functioneren. De ICF hanteert daarvoor een indeling in negen levensgebieden (zie kader).

1 Leren en toepassen van kennis

Leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen.

2 Algemene taken en eisen

Ondernemen van taken, uitvoeren van dagelijkse routinehandelingen, omgaan met stress en andere mentale eisen.

3 Communicatie

Begrijpen, zich uiten, conversatie en gebruik van communicatieapparatuur/technieken.

4 Mobiliteit

Veranderen van lichaamshouding of van locatie, het van de ene plaats naar de andere gaan, dragen, verplaatsen en manipuleren van voorwerpen, lopen, rennen, klimmen en gebruiken van verschillende vormen van transport.

5 Zelfverzorging

Voor zichzelf zorgen, zich wassen en afdrogen, zorg dragen voor lichaam en lichaamsdelen, zich aankleden, eten en drinken, en zorg dragen voor eigen gezondheid.

6 Huishouden

Verwerven van woonruimte, eten kleding e.a. noodzakelijkheden, het schoonmaken en herstellen, het verzorgen van persoonlijke en andere huishoudelijke voorwerpen en het assisteren van andere personen.

7 Tussenmenselijke interacties

Algemene basale interacties: met personen in interactie komen in overeenstemming met de context en cultuur, met de juiste mate van respect en achting, of beantwoorden van de gevoelens van anderen.

Algemene complexe interacties: onderhouden en reguleren van interacties met andere personen, in overeenstemming met context en cultuur, zoals door het reguleren van emoties.

Bijzondere tussenmenselijke relaties met: onbekenden, formele relaties, informele sociale relaties, familierelaties, intieme relaties.

8 Belangrijke levensgebieden

Opleiding, werk en beroep, uitvoeren van economische transacties.

9 Maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven

Maatschappelijk leven in formele en informele organisaties en bij ceremonies.

Recreatie en vrije tijd (sport, spel, kunst en cultuur, handenarbeid, hobby's, sociale activiteiten).

Religie en spiritualiteit: georganiseerde religie, spiritualiteit.

Mensenrechten.

Politiek en burgerschap.

De tweede indeling komt voort uit de context van het verpleeghuisverblijf. Uitgaande van het streven naar welbevinden voor de cliënt (kwaliteit van leven) wordt er in de nota Verantwoorde zorg een indeling gemaakt in vier domeinen, namelijk:

- Lichamelijk welbevinden/gezondheid;
- Woon- en leefomstandigheden;
- Participatie;
- Mentaal welbevinden.

Aan de cliënt wordt in het verpleeghuis adequate zorgverlening van een goed niveau geboden, die de kwaliteit van leven vakbekwaam ondersteunt op deze vier domeinen.

Voor de beschrijving van de kenmerkende problematiek heeft de werkgroep deze twee indelingen gecombineerd tot het volgende schema:

Lichamelijk welbevinden/gezondheid
4 Mobiliteit
5 Zelfverzorging
Woon en leefomstandigheden
Bepaald door externe factoren
Participatie
6 Huishouden
7 Tussenmenselijke interacties
8 Belangrijke levensgebieden
9 Maatschappelijk sociaal en burgerlijk leven
Mentaal welbevinden
1 Leren en toepassen van kennis
2 Algemene taken en eisen
3 Communicatie
7 Tussenmenselijke interacties

Per ziektebeeld of stoornis kunnen de verschillende velden worden uitgewerkt, zoals in hoofdstuk 1 is gebeurd. Opgemerkt moet worden dat levensgebied 7 Tussenmenselijke interacties zowel in domein Participatie als in domein Mentaal welbevinden voorkomt. Dat heeft te maken met het onderscheid dat in de ICF gemaakt wordt tussen 'het vermogen tot' en 'het uitvoeren' van taken of handelingen. Iemand bijvoorbeeld die mentaal beperkt is in zijn vermogens tot sociale interactie, ondervindt die beperkingen ook in de participatie. Verder is het domein Woon- en leefomstandigheden niet uitgewerkt, omdat dit in de verpleeghuissetting niet door de cliënt bepaald worden, maar door de organisatie en dus door 'externe factoren'. In hoofdstuk 6, zorgdimensie 12 geven we wel aanbevelingen voor het leefmilieu van deze doelgroep.

Het grote voordeel van dit schema ziet de werkgroep in de grotere gedetailleerdheid van de ICF, die dwingt als het ware om preciezer te formuleren waar en hoe de problematiek zich binnen een bepaald domein manifesteert. Daarmee krijgt men in de zorg een nauwkeuriger beeld van de problematiek en kan het individuele zorgleefplan optimaal worden afgestemd op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.

* | BIJLAGE 2

Geraadpleegde literatuur/bronnen

Alphen, S.P.J. van (red.); Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek, behandeling en gedragsadviesing, Hogrefe, 2010

Alphen, S.P.J. van, A.M. Rettig, G.J.J.A. Engelen; Y. Kuin; J.J.L. Derksen: "Patiënt-informantovereenkomst op de Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal", Tijdschrift voor Psychiatrie, Vol. 47, nummer 9 (2005), pag.613-617

APA, Beknopte handleiding bij de DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2008.

Balkom, A.J.L.M. van en M.W. Hengeveld (red.); Probleemgeoriënteerd denken in de psychiatrie. De Tijdstroom, 2005

"Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV", American Psychiatric Association, 1995

Boer, G. de. Zo doen we dat hier. Werken in het verpleeghuis. Drachten, 2010 (Eigen uitgave)

Collet, J, de Vugt, ME, Verhey, FR, Schols, JM. Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 Jan; 25(1):3-13.

Dorland, LM. Psychische hulpverlening aan ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. Monitor geestelijke gezondheidszorg Ouderen, deelstudie 7. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Raad voor Gezondheidsonderzoek, Ouderdom komt met gebreken; Rapport 2008; 01

"Genetica en psychiatrie", AZ Sint Jan, Brugge, augustus 2005

Jongenelis, K, Pot, AM, Eisses, AM, Beekman, AT, Kluiters, H, Ribbe, MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. J Affect Disord. 2004 Dec;83(2-3):135-42.

Heeren, T.J., M.G. Kat, M.L. Stek (red.); Handboek Ouderenpsychiatrie, De Tijdstroom, 2001

Hengeveld, M.W. en A.J.L.M. van Balkom (red.); Leerboek Psychiatrie; De Tijdstroom, 2011

Luijendijk, H.J. en A.J.B. Verkaaik (red.); ; Handboek Sociale Geriatrie; De Tijdstroom, 2006

NVVA, Richtlijn Probleemgedrag met herziene medicatieparagraaf 2008. Utrecht, NVVA, november 2008

NVVA, Multidisciplinair werken aan probleemgedrag. Utrecht, NVVA, 2008

Reader bij "Persoonlijkheidsstoornissen, de stand van zaken", Benecke N.I., 6-10-2004

Smalbrugge, M, Pot, AM, Jongenelis, L, Gundy, CM, Beekman, AT, Eefsting, JA. The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Apr; 21(4):325-32.

Trimbos-instituut, Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, februari 2008

Trimbos-instituut, Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, september 2008

Vink, D., H. Buijssen : "Factsheet Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Altijd al wat apart", Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie, 2005.

Website www.nationaalkompas.nl (Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM)

* | BIJLAGE 3

Samenstelling van de stuurgroep en werkgroepen Organisaties in de Stuurgroep

Archipel, locatie de Landrijt
 Careyn, locatie Rosendael
 Florence zorggroep, locatie Mariahoeve
 Hilverzorg, locatie De Stolpe
 Laurens, locatie De Oudelandse Hof
 Mondriaan voor geestelijke gezondheid
 Noorderbreedte, locatie Nieuw Toutenburg
 Het Parkhuis
 Parnassia, psychiatrisch verpleeghuis
 Thebe Oranjehaave
 De Waalboog, locatie Joachim en Anna
 Woonzorgcentrum Bernardus
 Zorgspectrum Het Zand

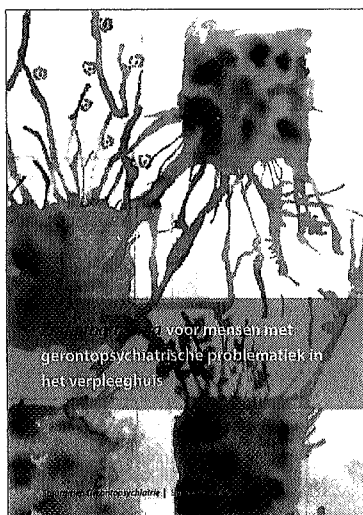
De volgende personen hebben in werkgroepen een grote bijdrage geleverd aan het tot stand komen van dit Zorgprogramma:

Anne van den Brink	specialist ouderengeneeskunde	De Waalboog, locatie Joachim en Anna
Janine Collet	specialist ouderengeneeskunde	Mondriaan voor geestelijke gezondheid
Rinette Nieuwlands	specialist ouderengeneeskunde	Thebe, locatie Lucia
Annemarie Zoete	gezondheidszorgpsycholoog	Laurens, locatie De Oudelandse Hof
Ingrid Vluggen	divisiemanager zorg	Parnassia
Mechelien Moerman	afdelingshoofd	Florence, locatie Mariahoeve*
Alie van der Wiel	afdelingshoofd	Het Parkhuis
Helma Kokx	afdelingshoofd	Thebe, locatie Lucia*
Corgé Borghouts	gezondheidszorgpsycholoog	Pleyade*
Theo van Mens	specialist ouderengeneeskunde	Hilverzorg, locatie De Stolpe
Anouk van Tiel	gezondheidszorgpsycholoog	De Archipel
Toos Smulders	gezondheidszorgpsycholoog	De Archipel*
Arnoldien van Os	manager behandeldienst	Het Zand
Patricia Simon	GZ-psycholoog	Florence, locatie Mariahoeve*
Corrij Smit	staffunctionaris	Woonzorgcentrum Bernardus*
Ditta Bolt	GZ-psycholoog	GGZ Friesland*
Marian Salari	adviseur/voorzitter/eindredactie	Buro Salari
Ad Plaisier	adviseur/eindredactie	

* ten tijde van het project werkzaam bij

*** | BIJLAGE 4****Gebruikte afkortingen van meetinstrumenten in hoofdstuk 2 en 3**

AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CDS	Care Dependency Scale
GAF	Global Assessment of Functioning (onderdeel van DSM-IV)
GDS-15	Geriatric Depression Scale
GIP	Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric
MMSE	Mini-Mental State Examination
IADL	Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
NPI-NH	Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version
NPI-Q	Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire



Vormgeving en realisatie: Commilfo
Druk: *van de garde jémé

© Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie

Uitgave

Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie
p/a
Buro Salari
Pluutwerf 9,
2804 MC Gouda

Telefoon: 06-43016458
Email: M.Salari@planet.nl



Cover aquarel van: een cliënt van Laurens

