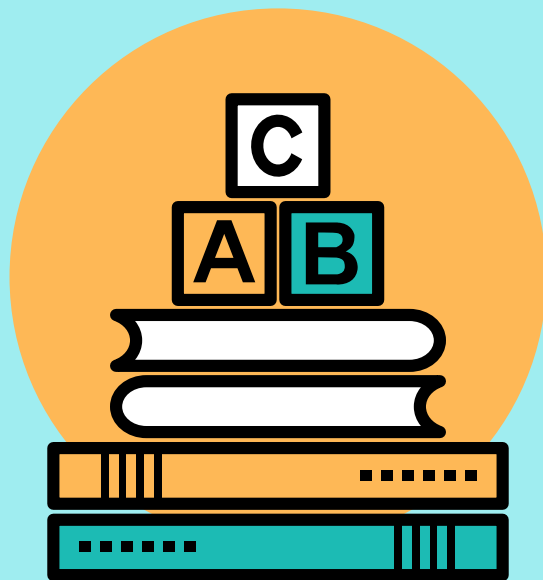




Onbegrepen gedrag in de ouderenzorg

Janine Collet, specialist ouderengeneeskunde

Mariska Eleveld, psycholoog



Welkom!

Inhoud

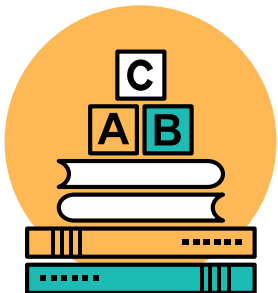
Frailty bij ouderen -> bio psychosociaal model

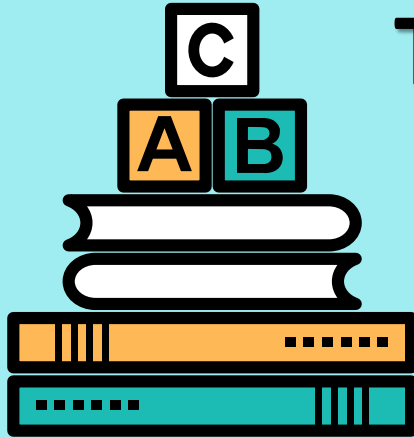
Waarom in modellen naar complex gedrag kijken?

ABC model

Cognitive Model of Behavioural Interventions

Casuïstiek





Toegenomen complexiteit

- Zorgvraag wordt complexer
- Steeds meer in de wijk/extramuraal
- Multimorbiditeit eerder regel dan uitzondering

Kwetsbaarheid



Afnemende functionele reserves

Ogenscheinlijk gezonde
organen



Snellere ontregeling van systemen

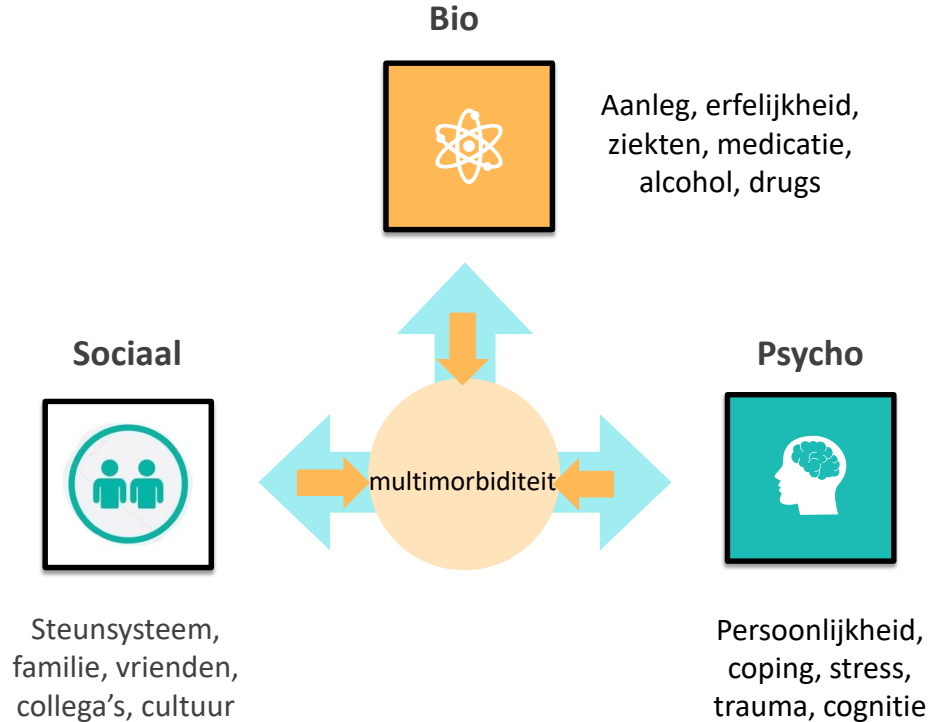
- Presenteert zich als acute aandoening
- Schade groter dan “verwacht”



Langere hersteltijd

“Een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, met als gevolg een grotere kans op negatieve gezondheid, bestaande uit functiebeperkingen, opname en overlijden”

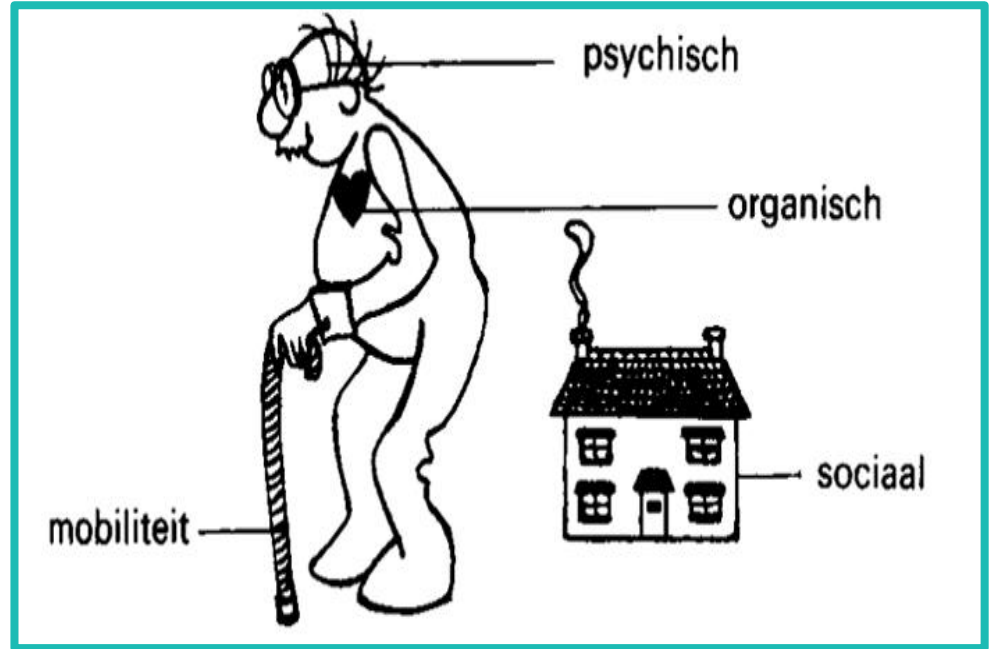
Bio-psycho-sociaal model



Heterogeniteit
Kleine trigger -> groot gevolg
Persoonlijkheidsstoornis = één variabele

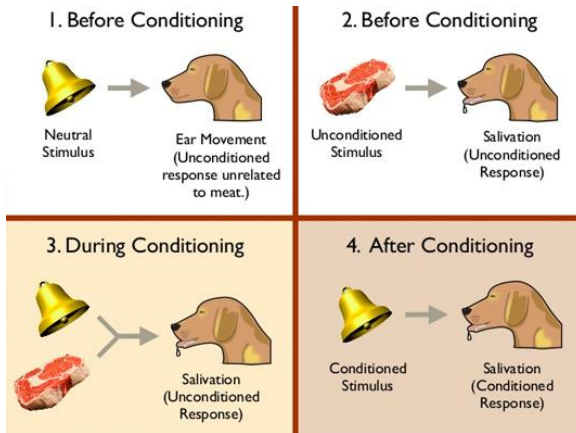
Systematisch in kaart brengen

1. Methodiek van ordenen
2. Regie voering?
3. Continuïteit van zorg
4. Haalbare doelen formuleren



Gedrag

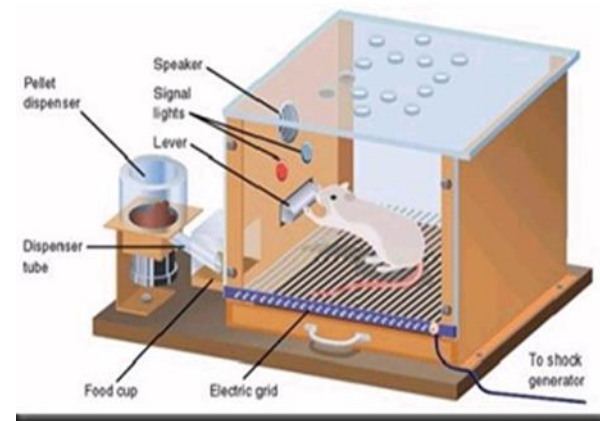
Al het gedrag is een kwestie van actie - reactie



Klassiek conditioneren

Pavlov

Een verband leren tussen
twee dingen



Operant conditioneren

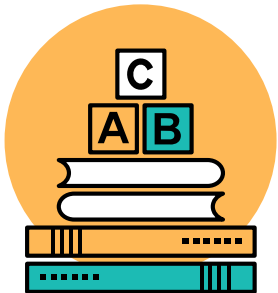
Skinner

Leren van een verband
tussen gedrag en gevolgen

In stand houden gedrag

**Gedrag blijft bestaan
omdat het wordt
beloond**

Deze beloning hoeft niet altijd zichtbaar te zijn



Bekrachtiging gedrag

Vormen bekrachtiging



Materiele bekrachtiging

Geld, cadeaus, eten



Sociale bekrachtiging

Goedkeuring, waardering, aandacht



Zelfbekrachtiging

Gedragstandaard waar men zichzelf goed bij voelt

Valkuilen bekrachtiging



Gedrag afzetten tegen eerder falen

“Zie je nou wel, dat je kunt eten zonder te morsen”



Meteen eisen stellen

“Fijn dat je hebt opgeruimd; dat kan je iedere dag wel doen”



Ontmoedigd raken bij depressieve mensen

Hoe pak je gedrag nu aan?



Maak duidelijk onderscheid tussen adequaat en inadequaal gedrag



Doorzetten: ongewenst gedrag neemt meestal eerst toe, voordat het afneemt



Wordt geen adequaat gedrag aangeleerd, dan gaat het langzamer & ontstaat er mogelijk ander, ongewenst gedrag



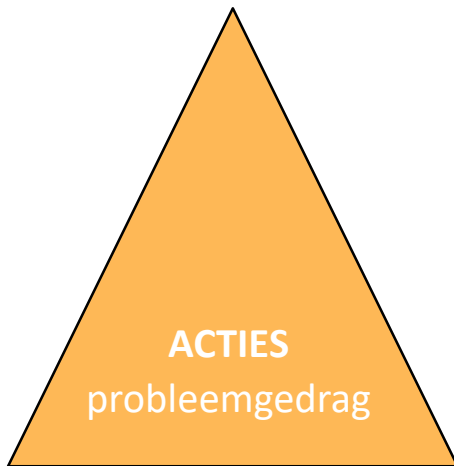
Adequaal gedrag als vervanger voor inadequaal gedrag



Gedrag wordt hardnekkiger wanneer het soms wel en soms niet wordt bekrachtigd

SHE WAS TOO AGGRESSIVE
WHEN I GOT HER, SO I
TRAINED HER TO BE
PASSIVE-AGGRESSIVE.

ABC methodiek (mediatieve therapie probleemgedrag)



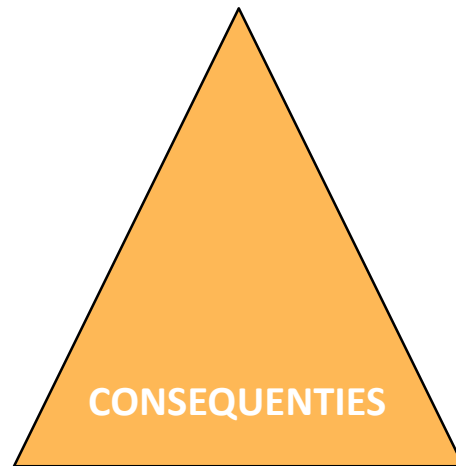
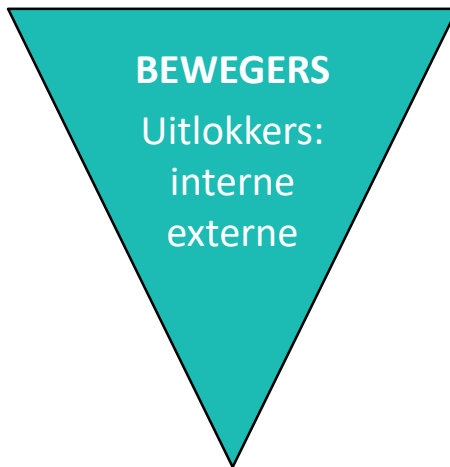
- Wat doet de patient?
- Waar vindt dit plaats?
- Voor wie is dit een probleem?

Intern

- Persoonlijkheid
- Cognitie
- Somatic
- Psychiatrie

Extern

- Sociale omgeving
- Ruimtelijke omgeving



- Wat is het gevolg voor patiënt?
- Hoe reageert de omgeving?

ABC model



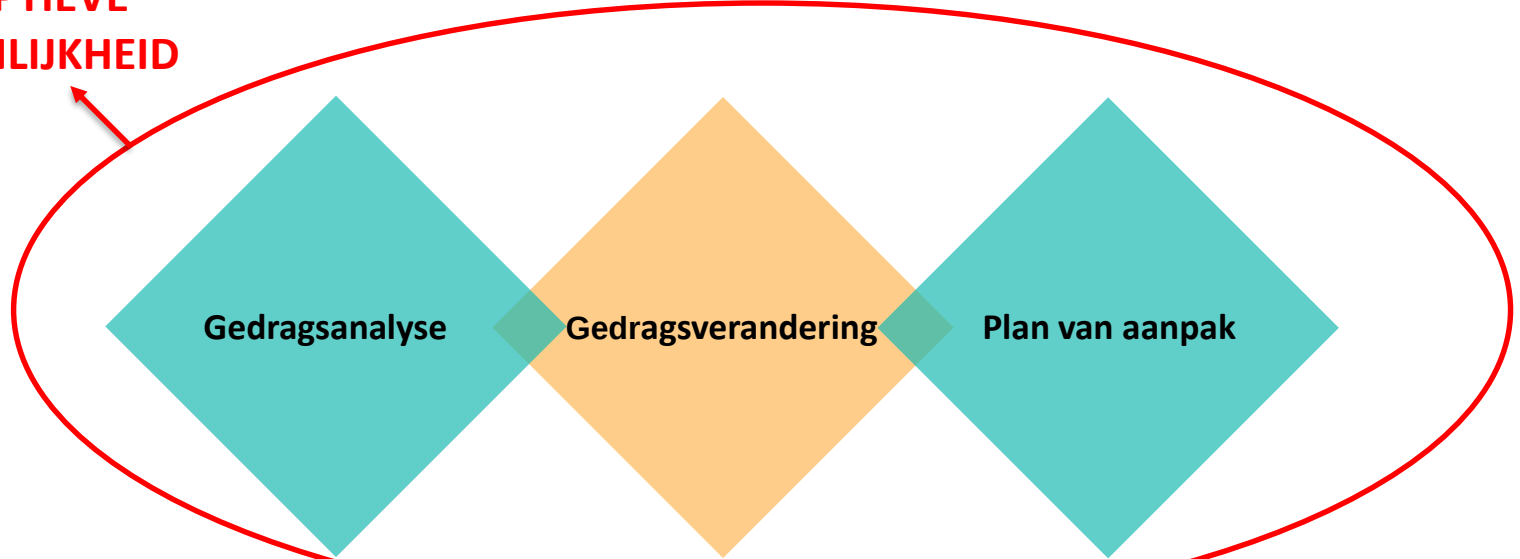
- **Acties:** het ongewenste gedrag
- **Bewegers:** intern en extern
- **Consequenties:** bekrachtigers van ongewenst gedrag

- Gewenste actie
- Realistisch geformuleerd

- Oude bewegers en bekrachtigende consequenties van ongewenst gedrag uitschakelen
- Nieuwe bewegers en bekrachtigende consequenties voor gewenst gedrag inschakelen

CoMBI model

**MALADAPTIEVE
PERSOONLIJKHEID**



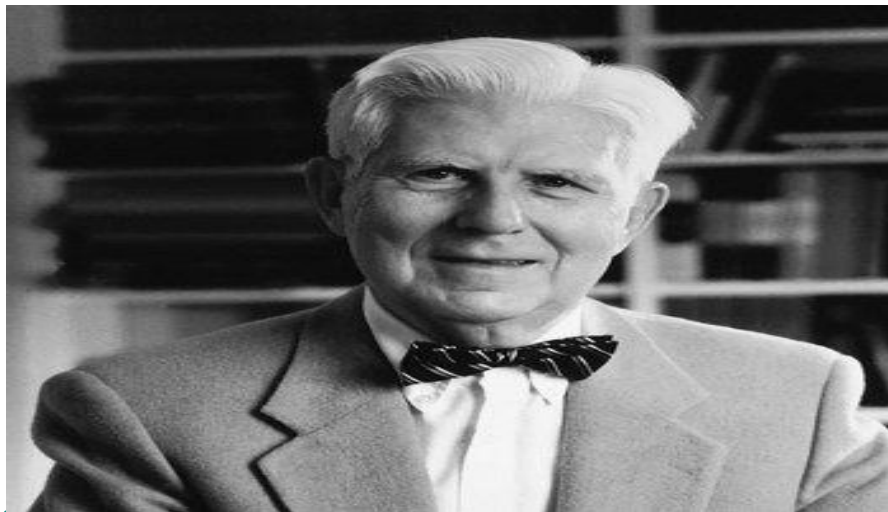
- **Acties:** het ongewenste gedrag
- **Bewegers:** intern en extern
- **Consequenties:** bekrachtigers van ongewenst gedrag

- **Gewenste actie**
- Realistisch geformuleerd

- Oude bewegers en bekrachtigende consequenties van ongewenst gedrag uitschakelen
- Nieuwe bewegers en bekrachtigende consequenties voor gewenst gedrag inschakelen

Cognitieve model van Beck

1. Iedereen heeft schema's
2. Schema's bevatten kerngedachten over jezelf, de ander en de wereld
3. Worden gevormd in de kindertijd – gedrag wordt bepaald door kernbehoeftes
4. Latent aanwezig en worden geactiveerd door een situatie
5. Bij persoonlijkheidsproblematiek zijn de schema's hardnekkiger en kernbehoeftes buiten proportioneel



Voorbeeld:

Zelfbeeld: ik ben incompetent, minderwaardig

Beeld van de ander: de ander is kritisch

Kernbehoefte: acceptatie

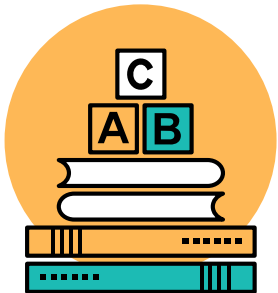
Situatie: bezoek belt af => “niemand vindt mij aardig”

Gedrag: terugtrekken, vermijden

Model van Beck

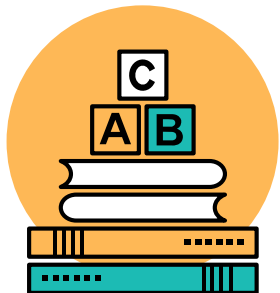
Bepaalde stressoren ofwel uitlokkende gebeurtenissen (externe bewegers) kunnen er toe leiden dat er niet aan de kernbehoefte wordt voldaan. Dat geeft innerlijke psychische spanning. Wat weer kan leiden tot gedragsproblemen.

**stressor / uitlokker => frustratie van
kernbehoefte => probleemgedrag**



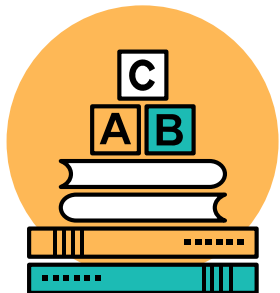
Cognitive model of behavioral interventions

- CoMBI van ABC-model en cognitieve model van Beck
- Welke **kernbehoefte** speelt een rol?
 - hetero-anamnese & HAP-vragenlijst en observatie
- Analyse probleemgedrag = ABC + **frustratie kernbehoefte**
- Doel: interventies gericht op het **tegemoetkomen aan kernbehoefte**
- Gewenste gedrag in nieuwe ABC beschrijven:
 - Nieuwe acties: wat willen we behalen (realistisch geformuleerd)
 - Nieuwe bewegers
 - Nieuwe consequenties



CoMBI-model

- Analyse
- Diagnostische werkhypothese
- Actie (probleemgedrag)
- Bewegers
 - Intern
 - **Persoonlijkheid**
Zelfbeeld:
Beeld van de ander:
Kernbehoefte:
 - Extern
 - **Uitlokker/stressor** Welke stressor of uitlokker is de oorzaak van de frustratie van de kernbehoefte
- Consequenties (gevolgen/bekrachtigers van probleemgedrag)
- Doel
- Bejegningsplan Hoe kunnen we voor de stressor compenseren, zodat we toch aan de kernbehoefte tegemoet kunnen komen



Voorbeeld



Kernopvatting	Kernbehoefte
Ik ben hulpeloos	Steun
De ander is steunend	

Uitlokker **(B)** -> frustratie van kernbehoefte -> probleemgedrag **(A)** -> consequenties **(C)**

Verlating/scheiding **(B)** -> frustratie van steun -> claimen **(A)** -> wisselend steun en afwijzing **(C)**

Model van Beck – Cluster A

	Zelfbeeld	Beeld van anderen	Uitlokkende gebeurtenis	Probleem- gedrag	Kernbehoefte
Paranoïde	Minderwaardig	Gebruikers	Beschuldiging verraad	Wantrouwen Beschuldigen	Veiligheid
Schizoïde	Eenling	Opdringerig	Intimiteit	Afstand houden	Autonomie
Schizotypisch	Vreemdeling	Bedreigend	Intimiteit, negatief (voor)gevoel	Afzonderen	Veiligheid Angst- reductie

Model van Beck – Cluster B

	Zelfbeeld	Beeld van anderen	Uitlokkende gebeurtenis	Probleemgedrag	kernbehoefte
Narcistisch	Bijzonder	Inferieur	Kwetsing	Bewondering zoeken	(Zelf) bewondering
Antisociaal	Sterk	Te gebruiken	Frustratie	Intimideren	Overheersing
Borderline	Slecht	Misbruikend	Machteloos, verlating, intimiteit	Regisseren, tijdelijk intens hechten, terugtrekken	Autonomie & controle, stabiel contact & steun
Histrionisch	Aantrekkelijk	Verleidbaar	Negering, verlating	Charmeren, overdrijven, amuseren	Bewonderende aandacht

Model van Beck – Cluster C

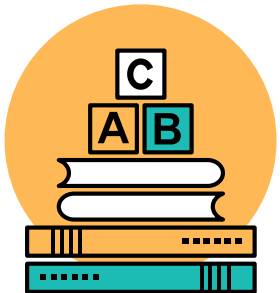
	Zelfbeeld	Beeld van anderen	Uitlokkende gebeurtenis	Probleem- gedrag	Kernbehoefte
Afhankelijk	Hulpeloos	Steunend	Verlating, scheiding	Hechten Aanpassen	Steun
Vermijdend	Incompetent	Kritisch	Negatieve beoordeling, negatief gevoel	Sociaal contact vermijden Gevoel vermijden	Acceptatie Vermijden van afwijzing
Dwangmatig	Verantwoorde- lijk	Onverant- woordelijk Incompetent	Oncontroleer- baar Falen	Controleren Perfectionisme	Vermijden van falen

Interventies mediatief

Probleemgedrag vloeit voort uit frustratie van kernbehoeftes

Behandeling = hiervoor compenseren

Dus....hoe kun je tegemoet komen aan de kernbehoeftes



Casuïstiek mw. G.

Maatschappelijk: 70 jarige weduwe (2^e partner), wonend in appartement. Beperkt steunsysteem. Goed contact kinderen 2^e partner. Bezoekt dag activiteiten in buurtcentrum.

Somatiek: Hypertensie, Adipositas, Schouderklachten (vier keer schouder operatie rechts), Nierfunctiestoornis, Diabetes mellitus, type 2, insuline afhankelijk, Diabetische retinopathie, Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS, saturatie 90%), Cataract ODS.

Functionaliteit: Loopt met rollator, ADL /HDL- zelfstandig, gebruikt CPAP-masker 's nachts.

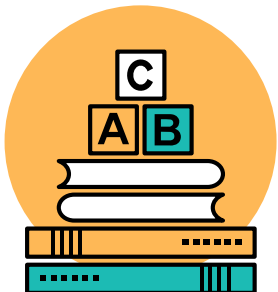
Communicatie: Hoort goed, ziet met bril functioneel, spreekt normaal.

Medicatie:

Promethazine 25 mg 1 dd 1
Quetiapine 2 dd 50 mg
Sertraline 50 mg 1 dd 2
Topiramaat 100 mg 2 dd 1
Irbesartan 150 mg 1 dd 1
Esomeprazol 1 dd 40 mg
Metoprolol 50 mg 1 dd 1
Pravastatine 40 mg 1 dd 1
Metformine 3 dd 850 mg
Levemir insuline 1 dd a.n.
Brinzolamide oogdruppels
Ascal 80 mg 1 dd 1
Prednisolon 10 mg 1 dd 1

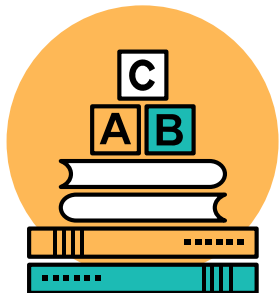
Psychiatrie: PTSS (EMDR is helpend), Paniekstoornis, Recidiverende depressie

Persoonlijkheid: Borderline PS & Vermijdende PS.



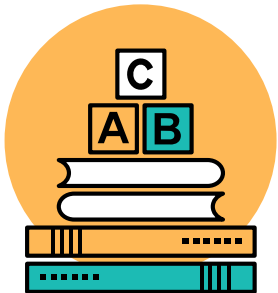
Casuïstiek mw. G.

- Patiënte struikelt en breekt haar rechter heup
- Heup operatie noodzakelijk, waarvoor opname ziekenhuis
- Pre-operatief wordt de geriater betrokken
- Advies: herstel via het “collum-care-traject”
- Opname op geriatrische revalidatie afdeling van het verpleeghuis
- Na 6 weken onvoldoende herstel; doorplaatsing naar verblijfs-afdeling voor verdere zorg & revalidatie
- Team afdeling loopt stuk op “psychiatrisch gedrag” en vraagt consult ggz



CoMBI-model – Casus mw. G.

- **Actie** (probleemgedrag): boosheid, agitatie, tegenwerken
- **Bewegers**
 - Intern
 - **Persoonlijkheid**
Zelfbeeld: slecht
Beeld van de ander: misbruikend
Kernbehoefte: autonomie, stabiel contact, steun
 - Extern
 - **Uitlokker/stressor**
Verlating door meermaals overplaatsing
- **Consequenties:** wisselend begrip en afwijzing
- **Doel:** compenseren voor behoefte aan steun, veiligheid en autonomie
- **Bejegningsplan:** Patiënte zelf vaker op zoeken. Bejegen op kalme, niet bestraffende, ondersteunende wijze. Betrek patiënte bij beslissingen over de zorg.
Laat patiënte de regie houden in tempo en stappen. Benadruk positief wat ze kan en help waar nodig. Duidelijk aangeven op welke momenten de verpleging beschikbaar is en wie de contactpersoon voor die dag is. Kom afspraken na en zorg dat zorgverleners zich consequent gedragen. Regelmatig met patiënte evalueren hoe het loopt en wat haar eventuele wensen zijn en wat de verwachtingen zijn vanuit de zorg.





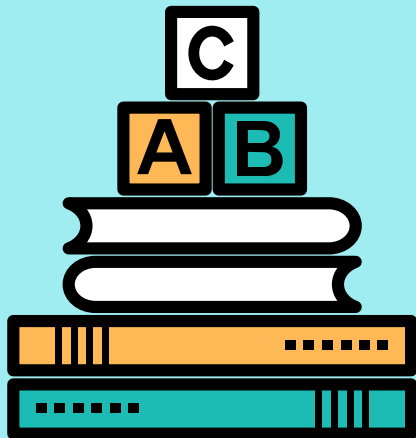
<https://www.mondriaan.eu/nl/topklinisch-centrum-voor-ouderen-met-persoonlijkheidsstoornissen/ervaringen-met-het-topklinisch-0>



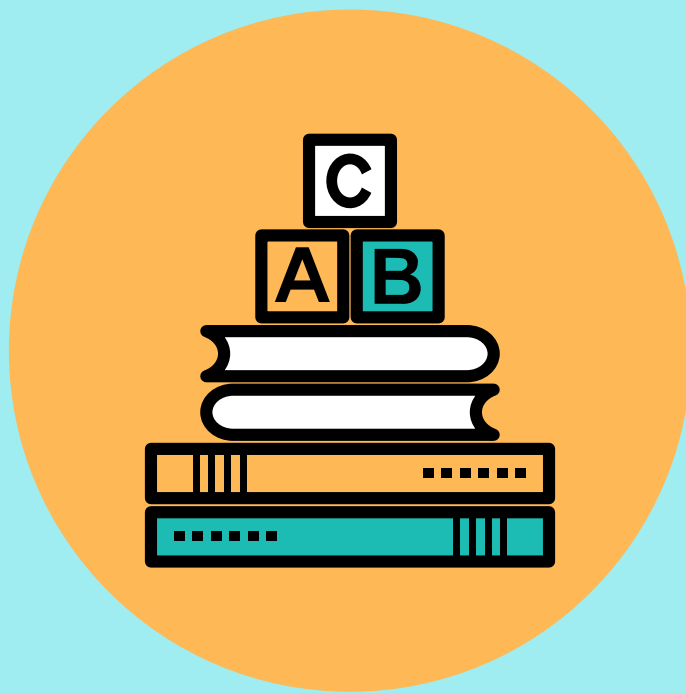
“Als verpleegkundig team werken we anders: we monitoren het gedrag van de patiënt intensiever, observeren gericht. We gaan minder in op het directe gedrag en dagelijkse interacties. We zijn minder gefocust op (ver)storend gedrag, en veel meer op de achterliggende behoefte van gedrag. Daardoor werken we pro-actiever en preventiever.”

Het ABC-plan is hierbij een belangrijk instrument. Wij werken nu intensief met het ABC-plan en zien positieve resultaten, aldus Will”.

Take home messages



- Investeren in het echt leren kennen van de patiënt en zijn behoeften loont
- Multimorbiditeit / kwetsbaarheid vraagt om samenwerken & holistisch / integraal kijken ten behoeve van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling
- Zorg op maat vraagt iets anders dan vraag gestuurde zorg



Dank voor uw aandacht

contact adressen: j.collet@mondriaan.eu ; m.eleveld@mondriaan.eu