

## Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

[www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)

[www.ouderenpsycholoog.nl](http://www.ouderenpsycholoog.nl)

Postbus 9921

1006 AP Amsterdam

telefoon (020) 410 62 22

[info@psynip.nl](mailto:info@psynip.nl)

*Vormgeving* Link Design, Amsterdam

*Druk en productie* Heijnis & Schipper Drukkerij, Zaandijk



© NIP, SPO, november 2009

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

### Auteurs:

**drs. M. Allewijn, gezondheidszorgpsycholoog**

**drs. M.T. Vink, klinisch psycholoog**

Handreiking

# Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie



# Inhoudsopgave

<b>Verantwoording</b> .....	3
<b>Inleiding</b> .....	4
<b>Theoretische kaders</b> .....	6
Persoonsgerichte zorg .....	6
Een multifactoriële benadering .....	6
Gedragstherapeutische aanpak .....	7
<b>Uitgangspunten van psychologische hulpverlening bij gedragsproblematiek</b> .....	9
Persoonsgerichte aanpak .....	9
Hypothesetoetsende werkwijze .....	9
Therapeutische relatie .....	9
Veelzijdige partijdigheid .....	10
Systemisch werken .....	10
Multidisciplinaire samenwerking .....	11
Preventie .....	11
<b>Beroepsethische aandachtspunten</b> .....	12
Informed consent .....	12
Het omgangsoverleg .....	12
Zorg weigeren .....	13
<b>Methodische werkwijze</b> .....	14
<b>1. Verkenningfase</b> .....	14
Urgentiebepaling .....	14
Vraagverheldering .....	14
Probleemanalyse .....	15
Probleemdefinitie .....	17
<b>2. Diagnostische fase</b> .....	17
Focus vaststellen van aanvullende diagnostiek .....	18
Aanvullende psychologische diagnostiek .....	18
Meting van de uitgangssituatie .....	19
Functieanalyse .....	20
<b>3. Interventiefase</b> .....	21
Doel van de interventies bepalen .....	21
Opstellen interventieplan .....	21
Psychologische behandelmethoden .....	22
Haalbaarheid .....	24
Presentatie en uitvoering interventieplan .....	25
<b>4. Evaluatiefase</b> .....	25
<b>Literatuur</b> .....	26
<b>Bijlagen</b> .....	32
I. Samenstelling kern- en klankbordgroep .....	32
II. Werkblad Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie .....	33
III. Vragenlijst verkenning gedragsproblematiek .....	34
IV. Meetinstrumenten .....	36
V. Werkblad Functieanalyse .....	39

## Verantwoording

Deze handreiking is tot stand gekomen in opdracht van de sectie Psychologen in de Ouderenzorg (SPO) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Aanleiding voor de SPO om deze handreiking te willen ontwikkelen, is de behoefte vanuit de beroepsgroep aan ondersteuning voor het professioneel handelen in de praktijk, gebaseerd op de beschikbare kennis. Kennis verwijst hierbij zowel naar kennis uit vakliteratuur en relevante multidisciplinaire richtlijnen, als naar kennis die is opgedaan door middel van klinische ervaring.

Ontwikkelingen in de visie op zorgverlening aan mensen met dementie en wetenschappelijke ontwikkelingen leggen een sterke nadruk op het belang van de psychologische invalshoek bij gedragsproblemen. Dit is in diverse multidisciplinaire richtlijnen terug te vinden (CBO 2005; NVVA 2008; Trimbos 2008a, 2008b). Psychosociale interventies vormen in deze richtlijnen de eerste keus bij probleemgedrag. De taak van de psycholoog hierin is tweeledig; de psycholoog ondersteunt en adviseert ten aanzien van passende psychosociale hulp en heeft als behandelaar een taak in de diagnostiek en psychologische interventies bij gedragsproblemen.

De SPO verwacht met deze handreiking een bijdrage te leveren aan de verbetering van de psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie. Deze handreiking heeft tot doel het professioneel handelen van de beroepsgroep transparant te maken en de kwaliteit ervan te bevorderen. Het gebruik ervan veronderstelt kennis en vaardigheden op het gebied van psychologische hulpverlening, die zijn gespecificeerd in het Professioneel Statuut voor Gezondheidszorgpsychologen dat is opgesteld door het NIP.

Bij het opstellen van deze handreiking is uitgegaan van 'best practice' en de beschikbare 'evidence' van dit moment. Gezien de beperkte beschikbaarheid van resultaten van effectstudies spreken we van een handreiking en niet van een richtlijn. Literatuurvermeldingen geven aan waar de gebruiker meer informatie kan vinden. De ontwikkelingen in het vakgebied gaan snel en ook de ervaring die wordt opgedaan met het werken volgens de handreiking, zullen in een volgende versie worden geïntegreerd.

Deze handreiking is tot stand gebracht door een kerngroep die bestaat uit de beide auteurs, met behulp van een klankbordgroep van ouderenpsychologen (zie bijlage I). De leden van de klankbordgroep zijn geselecteerd op basis van hun persoonlijke expertise en betrokkenheid. De groep is een brede vertegenwoordiging van de beroepsgroep met vertegenwoordigers van de sector Verpleging en Verzorging (V & V) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz), van wetenschap en klinische praktijk.

## Inleiding

Psychologische hulpverlening bij gedragsproblematiek van mensen met dementie vereist een grondige kennis van zaken en een op het individu en op de specifieke gedragsuiting toegespitste aanpak, met oog voor de context waarbinnen het individu leeft. De psycholoog werkt vanuit kennis van de ouderenpsychologie, die zich baseert op de gerontologie, neuropsychologie en klinische psychologie. Het in 2007 verschenen *Handboek Ouderenpsychologie* (Pot e.a., 2007) geeft een overzicht van inhoudelijke kennis in het vakgebied. Deze handreiking gaat dan ook niet inhoudelijk in op de aard van de problematiek, maar omschrijft de theoretische kaders en uitgangspunten van het psychologisch handelen, beroepssethische aspecten en de methodische werkwijze.

Het begrip gedragsprobleem is een paraplubegrip voor een groot aantal uiteenlopende gedragsprocessen, die zich afspelen in de zorg voor of omgang met mensen met dementie.

### Definitie:

Onder gedragsproblemen bij dementie wordt verstaan: Gedrag van een cliënt met dementie dat belastend of risicovol is voor mensen in zijn of haar omgeving of waarvan door mensen in de omgeving wordt ingeschat dat het belastend of risicovol is voor de persoon zelf.

Per definitie wordt een gedragsprobleem dus niet door de cliënt zelf als zodanig benoemd en is de cliënt niet degene die de hulpvraag formuleert; in dat laatste geval spreken we immers eerder van een (psychische) klacht en wordt een andere werkwijze gevolgd. In het geval van gedragsproblematiek zijn er minimaal drie partijen betrokken: de cliënt, de consultvrager en de psycholoog (triadisch werken). Soms zijn er meer partijen betrokkenen, zoals andere leden van het cliëntsysteem of medewerkers van andere disciplines dan de consultvrager.

In hoeverre gedrag als een probleem wordt ervaren, is sterk afhankelijk van de context en van de waarneming, verwachtingen en vaardigheden van de betrokkenen. De cliënt is zich niet altijd bewust van de problematiek, maar zal wel hinder ondervinden van de gevolgen ervan. Zo kan het zijn dat relaties met belangrijke anderen, zoals familie of professionele hulpverleners, niet optimaal verlopen.

Een ander gevolg van de gedragsproblemen kan zijn dat de benodigde hulp, zorg of ondersteuning uitblijft. Het als problematisch ervaren gedrag kan gezien worden als een uiting van een behoefte waaraan niet tegemoet gekomen wordt (Cohen-Mansfield, 2001). In de behoeften van mensen met dementie wordt soms niet voorzien doordat zij onvoldoende

in staat zijn voor zichzelf te zorgen en niet altijd duidelijk aan anderen kunnen aangeven wat zij nodig hebben. Zo kan roepen een uiting zijn van een behoefte aan meer contact of veiligheid.

De consultvrager kan een informele zorgverlener zijn, dat wil zeggen een familielid of naaste (mantelzorg). De vraag om hulp kan ook komen van een professionele zorgverlener, zoals een verzorgende, een begeleider of een behandelaar zoals een arts. In het laatste geval kan de arts spreken namens een of meer verzorgers en zijn deze te beschouwen als consultvragers. De manier waarop de vraag bij de psycholoog terecht kan komen, is divers en afhankelijk van gemaakte werkafspraken.

Vanuit het perspectief van de consultvrager is de vraag vaak het gedrag te doen stoppen of verminderen. Dit zal echter niet zonder meer de focus van psychologische hulpverlening zijn. De focus kan ook liggen bij het beperken van de last die door het gedrag bij de consultvrager ervaren wordt, bijvoorbeeld door het gedrag begrijpelijk te maken en daardoor beter aanvaardbaar. Ook kan de focus liggen op de analyse van de rol van de sociale en fysieke omgeving. Gedrag van de persoon met dementie kan immers ook worden beïnvloed door gedrag van anderen of door fysieke omgevingsfactoren.

De hier beschreven werkwijze is onafhankelijk van de setting waarin het probleem zich voordoet en dus toepasbaar in thuissituatie, dagcentrum of instelling.

## Theoretische kaders

Dementie wordt gekenmerkt door cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen. Deze veranderingen zijn deels een direct gevolg van de aantasting van de hersenen, deels hebben ze te maken met het streven van het individu om zich met beperkte capaciteiten aan te passen aan de eigen veranderingen en aan de eisen van de omgeving. Hierdoor, en onder invloed van allerlei andere biologische, psychologische en sociale factoren, kan gedrag ontstaan dat moeilijk te begrijpen is, dat hinderlijk of gevaarlijk is, en dat leidt tot een verminderde kwaliteit van leven van zowel de betrokkene zelf als van degenen in zijn directe omgeving (Pot e.a., 2001).

### Persoonsgerichte zorg

Er is een brede consensus dat de principes van persoonsgerichte zorg een goed fundament bieden voor de zorgverlening aan mensen met dementie (Kitwood, 1997; de Lange, 2007; NICE-SCIE Clinical Guideline, 2006). Deze principes benadrukken:

- de menselijke waarde van mensen met dementie, ongeacht hun leeftijd of cognitieve stoornissen en degenen die voor hen zorgen
- de individualiteit van elke mens met dementie, met ieders unieke persoonlijkheid en levensgeschiedenis, die van invloed is op de reactie op dementie
- het belang van het perspectief van de persoon met dementie
- het belang van relaties en interacties met anderen en de potentie hiervan om het welbevinden van mensen met dementie te bevorderen

### Een multifactoriële benadering

Gedrag ontstaat vanuit een complexe samenhang van biologische, psychologische en sociale factoren. De behandeling van gedragsproblemen vraagt dan ook een brede multidisciplinaire verkenning van factoren die een mogelijke rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van het gedrag.

Kitwood heeft deze multifactoriële benadering verder uitgewerkt voor mensen met dementie (Kitwood, 1997; Vink & Ekkerink, 2007):

#### Het gedrag van mensen met dementie wordt beïnvloed door:

- persoonlijkheid en coping
- levensgeschiedenis
- gezondheid
- neuropathologische veranderingen
- sociale en omgevingsfactoren

De invloed van persoonlijkheid en coping op het gedrag van mensen met dementie is onder meer beschreven in het adaptatie-coping model (Dröes,1991). Kennis over de levensloop is onmisbaar voor het voorkomen, begrijpen en de behandeling van gedragsproblematiek van mensen met dementie. Gezondheid kan grote invloed hebben op gedrag, bijvoorbeeld als er sprake is van niet-opgemerkte pijn of lichamelijk ongemak, bijwerkingen van medicatie of zintuiglijke beperkingen (Smalbrugge, 2007).

Neuropsychologische functiestoornissen ten gevolge van de neuropathologische veranderingen spelen bij dementie eveneens een belangrijke rol in het gedrag. Niet alleen geheugenstoornissen, maar ook andere beperkingen kunnen van grote invloed zijn op het gedrag van mensen met dementie (Diesfeldt, 2006; Teunisse & Scherder, 2007). Vooral stoornissen in de executieve functies hebben veranderingen in het gedrag tot gevolg, die door zorgverleners en verwanten niet altijd goed te begrijpen en hanteren zijn (Brouwer & Schmidt, 2003). Ook kunnen neuropathologische veranderingen invloed hebben op emotionele processen en de uitingen hiervan.

Sociale en omgevingsfactoren ten slotte spelen in het model van Kitwood een belangrijke rol, omdat hier aangrijpingspunten liggen voor positieve beïnvloeding van het gedrag. Het belang van een aangepaste omgeving, die rekening houdt met de beperkingen en aansluit bij de behoefte van de individuele cliënt wordt eveneens benadrukt in de progressive lowered stress threshold theorie van Hall en Buckwalter (1987; Vink & Ekkerink, 2007) en in het unmet needs-model van Cohen-Mansfield (2001; Vink & Ekkerink, 2007).

### **Gedragstherapeutische aanpak**

De basis voor het behandelen van gedragsproblematiek is de gedragstherapie (Hermans e.a., 2006; Vink & Ekkerink, 2007). Gedragstherapie steekt in op gedragsniveau, het niveau waarop het probleem wordt gepresenteerd. Het gedragstherapeutisch model sluit aan bij het multifactorieel verklaringsmodel voor gedrag en volgt een hypothesetoetsende werkwijze. Uitgangspunt is dat gedrag ontstaat in reactie op prikkels vanuit de omgeving of vanuit de persoon zelf en in stand wordt gehouden door de consequenties ervan, zoals de reacties van anderen. Persoonlijke factoren, zoals levensloop, ziektebeeld en persoonlijkheid bepalen mee hoe iemand reageert.

Onder gedrag wordt niet alleen uiterlijk waarneembaar gedrag verstaan, maar ook gedachten en emoties. Op deze manier integreert het gedragstherapeutisch model naast gedragsmatige kennis ook inzichten uit de andere hoofddomeinen van de psychologie, namelijk emotie en stemming (Kuin, 2007), persoonlijkheid (Derksen, 2007) en neuropsychologie (Diesfeldt, 2006; Teunisse & Scherder, 2007). Gedragstherapie is ingeburgerd in het denken en handelen van psychologen en is getoetst op effectiviteit, ook bij ouderen.



Gedragstherapeutische principes zijn eenvoudig om uit te leggen aan cliënten of zorgverleners en daardoor goed bruikbaar in mediatieve behandeling en bij systeemtherapie (Hamer & Vink, 2001; Hamer & Voesten, 2000).

Gedragstherapie heeft een relatief lange traditie van toepassing bij gedragsproblemen bij dementie zowel thuis als in zorginstellingen (o.a. Burgio & Bourgeois, 1992; Geelen & Bleijenberg, 1999a, 1999b; Hamer, 2002, 2007; Pinkston e.a., 1988; Pinkston & Linsk, 1987). Onderzoek naar de resultaten ervan laat consistente positieve effecten zien bij de behandeling van gedragsproblemen bij dementie (Livingston e.a., 2005; Logsdon e.a., 2007). De gedragstherapeutische aanpak vormt tevens de basis voor de zogenaamde Plezierige-Activiteiten-Methode, die effectief is gebleken bij de behandeling van depressief gedrag, zowel bij thuiswonende mensen met dementie als in zorginstellingen (NIVEL, 2004; Teri e.a., 1997; Verkaik, 2009).

## **Uitgangspunten van psychologische hulpverlening bij gedragsproblematiek**

De werkwijze van de psycholoog bij gedragsproblemen bij dementie is voor zowel cliënten als voor andere hulpverleners herkenbaar, omdat er een aantal vaste uitgangspunten in wordt gehanteerd. Deze uitgangspunten zijn onafhankelijk van setting, aard van het probleem en kenmerken van de cliënt en het cliëntsysteem.

### **Persoonsgerichte aanpak**

Hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie vraagt, in aansluiting op de genoemde uitgangspunten van de persoonsgerichte zorg, om een persoonsgerichte aanpak. Een werkwijze die oog heeft voor de individuele variaties in aard en oorzaken van gedragsproblemen en die is toegesneden op de gewoontes en voorkeuren, de huidige mogelijkheden en beperkingen en op de specifieke behoeften van het individu en van de betrokken zorgverleners geeft duidelijk betere resultaten dan routinematige inzet van interventies (Bird e.a., 2009; Cohen-Mansfield e.a., 2007). In de werkwijze dient ook rekening te worden gehouden met de beperkte belastbaarheid van cliënten met dementie. Behandeling van gedragsproblematiek mag de cliënt niet zwaarder belasten dan noodzakelijk is. De psycholoog kiest dus voor minimaal noodzakelijke en minimaal belastende diagnostiek en zal gefaseerd te werk gaan (Soudijn, 2003).

### **Hypothesetoetsende werkwijze**

Kenmerkend voor de werkwijze van de psycholoog is het hypothesetoetsend werken (Diesfeldt, 2004). Dit betekent dat de interventies gebaseerd zijn op zorgvuldige diagnostiek en hypothesevermoring over ontstaan, instandhouding en hanteren van het probleemgedrag.

### **Therapeutische relatie**

De psycholoog is opgeleid om te werken vanuit een therapeutische relatie. Een deel van het succes van psychotherapeutisch interveniëren is toe te schrijven aan niet-specifieke factoren, waarvan de relatie tussen cliënt en therapeut een van de belangrijkste is (Takens & Nijdam, 2007). Hoewel bij de behandeling van gedragsproblemen bij dementie niet altijd sprake is van psychotherapie in de oorspronkelijke betekenis van het woord, zal de psycholoog ook in dit kader werken vanuit een therapeutische relatie. Deze relatie kan ontstaan met de cliënt, met de informele zorgverlener(s) of met formele zorgverleners. Voor het verrichten van psychodiagnostiek is eveneens een therapeutische relatie nodig, ook bij mensen met dementie. Dat betekent dat de psycholoog de cliënt onvoorwaardelijk accepteert, gebruik kan maken van motiverende en empathische gesprekstechnieken en zich bewust is van processen van overdracht en tegenoverdracht. De psycholoog moet tijdens contacten met cliënt of cliëntsysteem voortdurend naast inhoudelijk ook procesmatig kunnen observeren, interpreteren en waar nodig interveniëren.

## Veelzijdige partijdigheid

De basishouding bij de behandeling van gedragsproblematiek is er een van 'veelzijdige partijdigheid', dat betekent dat de psycholoog betrokkenheid uit bij alle betrokkenen, zonder een oordeel te vellen (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). De psycholoog legt zo verbinding tussen de cliënt en belangrijke anderen en tussen hulpverleners onderling.

## Systemisch werken

De psycholoog is zich bewust van de context waarbinnen zich de hulpverlening aan de betreffende cliënt afspeelt en houdt hier bij het eigen handelen rekening mee. De psycholoog werkt op verschillende manieren samen met voor de cliënt belangrijke anderen, zoals familie en vrienden (hier samengevat onder de term familie):

### 1. *Familie als medebehandelaar*

Familie is een bron van informatie en kan belangrijke aanvullende kennis aandragen over de aard van het probleem, mogelijke oorzaken en oplossingsrichtingen. Ook kunnen familieleden in mediatieve therapie actief worden ingeschakeld om het gedrag te veranderen.

### 2. *Familie als cliënt*

Familie kan ook zelf cliënt zijn van de psycholoog. Als uit de analyse blijkt dat emotionele, cognitieve of gedragsaspecten van familieleden een rol spelen in het ontstaan of in stand houden van het probleemgedrag, kan de psycholoog ervoor kiezen de problematiek van de familie te behandelen.

### 3. *Familie als vertegenwoordiger*

Als ingeschat wordt dat de cliënt niet volledig in staat is zijn of haar eigen belangen in de behandeling te vertegenwoordigen, zal de wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt worden geïnformeerd over het doel en de werkwijze van de behandeling en om instemming worden gevraagd.

Systemisch werken aan gedragsproblemen betekent in veel situaties samenwerking met andere professionele zorgverleners, zoals verzorgende teams in instellingen en thuiszorgmedewerkers in de ambulante setting. Mediatief werken is een belangrijk onderdeel van psychologische behandeling van gedragsproblemen bij dementie. De samenwerking met verzorgenden is ten dele op te vatten als intercollegiaal, maar er spelen in de relatie tussen psycholoog en professionele zorgverlener ook hulpverlener-clientprocessen. Zo kunnen zorgverleners weerstand vertonen tegen de door de psycholoog voorgestelde interventies en kan de motivatie tot verandering variëren. De psycholoog dient kennis te hebben van processen die zich afspelen binnen de professionele zorgverlening en het opbouwen van langdurige professionele zorgrelaties met mensen met dementie (Boeije, 1994; Allewijn & Haaring, 2007).

## Multidisciplinaire samenwerking

Psychologische hulpverlening vindt in de dementiezorg over het algemeen plaats in een multidisciplinair kader. Binnen dit kader is iedere professional verantwoordelijk voor zijn of haar eigen beroepsuitoefening (Geertsema, 2007a). In instellingen zijn vaak werkafspraken gemaakt over de coördinatie en verslaglegging met betrekking tot behandeling. Doorgaans is er een vorm van zorgcoördinatie, zoals casemanagement of zorgtoewijzing. Een arts kan coördinerende taken hebben in de werkzaamheden van een multidisciplinair team; deze taak kan ook aan de psycholoog of een verpleegkundige toebedeeld zijn, afhankelijk van onder meer de visie van een instelling.

Nauwe samenwerking en afstemming met de behandelend arts is altijd van belang. De arts en psycholoog zullen afstemmen of en in welke fase behandeling met psychofarmaca gewenst is. In de richtlijn Multidisciplinair werken aan probleemgedrag (NVVA, 2008) wordt gesteld dat behandeling met psychofarmaca geïndiceerd kan zijn als psychosociale interventies onvoldoende effect hebben, bij psychiatrische aandoeningen en in acute situaties.

Multidisciplinaire samenwerking reikt verder dan samenwerking met verzorgenden en arts. Vaak bestaan er ook betekenisvolle samenwerkingsrelaties met paramedici (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie), activiteitenbegeleiders of ambulante begeleiders. Zij kunnen een bijdrage leveren aan de diagnostiek door observatie tijdens therapie of begeleiding of een deel van de interventies uitvoeren.

## Preventie

De psycholoog heeft naast de aandacht voor de individuele cliënt ook altijd de verantwoordelijkheid zodanig te signaleren en adviseren, dat er maatregelen worden genomen om gedragsproblemen te voorkomen of te beperken, zowel in de thuishouding als in instellingen (Cuijpers, 2007; Geelen & Vink, 2004). Dementiezorg is langdurige zorg en gedragsproblemen kunnen ontstaan als er geen heilzaam woonklimaat kan worden gecreëerd of als mensen in de omgeving niet adequaat reageren. Zo kunnen gedragsproblemen voortkomen uit de verstoorde verhouding tussen de mogelijkheden van de persoon met dementie en de eisen die de omgeving aan hem of haar stelt.

Het is de taak van de psycholoog dergelijke discrepanties tijdig te signaleren. De psycholoog doet suggesties om de benadering, fysieke omgeving of hulpverlening tijdig aan te passen aan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Gedragsproblemen en onnodig lijden worden daarmee mogelijk voorkomen. Door aandacht voor attitude, vaardigheden, kennis, waarden en normen van informele en formele zorgverleners en voor gedragsbepalende aspecten van de fysieke omgeving kan de psycholoog zorgdragen voor de preventie van gedragsproblemen.

# Beroepsethische aandachtspunten

## Informed consent

Het werken aan gedragsproblematiek van mensen met dementie vereist specifieke aandacht voor beroepsethische aspecten (Geertsema, 2007b). De cliënt stelt doorgaans zelf geen hulpvraag aan de psycholoog en veel informatie wordt niet door de cliënt verstrekt, maar door derden. De psycholoog moet erop toezien dat er een vorm van 'informed consent' is, dat wil zeggen overeenstemming over de betrokkenheid van en behandeling door de psycholoog op grond van informatie die is afgestemd op het bevattingsvermogen van de cliënt (Nederlands Instituut van Psychologen, 2007). Informed consent wordt verkregen door:

### 1. *Instemming te vragen aan de cliënt*

De psycholoog geeft de cliënt in begrijpelijke bewoordingen uitleg over de bemoeienis van de psycholoog. De cliënt wordt gemotiveerd om toestemming te verlenen en actief te participeren in het behandelplan. De informatievoorziening kan worden overgenomen door een professional met wie de cliënt een vertrouwensrelatie heeft, zoals een casemanager of eerst verantwoordelijk verzorgende.

### 2. *Instemming te vragen aan de wettelijke vertegenwoordiger*

Als de cliënt ter zake als wilsonbekwaam dient te worden beschouwd, wordt de bemoeienis van de psycholoog ter goedkeuring voorgelegd aan de (wettelijk) vertegenwoordiger van de cliënt.

### 3. *Instemming op te nemen in zorgverlenerovereenkomst*

Als de psycholoog werkt in een multidisciplinaire setting kan eventuele bemoeienis van de psycholoog bij zich voordoende gedragsproblematiek worden toegelicht bij de aanvang van de hulpverlening, of verwerkt worden in algemeen schriftelijk informatie-materiaal zoals een zorgverleningsovereenkomst of folder over de werkwijze van de instelling. Dit geldt zowel voor intra- als semi- en extramurale hulpverlening.

## Het omgangsoverleg

Het omgangsoverleg neemt een aparte positie in als het gaat om de instemming van de cliënt. Omgangsoverleg kan een onderdeel zijn van een mediatieve behandeling door een psycholoog, gericht op verandering van gedrag van de cliënt. In dit geval moet het voor cliënt en/of vertegenwoordiger inzichtelijk zijn wat het doel van de behandeling is en welke interventies hiertoe worden ingezet. Dit moet dus vastliggen in een zorg- of interventieplan. Omgangsoverleg kan ook een vorm zijn van teambegeleiding/teamcoaching. Hierbij heeft het team de positie van de cliënt en de psycholoog die van consulent/procesbegeleider.

In zijn algemeenheid moet de cliënt weten dat er dergelijk overleg plaatsvindt, waarin gesproken wordt over interacties tussen cliënt en zijn of haar zorgverleners. Voor het bespreken van specifieke cliëntsituaties in het omgangsoverleg in het kader van teambegeleiding hoeft niet per cliënt toestemming verkregen te worden. De psycholoog dient zich wel voortdurend bewust te zijn van de verschillende rollen en de verantwoordelijkheden die dit ten opzichte van de informatievoorziening en het instemmingsrecht van de cliënt met zich meebrengt.

## **Zorg weigeren**

De psycholoog kan in consult worden geroepen bij cliënten met dementie die geen of weinig zorg toestaan. Formeel juridisch mogen psychologen geen behandeling uitvoeren of zorg verlenen als de cliënt duidelijk te kennen geeft dit niet te willen. Weigering of afweer kan echter zijn ingegeven door symptomen van pathologie, zoals gebrek aan inzicht in de eigen situatie of ernstige angst of achterdocht.

Het is aan de psycholoog om niet alleen de formele regels te volgen, zoals het respecteren van het recht op autonomie, maar ook te streven naar goed hulpverlenerschap. Dat betekent dat bij een cliënt die wordt aangemeld met gedragsproblematiek de bemoeienis niet per definitie zal stoppen als de cliënt deze in eerste instantie afwijst. Het weigeren van zorg of behandeling betekent niet dat de cliënt niet geholpen wenst te worden of geen verandering wenst in zijn of haar situatie. Ook blijft door het stoppen van verdere bemoeienis de consultvragers met het probleem achter. Het is aan de psycholoog te onderzoeken wat de motieven van de zorgweigering zijn en op welke voorwaarden de cliënt wel geholpen wil worden (Diesfeldt & Teunisse, 2007).

Doel van interventie kan dan zijn vertrouwen winnen, aansluiting zoeken, de grenzen verkennen en waar mogelijk enigszins verleggen. In iedere fase van het proces van hulpverlening is het van belang dat de cliënten binnen hun mogelijkheden controle houden en hun zelfrespect bewaren. Vanuit de opgebouwde vertrouwensrelatie kan de psycholoog gebruikmaken van motiverende technieken om een basis te creëren voor verdere hulpverlening (Miller en Rollnick, 2005).

## Methodische werkwijze

Het methodisch handelen van de psycholoog bij gedragsproblemen omvat diverse werkzaamheden. Niet alle werkzaamheden hoeven door de psycholoog zelf te worden uitgevoerd. Soms zijn bepaalde werkzaamheden al door anderen verricht. Ook kunnen delen worden uitbesteed aan anderen. Een heteroanamnese kan bijvoorbeeld door een verpleegkundige of maatschappelijk werkende worden gedaan en testonderzoek door een psychologisch medewerker. Keuzes hierin worden gemaakt op grond van een afweging van kwaliteits- en efficiencyoverwegingen.

Het methodisch handelen van de psycholoog bij gedragproblematiek omvat vier min of meer afzonderlijk te beschrijven fasen, die in de praktijk vaak in elkaar over zullen lopen:

1. Verkenningsfase
2. Diagnostische fase
3. Interventiefase
4. Evaluatiefase

De verschillende onderdelen per fase zijn terug te vinden op het werkblad in bijlage II. De hier beschreven werkwijze betreft vooral nieuwe consultaanvragen, bij vervolggconsulteren kan de werkwijze worden aangepast en gecomprimeerd.

### 1. Verkenningsfase

De verkenningsfase is gericht op bepaling van de urgentie, verheldering van de vraag en een analyse van het probleem.

#### Urgentiebepaling

Bij aanmelding van het probleem beoordeelt de psycholoog eerst wat de urgentie van de problematiek is door na te gaan of er sprake is van direct gevaar voor de cliënt zelf of voor mensen in de directe omgeving. Sommige problemen vereisen snelle interventies, zoals ernstige agressie of suïcidaal gedrag. Na een voorlopig advies kan alsnog nadere analyse plaatsvinden en een interventieplan worden opgesteld. Gedrag dat een hoge lijdensdruk veroorzaakt bij cliënt of omgeving kan ook als urgent worden omschreven.

#### Vraagverheldering

De volgende stap in de verkennende fase is die van verheldering van de vraag. Het is van belang zorgvuldig bij deze stap stil te staan.

### ***Vaststellen wie de vraagsteller is***

De consultvrager is degene die het probleem aanmeldt. Dit is niet altijd dezelfde persoon als degene die feitelijk om hulp vraagt. Zo kan het zijn dat een arts consultvrager is en de vraag komt vanuit verzorgenden, of dat een casemanager een consult aanvraagt namens een mantelzorger. Met de vraagsteller wordt bedoeld: degene die het probleem ervaart, signaleert en hulp vraagt. De vraagsteller is degene die in eerste instantie informatie kan geven over de vraag en over het probleem.

### ***Overleg met de vraagsteller***

In de fase van vraagverheldering werkt de psycholoog vanuit het referentiekader van de vraagsteller. Doel van het overleg met de vraagsteller is inzicht te krijgen in de hulpvraag. Wat is de vraag die aan de psycholoog wordt gesteld? Komt deze overeen met de vraag van de consultvrager? Wordt de vraag terecht aan de psycholoog gesteld?

Daarnaast zal de psycholoog willen weten wat impliciete opvattingen en verwachtingen van de vraagsteller zijn, ook wel genoemd: de vraag achter de vraag. Wat is de appèlwaarde van de vraag? Welke emotionele lading heeft de gedragsproblematiek voor de vraagsteller? Wat zijn de motieven om de hulp van de psycholoog op dit moment in te schakelen? En wat zijn de verwachtingen van de bemoeienis van de psycholoog? De psycholoog maakt gebruik van specifieke gesprekstechnieken, zoals open vragen stellen, non-verbaal aanmoedigen, verbaal volgen, doorvragen en samenvatten. Het doel is te komen tot een gezamenlijk vastgestelde formulering van de hulpvraag.

Als de vraagverheldering duidelijk maakt dat het gedrag vooral als een probleem voor de vraagsteller zelf kan worden beschouwd, bijvoorbeeld vanwege irrealistische of disfunctionele cognities over het gedrag van de cliënt, zal de verdere analyse zich vooral richten op deze aspecten en minder op het gedrag van de cliënt zelf.

### **Probleemanalyse**

In de fase van de probleemanalyse wordt het perspectief van de vraagsteller verlaten en vanuit een gedragstherapeutisch referentiekader naar het gedrag van de cliënt gekeken.

In de probleemanalyse gaat het om een brede verkenning van factoren die een mogelijke rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van het probleemgedrag: lichamelijke problemen (bijvoorbeeld niet-opgemerkte pijn of lichamelijk ongemak), bijwerkingen van medicatie, neuropsychologische problemen, psychische problemen, levensloop-factoren, persoonlijkheidskenmerken, psychosociale factoren of materiële omgevings-factoren (NICE-SCIE Clinical Guideline, 2006). Vaak is een deel van deze factoren al onderzocht, bijvoorbeeld in medisch of eerder verricht psychologisch onderzoek.



De probleemanalyse wordt gedaan aan de hand van een interview met de vraagsteller, kennismaking met de cliënt en dossieronderzoek.

### ***Interview met de vraagsteller***

De probleemanalyse begint met het concretiseren van het gedragsprobleem door uit te vragen hoe het gedrag er concreet uitziet. Door zorgvuldig uitvragen kan de psycholoog gedrag dat in subjectieve termen of vaag wordt omschreven, zoals 'verward' of 'onrustig' herformuleren in concreet waarneembare gedragingen, zoals 'heen en weer lopen'.

Vervolgens worden de achtergronden van de gedragsproblematiek nagevraagd, eventueel aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Een bruikbaar instrument is de vragenlijst van Gurland (1987), die in de vertaling van Stok-Koch is opgenomen in het *Handboek Ouderenpsychologie* (Pot e.a., 2007) en in de *Handreiking multidisciplinair werken aan probleemgedrag* (NVVA, 2008). Deze vragenlijst is voor deze handreiking uitgebreid met enkele vragen en in bijlage III opgenomen.

Allereerst zijn twee vragen toegevoegd om bij al bekend gedrag vast te stellen welke factoren eventueel de alertheid op het gedrag verhogen of de tolerantie voor het gedrag verminderen. Ook is een vraag toegevoegd naar mogelijke behoeften waaruit het gedrag zou kunnen voortkomen. Deze vraag kan informatie opleveren over factoren die het gedrag beïnvloeden. Daarnaast kan de vraag disfunctionele cognities van de vraagsteller over het gedrag van de cliënt aan het licht brengen. Eventuele disfunctionele cognities of irreële verwachtingen kunnen ook duidelijk worden aan de hand van de vraag naar de verwachtingen van de vraagsteller ten aanzien van doel en interventies.

Verder zijn vragen toegevoegd naar uitzonderingen en naar bestaand wenselijk gedrag. Deze vragen geven belangrijke informatie voor mogelijke gedragstherapeutische interventies (Klaver, 2007a). Daarnaast zijn ze nuttig om een haalbaar doel te kunnen formuleren in termen van wenselijk gedrag dat binnen de gedragsmogelijkheden van de cliënt ligt.

### ***Kennismaking met de cliënt***

Als de psycholoog de cliënt niet kent, volgt in ieder geval een korte kennismaking. Als het mogelijk is wordt een anamnese afgenomen. Wat zijn eventuele klachten van de cliënt? Wat is de beleving van cliënt en de visie op het gedrag(sprobleem)? De psycholoog zal zich ervoor inspannen dat de cliënt op zijn of haar bevattingvermogen aangepaste informatie krijgt, zodat duidelijk is wat het doel is van het onderzoek en toestemming verkregen kan worden voor de verdere stappen.

### **Dossieronderzoek**

In het dossier kan worden nagegaan welke relevante psychodiagnostiek recentelijk gedaan is, welke lichamelijke factoren mogelijk een rol spelen en of er sprake is van psychische problematiek in de voorgeschiedenis. Informatie uit de levensgeschiedenis van de cliënt is belangrijk om eventuele achtergronden te kennen die het huidige gedrag begrijpelijk of inzichtelijk maken, of om voorkeuren en behoeften beter te kennen.

### **Probleemdefinitie**

Uit de inventarisatie wordt duidelijk welke factoren mogelijk een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van het probleemgedrag.

De analyse kan uitwijzen dat het een afgebakend, min of meer enkelvoudig probleem betreft, maar het kan ook voorkomen dat het om een complex van verschillende gedragsproblemen gaat. Dan is het van belang om de verschillende gedragingen te inventariseren en na te gaan in hoeverre ze met elkaar samenhangen. Samenhang is waarschijnlijk als de gedragingen deel uitmaken van eenzelfde syndroom, zoals depressiviteit of delier of als ze samenhangen met dezelfde situatie. Het kan ook zijn dat als problematisch ervaren gedrag voortkomt uit de reacties of maatregelen die getroffen worden vanwege ander probleemgedrag (symptoomverschuiving). De analyse van de samenhang wordt onder meer gedaan op grond van inhoudelijke kennis van syndromen en symptomen.

Als de samenhang duidelijk is, volgt de probleemkeuze of prioritering. De psycholoog stelt in overleg met de vraagsteller vast welk probleem als eerste wordt aangepakt. Deze keuze is afhankelijk van:

- lijdensdruk van de cliënt
- ernst en hinder die de omgeving ondervindt
- succeskans

De verkenningfase mondt uit in een gezamenlijke formulering van het probleem en een plan voor de verdere aanpak ervan. Vastgesteld wordt of er voldoende informatie is om een behandelplan op te stellen (fase 3) of dat er verdere diagnostiek nodig is (fase 2).

## **2. Diagnostische fase**

Soms zal er aanvullende diagnostiek nodig zijn voordat er een interventieplan kan worden opgesteld. Indien nodig kan de psycholoog andere disciplines raadplegen of inschakelen. De diagnostiek kan zich primair richten op de cliënt of primair op het systeem.

## Focus vaststellen van aanvullende diagnostiek

De focus van de diagnostiek zal primair liggen bij:

- de cliënt als:
  - de cliëntkenmerken voor een belangrijk deel het probleem bepalen
  - de verkenningsfase onvoldoende duidelijkheid heeft opgeleverd over het gedrag of de omstandigheden waarin het zich voordoet
  - er onduidelijkheden zijn over aanwezigheid en aard van psychopathologie
  - de cliënt niet of onvoldoende gekend is
- het systeem als:
  - de lijdensdruk primair bij het systeem ligt
  - het probleem voor een belangrijk deel bepaald wordt door irreële verwachtingen over het gedrag van de cliënt of door disfunctionele cognities, zoals het idee dat gedrag gericht is op doelbewust kwetsen van anderen
  - sociale omgevingsfactoren voor een belangrijk deel het probleemgedrag oproepen of in stand houden
  - er geen goede match is tussen het zorgsysteem en de wensen, behoeften of belangen van de cliënt

## Aanvullende psychologische diagnostiek

Als de focus van de diagnostiek duidelijk is, kiest de psycholoog de diagnostische instrumenten. Bijlage IV geeft een overzicht van een aantal gedragsobservatie- en meetinstrumenten die geschikt zijn. Aanvullende diagnostiek is meestal niet ziektegericht maar zorggericht, dat wil zeggen gericht op het verwerven van inzicht in de individuele kenmerken van de cliënt (de zogenaamde O-factoren in de SORC-analyse). Bij zorgwerende cliënten verdient het de voorkeur geen cliëntgerichte formele diagnostische instrumenten toe te passen, maar vooral te werken aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie en - met instemming van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger - meer indirecte diagnostische methoden te gebruiken, zoals gedragsobservaties of een heteroanamnese.

### *Diagnostiek gericht op de cliënt*

Cliëntgerichte diagnostiek kan zich richten op een of meer van de volgende domeinen:

- diagnostiek van gedrag
- diagnostiek van cognitief functioneren
  - neuropsychologische functies
  - gedachte-inhouden en betekenisverlening
- diagnostiek van emotioneel functioneren en stemming
- diagnostiek van persoonlijkheid en coping

Bij ieder domein kan diagnostiek worden verricht via:

- systematische gedragsobservatie of observatieschalen
- diagnostisch gesprek met de cliënt
- psychologische tests en vragenlijsten
- heteroanamnese

### ***Diagnostiek gericht op informele zorgverleners***

Systeemgerichte diagnostiek bij mantelzorgers of andere informele zorgverleners kan zich richten op:

- onderzoek naar draagkracht; inventarisatie risicofactoren voor overbelasting of depressie
- onderzoek naar cognities en emoties ten aanzien van het gedrag van de cliënt
- onderzoek naar kennis van en inzicht in gedrag bij dementie
- onderzoek naar de mate van acceptatie van de dementie en de verwerking van de verliezen die hiermee gepaard gaan

### ***Diagnostiek gericht op professionele zorgverleners***

Systeemgerichte diagnostiek bij professionele zorgverleners kan zich richten op:

- onderzoek naar de draagkracht van professionele zorgverleners
- onderzoek naar cognities en emoties ten aanzien van het gedrag van de cliënt
- toetsen van aanwezige kennis en vaardigheden met betrekking tot omgang met dementie en moeilijk hanteerbaar gedrag
- onderzoek naar de mate van acceptatie van moeilijk hanteerbaar gedrag

## **Meting van de Ausgangssituatie**

Het doen van gedragsmetingen, het kwantificeren van gedrag, is van belang bij de behandeling van probleemgedrag om verschillende redenen (Teunisse & de Jonghe, 2001). Metingen geven concrete informatie over de ernst van het probleem, dragen bij aan inzicht en bewustwording en maken het mogelijk interventies te evalueren op effect.

Gedragsmetingen zijn vaak onderdeel van het in kaart brengen van de problematiek. Ook kunnen ze worden ingevoegd om als baselinemeting voor de evaluatie te dienen. Metingen zullen veelal door het professionele zorgsysteem dienen te worden verricht. Het ontwerpen van een meting op maat vereist specifieke kennis en vaardigheden van de psycholoog. De meting van gedrag kan zich richten op ernst, frequentie, duur van het gedrag en op de omstandigheden waaronder het zich voordoet en op uitzonderingssituaties. De psycholoog kan de meting zelf verrichten of instructies geven aan anderen. In dat laatste geval overlegt de psycholoog met de observatoren of het verrichten van metingen haalbaar is en in te passen is in de werkrouines.

De duur en frequentie van de meting is afhankelijk van de aard en frequentie van het te meten gedrag. Voor sommige gedragingen is een observatie van 1 of 2 dagen voldoende,

minder voorkomend gedrag moet soms twee weken of nog langer geïnventariseerd worden om een betrouwbaar beeld te krijgen. Bij zeer frequent voorkomend gedrag kan een time sampling methode overwogen worden. De psycholoog draagt zorg voor een op maat geschreven instructie voor de observatoren.

Een manier om specifiek gedrag objectieverbaar te maken, is middels de Goal Attainment Scaling (Gordon e.a., 1999; Stolee e.a., 1992). Bij deze methode ontwerpt de psycholoog zelf een schaal aan de hand van een vastgestelde methodiek. Wanneer de diagnostiek gericht is op het welbevinden van de naasten of zorgverleners kan een schaalmeting van 0-10 volstaan, waarmee voorafgaand aan en op verschillende momenten gedurende de behandeling het welbevinden kan worden ingeschaald (Klaver & A-Tjak, 2006). De meting na afloop van de interventies, die dient ter evaluatie, wordt gedaan met dezelfde methoden als de meting van de beginsituatie.

## Functieanalyse

De diagnostische fase wordt afgerond met het opstellen van de functieanalyse, waarin alle bevindingen worden geïntegreerd. De functieanalyse is een theorie over het ontstaan en in stand houden van het gedrag, gebaseerd op informatie uit het diagnostisch proces. De functieanalyse vormt de basis voor het ontwerpen van de interventies (Hamer, 2007).

Voor de functieanalyse wordt het SORC-schema aangehouden (zie bijlage V):

- S** Stimulus: de externe of interne factoren die het gedrag ontlokken
  
- O** Organisme: de individuele kenmerken van de cliënt die (mede)bepalend zijn voor het ontstaan van het gedrag. Hieronder vallen onder meer: persoonlijkheidskenmerken, cognitief functioneren, stemming, voorkeuren en behoeften, gezondheidsfactoren.
  
- R** Respons:
  - gedrag
  - gedachten
  - gevoelens
  
- C** Consequenties: consequenties van het gedrag voor de cliënt
  - Positieve consequenties*
  - + C + toevoegen positieve consequentie
  - C - wegvallen negatieve consequentie
  - Negatieve consequenties*
  - + C - toevoegen negatieve consequentie
  - C + wegvallen positieve consequentie

Als de focus vooral ligt op het welbevinden van mantelzorgers of professionele zorgverleners kan het nuttig zijn om (ook) een functieanalyse te maken vanuit het perspectief van de mantelzorger of de professionele zorgverleners.

### 3. Interventiefase

#### Doel van de interventies bepalen

Het doel van de interventies wordt in overleg met de vraagsteller bepaald. Het is belangrijk doelen en middelen uit elkaar te houden. De ervaring leert dat, gevraagd naar het gewenste doel, soms middelen in plaats van doelen worden genoemd, bijvoorbeeld een goede benadering, meer activiteiten, overplaatsing, handvatten. Om tot de doelstelling te komen is het van belang door te vragen, met vragen als: wat zou er anders zijn als het doel bereikt is? (Klaver, 2007b). Doelen moeten geformuleerd worden in termen van objectief waarneembaar gedrag.

Doelen kunnen geformuleerd worden op twee manieren:

- afname frequentie of intensiteit van het probleemgedrag (R-)
- toename van gewenst gedrag (R+)

Doelstellingen die geformuleerd worden in positieve termen (R+) zijn over het algemeen alleen haalbaar als het gewenste gedrag al onderdeel is van het gedragsrepertoire van de cliënt en het dus gaat om een uitbreiding van dit gedrag.

Ook kunnen doelstellingen gerelateerd aan het gedrag en de beleving van de naasten of professionele zorgverleners worden geformuleerd. Gedragsverandering bij de cliënt is namelijk niet altijd wenselijk. Acceptatie van het gedrag door mensen in de omgeving is dan het doel van de interventies. Ook is werken aan gedragsverandering niet altijd direct haalbaar. Dan kan een gefaseerde behandeling nodig zijn. Dit betekent dat eerst een subdoel gesteld wordt in termen van gedrag of beleving van zorgverleners en pas daarna gewerkt wordt in de richting van gedragsverandering bij de cliënt. Dit kan nodig zijn als er onvoldoende draagkracht is bij de zorgverleners om effectief bij te kunnen dragen aan de uitvoering van een mediatieve behandeling. Ook is een omgekeerde volgorde mogelijk, waarin de interventies zich in eerste instantie richten op gedragsverandering van de cliënt, en bij onvoldoende resultaat de doelstelling expliciet wordt verlegd naar vergroting van de draagkracht en competenties van de zorgverleners. Een combinatie van doelstellingen gericht op de cliënt en op de zorgverleners is eveneens mogelijk (Smits e.a., 2007).

#### Opstellen interventieplan

Het interventieplan moet logisch aansluiten op de voorafgaande fasen van het proces. De interventies vloeien voort uit de functieanalyse en zijn afhankelijk van de gekozen doel-

stelling. Globaal kan ook hier onderscheid worden gemaakt tussen interventies die zich richten op het veranderen van het gedrag van de cliënt en interventies waarmee de focus ligt op de acceptatie bij de vraagsteller of andere betrokkenen. Bij elk doel kan een aantal interventies worden onderscheiden.

## **Psychologische behandelmethoden**

Voor het opstellen van het interventieplan kan de psycholoog een keuze maken uit een aantal behandelmethodieken, te weten: psycho-educatie, mediatieve gedragstherapie, individuele of groepsgewijze psychologische behandeling gericht op de cliënt of het systeem. Ook een combinatie van deze behandelvormen is mogelijk.

### ***Psycho-educatie***

Psycho-educatie is een belangrijke interventie bij gedragsproblematiek bij dementie (Allewijn & Haaring, 2007; Pot, 2007). Zowel voor cliënt, verwanten als formele zorgverleners is het van belang te begrijpen wat dementie is en welke gevolgen de ziekte met zich meebrengt, hoe men met de gevolgen om kan gaan, en welke voorzieningen en hulp beschikbaar zijn. Psycho-educatie kan in verschillende vormen worden aangeboden, variërend van algemene informatieoverdracht tot uitleg en advisering die is toegespitst op de specifieke situatie en vragen van de individuele cliënt en zijn zorgverleners. Veel algemene informatie over dementie is beschikbaar via literatuur, internet en informatiebrochures.

Psycho-educatieve groepen voor mantelzorgers kunnen een gunstig effect hebben op de frequentie van gedragsproblemen en op kennis en vaardigheden, belasting en depressieve klachten van de deelnemers (Cuijpers e.a., 1996; Gerdner e.a., 2002; Hebert e.a., 2003; Sörensen e.a., 2002; De Vugt, 2004). Bij psycho-educatieve groepen speelt de psycholoog een rol als gespreksleider, als trainer en coach van gespreksleiders en als ontwikkelaar van de methodiek.

Individueel gerichte psycho-educatie door de psycholoog vormt een essentieel bestanddeel van de behandeling van gedragsproblematiek. Uitleg over de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van dementie en advisering is gebaseerd op psychologische diagnostiek en spitst zich toe op de specifieke vragen en problemen van de cliënt en zorgverleners.

### ***Mediatieve gedragstherapie***

Mediatieve gedragstherapie is werkzaam gebleken bij een grote verscheidenheid aan gedragsproblemen bij ouderen, in diverse situaties en met diverse psychopathologische achtergronden (Geelen & Bleijenberg, 1999a, 1999b; Hamer 2003, 2007). Het gedrag van de cliënt wordt beïnvloed door inschakeling van een of meer mediators, voor de cliënt belangrijke personen uit diens onmiddellijke omgeving. De psycholoog behandelt de cliënt door de mediator(en) aanwijzingen te geven over uit te voeren interventies.

Mediatieve interventies zijn afspraken over de omgang met de cliënt, de dagbesteding en materiële omgeving, die tot doel hebben het gedrag op positieve wijze te beïnvloeden. Uit de functieanalyse kan worden opgemaakt welke interventies een positief effect zullen hebben op het gedrag. Mogelijke interventies zijn onder meer: aanpassen van de fysieke of sociale omgeving, aanpassen van het dagprogramma, bewegingsactivering, een gericht activiteitenprogramma, muziektherapie en zintuigactivering. Doordat de zorgverleners leren specifieke gedragsbenaderingen uit te voeren, wordt de kans op een blijvende gedragsverandering vergroot en neemt het vermogen van de verzorgers toe om ook andere gedragsproblemen te hanteren.

### ***Individuele psychologische behandeling***

Het gedrag van de cliënt kan op positieve wijze worden beïnvloed door individuele psychologische behandeling van de cliënt (de Lange, 2007). Dit is bijvoorbeeld het geval als uit de functieanalyse blijkt dat aanpassings- en verwerkingsproblemen, angst of depressie een belangrijke rol spelen bij het problematische gedrag. Een voorwaarde voor individuele psychologische behandeling van mensen met dementie is dat communicatieve en cognitieve vermogens toereikend zijn. Doel hiervan is het versterken van positieve gedragsalternatieven of van adaptieve vermogens.

Naar werkwijze en effecten van individuele psychologische behandeling bij mensen met dementie is nog relatief weinig onderzoek gedaan. Vooralsnog lijken vooral technieken uit de Cognitieve Gedragstherapie (CGT), Oplossingsgerichte Therapie (OGT) en Life-review bruikbaar te zijn. Cognitieve gedragstherapie gaat uit van de theorie dat gedrag gebaseerd kan zijn op cognities (gedachten) die niet helpend zijn en dat deze gedachten veranderbaar zijn (Legra & Bakker, 2002; Boelen & van den Bout, 2007). Oplossingsgerichte therapie gaat ervan uit dat de cliënt zelf deskundig is in het vinden van oplossingen voor problemen. Deze oplossingen hoeven niet specifiek gekoppeld te zijn aan de ervaren problemen. Bij deze vorm van therapie gaat de aandacht dus uit naar de oplossingen en niet naar de problemen (Cladder e.a., 2007). Life-review is een laagdrempelige interventie waarbij aan de hand van herinneringen een gestructureerde evaluatie van het eigen leven plaatsvindt (Bohlmeijer & Schuringa, 2007).

### ***Psychologische behandeling in groepen***

Psychologische behandeling van cliënten met dementie kan ook in groepen worden aangeboden (De Lange, 2007). Een significant effect op depressie en angst is hierbij aangetoond (Cheston, 2003). Therapeutische groepen voor mensen met dementie worden in Nederland ook wel aangeduid met de term 'kopgroepen' (De Lange & Veerbeek, 2008). Voordeel is dat naast professionele psychologische begeleiding ook lotgenotencontact wordt opgebouwd. Dit lijkt voor mensen met dementie een belangrijke bron van ondersteuning te zijn. Nadeel kan zijn dat er minder specifiek aan individuele doelen gewerkt kan worden.



## **Systeeminterventies**

Als het doel van de interventies is de draagkracht of de tolerantie van het systeem te vergroten, zal de psycholoog zich richten op het doen van systeeminterventies (Allewijn & Haaring, 2007; Pot, 2007). Ook hier zal vaak een element van psycho-educatie in worden opgenomen. Kennis van de achtergronden van het gedrag van de cliënt en beter begrip hiervoor heeft aantoonbaar positieve invloed op de acceptatie en hanteerbaarheid ervan. Psycho-educatie kan groepsgewijs worden aangeboden, bijvoorbeeld in gespreksgroepen voor mantelzorgers, maar ook individueel. Bij professionele verzorgenden zullen systeeminterventies vooral in het omgangsoverleg vorm krijgen. Zowel bij formele als informele zorgverleners kan bij systeeminterventies gebruik worden gemaakt van technieken uit de CGT of OGT.

Een tweede doel van systeeminterventies kan zijn het verbeteren van de communicatie met de cliënt of van de kwaliteit van de (zorg)relatie (Miesen, 2006). Onder deze interventies vallen bijvoorbeeld echtpaarrelatietherapie, maar ook het geven van omgangs- en communicatieadviezen.

## **Haalbaarheid**

Bij het opstellen van het interventieplan moet altijd de vraag gesteld worden of de gewenste doelen en de geformuleerde interventies realiseerbaar zijn in de setting waar de cliënt op dat moment verblijft. Zijn de ontlokkende of in stand houdende factoren voldoende positief te beïnvloeden binnen de huidige setting of omstandigheden? In eerste instantie zal gezocht worden naar interventies die gerealiseerd kunnen worden binnen de bestaande setting. Ook de wens van cliënt en familie ten aanzien van de woonsituatie speelt hierbij een belangrijke rol.

Als behandeling van de gedragsproblematiek binnen de bestaande setting of woonsituatie niet haalbaar geacht wordt, kan een advies gegeven worden voor behandeling in of verhuizing naar een setting waarin beter tegemoet kan worden gekomen aan de specifieke behoeften van de cliënt. Factoren die hierbij een rol spelen, zijn de fysieke omgeving en de beschikbaarheid van voldoende begeleiding of verzorging. Zo kan in een thuissituatie zelfverwaarlozing of sociaal isolement dreigen of in een verzorgingshuis te weinig specifiek deskundig personeel aanwezig zijn.

Verhuizing is voor mensen met dementie ingrijpend en kan op zichzelf negatieve consequenties hebben voor hun functioneren en welbevinden. De te verwachten negatieve consequenties moeten worden afgewogen tegen de positieve gevolgen van het leven in een meer passende omgeving en zorgsituatie om te kunnen adviseren of verhuizing gewenst is (zie onder meer the-person-environment-fit theorie, Kahana, 1975). Als verhuizing uiteindelijk de best passende interventie is, zal de psycholoog een voorlopig inter-

ventieplan opstellen om de wachttijd te overbruggen, eventueel ondersteunen bij het motiveren voor en begeleiden van de verhuizing en zorgdragen voor een goede overdracht aan de andere setting.

## Presentatie en uitvoering interventieplan

Als het interventieplan is vastgesteld, wordt nagegaan wie moet worden geïnformeerd en op welke wijze. Het verdient de voorkeur de cliënt zelf goed op de hoogte te stellen, maar dit zal niet altijd mogelijk zijn, bijvoorbeeld als er sprake is van ernstige cognitieve beperkingen of emotionele ontregeling. Bij de informatievoorziening wordt zowel de functie-analyse als het interventieplan toegelicht. Informeren kan schriftelijk, mondeling of beide.

Verder dient in onderling overleg met betrokkenen te worden vastgesteld wie de uitvoering van de interventies coördineert, wie welke taken uitvoert, hoe gerapporteerd zal worden, welke metingen plaats moeten vinden om de effecten te evalueren en hoe en wanneer de evaluatie zal plaatsvinden. Als er mediatieve interventies uitgevoerd worden, zal de psycholoog het proces monitoren, beschikbaar zijn voor nadere uitleg en de zorgverleners stimuleren en motiveren om de interventies uit te voeren.

## 4. Evaluatiefase

In de evaluatiefase analyseert de psycholoog de resultaten van de interventies. De analyse is zowel kwalitatief als kwantitatief. De tevredenheid met het resultaat bij de vraagsteller, de cliënt en verwanten zal de psycholoog doorgaans kwalitatief beoordelen. Voor de kwantitatieve analyse wordt de beginmeting herhaald en worden nogmaals een gerichte gedragsobservatie, een gestandaardiseerde observatieschaal, een Goal Attainment Scaling of een of meer schaalvragen afgenomen.

Als het doel niet bereikt is, kan dat erop wijzen dat

- de interventies niet of onvoldoende zijn uitgevoerd. Op dat moment moet worden onderzocht welke barrières hiervoor gezorgd hebben en hoe deze kunnen worden weggenomen. Dan kan een verlengde interventieperiode worden afgesproken.
- de interventies wel zijn uitgevoerd, maar niet het gewenste resultaat hebben gehad. In dat geval zal het nodig zijn de hypothese of het doel bij te stellen en begint een nieuwe fase van verkenning, diagnostiek en analyse.

Als volgens de meting en naar de mening van betrokkenen het doel is bereikt, kan de behandeling worden afgerond. In het geval van mediatieve gedragstherapie wordt de mediatieve aanpak geïntegreerd in de dagelijkse routines. Andere interventievormen kunnen doorgaans worden afgerond. In beide gevallen is het gewenst om een follow-up af te spreken.

## Literatuur

Allewijn M., Haaring L. (2007). Begeleiding van professionele zorgverleners. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 427-439). Utrecht: De Tijdstroom.

Bird M., Llewellyn-Jones R.H., Korten A. (2009). An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behaviour associated with dementia. *Aging and Mental Health*, 13, 1, p. 73-83.

Boeije H.R. (1994). *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. Utrecht: De Tijdstroom.

Boelen P., van den Bout J. (2007). Cognitieve gedragstherapie. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 330-340). Utrecht: De Tijdstroom.

Bohlmeijer E., Schuringa H. (2007). Life-review. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 352-362). Utrecht: De Tijdstroom.

Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. (1986). *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Brouwer W., Schmidt, I. (2003). Executieve functies. De touwtjes in handen. In: Miesen B., Allewijn M., Hertogh C., Groot F. de, Wetten M. van (red.). *Leidraad Psychogeriatric*, deel B/C (p. 664-701). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Burgio L.D., Bourgeois M. (1992). Treating severe behavioral disorders in geriatric residential settings. *Behavioral Residential Treatment*, 7, p. 45-168.

CBO (2005). *Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Cheston R., Jones K., Gilliard J. (2003). Group Psychotherapy with People with Dementia. *Aging and Mental Health*, 7, p. 452-461.

Cladder H., van Oorsouw J., Quist-Dijk, T. (2007). Oplossingsgerichte therapie. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 373-382). Utrecht: De Tijdstroom.

Cohen Mansfield J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, p. 361-381.

Cohen-Mansfield J., Libin A., Marx M.S. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *Journal of Gerontology*, 62, 8, p. 908-916.

Cuijpers P., Hosman C.M., Munnichs J.M. (1996). Change mechanisms of support groups for caregivers of dementia patients. *International Psychogeriatrics*, 8, p. 575-587.

Cuypers P. (2007). Preventie. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 280-291). Utrecht: De Tijdstroom.

Derksen J. (2007). Persoonlijkheid. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 133-150). Utrecht: De Tijdstroom.

Diesfeldt H.F.A. (2004). De psycholoog als diagnosticus. In: M.T. Vink, R.P. Falck (red.). *Psychologie in de ouderenzorg. Een vak apart* (p. 13-34). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Diesfeldt H.F.A. (2006). Neurodegeneratieve aandoeningen. In: B. Deelman, P. Eling, E. de Haan, E. van Zomeren (red.). *Klinische neuropsychologie* (p. 305-335). Amsterdam: Boom.

Diesfeldt H.F.A., Teunisse S. (2007). Wilsbekwaamheid. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 211-234). Utrecht: De Tijdstroom.

Dröes R.M. (1991). *In beweging: over psychosociale hulpverlening aan demente ouderen*. Nijkerk: Intro.

Geelen R., Vink M. (2004). De psycholoog als preventiewerker. In: M.T. Vink, R.P. Falck (red.). *Psychologie in de ouderenzorg. Een vak apart* (p. 85-104). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Geelen R., Bleijenberg G. (1999a). Mediatieve gedragstherapie bij complexe gedragsproblemen. Een praktijkvoorbeeld uit een psychogeriatrische verpleeghuis. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 30, p. 73-79.

Geelen R., Bleijenberg G. (1999b). Proef op de som. Illustratie van gedragstherapie in het psychogeriatrisch verpleeghuis. *Gedragstherapie*, 32, p. 79-102.

Geertsema H. (2007a). Multidisciplinaire samenwerking. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 535-545). Utrecht: De Tijdstroom.

Geertsema H. (2007b). Beroepsethiek in de hulpverlening aan ouderen. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 497-510). Utrecht: De Tijdstroom.

Gerdner L.A., Buckwalter K.C., Reed D. (2002). Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research*, 51, 6, p. 363-374.

Gordon J.E., Powell C., Rockwood K. (1999). Goal Attainment Scaling as a Measure of Clinically Important Change in Nursing-home Patients. *Age and Aging*, 28, p. 275-281.

Gurland B.J., Wilder D.E., Toner J.A. (1987). A model for multidimensional evaluation of disturbed behavior in the elderly. In: Awad A.G., Durost H., Meier H.M.R., McCormick W.O. (eds). *Disturbed behavior in the elderly*. New York: Pergamon Press.

Hall G.R., Buckwalter K.C. (1987). Progressively Lowered Stress Threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 6, 399-406.

Hamer T., Voesten A.E.J.M. (red). *Docentenhandleiding: Het ABC van gedragsverandering. Vaardigheden voor het werken met gedragsproblemen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Maastricht: RINO Zuid-Nederland.

Hamer T., Vink M. (2001). Gedragsanalyse en ABC-training voor verzorgenden. In: Pot A.M., Broek P., Kok R. (red.). *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie* (p. 77-86). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hamer T. (2002). Probleemgedrag bij dementie: de gedragstherapeutische visie in de zorg. *Psychopraxis*, 4, p. 244-249.

Hamer T. (2003). Mediatetherapie. De beste stuurlui staan aan wal. In: Miesen B., Allewijn M., Hertogh C., Groot F. de, Wetten M. van (red.). *Leidraad Psychogeriatric*, deel B/C (p. 414-437). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hamer T. (2007). Gedragstherapie en mediatieve behandeling. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 315-328). Utrecht: De Tijdstroom.

Hébert R., Lévesque L., Vézina J., Lavoie J.P., Ducharme F., Gendron C., Prévile M., Voyer L., Dubois M.F. (2003). Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home. A randomized controlled trial. *Journals of Gerontology, series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 1, p. 58-67.

Hermans D., Eelen P., Orlemans H. (2006). *Inleiding tot de gedragstherapie/druk 6*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kahana E. (1975). A congruence model of person-environment interaction. In: Windley P.G., Byerts T.O., Ernst F.G. (red.). *Theory Development in Environments and Aging* (p. 181-214). Washington DC: Gerontological Society.

Kitwood T. (1997). *Dementia reconsidered: The Person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Klaver M., A-Tjak J. (2006). Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis: het gebruik van cognitief gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies met een zorgteam. *Gedragstherapie*, 39, p. 5-21.

Klaver M. (2007a). *Mediatieve gedragstherapie. Het gebruik van het gedragtherapeutisch stappenplan met een zorgteam: de theoretische basis*. Amsterdam: syllabus RINO-NH.

Klaver M. (2007b). *Mediatieve gedragstherapie. Het gebruik van het gedragtherapeutisch stappenplan met een zorgteam: de praktische uitvoering*. Amsterdam: syllabus RINO-NH.

Kuin Y. (2007). Emotie en stemming. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 79-110). Utrecht: De Tijdstroom.

Lange J. de (2007). Persoonsgerichte benaderingswijzen bij dementie. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 395-409). Utrecht: De Tijdstroom.

Lange J. de, Veerbeek M. (2008). *De Kopgroep. Een behandelgroep voor mensen met dementie*. Trimbos-instituut, in opdracht van Alzheimer Nederland.

Legra M.J.H., Bakker T.J.E.M. (2002). Rationeel-emotieve therapie in de psychogeriatric: een nieuwe toepassing? Casusbeschrijving van een dagbehandelingspatiënt. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 33, p 101-106.

Livingston G., Johnston K., Katona C., Paton J., Lyketsos C.G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1996-2021.

Logsdon R.G., McCurry S.M., Teri L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology and Aging*, 22, 1, p. 28-36.

Miesen B.M.L., Jones G.M.M. (2006). Couples Group (Psycho)Therapy in Dementia. In: Miesen B.M.L., Jones G.M.M. (eds). *Care-giving in Dementia. Research and Applications* Volume 4. London: Routledge.

Miller W.R., Rollnick S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekklesia.

Nederlands Instituut van Psychologen (2007). *Beroepscode voor psychologen 2007*. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

NICE-SCIE Clinical Guideline 42 (2006). *Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, Social Care Institute for Excellence ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk); [www.scie.org.uk](http://www.scie.org.uk)).

NIVEL/Verpleeghuis Waerthove (2004). *Richtlijnen voor verzorgenden. Het begeleiden van mensen met dementie die depressief of apathisch zijn*. Utrecht: NIVEL.

NVVA (2008). *Multidisciplinair werken aan probleemgedrag. Een multidisciplinaire handreiking bij de NVVA-richtlijn Probleemgedrag*. Utrecht: NVVA ([www.verpleeghuisartsen.nl](http://www.verpleeghuisartsen.nl)).

Pinkston E.L., Linsk N.L. (1987). *Gedragsproblemen bij ouderen. Sociaal leren met ouderen in hun verzorgingsomgeving*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.

Pinkston E.L., Linsk N.L., Young R.N. (1988). Home-based behavioral family treatment of the impaired elderly. *Behavior Therapy*, 19, p. 331-344.

Pot A.M., Broek P., Kok R. (2001). *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie*. Deel 5 in de serie Psychologie en Ouderen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Pot A.M., Kuin Y., Vink M. (2007). *Handboek Ouderenpsychologie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Pot A.M. (2007). Psychologische interventies voor mantelzorgers. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 409-426). Utrecht: De Tijdstroom.

Smalbrugge M. (2007). Biologische veroudering en leeftijdsgerelateerde aandoeningen. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 65-78). Utrecht: De Tijdstroom.

Smits C.H.M., Lange J. de, Dröes R.M., Meiland F., Vernooij-Dassen M., Pot A.M. (2007). Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, p. 1181-1193.

Sörensen S., Pinquart M., Duberstein P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 356-372.

Soudijn K. (2003). Diagnostiek, wikken en wegen. In: Miesen B., Allewijn M., Hertogh C., Groot F. de, Wetten M. van (red.). *Leidraad Psychogeriatric, deel B/C* (p. 38-57). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stok-Koch E.G.H.J. (1996). Verpleeghuisopname: een zwaard van Damocles, In: G.A.M. Froeling, M.W. Ribbe, J.A. Stoop (red.). *Gedragsproblemen in het verpleeghuis* (p 39-54). Nijmegen: PAOG Heyendael/Katholieke Universiteit Nijmegen.

Stolee M.P.A., Rockwood K., Fox R.A., Streiner D.L. (1992). The use of Goal Attainment Scaling in a Geriatric Care Setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, p. 574-578.

Takens R.J., Nijdam T. (2007). Clientgerichte psychotherapie. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 301-314). Utrecht: De Tijdstroom.

Teri L., Logsdon R.G., Uomoto J., McCurry S.M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients. A controlled clinical trial. *Journals of Gerontology, series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, 4, p. 159-166.

Teunisse S., de Jonghe J. (2001). Gedragsobservatieschalen: de 'vertaalslag' naar het individu. In: Pot A.M., Broek P., Kok R. *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie* (p. 125- 130). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Teunisse S., Scherder E. (2007). Cognitie. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 111-132). Utrecht: De Tijdstroom.

Trimbos-instituut (2008a). *Addendum Ouderen bij de MDR Angststoornissen*. Versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)).

Trimbos-instituut (2008b). *Addendum Ouderen bij de MDR Depressie*. Versie 1.0. Utrecht: Trimbos-instituut ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)).

Verkaik R. (2009). *Depression in dementia. Development and testing of a nursing guideline*. Proefschrift Universiteit Utrecht, Utrecht: NIVEL.

Vink M., Ekkerink J. (2007). Gedrag. In: A.M. Pot, Y. Kuin, M.T. Vink (red.). *Handboek Ouderenpsychologie* (p. 151-171). Utrecht: De Tijdstroom.

Vugt M. de (2004). *Behavioural problems in dementia. Caregiver issues*. Proefschrift Universiteit Maastricht.



# Bijlage I: Samenstelling kern- en klankbordgroep

## **Auteurs:**

drs. M. Allewijn, *gezondheidszorgpsycholoog*

drs. M.T. Vink, *klinisch psycholoog*

## **Klankbordgroep:**

drs. C. Borghouts, *gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut*

drs. F.J. Bruijtel, *gezondheidszorgpsycholoog*

dr. H.C. Comijs, *gezondheidszorgpsycholoog*

dr. H.F.A. Diesfeldt, *klinisch psycholoog*

drs. C. Disselhorst, *gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut*

dr. J.L.P. Ekkerink, *gezondheidszorgpsycholoog*

drs. R..P Falck, *psycholoog*

drs. R. Geelen, *gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut*

drs. H. Geertsema, *gezondheidszorgpsycholoog*

drs. L. Haaring, *gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut*

dr. F. Hoogeveen, *gezondheidszorgpsycholoog*

drs. M. Klaver, *gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut*

dr. Y. Kuin, *gezondheidszorgpsycholoog*

dr. J. de Lange, *psycholoog*

prof. dr. A.M. Pot, *klinisch psycholoog*

drs. T.A.M. Quist, *gezondheidszorgpsycholoog*

dr. S. Teunisse, *klinisch psycholoog*

drs. K. Visser, *gezondheidszorgpsycholoog*

dr. M.E. de Vugt, *gezondheidszorgpsycholoog*

# Bijlage II: Werkblad Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie

Naam cliënt:

Datum:

Woonsituatie:

Vraagsteller:

		Datum	Conclusies
<b>Verkenning</b>	Urgentie		
	Interview vraagsteller		
	Kennismaking cliënt		
	Dossieronderzoek		
<b>Diagnostiek</b>	Aanvullende diagnostiek <ul style="list-style-type: none"> <li>• cliënt</li> <li>• familie</li> <li>• zorgverleners</li> </ul>		
	Functioneelanalyse		Zie S-O-R-C schema
	Meting uitgangssituatie		
<b>Interventies</b>	Doel interventies vaststellen		
	Interventieplan opstellen		
	Presentatie en uitvoering interventieplan		
<b>Evaluatie</b>	Evaluatie interventieplan		
	Vervolg		
	Follow up		

## Bijlage III: Vragenlijst verkenning gedragsproblematiek

### *Gedragsprobleem:*

- omschrijving van het concrete gedrag (in neutrale, concrete bewoordingen)
- gaat het om bekend of nieuw gedrag?

### *Bij bekend gedrag:*

- wat maakt dat er nu hulp wordt ingeroepen?
- zijn er omstandigheden waardoor het gedrag als extra belastend wordt ervaren?

### *Zijn er veranderingen in:*

- lichamelijk functioneren? Zo, welke?
- psychisch functioneren? Zo ja, welke?
- ADL? Zo ja, welke?
- relaties en familieomstandigheden? Zo ja, welke?
- huidige relationele omgeving (bijv. huisgenoten, verzorgers)? Zo ja, welke?
- huidige materiële omgeving? Zo ja, welke?
- zorg- en behandelplan (bijv. benaderingswijze, medicatie)? Zo ja, welke?
- dagindeling (bijv. tijden van eten of rusten)? Zo ja, welke?
- deelname aan activiteiten of tijdsbesteding? Zo ja, welke?

### *Frequentie:*

- sinds wanneer komt dit gedrag voor?
- hoe vaak wordt het gedrag waargenomen?
- hoe lang duurt de periode waarin het gedrag kan worden waargenomen?

### *Verloop:*

- wat gaat er aan het gedrag vooraf?
- waar doet het gedrag zich voor?
- wie zijn erbij?
- hoe ontwikkelt het gedrag zich van het begin tot aan het eind?

### *Uitzonderingen:*

- wanneer en onder welke omstandigheden doet het gedrag zich niet voor?
- welk wenselijk gedrag wordt waargenomen?

***Identificatie:***

- voor wie is dit gedrag een probleem (cliënt, mensen in zijn omgeving)?
- welke gevoelens en gedachten maakt dit gedrag los bij zorgverleners?
- uit welke behoeften zou het gedrag kunnen voortkomen?
- welke positieve kanten zijn er aan het gedrag van de cliënt?

***Interventies:***

- welke interventies zijn tot nu toe toegepast en met welk effect?

***Verwachtingen:***

- welke wensen zijn er met betrekking tot doel en interventies?

Bron: Gurland e.a. (1987); vertaling Stok-Koch (1996), bewerking door auteurs

## **Bijlage IV: Meetinstrumenten**

### **Gedragsobservatie-instrumenten**

#### ***Brede inventarisatie van gedrag***

Revised Memory and Behavioral Problem Checklist (RMBPC)

Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP)

Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS)

Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP)

Neuropsychiatrische Inventarisatie (NPI): Questionnaire (NPI-Q) en Nursing Home (NPI-NH)

Cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van het CVA: Signaleringslijst voor zorgverleners

#### ***Ernst van dementie***

Global Deterioration Scale (GDS)

Clinical Dementia Rating scale (CDR)

De ernst van dementieschaal uit de CAMDEX

BOP: subschaal Hulpbehoevendheid

#### ***Delier***

Delirium Rating Scale-R-98 (DRS-R-98)

Confusion Assessment Method Vragenlijst (CAM)

Delier Observatie Schaal (DOS)

Delier-o-meter

GIP: subschalen Bewustzijnsstoornissen en Doelloos repetitief gedrag

#### ***Wanen/hallucinaties***

NPI: subschalen Wanen en Hallucinaties

#### ***Achterdocht***

GIP: subschaal achterdochtig gedrag

#### ***Angst***

GIP: subschaal Angstig gedrag

NPI: subschaal Angst

#### ***Agressie***

GIP: subschaal Opstandig gedrag

BOP: subschaal Agressiviteit

### ***Agitatie***

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

NPI: subschaal Apathie/agressie

GIP: subschaal Rusteloos gedrag

### ***Zelfregulatie***

DEX-vragenlijst uit de Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)

### ***Apathie***

Apathie Evaluation Scale (AES)

NPI: subschaal Apathie/onverschilligheid

GIP: subschaal Apathisch gedrag

BOP: subschaal Inactiviteit

### ***Initiatiefname***

Interview Deterioratie Dagelijkse levensverrichtingen bij Dementie (IDDD)

### ***Ontremming***

NPI: subschalen Ontremd gedrag en Prikkelbaarheid/labiliteit

GIP: subschaal Decorumverlies en Doelloos repetitief gedrag

### ***Pijn***

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

### ***Cognitie***

Verkorte Informantvragenlijst over cognitieve achteruitgang bij ouderen (IQCODE-N)

GIP: subschalen Incoherent gedrag, Geheugenstoornissen en Gedesoriëteerd gedrag

BPS: subschaal Cognitief functioneren

### ***Stemming***

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

GIP: subschaal Zwaarmoedig of verdrietig gedrag

BPS: subschaal Stemming

NPI: subschaal Prikkelbaarheid/labiliteit

### ***Sociaal functioneren***

GIP: subschalen Niet-sociaal gedrag en Afhankelijk gedrag

BPS: subschaal Sociale contacten

### ***Welbevinden***

Quality Of Life in Alzheimer's disease (QOL-AD)

Quality of Life in Dementia (QUALIDEM)  
Discomfort Scale Dementia of the Alzheimer Type (DS-DAT)  
Social Well-being of Nursing Home residents (SWON)

## **Andere gedragsregistratiemethoden**

Gedragsobservatie door verzorgenden volgens abc-methode (Hamer, 2007)  
Videoregistratie (Stolker & Blom, 1997; de Groot, 2005)

## **Tests en vragenlijsten**

### ***Cognitie***

Cognitieve Screening Test (CST)  
Mini Mental State Examination (MMSE)  
Amsterdamse Dementie Screeningstest (ADS-6)  
CAMDEX Cognitieve Screeningstest (CAMCOG)  
Diaserie van Cahn & Diesfeldt

### ***Stemming***

Geriatric Depression Scale: GDS-30, GDS-15 of GDS-8  
Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)  
Depressielijst  
Brinkmans Zelfwaarderingschaal  
Vragenlijst depressie uit CAMDEX-R  
Symptom Checklist (SCL-90)

### ***Angst***

Hamilton Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale (HADS-A)  
Symptom Checklist (SCL-90)  
Vragenlijst Angst uit CAMDEX/R

### ***Persoonlijkheid en copingstijl***

Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP)  
Utrechtse Coping Lijst (UCL)

### ***Draaglast mantelzorg***

Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)  
RMBPC: scores ervaren belasting  
NPI: scores ervaren belasting

# Bijlage V: Werkblad Functieanalyse

Naam cliënt:

Datum:

<b>Stimulus</b>	Extern:  Intern:
<b>Organisme</b>	Levensloop: Persoonlijkheid: Cognitief functioneren: Stemming: Gezondheid:
<b>Respons</b>	Gedrag:  Gedachten:  Gevoelens:
<b>Consequenties</b>	Positief: + C + : - C - : Negatief: + C - : - C + :