

THEORIEBOEK NIVEAU 3

Verpleeg- , verzorgingshuizen, thuiszorg 2

MBO

TRAJECT
V&V

VERZORGENDE IG



ThiemeMeulenhoff

Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg 2

NIVEAU 3

THEORIEBOEK NIVEAU 3

Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg 2

(VVT)

C.M. BROESHART

E.C.A. VAN DIEPEN

M.L. DE JAGER

P.A.M. MOCKING

H. VAN SOMMEREN

M.M.J.F. WIJDEVELD

Onder redactie van:

C.A. ABRAHAMSE

M.H.A.J. GLOUDEMANS

MBO

TRAJECT
V&V

VERZORGENDE IG



Colofon

Auteur

C.M. Broeshart
E.C.A. van Diepen
M.L. de Jager
P.A.M. Mocking
H. van Sommeren
M.M.J.F. Wijdeveld

Redactie

C.A. Abrahamse
M.H.A.J. Gloudemans

Vormgeving binnenwerk en omslag

Studio Fraaj, Rotterdam

Fotografie omslag

Peter Bak, Rotterdam

Opmaak

Imago Mediabuilders, Amersfoort

Technisch tekenwerk

Tiekstra Media, Groningen

Anatomisch tekenwerk

Gemmart (Gemma Stekelenburg) © blz. 54, 80, 81, 88, 131
Ad Gruter © blz. 49, 123

Foto's

Caro / lamy / Imageselect © blz. 146
Flip Franssen / Hollandse Hoogte © blz. 112, 185
Frank Muller / Zorg in beeld © blz. 27, 70l
Jochen Tack / Getty Images © blz. 82
Mirador Media (Anke Gielen, Koen Bakx, Marie van der Heijden) © blz. 14, 16, 25, 31, 46, 155, 167, 172, 175r, 176, 183, 184, 194
Rijksoverheid.nl © blz. 193
Sake Rijpkema / Hollandse Hoogte © blz. 175l
Shutterstock © blz. 78, 91, 93, 102, 110, 115, 120, 140, 158, 186
Toon Hendriks / Zorg in beeld © blz. 70r
Wikimedia Commons © blz. 108

Over ThiemeMeulenhoff

ThiemeMeulenhoff ontwikkelt zich van educatieve uitgeverij tot een learning design company. We brengen content, leerontwerp en technologie samen. Met onze groeiende expertise, ervaring en leeroplossingen zijn we een partner voor scholen bij het vernieuwen en verbeteren van onderwijs. Zo kunnen we samen beter recht doen aan de verschillen tussen lerenden en scholen en ervoor zorgen dat leren steeds persoonlijker, effectiever en efficiënter wordt.

Samen leren vernieuwen.

www.thiememeulenhoff.nl

ISBN 978 90 06 91026 1
Tweede druk, eerste oplage, 2017

© ThiemeMeulenhoff, Amersfoort, 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie (PRO), Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp (www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden. Voor meer informatie over het gebruik van muziek, film en het maken van kopieën in het onderwijs zie www.auteursrechtenonderwijs.nl.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de auteursrechten te regelen volgens de wettelijke bepalingen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Deze uitgave is volledig CO₂-neutraal geproduceerd.
Het voor deze uitgave gebruikte papier is voorzien van het FSC®-keurmerk.
Dit betekent dat de bosbouw op een verantwoorde wijze heeft plaatsgevonden.

Ten geleide

De afgelopen jaren zijn de beroepsopleidingen voor verpleging en verzorging aangepast aan de ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De veranderde eisen aan het beroep en de beroepsuitoefening zijn uitgewerkt in nieuwe kwalificatiedossiers.

De verzorgende IG werkt in verschillende branches van de verpleging en verzorging: de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de kraamzorg. De doelgroep waaraan de verzorgende IG ondersteuning en zorg verleent is zeer divers. De doelgroep bestaat onder andere uit: oudere zorgvragers met beperkte zelfzorg, waaronder psychogeriatrische zorgvragers; chronisch zieken; volwassenen in klinische zorgsettingen; revaliderende zorgvragers; zorgvragers met een handicap; zorgvragers met psychiatrische problematiek; barenden, kraamvrouwen en pasgeborenen.

De werkzaamheden hebben per branche een andere focus; de verzorgende IG kan zorgvragers stimuleren, begeleiden en ondersteunen bij handelingen, maar kan handelingen ook overnemen als de zorgvrager en naastbetrokkenen deze niet zelf kunnen doen. Zij heeft daarbij een adviserende, initiërende en begeleidende rol.

Bron: kwalificatiedossier op www.s-bb.nl/kwalificatiedossiers

Deze kwalificatiedossiers, uitgewerkt in beroepsspecifieke kerntaken en werkprocessen, vormen de basis voor de inrichting van de huidige opleidingen in de gezondheidszorg. De leermiddelen van Traject V&V zijn ontwikkeld voor, en sluiten aan bij, deze kwalificatiedossiers.

Traject V&V is een leermiddelenaanbod voor de opleidingen Verzorgende IG (kwalificatieniveau 3) en Mbo-Verpleegkundige (kwalificatieniveau 4). Traject V&V is gebaseerd op vier belangrijke uitgangspunten:

- De leermiddelen zijn ontwikkeld vanuit de beroepsuitoefening. Het beroepsonderwijs in de gezondheidszorg wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de zorgvragen en door de context waarin de beroepsuitoefening plaatsvindt (zorgsituaties).
- Sterk didactisch concept. De leermiddelen zijn ontwikkeld op basis van leerstijlen en leerervaringen van mbo-studenten. Leerstijl en leerervaringen hangen samen met de kenmerken van de mbo-student en zijn of haar situatie. Traject V&V houdt rekening met de verschillende leerstijlen van mbo-studenten en verschillende onderwijsstijlen van docenten.
- Bij de indeling van de leermiddelen is rekening gehouden met de basisdelen en de brancheprofielen voor de Verzorgende IG.
- Er is rekening gehouden met het perspectief van doorstroming tussen mbo-niveau 3 en mbo-niveau 4.

Binnen het beroepsgerichte opleiden worden leertrajecten afgestemd op reeds aanwezige competenties bij individuele studenten. Bij het verwerven van competenties staat het zich eigen maken van vakkennis en beroepsvaardigheden, in combinatie met de ontwikkeling van de beroepshouding en de persoonlijke vorming, centraal. De leermiddelen van Traject V&V sluiten daarbij aan.

Traject V&V houdt rekening met de mbo-student door het taalniveau (2F) af te stemmen op de doelgroep en door (praktijk)voorbeelden en (praktijk)opdrachten zo te formuleren dat de mbo-student zich aangesproken voelt. De leermiddelen zijn zo ontwikkeld dat zowel mbo-studenten met een meer theoretische, als mbo-studenten met een meer praktische inslag er gebruik van kunnen maken. Traject V&V is inzetbaar binnen elk didactisch model en biedt de docent de ruimte om invulling te geven aan zijn rol van 'begeleider' van het leerproces van de mbo-student.

Traject V&V sluit volledig aan bij actuele opvattingen over flexibiliteit en zelfstandig leren. Dat betekent onder andere dat aandacht is besteed aan verwerkingsopdrachten bij de theorie en de evaluatie middels de studiehulp. Daarnaast komen de beroepsvaardigheden en de houdingsaspecten van de (beginnende) beroepsbeoefenaar expliciet aan de orde. Deze elementen vormen immers een essentieel onderdeel van de beroepsuitoefening.

In Traject V&V, inhoudelijk gebaseerd op de kwalificatiedossiers, worden de werkprocessen en uitstroomverbijzonderingen uitgewerkt in drie onderdelen.

Theoretische onderbouwing met verwerkingsopdrachten

Het onderdeel 'theorie', voor het basisdeel bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie die hoort bij het betreffende werkproces. De leerstof bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten, opgenomen in het werkboek, sluiten aan op de leerstof in de theorieboeken.

De theorieboeken en werkboeken voor de branchegerichte profielen gaan verdiepend in op de zorg in de verschillende branches.

P1: Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VT)

P2: Gehandicaptenzorg (GHZ)

P3: Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

P4: Kraamzorg (KZ)

Beroepswerkelijkheid

Het onderdeel 'praktijksituaties' is opgenomen in het werkboek en geeft realistische beschrijvingen van zorgsituaties uit de praktijk van de verzorgende. In de praktijksituaties komen problemen en dilemma's aan de orde waarmee beroepsbeoefenaren te maken krijgen in hun dagelijkse werk en waarbij van ze verwacht wordt dat ze met een oplossing en aanpak komen. In combinatie met de beroepspraktijkvorming wordt de student op deze manier optimaal ondersteund in zijn professionele ontwikkeling. Deze praktijksituaties bevatten voldoende problemen en dilemma's om als aangrijpingspunt te dienen voor het zelfstandig leren.

Beroepsvaardigheden

Het onderdeel 'vaardigheden' is eveneens opgenomen in het werkboek en biedt opdrachten die zijn gericht op het stapsgewijs aanleren van instrumenteel-technische en sociaal-agogische vaardigheden.

Deze drie onderdelen zijn consequent terug te vinden in het volledige aanbod van Traject V&V. De combinatie van deze onderdelen maakt het leren vanuit verschillende invalshoeken mogelijk en kan zowel in een onderwijssituatie als in de beroepspraktijk plaatsvinden.

Het didactisch concept van Traject V&V gaat nadrukkelijk uit van bovenstaande uitgangspunten, waardoor het vakbekwame leren optimaal wordt ondersteund en mogelijk wordt gemaakt. Wij hopen dat gebruikers, zowel mbo-studenten als docenten, op een plezierige en zinvolle manier met Traject V&V kunnen werken. Heeft u vragen of suggesties, dan stellen wij het bijzonder op prijs als u contact met ons opneemt.

Amersfoort, 2017

Redactie en uitgever

Inhoud

Thema 1 Omgaan met complex gedrag en psychopathologie 15

1 Angststoornissen bij ouderen 16

- 1.1 Inleiding 16
- 1.2 Angststoornissen 16
 - 1.2.1 Vormen van angststoornissen 17
 - 1.2.2 Behandeling 18

2 Oudere zorgvragers met agressie en ontremd gedrag 20

- 2.1 Inleiding 20
- 2.2 Agressie 20
 - 2.2.1 Vormen van agressie 21
 - 2.2.2 Gevolgen 23
 - 2.2.3 Behandeling 23
 - 2.2.4 Omgaan met zorgvragers met agressie 24
- 2.3 Ontremd gedrag 25
 - 2.3.1 Symptomen 25
 - 2.3.2 Aandachtspunten bij de begeleiding 27

3 Schizofrenie en verwante psychotische stoornissen bij ouderen 28

- 3.1 Inleiding 28
- 3.2 Schizofrenie 28
 - 3.2.1 Schizofrenie en ouder worden 28
 - 3.2.2 Gedragsproblemen bij schizofrenie 29
 - 3.2.3 Onderhandelen met de zorgvrager 30
 - 3.2.4 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 30
- 3.3 Aan schizofrenie verwante psychotische stoornissen 31
 - 3.3.1 Ouderen met laat ontstane schizofrenie 31
 - 3.3.2 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 32
- 3.4 Waanstoornissen 32
 - 3.4.1 Paranoïdie 32
 - 3.4.2 Behandeling en benadering 33

4 Bijzondere zorgcategorieën 34

- 4.1 Inleiding 34
- 4.2 Lewy-Body dementie 34
 - 4.2.1 Symptomen en behandeling 34

- 4.2.2 Bijkomende gedragingen of risico's 35
- 4.2.3 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 35
- 4.3 Frontotemporale Dementie 36
 - 4.3.1 Symptomen 36
- 4.4 Middelenmisbruik en -verslaving 37
 - 4.4.1 Alcoholafhankelijkheid 37
 - 4.4.2 Alcohol en veroudering 37
 - 4.4.3 Schade door alcoholmisbruik 37
 - 4.4.4 Kenmerken van het syndroom van Korsakov 38
 - 4.4.5 Symptomen van het syndroom van Korsakov 39
 - 4.4.6 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 39
- 4.5 De ziekte van Huntington 40
 - 4.5.1 Symptomen 40
 - 4.5.2 Behandeling 40
 - 4.5.3 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 41
- 4.6 Zeldzame ziektebeelden 41
 - 4.6.1 Ziekte van Creutzfeldt-Jakob 41
 - 4.6.2 Semantische dementie 42

Begrippen 43

Thema 2 Oudere zorgvragers met aandoeningen aan het spijsverteringskanaal 47

5 Stofwisseling en diagnostische onderzoeken 48

- 5.1 Inleiding 48
- 5.2 Stofwisseling 48
- 5.3 Functie van de spijsvertering 49
- 5.4 Diagnostische onderzoeken 50
 - 5.4.1 De meest voorkomende onderzoeken 50
 - 5.4.2 Voorbereiding op onderzoek 51

6 Aandoeningen aan de spijsverteringsorganen 52

- 6.1 Inleiding 52
- 6.2 Aandoeningen aan mond en keelholte 52
- 6.3 Aandoeningen aan de slokdarm 54
- 6.4 Aandoeningen aan de maag 55
 - 6.4.1 Complicaties bij een maagzweer 56
- 6.5 Aandoeningen aan dunne en dikke darm 57
 - 6.5.1 Acute ontstekingen 57
 - 6.5.2 Chronische ontstekingen 58
 - 6.5.3 Oorzaken en symptomen van chronische ontstekingen 59
 - 6.5.4 Behandeling van chronische ontstekingen 59

- 6.6 Aandoeningen aan anus en endeldarm 61
- 6.7 Aandoeningen aan lever, galblaas en alvleesklier 62

7 Verzorging van zorgvragers met aandoeningen aan het spijsverteringskanaal 64

- 7.1 Inleiding 64
- 7.2 Ziekteverschijnselen 64
- 7.3 Toediening van voeding en vocht 69
 - 7.3.1 Sondevoeding 69
 - 7.3.2 Infuus 70
 - 7.3.3 Hypodermoclyse 71
- 7.4 Stoma 72

Begrippen 74

Thema 3 Zorgvragers met aandoeningen aan hart- en bloedvaten 79

8 Zorgvragers met aandoeningen aan het hart en de bloedvaten 80

- 8.1 Inleiding 80
- 8.2 Anatomie en fysiologie van het hart en de bloedvaten 80
- 8.3 Onderzoek 82
 - 8.3.1 Medisch onderzoek 82
 - 8.3.2 Wetenschappelijk onderzoek 83
- 8.4 Risicofactoren van hart- en vaataandoeningen 84
 - 8.4.1 Factoren die niet te beïnvloeden zijn 84
 - 8.4.2 Factoren die te beïnvloeden zijn 84

9 Zorgvrager met aandoeningen aan het hart 88

- 9.1 Inleiding 88
- 9.2 Aderverkalking 88
- 9.3 Coronair lijden 89
 - 9.3.1 Angina pectoris 89
 - 9.3.2 Behandeling 90
 - 9.3.3 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 92
 - 9.3.4 Hartinfarct 92
 - 9.3.5 Behandeling 93
 - 9.3.6 Aandachtspunten bij verzorging en begeleiding na een hartinfarct 94
- 9.4 Hartfalen 96
 - 9.4.1 Ontstaan van hartfalen 96
 - 9.4.2 Behandeling 97
 - 9.4.3 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 98
- 9.5 Hartritmestoornissen 99
 - 9.5.1 Ontstaan van hartritmestoornissen 100
 - 9.5.2 Behandeling 101
 - 9.5.3 Aandachtspunten bij de verzorging en begeleiding 102

- 9.6 Infecties en hartklepgebreken 102
 - 9.6.1 Infecties aan het hart 103
 - 9.6.2 Hartklepgebreken 103

10 Zorgvrager met aandoeningen aan de bloedvaten 105

- 10.1 Inleiding 105
- 10.2 Chronische hoge bloeddruk 105
- 10.3 Perifeer vaatlijden 106
 - 10.3.1 Claudicatio intermittens 106
 - 10.3.2 Trombosebeen en embolie 108
 - 10.3.3 Spataderen 109
 - 10.3.4 Ulcus cruris 111
 - 10.3.5 Aneurysma 114

Begrippen 117

Thema 4 Zorgvragers met chronische ziekten aan bloed, beenmerg en lymfe-systeem 121

11 Zorgvragers met aandoeningen aan het bloed 122

- 11.1 Inleiding 122
- 11.2 Anatomie en fysiologie van bloed(groepen), beenmerg en milt 122
 - 11.2.1 Bestanddelen van het bloed 122
 - 11.2.2 Beenmerg 123
 - 11.2.3 De milt 123
 - 11.2.4 Bloedgroepen 124
- 11.3 Zorgvragers met anemie 124
 - 11.3.1 Aandachtspunten bij de verzorging 126
- 11.4 Zorgvragers met ziekten van de bloedplaatjes 126
 - 11.4.1 Aandachtspunten bij de verzorging 127
- 11.5 Zorgvragers met leukemie 127
 - 11.5.1 Diagnose 128
 - 11.5.2 Oorzaak en verschijnselen 128
 - 11.5.3 Behandeling 129
 - 11.5.4 Aandachtspunten bij de verzorging 129

12 Aandoeningen van het lymfestelsel 131

- 12.1 Inleiding 131
- 12.2 Het lymfesysteem 131
- 12.3 Zorgvragers met Hodgkin-lymfoom 132
 - 12.3.1 Verschijnselen 132
 - 12.3.2 Behandeling 133
- 12.4 Zorgvragers met non-Hodgkin-lymfomen 133
 - 12.4.1 Verschijnselen 134

- 12.4.2 Behandeling 134
- 12.4.3 Onderzoek 134
- 12.4.4 Aandachtspunten bij de verzorging 135
- 12.5 Zorgvragers met multipel myeloom 135
 - 12.5.1 Onderzoek en behandeling 136
 - 12.5.2 Aandachtspunten bij de verzorging 136

Begrippen 137

Thema 5 Coördinatie, kwaliteitszorg en voorlichting 141

13 Coördineren en afstemmen 142

- 13.1 Inleiding 142
- 13.2 Het zorgleefplan 142
- 13.3 Coördinatie en afstemming van informele zorg 143
 - 13.3.1 Informele zorg 143
 - 13.3.2 Ervaringsdeskundigheid 144
 - 13.3.3 Mantelzorg 145
 - 13.3.4 Respijtzorg 146
 - 13.3.5 Vrijwilligerszorg 147
- 13.4 Coördinatie en afstemming van professionele zorg 148
 - 13.4.1 Casemanagement 148
 - 13.4.2 Zorgpaden 149
- 13.5 Coördinatie en afstemming op regionaal en landelijk niveau 149
 - 13.5.1 Ketenzorg 149
 - 13.5.2 Rol van de overheid 150

14 Kwaliteitszorg 152

- 14.1 Inleiding 152
- 14.2 Interne kwaliteitsbevordering 152
 - 14.2.1 Projectmatige kwaliteitszorg 152
 - 14.2.2 Procesmatige kwaliteitszorg 153
 - 14.2.3 Deskundigheidsbevordering 155
 - 14.2.4 Klinisch redeneren 156
- 14.3 Externe kwaliteitsbevordering 159
 - 14.3.1 Rol van de overheid 159
 - 14.3.2 Kwaliteit vergelijken 160
 - 14.3.3 Kwaliteit controleren 160
 - 14.3.4 Rol van de zorgverzekeraars 160

15 Voorlichting, advies en instructie 161

- 15.1 Inleiding 161

- 15.2 Vormen van preventie 161
 - 15.2.1 Wet publieke gezondheid (Wpg) 162
 - 15.2.2 Preventieactiviteiten op microniveau 164
 - 15.2.3 Preventieactiviteiten op mesoniveau 166
 - 15.2.4 Preventieactiviteiten op macroniveau 167

Begrippen 169

Thema 6 VVT in de samenleving 173

16 Maatschappelijke ontwikkelingen 174

- 16.1 Inleiding 174
- 16.2 Demografische ontwikkelingen 174
- 16.3 Toename van de vraag naar langdurige zorg 175
- 16.4 Veranderende opvattingen 176
- 16.5 De toekomst van het zorgbestel 180

17 Ethische vraagstukken 182

- 17.1 Inleiding 182
- 17.2 Ethisch redeneren 182
- 17.3 Ethische vraagstukken in de VVT 182
 - 17.3.1 Vragen rond (grenzen aan) zelfredzaamheid 182
 - 17.3.2 Vragen rond (grenzen aan) zelfmanagement 183
 - 17.3.3 Vragen rond (grenzen aan) bezuinigingen op gezondheidszorg 184
 - 17.3.4 Vragen rond (grenzen aan) mantelzorg en vrijwilligerszorg 187
 - 17.3.5 Professionele normen en persoonlijke normen 188

18 Wetgeving en financiering 189

- 18.1 Inleiding 189
- 18.2 Wet- en regelgeving rond inkomensvoorziening van ouderen 189
- 18.3 Wet- en regelgeving rond de rechtspositie van de zorgvrager 189
- 18.4 Wet- en regelgeving rond de financiering van de zorg 192

Begrippen 196

Register 198

1



THEMA

Omgaan met complex gedrag en psychopathologie

Op de afdeling psychogeriatric waar Denise werkt, wonen oudere zorgvragers met een psychische stoornis of dementie. De dagelijkse gang van zaken verloopt op deze afdeling anders dan bij andere afdelingen. Denise vertelt: 'Ouderen aankleden in de ochtend gaat over het algemeen samen met zoektochten naar brillen, kledingstukken, enzovoort. 's Nachts worden dingen verplaatst en verstopt. Het middagmaal kost veel tijd. De een heeft zijn rollator vol poppen en beren die allemaal moeten eten en drinken, de ander is op zoek naar zijn echtgenoot. De nachten zijn al helemaal bijzonder. Veel ouderen worden 's nachts wakker en hebben dan wanen.' Een keer werd Denise middenin de nacht bij een vrouwelijke zorgvrager geroepen die in haar waan haar kamer vol paarden zag staan. Ze heeft ze er toen één voor één uitgehaald tot de vrouw aangaf dat ze weg waren. Denise moest toen wel even om zichzelf lachen, maar was blij dat niemand haar toen bezig heeft gezien.

1 Angststoornissen bij ouderen

1.1 Inleiding

Iedereen is weleens bang, of kan een naar gevoel bij situaties krijgen. Als deze gevoelens sterker worden, kunnen ze leiden tot angst. Sommige ouderen hebben angsten in situaties waar daar geen directe aanleiding voor lijkt te zijn. Bijvoorbeeld als een zorgvrager niet meer naar buiten gaat uit angst om te vallen. Als angst het dagelijks leven van de zorgvrager sterk gaat beïnvloeden, dan heb je te maken met een angststoornis. Angststoornissen komen regelmatig voor bij oudere zorgvragers.

Dit hoofdstuk behandelt het volgende onderwerp:

- angststoornissen.

1.2 Angststoornissen

Angst is een gevoel dat je krijgt bij dreigend gevaar. Dit gevoel is bedoeld als signaal om actie te ondernemen. Bijvoorbeeld een stap achteruit doen als je te dicht bij het vuur staat. Als een angst geen echte reden heeft en je er sociale problemen door ondervindt, heb je te maken met een **angststoornis**. Bijvoorbeeld wanneer je niet meer naar buiten gaat, omdat je bang bent in open ruimten. Volgens het Trimbos instituut heeft anderhalf op de tien (15 %) ouderen een angststoornis. Bij zorgvragers met een ziekte is de kans op een angststoornis groter. Een op de vier zorgvragers met een aandoening of ziekte heeft kans op een angststoornis. Daarmee staat het naast dementie

en **depressie** in de top drie van meest voorkomende stoornissen bij ouderen.

Veel ouderen zijn het niet gewend om te praten over hun psychische problemen. Zij zoeken dan ook niet meteen hulp als ze een angststoornis ontwikkelen. Pas als de angststoornis echt leidt tot een passieve houding, wordt het duidelijk. Uit statistieken blijkt dat mensen met een lage intelligentie, een laag inkomen en verminderde fysieke vermogens meer kans hebben op een angststoornis. Ook hebben vrouwen meer kans op een angststoornis dan mannen.

Symptomen

Iedereen is weleens angstig, het kan in veel gevallen een gezonde emotie zijn. Bij een angststoornis zijn er meer symptomen aanwezig en is de heftigheid groter. Verschijnselen bij een angststoornis zijn:

- het hebben van bange voorgevoelens;
- bezorgdheid;
- nervositeit;
- ongeduld;



Figuur 1.1 Een angststoornis belemmert de oudere zorgvrager om deel te nemen aan het leven

- spanning;
- hartkloppingen;
- transpireren;
- duizeligheid;
- benauwdheid;
- concentratieproblemen;
- slaapproblemen.

1.2.1 Vormen van angststoornissen

Het is belangrijk te weten wat de angst van een zorgvrager activeert en hoe je het gedrag van een angstige zorgvrager herkent. Angststoornissen hebben verschillende uitingsvormen en oorzaken, zoals je hierna kunt lezen.

Tobben/denken in rampscenario's (gegeneraliseerde angststoornis)

De zorgvrager maakt zich veel zorgen en piekert veel over dingen die zouden kunnen gebeuren, zonder dat er reden is om te verwachten dat het gaat gebeuren. Deze *gegeneraliseerde angststoornis* zorgt ervoor dat de zorgvrager zich enorm veel (onnodige) zorgen maakt over van alles en nog wat. Hij heeft geen controle over zijn eigen piekeren en blijft er als het ware in vast zitten. Lichamelijk krijgt de zorgvrager ook klachten, omdat hij de hele tijd gespannen is. Geef de zorgvrager afleiding door hem te stimuleren om activiteiten te ondernemen. Vooral ook 's nachts kan een oudere beter een eenvoudige kruiswoordpuzzel maken dan gaan liggen nadenken. Door ontspanningsoefeningen kan de lichamelijke spanning verminderd worden. Ook al is het piekeren vaak onnodig, neem het wel serieus.

Aanvallen van paniek (paniekstoornis)

Bij een **paniekstoornis** heeft de zorgvrager last van onverwachte angstaanvallen. Angstaanvallen gaan samen met lichamelijke klachten, zoals hartkloppingen, transpireren, trillen, druk op de borst en de angst om flauw te vallen. Eerst is de zorgvrager vooral bang voor een bepaalde situatie. Maar door het krijgen van de angstaanvallen

wordt de zorgvrager ook steeds ongeruster over het krijgen van een volgende aanval. Lichamelijk is een angstaanval heftig en de oudere zorgvrager wordt ook bezorgd over de gevolgen ervan. Activiteiten en situaties die een paniekaanval zouden kunnen oproepen, gaat hij liever uit de weg. Tijdens een angstaanval is het belangrijk de zorgvrager rustig te benaderen. Neem hem mee naar een plek waar het rustig is, zodat prikkels vanuit de omgeving minimaal zijn. Blijf praten zodat de zorgvrager in het nu blijft. Focus op het krijgen van een rustige ademhaling, waarmee je de zorgvrager uit de angstaanval begeleidt.

Straatvrees of pleinvrees (agorafobie)

Straat- of pleinvrees is angst om op een plaats of in een situatie te zijn, van waaruit ontsnappen moeilijk of gênant kan zijn. Vaak gaat het bij ouderen om angst om de controle over de blaas of darmen te verliezen, of duizeligheid en de angst om te vallen. In dit geval is het goed om met de zorgvrager te bekijken hoe hij het risico kan verkleinen. Ook het bedenken wat de zorgvrager kan doen als het zou gebeuren, kan steun geven voor de zorgvrager. Voor straat- of pleinvrees worden in diverse zorgcentra ook cursussen gegeven.

Nervositeit in sociale situaties (sociale fobie)

Verlegenheid of schaamte kan ernstige vormen aannemen. Iemand die niet meer in contact durft te komen met andere mensen en bang is voor een negatieve beoordeling door anderen, heeft een sociale fobie. Ouderen met een *sociale fobie* kunnen zich schamen over incontinentie, of ze zijn bang om te knoeien bij het eten door motorische problemen of dat hun vergeetachtigheid opgemerkt wordt.

Angst voor specifieke situaties of voorwerpen (specifieke fobie)

Bij een *specifieke fobie* is er sprake van een buitengewone angst voor één bepaald ding, dier of situatie. Voorbeelden hiervan zijn hoogtevrees, vlieg angst, claustrofobie (angst voor kleine

ruimtes), angst voor de tandarts, onweer en voor spinnen of muizen. Bij ouderen komt ruimtefobie voor. Dat is de angst om in een ruimte te zijn waar de oudere niet kan terugvallen op steun van een muur of ander vast punt. Dit vergroot de angst om te vallen. Claustrofobie komt bij ouderen ook voor. In dat geval is het belangrijk de oudere bijvoorbeeld niet alleen in een lift te laten.

Herbelevingen van schokkende gebeurtenissen (posttraumatische stressstoornis)

Als een zorgvrager steeds opnieuw heftige traumatische gebeurtenissen uit zijn leven herbeleeft, heeft hij een **posttraumatische stressstoornis (PTSS)**. De angst uit zich in de vorm van onaangename herinneringen, waarnemingen of nachtmerries. Traumatische ervaringen zijn bijvoorbeeld een inbraak, het overlijden van de partner, een operatie. De zorgvrager kan op bepaalde plekken gemakkelijk een herbeleving krijgen. Die plekken wil hij vervolgens vermijden, zoals een operatiekamer of het ziekenhuis.

Dwangmatige gedachten en handelingen (obsessief-compulsieve stoornis)

De *obsessief-compulsieve stoornis* heeft als kenmerk steeds terugkerende gedachten, die de zorgvrager probeert te onderdrukken met een andere gedachte of handeling. Ouderen met deze vorm van angst hebben die meestal hun hele leven al. Smetvrees is een bekende vorm, waarbij mensen hun handen dwangmatig wassen uit angst voor bacteriën en bacillen. Ouderen met deze vorm van angst kunnen in paniek raken als je bijvoorbeeld vijftien minuten later bent voor een wasbeurt.

1.2.2 Behandeling

Angststoornissen gaan meestal niet vanzelf over. In veel gevallen zijn angststoornissen wel goed te behandelen. De behandeling bestaat uit het geven van medicijnen, cursussen en therapie.

Medicatie

Er zijn twee groepen medicijnen: angstdempende medicatie en **antidepressiva**. Angstdempende medicijnen (benzodiazepinen) onderdrukken de symptomen bij de angst. Voorbeelden die veel worden voorgeschreven bij ouderen zijn Oxazepam[®] en Lorazepam[®]. Een belangrijk nadeel is dat benzodiazepinen verslavend zijn. Ook kunnen de oorspronkelijke klachten erger terugkeren. Benzodiazepinen kunnen ook spierverlappend werken, waardoor bij ouderen het risico van vallen toeneemt. Daarnaast geven zij aanleiding tot concentratie- en geheugenproblemen. Antidepressiva hebben minder bijwerkingen en zijn goed te combineren met andere medicatie.

Cursussen

Omdat angst veel voorkomt onder ouderen zijn er verschillende cursussen die zich hierop richten. De cursussen worden gegeven door psychologen of trainers van maatschappelijk werk. De GGZ biedt ook verschillende cursussen aan. Cursussen doe je samen met anderen en dat draagt, zeker bij angststoornissen, bij aan het accepteren van het probleem. Het is prettig te voelen dat je niet de enige bent met de problemen en angsten.

Therapie

Psychotherapie kan angst verminderen. Therapie bij angst is vaak eerst gericht op het achterhalen van de kern van de angst. Op het moment dat duidelijk is waar de angst vandaan komt, kan gewerkt worden aan het herstel van de emoties. *Cognitieve gedragstherapie* richt zich op het anders leren gedragen.

Uitgangspunten in de verzorging van zorgvragers met angststoornissen

In de verzorging van zorgvragers met angst zijn een aantal uitgangspunten belangrijk:

- Erken de angst van de zorgvrager. Zeg dus niet dat de angst niet nodig is, neem het serieus;

- Laat de zorgvrager weten dat je er bent om te helpen;
- Vraag de zorgvrager aan te geven hoe de situatie beter kan worden, zodat hij leert zelf op zoek te gaan naar mogelijkheden om de gevoelens van angst te verminderen;
- Bij fysieke klachten als incontinentie en valklachten is het goed het gevoel van de zorgvrager te bespreken en samen een plan te maken om nare consequenties te voorkomen. Bijvoorbeeld door af te spreken om samen naar een activiteit te lopen, zodat je steun kunt bieden;
- Laat merken dat het gebruik van hulpmiddelen, zoals een incontinentieluier of wandelstok, geen reden voor gêne (schaamte) is. Doe er normaal over;
- Help de zorgvrager verlies van mogelijkheden te accepteren;
- Motiveer de zorgvrager door complimenten te geven over een kleine vooruitgang of actie van de zorgvrager;
- Gebruik minder beladen termen voor de gevoelens en acties van zorgvragers: spanning in plaats van angst, cursus in plaats van psychotherapie, onrust in plaats van stress.
- Als de zorgvrager zich beter begint te voelen, help je hem een plan te maken om uit de situatie weg te gaan;
- Als de zorgvrager klaar is om verder te gaan, begin dan langzaam, op een ontspannen manier;
- Bespreek achteraf wat er gebeurd is. Zorg dat de zorgvrager op een rustige plek is en ga dan het gesprek aan.

Als er sprake is van acute angst, bijvoorbeeld als een zorgvrager een paniekaanval heeft, zijn er nog extra aandachtspunten:

- Benoem naar de zorgvrager dat de gevoelens er mogen zijn en dat je op een veilige plek bent; er gaat niets meer gebeuren;
- Voeg geen beangstigende gedachten toe aan de paniek over wat er gebeurt en wat daar het gevolg van zou kunnen zijn;
- Help de zorgvrager te focussen op wat er in het lichaam gebeurt. Stimuleer de aandacht op de ademhaling te vestigen om tot rust te komen;
- Wacht en geef de angst de tijd om te verdwijnen. Houd de zorgvrager gezelschap;
- Ga niet te veel in op de angst. Eerst is het belangrijk dat de zorgvrager rustig wordt;

2 Oudere zorgvragers met agressie en ontremd gedrag

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat dieper in op complex gedrag, zoals agressie en ontremd gedrag bij ouderen. Je leert het gedrag herkennen en de oorzaken ervan. Vervolgens krijg je aandachtspunten voor het omgaan met zorgvragers met complex gedrag.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende onderwerpen:

- agressie;
- ontremd gedrag.

2.2 Agressie

Agressie is gedrag waardoor anderen zich onveilig of bedreigd voelen. Agressie kan zowel fysiek als psychisch zijn. Krabben, slaan, schelden, bedreigen, intimideren, schoppen en iets kapotgooien zijn voorbeelden van agressie. Kleine incidenten, zoals pesterijtjes, vallen ook onder agressie. Het gaat om een min of meer bewuste bedoeling van ongewenst gedrag. In zorgcentra is vloeken en verbale agressie de meest voorkomende vorm van agressie. Agressief gedrag kom je bij oudere zorgvragers regelmatig tegen. Agressie is een aanvallende en niet voor rede vatbare reactie op een situatie. Agressie kan ontstaan als de zorgvrager zich bedreigd voelt. Een psychotische zorgvrager kan agressief reageren als hij door een waan denkt dat een ander verkeerde bedoelingen heeft. Of als hij te veel prikkels binnen krijgt of te abrupt

benaderd wordt. Veel agressie is agressie met het doel zichzelf te verdedigen. De ontremming die bijvoorbeeld bij een **psychose** hoort, kan ervoor zorgen dat de zorgvrager te vroeg en te fel reageert. Vaak schaamt hij zich daar achteraf voor. Het is in het belang van de zorgvrager om te voorkomen dat de agressie aangewakkerd wordt en tot uiting komt.

Ouderen zijn ook agressief

Welke houding neem je aan in een dreigende situatie? Hoe kom je los als een patiënt je bij je arm, shirt, haar of keel pakt? Hoe mag je jezelf verdedigen in bepaalde situaties? We leren het allemaal tijdens de OMA-training.

Na het lezen van de blog 'Zelfverdediging' van Jos, waarin hij ingaat op de aanbeveling voor verzorgenden om op judoles te gaan, bedenk ik hoe dit binnen mijn organisatie is geregeld. In de psychiatrie kom je regelmatig in aanraking met dreigende situaties, agressie, en het separeren van een patiënt.

Laatst was er bij mij op de afdeling bijvoorbeeld een verwarde oudere man, die met een stenen beeld stond te zwaaien. Niemand moest in zijn buurt komen, hij zou ermee slaan. Met hulp van personeel van andere afdelingen konden we de man overmeesteren en het beeld afnemen. Hij werd gesepareerd, omdat hij een groot gevaar was voor zijn omgeving.

Deze meneer was trouwens hartstikke sterk! Dat sterke is waar veel mensen zich in vergissen. Ouderen zijn steeds vaker fysiek nog hartstikke fit.

Om dit allemaal zo goed, veilig en op de juiste manier te laten verlopen, krijgt iedere werknemer jaarlijks de OMA-training: Omgaan Met Agressie. Ik ervaar deze training als prettig en leerzaam. Veiligheid vind ik erg belangrijk. Ik kan zeggen dat ik me veiliger voel door de training. Vooral ook omdat je weet dat je collega deze training ook volgt en je dus van elkaar op aan kunt. Daarbij is het gewoon handig om te weten hoe je loskomt als iemand je stevig bij een van je ledematen vast heeft. Verder leer je in de training agressief gedrag om te buigen, op een duidelijke respectvolle manier je grenzen aan te geven, en de-escalerend te werken. Het is ook handig om van jezelf te weten hoe je nou precies reageert op agressief gedrag. Neem je een stap terug, of juist een stap naar voren?

Nog even terugkomend over die houding waar ik het over had. Wat leren wij daarover?

- Sta met je benen uit elkaar; met één been een stukje naar voren.
- Handen voor je lichaam, hou bijvoorbeeld een pols vast. Zo sta je ogenschijnlijk losjes en ontspannen en is de kans klein dat je stijf rechtop staat van de adrenaline.

Zo kun je gelijk reageren op bijvoorbeeld een schop of stomp omdat je ene been al voor staat en je je handen voor je lichaam hebt. Erg handig en prettig om te weten! Dan de zelfverdediging, want je mag jezelf echt wel verdedigen, als iemand je bijvoorbeeld bij je keel pakt en je komt niet los! Ik las pas een artikel waarin een verzorgende een situatie beschreef met een agressieve patiënt, en zij zich zo onveilig

voelde op dat moment, omdat ze zich niet mocht verdedigen. Daar valt mijn mond van open.

Ik ben ervan overtuigd dat zo'n agressie-training binnen elke zorgsector gegeven kan worden, want overal in de zorg vindt agressie plaats. Het komt vaak onverwacht, en je schrikt er altijd van. Weggaan uit de situatie is absoluut het eerste waar je aan denkt, maar dit is niet altijd mogelijk. Je voelt je in zo'n situatie altijd zekerder als je er meer van weet. En het is ook prettig om te weten dat je collega dezelfde kennis heeft opgedaan!

Binnen mijn organisatie werken we overigens met een zogenaamd bodyguardsysteem. Zodra de situatie onhoudbaar wordt en er meer assistentie nodig is, druk je op je bodyguard. Deze melding komt op alle afdelingen binnen, en binnen no time heb je een hoop man om je heen. Volgens mij is dit systeem geen overbodige luxe binnen veel zorgsectoren, zoals bijvoorbeeld de spoedeisende hulp, waar patiënten ook agressief binnen kunnen komen, of agressieve familie bij zich hebben. Het geeft je als verzorgende een veiliger gevoel. Niet onbelangrijk!

Bron: www.nursing.nl

2.2.1 Vormen van agressie

Er kunnen verschillende indelingen van agressief gedrag gemaakt worden. Een daarvan is een indeling naar vorm:

- verbaal tegenover non-verbaal;
- naar buiten gerichte tegenover naar binnen gerichte agressie;
- openlijke tegenover bedekte agressie.

Verbaal of non-verbaal

Verbale agressie is het gebruik van woorden met een negatieve lading. Schelden, vloeken,

schreeuwen, dreigementen uiten zijn voorbeelden hiervan. Non-verbale agressie bestaat uit gebaren, gelaatsuitdrukkingen en fysiek geweld. Fysiek geweld is slaan, schoppen, krabben, knijpen, enzovoort. Agressieve gebaren zijn bijvoorbeeld je middelvinger opsteken. Verbale agressie kun je als zorgverlener in bepaalde situaties misschien nog negeren. Bijvoorbeeld als je iemand van bed verwisselt en hij of zij wordt er boos over. Bij non-verbale agressie moet altijd ingegrepen worden.

Naar buiten gerichte agressie of naar binnen gerichte agressie

Naar buiten gerichte agressie is agressie die op een ander is gericht. Deze vorm van agressie is gemakkelijk te herkennen. Je krijgt woorden naar je hoofd of een andere zorgvrager wordt lastig gevallen. Er is altijd een doelwit. Naar binnen gerichte agressie is op de eigen persoon gericht. De persoon wil zichzelf straffen door zichzelf pijn te doen of nare dingen over zichzelf te denken. Naar binnen gerichte agressie kan leiden tot depressief gedrag. Deze vorm van agressie is minder zichtbaar, maar kan in het ernstigste geval leiden tot zelfmoord.

Openlijke of bedekte agressie

Openlijke agressie is gedrag dat zichtbaar en hoorbaar is voor iedereen. Bijvoorbeeld iets gooien of iemand slaan. Bij *bedekte agressie* is het gedrag alleen zichtbaar als je erop let. Voorbeelden hiervan zijn pesten, treiteren en sarren van andere zorgvragers. Vaak merkt de zorgverlener meer aan het gedrag van het slachtoffer dan van degene die de agressie vertoont.

Om goed te kunnen reageren op agressie is het belangrijk om het doel van agressie van de zorgvrager voor ogen te hebben. Er zijn een aantal vormen:

- *Instrumentele agressie*. Bij instrumentele agressie wordt de agressie gebruikt om een bepaald doel te bereiken, bijvoorbeeld als de zorgvrager niet wil opstaan. De zorgverlener

probeert de zorgvrager uit bed te tillen, waarbij de zorgvrager gaat slaan. De zorgverlener geeft het op: doel bereikt.

- *Vijandige agressie*. Bij vijandige agressie is de zorgvrager er echt op uit om iemand te kwetsen. Meestal komt dat voort uit een diepgewortelde wrok. Dit komt bijvoorbeeld voor als een zorgverlener tegen zijn wil in een zorgcentrum is gekomen. Een ander voorbeeld in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener is dat sommige mannelijke zorgvragers vrouwen minderwaardig vinden en daarom de zorg moeilijk kunnen accepteren.
- *Defensieve agressie*. Defensieve agressie komt voor als iemand zich bedreigd voelt in een bepaalde situatie of als iemand angstig is. Om zichzelf te beschermen gaat de persoon agressief doen. Bijvoorbeeld een oudere zorgvrager die slecht ziet en schrikt als hij denkt dat een andere zorgvrager iets van hem af wil pakken.

Uit onderzoek van de Radboud Universiteit Nijmegen blijkt dat minstens 20 % van ouderen in woonzorgcentra gepest wordt door andere bewoners. Het Ouderenfonds wil het onderwerp meer onder de aandacht brengen. Voor ouderen ontbrak namelijk een passende aanpak.

Bron: www.ouderenfonds.nl/wat-doen/projecten/anti-pesten

◆ Voorbeeld

Meneer El Abdir (72) heeft frontotemporale dementie. Hij woont sinds kort op een verpleegafdeling. Hoewel hij zijn leven grotendeels in Nederland heeft doorgebracht, heeft hij een traditionele opvoeding genoten. Hij heeft moeite om te accepteren dat vrouwen beslissingen voor hem nemen. Zijn echtgenote moet veel voor hem regelen. Vandaag is hij heel blij om haar te

zien. Maar ze weet dat ze nog een formulier voor de instemming van het toedienen van medicatie moet tekenen. Als meneer even naar het toilet gaat, neemt ze dit met de verzorgende op. Als hij ziet dat zijn vrouw papieren van de verzorgende krijgt, wordt meneer El Abdir vreselijk boos. Hij loopt vloekend en tierend over de afdeling naar haar toe en wil haar te lijf gaan.

Agressief gedrag richting familie of andere bezoekers komt vaak voor. Het is heftig voor de naasten om zo bejegend te worden. Het is moeilijk om iemand waar je van houdt als zorgvrager te zien of het gedrag te begrijpen. Vanuit jouw rol als verzorgende is het goed oog te hebben voor het contact tussen de zorgvrager en naasten. Uitleg over het gedrag van de zorgvrager of begeleiding in bepaalde situaties kan groot verschil maken.

2.2.2 Gevolgen

Het agressieve gedrag van zorgvragers heeft verschillende gevolgen. Relaties komen onder druk te staan, omdat mensen niet altijd in staat zijn om te begrijpen dat agressief gedrag een noodgreep is van de zorgvrager. Zij vatten de agressie persoonlijk op of hebben gewoon geen zin om dit soort emoties bij de zorgvrager mee te maken.

Agressie kan agressie uitlokken, wat tot vervelende situaties en onrust kan leiden. Als in een groep een zorgvrager agressief wordt naar een andere zorgvrager en de laatste gaat erop in, dan ontstaat er een conflict. Dat roept weer sterkere agressieve gevoelens op bij de eerste zorgvrager.

Als de zorgvrager niet gemakkelijk samen met anderen kan zijn, ligt eenzaamheid op de loer. Is een zorgvrager vaak agressief dan kan het tijdelijk zelfs helemaal onmogelijk worden in de groep te zijn. Sociale isolatie is geen oplossing voor de langere termijn, want dit leidt tot allerlei andere problemen, zoals depressieve gevoelens.

2.2.3 Behandeling

Agressie kan veel van zorgverleners vragen. Het is moeilijk om met agressie om te gaan en goed in te grijpen. Voor de zorgvrager zelf is agressie een heftige emotie. Heftige emoties kosten energie en kunnen verwarrend zijn. Daarom wordt er bij veelvoorkomende agressie een passende behandeling gezocht.

Medicatie

Antipsychotica, zoals *Haldol®*, worden regelmatig voorgeschreven. Het effect is dat de zorgvrager rustiger wordt en minder heftig reageert op situaties. Eigenlijk zijn de medicijnen niet voor complex gedrag bedoeld, maar voor meer ingewikkelde psychiatrische ziektebeelden. In het gedrag merk je direct dat de oudere zorgvrager door het medicijngebruik heel duf en slaperig wordt. De zorgvrager wordt minder actief en ervaart minder emoties. Veelal worden de medicijnen voorgeschreven op verzoek van de zorgverleners. Zij kunnen de agressieve zorgvrager niet handhaven en zien geen andere manier om hem of haar rustig te krijgen. Strenge controle op de duur van het gebruik en effect op de zorgvrager zijn van groot belang. Er zijn zorgcentra die inzetten op het onderzoeken van de oorzaak van complex gedrag. Onderzoek naar andere medicatie voor het verminderen van agressie is nog beperkt gestart.

Vrijheidsbeperking

In Nederland is door verpleeghuis Luckerheide een methode ontwikkeld die *EXBELT* genoemd wordt. Dit is een methode die door UM-onderzoekers onderzocht wordt. *EXBELT* heeft als doel om het beperken van de bewegingsvrijheid van bewoners in instellingen terug te dringen en te voorkomen. De directie van instellingen moet:

- het gebruik van fixatiebanden afschaffen;
- zorgen dat de zorgverleners kennis hebben van mogelijke interventies bij complex gedrag;

- zorgen voor alternatieve middelen, bijvoorbeeld cameratoezicht, een laag bed, extra zorgverleners voor activiteiten, aangepaste inrichting van ruimten.
- zorgen voor specialistische kennis op de werkvloer door eventueel extra advies en ondersteuning.

Deze methode van interventies is vanaf 2008 bij veel afdelingen ingevoerd en heeft positieve effecten op zorgvragers en zorgverleners. Sinds oktober 2015 is deze methode door de erkenningscommissie ouderenzorg erkend als effectieve methode.

Positieve effecten zijn:

- er is geen toename in het aantal valincidenten (een argument om tot fixatie over te gaan);
- andere middelen van vrijheidsbeperkingen, zoals bedhekken worden ook minder gebruikt;
- het verminderen van vrijheidsbeperkingen leidt in deze zorgcentra niet tot verhoogd medicijngebruik.

Om negatief gedrag te verminderen of onrustige zorgvragers rustig te krijgen, worden in sommige zorgcentra vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. Heupgordels waarmee de zorgvrager aan bed wordt vastgemaakt, polsbandjes, bedhekken, rolstoelen op de rem of een tentbed zijn voorbeelden van middelen die hierbij gebruikt worden. Vrijheidsbeperking is een uiterst middel dat eigenlijk onwenselijk is. Voor de zorgvrager levert het niets op. Er zijn wel negatieve gevolgen, zoals gevoelens van onmacht, het verminderen van spierkracht, letsel door het fixeren, sociale isolatie en vergrote afhankelijkheid.

In 2011 is er door IDé, Innovatiekring Dementie, een waarborgzegel ingesteld voor fixatievrije zorgcentra. Op de website van de innovatiekring kun je zien welke zorgcentra dit zegel hebben gekregen.

2.2.4 Omgaan met zorgvragers met agressie

Het omgaan met agressief gedrag vraagt nogal wat tact en kennis. Om de juiste verzorging of begeleiding te kunnen bepalen, moet duidelijk zijn om welke vorm van agressie het gaat. Hierna wordt een aantal handvatten gegeven voor interventies om agressie te voorkomen en voor interventies tijdens en na een incident.

◆ Voorbeeld

Mevrouw Bakker (81) is dementerend en woont in een zorgcentrum. Marlies werkt op de afdeling waar mevrouw Bakker woont. Door haar reuma is mevrouw Bakker niet in staat zelfstandig te eten. Ze krijgt haar eten van de begeleiders. Vandaag tijdens het avondeten laat mevrouw Bakker duidelijk merken dat ze zelf haar eten wil nuttigen. Ze pakt de vork van Marlies af en wil die niet loslaten. Door haar ongecoördineerde bewegingen valt het eten op haar kleding en ook op Marlies. Het mes dat Marlies wilde gebruiken, pakt Mevrouw Bakker daarna ook vast en zwaait er op een agressieve manier mee. Ze reageert niet op wat Marlies haar vraagt. Marlies gaat tussen mevrouw Bakker en haar tafelgenoot zitten, zodat deze niet in gevaar komt. Uiteindelijk komt een andere verzorgende helpen en forceren ze het bestek uit haar handen. Een collega van Marlies, Antoinette, bespreekt het voorval. Ze geeft tips hoe je in zo'n situatie voorkomt dat mevrouw Bakker agressief wordt en ook wat je tijdens het voorval kunt doen. Het nabespreken van een voorval is een goede stap naar het voorkomen in een volgende situatie.

Preventieve interventies

Je kunt het volgende doen om agressie te voorkomen:

- Probeer zo veel mogelijk op de hoogte te zijn. Als je bijvoorbeeld weet dat iemand de laatste tijd veel vervelende dingen heeft meegemaakt en hij eerder agressief is geweest, kun je hem extra in de gaten houden;

- Probeer een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de zorgvrager, zodat je bepaald gedrag kunt inschatten;
- Let bij bewoners die vaker agressief gedrag vertonen op verschijnselen als toenemende angst en onzekerheid;
- Neem een zorgvrager die op uitbarsten staat mee uit de groep;
- Blijf rustig;
- Probeer andere zorgverleners te waarschuwen;
- Vestig de aandacht op jezelf en niet op de situatie: 'Kijk naar mij, ik wil er rustig over praten.';
- Probeer extra prikkels te vermijden, bijvoorbeeld door andere zorgvragers te vragen even stil te zijn.



Figuur 2.1 Speel tijdens een incident creatief in op de situatie

Interventies tijdens het incident

Als een zorgvrager agressief is, kun je het volgende doen:

- Praat rustig met de zorgvrager;
- Neem een goede positie in qua houding en opstelling in de ruimte. Door in het gezichtsveld van de agressieve zorgvrager met de rug naar anderen te gaan staan, scherm je de zorgvrager af van prikkels;
- Probeer de aandacht van de agressieve zorgvrager af te leiden van het onderwerp van agressie;

- Neem een positie in waardoor andere zorgvragers veilig zijn, zoals bij het voorbeeld door het mes af te pakken.

Interventies na het incident

Na een incident met agressie kun je het volgende doen:

- Laat de agressieve zorgvrager op een veilige plek tot rust komen;
- Voer een individueel gesprek met de zorgvrager over wat er gebeurd is;
- Maak eventuele afspraken met de zorgvrager over het vervolg;
- Bespreek je eigen manier van handelen met je collega's;
- Reflecteer op je eigen handelen;
- Bespreek het incident in het team en pas eventueel het zorgplan aan.

2.3 Ontremd gedrag

Bijna alle menselijke gedragingen worden in bepaalde mate geremd. Zo neem je bij het opscheppen van eten als je op bezoek bent een fatsoenlijke portie, houd je op bepaalde momenten je mond en spreek je je mening niet altijd uit. Remmingen worden meestal bepaald door normen en waarden. Je gedraagt je, omdat dat sociaal fatsoenlijk is. Oudere zorgvragers met *ontremd gedrag* hebben zichzelf niet meer onder controle. Het verliezen van deze controle kan worden veroorzaakt door een ziektebeeld of stoornis zoals dementie.

2.3.1 Symptomen

Ontremd gedrag bij ouderen uit zich hoofdzakelijk in twee vormen van gedrag, namelijk ontremming bij eten en bij seksuele gevoelens.

Ontremming bij eten

Goed functionerende hersenen geven je grenzen aan. Dementerende ouderen kunnen deze grenzen in bepaalde gevallen zelf niet meer bepalen.

Deze uitgave **Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg 2** maakt deel uit van de serie **Traject V&V. De theorie van deze uitgave sluit volledig aan bij onderstaande werkprocessen uit het kwalificatiedossier Verzorgende IG.**

- P1-K1-W1 Biedt ondersteuning gericht op zelf- en samenredzaamheid**
- P1-K1-W2 Werkt verbindend samen met naastbetrokkenen en andere zorgverleners**
- P1-K1-W3 Biedt zorg in de woonsituatie**
- P1-K1-W4 Begeleidt een individu of een groep zorgvragers bij dagelijkse activiteiten**

De leermiddelen uit de serie Traject V&V zijn bestemd voor de opleiding Verzorgende IG (niveau 3) en de opleiding Mbo-Verpleegkundige (niveau 4). Door de thematische opbouw is Traject V&V geschikt voor alle onderwijsvormen en alle leerwegen, past daarnaast in verkorte trajecten en sluit aan bij elke leerstijl. De leerstof is opgebouwd uit: theorie, praktijksituaties en beroepsvaardigheden. Je kunt starten vanuit de theorie of vanuit een (gesimuleerde) praktijksituatie. Wat voor jou het beste werkt.

De **theorie** bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie bij het betreffende werkproces en bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten sluiten aan bij de leerstof in de theorieboeken.

De **praktijksituaties** zijn realistische beschrijvingen van situaties uit de beroepspraktijk, inclusief opdrachten gekoppeld aan houdingsaspecten, vaardigheden en kenniselementen.

De **beroepsvaardigheden** bevatten opdrachten voor het stapsgewijs aanleren van instrumenteel-technische en sociaal-agogische vaardigheden.

Het complete aanbod van Traject V&V bestaat uit:

- theorieboeken met een heldere en gestructureerde uitleg over de benodigde vakkennis, verduidelijkt met veel praktijkvoorbeelden;
- werkboeken met verwerkingsopdrachten, toepassingsopdrachten en evaluatie of reflectieopdrachten;
- digitale omgeving met ondersteunend materiaal voor zowel student als docent.

Wil je weten welke materialen er nog meer beschikbaar zijn bij Traject V&V?

Kijk dan op: www.thiememeulenhoff.nl/trajectvenv

Auteurs:

C.M. Broeshart
E.C.A. van Diepen
M.L. de Jager
P.A.M. Mocking
H. van Sommeren
M.M.J.F. Wijdeveld

Onder redactie van:

C.A. Abrahamse
M.H.A.J. Gloudemans

