

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

1

Ouderencongres: van kwaad naar erger
*Multidisciplinaire intensieve zorg voor personen met
dementie en ernstige psychiatrische en gedragsproblemen*

Professor Dr. Maarten Van Den Bossche, ouderenpsychiater
Charlotte Kindermans, psycholoog
Anita De Moor, maatschappelijk werker
Marthe Helsen, muziektherapeut
Philippe Minguet, psychomotorisch therapeut
Johanna Kindermans, kinesitherapeut
Daphné Vanderauwera, ergotherapeut
Pieter Hoornaert, hoofdverpleegkundige

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

2

Inhoud

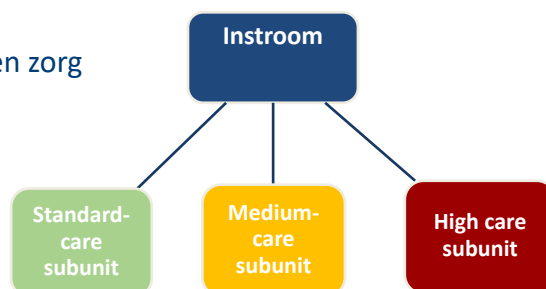
1. Voorstelling afdeling
2. Toelichting disciplines
 - a) Psychiater
 - b) Psycholoog
 - c) Maatschappelijk werk
 - d) Ergotherapie
 - e) Muziektherapie
 - f) Kinesithérapie en psychomotorische therapie
 - g) Verpleegkunde
3. Conclusie & take-home message

Inhoud

- 1. Voorstelling afdeling**
2. Toelichting disciplines
 - a) Psychiater
 - b) Psycholoog
 - c) Maatschappelijk werk
 - d) Ergotherapie
 - e) Muziektherapie
 - f) Kinesithérapie en psychomotorische therapie
 - g) Verpleegkunde
3. Conclusie & take-home message

1. Voorstelling afdeling

- Campus Kortenberg
- Nieuwe afdeling: COG K
- Subunits voor op- en afschalen zorg



5

1. Voorstelling afdeling

- Inclusie criteria: patiënten **met dementie én**

Inclusiecriteria

- Comorbide gedragsproblemen of psychiatrische symptomen
- Comorbide somatische problematiek
- Een nood tot langere psychiatrische residentiële zorg

6

1. Voorstelling afdeling

- Vraag gestuurd, maar exclusie criteria

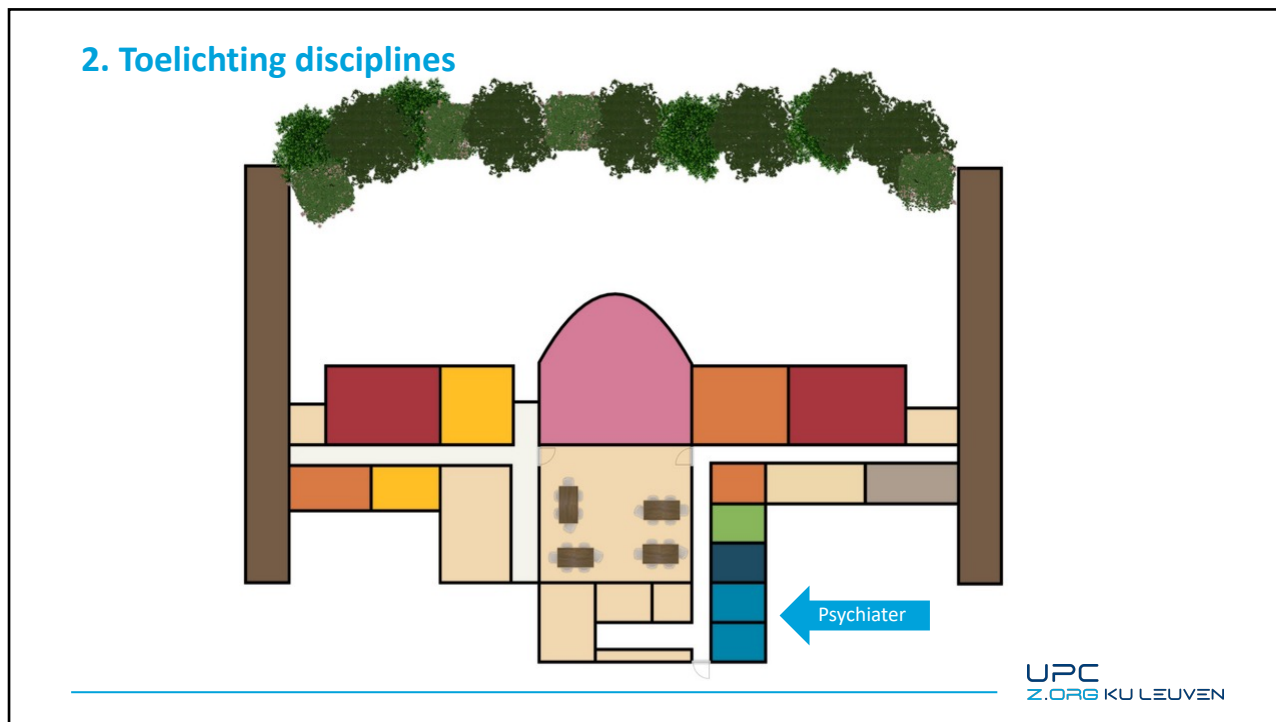
Exclusie criteria
Patiënten zonder dementie
Patiënten met een acute somatische problematiek, waarvoor een opname in een algemeen ziekenhuis noodzakelijk/wenselijk is
Patiënten met een NAH problematiek, zeker onder de 65 jaar
Patiënten met een forensisch profiel
(Niet meer dan 4 patiënten tegelijk met "high-care profiel")

7

Inhoud

1. Voorstelling afdeling
2. Toelichting disciplines
 - a) Psychiater
 - b) Psycholoog
 - c) Maatschappelijk werk
 - d) Ergotherapie
 - e) Muziektherapie
 - f) Kinesithérapie en psychomotorische therapie
 - g) Verpleegkunde
3. Conclusie & take-home message

8



9

2.a. Psychiater

- Medisch team:
 - ASO psychiatrie (voltijds)
 - ASO geriatrie (halftijds) en supervisie geriater
 - supervisie door ouderenpsychiater
- Psyche en soma onlosmakelijk met elkaar verbonden bij BPSD
- Opleidingsfunctie afdeling belangrijk
- Wetenschappelijk onderzoek belangrijk

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

10

2.a. Psychiater

Medische functies

- Opname- en ontslagbeleid
- Deelnemen aan multidisciplinaire werking
- Diagnostiek van psychiatrische symptomatologie en somatische aandoeningen
- Medicamenteuze (en ECT) behandeling
- Medicolegale aspecten: afzondering, bewindvoering, gedwongen opnames, ...
- Beleid (zowel intern als naar anderen binnen organisatie, vaak samen met hoofdverpleegkundige)

2.a. Psychiater

Psyche + soma

- Heel vaak spelen lichamelijke aandoeningen/ongemakken een rol bij ontstaan gedragsproblemen
- Vaak ook oorzaak plotse “verslechtering” (toename agitatie, toename desoriëntatie, ontstaan psychotische symptomen, ...)
- Overlap met delier
- Lichamelijke problemen kunnen vrij banaal zijn (obstipatie, UWI, ...)

2.a. Psychiater

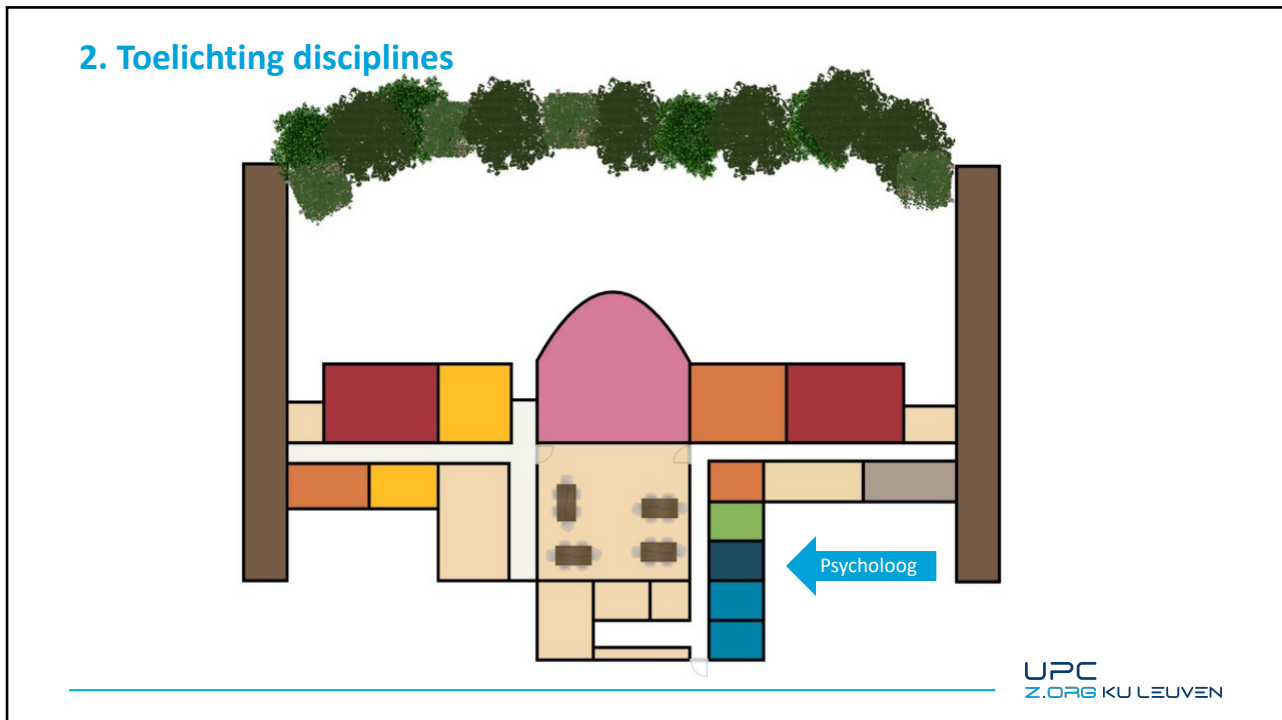
Biologische behandeling BPSD

- Vaak zeer ernstige symptomen bij opname op COG K
- Bio-psycho-sociaal model BPSD
- In principe medicatie laatste stap, maar omwille van ernst problematiek en alternatieven vaak reeds geprobeerd, vaak van bij start opname ook medicamenteuze behandeling
- Tegelijk ook multidisciplinair werken: verpleegkundig, psychotherapeutisch, sociaal

2.a. Psychiater

Medicatie BPSD

- Ook “thuis”medicatie te bekijken: vaak kunnen dingen afgebouwd
- Niet enkel antipsychotica: ook SSRIs, cholinesteraseremmers, melatonine, trazodone, benzodiazepines, ...
- Indien mogelijk weer af te bouwen vanaf mogelijk, en medicatie (antipsychotica) ten laatste na 8-12 weken te herbekijken



15

2.b. Psycholoog

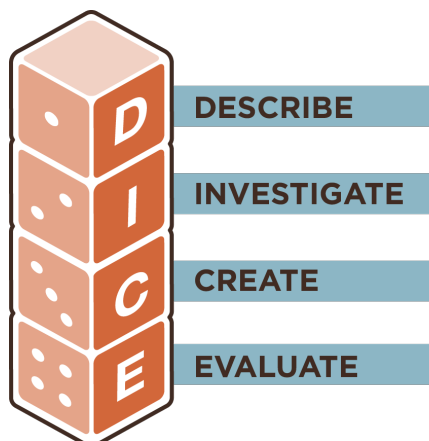
- Wie?
 - Klinisch psycholoog
- Wat?
 - Diagnostisch werk
 - Therapeutisch werk

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

16

2.b. Psycholoog

- Casusbespreking
 - DICE-model (Kales et al., 2014) als vertrekpunt
 - Multidisciplinair
 - 'Out-of-the-box' oplossingen
- Uniforme aanpak gedragen door het hele team



17

2.b. Psycholoog

Casusbespreking – Gebaseerd op de DICE Approach (Kales et al., 2014)

Casus van vorige week:

4_Evalueer

- Hoe is de patiënt geëvalueerd?
- Welke interventies werden werkelijk uitgeprobeerd?
- Wat was het effect daarvan?

Nieuwe casus:

1_Omschrijf de casus en het gedragsprobleem

- Welk gedrag stelde de patiënt?
 - o Wat gebeurde concreet?
 - Wat gebeurde voorafgaand?
 - Wat waren de gevolgen van het gedrag?
 - o Wanneer?
 - o Waar?
 - o Wie was erbij betrokken?
- Hoe ziet de situatie er uit vanuit het perspectief van de patiënt?
 - o Hoe ervaart de patiënt dit gedrag? Hoe voelt de patiënt zich hierbij?
- In welke mate vormt dit gedrag een belasting voor de zorgverleners of medepatiënten?
 - o Wat maakt dat dit gedrag belastend is?

2_Onderzoek mogelijke oorzaken van het gedragsprobleem

- Waren er recente wijzigingen in medicatie?
- Is de patiënt comfortabel?
 - o Hoe is de medische toestand?
 - o Heeft de patiënt pijn?
 - o Is er sprake van een onderliggende psychiatrische comorbiditeit?
 - o Wat is de ernst van de cognitieve beperking?
 - o Hoe is het slaappatroon?
 - o Is er sprake van angst, controleverlies of verveling?
- Hoe verloopt de interactie tussen de patiënt en de zorgverlener?
 - o Liggen de verwachtingen in lijn met het dementie stadium? Heeft de zorgverlener last van stress? Hoe verloopt de communicatie?
- Is er sprake van onder- of overstimulatie?
- Zijn er omgevingsfactoren die een rol spelen?

3_Creëer een plan van aanpak

- Wat is een realistisch doel?
- Op welke manieren kan er tegemoet gekomen worden aan:
 - o Onvervulde fysieke noden?
 - o Onvervulde psychische noden?
- Welke interventies zouden er toegepast kunnen worden?
 - o Denk ook 'out of the box' + bespreek concreet wie wat zal opvolgen

18

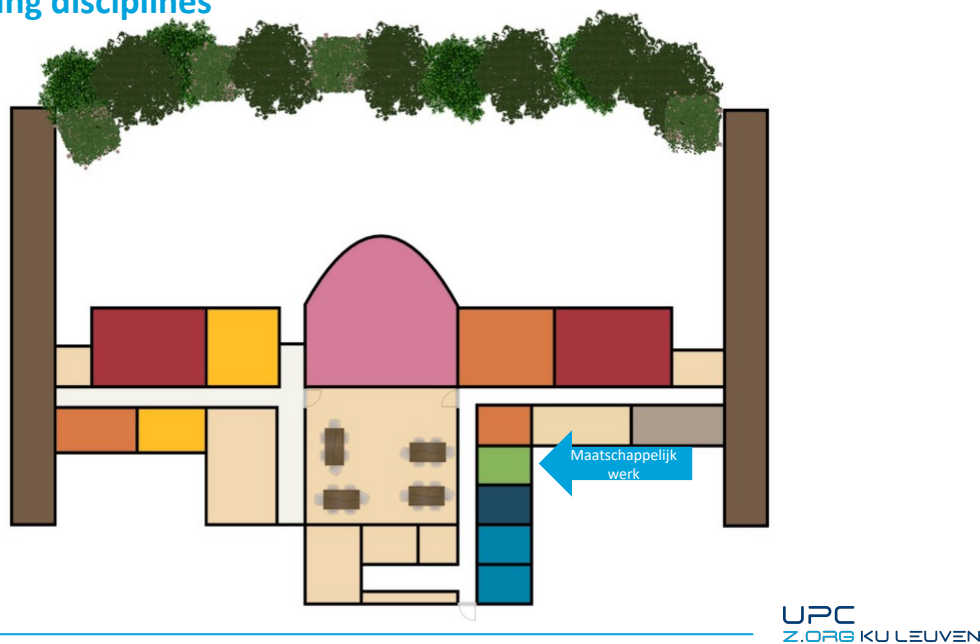
2.b. Psycholoog

- Familiewerking
 - Familiegesprekken
 - Als partner in de behandeling
 - Informeel voor/na/tijdens bezoekenmomenten
 - Familiewandelingen/lotgenotencontact

2.b. Psycholoog

- Therapeutisch functieprofiel
 - Individueel
 - Rekening houden met (familie)context en levensgeschiedenis
 - Multidisciplinair
 - Concrete tips & tricks

2. Toelichting disciplines



21

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin opname

Gedurende opname

Ontslag

Binnen de context van een psychiatrisch ziekenhuis:

- MW maakt deel uit van het multidisciplinaire team, dat is verbonden aan de afdeling.
- Bij elke patiënt gaan we na wat er in functie van de huidige opname moet worden geregeld
= **het AOP sociaal werk** (soms onrechtstreeks via familie en andere belangrijke naasten)
- We kijken naar de impact van de ziekte op de zelfredzaamheid van de patiënt op de verschillende levensdomeinen (inkomen en beheer, juridische zaken, wonen, professionele ondersteuning, ...) = **sociale anamnese**
- We informeren patiënten en desgewenst hun naasten (cf. familiegesprekken, zorgafstemmingsgesprekken, zorgoverleg,...) over hun sociale rechten en ondersteuningsvormen waarop ze door hun ziekte/diagnose beroep kunnen doen en begeleiden hen hierbij = **onderhandeld behandelplan**
- Van bij het begin van de opname hebben we oog voor de zorg na ontslag en de kostprijs verbonden aan deze nabehandeling = **het ontslagplan**

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

22

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

Gedurende
opname

Ontslag

Binnen de context van de doelgroep ouderen:

- Familie- en naastenbetrokkenheid in de zorg staat voorop
 - Informeren
 - Ondersteunen
 - Begeleiden
- Aandacht voor toegankelijkheid van (na)zorg.
- Intensieve samenwerking met woonzorgcentra, thuiszorgdiensten, bewindvoerders van patiënten

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

23

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

Gedurende
opname

Ontslag

Op afdeling Cog K (cognitieve aandoeningen):

- Informeren van naasten van patiënten:
 - uitleg rond de afdeling, verloop van de opname, samenstelling team, visie,...
 - Geruststellend voor het netwerk waarbij een opname vragen oproept. In afwachting van uitgebreider kennismakingsgesprek met arts, psycholoog, verpleegkundige en maatschappelijk werker
- Bezorgen van een kostensimulatie op maat:
 - naargelang het statuut bij de mutualiteit: gewone verzekerde of rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming.
- Hospitalisatieverzekering : aangifte overlopen, noodzaak medische attesten

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

24

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

Gedurende
opname

Ontslag

- Ondersteunen en begeleiden van familie/netwerk met vragen van **sociale – administratieve - financiële aard**, zoals:
 - Zorgbudgetten van Vlaamse Sociale Bescherming:
 - Zorgbudget Zwaar Zorgbehoevenden
 - Zorgbudget voor Ouderen met een Zorgnood
 - Ziekenfonds
 - Hospitalisatieverzekering (aangifte hospitalisatie, medische attesten)
 - (Buiten)gerechtelijke maatregelen: notariële zorgvolmacht en bewindvoering
 - Aanvraag tussenkomst OCMW
 - Pensioen, IGO, ...

25

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

Gedurende
opname

Ontslag

- Bevragen noden (in)formeel netwerk:

Het netwerk geeft soms reeds in het begin aan dat een terugkeer naar de thuissituatie niet meer mogelijk wordt geacht en een oriëntatie naar een woonzorgcentrum zich aandient.

De nodige stappen kunnen dan gedurende de opname gezet worden.

26

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

**Gedurende
opname**

Ontslag

Indien er **problemen** zijn bij het **beheren van de administratieve en financiële middelen**, wordt in overleg met de supervisor en het netwerk, besproken welke stappen eventueel ondernomen dienen te worden:

- notariële zorgvolmacht laten opstellen indien de patiënt nog verantwoorde beslissingen kan nemen (al komt dit niet voor op afdeling Cog K, gezien het meer gevorderde toestandbeeld van de mensen)
- aanvraag bewindvoering. MW stelt dan het dossier samen en dient het in bij het vredegerecht. Dit is soms noodzakelijk om aan de slag te kunnen gaan op het levensdomein wonen.

27

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

**Gedurende
opname**

Ontslag

Indien een patiënt **terug naar huis** kan gaan: welke **ondersteuning** is reeds aanwezig? Welke moet nog moet aangevraagd worden?

Thuisverpleging, gezinszorg, poetshulp, maaltijden, personalarmsysteem, oppasdienst, kinesithapie,...

28

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opnameGedurende
opname

Ontslag

Indien een **oriëntering naar een woonzorgcentrum** noodzakelijk wordt geacht, worden de nodige stappen gezet.

Concreet:

- Familie/netwerk bekijkt in welke regio ze op zoek wil gaan naar een woonzorgcentrum.
Verschillende mogelijkheden worden overlopen (ligging, kostprijs, al dan niet een beschermde afdeling aanwezig, ervaring met bepaalde problematieken)
- Netwerk geeft een keuze van minstens 3 woonzorgcentra op
- Een aanvraagdossier wordt ingediend door MW.
Dit omvat: een medisch attest, een Katz-schaal, administratieve gegevens, een beschrijving van het toestandbeeld van de patiënt, behandeldoelen en vermelding of patiënt al dan niet ontslag klaar is.

Voor patiënten van Cog K is veelal een beschermde afdeling in een woonzorgcentrum nodig omwille van de gevorderde dementie.

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

29

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opnameGedurende
opname

Ontslag

Indien de verblijfskosten voor een woonzorgcentrum niet kunnen gedragen worden, kan een **aanvraag bij het OCMW** gedaan worden voor een financiële tussenkomst in deze kosten.

Een inschatting van het recht op een **Zorgbudget Ouderen met een Zorgnood** kan steeds met een simulatie gecheckt worden bij MW. Een aanvraag kan daarna ingediend worden.

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

30

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

Gedurende
opname

Ontslag

Wanneer de patiënt ontslag klaar is én er een plaats vrij komt in één van de woonzorgcentra waar hij/zij op de wachtlijst staat, kan er een **zorgoverleg** plaats vinden (online of fysiek) met de desbetreffende afdeling van het **woonzorgcentrum**.

Dit houdt in dat er een uitgebreide overdracht is van medische en therapeutische informatie van de verschillende disciplines vanuit afdeling Cog K.

Dit overleg wordt doorgaans als zeer zinvol beschouwd door de woonzorgcentra, gezien het een volledig beeld schetst van de patiënt. Ook familie/netwerk participeert aan dit overleg.

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

31

2.c. Maatschappelijk werk

Wat?

Begin
opname

Gedurende
opname

Ontslag

Bij een terugkeer naar huis:

Opstart thuisondersteuning: gezinszorg, poetshulp, maaltijden, thuisverpleging, kinesithérapie, personalarmsysteem,...

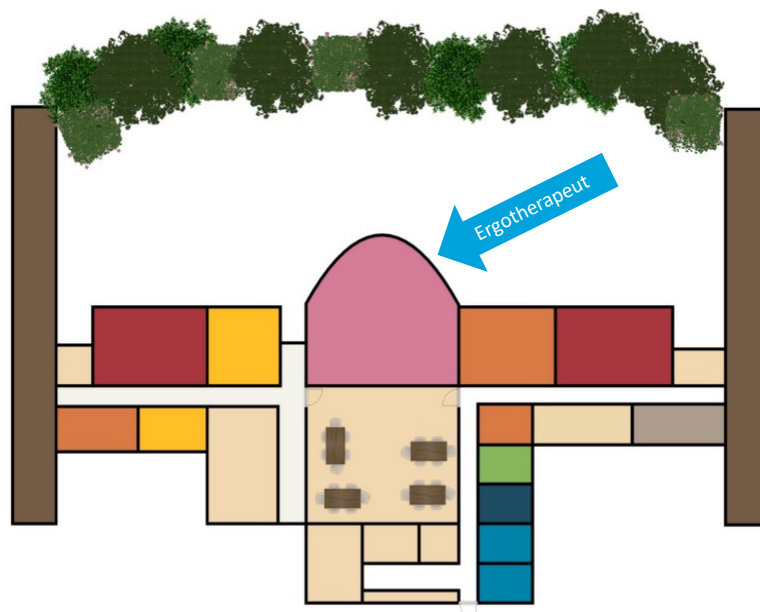
Regelen ontslagvervoer: wanneer de ontslagdatum bepaald is, wordt in overleg met het netwerk niet-dringend ziekenvervoer aangevraagd naar het woonzorgcentrum of naar huis.



UPC
Z.ORG KU LEUVEN

32

2. Toelichting disciplines



33

2.d. Ergotherapie

- Wie?
 - Ergotherapeut
- Wat?
 - Groepstherapie sessies
 - Individuele therapie sessies
 - Inzetten op context

34

Groepstherapie sessies:

- Zicht krijgen op diverse mogelijkheden en beperkingen
- Zicht krijgen op interesses
- Zicht krijgen op behoeften en noden

→ Basis van een betekenisvolle dag invulling

→ Behouden en maximaliseren van de vaardigheden van patiënten

Individuele therapie sessies:

- Op maat van de patiënt
- Vaste momenten vs. momenten van overprikkeling/agitatie
- Vertrekkend vanuit de patiënt (doen vs. zijn)

35

Inzetten op de context

- Omgeving
 - Een aangepaste omgeving verhoogd de zelfredzaamheid
 - Inzetten op foutloos leren
- Algemene aanpak
 - Voorspelbaarheid door uniforme aanpak
 - Concreet voorbeeld: ADL fiches

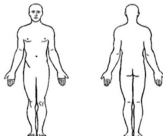

ADL FICHE

Naam: _____


Uitgangspostie: Lavabo WC/WC-stoel Rand v/h bed Bedbad

Loophulpmiddel: Wandelstok Rollator/looprek Rolstoel Zorg relax

Fixatie: _____

Incontinentiemateriaal:

 _____

Zelfstandig met ondersteuning (zie opmerkingen)

Samen uitvoeren (zie opmerkingen)

Volledig afhankelijk

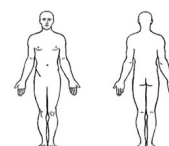
ADL FICHE

Naam: _____

Uitgangspostie: Lavabo WC/WC-stoel Rand v/h bed Bedbad

Loophulpmiddel: Wandelstok Rollator/looprek Rolstoel Zorg relax

Fixatie: _____



Incontinentiemateriaal:



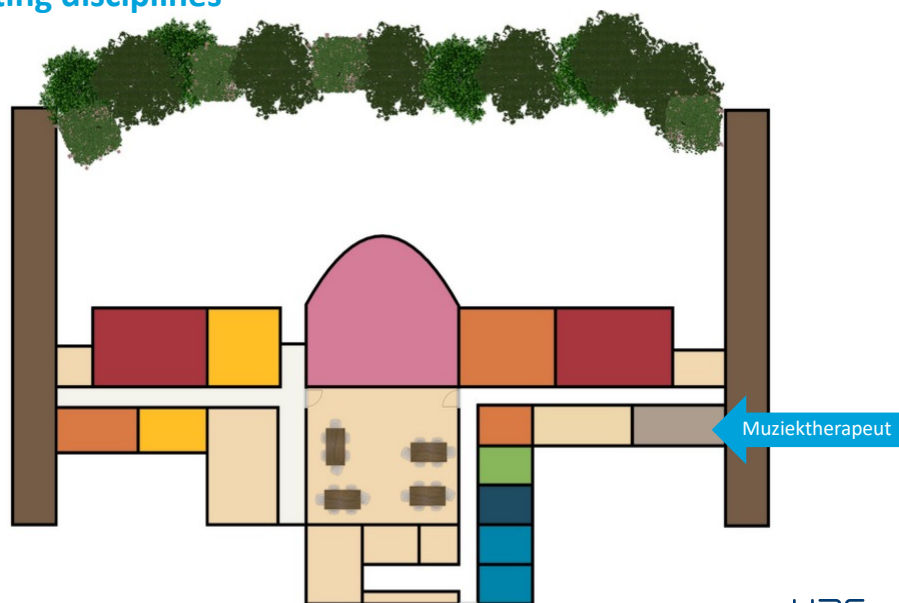
Zelfstandig met ondersteuning (zie opmerkingen)

Samen uitvoeren (zie opmerkingen)

Volledig afhankelijk

36

2. Toelichting disciplines



UPC
Z.ORG KU LEUVEN

37

2.e. Muziektherapie

- Wie?
 - Muziktherapeut: 100%
- Wat?
 - Individuele muziktherapeutische sessies
 - Muziktherapeutische sessies in groep
 - Skillsharing
 - Onderzoek

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

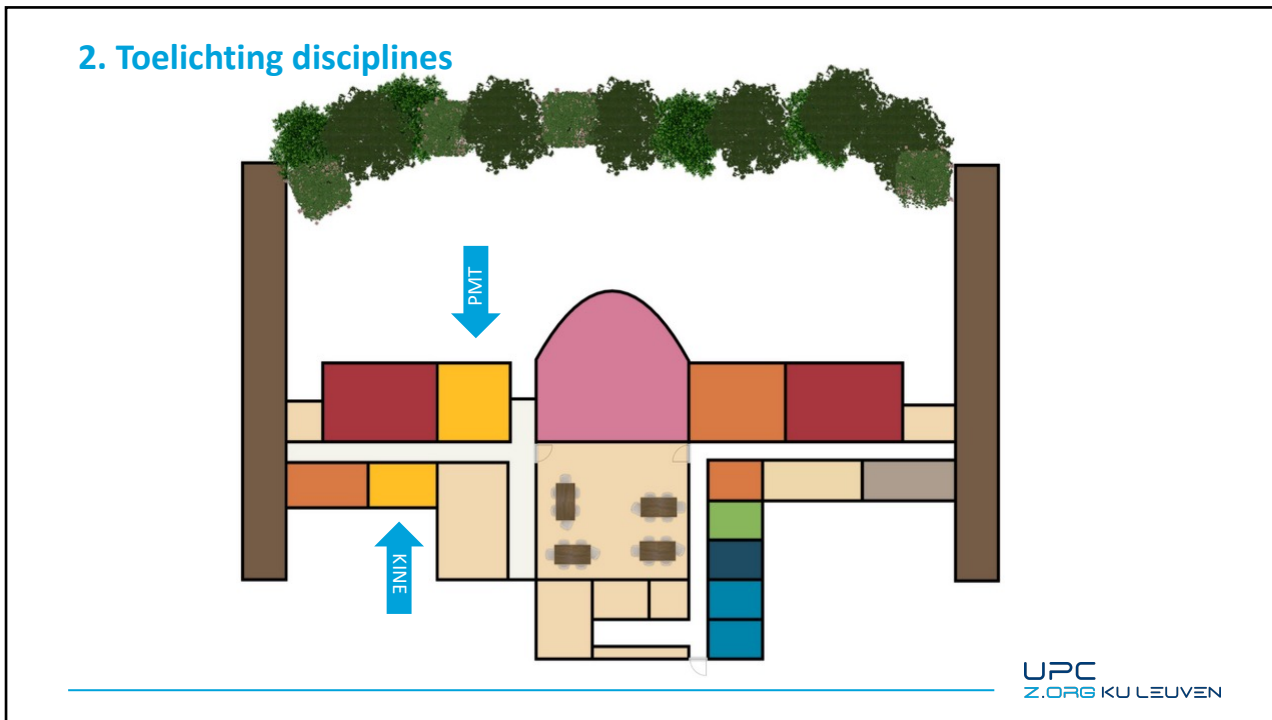
38

2.e. Muziektherapie

- Non-verbale vorm van psychotherapie
- Therapeutische relatie
- Muzikale improvisatie
 - Beeldfragment

2.e. Muziektherapie

- Omgaan met agressie: basisprincipes muziektherapie
 - Hic et nunc
 - Holding environment (Winnicott) – containment (Bion)



41

2.f. Kinesithérapie en psychomotorische therapie

- **Wie?**
 - Kinesitherapeut: 50%
- **Wat?**
 - Diagnostiek
 - Valrisico/mobiliteit
 - Pijn
 - Neveneffecten medicatie
 - Neurologische aandoeningen
 - Revalidatie
 - Preventie

MCI/Mild

- Maintain physical capacity
 - Strength
 - Balance
 - Endurance
 - Flexibility
- Maintain cognitive capacity
- Maintain mobility
- Maintain independent ADL
- Maintain leisure activity

Moderate

- Continue with MCI/mild aims and add
 - Reduce carer burden
 - Reduce falls risk
 - Manage behavioural change

Severe

- Reduce carer burden
- Reduce falls risk
- Delay institutionalisation
- Reduce secondary risks of immobility
- Train carer/staff in effective moving and handling

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

42

2.f. Kinesithérapie en psychomotorische therapie

- **Wie?**
 - Psychomotorisch therapeut: 50%
- **Wat?**
 - Diagnostiek (QOL, GPMT-dem)

- a. Geheugen(0 – 18)
- b. Oriëntatie(0 – 18)
- c. Communicatie en handelen (0 – 18)
- d. Contact met anderen(0 – 16)
- e. Initiatief(0 – 8)
- f. Depressief gedrag (0 – 14)
- g. Angstig gedrag (0 – 10)
- h. Achterdochtig gedrag(0 – 8)
- i. Agressief gedrag (0 – 12)
- j. Levendigheid(0 – 24)

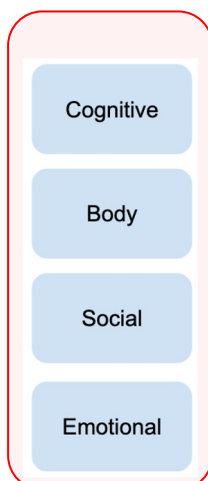
Scoreberekening: achter elke vraag staat met een hoofdletter aangegeven tot welke subschaal de vraag behoort. Tel de scores per subschaal op.

Subschaal (aantal vragen)	Scorebereik	Score
A: Zorgrelatie (7)	0 – 21	A
B: Positief Affect (6)	0 – 18	B
C: Negatief Affect (3)	0 – 9	C
D: Rusteloos Gespannen Gedrag (3)	0 – 9	D
E: Positief Zelfbeeld (3)	0 – 9	E
F: Sociale Relaties (6)	0 – 18	F
G: Sociaal Isolement (3)	0 – 9	G
H: Zich Thuis Voelen (4)	0 – 12	H
I: Iets Om Handen Hebben (2)	0 – 6	I
J: Overige vragen bedoeld voor verder onderzoek		

43

2.f. Kinesithérapie en psychomotorische therapie

- **Wie?**
 - Psychomotorisch therapeut: 50%
- **Wat?**
 - Therapie
 - Fitheid/Gezondheid
 - Psychosociaal
 - Psychotherapeutisch



Cognitive stimulation:
Planning and organisation skills and decrease anxiety

Relaxation & (re)activation:
Positive body experiences and social interaction

Group sessions, positive rewarding, meaningful behaviour: Social relationships and interaction

(Non)verbal expressions of emotions, relaxation, activation and enjoyment:
To maintain emotional balance

44

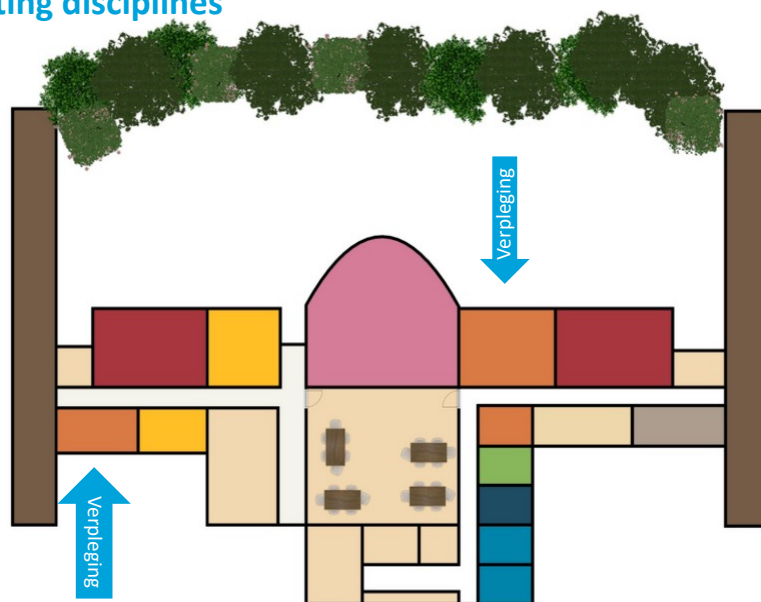
2.f. Kinesithérapie en psychomotorische therapie

- Omgaan met agressie?
 - Preventief handelen
 - Structuur groepsessies
 - Relaxatie (massagestoel, handmassages,...)
 - Voldoende bewegen
 - Eigen houding
 - Embodiment
 - Spannings-regulatie
 - Emotie-regulatie
 - Gevoel herkennen
 - Met woorden + lichaam

Time	<ul style="list-style-type: none"> • 15-45 minutes (depending on therapy) • Same hour in the morning (patient is most alert, visitors in the afternoon...) • Short sessions • Gathering of patients calculated in therapy time
Group	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogeneous • Individual • Group: 5-10 persons • Open vs. closed group (depending on possibilities in practice)
Frequency	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal 2 times a week • Structure!
Therapy environment	<ul style="list-style-type: none"> • Accessible • Recognisable • Depends on orientation and mobility of the patients

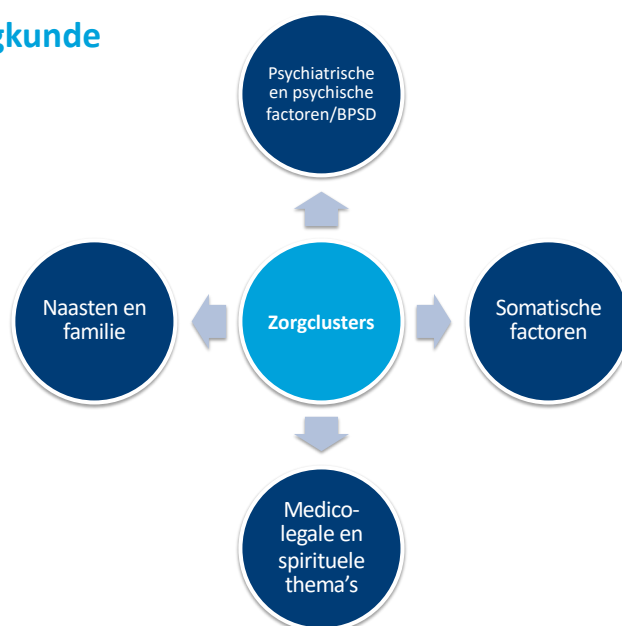
45

2. Toelichting disciplines



46

2.g. Verpleegkunde



UPC
Z.ORG KU LEUVEN

47

2.g. Verpleegkunde

Psychiatrische
en psychische
factoren/BPSD

- Gedragsproblemen: agressie/ roepen/ dolen/ shadowing/ verzamelgedrag/ fugue...
- Cognitieve deterioratie geheugen/ taal/leren/ interpreteren/oriëntatie TRP/ tijdsbesef...
- Psychotische symptomen
- Praxis en executieve vaardigheden
- Impulsief, prikkelbaar, ontremd, verlaagde frustratiedrempel
- Dagschommelingen, stoornissen in dag-nachtritme, (door)slaapproblemen
- Karakter- en persoonlijkheidsveranderingen, psychiatrische en psychische factoren/BPSD
- Uitstelvermogen? (hier en nu)
- zorgweigering

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

48

2.g. Verpleegkunde



Somatische factoren

- “frailty”
- Co-morbiditeit
- polyfarmacie
- Visus- en gehoorproblemen
- Valrisico
- Voedingstoestand
- Verminderde mobiliteit
- Continentie?
- Slikfunctie/ verslikken
- Verhoogde zorgafhankelijkheid
- Fysieke risicofactoren voor dementie: roken/ diabetes/ hypertensie/ overgewicht/ weinig lichaamsbeweging

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

49

2.g. Verpleegkunde



Medico-legale en spirituele thema's

- Wilsbekwaamheid erg beperkt
- Bewindvoering
- Levensindevragen
- Zingeving (meaning of life) – zinbeleving (meaning in life)
- Eenzaamheid

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

50

2.g. Verpleegkunde

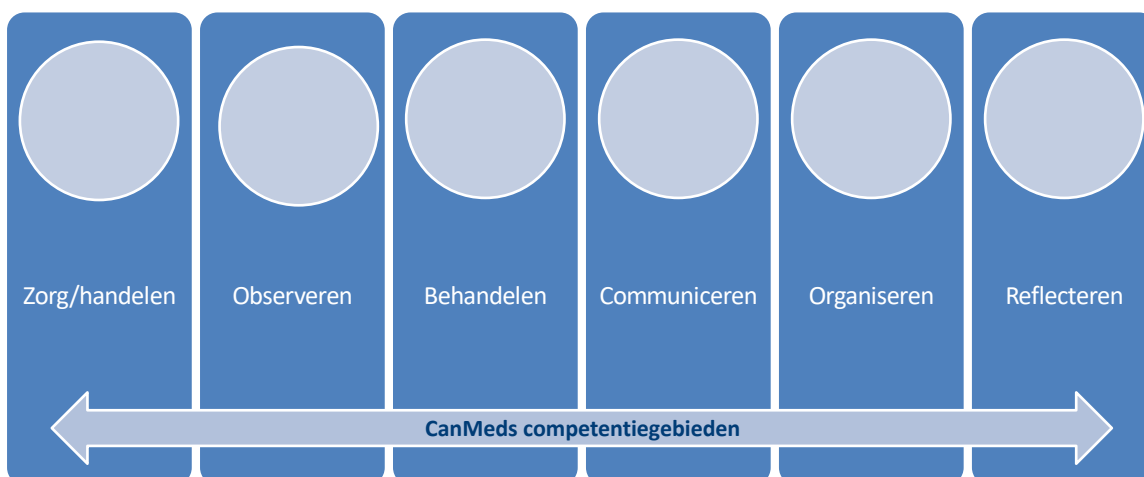
Naasten en familie

- Onmisbaar gezien erg beperkte wilsbekwaamheid patiënten
- (Anticiperende) rouw
- Caregiver burden/ overschreden draagkracht
- Soms ook slachtoffer igv agressie
- Slaapdeprivatie
- Vrees voor erfelijkheid
- Verdeeldheid
- Financiële zorgen
- Faalervaring/ schuldgevoelens (agressie?)
- Partner in de zorg/ voorwerp van zorg
- Draggers/ vertolkers van de on vervulde wensen van patiënt

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

51

2.g. Verpleegkunde



UPC
Z.ORG KU LEUVEN

52

2.g. Verpleegkunde

Rol 1: zorg/ handelen

- 24u-continuïteit
- In het hier en nu / met verleden van patiënt als achtergrond en gericht op toekomst
- Veel **simultane** zorgaspecten (cfr. zorgclusters/ aandachtgebieden)
- schakelen tussen **vast** (procedures/voorschriften/verpleegtechnische handelingen/somatische zorg) en **los** (meedansen op het ritme dat de mogelijkheden en de wil van de patiënt ons oplegt)
- Omgaan met **lichamelijkheid**: veel somatische zorg/ middel om patiënt te bereiken, band te maken, tot rust te brengen.
- Zorgen als **slachtoffer**: regelmatig “slachtoffer” terwijl we voor patiënt blijven zorgen.
- Zorg voor **familie**: sleutelfunctie/ hoe is het met u?/ hoe gaat het met patiënt?/ Hoe wordt het?

2.g. Verpleegkunde

Rol 2: observeren

- Cognitie
- Copingvaardigheden/ impulscontrole/ agressie
- Activiteiten (dolen, repetitieve handelingen, storend gedrag, roepen,...)
- Dagschommelingen, dagstructuur, slaap, dag-nachtritme, sundowning
- Gedrag in groep/ sociaal gedrag
- Ziekte-inzicht?/ lijdensdruk?
- Familie: hoe gaat het met familie?/ hoe gaan zij om met (de ziekte van) de patiënt?/ Hoe gaat patiënt om met familie? (“ander” gedrag)/ Is er ziekte-inzicht bij familie?/ Hebben ze kennis over dementie?/zelfzorg bij familie?
- Medicatie: inname/ (neven)effect
- Somatiek: pijn/ parameters/ algemene toestand/ intake-uitscheiding /plotse wijzigingen in gedrag /voedingspatroon

2.g. Verpleegkunde

Rol 3: behandelen

- Structuur bieden/ structuur lossen
- Er zijn/ nabijheid
- Niet medicamenteuze interventies
- Individuele aanpak: **DICE** Helen C. Kales et al. 2014
- Indien nodig medicatie
- Somatiek (los van ADL) : wondzorg, mobiliteit, uitscheiding, katheterzorg,...
- Opschalen:
 - Wanneer en bij wie? Inschatting op basis van ernstig, langdurig of frequent problematisch gedrag.
 - Hoe lang houden we dit vol? Op welke basis bouwen we af?
 - Welk repertoire hanteren we bij opschalen? Met welke middelen we bouwen zorg op? Wat is ons aanbod tijdens het opschalen?
 - Wat betekent opschalen voor de groep? Zowel voor patiënten als team? Blijft iemand in de kou staan?

55

2.g. Verpleegkunde

Rol 4: communiceren

- Met elkaar (collega's zorgteam)
- Met team (collega's multidisciplinair team)
- Met naasten
- Met patiënten
- Met externe zorgprofessionals

Afhankelijk van met wie we communiceren moeten inhoud, stijl, "niveau" en communicatiemiddel worden aangepast.

56

2.g. Verpleegkunde

Rol 5: organisator

- Zorg voor personen met dementie heeft bij uitstek nood aan behoeftengerichte organisatie
- Tweespalt: nood aan structuur en structureren tov welk ritme legt patiënt ons op?
- Wijzigend dagpatroon/ beperkt uitstelvermogen/ behoeften hier en nu
- Erg grote simultaneïteit en diversiteit aan noden/ taken (cfr. zorgclusters)
- Prioriteiten kunnen stellen/ kunnen plannen/ beslissingsruimte vergroten

2.g. Verpleegkunde

Rol 6: reflectieve professional

- Kan/ mag je je slachtoffer voelen van pt met dementie? (“ ze kunnen er niet aan doen”)
- Tegenoverdracht (bij dubbeldiagnose)
- Geen “recepten” voor behandeling BPSD. Zoeken, trial & error.
- Beveiliging in vraag stellen; risico’s durven nemen.
- Omgaan met beslissingsruimte . Van shared decision making naar shared risk taking.
- Omgaan met zichtbare lijdensdruk. Twijfels over zingeving en –beleving.
- Wat investeren we (nog)? Wat bepaalt hoe ver wel kunnen gaan in onze behandeling? Hierrond stem en visie ontwikkelen.
- Opleidings- en bijscholingsnoden formuleren
- Teamvisie en –methodiek ontwikkelen en expliciteren.
- Beantwoordt de manier waarop we ons verpleegkundig organiseren aan de noden van de patiënten en het (groot) team?

reflectieve professional - warme zorgver- betrokken collega

Inhoud

1. Voorstelling afdeling
2. Toelichting disciplines
 - a) Psychiater
 - b) Psycholoog
 - c) Maatschappelijk werk
 - d) Ergotherapie
 - e) Muziektherapie
 - f) Kinesitherapie en psychomotorische therapie
 - g) Verpleegkunde
3. Conclusie & take-home message

Inhoud

1. Voorstelling afdeling
2. Toelichting disciplines
 - a) Psychiater
 - b) Psycholoog
 - c) Maatschappelijk werk
 - d) Ergotherapie
 - e) Muziektherapie
 - f) Kinesithherapie en psychomotorische therapie
 - g) Verpleegkunde
- 3. Conclusie & take-home message**

61

3. Conclusie en take-home message

- BPSD komen vaak voor, zijn sterk invaliderend maar vaak goed te behandelen
- De symptomen zijn vaak dezelfde, maar elke patiënt is werkelijk uniek
- Multidisciplinaire aanpak met veel kennis en ervaring is nodig
- Tegelijk is ook veel creativiteit nodig; enkel doen wat evidence-based is, volstaat meestal niet
- We proberen vertrekken vanuit evidence en expertise, maar ons ook aan te passen aan elke individuele patiënt (personalized care)



62

Dank u!

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

63

- Ouderenpsychiater: Prof. Dr. Maarten Van Den Bossche
maarten.vandenbossche@upckuleuven.be
- Psycholoog: Charlotte Kindermans
charlotte.kindermans@upckuleuven.be
- Maatschappelijk werker: Anita De Moor
anita.demoor@upckuleuven.be
- Ergotherapeut: Daphné Vanderauwera
daphne.vanderauwera@upckuleuven.be
- Muziektherapeut: Marthe Helsen
marthe.helsen@upckuleuven.be
- Kinesist en PMT: Johanna Kindermans / Philippe Minguet
johanna.kindermans@upckuleuven.be
- Hoofdverpleegkundige: Pieter Hoornaert
pieter.hoornaert@upckuleuven.be

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

64