

---

## **Mediatieve therapie in de thuiszorg: Onbekend en onbenut**

**Auteurs:** Ronald J. G. M. Geelen, Sebastiaan P. J. van Alphen

### **Samenvatting**

Psychologische interventies zijn nog weinig verkend in de thuiszorg voor ouderen met probleemgedrag. In deze gevalsoverzicht uit een mannelijke patiënt zich krenkend jegens zorgverleners, die dit gedrag willen laten ophouden. Na observatie zijn via teamleden concrete interventies ingezet, welke vooraf werden ingeëfend met rollenspel. Niethelpende gedachten die bij het oefenen opkwamen, werden uitgedaagd en vervangen door helpende varianten. Psychosociale interventies kunnen in de thuiszorg voor ouderen vruchtbaar zijn, als de onderliggende principes zijn afgestemd op de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van de doelgroep. Enkele relevante vertrekpunten hierin worden beschreven.

---

## **Mediative therapy in home care for older adults: unknown and unused**

### **Abstract**

Little is known concerning specific psychological interventions in home care for older adults with behavioral problems. This case study of a male with offensive verbal behaviour gives an impression of a targeted psychosocial intervention program. Interventions in which irrational cognitions are detected and challenged, and replaced with more helpful attitudes, were trained in role-playing. Psychosocial interventions are of importance in homecare. The dependency and vulnerability of the elderly patient make explicit principles relevant, which are outlined in this article.

---

**Kernwoorden:** cognitieve therapie, mediatieve therapie, socratische methode, thuiszorg

---

**Keywords:** Cognitive therapy, Home care, Mediative therapy

---

### **Probleemgedrag in de thuiszorg**

Onder probleemgedrag verstaan we alle gedrag van de patiënt dat door de patiënt zelf en/of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren.<sup>1</sup> De specifieke onderliggende cliëntproblematiek in de zin van cognitieve achteruitgang, stemmingsproblematiek of persoonlijkheidspathologie kon in deze casus niet worden verhelderd door gebrek aan medewerking van de patiënt.

Er is wel een en ander bekend over prevalenties van probleemgedrag bij specifieke patiëntgroepen. Studies naar de prevalentie van probleemgedrag bij ouderen zijn intramuraal verricht bij bijvoorbeeld bewoners met dementie.<sup>2</sup> De prevalentie van probleemgedrag bij dementie is hoog; tot maar liefst 90% bij geïnstitutionaliseerde ouderen.<sup>3</sup> De meerderheid van mensen met dementie verblijft thuis, en zal in de toekomst langer thuis (moeten) blijven wonen.

Ook functioneel psychiatrische ziekten en stemmingsproblemen kunnen ten grondslag liggen aan gedragsproblematiek. Bij Nederlands bevolkingsonderzoek (NEMESIS) bleek meer dan 40% van de onderzochten één of meermalen in hun leven een (of meer) psychische stoornis(sen) te hebben doorgemaakt,<sup>4,5</sup> bijna één op de vier volwassenen in het afgelopen jaar. Meest voorkomend zijn angst- en stemmingsproblemen, en middelenmisbruik. Psychische comorbiditeit, het gelijktijdig optreden van meer dan één psychische klacht, correleert met ernstiger klachten, functionele beperkingen, een langere duur van de stoornis en groter beroep op de gezondheidszorg.<sup>5</sup> Bij ouderen is er in fysiek en psychosociaal opzicht meer comorbiditeit.<sup>6,7</sup>

Persoonlijkheidsstoornissen komen bij zelfstandig wonende ouderen voor in prevalenties tussen de 3% en 13%; vergelijkbaar met de intramurale sector Verpleging en Verzorging (V&V)(3%-15%).<sup>8</sup>

Thuiszorgteams moeten omgaan met gedragsproblemen van diverse aard en vanuit diverse oorzaken. Er zijn niet-structurele initiatieven om in teamverband patiënten door te spreken, en gebruik te maken van GGZ-expertise. Maar de zorgverlener thuis staat er doorgaans alleen voor, letterlijk en meestal ook zonder back-up van een discipline met kennis van gedragsinterventies.

Over de aanpak van gedragsproblematiek in de thuiszorg is er geen toegespitste literatuur. Wanneer de huisarts om hulp wordt gevraagd, volgt vaak een recept voor psychofarmaca. In de dementie- en ouderenzorg is de eerst aanbevolen interventie volgens richtlijnen van Verenso<sup>1</sup> en het NIP<sup>9</sup> een gedragsmatige, waarin de psycholoog een belangrijke rol heeft.<sup>1</sup> Publicaties specifiek gericht op de thuiszorg gaan voornamelijk over het signaleren van medische patiëntproblemen en het ondersteunen van mantelzorgers.<sup>10</sup> In deze klinische les volgt de illustratie van de mediatieve behandeling van een thuiswonende cliënt met gedragsproblematiek zonder vastgestelde cognitieve problemen maar wel met een vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek. Hoe kan zo'n aanpak eruit zien, en wat leert dit over de aanpak van gedragsproblemen in thuissituaties?

### **Probleemsituatie en hulpvraag**

Een psycholoog werkzaam in de V&V-sector wordt benaderd om een thuiszorgteam te helpen vanwege probleemgedrag bij een 64-jarige mannelijke, obese en bedlegerige patiënt met ingewikkelde (wond)zorg. Hij benoemt vaak hardop en dwingend wat nog moet gebeuren in zijn wondzorg. De teamleden voelen zich door hem opgejaagd en krenkend behandeld. Op sommige dagen zwijgt hij, om ten slotte luid te melden welke handeling is overgeslagen of onjuist uitgevoerd – waarna de volledige zorg over moet. Dan en op andere momenten laat hij zich negatief uit naar de zorgverlener 'die niet uit haar doppen kijkt', slechts 'het diploma van verzorger en niet van verpleegkundige heeft'. Of vraagt hij zich hardop af hoe 'zij in hemelsnaam het diploma van verpleegkundige heeft behaald'. Hij heeft wisselende favorieten onder teamleden. Soms raakt de zorgverlener zo van de kook, dat zij een black out krijgt. De patiënt reageert dan bijvoorbeeld met 'Zie je nu wel dat je het niet kan!' Door deze situatie zijn al drie teamleden vertrokken naar een andere werkgever.

Het zorgkantoor heeft hem de wacht aangezegd en ermee gedreigd dat bij onveranderd gedrag een andere zorgaanbieder voor hem wordt ingeschakeld. Met als gevolg een woedende patiënt, die teamleden ondervraagt 'welke trut hem dit flikte'.

De hulpvraag luidt hoe de patiënt van zijn onaangenaam gedrag af te brengen is.

### **Vertrekpunten**

De psycholoog gaat uit van enkele vertrekpunten, die terugkomen in de hieronder beschreven werkwijze. De principes zijn als volgt (Tabel 1):

- Wees veelzijdig partijdig. Een passende interventie dient de belangen en gezichtspunten van alle betrokken partijen mee te nemen. Door bij relevante betrokkenen gegevens te verzamelen en in de analyse te betrekken, wordt een tunnelvisie voorkomen. Interventies dienen de waardigheid van zowel zorgverleners als patiënt te bevorderen. Het is nodig de probleemsituatie concreet te zien en met alle betrokkenen contact te hebben.
- Van Albert Einstein is de uitspraak: 'If you do what you did, you get what you got.' Ander gedrag bij de patiënt zal vanuit minimaal één van beide partijen geïnitieerd moeten worden. De gewenste gedragsverandering kan gedestilleerd worden vanuit kennis opgedaan bij beide betrokkenen, en onder meer algemene communicatieve inzichten. Door praktisch te oefenen met concrete interventies ontstaat een beeld van wat haalbaar en effectief kan zijn.
- Tijdens het oefenen kunnen sterke emoties en weerstanden bij teamleden opkomen. Het is belangrijk daaraan ruim aandacht te geven. Voorafgaand aan de hulpvraag hielden (disfunctionele) opvattingen van zorgverleners over het patiëntgedrag hen af van helpend gedrag naar de patiënt. Ander gedrag verlangt wijziging of in elk geval nuancering van bestaande opvattingen en gedachten over de probleemsituatie.

**Tabel 1 Mediatieve therapie: principes**

• Wees 'veelzijdig partijdig.' Bezie de situatie vanuit de patiënt en/of diens systeem, zorgverleners en maatschappelijke belangen (zoals mijden van onnodige opname of zorgkosten)
• Concretiseer het probleemgedrag, zoals door zelf te observeren.
• Focus op concrete verbetermogelijkheden. Oefen gedragsalternatieven met teamleden in, laat hen ook zelf hierin meedenken.
• Help teamleden om disfunctionele opvattingen te uiten, en daag deze uit.

## Werkwijze in drie stappen

1. De psycholoog wil na het doorspreken van de hulpvraag met de teamleider eerst met een teamlid op huisbezoek voor een kennismaking met de patiënt en observatie van de zorg. De psycholoog wil de situatie zelf zien, inclusief aspecten die eventueel aan de aandacht zijn ontsnapt. Hij wil ook een indruk krijgen van de vroegere aard van de patiënt via contact met verwanten voor verdere hetero-anamnestiche gegevens. De observaties van de probleemsituatie geven ook al enig idee in de communicatie-opgaven hierin voor de teamleden.
2. De dag erop zal de psycholoog met het team praktisch nalopen hoe zij reageerden en kunnen reageren op de patiënt. Ook laat hij de teamleden via rollenspel experimenteren met huidige en wenselijke benaderingen.
3. Ten slotte wil hij nagaan wat teamleden er mogelijk van weerhoudt anders om te gaan met de patiënt. Daarbij is vooral van belang te letten op cognities die de uitvoering van de voorgestelde interventies kunnen belemmeren.<sup>11</sup> Als er bij het uitwerken van alternatieve manieren van omgaan met de patiënt weerstanden zijn, dienen deze te worden achterhaald en uitgedaagd. Vanwege de expliciet door teamleden benoemde wens te willen weten hoe te reageren op zijn gedrag, is er bewust voor gekozen om eerst te spreken over reactiemogelijkheden, en pas daarna aandacht te geven aan hun persoonlijke ervaringen, gevoelens en opvattingen. Al eerder had de leidinggevende gesignaleerd dat de zorgverleners vreesden dat na het uitwisselen van ervaringen vervolgens alles bij het oude zou blijven. Met deze begrijpelijke scepsis hield de psycholoog rekening door de verzorgenden eerst vertrouwd te maken met alternatieve reactiemogelijkheden, en hen in dat kader te laten spreken over hun emoties.

*We bespreken nu per stap de indrukken, instructies en adviezen*

- Ad 1 Kennismaking met de patiënt en het patiëntstelsel.
- Ad 2 Praktische gedragsalternatieven bedenken en onderling uitproberen.

We sommen nu de belangrijkste instructies en adviezen op waartoe de rollenspellen leidden.

- # Instructie: Wondprotocol volgen als bij een landingsprotocol (luchtvaart).
- # Instructie: Duo zorgen.

Enkele van de aanvullende adviezen volgen nu.

- # Advies: Geen metacommunicatie.
- # Advies: Probleemgedrag herinterpreteren en neutraal benoemen.
- # Advies: Begrenzen
- Ad 3 Cognitieve herstructurering bij teamleden

## Resultaten

Het merendeel van de teamleden lukte het na drie besprekingen van anderhalf uur de patiënt te verzorgen, zonder overmatige spanning en zonder zorgfouten. Zijn negatieve reacties namen in aantal en ernst af, maar verdwenen niet volledig. Het duo zorgen werd na drie maanden verlaten, omdat teamleden dit niet meer nodig vonden. Door de mediatieve behandeling zijn ongewenste gevolgen voorkómen, zoals verandering van thuiszorgteam en andere interventies vanuit het zorgkantoor, een voortijdige opname voor de patiënt, en uitputting en afhaken van zorgverleners. Ook zou de crisissituatie

kunnen verleiden om psychofarmaca voor te laten schrijven via de huisarts. Nog afgezien van de vraag of de patiënt deze zou innemen ('Met mij is niks mis'), is het toedienen van psychofarmaca zonder indicatie op zijn minst lastig. Individuele behandeling van de patiënt (en diens familiesysteem) was hier niet mogelijk, reden voor de keuze tot gedragsverandering bij de betrokken zorgverleners. Behandeling van de patiënt verliep zo via relevante betrokkenen (hier de zorgverleners), ook wel mediatieve behandeling genoemd.

## Discussie

In deze casus bleken behandelprincipes en interventies met mediatieve therapie bruikbaar en effectief. Het is daarbij van belang te voorkomen dat de patiënt louter als probleem wordt bestempeld, waarna de betrokkenen volharden in hun positie en uit het zicht raakt wie wat nodig heeft. Een betere invalshoek is met een open blik te kijken naar hoe de probleemsituatie in elkaar steekt en wat er (anders) in te doen valt. Hoe kunnen omgang en zorgverlening verbeterd worden, op een manier die alle betrokkenen vooruit helpt?

Gewenste interventies kwamen tot stand via rollenspel en oefeningen waarbij ook aandacht gegeven werd aan cognitieve herstructurering. De besproken principes zijn zinvol vanwege de onderlinge afhankelijkheid van betrokkenen, de kwetsbaarheid van de patiënt en de emotionele belasting van teamleden. De pragmatische uitgangspunten pasten bij het team van verzorgenden, die een sterke behoefte aan een snelle verandering voelden.

De specifieke interventies van deze casus zijn niet generaliseerbaar naar andere situaties waarin zich probleemgedrag voordoet, maar wel de gepresenteerde werkwijze. Vraag is ook welke uitbreiding de beschreven principes behoeven en welke andere interventies zinvol kunnen zijn bij probleemgedrag, al of niet gecompliceerd door co-morbide persoonlijkheidspathologie. Meer overzicht is wenselijk van practice based principes en interventies bij complexe gedragsproblematiek in thuissituaties. Een mogelijkheid is een Delphi-onderzoek onder expert-hulpverleners in de ouderenzorg. Daarin wordt doorgevraagd op werkwijzen, standpunten en interventies, zoals eerder werd verricht op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.<sup>13</sup> Erkende experts, zoals hulpverleners uit regionale en landelijke organisaties, onderzoekers en gedragsconsulenten kunnen aan zo'n Delphi-studie deelnemen.

Juist bij teams van de thuiszorg zullen bijzondere hulpvragen toenemen, vanwege de dubbele vergrijzing en de beperkte intramurale mogelijkheden. Zorgverleners in de thuiszorg kunnen direct of via de huisarts een beroep doen op de GGZ, of een psycholoog uit de eerste lijn benaderen. Ook stellen psychologen in de V&V-sector zich meer open voor consultatie en hulpverlening in thuissituaties. Voor complexe probleemsituaties kan momenteel een beroep worden gedaan op het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)<sup>14</sup>, een organisatie die overigens bij de thuiszorg nauwelijks bekend lijkt te zijn. Niet alleen in de ontwikkeling van kennis over psychosociale interventies, ook in het benutten van bestaande mogelijkheden is nog winst te boeken.

---

## Auteurs

### **R. J. G. M. Geelen**

Thebe Breda, Verpleeghuis Lucia

Thebe, Breda

Verpleeghuis Lucia, Breda

Email: ronaldgeelen@kpnmail.nl

### **Sebastiaan (Bas) P. J. van Alphen**

Vakgroep psychologie en educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium, Mondriaan Ouderen, Heerlen, Netherlands

Expertisecentrum Persoonlijkheidsstoornissen bij Ouderen, Mondriaan GGZ, Heerlen.

Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Onderzoeksgroep Persoonlijkheid en Psychopathologie

School of Social and Behavioral Sciences, Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University, Tilburg.

---

### Literatuurlijst

1. Verenso. Richtlijn Probleemgedrag. Utrecht, Verenso 2008.
2. Zuidema S. Neuropsychiatric symptoms in Dutch nursing home patients with dementia. Dissertatie Radboud Universiteit Nijmegen, 2007.
3. International Psychiatric Association (IPA). Educational Pack. IPA, 2002.
4. Vollebergh W, Graaf de R, Ten Have M, Schoemaker C, Dorsselaer van S, Spijker J, Beekman A. Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut, augustus 2003.
5. Graaf de R, Ten Have M, Dorsselaer S. De psychische Gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS 2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
6. Kuin, Y. Emotie en stemming. In: Pot AM, Y Kuin, M Vink (red). Handboek Ouderenpsychologie. Utrecht, De Tijdstroom, 2007.
7. Smalbrugge M. Biologische veroudering en leeftijdsgelateerde aandoeningen. In: Pot AM, Y Kuin, M Vink (red). Handboek Ouderenpsychologie. Utrecht, De Tijdstroom, 2007.
8. Alphen van B (Red.). Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: diagnostiek, behandeling en gedragsadviesing. Amsterdam: Hogrefe, 2010.
9. Allewijn M, Vink MT. In: Handreiking psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie. Amsterdam: NIP/SPO 2009; 2009.
10. Cooke DD, McNally L, Mulligan KT, Harrison MJ, Newman SP. Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2001;5(2):120-135.
11. Geelen R, Bleijenberg G. Proef op de som: illustratie van gedragstherapie in een psychogeriatrische verpleeghuis. *Gedragstherapie*. 1999;32(2):79-103.
12. Appelo M. Socratisch motiveren. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2011.
13. Van Alphen SPJ, Bolwerk N, Videler AC, Tummers JHA, Van Royen RJJ, Barendse HPJ, Verheul R, Rosowsky E. Age related aspects and clinical implementations of diagnosis and treatment of personality disorders in older adults. *Clinical Gerontologist*. 2012;127-41. 10.1080/07317115.2011.628368
14. [www.cce.nl](http://www.cce.nl) Website van de Centra voor Consultatie en Expertise (CCE). Zij biedt de mogelijkheid tot consultatie in alle sectoren van langdurende zorg, ook de ouderenzorg.