

Hoofdstuk 2

De ouderenzorg is een complex vak

Interview met Sandra Geerlings door Carlie van Tongeren

Carlie van Tongeren

2.1 Welke ontwikkelingen heb je binnen de geestelijke ouderenzorg voorbij zien komen?

‘De postmoderne samenleving waarin we leven bepaalt hoe er naar de ouderenzorg wordt gekeken en wat je als ouderenpsycholoog kunt betekenen. De huidige samenleving kan worden gekarakteriseerd door drie tendensen: continuïteit, pluriformiteit en nadruk op autonomie. Die continuïteit zien we in verschillende vormen terug. Zo zijn we meer op een zorgcontinuüm gaan werken. We gaan niet meer alleen uit van ziekte, het medisch model, maar we dragen ook actief bij aan de bevordering van gezondheid en kwaliteit van leven. Vooral kwaliteit van leven is een belangrijk aspect. Ook vormt het ouder worden tegenwoordig steeds minder een breuk met voorgaande levensfasen; de dichotomie van 65-min en 65-plus bestaat niet meer. Verder blijven ouderen zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving wonen. Over de rol van de overheid hierin ben ik overigens wel sceptisch. Thuis wonen met mantelzorg kent gevaren. Zo kan die mantelzorger overbelast raken - in het begeleiden van mantelzorgers hebben wij als ouderenpsycholoog dan ook een belangrijke rol. Begrijp me niet verkeerd, ik denk dat het heel goed is dat ouderen langer thuis blijven wonen. Maar ik vind dat mantelzorg best een beetje de slagroom op de taart mag zijn. Een basale maatschappelijke verantwoordelijkheid vind ik wel aanwezig. Natuurlijk zijn financiële kaders nodig, maar ik houd soms mijn hart vast: waar blijft de mens achter deze ideeën? Qua instellingen en professionals hebben we een ontschotting meegemaakt. Je ziet dat bijvoorbeeld de grenzen tussen de GGZ en de verpleging- en verzorgingssector aan het vervagen zijn. Door het breed geaccepteerde biopsychosociale model van gezondheid is het nog belangrijker om multidisciplinair te werken.

C. van Tongeren (✉)
journaliste, The Netherlands

We zijn ons ook steeds meer bewust van de diversiteit van ouderen. Het ene cohort heeft de oorlog nog meegemaakt en het andere niet (bewust). Maar ook binnen cohorten is er verscheidenheid: sommige mensen krijgen met ziektes en aandoeningen te maken, andere niet of nauwelijks. Mensen verouderen op een andere manier. Er is niet één recept voor veroudering. Doordat mensen ouder worden, krijg je meer pluriformiteit. Dat maakt de ouderenzorg een complex vak. Verder is autonomie een belangrijker begrip geworden in de ouderenzorg.

Ouderen hebben aan de ene kant kracht en aan de andere kant kwetsbaarheid. Hoe kunnen we tussen die kracht en kwetsbaarheid ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk de regie over hun eigen leven behouden zonder van de noodzakelijke zorg verstoken te blijven? Als ouderenpsycholoog ben je een soort belangenbehartiger om de autonomie van ouderen te borgen.’

Wie is Sandra Geerlings?

Dr. S.W. Geerlings (1968) is ouderenpsycholoog en vakgroep hoofd Psychosociale Begeleiding bij Saffier De Residentiegroep in Den Haag. Na het afronden van de hbo-studie verpleegkunde ging ze psychologie studeren aan de Universiteit Utrecht. Ze promoveerde in 2002 aan de Vrije Universiteit medisch centrum op een onderzoek naar depressie bij ouderen in de algemene bevolking en voltooide een opleiding tot epidemioloog. Na een aantal jaren onderzoeks- en beleidswerk lonkte de klinische praktijk en begon Geerlings in 2009 bij haar huidige werkgever. In juni 2012 rondde ze de profielopleiding Ouderenpsycholoog aan het RINO Noord-Holland/Gerion af. Ze werkt momenteel één dag per week op het Trimbos-instituut (gedetacheerd) aan een onderzoek naar de effecten van de transitie van een traditioneel verpleeghuis naar een kleinschalige woon- en zorgvorm op mensen met Korsakov.

2.2 Waar valt binnen de ouderenpsychologie nog winst te behalen?

‘Het vakgebied is erg in beweging: er is al veel gebeurd, maar we zijn nog lang niet klaar. Het bedrijven van wetenschap is soms nog een knelpunt. In de ouderenpsychologie wordt er evidencebased gewerkt, maar een groot deel is ook nog experience-based of best practice. Neem heel basale dingen als meetinstrumenten. Die tests bestaan wel, maar er zijn niet altijd goede normen voor ouderen. Prima, soms moet je het daarmee doen. Ik ben ook wel pragmaticus en geen verstokte wetenschapper. Maar die evidentie is zo ongelooflijk belangrijk, zeker als je je verder wilt blijven ontwikkelen. Je moet weten of iets effectief is of niet. Voor mij is het een geldigheidsbeginsel. Dat doe je in de medische wetenschap toch ook? Je gaat geen medicijnen ontwikkelen, ze vervolgens niet testen maar wel op patiënten loslaten. Ik vind dat onze cliënten recht hebben op een evidence-based behandeling.’

2.3 Onlangs heb je de profielopleiding Ouderenpsycholoog afgerond. Wat neem je daarvan mee naar de praktijk?

‘Ik kom uit een wetenschappelijke hoek en mijn praktische ervaring lag al enige tijd achter me. Ik wilde op de hoogte zijn van alle nieuwe ontwikkelingen en recente bevindingen in verschillende onderwerpen binnen de ouderenpsychologie, de zogenaamde state of the art. Het methodisch werken is iets wat ik elke dag meeneem. Ook biedt de opleiding een persoonlijke ontwikkeling als psycholoog en als mens. De wetenschappelijke vaardigheden die aan bod komen, zijn juist nuttig voor mensen die uitsluitend in de klinische praktijk hebben gewerkt. De opleiding geeft alle handvatten en competenties om in de ouderenzorg je weg te vinden en je te kunnen ontwikkelen. Ook: hoe combineer je die competenties? Voor mij is de wetenschap weer heel erg gaan leven. Ik dacht vroeger altijd: je bent wetenschapper of je bent clinicus. Er leek een soort psychologische klif tussen die twee te zijn. Ik heb me gerealiseerd dat ik de wetenschap niet af moet sluiten. Sterker nog: dat de wetenschap onontbeerlijk is in de ouderenzorg. Het is niet toevallig dat ik na deze opleiding begin aan een nieuw wetenschappelijk onderzoek.’

2.4 Wat ga je precies onderzoeken?

‘De effecten van de transitie van een traditioneel verpleeghuis (De Lozerhof) naar een kleinschaligere woonvorm (Domus Nostra) op mensen met Korsakov en/of aanpalend ziektebeeld. Voor dat onderzoek word ik één dag per week gedetacheerd bij het Trimbos-instituut. In september 2013 vindt er bij Saffier De Residentiegroep een grote verhuizing plaats. Vrijwel alle Korsakov-cliënten verhuizen naar een kleinschalige woonvorm in een groter geheel. Binnen die woonvorm zal een vorm van kleinschalige zorg worden geboden. Dit is een belangrijk gegeven, aangezien kleinschalig wonen niet automatisch leidt tot kleinschalige zorg. Onderzoek onder ouderen met dementie toont positieve effecten van kleinschalig wonen aan op kenmerken van cliënten (waaronder kwaliteit van leven), zorgverleners (waaronder burn-outklachten, werkplezier en ervaren collegiale steun) en de kwaliteit van zorg. Er is in Nederland al langere tijd sprake van een stijgende tendens naar kleinschalig wonen bij cliënten met het Syndroom van Korsakov, maar er bestaat geen wetenschappelijke evidentie voor de effecten op belangrijke uitkomstmaten, zoals kwaliteit van leven. Gezien de complexiteit en uniciteit van het ziektebeeld lijkt het voorsnog onverantwoord om de kennis uit eerder onderzoek onder andere doelgroepen te generaliseren naar mensen met Korsakov.

Het idee om de transitie te monitoren kwam spontaan bij mij op toen ik over de verhuizing hoorde. De omstandigheden veranderen, maar de groep blijft hetzelfde. Mooier kan bijna niet. Dit is een prachtig onderzoeksdesign en het zou een gemiste kans zijn als je die niet oppakt. Het onderzoek is niet alleen wetenschappelijk van

belang, maar heeft ook klinische waarde. Hoewel er al veel bekend is over de brein-schade bij Korsakov, weten we tot op heden vrijwel niets over het psychosociaal welbevinden van Korsakov-cliënten. We varen nog sterk op assumpties. De doelgroep intrigeert mij enorm en ik vind het mooi om iets voor deze mensen te kunnen betekenen. Wanneer je de dossiers van deze cliënten opent, zie je in de meeste gevallen schrijnende levensverhalen. Ik ben van mening dat het over het algemeen best te begrijpen is dat ze zijn gaan drinken.'

2.5 Wat zijn belangrijke verschillen tussen dementerende ouderen en Korsakov-cliënten?

'Een belangrijk verschil is dat het syndroom van Korsakov bij alcoholabstinentie in principe niet progressief is. Verder blijft de intelligentie bij Korsakov vrijwel intact. Korsakov-cliënten behoeven ook een andere benadering dan ouderen met dementie. In de jaren negentig ontstond voor Korsakov-cliënten de directieve benadering, gebaseerd op vier K's: kort, concreet, continu en consequent. Die benadering was gericht op het bieden van zekerheid en veiligheid en er was weinig ruimte voor respect en autonomie. Zowel zorgverleners als cliënten ervoeren die benadering als betuttelend en autoritair. In 2002 is de empathisch-directieve benadering ontwikkeld voor mensen met Korsakov. Daar is een vijfde, zeer essentiële K aan toegevoegd: creatief. De empathischdirectieve benadering is gedefinieerd als het samengaan van een directieve benadering met echt luisteren naar de cliënt vanuit een invoelende houding. Empathie, structuur, eigenheid, mogelijkheden en autonomie zijn daarin sleutelwoorden. De empathisch-directieve benadering is te directief voor ouderen met dementie; zij hebben over het algemeen meer behoefte aan zogenaamde warme zorg. De empathisch-directieve benadering is nog niet wetenschappelijk onderzocht. Ik hoop ook daarvoor enige evidentie te krijgen in mijn onderzoek.'

2.6 Je bent in 2002 gepromoveerd op depressie bij ouderen in de algemene bevolking. Is er de afgelopen tien jaar veel veranderd op het gebied van depressies bij ouderen?

'Toen ik in 2009 bij Saffier De Residentiegroep begon, was mijn eerste ambitie: we gaan depressie hier nu echt (h) erkennen en op de kaart zetten. Maar het stond al op de kaart. Het stigma dat tijdens mijn promotieperiode vaak nog leefde, dat het logisch is dat je somber bent als je oud bent en dat het er gewoon bij hoort (ageism), was intussen aardig bijgesteld. Er is veel meer aandacht voor depressieve ouderen en zij worden veelal ook adequaat behandeld. Dat vind ik een mooie ontwikkeling van de laatste jaren, die ik eerst wetenschappelijk en later in de praktijk heb kunnen

monitoren. Wat ik vooral van mijn promotieonderzoek meeneem is het conceptueel, methodologisch en analytisch denken. Ik houd me nu meer specifiek bezig met probleemgedrag bij dementerende ouderen en mensen met Korsakov. Dat kan variëren van agressie en apathie tot ontremming en onrust. Of het een groot probleem is? Ja. Het zorgprogramma ‘Grip op Probleemgedrag’ van de Vrije Universiteit en UMC st Radboud is een mooie manier om daar structuur aan te geven. Structuur betekent niet alleen handelen, maar ook evalueren en indien nodig het behandelplan bijstellen. Het zorgprogramma is op één afdeling geïmplementeerd en dat wil ik uitbreiden naar andere afdelingen. Het is gezegd mijn ‘kindje’ om probleemgedrag meer methodisch en evidence-based aan te pakken. Probleemgedrag fascineert me, wellicht omdat ik het zo moeilijk vind. Als het ingewikkeld is, ga ik juist graag de uitdaging aan.’

2.7 Waarin verschilt het werken met ouderen van adolescenten en volwassenen?

‘Ouderen hebben een hele levensloop achter zich. Op biopsychosociaal gebied is er al veel gebeurd. Een oudere die bij ons binnenkomt, neemt een hele grote rugzak met ervaringen en soms ook trauma’s mee. Ziektebeelden zien er soms anders uit en ook de risicofactoren kunnen variëren. Verder verschilt het cliëntsysteem - ouderen hebben meestal geen ouders meer - en speelt andere thematiek een hoofdrol, zoals eenzaamheid, rouw en autonomie. Ik ben, mede door de profielopleiding, een voorvechter van die autonomie geworden. Al lijdt iemand aan dementie of Korsakov en heeft hij een bewindvoerder, mentor of curator, dan nog is hij op al die andere gebieden - en dat zijn er nogal wat - autonoom. Ik wil niet de indruk wekken dat ouderen andere wezens zijn. Dat is een valkuil. Zo zijn de technieken die je bij niet-ouderen toepast vaak goed overneembaar, soms met enige aanpassing. Omdat ouderen vaker last hebben van geheugenproblemen, moet je dingen bijvoorbeeld vaker herhalen. Ouderenzorg behoeft vooral overzicht, omdat het complex is en iemand een heel verleden meebrengt.’

2.8 Welke stigma’s bestaan er over ouderen en de ouderenzorg?

‘Dat ouderenzorg “niet hip” is, is denk ik wel de grootste misvatting. Ons vakgebied kampt met een imago probleem. Terwijl de ouderenzorg juist een hectische wereld is om in te werken, dynamisch en afwisselend. Het is helemaal niet chronisch en langslpend, zoals mensen soms denken. De term ‘oudere’ is niet het probleem, maar wel hoe die term geladen is. Als ik Nederland vergelijk met andere culturen, dan hoeven ouderen van mij niet boven de rest te staan, maar ze mogen wel gewoon

naast alle anderen staan en serieus genomen worden. Het laden van de term ‘ouderen’ behoeft nog veel werk en tijd. Daar heeft niet alleen de ouderenpsycholoog een rol in, maar ook de oudere zelf.’

2.9 Wat vind je fascinerend aan het werken met ouderen?

‘Ik vind deze generatie ouderen, gemiddeld genomen, een heel integere doelgroep. Het is nog niet de verwende generatie waar ikzelf uit kom. Deze generatie ouderen heeft nog goede belangenbehartigers nodig. Ze zijn vaak erg bescheiden en komen niet voor zichzelf op. Ze zijn opgevoed met: kiezen op elkaar, over psychische dingen praat je niet. Onder het tapijt ermee. Ik vind het heel uitdagend om dat tapijt een stukje op te lichten. Ik wil de wereld voor deze ouderen een beetje beter maken.’

2.10 Hoe ik in de ouderenzorg terecht kwam?

‘Ik ben erin gerold doordat ik een dementerende oma had. Ik was zeventien toen ik als vrijwilliger elke zondag in een verpleeghuis ging helpen. Ik vond de ouderenzorg meteen leuk en dat is zo gebleven. Na vele jaren in de onderzoeks- en beleidswereld te hebben gewerkt, begon het te kriebelen. Ik dacht: ik moet nu de praktijk ingaan, anders gebeurt het niet meer. Een soort midlifecrisis. In mijn huidige functie werk ik als ouderenpsycholoog, onderzoeker en vakgroephoofd. Ik vind vooral de combinatie prettig; ik doe graag meerdere dingen tegelijk. Mijn stijl van leidinggeven is coachend en past hier goed. Ik heb een leuke vakgroep met psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers en een creatief therapeut, die allemaal hun eigen verantwoordelijkheid kennen. Declaraties accorderen en dat soort zaken, vind ik veel minder interessant.’

2.11 Wat zijn je ambities voor de toekomst?

‘Na het Korsakov-onderzoek wil ik graag mijn registratie behalen bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). Ik pas regelmatig cognitieve technieken toe in mijn werk en ik vind het een mooie methode. Ook bij mensen van wie je denkt dat ze er niet meer zo bewust bij zijn, kun je met die technieken nog zoveel betekenen. Verder hoop ik dat ouderen met dementie en Korsakov in de toekomst meer behandel mogelijkheden krijgen. Ik vind het een misvatting om te denken dat geheugenproblemen per direct een contra-indicatie zijn voor individuele behandeling. Iemand in een (ver)gevoerd stadium van dementie kun je geen cognitieve therapie meer geven, maar iemand met een beginnende dementie wel. Je moet soms alleen een kleine aanpassing doen. Bijvoorbeeld de helpende gedachten,

waarnaar je in cognitieve therapie zoekt, als geheugensteuntje opschrijven in een gedachtenboekje of symboliseren in de vorm van een steen.

De effecten zijn misschien meer korte termijn, maar het kan wél. Op dit gebied heeft Claudia Disselhorst (GZ-psycholoog en cognitief gedragstherapeut, gespecialiseerd in gerontologie, red.) mij zeer geïnspireerd om wel individueel te behandelen waar dat mogelijk is. Door deze mensen dat te gunnen. Ten slotte wil ik weer (internationaal) gaan publiceren, bij voorkeur op het gebied van Korsakov. Ik zou graag een ware Korsakov-deskundige willen worden.'

Ouderen in de geestelijke gezondheidszorg

Pot, A.M.; Visser, S. (Eds.)

2014, X, 82 p., Softcover

ISBN: 978-90-368-0789-0