

# De kwetsbare ouderdom & systeemvisie

## Samenvatting

Kleine verstoringen hebben bij kwetsbare mensen soms geen, soms verwachte en soms onverwacht grote gevolgen. Het herkennen van ziektebeelden blijkt vaak moeilijker. De zichtbare verschijnselen zijn bij een lichamelijk of stemmingsprobleem gevarieerder dan bij volwassenen. Ofwel: de gevolgen van blaasontsteking, griep of operatie, maar ook een verlieservaring worden op hogere leeftijd minder eenduidig en minder voorspelbaar. Met oorzaak-gevolg denken komen we er niet uit. Het uitgangspunt dat alles met alles samenhangt helpt evenmin, dat is te abstract. Een tussenweg is de systeemleer, die zich in bruikbare wegwijzers laat vertalen. Hiermee is een persoonlijke benadering mogelijk, die belangrijke aspecten van iemands situatie inventariseert en weegt en zo de weg effent naar individuele behandeling. Zo wordt ook voorkomen dat we kansen laten liggen, of met onze interventies het paard achter de wagen spannen.

## 2.1 De wonderdokter – 15

## 2.2 Systeemleer – 15

## 2.3 De kiezelsteen – 16

## 2.4 Gevolgen voor begeleiden en behandelen – 17

2.4.1 Opgave I: Ken je klassiekers over de gangbare ziekteleer – 17

2.4.2 Opgave II: Kijk naar de hele persoon, diens omgeving, met diens verleden en verwachtingen – 17

2.4.3 Opgave III: Bedenk dat een schijn van stabiliteit bedrieglijk kan zijn – 20

2.4.4 Opgave IV: Geef altijd aandacht aan optimaliseren: voorkómen is beter dan genezen – 20

2.4.5 Opgave V: Ken de gangbare ziekteleer (opgave I) én besef dat uiterlijke symptomen bij kwetsbare mensen meer variabel zijn – 20

- 2.4.6 Opgave VI: Weten dat de relatie interventie-effect minder voorspelbaar wordt en daarnaar handelen – 21
- 2.4.7 Opgave VII: Ga volgens een systematiek te werk – 21

## Literatuur – 22

## 2.1 De wonderdokter

---

» Ik werk al dertig jaar in de zorg op een psychogeriatrische afdeling. Het ging er destijds totaal anders aan toe dan nu. Veertig verwarde mensen bij elkaar in een grote zaal, soms stil voor zich uitkijkend als waren zij in een anonieme wachtkamer, soms onrustig dolend en angstig roepend. Dat laatste hoorde je vaak al wanneer je de afdeling naderde, door deuren en muren heen. Van alles werd verplaatst en verschoven door de bewoners, het dressoir was zelfs vastgemaakt met een touw van het formaat waarmee ik op gymles een jaar ervoor nog naar het plafond moest klimmen. Dit alles namen we als een gegeven: 'Tja ze zitten hier niet voor hun zweetvoeten.'

Toen kwam er een nieuwe arts, een vrouw en dat was in die tijd nog bijzonder. Bij de visite vroeg ze aan mij over elke bewoner hoe het patroon van ontlasting was. Door op haar eerste werkdag bij vijf bewoners een obstipatie te achterhalen en te behandelen, merkte ik bij drie daarvan al meteen meer rust. Bij elke visite ging zij weer een ander aandachtspunt langs, waaronder risico op blaasontstekingen, pijnklachten, bloedwaarden. Met de regelmaat van de klok bleek een lichamelijk knelpunt of tekort duidelijk van invloed op het gedrag en stemming. Maar er was ook een andere kant: meer dan eens leek er schijnbaar niets te veranderen als een euvel werd verholpen. Mijn tekstboeken met lijstjes van aandoeningen en symptomen bleken opeens van wispelturige trefzekerheid. Mensen met een sombere en verdrietige stemming of boosheid, konden pijn hebben. Het omgekeerde was er ook: iemand die de hele dag klaagde over buik- en hoofdpijn, zonder dat de arts daar chocola van kon maken. Toen die persoon met een stemmingsverbeterend medicijn werd behandeld, vervlogen ook de pijnklachten. Je wist gewoon niet meer wat je kon verwachten, en daarom had deze arts voor mij ook iets van een onnavolgbare toverdokter. Hoe kon zij meteen of later zien wat zo onzichtbaar was?

Wat me verder verbaasde was het verschil in herstel na ziekte en operatie, bijvoorbeeld van een gebroken heup. Bij dat laatste zag ik dat de één vlot herstelde, terwijl een ander uit het ziekenhuis een schim bleef van haar vroegere zelf. Een griepje bleek voor de een de nekslag, terwijl een ander na een paar dagen hersteld was. Ik bleef het vreemd vinden, vooral als het om twee mensen ging met een vooraf vergelijkbare conditie. (Een zorgverlener.) «

## 2.2 Systeemleer

---

Het idee van oorzaak-gevolg is wijdverbreid en gaat ook in veel situaties op. Ik stoot mijn been, dat doet pijn en geeft een blauwe plek, die na verloop van tijd weer verdwijnt. Doordat ik gisteren wat veel heb gedronken, heb ik vandaag een kater waarvan ik weet dat het euvel tijdelijk is. De blaasontsteking kwam al naar voren bij de wonderdokter. Die geeft bij gezonde volwassenen een reeks herkenbare symptomen, die verdwijnen na behandeling. De verhouding tussen oorzaak en gevolg is niet alleen herkenbaar, maar ook proportioneel. Van die blaasontsteking raken wij niet in de war. We zien evenmin colonnes soldaten aan onze bank voorbijtrekken. Maar dat geldt niet voor iedereen.

Bij kwetsbare mensen kan bij een geringe aanleiding de ontregeling ogenschijnlijk buiten proportie zijn. De kwalificatie 'buiten proportioneel' is dan ingegeven door onze vertrouwde manier van kijken naar oorzaak-gevolg: de omvang van de oorzaak staat hierin model voor de omvang van de gevolgen. Een vorm van lineair denken, één op één dus. Alles wat buiten dit model valt, is dan afwijkend. Dit werkt naar twee kanten. Een man die op blote voeten over een vloer vol glasscherven loopt en geen pijn heeft, vinden we wonderbaarlijk. Dat is ook goed: de

2 verwondering verliezen maakt het leven kleurloos. Net zo wonderbaarlijk is het dat iemand bij een geringe lichamelijke verstoring enorm ontregeld raakt, tot aan sterven toe. Maar beide situaties verwijzen naar een belangrijke waarheid: ons brein en lichaam functioneren *niet-lineair*. Dat wil zeggen: input en output verhouden zich niet als één op één. Met andere woorden: een grote gebeurtenis kan weinig gevolgen hebben en andersom kan een kleine verstoring enorme gevolgen hebben. Dat principe werkt overigens ook bij interventies. Een grote inspanning leidt soms tot weinig zichtbaars. Een kleine, soms toevallig genomen maatregel, misschien zelfs in een spontane opwelling van een verzorgende of begeleider, heeft een enorme uitwerking. ‘De snaar is geraakt’, zeggen we dan. Zo is het ook letterlijk. In het brein is iets geprikkeld, wat blijkbaar een heel netwerk beïnvloedt en dus enorme effecten heeft. Positief of negatief. Hetzelfde principe is er bij kwetsbare ouderen. Met de leeftijd verminderen de fysiologische reserves van alle weefsels en organen. Die afname maakt dat mensen op sommige systemen aan een ondergrens raken. Het vermogen om te compenseren neemt af, zodat kleine verstoringen op een (deel)evenwicht eerder leiden tot het totaal uit balans raken, ofwel decompenseren. De nog aanwezige of juist ontbrekende reserves zijn bepalend voor de reacties op een ziekte of gebeurtenis.

Complexe systemen met smalle marges kunnen bij kleine veranderingen ingrijpende gevolgen genereren. Dit wordt wel het *vlindereffect* (Schmetterlingeffect) genoemd. De Amerikaanse wiskundige en meteoroloog Edward Lorenz verbeeldde dit effect in 1961 zo: het fladderen van de vleugels van een vlinder in Brazilië kan maanden later een tornado in Texas veroorzaken. Hij bedoelde dit niet letterlijk, het gaat om een beeldspraak ofwel metafoor. Het vlindereffect zie je ook bij andere complexe systemen, zoals de beurshandel en rages. Één slecht bericht of toevallige omstandigheid kan onder bepaalde voorwaarden (kwetsbaarheid) een voldoende zet zijn voor een omslag van een kooprage (‘iedereen rijk’), of paniekverkoop en een crash (‘Iedereen de hand op de knip’) waardoor miljoenen mensen werkloos raken. Bij kwetsbare mensen is het belangrijk om vanuit complexe systemen te denken en niet alleen vanuit de standaard oorzaak-gevolg relaties (Sipsma, 1993).

De verminderde reserves op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied, houden een verandering of knelpunt onzichtbaar zolang het bestaande evenwicht behouden blijft (homeostase). Er is een grens aan alle aanpassing en weerbaarheid. Een kleine, bijkomende gebeurtenis, ontregeling, of invloed kan de bekende druppel blijken die de emmer doet overlopen. Soms komt er dan een kettingreactie van moeilijkheden op gang, waarbij later moeilijk te achterhalen valt wat nu wat veroorzaakt. We spreken dan van decompensatie: de reservecapaciteit van het organisme heeft de grens bereikt en het hele systeem raakt ontregelt. Er ontstaan ‘loopings’, wat betekent dat elk gevolg vaak meerdere oorzaken heeft en elke oorzaak meerdere gevolgen. Dit is voor de praktijk een belangrijk inzicht. Via allerlei ongunstige wisselwerkingen kan een kwetsbare oudere aan een ingegroeide teennagel overlijden. Hoe dat kan? In een notendop: scheef lopen, onbegrepen pijn en gedragsproblemen, sedatie, een valpartij. Zo kan het gaan en meestal gaat het veel complexer.

## 2.3 De kiezelsteen

Een ander beeld van wat we hierboven beschreven, is het kiezelsteeneffect (‘Pebble Effect’). Als je een kiezel in stilstaand water gooit, is er niet één golf maar volgen meerdere golven op het wateroppervlak. Dit is een signaal dat ook onder de waterspiegel iets gebeurt. Pas later wordt het wateroppervlak weer glad. Zo kunnen enkele vriendelijke woorden en goede daden naar de ander meer en langduriger gevolgen hebben dan wordt gedacht en gezien. Kleine momenten van attent en aardig zijn wekken bij de ander goede gevoelens op. Je glimlach en kalmte

infecteren cliënten en hun verwanten, zij raken hierdoor ook zelf prettig gestemd en dat vergroot de kans op positief gedrag. Hier worden de ontvankelijkheid van de mens voor anderen, het niet-lineaire van onze hersenorganisatie en het kiezelsteeneffect zichtbaar. Dit is, nogmaals, voor het begrijpen van gedrag en het zoeken naar interventies een belangrijk inzicht, zoals een positieve houding naar anderen evenmin zonder gevolgen blijft. Mahatma Ghandi zei het zo: *‘Be the change you want to see in the world. Start with yourself, and the healing will multiply.’*

## 2.4 Gevolgen voor begeleiden en behandelen

---

De systeemvisie is geen vaag idee, maar een manier van denken met praktische gevolgen voor de zorgprofessionals en wie hen adviseert. Allereerst is kennis van de normale en ongezonde verstoringen van lichaam, geest en relaties van belang. Dat is het vertrekpunt. In elke kwetsbare oudere zitten nog steeds net zulke gezonde, gangbare processen als bij duidelijk jongere volwassenen. Tegelijkertijd dwingt de even onmiskenbare kwetsbaarheid ook om anders te denken en te kijken. Dit vatten we samen in opgaven voor zorgverlener en behandelaar.

### 2.4.1 Opgave I: Ken je klassiekers over de gangbare ziekteleer

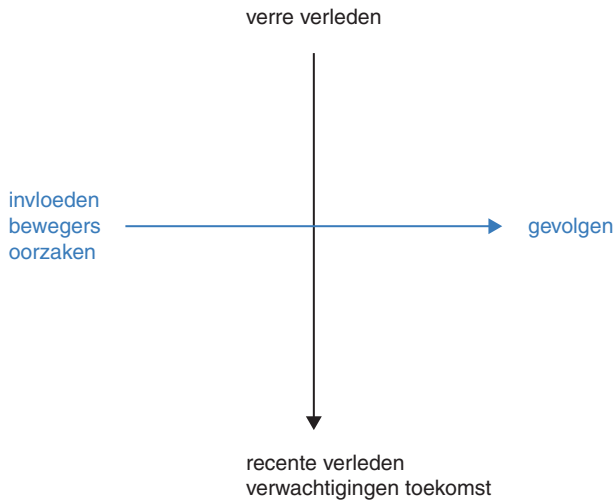
---

Vertrekpunt is kennis van de gewone en ongewone processen die zich bij mensen kunnen voordoen, ofwel de normale ziekteleer en die van psychologische en sociale processen. Een tumor bijvoorbeeld wordt in algemene zin bekeken, los van andere factoren en omstandigheden. De arts kijkt welke tumor er is en hoe kan die worden behandeld. Punt. Hetzelfde kan gelden voor bijvoorbeeld een stemmingsstoornis of psychose. Kennis van de gangbare lichamelijke en psychosociale processen is belangrijk, omdat van hieruit het afwijkende duidelijker is te zien en te beoordelen.

### 2.4.2 Opgave II: Kijk naar de hele persoon, diens omgeving, met diens verleden en verwachtingen

---

Hier komen we aan de ziekte *in iemands leven*. Je raakt voorbij aan de onpersoonlijke fysiologie en pathologie en gaat kijken naar wat een ziekte of ontregeling voor iemand betekent. In jargon: je kijkt naar de hele mens in diens context. In plaats van je exclusief richten op ziekten, verstoringen of defecten los van de persoonlijke context, verbreed je de blik en kijk je naar hoe iemand bepaalde veranderingen ervaart, welke impact ze hebben en welke wensen/verlangens iemand heeft. Je kijkt welke mogelijkheden er wel of niet (meer) zijn om de situatie te beïnvloeden, overeenkomstig met wat iemand voor zichzelf als zinvol ervaart. Als iemand niet meer kan bepalen wat voor zichzelf zinvol is, kijk je wat een situatie binnen de grenzen van de humaniteit houdt (bijvoorbeeld lijden niet verlengen waar geen reëel uitzicht is op herstel, of een leven waar iemand nog iets aan kan ontnemen). Er is weinig dat voor iedereen geldt of goed is. Het persoonlijke komt hier in het verhaal. Dat waar het uiteindelijk altijd weer om draait: wat is goed voor wie. Het antwoord kan in principe niemand vooraf voor een ander bepalen. Als iemand dat zelf niet meer kan bepalen, staan we voor precies dezelfde vraag maar is het aan betrokkenen om hier een lijn uit te zetten. Hier komt de ethiek om de hoek kijken. Daar kunnen we als hulpverleners niet voor wegllopen, dat moeten we ook niet willen. Ook niet in situaties waarin mensen zelf niet meer kunnen kiezen. Juist dan niet. Iedereen moet er op



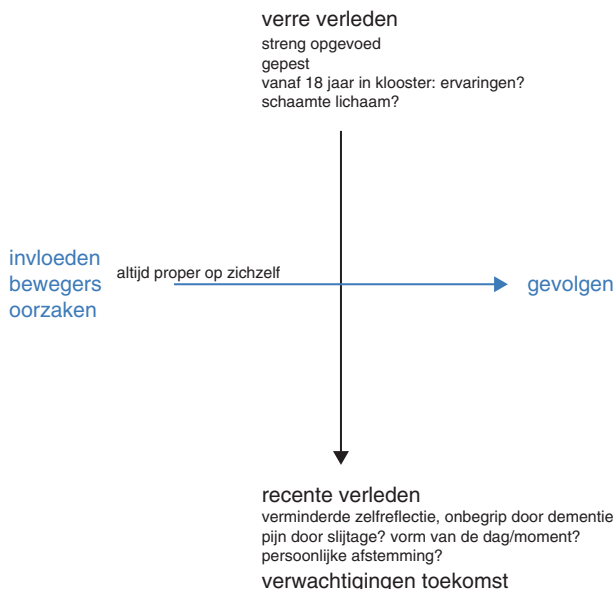
■ **Figuur 2.1** Gegevens ordenen.

kunnen rekenen dat in situaties waarin hij of zij niet meer over zichzelf kan beslissen, anderen een humane weg uitstippelen zonder nodeloos (lang) lijden. De werkelijkheid van het toenemend kwetsbare leven zet onze inzet op scherp.

Het is dus zaak om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van iemands persoonlijke situatie. Hiertoe is het nodig om zoveel mogelijk relevante gegevens te verzamelen. Dat beeld komt tot stand door onder meer:

- Auto- anamnese: wat iemand hier en nu zegt over het eigen leven, over wat van belang was.
- Hetero-anamnese: levensloop en lotgevallen, (vroegere) aard en gedrag, typerende gewoonten.
- Psychisch functioneren: stemming, aard, gewoonten, voor- en afkeuren, gedragingen, krachten, kwetsbaarheden, wat iemand verlangde, wat voldoening gaf, waarin iemand teleurgesteld was of is, wensen die er nog zijn.
- Functionele geschiedenis: werk, zelfredzaamheid, hobby's; bereikt wat iemand wilde of niet.
- Sociale situatie vroeger en nu: alleen (kunnen) zijn, gedrag in bredere verbanden (groepen, familie).
- Sociale en emotionele vaardigheden: vaardigheden of moeilijkheden in contacten leggen en onderhouden, empathisch, flexibel, of juist moeizaam of rigide.
- Ziektegeschiedenis: lichamelijke kwalen in verleden, psychiatrie in de voorgeschiedenis of in familie, doorgemaakte hersenproblemen, huidige lichamelijke situatie en psychische gesteldheid.

Orden de bekende gegevens en denk na over mogelijke samenhangen. Dat kan door op een (groot) vel de gegevens te ordenen (bekijk het schema in ■ fig. 2.1). Bijvoorbeeld van boven (vroeg in het leven) naar onder (later) en van invloeden of aanleidingen (links) naar gevolgen (rechterzijde). Op grond van de (mogelijke) relaties tussen de bevindingen, kun je nadenken over wat er precies speelt en welke zinvolle, veilige en haalbare eerste interventies mogelijk zijn. Beschrijf concreet wat je doet op welk vlak, en houd de effecten daarvan bij.



■ **Figuur 2.2** Gegevens ordenen met persoonlijke invulling van de cliënt.

Laten we als voorbeeld een dame nemen die de laatste maanden vaker zorg gaat weigeren. Ze ziet er dan verschrikt uit, weert handelingen plots af en roept vaak ‘ga weg’. Een collega die zich in haar verleden verdiept, ziet in haar gedrag een spiegelbeeld van haar persoonlijk verleden: een liefdeloze opvoeding, een kloosterleven onder streng regime waarin al het lichamelijke ‘vies’ was, in haar jeugd op school gepest vanwege haar kleine gestalte. Niet verwonderlijk dat ze in haar volwassen leven wat dwangmatig precies was in haar persoonlijke verzorging en huishouden, en nu in haar dementie op een weliswaar onvolkomen manier daarop de regie wil houden. In haar vroege jaren heeft zich een patroon gevormd waar zij, waarschijnlijk onbewust, een antwoord heeft gevonden: regie over zelfzorg zelf ter hand nemen en daarin zeer stipt zijn; haar brein heeft ‘geleerd’ dat elke dissonant in haar uiterlijk wordt afgestraft. Dat wil zij ontwijken. Nogmaals, waarschijnlijk een onbewust ontwikkeld patroon, maar gezien haar geschiedenis van vernedering en pesten wel een dwingend patroon.

Zo’n indringend persoonlijk relaas is moeilijk te weerstaan, maar laten we ook kijken naar recente invloeden op haar gedrag. Zo heeft ze door slijtage aan gewrichten startpijn, die ze door haar dementie niet goed kan plaatsen. Als ze uit bed komt, voelen haar spieren beurs en krijgt ze pijscheuten. Bij dementie lijkt chronische pijn vaak op acute pijn door het geheugenverlies. Mogelijk misinterpreteert ze haar pijn, misschien zelfs als ‘die zorgverlener doet mij pijn!’ Bij bepaalde teamleden weigert zij minder vaak – is dat toeval, is hun aanpak anders waardoor het opstarten makkelijker gaat? Gaan zij anders om met signalen van weerstand, of geven zij de pijnmedicatie op een beter tijdstip? Zo zijn er meer mogelijkheden. (Zie ook ■ fig. 2.2.)

Bij de afweging van verklaringen en daaraan verbonden interventievoorstellen spelen verschillende afwegingen mee. Volg liever verklaringen en interventievoorstellen die:

- hun oorsprong vinden in het recente verleden;
- concreter van aard zijn of concreet gemaakt kunnen worden;
- volgen vanuit de meer primitieve hersenlagen;
- op korte termijn een positief effect sorteren;
- reversibel zijn in bijwerkingen, minder risicovol zijn.

Bij  fig. 2.2 lijkt het onderwerp ‘toekomst’ misschien misplaatst, evenals het hebben van verwachtingen daarover. Toch moeten we dat als een relevant onderwerp nemen, ook als de gemiddelde levensverwachting van een verpleeghuisbewoner na opname niet veel meer dan een jaar is. Hoe ziet de persoon dit onderwerp zelf, wat verwacht hij of zij van de toekomst? Hoe kijken verwanten en partner hier tegenaan voor deze persoon en, minstens zo belangrijk, wat stralen zij daarvan uit en welk effect heeft dat op de persoon? Op grond waarvan kunnen verwanten deze persoon dankbaar zijn, wat zullen zij zich van hem of haar herinneren? Ofwel: hoe zal de cliënt voortleven in hun herinneringen? Wéét de cliënt dit? Wat willen en kunnen verwanten hem of haar de komende tijd daarin en op ander gebied nog geven? Wat wil de cliënt zelf nog beleven? Wat moet en kan nog tegen elkaar gezegd worden, los van het er gewoon voor elkaar zijn? Een tegenwerping kan zijn dat de persoon in kwestie over al deze vragen geen ideeën meer heeft. Dat mag in een aantal gevallen zo zijn, dan nog zijn de vragen relevant. Niet vanwege de concrete antwoorden en zeker niet in het licht van haalbaarheid of realiteitsgehalte, maar als symbool, als ervaring dat iemand je ziet, je hoort, je bij het leven houdt, dat nu eenmaal bestaat uit toen, nu en straks. Waar dit alles feitelijk gaat vervagen, telt de inhoud van het antwoord minder, en méér het feit dat iemand bij het leven wordt betrokken. Het gaat om het *gevoel* serieus te worden genomen, als mens. Wellicht hebben we in de zorgverlening voor mensen met dementie teveel de nadruk gelegd op het beoogde effect van handelen, terwijl de basis moet liggen in andere gebieden: het bieden van troost, warmte, aanwezigheid, kameraadschap, kalmte, het gevoel erbij te horen, gewaardeerd en serieus genomen te worden.

#### 2.4.3 Opgave III: Bedenk dat een schijn van stabiliteit bedrieglijk kan zijn

---

Kwetsbare mensen kunnen lang stabiel blijven, zelfs terwijl hun reserves verminderen. Dit gebeurt ook of vooral bij dementie, en wanneer er geen grote bijkomende problemen zijn. Ongemerkt kan de rek er uit raken. Dan balanceert iemand op de rand van decompensatie, maar niemand merkt dat. Een klein zetje kan in zo’n situatie een kettingreactie geven en daarmee een scala aan ziekteverschijnselen of achteruitgang veroorzaken. Dit maakt voorspellingen over levensverwachting bij zieke mensen hachelijk, en maakt ook de vorige opgave zo belangrijk.

#### 2.4.4 Opgave IV: Geef altijd aandacht aan optimaliseren: voorkómen is beter dan genezen

---

Aangezien niet alles is te voorzien en evenmin te begrijpen, zal altijd ook aandacht uitgaan naar het optimaliseren van de psychische, sociale en lichamelijke toestand, de bejegening en leefomgeving. Een negatieve invloed kan bij heel kwetsbare mensen tot een snelle cascade van negatieve effecten leiden, die soms wel en soms ook niet te onderbreken of te herstellen is. Preventief werken is de hoeksteen van de ouderenzorg, of zou dat moeten zijn.

#### 2.4.5 Opgave V: Ken de gangbare ziekteleer (opgave I) én besef dat uiterlijke symptomen bij kwetsbare mensen meer variabel zijn

---

Systeemdenken houdt in dat behandelaars en zorgverleners goed op de hoogte zijn van de processen en ziektebeelden van mensen in zowel midden als hogere leeftijd, én zich realiseren dat

de gevolgen van knelpunten bij kwetsbare ouderen vaak uitgebreider zijn en zich anders uiten. De gevolgen van een afwijking of verandering kunnen per persoon en situatie sterk verschillen. Bij de woorden verandering of afwijking kun je dan aan van alles denken: bloedwaarden, vochttekort, verplaatsing, komst van een nieuwe tafelgenoot, stemming, pijn. Kwetsbare mensen zijn minder bestand tegen veranderingen. Waar een aantal verschijnselen bij jongere, gezonde mensen uitblijven, worden die bij kwetsbare ouderen wel zichtbaar. Fragiele mensen verschillen onderling in hun reserves en eigenheden. Met de leeftijd nemen de reserves af (maar niet evenredig op elk gebied), waardoor bij een afwijking eerder een kettingreactie aan (tussen mensen verschillende) problemen ontstaat. De richting waarin de problemen gaan verschillen, omdat de kwetsbaarheden per persoon verschillen. Gevolg: een grote variatiebreedte in verschijnselen. De valkuil is dat we bepaalde verschijnselen zien als niet horend bij een ziekte, terwijl die bij ouderen daar wel een uiting van kunnen zijn. Dit betekent breed kijken, nauwlettend volgen, frequent structureel overleg tussen disciplines, niet aarzelen een collega te consulteren en over de schouder mee te laten kijken om blinde vlekken te voorkomen of te verhelderen.

#### 2.4.6 Opgave VI: Weten dat de relatie interventie-effect minder voorspelbaar wordt en daarnaar handelen

---

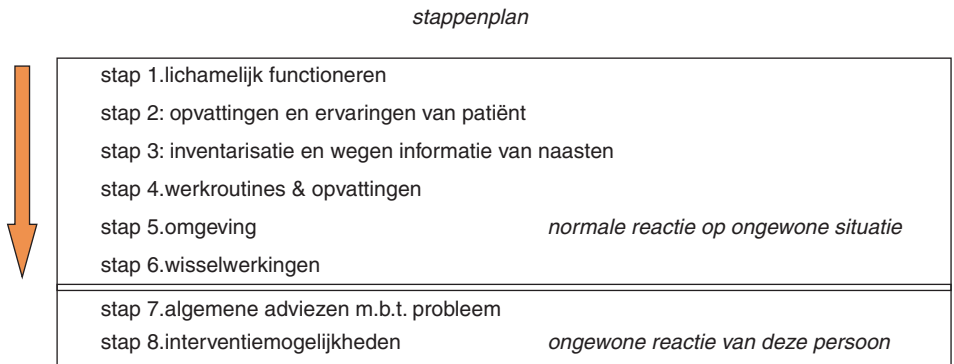
Soms zijn de gevolgen van op zich goede interventies lang onduidelijk. Dat is het geval bij maatregelen die tijd vragen voordat ze effect hebben. Zoals gras niet harder groeit door eraan te trekken, zo heeft bijvoorbeeld gewinning na verplaatsing ook tijd nodig. Het vraagt geduld en compassie van de begeleiders. Andersom geredeneerd: je kunt maanden op junkfood leven zonder dat collega's dit aan je zien, maar er kan wel een nadelig gezondheidseffect zijn. Soms is een interventie op zich wel goed, maar komt het effect pas aan de oppervlakte na bijkomende acties. Dan is er blijkbaar net iets meer of óók nog iets anders nodig. Verder kunnen de gevolgen van een interventie onverwacht groot en op uiteenlopende gebieden merkbaar zijn. Ziehier opnieuw het niet-lineaire functioneren van onze hersenen.

#### 2.4.7 Opgave VII: Ga volgens een systematiek te werk

---

Hoewel de realiteit in en rondom de cliënt deels onbekend, soms onoverzichtelijk en vaak onvoorspelbaar is, probeer je die wel op een logische manier in kaart te brengen en te beïnvloeden. Dat gaat beter door eerst gegevens te inventariseren en te ordenen (zie boven). Daarna volgt de vraag: waarnaar kijk je nu het eerst en wat ga je achtereenvolgens na? Antwoord: door op basis van de ordening en analyse van mogelijke/waarschijnlijke achtergronden van gedragte verhelderen en vervolgens stappen te doorlopen en effecten te inventariseren. Zo worden iemands toestand en het zinvolle en haalbare van interventies steeds duidelijker. Je gaat de persoon steeds beter begrijpen in diverse aspecten die van invloed zijn op gedrag. Dus vooraf en gaandeweg goed kijken, ordenen, inventariseren, stappen durven zetten, effecten bekijken. Het oorspronkelijke beeld eventueel bijstellen en vanuit deze bijgestelde kijk nieuwe stappen zetten en daar de effecten weer van bekijken. Een voorbeeld van bovenstaande systematiek ziet er zó uit (zie ook  fig. 2.3 (Geelen, 2015)).

1. Je neemt kennis van het op de voorgrond staande probleem, een ziekte bijvoorbeeld. Vervolgens neem je kennis van mogelijke behandelingen.
2. Tegelijk ga je na hoe iemand zijn of haar nieuwe situatie ervaart. Hierbij komen meestal vanzelf persoonlijke elementen/karakteristiek aan de orde. Evenals opvattingen die iemand heeft over zijn of haar leven en vooruitzichten, wensen en verlangens.



**■** **Figuur 2.3** Werken volgens sytematiek: stappenplan.

3. Je vraagt de naasten om aanvullende informatie over de persoon en hoe ze zelf staan in de situatie van hun naaste.
4. Bij ‘probleemgedrag’ kijk je eerst naar invloeden die je zelf bewerkstelligt en met collega’s in de hand hebt. Pas daarna doe je, zo mogelijk, een beroep op de flexibiliteit en draagkracht van de persoon. Uitgangspunt is dat je eerst de makkelijker te veranderen invloeden nagaat, ofwel je eigen werkwijzen en mogelijkheden, mogelijkheden in aanpassing van leefomgeving en algemene omgangsvormen. Probleemgedrag dat hierdoor wordt veroorzaakt, is feitelijk een normale reactie op een voor deze persoon ongewone situatie. Die kun je ook nalopen als er (nog) geen problemen zijn, zo werk je preventief! Pas daarna komt aan de orde of iemand zelf kan aanpassen en zo ja hoe en in hoeverre. Hiervoor kunnen algemene richtlijnen worden benut en individuele behandeling worden ingezet.

Er zijn ook andere invullingen van deze systematiek mogelijk. Belangrijk blijft dat de uitgangspunten helder zijn, en ze een brede, systematische benadering van mensen mogelijk maken.

**➤** **‘Theories and models should be kept as simple as possible. But not simpler as that.’**  
**Einstein**

## Literatuur

- 
- Geelen, R. (2015). *Dementiezorg in de praktijk 1: van achterdocht tot zwerfgedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sipsma, D. H. (1993). Modellen en paradigma’s in de geriatrie. *Medisch Contact*, 48(8), 1229–1231.

Dementie: van hersenlagen tot omgangsvragen

Geelen, R.; van Dam, H.

2016, X, 186 p. 20 illus. in color., Softcover

ISBN: 978-90-368-1022-7