

**BLAUWDRIJK
GEDRAGSVISITE**



Universitair Netwerk Ouderenzorg - UMCG

WWW.UNO-UMCG.NL

Inleiding

De gedragsvisite, soms ook omgangsoverleg genoemd, is een van de instrumenten die gebruikt wordt in de verzorging en behandeling van mensen met dementie. Bij deze groep mensen komt probleemgedrag vaak voor. Dit wordt meestal door verschillende factoren bepaald en is contextgevoelig. Het is daarom van belang om probleemgedrag multidisciplinair te benaderen, vanuit een gezamenlijke visie op gedrag en ieder vanuit zijn/haar eigen deskundigheid. Er zijn verschillende mogelijkheden om naar gedrag te kijken. Vanuit de richtlijn Probleemgedrag voor mensen met dementie wordt gesproken over het multifactorieel verklaringsmodel. De gedragsvisite kan worden gebruikt om op methodische wijze het gedrag van de cliënt met dementie te beschrijven, te begrijpen, hierop te interveniëren en het te evalueren. In deze blauwdruk wordt weergegeven welke doelen de gedragsvisite kan hebben, hoe de organisatie eruit kan zien en hoe en welke inhoud kan worden besproken.

1. Doelen gedragsvisite

Voor zorgverbetering aan de cliënt:

- Eerder zicht krijgen op signalen van (probleem)gedrag, waardoor er meer preventief en de-escale-
rend kan worden gehandeld.
- Het gedrag van een cliënt wordt multidisciplinair benaderd, waardoor de kwaliteit van leven van
deze cliënt verbetert.
- Beter en eerder zicht krijgen op factoren die een rol spelen bij probleemgedrag van de cliënt en hoe
hiermee, als professional en multidisciplinair team om te gaan;
- Er wordt methodisch gewerkt het liefst m.b.v. valide instrumenten: probleemgedrag wordt gesig-
naleerd, factoren die een rol spelen worden in kaart gebracht en besproken, interventies worden
uitgezet en uitgevoerd en het gedrag en de interventies worden regelmatig geëvalueerd.

Voor professionalisering van de zorgprofessional:

- De kleinschalige bijeenkomsten zorgen voor een vertrouwde sfeer en leiden tot vragen vanuit het
team over de bewoners
- Het zorgt voor borging van kennis over probleemgedrag door het structureel delen ervan;
- Het zorgt voor het borgen van continue leren en verbeteren van het professioneel handelen;
- Het geeft verdieping aan het vak, wat een positief effect heeft op het binden en boeien van mede-
werkers



2. Organisatie van de gedragsvisite

a. Wie is aanwezig

Tijdens het overleg zijn minimaal de psycholoog en een zorgmedewerker, die onderdeel van de vaste formatie is, aanwezig. Gebruikelijk is dat daarnaast ook een arts of verpleegkundig specialist aan het overleg deelneemt. Zo nodig kan ook een andere discipline worden uitgenodigd (bijv. fysiotherapeut, kwaliteitsverpleegkundige, ergotherapeut, gespecialiseerd in de zorg voor ouderen met dementie. Ook een activiteitenbegeleider kan een waardevol onderdeel uitmaken van het team).

De zorgmedewerker is de vertegenwoordiger van het team in dit overleg. Vooraf aan de gedragsvisite is het belangrijk dat zij/hij overleg heeft gehad met het team, zodat er eenduidigheid is over de problematiek en hoe dit door het team wordt ervaren.

b. Duur en frequentie van het overleg

Het overleg vindt regelmatig plaats, liefst om de week plaats, maar in ieder geval elke maanden duurt ca. 30 minuten per afdeling, maar dit is minimaal. Indien mogelijk kan dit uitgebreid worden naar 45 minuten per afdeling. Het tijdstip van de gedragsvisite moet worden afgestemd op de mogelijkheden van de zorgmedewerkers. Het maken van een planning is daarbij essentieel en maak afspraken wie dit doet.

c. Wie worden besproken

Alle deelnemers kunnen bewoners inbrengen in de gedragsvisite. Het zorgteam denkt na over welke bewoners zij op de agenda van de gedragsvisite wil zetten en bereidt dit voor. Dit kunnen zijn:

- nieuwe cliënten
- cliënten die uit de artsensite naar voren zijn gekomen in verband met gedrags- of stemmingsproblematiek
- cliënten die door de psycholoog of kwaliteitsverpleegkundige aangedragen worden
- cliënten die al eerder zijn besproken en worden geëvalueerd

d. Gebruik van een vast format

Gebruik een vast format voor het bespreken van het gedrag van een bewoner tijdens de gedragsvisite. Er zijn verschillende manieren om dit te doen. De overeenkomst van al deze methodieken is dat het gaat om te kijken naar probleemgedrag via de PDAE cyclus:

Probleem (probleemanalyse):

- 1 Wat is het probleem? Voor wie is het een probleem? Sinds wanneer is het een probleem? Moet het gedrag verder worden uitgezocht?
- 2 Welke factoren kunnen mogelijk een rol spelen bij probleemgedrag. Er zijn verschillende modellen om naar gedrag te kijken. Dit is afhankelijk van de visie van de organisatie op gedrag. Een van de modellen die vaak wordt gebruikt is het multifactorieel verklaringsmodel (bio-psycho-sociaal model). Gedrag wordt gezien als een complexe interactie van biologische (pijn, jeuk, blaasontsteking, obstipatie), psychologische (delier, angst, slaapstoornis, depressie), sociale factoren (prikkel, vaardigheden naasten en zorgmedewerkers) en fysieke omgevingsfactoren (bijvoorbeeld bouw,

geluid). Het is belangrijk dat deze factoren worden nagelopen om te kijken of ze een rol spelen bij probleemgedrag van de cliënt. Andere benaderingswijzen om een probleemanalyse te maken van het gedrag zijn bijvoorbeeld Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), GRIP, Sta op, Dementia Care Mapping, etc.

3 Wat is de mogelijke oorzaak van probleemgedrag?

Doel:

4 Wat wil je bereiken?

Er zijn veel verschillende doelen te benoemen. Zo kun je als doel hebben dat de oorzaak van het probleemgedrag wordt aangepakt waardoor het probleemgedrag dat daarmee samenhangt over gaat. Een ander doel zou kunnen zijn dat de verzorging minder last heeft van het probleemgedrag of het zelfs accepteert.

Actie:

5 Welke acties of interventies gaan we toepassen om je doel te behalen (plan van aanpak, benaderingsadviezen)?

In eerste instantie breng je observatielijsten in om gedrag in kaart te brengen en te analyseren. Op basis hiervan kun je interventies inzetten. Denk bij acties of interventies ook eens aan video observatie, beeld coaching, coaching-on-the-job (door bijvoorbeeld het Centrum voor Consultatie en Expertise-CCE)

6 Rapportage van het plan van aanpak en de acties/interventies/benaderingswijze

De manier waarop je gaat rapporteren is belangrijk. Dit kan met specifieke, gevalideerde meetinstrumenten (NPI-NH, Cornell, CMAI). Verder is het belangrijk hoe er per dienst wordt gerapporteerd (bijvoorbeeld de stoplichtmethode), of een methode die dichtbij het behandeldoel ligt (bijvoorbeeld het aantal keren dat iemand 's nachts belt vanwege angst).

Evaluatie:

7 Evaluatie van het gedrag in het vervolg overleg

8 Is het probleem opgelost of ervaart het team minder problemen met betrekking tot het gedrag? Stel dat vast en neem het besluit dat het probleem afgehandeld is

9 Periodieke evaluatie van het gedrag van de bewoner, ook nadat het doel bereikt is.

Voor verdere professionalisering van het overleg zou het goed zijn om een samenhangende analyse te maken van het verloop van gehele proces bij specifieke cliënten, die uit te diepen en bij te slijpen.

e. Taken en verantwoordelijkheden van de deelnemers

Maak organisatorische afspraken over wie de planning maakt van de gedragsvisite, de uitnodigingen verstuurt, de ruimte reserveert, de agenda samenstelt en wie tijdens de gedragsvisite de voorzitter is (dit is meestal de psycholoog, maar kan ook de SO zijn, de verpleegkundig specialist of de zorgmedewerker van de cliënt) en rapporteert in het ECD.



Zorgmedewerker

- Voorbereiding:

- 1 Bereidt het overleg voor door het lezen van de rapportages van de bewoners of andere overleggen zoals het teamoverleg
- 2 Verdiept zich in probleemgedrag van de bewoners en weet voor wie het een probleem vormt (cliënt en/of zorgmedewerker)
- 3 Brengt de bewoners met probleemgedrag in, waarvan het team vindt dat ze besproken moeten worden

- Tijdens de gedragsvisite:

- 1 Brengt het probleem in en maakt duidelijk wat het gedrag is, waarom en voor wie het een probleem vormt
- 2 Geeft aan in welke context en frequentie het probleemgedrag zich voordoet en wat de ernst van het gedrag is (agressie),

- Na de gedragsvisite:

- 1 Communiceert met het team over gemaakte afspraken,
- 2 Zorgmedewerkers lezen rapportage n.a.v. gedragsvisite van de psycholoog/arts/verpleegkundig specialist,
- 3 Zorgmedewerkers voeren de gemaakte afspraken uit
- 4 Maakt notitie in cliënt dossier dat de bewoner in de gedragsvisite is besproken en wanneer de bewoner weer wordt besproken.

Psycholoog

- Voorbereiding:

- 1 Is op de hoogte van de bewoners die worden besproken en leest de rapportage over deze bewoners

- Tijdens de gedragsvisite:

- 1 Biedt de zorgmedewerker ruimte om het probleem te bespreken,
- 2 Begeleidt de analyse en aanpak van het gedrag in de gedragsvisite
- 3 Draagt kennis en vaardigheden over aan de zorgmedewerker over hoe om te gaan met probleemgedrag
- 4 Zet acties uit en past benaderingswijze aan (observatielijsten etc.),
- 5 Heeft meestal de regie tijdens de gedragsvisite

- Na de gedragsvisite:

- 1 Rapporteert (behalve medische afspraken) in het ECD
- 2 Zorgt voor een tijdige evaluatie van gemaakte afspraken,
- 3 Stimuleert de zorgmedewerkers om het plan van aanpak uit te voeren en kan daarbij anderen (kwaliteitsverpleegkundigen) inschakelen,
- 4 Inventariseert scholingsbehoefte binnen het team t.a.v. probleemgedrag

Arts

- Voorbereiding:

- 1 Is op de hoogte van de bewoners die worden besproken en leest de rapportage over deze bewoners

- Tijdens de gedragsvisite:

- 1 Zet medische acties uit (behandelindicaties voor andere disciplines, zoals fysiotherapeut, ergotherapeut, geestelijke verzorging, muziektherapeut)
- 2 Geeft aanwijzingen vanuit wettelijke kaders (bijv. maatregelen die vallen binnen Wet Zorg en Dwang, zoals RM of andere vrijheid beperkende maatregelen)

- Na de gedragsvisite:

- 1 Rapporteert medische afspraken in ECD
- 2 Zorgt voor een tijdige evaluatie van gemaakte afspraken,
- 3 Stimuleert de zorgmedewerkers om het plan van aanpak uit te voeren

Familie

Meestal maakt de familie (wettelijk vertegenwoordiger) geen onderdeel uit van het team van de gedragsvisite, omdat dit een intern overleg is. Het is wel van belang om familie te betrekken bij het gehele proces.

- Voorbereiding:

Familie kan geraadpleegd worden door zorgmedewerker, arts en/of psycholoog. Hoe vinden zij het gedrag van hun familielid? Hoe ervaren zij dit gedrag? Herkennen zij dit gedrag van eerder of wat is er anders vergeleken met de thuissituatie? Wat zouden volgens hen beïnvloedende factoren kunnen zijn? Wat zou de cliënt kunnen helpen om gedrag te veranderen?

- Tijdens de gedragsvisite:

De familie is in principe niet aanwezig. De informatie uit de voorbereiding wordt meegenomen tijdens de bespreking.

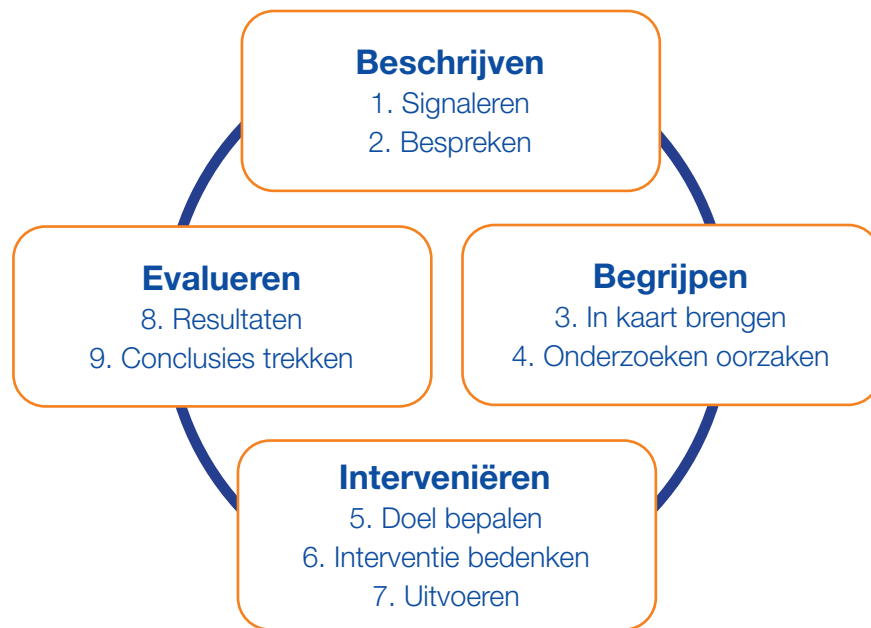
- Na de gedragsvisite:

Na de gedragsvisite bespreekt de arts de gemaakte (medische) afspraken met de familie (wettelijk vertegenwoordiger), voordat ze definitief in het zorg/behandelplan worden opgenomen. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar maatregelen die de vrijheid beperken (Wet Zorg en Dwang), maar ook versoepelen van de maatregelen wat betreft onvrijwillige zorg (risico's). Ook maakt de zorgmedewerker een notitie in het ECD over de gedragsvisite, zodat de familie, indien dit mogelijk is, kan lezen wat er besproken is.



3. Inhoud van de gedragsvisite

De gedragsvisite maakt onderdeel uit van hoe er professioneel wordt omgegaan met probleemgedrag. De richtlijn Probleemgedrag van Verenso en NIP geeft handvatten voor het beschrijven, begrijpen van probleemgedrag en het interveniëren en evalueren ervan (link richtlijn probleemgedrag). Werk methodisch en gestructureerd. Ter ondersteuning kun je het stappenplan van Verenso gebruiken (bijlage 1). Werk methodisch en gestructureerd.



Als je dit als hulpmiddel gebruikt, doe dit dan expliciet, zodat ook anderen de verschillende stappen kunnen volgen.

Ook kun je gebruik maken van een voorbereidingsformulier om de gedragsvisite voor te bereiden. Een voorbeeld van een formulier vind je in bijlage 2.

Ook voor het gestructureerd en methodisch observeren van gedrag zijn verschillende instrumenten beschikbaar. Vaak wordt de ABCs methode gebruikt (bijlage 3)

Bijlage 1:

Stappenplan Verenso

Stappenplan probleemgedrag

Probleemgedrag vraagt om een multidisciplinaire en methodische aanpak, gericht op de onderliggende problematiek. Dit stappenplan biedt handvatten voor de behandeling van probleemgedrag bij mensen met dementie.

In onderstaande link vindt u het stappenplan.

<https://www.zorgvoorbeter.nl/probleemgedrag-ouderen/stappenplan>



Bijlage 2:

Vorbereidingsformulier voor de gedragsvisite

1. Wat zie je?

- a. Kun je het gedrag beschrijven? Hoe vaak komt het gedrag voor?
- b. Voor wie is het gedrag storend?

2. In welke situaties komt het gedrag voor?

- a. Is er iemand in de buurt als het gedrag plaatsvindt?
- b. Gebeurt er iets in de directe omgeving vlak voor het gedrag plaatsvindt?
- c. Waar, in welke ruimte, komt het gedrag voor?
- d. Op welke momenten van de dag komt het gedrag voor?
- e. Gebeurde er iets met de bewoner vlak voor het gedrag plaatsvond?

3. Hoe komt het?

- a. Waardoor denk je dat het gedrag veroorzaakt wordt?

4. Wat heb je al geprobeerd?

- a. Wat heb je al geprobeerd te doen om het probleemgedrag te voorkomen en waarom heb je dit geprobeerd? Wat was het effect?
- b. Wat heb je al geprobeerd in reactie op het probleemgedrag en waarom heb je dit geprobeerd? Wat was het effect?

Mogelijk aanvullend: zijn er zorgsituaties voorgekomen waarin jouw handelen onbedoeld heeft geleid tot verergering/toename van het gedrag?

5. Kun je hieronder formuleren wat je verwacht van de arts / psycholoog? Wat wil je graag bereiken?

Bijlage 3:

ABCs methode voor systematisch observeren van gedrag bij dementie

De ABCs methode (<https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/onbegrepen-gedrag/abcs-methode>) is een hulpmiddel om erachter te komen wat de oorzaak is van probleemgedrag van personen met dementie en hoe in samenspraak met de mantelzorger of andere zorgverleners naar oplossingen gezocht kan worden:

- A - Actie: welk gedrag vertoont jouw cliënt met dementie?
- B - Bewegens: wat is de aanleiding voor het probleemgedrag?
- C - Consequenties: welke gevolgen heeft het gedrag?
- s - samen: bespreek mogelijkheden voor verandering met andere betrokkenen.

Raadpleeg de flyer en verdere informatie over deze methode op:

<https://vankleefinstituut.nl/wp-content/uploads/2015/11/ABCs-methode.pdf>



Bijlage 4:

informatieve webpagina's (niet uitputtelijk)

- Richtlijn Probleemgedrag 2018: <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijndatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
- Zorgstandaard dementie 2020 : <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/zorgstandaard-dementie.pdf>
- Experts in depressie en zeer ernstig probleemgedrag: <https://dzep-oleander.nl/titel-van-bericht-01/>
- Comprehensive Geriatric Assessment, NVKG 2012: https://richtlijndatabase.nl/gerelateerde_documenten/f/669/Publieksversie%20richtlijn%20CGA.pdf
- GRIP 2014: <https://research.vu.nl/en/publications/grip-op-probleemgedrag>
- Sta op, 2018: <https://www.lumc.nl/org/unc-zh/onderzoek/Kwaliteit-van-leven/STA-OP-Studie/>
- Dementia Care Mapping: <https://www.dcmnederland.nl/aan-de-slag-met-dcm.html>
- Instrumenten: <https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/onbegrepen-gedrag>
- Informatie en e-learnings: <https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/omgaan-onbegrepen-gedrag>
- Observatie-instrumenten: <https://www.zorgvoorbeter.nl/dementie/observatie-instrumenten>
- Video's dementie: <https://www.zorgvoorbeter.nl/lesmateriaal/videos/dementie>

