

Voor goede zorg is nodig dat ouderenpsychologen blijven leren en blijven veranderen, zo stelt Debby Gerritsen. Het is volgens haar belangrijk dat er meer specialisten zoals klinisch psychologen of klinisch neuropsychologen in de langdurige zorgsector gaan werken. Tot het zover is zullen ouderenpsychologen de kar moeten trekken bij innovatie. ‘Wij kunnen de mensen op de werkvloer meer ondersteunen en opleiden, wij kunnen ervoor zorgen dat welbevinden centraal komt te staan.’

## OUDE MENSEN MET COMPLEXE ZORGEN

# EEN ODE AAN KWETSBAARHEID

**D**e langdurige zorg in Nederland, en met name de verpleeghuiszorg, is uniek. Deze biedt namelijk multidisciplinaire zorg en behandeling (Sanford et al., 2015). Gz-psychologen vormen vaak samen met specialisten ouderengeneeskunde en verzorgenden en verpleegkundigen een kernteam. Daarnaast hebben de meeste verpleeghuizen fysiotherapeuten, activiteitenbegeleiders, ergotherapeuten en/of psychomotorisch therapeuten in dienst. Er zijn in Nederland zo'n 2400 woonlocaties waar zorg en behandeling worden geboden aan meer dan 115.000 kwetsbare mensen: mensen met dementie, mensen met vooral ernstige lichamelijke aandoeningen, en steeds meer specifieke doelgroepen zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel, met gerontopsychiatrische problemen of met de ziekte van Korsakov. Mensen komen meestal naar een verpleeghuis om er te gaan wonen, soms om te revalideren. In de afgelopen jaren zijn allerlei initiatieven ontplooid om de naasten van de bewoner meer betrokken te houden bij de zorg en wordt gesproken van de zorgdriehoek: de bewoner, diens naaste en de professional. In de verpleeghuissector gaat het dan om professionals vanuit verschillende disciplines.

De langdurige zorg wordt niet alleen specialistischer door de doelgroep-specifieke zorg, maar ook steeds complexer. Sinds 2015 is het overheidsbeleid dat kwetsbare mensen zo lang mogelijk thuisblijven; degenen die uiteindelijk in een verpleeghuis komen wonen, hebben allemaal complexe zorgbehoeften (Kromhout, Kornalijnslijper & de Klerk, 2018; Rijcken et al., 2018). De gemiddelde verblijfsduur neemt sinds deze beleidswijziging af en het percentage mensen met

dementie neemt toe – van 40% in 2015 naar 60% in 2017.<sup>1</sup>

De meeste verpleeghuisbewoners zijn 80 jaar of ouder en hebben drie of meer chronische problemen, zo'n tweederde is vrouw (Van Klaveren et al., 2017; Verbeek-Oudijk & van Campen, 2017). Gewoonlijk hebben verpleeghuisbewoners niet alleen lichamelijke, maar juist ook psychische en sociale problemen. Die beïnvloeden elkaar. Dit maakt hen kwetsbaar; als er namelijk op één gebied iets verslechtert heeft dat gevolgen voor andere gebieden. Het maakt het ook heel complex om het welbevinden op peil te houden. Daarvoor is allereerst nodig dat bekend is wat welbevinden inhoudt en, ten tweede, dat bekend is hoe dat ondersteund en verbeterd kan worden.

### WELBEVINDEN

Welbevinden gaat over de lichamelijke, psychische en sociale gebieden van het leven en de interactie ervan. Bovendien is het een positief concept (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Dit betekent dat welbevinden meer inhoudt dan het oplossen van een probleem, het verlichten van lijden. Het gaat erom dat iemand positieve ervaringen heeft. Als de agitatie van een bewoner bijvoorbeeld succesvol is behandeld, is er een probleem opgelost. Maar vanuit een welbevindenperspectief is de behandeling niet per definitie klaar: het hoeft niet zo te zijn dat de bewoner zich ook goed voelt en tevreden is.

In 2017 heeft het Sociaal Cultureel Planbureau een groot interview-onderzoek gedaan onder 958 verpleeghuisbewo-

<sup>1</sup> Zie [www.verenso.nl/Factsheet-verblijfsduur.pdf](http://www.verenso.nl/Factsheet-verblijfsduur.pdf)

ners naar hun welbevinden (Van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). Van de benaderde bewoners kon bijna de helft niet worden geïnterviewd door hun dementie, maar het onderzoek leverde interessante resultaten op. Voor de tevredenheid met hun leven gaven de bewoners gemiddeld het cijfer 7.3. Toch voelden ze zich vaak niet gelukkig; de helft voelde zich eenzaam, sommigen voelden zich ongezond en hadden weinig doelen om voor te leven (Van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). De vraag is dan ook waar de bewoners dit cijfer op baseerden. Er is nog erg weinig bekend over de inhoud van het welbevinden van verpleeghuisbewoners, zeker van degenen die dit zelf niet kunnen aangeven.

**INHOUD VAN WELBEVINDEN** Welbevinden is te beschouwen als een universeel concept (Gerritsen, 2017). Hoewel het relatieve belang of de inhoud van elementen van welbevinden kan verschillen, is het welbevinden van een verpleeghuisbewoner uit dezelfde elementen opgebouwd als dat van andere mensen. Deze gelijkheid in de inhoud is bijvoorbeeld

terug te zien in twee belangrijke benaderingen van welbevinden (Gerritsen, 2017).

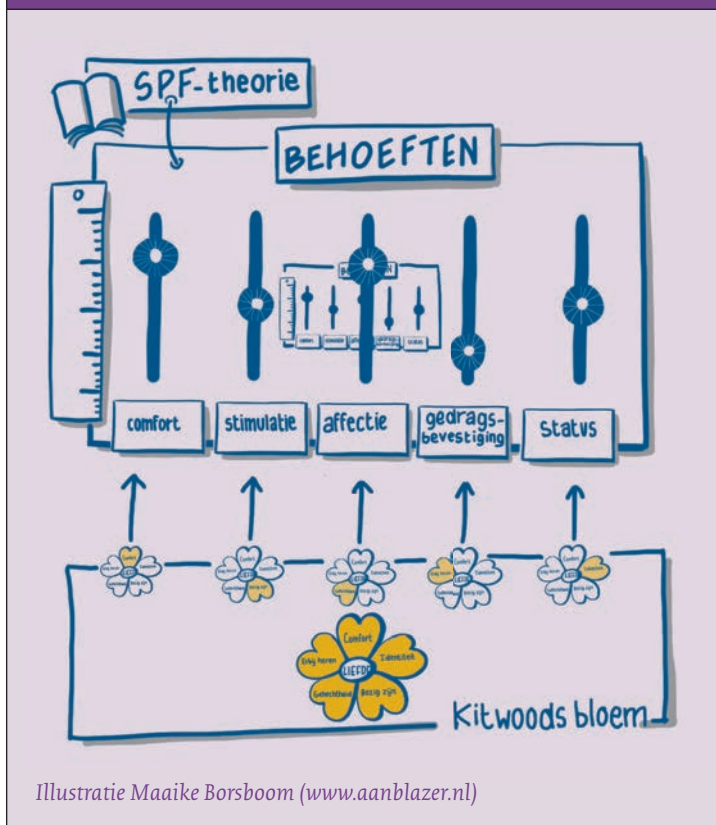
De eerste is de SPF-theorie, de theorie van de Sociale Productie Functies, verder uitgewerkt in de theorie van ZelfManagement van Welbevinden (ZMW-theorie). Dit is een universele theorie (Nardi Steverink, 2014; Nardi Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005; Wippler, Ganzeboom & Lindenberg, 1996). De tweede is afkomstig van de grondlegger van persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie, Tom Kitwood. Zijn benadering is speciaal ontwikkeld voor mensen met dementie (Kitwood, 1997) en is de basis van de nieuwe zorgstandaard dementie (Huijsman et al., 2020). Kitwood's benadering kent vijf centrale behoeften van mensen met dementie: 1) comfort, 2) bezig zijn, iets om handen hebben, 3) gehechtheid, 4) erbij horen en 5) identiteit en zelfwaardering.

Het is frappant hoeveel deze vijf behoeften van mensen met dementie lijken op de vijf universele basisbehoeften van de SPF/ZMW-theorie (zie figuur 1). De SPF/ZMW-theorie kent twee basisbehoeften voor lichamelijk welbevinden: comfort en stimulatie. *Comfort* gaat over het bevredigen van lichamelijke behoeften, zoals eten, drinken, warmte, afwezigheid van pijn, vermoeidheid of andere gezondheidsklachten. *Stimulatie* gaat over een mate van activering die past bij een persoon; niet te veel en zeker niet te weinig. Sociaal welbevinden wordt bereikt door te voldoen aan drie sociale basisbehoeften: affectie, gedragsbevestiging en status. *Affectie* gaat over liefhebben, het gevoel dat er van je gehouden wordt – inclusief door jezelf. *Gedragsbevestiging* is het gevoel het juiste te doen in je eigen ogen en in de ogen van de groep mensen waar je bij hoort. *Status* gaat over het hebben van unieke kenmerken, talenten of bezittingen en kan gaan over het hebben van veel geld, maar ook over een goede zanger of een goede kok zijn. In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg wordt dit beschreven in termen van ruimte voor 'uniek zijn' (Zorginstituut, 2017).

De SPF/ZMW-theorie combineert een theorie over wat welbevinden inhoudt met een theorie over hoe welbevinden wordt bereikt. Uitgangspunt van de SPF/ZMW-theorie is dat mensen fysiek en sociaal welbevinden ervaren als zij hun vijf basisbehoeften kunnen vervullen.

Het ervaren van lichamelijk en sociaal welbevinden leidt tot algemeen subjectief of psychologisch welbevinden. Daarnaast zegt deze theorie dat mensen welbevinden steeds bewust of onbewust nastreven en daarbij allerlei persoonlijke hulpbronnen inzetten. Die hulpbronnen kunnen extern of intern zijn. Externe bronnen zijn bijvoorbeeld dingen –

FIGUUR 1. BEHOEFTE N VOLGENS SPF/ZMW-THEORIE EN VOLGENS KITWOOD



Illustratie Maaïke Borsboom ([www.aanblazer.nl](http://www.aanblazer.nl))

## Gewoonlijk hebben verpleeghuisbewoners niet alleen lichamelijke, maar juist ook psychische en sociale problemen

zoals een huis of geld –, of mensen – zoals een partner of vrienden. Sommige bronnen kunnen op slechts één behoefte worden toegepast. Maar veel bronnen, zoals het hebben van een partner, kunnen bijdragen aan bijvoorbeeld zowel affectie, als comfort en stimulatie. De in de theorie gespecificeerde interne bronnen zijn persoonlijke zelfmanagementvaardigheden (Steuerink, 2014; Steuerink et al., 2020).

Om deze vaardigheden uit te leggen, is vriendschap een goed voorbeeld. Vriendschap is een belangrijke bron voor welbevinden, maar ontstaat niet vanzelf. De vaardigheden voor zelfmanagement zijn de interne bronnen die daarbij helpen: het nemen van *initiatief* is noodzakelijk om de stap te zetten om een vriend te maken. Verder ben je bereid te *investeren* in de vriendschap om vrienden te blijven. Om dat te doen, moet je *geloven dat je in staat bent* om vrienden te maken en een vriend te zijn. Bovendien heb je de *positieve inschatting* dat deze vriendschap potentieel heeft. Verder is het handig om meerdere vrienden te hebben (*variëteit*) of vrienden met wie meer dan één behoefte kan worden vervuld (*multifunctionaliteit* – bijvoorbeeld stimulatie en genegenheid).

Iemand heeft andere mensen nodig om zijn behoeften te vervullen, om hem bijvoorbeeld affectie of gedragsbevestiging te geven. En als zijn externe bronnen of zelfmanagementvaardigheden in het geding zijn, kunnen anderen daarbij ondersteunen.

**WELBEVINDEN REALISEREN** Omdat het leven van verpleeghuisbewoners in belangrijke mate wordt bepaald door de zorg die ze krijgen, bestaat er een sterke relatie tussen welbevinden en de kwaliteit van de zorg (van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). Kijkend naar de elementen van welbevinden valt op dat ‘comfort’ en ‘stimulatie’ de behoeften zijn waarop de verpleeghuiszorg jarenlang vooral gericht is geweest. Daarnaast is in de zorg voor mensen met dementie al lange tijd aandacht voor de behoefte aan ‘affectie’. In de langdurige zorg bestaan inmiddels allerlei interventies die erop zijn gericht het welbevinden te verbeteren via stimulatie. Stimulatie door programma's voor bijvoorbeeld lichaamsbeweging (Windle et al., 2010), door gespreksinterventies die met

herinneringen werken (Westerhof et al., 2018) en methoden voor plezierige activiteiten (Teri & Logsdon, 1991).

Ervan uitgaande dat welbevinden echter universeel is, verdienen de andere twee basisbehoeften meer aandacht in de komende jaren: ‘gedragsbevestiging’ en ‘status’. Ook verpleeghuisbewoners hebben de behoefte om zich nuttig te voelen, om bij te dragen aan hun omgeving en te worden gezien als een uniek persoon met unieke kenmerken. Naasten kunnen daar een belangrijke rol bij spelen. Om helder te krijgen wat iemand kan en wie zij is en zo vorm en invulling te geven aan individuele gedragsbevestiging en status, maar ook om de manier te expliciteren waarop anderen kunnen bijdragen aan het welbevinden van een verpleeghuisbewoner.

De sector was de afgelopen jaren volop bezig met het betrekken van de naasten bij de zorg, maar de coronacrisis bracht aan het licht dat we er nog lang niet zijn (zie kader). De afgelopen maanden toonden dat belangrijk is om individueel welbevinden centraal te stellen, maar dat we moeite hebben dit te realiseren. In crisistijd zijn we teruggevallen op het medische model – met alle negatieve gevolgen voor het welbevinden van dien. Maar welbevinden is niet iets voor erbij; het kan een leidend principe zijn in de langdurige zorg. We kunnen ook problemen bekijken vanuit een perspectief van welbevinden, bijvoorbeeld probleemgedrag.

### WELBEVINDEN EN PROBLEEMGEDRAG

Probleemgedrag is gedrag van een kwetsbare persoon dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon zelf of voor mensen in zijn of haar omgeving (Zuidema et al., 2018). Van de bewoners met dementie vertoont zo'n 80% probleemgedrag (Selbaek, Engedal & Bergh, 2013), maar het komt ook onder andere groepen in de langdurige zorg voor (zie bijvoorbeeld Van den Brink et al., 2018). Recent is probleemgedrag door zorgmedewerkers in onderzoek van Vilans benoemd als hun belangrijkste kennisbehoefte: zorgprofessionals willen beter leren omgaan met probleemgedrag.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> [www.kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl](http://www.kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl)

## VERPLEEGHUIZEN EN CORONA

Aanvankelijk, vlak na 20 maart jl., leek iedereen in de sector achter de maatregel te staan om de verpleeghuizen in quarantaine te plaatsen. Men vond het vreselijk, maar noodzakelijk om de besmettingen te beperken. Maar de quarantaine duurde voort en bewoners werden eenzaam, somber en verdrietig. En de naaste, de zogenaamde derde hoek van de zorgdriehoek en de hoofdrolspeler bij alle initiatieven rond familieparticipatie, die mocht niet naar binnen. Om bewoners en zorgprofessionals te beschermen, maar ook zichzelf. Ondertussen bleef de tweede hoek, de professional, wel in contact met de buitenwereld en had niet voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen ter beschikking. De keuzes die in die periode zijn gemaakt, werden niet vanuit een welbevinden-perspectief gemaakt en lieten zien dat het sociale welbevinden eigenlijk niet als basisbehoefte werd gezien. De crisis legde bloot dat we ons in wezen nog niet echt richten op welbevinden. Vanuit de SPF/ZMW-theorie gezien werd alles op comfort gericht in smalle zin: het ging over het fysieke, over overleven en medische noodzaak. Het ging niet over wat voor een individuele bewoner goed is. Er was lang geen ruimte voor mensen om zelf keuzes te maken om te leven naar hun wensen en voorkeuren.

Stimulatie was er nog enigszins. Sterker, eigen onderzoek<sup>1</sup> naar probleemgedrag ten tijde van corona suggereert dat stimulatie voor een aantal bewoners eigenlijk veel beter was afgestemd op hun behoeften, zeker voor bewoners met dementie. Er waren minder prikkels, meer 'rust' zagezegd, en dat leek veel bewoners goed te doen. Maar de sociale basisbehoeften aan affectie, gedragsbevestiging en status hadden sterk te lijden door een cruciale bron voor dat sociale welbevinden af te snijden: de naasten. De gevolgen zoals eenzaamheid en verdriet om gemis van dierbaren en verlies van fysiek contact, lieten zien hoe belangrijk het sociale welbevinden is.

<sup>1</sup> [www.ukonnetwerk.nl/probleemgedrag-covid-enquete](http://www.ukonnetwerk.nl/probleemgedrag-covid-enquete)

**OOZAKEN PROBLEEMGEDRAG** Probleemgedrag kan interne oorzaken hebben – bijvoorbeeld door schade aan het brein – of externe – bijvoorbeeld door te veel harde geluiden in de omgeving. Meestal is het gedrag van een bewoner een gevolg van verschillende combinaties en interacties van interne en externe oorzaken. De sleutel tot de behandeling van probleemgedrag ligt vaak in het proberen om de oorzaken van het gedrag te achterhalen (Moniz Cook et al., 2012). Zoals de inspectie<sup>3</sup> onlangs constateerde, is noodzakelijk dat er meer aandacht wordt besteed aan de analyse van gedrag. Er zijn de afgelopen jaren allerlei interventies voor probleemgedrag ontwikkeld (Abraha et al., 2017), maar om deze goed in te kunnen zetten is een uitgebreide functionele analyse nodig.

Een belangrijke basis voor het begrijpen van probleemgedrag is gelegd door Jiska Cohen Mansfield (2000). Volgens haar gaat probleemgedrag over onvervulde behoeften. Cohen-Mansfield benoemt drie oorzaken voor dergelijk gedrag. De eerste oorzaak is een onvervulde behoefte. Dit is bijvoorbeeld het geval als een bewoner geagiteerd raakt in

een drukke omgeving en overprikkeling de oorzaak blijkt te zijn; haar behoefte aan rust is niet vervuld. Een tweede oorzaak van probleemgedrag is dat dit een manier kan zijn om behoeften te vervullen. Dit kan subtiel zijn – bijvoorbeeld dat een bewoner zich niet goed kan oriënteren in de ruimte door de schade aan het brein en probeert haar desoriëntatie op te lossen door steeds de weg te vragen. Behoeften vervullen kan er ook behoorlijk heftig aan toe gaan – bijvoorbeeld steeds roepen of voortdurend op tafel slaan om te voelen 'ik ben er'. Een derde oorzaak is gedrag als uiting van frustratie over onvervulde behoeften – bijvoorbeeld fysieke agressie omdat iets niet lukt of omdat een zorgverlener iets niet begrijpt (Cohen-Mansfield, Golander & Cohen, 2017).

De benadering van Cohen-Mansfield is te koppelen aan welbevinden. Als probleemgedrag namelijk over behoeften gaat (Cohen-Mansfield, 2000) en behoeften gaan over welbevinden (Nardi Steverink, Lindenberg, & Slaets, 2005), dan gaat probleemgedrag ook over welbevinden. Vanuit dit perspectief op welbevinden is een vierde mogelijke oorzaak toe te voegen. Bij elk van de drie zojuist genoemde oorzaken van probleemgedrag is de bewoner betrokken bij haar welbevinden: zij werkt aan haar eigen welbevinden, ook al zijn haar manieren naar ons idee niet de beste. Die vierde

mogelijke oorzaak is dat probleemgedrag een teken kan zijn dat het universele streven naar welbevinden niet meer actief is. De bewoner is dan niet meer bezig haar eigen welbevinden te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij apathisch gedrag. Het hoofdprobleem bij apathie is 'gebrek aan doelgericht gedrag'. Een mogelijke vervolgonstatering is dat iemand met apathisch gedrag geen actie meer onderneemt om zijn behoeften te vervullen en dus niet werkt aan zijn eigen welbevinden. Dat doet een direct appel op de mensen om een bewoner heen; daar moeten zij bij helpen.

Deze vierde oorzaak van probleemgedrag kan wellicht ook depressieve klachten helpen verklaren. Er is veel literatuur die laat zien dat depressieve klachten negatieve gevolgen hebben voor het welbevinden of een teken zijn van laag welbevinden (Smalbrugge et al., 2006). Een interessante vraag is of depressieve klachten een teken kunnen zijn dat iemand niet meer werkt aan zijn welbevinden. Misschien zit de bewoner de hulpbronnen – die zij wel heeft – niet in. Of zijn de depressieve klachten een teken dat behoeften objectief gezien vervuld zouden 'moeten' zijn, maar dat de bewoner dit niet zo ervaart. Of wellicht zijn ze een teken van onvervulde behoeften. Bij verschillende mogelijke verklaringen van probleemgedrag horen verschillende manieren om dit te behandelen. Zoals gezegd: daarom is het zo belangrijk ons in de oorzaken van probleemgedrag te verdiepen.

Er is nog niet veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de relatie tussen probleemgedrag en welbevinden; de uitkomsten ervan zijn bovendien tegenstrijdig. Bij mensen met dementie is meermaals een verband gevonden tussen probleemgedrag en verminderd welbevinden (Van de Ven-Vakhteeva et al., 2013; Vogel et al., 2006; Winzelberg et al., 2005; Zimmerman et al., 2005), maar soms ook niet (bijv. Ballard et al., 2001). Bovendien werd een verband tussen probleemgedrag en verminderd welbevinden vooral gevonden als anderen een uitspraak deden over het welbevinden van de bewoner. Als de bewoner dit zelf beoordeelde, werd er geen verband gevonden (Vogel et al., 2006; Zimmerman et al., 2005).

Mogelijk zijn deze verschillende resultaten als volgt te verklaren: het is te simpel gedacht om het probleemgedrag van een groep in zijn algemeenheid in verband te brengen met het welbevinden van die groep. Het punt is juist dat de relatie van probleemgedrag met welbevinden afhankelijk is van de oorzaak van dat gedrag. Wat door de mensen om een bewoner heen als probleemgedrag wordt ervaren, kan voor een bewoner een manier zijn om het welbevinden te verbeteren. Dat hangt van diens behoeften af: als het gedrag

zelf behoeften vervult, zoals het voorbeeld van op tafel slaan om te voelen dat je er bent, verwacht je geen negatieve relatie tussen dat slaan en welbevinden. Misschien wordt het welbevinden hier zelfs wel hoger van.

**ROL SOCIALE OMGEVING BIJ PROBLEEMGEDRAG** Wat deze uiteenzetting eveneens laat zien, is dat naast en professionals belangrijk zijn als er sprake is van probleemgedrag. Ten eerste kan de oorzaak van probleemgedrag direct bij hen liggen: zij begrijpen een bewoner niet en de bewoner raakt daar gefrustreerd over. Of indirect: ze hebben bijvoorbeeld te laat in de gaten dat de bewoner overprikkeld raakt. Het is dus belangrijk om te proberen de oorzaak van het gedrag te achterhalen omdat we zo een aan welbevinden gerelateerde behoefte kunnen achterhalen waarop vervolgens actie kan worden ondernomen.

Ten tweede: als er andere mensen nodig zijn om welbevinden te bereiken – status, gedragsbevestiging en affectie worden grotendeels door anderen gegeven –, dan vormt probleemgedrag hiervoor een grote bedreiging. Geef maar eens iemand die de hele dag de boel op stelten zet een knuffel, of een compliment! Dit betekent dat bij probleemgedrag een neerwaartse spiraal voor de bewoner dreigt.

Op de derde plaats, en net zo belangrijk: probleemgedrag van een bewoner kan ook inhouden dat het welbevinden van diens sociale omgeving wordt bedreigd. Het is bekend dat probleemgedrag belastend kan zijn voor zorgmedewerkers. En dat kan de omgang met bewoners weer negatief beïnvloeden: als zorgmedewerkers zich oncomfortabel en over-gestimuleerd voelen, zijn zij wellicht niet meer goed in staat om een bewoner de status, gedragsbevestiging en affectie te geven die ze nodig heeft. En dat heeft vervolgens weer een weerslag op de bewoner.

#### RELATIONELE ZORG

Wanneer mensen kwetsbaar worden, kunnen externe bronnen wegvallen. Mogelijk kunnen mensen hun vaardigheden niet meer goed gebruiken. De SPF/ZMW-theorie legt uit wat er met het welbevinden gebeurt bij verliezen: als verliezen

*We nemen onszelf vaak  
onbewust mee in het uitdagende  
werk met kwetsbare mensen*

optreden bij de ene behoefte, kan het voldoen aan de andere behoeften tot op zekere hoogte daarvoor compenseren. Iemand kan dan nog steeds fysiek of sociaal welbevinden ervaren. Dit heet substitutie. Maar als de kwetsbaarheid te veel toeneemt, of daarmee zelfs onveilige situaties ontstaan, verandert de manier waarop kwetsbare mensen anderen nodig hebben. Dan moet de omgeving vanuit die nieuwe situatie handelen. Daarbij staat de omgeving voor het vraagstuk hoe ze iemand kunnen ondersteunen, en tot op welke hoogte, voordat ze echt zaken gaan overnemen om het welbevinden positief te beïnvloeden.

De laatste jaren is er steeds meer onderbouwing voor de belangrijke rol van de kwaliteit van de relatie en het gedrag van verzorgenden bij het welbevinden van bewoners (Custers et al., 2010; McGilton et al., 2012; Willemse et al., 2015). De attitude (Boumans et al., 2019), positief gedrag (Van Weert et al., 2005) en persoonsgericht gedrag (Gilmore-Bykovskiy et al., 2015) van verzorgenden blijken samen te hangen met een vermindering van gedragsproblemen. Ook is gebleken dat gedrag van verzorgenden dat zich richt op mogelijkheden van bewoners het welbevinden van die bewoners kan verbeteren (Norbergh et al., 2006). Recent eigen onderzoek liet zien dat een meer hoopvolle houding van verzorgenden samenhangt met meer sociaal welbevinden en minder probleemgedrag van bewoners met dementie (Gerritsen, Van Beek, & Woods, 2019).

## PRESENT ZIJN

De relatie tussen kwaliteit van zorg en welbevinden gaat voor een groot deel om de mensen die zorg verlenen en hun relatie met de bewoner en diens naaste. Om te kunnen begrijpen wat een bewoner wil, wat haar behoeften zijn – en om vervolgens te kunnen bepalen of je dat kunt en wilt bieden, en samen met collega's de beste benadering te kunnen vinden – is het belangrijk om *present* te zijn. In termen van de presentietheorie is dit het afstemmen op de ander en diens behoeften, vaardigheden en voorkeuren (Klaver & Baart, 2011; 2016). Hoewel dit complex is gezien de kwetsbare verpleeghuispopulatie, vinden zorgprofessionals dit zelf ook belangrijke aspecten voor de omgang met probleemgedrag (Mallon, Krska & Gammie, 2019). Ook is het belangrijk gebleken voor hun tevredenheid met het werk (Edvardsson et al., 2011).

Present zijn vraagt goede communicatievaardigheden in contact met de bewoner, diens naaste en als professionals onder elkaar (Kemper et al., 2008). Het betekent ook emotioneel investeren als professionals (McCarty & Drebing, 2003) en betekenisvolle interactie realiseren door onze eigen

behoefte en onzekerheden in te brengen in het contact (Timmermann, 2010). Dit is bijvoorbeeld het geval als een verzorgende aan de bewoner vertelt wat diens gedrag met haar doet en vervolgens samen met de bewoner zoekt naar verbetering. Of als een zorgvraag zo complex is dat de psycholoog tegen het zorgteam zegt dat ze geen antwoord weet, en dat ze samen moeten werken vanuit onzekerheid. Dan zijn ze er niet alleen meer als vertegenwoordiger van een discipline, maar dan zijn ze er als mens. Dit gaat over relationele zorg, over de overtuiging dat goede zorg ontstaat in de wederkerige relaties van de zorgdriehoek, dat allen hun waarden en overtuigingen meebrengen en dat daar ruimte voor moet zijn (Nolan et al., 2004; Westerhof et al., 2014). Relationele zorg gaat daarbij niet alleen om de driehoek van bewoner, naasten en één professional, maar om alle professionals en bewoners die daarbij betrokken zijn, mét hun eigen welbevinden-behoeften (Nolan et al., 2004).

## LEIDERSCHAP

Ons eigen gedrag is van grote invloed op een bewoner en kan zelfs probleemgedrag veroorzaken of in stand houden. Anderzijds kan ons gedrag ook een belangrijke bron zijn van status, gedragsbevestiging en affectie – en dus van welbevinden. We nemen onszelf vaak onbewust mee in het uitdagende werk met kwetsbare mensen. Maar dit kunnen we bewust inzetten. Hiervoor is persoonlijk leiderschap nodig; kritisch naar onszelf en de ander durven kijken, naar onze rol, onze communicatie en onze aanpak. En om die te durven bespreken en elkaar durven aanspreken, in plaats van lekker samen te roddelen over de ander. Om vervolgens samen te werken aan verbetering. Voor verpleegkundigen, artsen en psychologen is dit zelfbewustzijn een belangrijke competentie die hen geleerd wordt (Rasheed, Younas & Sundus, 2019). Maar dit zou ook voor verzorgenden het geval moeten zijn.

Werken vanuit relationele zorg kan ook helpen om de zorg steeds opnieuw te verbeteren. Blijven veranderen vraagt durf. Mensen worden vaak onzeker van het af moeten wijken van de manier waarop ze iets al jaren doen, of van dingen voor het eerst moeten doen (Nilsen et al., 2019). Maar voor het verlenen van optimale zorg aan onze cliënten zullen we deze continu en samen lerend (Zorginstituut, 2017) moeten verbeteren. En daarbij zullen we onze twijfels en overwegingen moeten laten zien, als professionals, maar zeker ook als leidinggevend. De tijd van de leidinggevende als alwetende bestuurder zonder onzekerheden is voorbij. Leiderschap, of dat nu management betreft of persoonlijk leiderschap als professional, vraagt lef en kwetsbaarheid. En dat

betekent dat we de ander laten zien wie we zijn. Dit gaat niet vanzelf. Naast onderzoek naar de inhoud van welbevinden en naar hoe welbevinden werkt, is dus ook onderzoek nodig naar hoe je dit het best kunt ondersteunen op een manier die past bij relationele zorg en hoe we kwetsbaarheid en persoonlijk leiderschap in praktijk kunnen brengen in de langdurige zorg. Om dat te doen op een relevante manier voor de praktijk, is het nodig om met die praktijk samen te werken. Met professionals, de doelgroep zelf, en met instellingen voor onderwijs en opleiding.

Gelukkig werk ik bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen<sup>4</sup>, waar we de kwaliteit van leven én van de zorg voor kwetsbare mensen willen verbeteren door een link te leggen tussen kennis en praktijk. We moeten er met z'n allen aan: voor goede zorg is nodig dat we blijven leren en blijven veranderen. Ik zie hierbij een mooie rol voor mijn eigen beroepsgroep: de ouderenpsycholoog. Aan deze gedragsexperts doe ik de oproep om het begeleiden van innovatie en dus van gedragsverandering in ons takenpakket op te nemen! Het is belangrijk dat er meer specialisten zoals klinisch psychologen of klinisch neuropsychologen in de langdurige zorgsector gaan werken. Zij worden ook opgeleid om veranderprocessen te begeleiden. Maar zolang er nog niet in elke zorgorganisatie meerdere specialisten rondlopen, zijn wij als ouderenpsychologen aan zet: wij kunnen katrekkers zijn bij innovatie, wij kunnen de mensen op de werkvloer meer ondersteunen en opleiden, wij kunnen ervoor zorgen dat welbevinden centraal komt te staan. Innovatie is geen extraatje, het is een voorwaarde!

#### OVER DE AUTEUR

Debby Gerritsen is hoogleraar Welbevinden van kwetsbare ouderen en mensen met chronische ziekten in de langdurige zorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc.

E-mail: [debby.gerritsen@radboudumc.nl](mailto:debby.gerritsen@radboudumc.nl).

Dit artikel is een bewerking van haar oratie die ze uitsprak op 29 september 2020. De volledige tekst daarvan is te vinden via [www.ukonnetwerk.nl/actueel/oratie-debby-gerritsen/](http://www.ukonnetwerk.nl/actueel/oratie-debby-gerritsen/)

## Literatuur

- Abraham, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., ... Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3), e012759.
- Ballard, C., O'Brien, J., James, I., Mynt, P., Lana, M., Potkins, D., ... Fossey, J. (2001). Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *Int Psychogeriatr*, 13(1), 93-106.
- Boumans, J., van Boekel, L. C., Baan, C. A. & Luijckx, K. G. (2019). How Can Autonomy Be Maintained and Informal Care Improved for People With Dementia Living in Residential Care Facilities: A Systematic Literature Review. *Gerontologist*, 59(6), e709-e730.
- Cohen-Mansfield. (2000). Theoretical Frameworks for Behavioral Problems in Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4), 8-21.
- Cohen-Mansfield, J., Golander, H. & Cohen, R. (2017). Rethinking Psychosis in Dementia: An Analysis of Antecedents and Explanations. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 32(5), 265-271.
- Custers, A. F., Westerhof, G. J., Kuin, Y. & Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging Ment Health*, 14(6), 731-739.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. (2011). Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *Int Psychogeriatr*, 23(8), 1205-1212.
- Gerritsen, D. L. (2017). Mensen zoals wij. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 48(3), 97-99.
- Gerritsen, D. L., Steverink, N., Ooms, M. E. & Ribbe, M. W. (2004). Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Qual Life Res*, 13(3), 611-624.
- Gerritsen, D. L., van Beek, A. P. A. & Woods, R. T. (2019). Relationship of care staff attitudes with social well-being and challenging behavior of nursing home residents with dementia: a cross sectional study. *Aging Ment Health*, 23(11), 1517-1523.
- Gilmore-Bykovskiy, A. L., Roberts, T. J., Bowers, B. J. & Brown, R. L. (2015). Caregiver Person-Centeredness and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia: A Timed-Event Sequential Analysis. *Gerontologist*, 55 Suppl 1, S61-66.
- Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., & Döpp, C. (2020). *Zorgstandaard Dementie: Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers*.
- Kemper, P., Heier, B., Barry, T., Brannon, D., Angelelli, J., Vasey, J. & Anderson-Knott, M. (2008). What do direct care workers say would improve their jobs? Differences across settings. *Gerontologist*, 48 Spec No 1, 17-25.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered, the Person Comes First*. Maidenhead: Open University Press.
- Klaver, K. & Baart, A. (2011). Attentiveness in care: towards a theoretical framework. *Nurs Ethics*, 18(5), 686-693.
- Klaver, K. & Baart, A. (2016). Managing socio-institutional enclosure: A grounded theory of caregivers' attentiveness in hospital care. *Eur J Oncol Nurs*, 22, 95-102.
- Kromhout, M., Kornalijnslipper, N. & de Klerk, M. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* Retrieved from Den Haag:
- Mallon, C., Krska, J., & Gammie, S. (2019). Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England. *Aging Ment Health*, 23(6), 698-705.
- McCarty, E. F. & Drebing, C. (2003). Exploring professional caregivers' perceptions. Balancing self-care with care for patients with Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs*, 29(9), 42-48.

&gt;&gt;



- McGilton, K.S., Sidani, S., Boscari, V.M., Guruge, S. & Brown, M. (2012). The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging Ment Health, 16*(4), 507-515.
- Moniz Cook, E.D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M. & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD006929.
- Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I. & Birken, S. (2019). Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses. *Implement Sci, 14*(1), 51.
- Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J. & Nolan, J. (2004). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs, 13*(3a), 45-53.
- Norbergh, K.G., Helin, Y., Dahl, A., Hellzen, O. & Asplund, K. (2006). Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique. *Nurs Ethics, 13*(3), 264-274.
- Rasheed, S.P., Younas, A. & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *J Clin Nurs, 28*(5-6), 762-774.
- Rijcken, S., Halfens, R.J.G., Schols, M.G.A. & Everink, I. (2018). *Care Dependency of Nursing Home Residents in the Netherlands: 2010-2017*.
- Sanford, A.M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A.M., Arai, H., Bauer, J.M., ... Vellas, B. (2015). An international definition for "nursing home". *J Am Med Dir Assoc, 16*(3), 181-184.
- Selbaek, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc, 14*(3), 161-169.
- Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *Am Psychol, 55*(1), 5-14.
- Sloane, P.D., Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Gill, K.S. & Preisser, J.S. (2005). Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist, 45 Spec No 1*(1), 37-49.
- Smalbrugge, M., Pot, A. M., Jongenelis, L., Gundy, C.M., Beekman, A.T. & Eefsting, J.A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry, 21*(4), 325-332.
- Steverink, N. (2014). Chapter: Successful development and ageing: Theory and intervention. In *The Oxford handbook of clinical geropsychology* (pp. 84-103). New York, NY: Oxford University Press; US.
- Steverink, N., Lindenberg, S. & Slaets, J. P. J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *Eur J Ageing, 2*(4), pp.
- Steverink, N., Lindenberg, S., Spiegel, T. & Nieboer, A. P. (2020). The Associations of Different Social Needs with Psychological Strengths and Subjective Well-Being: An Empirical Investigation Based on Social Production Function Theory. *Journal of Happiness Studies, 21*(3), 799-824.
- Tatsumi, H., Nakaaki, S., Torii, K., Shinagawa, Y., Watanabe, N., Murata, Y., ... Furukawa, T.A. (2009). Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: a two-year follow-up study. *Psychiatry Clin Neurosci, 63*(3), 374-384.
- Teri, L., & Logsdon, R. G. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: the pleasant events schedule-AD. *Gerontologist, 31*(1), 124-127.
- Timmermann, M. (2010). *Relationele afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Tilburg University,
- van Campen, C., & Verbeek-Oudijk, D. (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- van de Ven-Vakhteeva, J., Bor, H., Wetzels, R.B., Koopmans, R.T., & Zuidema, S.U. (2013). The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry, 28*(5), 530-538.
- Van den Brink, A., Gerritsen, D.L., Oude Voshaar, R., Koopmans, R.T.C.M. (2018). Natural course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with mental-physical multimorbidity in the first eight months after admission. *Aging Ment Health, 24*, 1-7.
- van Klaveren, S., van de Werfhorst, K.J., Meys, N., Brouwer, L., van der Harg, A. & Cazemier, G. (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg: Ervaringen van aanvragers en professionals*.
- van Weert, J.C., van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W., & Bensing, J.M. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Educ Couns, 58*(3), 312-326.
- Verbeek-Oudijk, D. & van Campen, C. (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/2016*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Vogel, A., Mortensen, E.L., Hasselbalch, S.G., Andersen, B.B. & Waldemar, G. (2006). Patient versus informant reported quality of life in the earliest phases of Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry, 21*(12), 1132-1138.
- Westerhof, G.J., Korte, J., Eshuis, S. & Bohlmeijer, E.T. (2018). Precious memories: a randomized controlled trial on the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging Ment Health, 22*(11), 1494-1501.
- Westerhof, G.J., van Vuuren, M., Brummans, B.H. & Custers, A. F. (2014). A Buberian approach to the co-construction of relationships between professional caregivers and residents in nursing homes. *Gerontologist, 54*(3), 354-362.
- Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2015). Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health, 19*(5), 444-452.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I. & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging Ment Health, 14*(6), 652-669.
- Winzelberg, G.S., Williams, C.S., Preisser, J.S., Zimmerman, S. & Sloane, P.D. (2005). Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care facilities. *Gerontologist, 45 Spec No 1*(1), 106-114.
- Wippler, R., Ganzeboom, H.B.G. & Lindenberg, S. (1996). *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., ... Dobbs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *Gerontologist, 45 Spec No 1*(1), 133-146.
- Zorginstituut. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en verbeteren*.
- Zuidema, S.U., Smalbrugge, M., Bil, W.M.E., Geelen, R., Kok, R.M., Luijendijk, H.J., ... Vreeken, H. L. (2018). *Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie*. Utrecht: Verenso, NIP.