

Reflectieve casestudie

Ervaringsgericht leren in de zorg



("Als team omgaan met agressie volgens het crisisontwikkelingsmodel", z.d.)

"IK GA NAAR HUIS!"

Naam student:
Studentnummer
Klas:
SL-coach:
Code:
Studiejaar:
Leerjaar: 3
Periode: 1
Cursushouder:
Studiepunten: 4 ECTS

Inhoudsopgave

Inleiding	2
What-fase	2
So what-fase	4
Werkwijze analyse:	4
Thema's:	4
Vraagstelling:	5
Now what-fase	6
1. Agressie en dementie	7
2. Signalering en voorkoming van escalatie van agressie	8
3. Handelen bij agressie	11
Heroverweging	12
Afronding	13
Reflectie op leren	13
Leerwensen en aanpak	14
Literatuurlijst	15
Bijlage 1	17
Bijlage 2	22
Bijlage 3	24
Bijlage 4	25
Bijlage 5	25

Inleiding

Als tweedejaars studente verpleegkunde liep ik stage op de gesloten PG-afdeling van een verpleeghuis. Een gesloten afdeling betekent dat bewoners alleen naar buiten kunnen met begeleiding én als ze toestemming van de arts en familie hebben. Alle bewoners zijn in gevorderde stadia van dementie. Bij elke bewoner uit de ziekte zich anders, maar onbegrepen gedrag komt het meest voor. Afwijzend, beschuldigend gedrag, steeds naar buiten willen, weigeren van hulp of medicatie, en slaan komt dagelijks voor. Niet iedereen van het personeel weet hoe ze met het onbegrepen gedrag om moeten gaan. Ik ben, helaas, één van hun. Graag wil ik hier iets aan doen, en dat is de reden dat ik deze situatie heb gekozen voor mijn reflectieve casestudie.

De patiënte van deze casus, mevrouw F., is een 82-jarige vrouw met de ziekte van Alzheimer. Ze is een filosoof geweest en woont al 3 jaar in het verpleeghuis. Haar ziektebeeld kenmerkt zich door erge stemmingswisselingen. Ze is soms erg emotioneel en kan één moment lief en vrolijk zijn en andere moment overstuur of boos. Deze episoden kenmerken zich met huilen, andere bewoners of personeel uitschelden, slaan, met dingen gooien, met haar rollator tegen de deur of mensen aanrijden. Er is niet altijd een duidelijk aanleiding voor deze plotselinge stemmingswisselingen.

Mevrouw F. houdt heel erg van wandelen en bloemen plukken, daar knapt ze helemaal van op. Na even buiten te zijn geweest en een rondje in het park te hebben gewandeld is zij altijd een stuk vrolijker. Omdat ik zelf ook heel graag buiten ben was het vaak aan mij om met mevrouw na de lunch te gaan wandelen, en dit ging altijd goed. Deze bewuste dag ging ik ook met mevrouw F. naar buiten, maar dit keer ging het mis. Haar stemming sloeg om en ze wilde per se naar haar eigen huis in plaats van terug naar het verpleeghuis. Ze was fysiek en verbaal heel agressief en deed gevaarlijk. Ik was overdonderd van haar gedrag en wist niet wat ik moest doen of zeggen en hoe ik deze situatie op moest lossen. Deze gebeurtenissen hebben daarom een diepe indruk op mij gemaakt. Achteraf herleefde ik de gebeurtenissen vaak in mijn gedachten. Ik probeerde te bedenken hoe ik anders, misschien beter had kunnen handelen om de situatie niet zo te laten escaleren.

Mijn handelingsverlegenheid was niet weten hoe ik moest handelen in een situatie waar je alleen met een onhandelbare bewoner buiten bent, die fysiek en verbaal agressief is.

What-fase

Het was een mooie zonnige dag. Zoals gewoonlijk, heb ik aan mevrouw F. gevraagd of zij met mij naar buiten wilde. Dat wilde zij wel, en ze kwam vrolijk en rustig over. Wij gingen naar buiten om een rondje in het park te lopen. Wij liepen langs de straat en moesten een pad links inslaan om het park in te lopen, maar mevrouw F. zei: "Ik ga naar huis. Daar woon ik. Ik wil daarheen". Ik kreeg een unheimisch gevoel en dacht: "Dit is niet goed, dit zal waarschijnlijk niet goed aflopen". Ik probeerde haar rustig over te halen om toch nog het park in te gaan dus ik zei: "Kom, mevrouw F., daar staat een bankje in de zon, kunnen wij lekker gaan zitten, en ik zie eendjes...". Maar zij keek niet eens die kant op. Ze was al vastberaden om de straat te volgen en richting haar voormalige huis te lopen. De stoep hield daar op en

zij liep zonder te kijken de straat op. Met bonkend hart haastte ik mij achter haar aan: "Mevrouw F., u loopt op straat, hier rijden auto's. Kom, laten wij deze kant op gaan". Maar niks wat ik zei leek bij mevrouw binnen te komen. Ze bleef herhalen dat zij naar huis gaat, dat haar huis daar staat en als ik niet wil, kan ik hier blijven, maar zij gaat naar huis. Mijn gedachten begonnen razendsnel door mijn hoofd te gaan, zoekend naar oplossing. Ik voelde een lichte paniek in mij opkomen. Ik kon niks beters verzinnen dan met mevrouw meegaan, haar veilig proberen te houden en steeds proberen haar over te halen om toch nog terug te keren. Ik had een telefoon van de afdeling op zak, maar helaas werkt het alleen in en rond het huis en niet waar wij waren. Ik bleef denken: "Als ik haar maar iets dichterbij het verpleeghuis kan krijgen, kan ik bellen en hulp inroepen". Maar waar ze wilde lopen was helaas steeds verder weg. Zo kwamen wij bij een drukke tweebaansweg waar veel autos rijden. Mevrouw F. wilde, weer zonder enige aarzeling, de straat op stappen. Nu al volop in paniek, pakte ik haar rollator vast, om zo haar tegen te kunnen houden: "Mevrouw, kijk, hier rijden heel veel auto's! U mag de straat hier niet oversteken. Kom, laten wij die kant oplopen, daar is een zebrapad". Op dit punt leek mevrouw zelf al best geïrriteerd te zijn. Zij was bijna niet tegen te houden. Zij begon te schreeuwen dat ik haar met rust moest laten en moest laten gaan waar ze wil. Ik voelde de adrenaline door mij heen gaan, en alhoewel ik er niet naar keek, voelde ik dat andere mensen naar ons keken en zich af vroegen wat er aan de hand was. Ik schaamde mij ook een beetje, maar mijn eerste en voornamelijkste prioriteit nu was om mevrouw veilig te houden. Onbewust hief ik mijn stem: "Ik laat u niet zomaar hier de straat oplopen. Als u naar huis wilt, moet u de straat op de zebrapad oversteken". Ik dacht, als vragen en suggereren niet helpt, misschien helpt het als ik streng tegen haar praat. Mevrouw begon in mijn gezicht te schreeuwen en mij uit te schelden: "Laat mij los! Laat mij los! Jij...!" Ze sloeg met haar hand een aantal keren op mijn arm zodat ik de rollator los zou laten. Door al de adrenaline deed het niet echt pijn, ik hield nog steeds stevig vast. Ik zei, nog steeds streng: "Ik snap dat u naar huis wilt en dat u boos bent, maar u mag mij niet slaan". "Laat het los dan!", schreeuwde zij terug. Fysieke pijn had ik niet maar ik voelde mij opgelaten en vernederd. Toen drong het echt tot mij door dat ik niet wist wat ik moest doen. Mijn wangen waren rood en ik voelde zweet over mijn ruggengraat naar beneden lopen. "Wat moet ik doen?" - bleef het door mijn hoofd gaan. Ik voelde mij zo hulpeloos.

Op een gegeven moment begon mevrouw F. toch langs de straat te lopen. Zij ging mee en zo kon ik haar, met een hele grote bocht en vele straten verder, toch noch richting het verpleeghuis begeleiden. Toen wij al in de buurt waren en ik bereik had, zag mevrouw een bushalte en besloot daar op de bus te wachten die haar naar huis zou brengen. Ik liep mee en in de tussentijd belde ik mijn collega's en gaf door wat er aan de hand was. Hulp was onderweg.

Toen ik mijn collega naar de bushalte zag komen, voelde ik een enorme opluchting dat ik er niet meer alleen voor stond. Het voelde alsof ik weer adem kon halen. Mijn collega zei dat ik naar binnen mocht gaan en dat hij hier met mevrouw zal blijven zitten en praten. Later heeft hij nog een andere collega van de avonddienst ingeroepen en een uur later kwamen zij eindelijk binnen.

So what-fase

Werkwijze analyse:

Om de onderzoeksvraag te kunnen stellen heb ik mijn verhaal, het narratief, gecodeerd (zie Tabel 1). Als eerste heb ik bepaalde labels (codes) gehangen aan de tekstfragmenten uit mijn narratief. Zo heb ik de tekst open gecodeerd. Daarna heb ik deze codes met elkaar vergeleken en de codes die bij elkaar horen samengevoegd onder een nieuwe, overkoepelende (axiale), code. Hieruit zijn er 5 thema's naar voren gekomen. Deze thema's worden verder uitgewerkt en bij elk stel ik kritische vragen. Uit deze informatie komt mijn vraagstelling voort.

Thema's:

1. Dementie

Dementie is een algemene diagnose die veel verschillende symptomen en verschijnselen kent, en hangen af van veel verschillende factoren zoals vorm van dementie, stadia, persoonlijkheid, levenservaringen van de patiënt, etc. Er is al veel bekend over dementie, maar het moeilijke is dat geen twee dementiebeelden hetzelfde zijn.

Kritische vragen:

- Is het soort van dementie in deze situatie van belang?
- Wat is het verband tussen dementie en agressie? Welke kennis over dementie is hier belangrijk?

2. Veiligheid van de cliënt

Veiligheid was in deze situatie een hele belangrijke factor. Het heeft twee aspecten: veiligheid van mij in verband met de agressie van mevrouw F., en de veiligheid van mevrouw F. zelf. Ik voelde niet dat mijn veiligheid bedreigd was in verhouding met haar veiligheid. Ik vond dat het voorkomen dat haar iets zou overkomen mijn prioriteit was. Maar waar zijn de grenzen?

Kritische vragen:

- Wanneer is de veiligheid van de cliënt belangrijker dan je eigen veiligheid?
- Hoe ver moest ik gaan om de veiligheid van de cliënt te waarborgen?

3. Mijn onzekerheid over hoe te handelen in een onveilige situatie

Ik heb het hier over mijn emoties, gevoelens, en reacties die een grote rol in deze situatie hebben gespeeld. Deze reacties en emoties zijn voortgekomen uit mijn onzekerheid en onwetendheid over hoe ik handelen moet. Ik denk dat er in soortgelijke situaties er altijd emoties spelen, van alle betrokkenen, maar ik vraag mij af of mijn emotionele reactie op het gedrag en de emoties van mevrouw F. hebben geholpen of juist verhinderd hebben om adequaat te kunnen handelen.

Kritische vragen:

- Had mijn onzekerheid meer te maken met het gebrek aan kennis of aan ervaring?
- Had meer kennis voor een minder heftige emotionele reactie gezorgd?
- Wat had de meeste invloed op mijn onzekerheid: agressie of er alleen voor staan?

4. Agressie van de dementerende

Agressie is een breed begrip, maar hier heeft het een directe link met dementie. De verbale en fysieke agressie in deze situatie was op mij persoonlijk gericht, maar vanwege het dementieel beeld heb ik het niet persoonlijk genomen.

Kritische vragen:

- Welke effect heeft agressief gedrag op de dementerende zelf?
- Is agressief gedrag van tevoren te voorspellen? Had ik de agressie kunnen voorkomen?
- Zijn de redenen van agressie anders bij dementerenden?

5. Benaderingswijze met betrekking tot agressieve dementerende

Met benaderingswijze bedoel ik alle interventies, handelingen, en communicatie die ik toegepast heb en die in een soortgelijke situatie toegepast hadden kunnen worden. Mijn benaderingswijze was naar mijn gevoel niet toereikend. Dat is wat ik het ergste vond in deze situatie; machteloosheid vanwege het niet adequaat kunnen reageren op het gedrag van mevrouw F.

Kritische vragen:

- Zijn er verschillen, en zo ja welke, tussen de benaderingswijze van een fysiek en van een verbaal agressief dementerende?
- Welke rol speelt dementie in de benaderingswijze van agressie?
- Kan één benaderingswijze dezelfde resultaten geven als het toegepast wordt in verschillende situaties?
- Is de benaderingswijze situatie of cliënt gebonden?

Vraagstelling:

Door de thema's te analyseren ben ik op veel kritische vragen gekomen waar ik geen antwoord op heb. Voor mijn onderzoeksvraag heb ik het voor mij belangrijkste onderwerp uitgekozen dat een directe link met mijn handelingsverlegenheid heeft. Het antwoord op deze vraag zou moeten voorkomen dat ik in een soortgelijke situatie weer handelingsverlegen ben. Ook voor vele mantelzorgers en zorgverleners die in aanraking komen met agressief gedrag van dementerenden zou dit onderzoek handvatten kunnen geven voor adequaat handelen.

Welke EBP-benaderingswijze kan toegepast worden bij (dreigende) agressie van dementerende ouderen?

Wellicht is mijn hoofdvraag niet heel erg specifiek, maar dat is een bewuste keuze geweest. In mijn casus is niet de agressie is het grootste probleem, maar de benaderingswijze die niet aansloot bij mevrouw F.

De drie deelvragen verdelen de hele situatie in drie kaders: voorkennis, signalering en voorkomen van agressie, en omgaan met agressie. Samen zouden deze vragen een volledig antwoord op de hoofdvraag geven.

Deelvragen:

- Welke kennis over agressie, dementie, en het verband ertussen is van belang?
- Welke gesprekstechnieken en vroegsignaleringsmethodieken zijn er om agressie bij dementerenden te helpen voorkomen?
- Hoe om te gaan met fysiek en/of verbaal agressief dementerende?

Now what-fase

Op verschillende manieren heb ik naar de antwoorden op deze deelvragen gezocht. Onder andere door wetenschappelijke literatuur in verschillende databases op te zoeken, betrouwbare websites (zoals dementie.nl en alzheimer-nederland.nl) te doorzoeken, een interview met een geriatrie-verpleegkundige van het IJsselland ziekenhuis te houden, en het volgen van ELiZ-ProCo lessen en een online-training van het Trimbos-instituut over agressie.

Er is naar wetenschappelijke artikelen gezocht in de Ebscohost, Invert, en Pubmed databases met o.a. de trefwoorden: "dementia", "aggression", "intervention", en met de sneeuwbalmethode. Artikelen zijn geselecteerd aan de hand van validiteit, toepasbaarheid, en bruikbaarheid van de informatie. De complete zoekstrategie is te zien in bijlage 2.

Volgens de literatuurstudie van Buchanan, Christenson, Ostrom, & Hofman (2007) waarin 18 artikelen geanalyseerd zijn over verschillende interventies gericht op verminderen van agressie bij dementerenden, bleek *Caregiver Training Interventions* (interventies betreffende scholing en instructies aan verpleegkundigen en verzorgenden) het meest effectief te zijn. Deze interventies houden in dat verzorgers trainingen krijgen over dementie, risicofactoren van agressie, strategieën voor preventie van agressie, de-escalatietechnieken etc. Na het toepassen van deze interventies was de agressie-incidentie met meer dan 50% gedaald. Soortgelijke resultaten zijn ook uit het onderzoek van Dewing (2010) over het omgaan met geagiteerde dementerenden voortgekomen. Dit laat zien dat de kennis van verpleegkundigen en verzorgenden een onmisbare rol speelt in het voorkomen van agressie bij dementerenden. Dat is ook mijn doel van deze opdracht; zo veel mogelijk informatie verzamelen uit verschillende bronnen zodat ik na het maken van deze opdracht genoeg kennis heb om in vergelijkbare situaties adequaat te kunnen reageren.

1. Agressie en dementie

Dementie is een syndroom dat vooral bij ouderen voorkomt. De ziekte is onomkeerbaar en in de regel progressief van aard. Belangrijke gedragsymptomen van dementie zijn fysieke agressie, agitatie, dwalen, en rusteloosheid (Verkade, van Meijel, Brink, Schmitz, & Rieneke, 2007). Volgens Cohen-Mansfield (2001) zijn fysiek agressief gedrag (zoals slaan, schoppen, duwen, bijten en krabben) en verbale agressie (zoals vloeken, gillen en krijven) subtypen van agitatie (Cohen-Mansfield, 2001). Agitatie is innerlijke rusteloosheid leidend tot ondoelmatig gedrag met een sterk repeterend karakter ("Richtlijn probleemgedrag", 2008).

Wat is het verband tussen agressie en dementie? Het artikel "Mechanismen van conflict en agressie in de context van dementie" (Wray, 2016) analyseert dit onderwerp in het perspectief van communicatie en taalwetenschap. Volgens de auteur kunnen er in alle vormen van dementie de pathologische veranderingen in de hersenen directe invloed op het gedrag in het sociale vlak hebben. Bovendien doet verlies van geheugen en andere cognitieve gebreken desoriëntatie veroorzaken. Net als leed en angst (bedreigd voelen), die nadelige effecten op de communicatie kunnen hebben. Bij dementie verminderd de cognitieve capaciteit, kan er sprake zijn van geheugenverlies, en doet stress of angst de communicatieve parameters veranderen wat extreme reacties kan veroorzaken (Wray, 2016).

Vanuit het perspectief van de belevingsgerichte zorg was volgens de lichamelijke en gedragskenmerken mevrouw F. in de verdwaalde-ik fase. In deze fase ontstaan negatieve belevingen vaak doordat het heden negatieve associaties oproept, doordat "onze" werkelijkheid botst met de werkelijkheid zoals die door de dementerende beleefd wordt of doordat de dementerende overweldigd wordt door de eigen emoties ("Verdwaalde-ik", z.d.).

Volgens de online-training "Beter omgaan met agressie" van het Trimbos-instituut kunnen verdriet, frustratie, en onmacht omslaan in een agressieve reactie wanneer het geheugen de dementerende in de

steek laat. Ook kan de rem wegvallen en komen emoties meer aan de oppervlakte te liggen. De ziekte zorgt ervoor dat situaties niet meer te overzien zijn, of dat men zich bedreigd voelt. Ook reageren mensen met dementie ongeremder op bedreigingen. Dit kan afwerend of agressief gedrag tot gevolg hebben ("Online training", z.d.).

2. Signalering en voorkoming van escalatie van agressie

Aan het begin van mijn zoektocht wilde ik alleen antwoord vinden op de vraag welke interventies ik toe kan passen als ik met agressie van een dementerende te maken heb. Maar tijdens dit onderzoek werd het mij steeds duidelijker dat wat er voorheen is gebeurd nog veel belangrijker is. Ik begon te begrijpen dat ik moest handelen *voordat* mevrouw F. agressief gedrag begon te vertonen. Zo was de beste tijd om te signaleren en de juiste de-escalerende benaderingswijze toe te passen tussen het moment dat zij abrupt besloot om naar huis te lopen en voordat ik haar rollator pakte. Vooral in de lessen van ELiZ-ProCo heb ik veel handige informatie gehoord wat mijn perspectief naar de situatie in deze casus deed veranderen. Volgens **ProCo docent XXX**, "er is altijd aanloop totdat iemand agressief wordt. Bij deze [dementerende] mensen is de aanloop korter, maar hij is er altijd" (ELiZ-Proco les 5 "Vroegsignalering", 30 november 2018). Voor mij was het een belangrijk punt waarop ik er bewust van werd dat agressie niet zo maar spontaan optreedt, ook niet bij dementerende. Hieronder zijn een aantal modellen uit de ProCo-lessen die kunnen helpen in het begrijpen, analyseren, en signaleren van agressie:

- **The escalation cycle** (Colvin & Sugai, 1989).

Het kent 7 fases: rust, aanleiding/prikkel, agitatie, acceleratie, piek/hoogtepunt, de-escalatie, en herstel. In elke fase zijn er verschillende interventies mogelijk.

- **Window of tolerance** (Ogden & Minton, 2000).

Wanneer we buiten ons raam van tolerantie zijn, reageert ons zenuwstelsel door in de overlevingsmodus te gaan: vechten, vluchten, of bevriezen.

We kunnen overweldigd voelen (hyper-arousal) of we kunnen ons "afsluiten" en in hypo-arousal gaan.

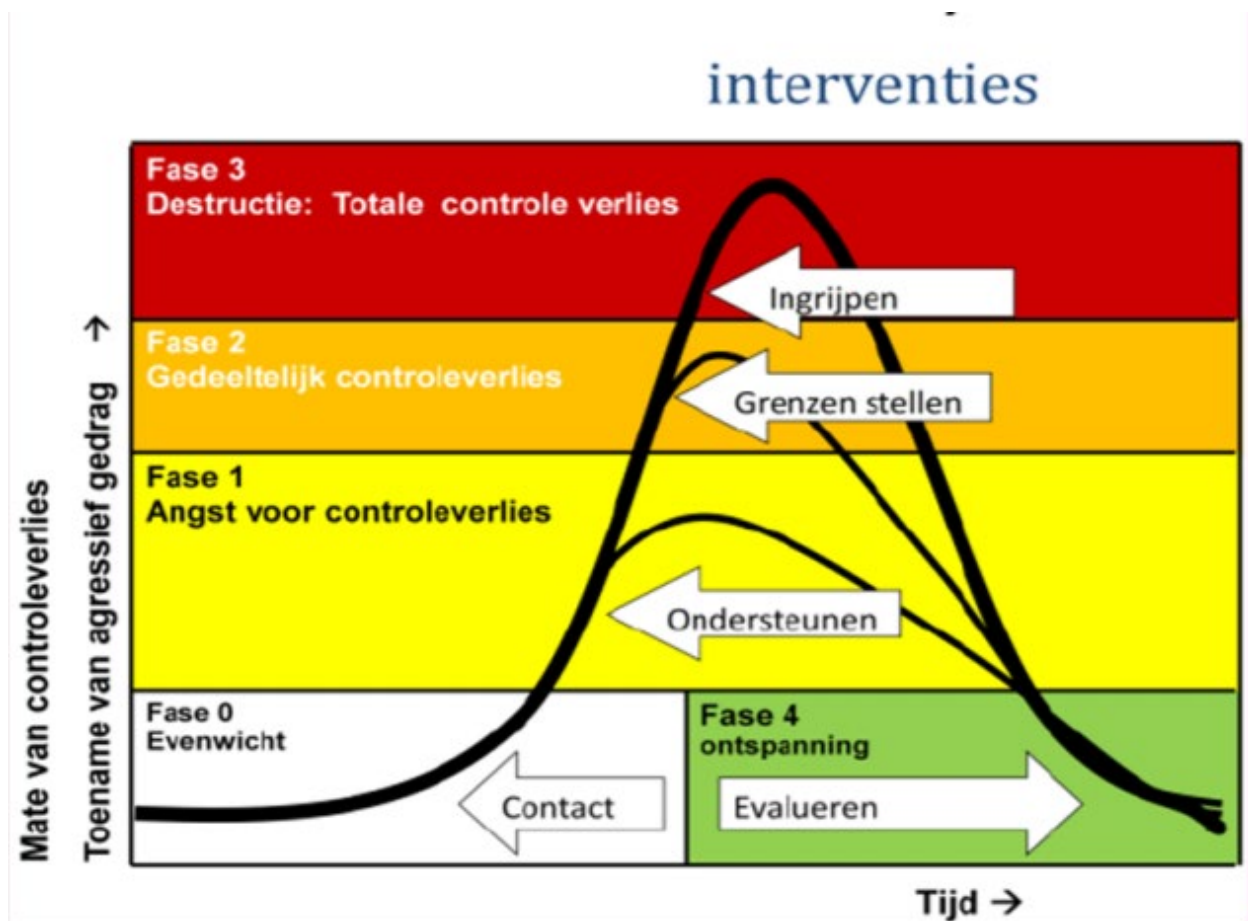
Ons venster van tolerantie kan smal of breed zijn, dit verschilt per persoon en per levensperiode ("Mindfulness and the window of tolerance", z.d.).

- **The Bröset Violence Checklist (BVC)** (Woods & Almvik, 2002).

Is een signaleringsinstrument voor agressief gedrag. Het maakt gebruik van 6 variabelen/gedragingen en een puntensysteem om de kans op agressie te meten en interventies te bepalen.

- **De "ABC methode"** (Agressievisie, Beroepshouding en Communicatie) en de **"Stoplichtmethode"** (groen betekent gedrag onder controle, oranje betekent alarmfase en rood betekent grensoverschrijdend gedrag), worden ook genoemd als uitgewerkte interventies voor het signaleren, analyseren, aanpakken en evalueren van onbegrepen gedrag (Hardeman, van Vliet, Leeuw, & van der Gerretsen (2014).

- Crisisontwikkelingsmodel



Figuur 1. Crisisontwikkelingsmodel. Overgenomen uit "Innovatieve ontwikkelingen in de Rembrandthof" (2014).

Over dit model wil ik uitgebreider vertellen omdat ik persoonlijk vind dat dit model het meest praktisch en bruikbaar is in de situatie van mevrouw F. Het crisisontwikkelingsmodel biedt handvatten om escalatie van een crisissituatie te voorkomen. Bij de ontwikkeling van een crisis staat een toename van angst enerzijds en een afname van controle anderzijds. Bij ontstaan en toename van angst treden gedragsveranderingen op ten opzichte van het normale gedrag. Als zorgverleners de cliënt goed kennen, is men in staat deze gedragsveranderingen op te merken. Hierdoor kan de zorgverlener preventief werken, door in een vroeg stadium op die gedragsveranderingen te reageren om zo escalatie te voorkomen. Hieronder staan de fases van het model met verschillende houdingen en interventiemogelijkheden ("Crisis ontwikkelings model", z.d.)

Tabel 1. Crisis Ontwikkelings Model (COM)

Phase	Crisis stadium	Houding / interventie
1	Territoriaal evenwicht	Bekrachten Positieve aandacht geven complimenteren
2	Angst voor controleverlies Als de angst toeneemt, vermindert het realiteitsbesef Uitingsvorm: verandering van het 'normale' gedrag	Ondersteunen Laten zien dat je ziet dat Geen controle overnemen! Hulp aanbieden Aanwezig zijn
3	Verlies van controle Angst is overheersend wat zich uit in toenemende onrust, soms verbaal of fysiek agressief gedrag. Afwierend gedrag. Let op non-verbale signalen!	Directief zijn Controle nemen! Letterlijk ruimte geven Grenzen stellen: helder, concreet en uitvoerbaar Let op juiste houding, intonatie etc.
4	Acting out Agressief gedrag Uitingsvorm: schreeuwen, slaan, schoppen, spugen etc.	Toepassen verweer- en fixatietechnieken Deze moeten voldoen aan de normen: Veilig, Wettelijk toegestaan, Humaan Uitvoerbaar Indien mogelijk in teamverband werken, waarbij iemand de leiding neemt
5	Ontspanning Afname van angst en terugkeer naar de normale situatie	Onderhoud contact Verandering houding van directief naar ondersteunen bij toename ontspanning

Noot: overgenomen uit "Crisis ontwikkelings model", z.d.).

Communicatie is het belangrijkste instrument in het omgaan met (geagiteerde) dementerenden. Daarom heb ik besloten om meer informatie over bruikbare gesprekstechnieken op te zoeken.

Tijdens het interview met geriatrieverpleegkundige Hannah is de term “validerende benadering” een aantal keren voorbij gekomen. Volgens haar zijn de belangrijkste zaken in de verdwaalde-ik fase:

- het benoemen van emoties
- het aanraken en vasthouden en het herhalen van woorden die de dementerende zelf gebruikt. In andere woorden, een validerende benadering
- Valideren is meegaan met de emoties en gevoelens van de ander (Hannah Hettinga, persoonlijke communicatie, 9 december 2018)

Alle interviewvragen zijn te vinden in bijlage 3.

Validation is gebaseerd op een empathische houding en een holistische visie op het individu. Wanneer iemand “in andermans schoenen kan staan” en “door hun ogen kan kijken”, kan diegene in de wereld van gedesoriënteerde mensen stappen en de betekenis van hun soms bizarre gedrag begrijpen (“Validation”, z.d.).

Het is belangrijk uit te gaan van de belevingswereld van dementerende mensen met als doel hen te helpen gelukkig te zijn met het leven dat zij leiden. Waar het om gaat is dat de zorgverlener bevestigend (accepterend) is naar de dementerende bewoner. Dus niet ontkennen of er omheen praten, maar echt luisteren en bevestigen wat de bewoner aangeeft. Het is een empathische houding naar de oudere toe waaruit blijkt dat je zijn of haar gevoelens herkent en bevestigt (Feil, 2004).

Andere soortgelijke gesprekstechnieken die mogelijk ook toegepast kunnen worden bij mevrouw F. zijn presentiebenadering en verbindend communiceren. Ten slotte draagt doelgerichte en respectvolle communicatie bij aan passende en veilige zorg. Dit gebeurt door voortdurende afstemming op de situatie en door interactie tussen jou en de patiënt bewust vorm te geven (ELiz-Proco les 6 “Gesprekstechnieken”, 14 december 2018).

3. Handelen bij agressie

Maar wat als voorkomen van agressie toch niet lukt? Ik heb naar interventies gezocht die toepasbaar zijn in acute situaties. Volgens onze ProCo-docent: “Communicatie is een essentiële punt in het omgaan met agressie. 8% van de informatie dat binnenkomt bepaald worden, 37% bepaald de toon en 55% wordt bepaald door lichaamstaal” (ELiz-Proco les 7 “Fysieke technieken/conflicthantering”, 11 januari 2019).

Dit komt grotendeels overeen met wat ik van mijn collega geriatrieverpleegkundige heb vernomen tijdens het interview. Voor het omgaan met agressief dementerende zegt zij: “Oogcontact houden, rustig blijven praten, proberen ontspannen houding aan te nemen. Belangrijk is niet wat je zegt maar

hoe je dingen zegt. Kalm blijven en oprecht aandacht geven. Wat helpt is mensen goed kennen, wat ze fijn vinden, en wat juist niet. Als eerste moet je proberen af te leiden, en als dat niet werkt, zorgen dat zij/hij niet nog meer geïrriteerd wordt door omgeving en zo nodig communicatie aanpassen. Eventueel de patiënt alleen laten om tot rust komen. Als dat niet mogelijk is, of niet helpt, afstand houden, zorgen voor je eigen veiligheid en dat van andere patiënten” (Hannah Hettinga, persoonlijke communicatie, 9 december 2018).

Een andere benaderingswijze die mogelijk toegepast kan worden is *begrenzen*. “Begrenzen” betekent begrip tonen voor de angst of boosheid die geuit wordt, maar tegelijkertijd grenzen aangeven of betekenis geven aan de emotie. Begrenzen is nodig in acute situaties, bijvoorbeeld bij plotselinge ernstige agressie of angst (“Verdwaalde-ik”, z.d.). In de 7de les van ProCo hebben wij ook een aantal fysieke verdedigingstechnieken geleerd voor situaties waar dat nodig is. Een andere techniek die meer geschikt zou zijn in de casus van mevrouw F. is holding, het vasthouden van de persoon totdat de emoties gezakt zijn. Deze techniek is vooral toepasbaar bij mensen met Impulse Control Stoornis (ELiz Proco-les 7 “Fysieke technieken/conflicthantering”, 11 januari 2019).

Heroverweging

Ik heb informatie uit veel verschillende bronnen gebruikt en veel omvattende deelvragen gesteld, waardoor kort en bondig antwoord op de hoofdvraag geven moeilijk is. Maar terugkijkend op de situatie kan ik nu met zekerheid zeggen dat als deze situatie zich in de toekomst weer voor zou doen, ik heel anders zou reageren.

Ten eerste zou ik niet meer passief wachten totdat mevrouw geagiteerd de straat opliep zodat ik haar rollator moest pakken, maar zou ik al veel eerder ingrijpen. Ik zou één van de signaleringsmethoden gebruiken, bijvoorbeeld het crisisontwikkelingsmodel, en al in fase 2 interventies toepassen door gesprekstechnieken te gebruiken, zoals validerende benadering. Ten tweede zou ik empatisch reageren door mij voor te stellen hoe zij de wereld ziet. Ik zou met haar naar haar “huis” lopen en ondertussen hierover een praatje maken. Als het toch op het punt was gekomen dat mevrouw agressief werd, zou ik proberen rustig te blijven, oogcontact te houden, en mijn stem niet te verheffen. Ik zou duidelijke grenzen aangeven maar ruimte laten voor het ontladen van de emoties van mevrouw F.

Afronding

Wat ik vooral geleerd heb is dat de periode voordat agressie optreedt het belangrijkste is. Dan heeft de toegepaste benaderingswijze de grootste kans om effect te hebben. Als iemand al agressief is geworden is het al te laat. Er is altijd een aanloop en het is belangrijk om hier bewust van te zijn, vooral in het omgaan met dementerenden. Deze kennis neem ik zeker mee voor in de toekomst.

Mijn verzamelde kennis in dit onderzoek is bruikbaar in elke situatie met betrekking tot dementerenden waarbij sprake is van (dreigende) agressie. Een groot deel van de modellen voor het signaleren van agressie zijn breed toepasbaar, dus niet alleen bij dementerenden.

Reflectie op leren

In het afgelopen halfjaar heb ik tijdens het maken van mijn schoolopdrachten nauw samengewerkt met mijn Critical Friends. Mijn concept-product tot de Now What-fase had ik in de samenwerkingsruimte geupload. Hun feedback en adviezen hebben mij geholpen om kritisch naar mijn verhaal te kijken. Ook heb ik hun hulp en advies gezocht voor het maken van mijn codeboom.

ELiZ-ProCo lessen waren ook heel leerzaam, vooral omdat de inhoud ervan goed paste bij mijn onderzoeksonderwerp, waardoor ik de lessen ook heel interessant vond.

Oefenen met simulatiepatiënten gaf mij de mogelijkheid om de op school geleerde gesprekstechnieken uit te proberen in een echte situatie (comp. 4). Ik vond de feedback (bijlage 4) van de simulatiepatiënt en mijn medestudenten een goed leermoment. Het gaf mij de mogelijkheid om kritisch naar mijn manier van communiceren en samenwerken te kijken (comp. 9). Uit deze gesprekken met de simulatiepatiënt heb ik geleerd dat goede afstemming vooraf en contact houden met je collega's tijdens het gesprek heel belangrijk is. Zo maak je zeker dat je op één lijn zit met je collega (comp. 4, 6).

In bijlage 5 is de feedback over mijn presentatie (pitch) van les 2.8 te vinden. Aan de hand van deze feedback heb ik mijn hoofdvraag aangepast en tips heb gekregen voor het literatuuronderzoek.

Leerwensen en aanpak

Tijdens mijn stage heb ik aan mijn persoonlijk leerdoel gewerkt m.b.t. assertieve, duidelijke, en effectieve communicatie met collega's. In de volgende leerperiode wil ik hier graag verder aan werken omdat ik hier nog ruimte voor verbetering zie. Wat mij ook veel zou helpen is om tijdens de ProCo-les geleerde gesprekstechnieken, modellen, en methodieken beter leren toe te passen in de praktijk. Dat wordt ook mijn leervraag voor de komende periode. Ik ga hieraan werken door alle theorie over gesprekstechnieken nog een keer door te nemen en ze te verwerken in mijn nieuwe competentieleerdoelen van de komende stage.

Literatuurlijst

Als team omgaan met agressie volgens het crisisontwikkelingsmodel. (z.d.). Geraadpleegd op 5 januari 2019, van <https://www.scribbr.nl/apa-stijl/internetbron-zonder-auteur-datum-titel/>

Buchanan, J. A., Christenson, A. M., Ostrom, C., & Hofman, N. (2007). Non-Pharmacological Interventions for Aggression in Persons with Dementia: A Review of the Literature. *The Behavior Analyst Today*, 8(4), 413-425.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Managing agitation in elderly patients with dementia. *Geriatric Times*, 1(3).

Colvin, G., Sugai, G. (1989). *Stages of behavior escalation*. Ontleend aan <https://k12engagement.unl.edu/Stages%20of%20Behavior%20Escalation.pdf>

Crisis Ontwikkelings Model (COM). (z.d.). Geraadpleegd op 3 januari 2019, van <https://btsg.nl/crisis-ontwikkeling-model-com/>

Dewing, J. (2010). Responding to agitation in people with dementia. *Nursing older people*, 22(6), 18-25.

Feil, N. (2004). *Validation, respectvol omgaan met dementerende ouderen*. Dwingeloo: Kavanah

Hardeman, F., Vliet, M., van, Leeuw, J., van der, Gerretsen, A. (2014). *Ruim 80 alternatieven voor vrijheidsbeperking in de zorg*. Vilans. Ontleend aan https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Alternatievenbundel_vrijheidsbeperking_2014.pdf

Innovatieve ontwikkelingen in de Rembrandthof. (2014). Ontleend aan <https://docplayer.nl/5676057-Innovatieve-ontwikkelingen-in-de-rembrandthof.html>

Ogden, P., Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173. doi: <https://doi.org/10.1177/153476560000600302>

Online training-agressief gedrag. (z.d.). Geraadpleegd op 28 december 2018, van <https://dementie.nl/hulp-en-advies/online-training/agressie>

Richtlijn probleemgedrag. (2008). Ontleend aan <https://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/wp-content/uploads/2011/04/NVVA-richtlijn-probleemgedrag.pdf>

Validation. (z.d.). Geraadpleegd op 29 december 2018, van <https://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/validation/>

Verdwaalde-ik. (z.d.). Geraadpleegd op 3 januari 2019, van <https://www.werkenindeouderengeneeskunde.nl/specials/belevingsgerichte-zorg-bij-dementie/verdwaalde-ik/>

Verkade, P. J., Meijel, B. van, Brink, C., Schmitz, P., Peijnenburg, R. (2007). Geagiteerd gedrag van dementerende ouderen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 3, 38-41.

Woods, P., & Almvik, R. (2002). The Brøset Violence Checklist (BVC). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (issue s412), 103-105. doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.22.x>

Wray, A. (2016). Mechanisms of conflict and aggression in the dementia context. *Journal of Language Aggression and Conflict*, 4(1), 114–140. doi: 10.1075/jlac.4.1.05wra

Bijlage 1

Codeboom

Textfragment	Open coderen	Axiaal coderen	Thema's
Zij kwam vrolijk en rustig over	Rustig, vrolijk	Emoties van de mevrouw	Dementie
Ik ga naar huis	Intentie van de mevrouw	Dementie (dwaalgedrag)	Veiligheid
Ik kreeg een unheimisch gevoel en dacht...	Unheimisch gevoel	Mijn emotie	Mijn onzekerheid
Ik probeerde haar rustig over te halen om het park in te gaan dus ik zei...	Mijn intentie en handelen/communicatie	Interventie	Agressie
Zij was al vastberaden om de straat te volgen	Intentie van de mevrouw	Dementie (dwaalgedrag)	Benaderingswijze
Zij liep zonder te kijken de straat op	Gevaarlijke actie van de ander	Veiligheid van de mevrouw	
Met bonkend hart haastte ik mij achter haar aan	Mijn fysieke reactie	Mijn emotie	
Maar niets wat ik zei leek bij mevrouw binnen te komen	De invloed van mijn handelen	Interventies	
Als ik niet wil kan ik hier blijven, maar zij gaat naar huis	Vastberadenheid van de mevrouw	Dementie	
Mijn gedachten begonnen razendsnel	Niet weten hoe te handelen	Mijn onzekerheid	

door mijn hoofd te gaan, zoekend naar een oplossing			
Ik voelde een lichte paniek in mij opkomen	Mijn paniek	Mijn emotie	
Met mevrouw meegaan, haar veilig proberen te houden	Mijn handelen	Veiligheid van de mevrouw Interventies	
Ik bleef denken	Zoeken naar oplossing	Mijn onzekerheid	
Wilde, weer zonder enige aarzeling, de straat op stappen	Gevaarlijke acties van de mevrouw	Veiligheid van de mevrouw	
Volop in paniek	Mijn paniek	Mijn emotie	
Pakte ik haar rollator vast	Mijn acties	Interventie	
Mevrouw, kijk, hier rijden heel veel auto's!	Communicatie, overtuigen	Communicatie Interventie	
Leek mevrouw zelf al best geïrriteerd te zijn.	Negatieve reactie van de mevrouw	Dementie	
Zij was bijna niet tegen te houden	Gedrag van de mevrouw (onhandelbaar en gevaarlijk)	Dementie Veiligheid	
Zij begon te schreeuwen	Communicatie en boze emoties van mevrouw	Verbale agressie van mevrouw	
Ik voelde de adrenaline	Mijn fysieke reactie	Mijn emotie	
Ik schaamde mij	Mijn gevoelens	Mijn emotie	

Prioriteit was om mevrouw veilig te houden	Mijn taak	Veiligheid van mevrouw	
Onbewust hief ik mijn stem	Mijn emotionele reactie, communicatie	Mijn emotie	
Ik dacht, als vragen en suggereren niet helpt, misschien helpt het als ik streng tegen haar praat	Mijn gedachten, zoeken naar oplossing	Mijn onzekerheid	
Mijn gezicht te schreeuwen en mij uit te schelden	Verbale agressie van mevrouw, boze emoties	Agressie van mevrouw Dementie	
Ze sloeg met haar hand een aantal keren op mijn arm	Fysieke agressie van mevrouw	Agressie van mevrouw Dementie	
Ik zei, nog steeds streng	Mijn communicatie	Communicatie Intervenite	
Schreeuwde zij terug	Agressieve reactie, boze emotie, communicatie van mevrouw	Agressie van mevrouw	
Voelde mij hulpeloos, opgelaten en vernederd	Mijn gevoelens	Mijn emoties	
"Wat moet ik doen?"	Niet weten hoe te handelen	Mijn onzekerheid	
Ik begeleidde haar naar het zebepad	Mijn acties	Interventies	
Probeerde ik haar weer over te halen	Mijn handelen	Interventies	
Ik kon haar richting het verpleeghuis begeleiden	Mijn acties	Interventies	

Ik voelde langzaam de opluchting in mij opkomen	Mijn gevoelens	Mijn emoties	
Ik bang was dat het verkeerd binnen zou komen	Mijn onzekerheid	Mijn onzekerheid	
Liep mevrouw het gras op richting de straat en probeerde de bus te stoppen	De gevaarlijke acties van mevrouw	Veiligheid van mevrouw	
Ik pakte weer haar rollator vast	Mijn acties/handelen	Interventies	
Begon weer hard aan de rollator te trekken en probeerde er vandoor te gaan	Agressief gedrag van mevrouw	Agressie van mevrouw	
Probeerde snel iets te verzinnen	Zoeken naar oplossing	Mijn onzekerheid	
In de tussentijd belde ik mijn collega's	Mijn acties/handelen	Interventies	
Was ik bang	Mijn emoties	Mijn emoties	
Ik voelde weer een golf van paniek	Mijn gevoelens	Mijn emoties	
Ze stond al klaar om in te stappen	Gedrag van mevrouw	Dementie	
Ik zwaaide met mijn ene hand, terwijl ik met de andere hand de rollator vasthield	Mijn acties/handelen	Interventie	
Hard aan de rollator aan het trekken	De acties van mevrouw	Agressie	
Probeerde de bus in te stappen	De acties van mevrouw	Veiligheid van mevrouw	

Huilende en boze mevrouw	Emoties van mevrouw	Dementie	
Voelde een enorme opluchting	Mijn emoties	Mijn emoties	
Vertelde ik wat er gebeurd was en heb ik het uitgebreid gerapporteerd	Mijn acties/handelen	Interventies	

Bijlage 2

Invulformulier zoekstrategie deskresearch

Hoofdvraag:

Welke EBP benaderingswijze is het meest effectief bij agressie van dementerende oudere?

Deelvragen:

- Welke kennis over agressie, dementie en het verband ertussen is van belang?
- Welke communicatie kan ik inzetten om escalatie van agressie bij dementerende te voorkomen? Welke vroegsignaleringsinstrumenten zijn er hiervoor?
- Welke interventies kan ik inzetten indien er fysieke of verbale agressie optreedt?

Stap1: Wat zoek ik?

Zoekwoorden	Taal 1 (Nederlands)	Taal 2 (Engels)
Deelonderwerp 1	dementie	dementia
Deelonderwerp 2	communicatie benaderingswijze interventie* methodiek manier (niet-farmaceutische) interventie* actie	approach method* (non-pharmacologic*) intervention* action
Deelonderwerp 3	agressie/agitatie geweld	aggression/agitation violence
Deelonderwerp 4	voorkomen signaleren vroegsignaleren preventie	prevent* avoid signal

Stap 2: Waar zoek ik?

Deelonderwerpen / thema's	databank / informatiebron
Dementie Benaderingswijze Agressie	Ebscohost
	Pubmed
	Invert

Stap 3: Hoe zoek ik?

Databank / informatiebron 1: Ebscohost		Geselecteerde artikelen
Zoekvragen	Resultaat	
interventions AND aggression AND dementia	18 hits	Brasure et al., 2016; Buchanan, Christenson, Ostrom, & Hofman, 2007; Wray, 2016
Sneeuwbal		Dewing, 2010
(aggression OR agitation) AND dementia AND (intervention* OR approach)	2152 hits	
aggression and violent behavior AND dementia	40 hits	Enmarker, Olsen, & Hellzen, 2011

Databank / informatiebron 2: Pubmed		Geselecteerde artikelen
Zoekvragen	Resultaat	
aggression AND management AND dementi*	291 hits	
aggression AND management AND dementi* AND emergency	17 hits	Vickland, 2012. Part 1 en 2
Sneeuwbal		Gormley, Lyons, & Howard, 2001; Dewing, 2010
((dementia) AND aggression) AND crisis intervention	5 hits	Ledgerd et al., 2015

Databank / informatiebron 3: Invert		Geselecteerde artikelen
Zoekvragen	Resultaat	
onbegrepen AND gedrag	3 hits	De Mooij & van der Ploeg, 2016
Sneeuwbal		Verkade et al., 2007

Bijlage 3

Interview

Interviewvragen voor geriatrieverpleegkundige van het IJsselland ziekenhuis:

1. Welke kennis over dementie is belangrijk in het omgaan met agressie bij dementerenden?
2. Wat zijn de redenen van agressie bij dementerenden?
3. Waar is de grens tussen mijn eigen veiligheid en die van de patiënt?
4. Is agressief gedrag altijd van te voren te voorspellen?
5. Hoe zou ik het kunnen voorkomen?
6. Welke rol speelt dementie in de benaderingswijze van agressie?
7. Is de benaderingswijze situatie of cliënt gebonden?
8. Welke benaderingswijze was het meest geschikt bij de casus van mevrouw F?

Bijlage 4

Feedbackformulieren van het gesprek met de simulatiepatiënt (palliatieve casus)

Feedbackformulier van het gesprek met de simulatiepatiënt (onbegrepen gedrag)

Bijlage 5

Feedbackformulieren van pitch presentatie