

**Opzet casusbespreking onbegrepen gedrag**

Gedrag is complex. Er spelen persoonlijke, lichamelijke en omgevingsfactoren een rol. Door deze factoren goed in beeld te krijgen, wordt zichtbaar waarmee je gedrag kan beïnvloeden. We proberen er zo **grip** op te krijgen.  
We streven er naar goede zorg te leveren. Dat is ook wat er in een moreel beraad wordt onderzocht; wat kunnen we het beste in deze situatie doen voor de cliënt?   
Door **methodisch** te kijken zie je geen factoren over het hoofd en kom je tot een concrete benadering.   
Aan het eind van de bespreking is er een benaderingsadvies of crisis signaleringsplan dat haalbaar is en waar we ons in kunnen vinden. We bieden dan persoonsgerichte zorg!

**Stappenplan**In het groen vind je het stappenplan onbegrepen gedrag van de ZHGA. In het rood vind je de stappen uit een moreel beraad. Vandaag bespreken we de situatie van een cliënt en doorlopen we stap 1 tot en met 6.

|  |
| --- |
| 1 Wat is er aan de hand, (1)vertel eens! Is er een lastige keuze te maken? ↓ |
| 2 Lichamelijke( 1: uitsluiten lichamelijke oorzaken), persoonlijke (Wie ben ik?) /psychische omgeving oorzaken/Wat speelt er? -(2: Onbegrepen gedrag in kaart brengen) ↓ |
| 3 (2)Wie zijn erbij betrokken? Wat vinden ze ervan? (3)Wat staat er voor hen op het spel? ↓ |
| 4 (3:Observeren en proberen te 4: begrijpen van het gedrag) (Wat we zien/wat denken we te zien) ↓ |
| 5 (5:Doel bepalen; wat is goede zorg in deze situatie? (5)Morele vraag; mogen wij, moeten wij, is het goede zorg om, is het verantwoord om? ↓ |
| 6 Interventie/ behandeling, (6) de afweging wat doen we wel of juist niet. (6 bedenken wat we gaan doen) > Voor (on)begrepen gedrag maken we een benaderingsadvies > Bij probleemgedrag maken we een crisis signaleringsplan ↓ |
| 7 Uitvoeren van de benadering, (7) de implementatie van de beslissing. (7: uitvoeren) ↓ |
| 8 Evaluatie van de bespreking met elkaar. (8: evalueren en 9: trek conclusies) |

**Stap 1 Wat is er aan de hand? Vertel eens! Is er een lastige keuze te maken?**

-Algemene gegevens Naam:   
Geboortedatum:  
Kamer nr.:

Beschrijving: Geef een concrete beschrijving van het onbegrepen gedrag.

Duur en frequentie: -Sinds wanneer bestaat het gedrag?

-Hoe lang duurt het?

-Hoe vaak komt het voor? Op welke tijdstippen komt het voor?

Plaats en omstandigheden: -Waar vindt het gedrag plaats?

-Onder welke omstandigheden treedt het gedrag op?

Determinanten: -Zijn er provocerende of escalerende factoren aan te wijzen bij de cliënt en/of in de omgeving?

-Zijn er factoren aan te wijzen waardoor het gedrag afnam of zelfs verdween?

Gevolgen: -Voor wie is het gedrag een probleem: de cliënt, medecliënt, medewerkers en/of familie? Welk aspect van het gedrag is dan een probleem?

-Welke gevoelens worden losgemaakt?

-Wat zegt de cliënt zelf over het gedrag?

-Wat is positief/aardig aan deze cliënt?

Verklaring: -Wil de cliënt iets duidelijk maken met het gedrag?

-Is er een verklaring voor het gedrag?

**Voor welke lastige keuze staan we?**-Wat mogen wij?  
- Wat moeten wij?  
-Is het goede zorg om….?  
-Is het verantwoord om…..?

**Stap 2 Lichamelijke, Persoonlijke / psychische en Omgevings oorzaken. Wat speelt er?**

Onbegrepen gedrag in kaart brengen.

**Loop onderstaande lijstjes langs:**

**1 Lichamelijke oorzaken: Wat speelt er mogelijk in deze situatie?**  
**-Ziektebeelden**. Wat zijn bij de cliënt bekende diagnoses; ( ziekte van Alzheimer, Frontaal kwab dementia, vasculaire dementia, ziekte van Parkinson?

-**Medicatie****die het gedrag van de cliënt kan veroorzaken of beïnvloeden:**

antihypertensiva, middelen die de dopamine-acetylcholine balans verstoren, pijnstillers, antibiotica, antidiabetica, hartglycosiden, corticosteroïden, H2-antihistaminica, benzodiazepinen;

Welke gevolgen kan deze medicatie hebben voor het gedrag van de cliënt?

-**Veranderingen in de lichamelijke toestand** van de cliënt die wijzen op infectieziekten, cardiovasculaire aandoeningen, cerebrovasculaire aandoeningen, endocriene aandoeningen, metabole stoornissen, trauma capitis, epilepsie, …………  
Welke invloed hebben deze factoren mogelijk op gedrag?

-**Middelengebruik**; overmatig koffieen alcohol gebruik, nicotine en drugsgebruik en de onthouding daarvan; wat kan daar het gevolg van zijn?

-**Het bewustzijnsniveau is:** (helder, slaperig, coma)

-**De cognitieve functies;** (werkgeheugen, lange termijn geheugen, uitvoerende functies) Wat onthoudt de cliënt nog wel?

**-De zintuigfuncties zijn in orde?** (gehoor, geur en visus)

**-De a.d.l.-functies en de mobiliteit** (Wat kan men zelf, wat wordt overgenomen) Hoeveel hulp is nodig? Kan de cliënt mogelijk meer?

**-Eet- en drinkgedrag; is de cliënt ondervoed?** (Intake, eiwitten, snacks, suiker)

**-Mictie (plassen) en defecatie ; afwijkingen aan de stoelgang? Is er een urineweg infectie? Welke gevolgen kan dat voor gedrag geven?**

**-Pijn speelt een rol in het gedrag. Weten we zeker hoe het zit?** (Aangeven van pijn op schaal van 0 tot en met 10, duur)

**- Is het slaappatroon** **normaal?** **Heeft dit invloed op het gedrag?** (Start, inslapen, vier uur door slapen, vroeg wakker, uitslapen, laat naar bed)  
**- Zijn er andere ongemakken? (**zoals benauwdheid, gevoelig voor aanraking, fel licht enzovoorts…)

**2 Psychische oorzaken: wat speelt er mogelijk in deze situatie?**

Welke diagnoses zijn bekend bij de client?

Zijn er aanwijzingen voor een psychische stoornis in de levensgeschiedenis van de cliënt?

Zijn er aanwijzingen voor een psychische stoornis in het huidige functioneren van de cliënt?

Aanwezig zijn van een? :

-delier; ja, omdat (kenmerken?)

-stemmingsstoornis; ja, omdat (kenmerken?)

-psychotische stoornis; ja, omdat

-angststoornis; ja, omdat

-dementiesyndroom; ja, en wel de…. (ziekte-inzicht?)( kenmerken?)

-slaapstoornis (dag-nacht ritme); ja, omdat

-persoonlijkheidsstoornis; Ja, omdat

**Persoonlijke factoren: wat is de coping strategie van deze cliënt? ( Wijze van omgaan met gebeurtenissen) Omcirkel wat van toepassing is.**

ontkennen (verdringen; van vooral onaangename gevoelens en isoleren; verstandelijk als omstander erover praten), een façade ophouden, confabuleren, achterdocht (projectie ), opstandigheid en verzet, verdriet, schuldgevoelens, zelfverwijten (op je zelf richten van boosheid ), wanhoop, apathie, regrediëren (kinderlijk gedrag), depressie, dwangmatigheid (regie houden), angst (soms hysterisch gedrag zoals schokken) en gespannenheid. Men ervaart dat de ouders weer leven (ouderfixatie), men verzamelt (geruststelling), dwalen (op zoek naar geborgenheid), men zoekt lichamelijk contact, men ervaart onbekenden als bekenden, is niet graag alleen en vertoeft in het verleden. (denkt dat de kinderen thuis komen) Gevoelens van onbehagen, pop of knuffels koesteren, geruststellende geluiden maken, reageren op een op een contact  
-**de levensstijl** van de cliënt: wordt voldoende met de levensstijl rekening gehouden evenals met het feit dat de cliënt veel heeft moeten inleveren;

-**de reacties** van de cliënt op zijn lichamelijke en/of psychische afhankelijkheid zijn:

**Wie ben ik?**Wat zouden we moeten weten om de cliënt het gevoel te geven dat we haar/hem kennen? Wat weten we van haar of hem? Missen we informatie? Was iemand altijd in de weer? Gelovig? Wat was normaal in het gezin of in het beroep? Wat voor een -typ- was iemand; bescheiden, angstig, bazig, op zich zelf, ijdel enz.

**-Wie ben ik- voorbeeld:**Ik ben jarig op…. en geboren in 19... Ik ben weduwnaar en heb het weleens over Grietje, mijn overleden moeder, ik praat daar niet graag over. (Burgerlijke staat)  
Ik heb twee zoons, Johan en Gerrit. Met Gerrit is er geen contact. Ik praat daar niet graag over. (Eigen gezin)  
Ik ben gek op dieren; de witte boxer Kim was mijn lievelingsdier. (huisdieren)  
Ik ben Rooms katholiek opgevoed en ik bid nog graag voor het eten. Wil wel naar de kerkdienst. (geloof)  
Mijn leven lang ben ik buschauffeur geweest en praat graag over auto’s.(beroep)  
Heb als hobby een stadstuin gehad. Kweekte gladiolen. (hobby)  
Ik kan er niet tegen om fouten te maken en ik ontken ze. Wil eigenlijk niet met de zelfzorg geholpen worden. (coping)  
Ik zie niet goed met mijn linkeroog en hoor niet goed (zintuigen). Ga rechts voor me staan.  
Ik heb mijn leven lang een hekel aan -gedoucht worden- gehad. Ik wil zelf de douchekop vast houden. (wassen)  
Ik sta moeilijk. Als je me bij twee handen pakt gaat dit het makkelijkste.(mobiliteit)  
Ik heb ook diabetes waardoor ik slaperig kan zijn. (ziekten)  
Ik neem medicijnen in de maaltijden en heb daar toezicht bij nodig .( medicatie)  
Kan somber zijn waardoor ik niet altijd op wil staan. (stemming)  
Ik kijk graag TV en vooral naar voetbal. Hou echt niet van bingo en drukte (ontspanning)

**Omgeving**Welke factoren uit de fysieke omgeving spelen mogelijk een rol in het gedrag?  
-Geluiden (van andere cliënten, vliegtuigen, verkeer, verwarming), is er privacy ( kan men zich terug trekken), licht (is er voldoende daglicht?). Hoe wordt de ruimte ervaren? Zijn kleuren nog van invloed? Zijn er hulpmiddelen beschikbaar ( tilliften, kookgelegenheid, rolstoelen).  
-Sociale omgeving; speelt die een rol? Is er contact met mede cliënten? Hoe wordt er op collega’s gereageerd? Wat is de rol van vrienden, familie en anderen?  
Is er dagbesteding? Wat houdt dat in?

**Vat samen wat er (mogelijk) speelt op het gebied van persoonlijke factoren en in de omgeving.**  
 **Stap 3 Wie zijn er bij betrokken? Wat vinden ze ervan? Wat staat er voor ze op het spel?**

**Wie hebben allemaal met het onbegrepen gedrag te maken:**Cliënt, medecliënten, familie, familie andere cliënten, zorgteam medewerkers, facilitaire dienst, arts, behandelaars, management, klantcentrum, politie, inspectie enzovoorts.  
Wat vinden zij ervan?  
  
**Wat staat er voor de betrokkenen op het spel?**Kunnen we ons inleven in de positie die de ander inneemt. Welke waarde is voor hen vooral van belang; veiligheid, vrijheid, autonomie, rust, comfort, aandacht, samen zijn, kunnen roken, enzovoorts.

Wat is van waarde voor de cliënt?

**Stap 4 Observeren, wat zien we/ wat denken we te zien? Begrijpen van gedrag.**Het observeren is een belangrijke vaardigheid van de professional, je kijkt naar de cliënt in haar/zijn omgeving. Geef aan wat in deze situatie een rol speelt. Zo proberen we het gedrag te begrijpen.  
  
**Waarnemen in het algemeen**. **Wat speelt een rol in deze situatie?**-Hoe collega’s op de patiënt reageren en de patiënt op de medewerkers reageert;  
-Hoe de tolerantie van de medewerkers ten aanzien van het gedrag van de patiënt is;  
-Of er voldoende aandacht is voor de autonomie van de patiënt en of de patiënt met respect bejegend wordt:  
-Of de patiënt een zinvolle dagbesteding heeft dan wel of er sprake is van verveling;  
-Hoe de medebewoners op de patiënt reageren en de patiënt op de medebewoners;  
-Hoe de familie op de patiënt reageert en de patiënt op de familieleden;  
-De familieomstandigheden en relaties van de patiënt;  
-De mate waarin de omgeving herkenbaar en veilig is voor de patiënt;  
-Of de patiënt gelegenheid heeft om zich terug te trekken;  
-Of er teveel of te weinig prikkels zijn;  
-Of de patiënt voldoende bewegingsvrijheid heeft;  
-Of er tijdens de a.d.l. voldoende aandacht is voor de privacy van de patiënt;   
-Of er huisregels zijn die van invloed kunnen zijn op het gedrag van de patiënt;  
-Of het dagritme in het verpleeghuis aansluit bij de behoefte van de patiënt;-Of er voldoende ruimte is om eigen gewoonten voort te zetten.

**Conclusie; wat speelt er vooral mee?**  
**Waarnemen en interpreteren**. (Jumping to conclusions?)  
**Goed waarnemen**: Waarnemen > Interpretatie > Gedragskeuze  
**Fouten bij waarnemen. Wat kan er snel gebeuren in deze situatie?**  
-Onvolledige info ( Mw. Jansen zit weer te zeuren; ze heeft nu een graatje in de keel)  
-Te snel begrijpen en reageren (Oh, zij zal weer de koffie hebben omgegooid, ik zal haar vertellen dat..)  
-Generaliseren (Dat is altijd zo bij haar)   
-Vooroordelen (Dat doen die kaklui in Amstelveen Zuid altijd)  
-Halo-effect (Hij schreeuwt dus zal hij wel een asociaal zijn)  
-Identificatie (Lijkt op iemand wat je erg aanspreekt: lieve vrouw met humor)  
-Projectie (Je bent zelf geprikkeld en vindt dat de bezoeker dit is)  
-Persoonlijke norm (Iedereen moet zijn bord leeg eten, je moet wachten tot je aan de beurt bent.

**Non-verbaal gedrag, wat zegt dat? Hoe is dat in deze situatie?**  
- Klopt de lichaamshouding met het verbale boodschap? Ik ben blij dat je gekookt hebt ( je meent toch te zien dat het niet gesmaakt heeft)  
-Nabijheid: 0-0.5m= intieme zone, 0.5-1.5m= persoonlijke zone, 1.5-3m= sociale zone, 3 m en meer is de publieke zone)  
-Lichaamshouding; wat zegt dat dan?

**Luisterfouten; wat kan er snel optreden in deze situatie?**

- Ongeïnteresseerd luisteren.

- Niet laten uitspreken.

- Je eigen verhaal doen.

- Met je gedachten ergens anders zijn.

- Te snel een conclusie trekken of adviseren.

- Waarderend luisteren ( nou dat had ik nooit gedaan ).  
- Niet samenvatten

**Vragen stellen; welk type vraag kan je het beste stellen?**

-Open of gesloten ( Antwoord er al in )

-E-in vraag; vraag over wat net gezegd is, je sluit je aan bij hetgeen de bezoeker net vertelt heeft.

-E-ex vraag; vraag over nieuw onderwerp, je boort iets nieuws aan.

-Concretiseren ( wat bedoelt u nu precies )

**Omgaan met gevoelens; wat kan in deze situatie voorkomen?**

Veel gemaakte fouten

-Niet terechte geruststelling (Je hebt geen zin in dat verhaal en zegt kop op, komt goed , of; je bent zelf al 83 , leeft je moeder dan nog wel? (beleving negeren)

- Gelijk mee klagen ( Ja, dat is ook zo, vreselijk die koffie hier (versterkt gevoelens vaak)

- Al zeggen wat iemand voelt (U bent zeker nerveus, u houdt niet van spruitjes )

**Vat samen wat goed werkt voor deze cliënt.**

**Stap 5 Doel bepalen, wat is goede zorg in deze situatie?**

**Kernvragen zijn:**-Wat mogen wij?  
-Moeten wij?  
-Is het goede zorg om?  
-Is het verantwoord om?  
Er zijn verschillende keuzes te maken in deze situatie; wat is de minst slechte keuze, of meest haalbare keuze voor de cliënt. (Moreel dilemma)  
  
**Doelomschrijving**Wat is haalbaar? Welk subdoel willen we helder krijgen/ afspraken over maken?  
**Vat samen over welk gedragsaspect afspraken gemaakt moeten worden.**

**Stap 6 Interventie/behandeling**

**Maak met elkaar een keuze:**1 Maken van een **algemeen benaderingsadvies** omdat we het onbegrepen gedrag begrijpen!  
Gebruik hiervoor Wie ben ik; werk deze uit. Maak duidelijke afspraken met elkaar.  
2 Maken we een **crisissignaleringsplan** omdat onbegrepen gedrag probleem gedrag is waarvoor duidelijke afspraken gemaakt moeten worden.

**Stap 7 Uitvoeren van de beslissing/aanpak**

Welke keuze wat betreft aanpak is er gemaakt?  
Hoe lang gaan we dit volgen?  
Wanneer evalueren we?

**Stap 8 Evaluatie casus**

>Wat zijn de belemmeringen?

>Wat zijn verbeteringen?

>Wat hebben we nog nodig?

**Kijk terug op de omschrijving van de moeilijke keuze die in stap 1 werd vastgesteld;**-Wat vinden wij nu goede zorg in deze situatie?

**Omschrijf kort wat dat dan is.**

Succes!

**CRISIS SIGNALERINGSPLAN met omgangsadviezen Cliënt X**

|  |
| --- |
| **Fase groen** |

**Gevoel** **Signalen** **Acties**

Goed

|  |  |
| --- | --- |
| -Mw. is vriendelijk in het contact naar medewerkers en medebewoners.  -Mw. zit rustig op een stoel in de huiskamer of Mw. ligt op haar kamer op bed.  VOORBEELD TEKSTEN! | -Laat mw. haar gang gaan op de afdeling.  -Toon op rustige momenten interesse in mw. Vraag haar bijvoorbeeld hoe het met haar gaat en wat haar bezighoudt.  -Geef mw. regelmatig een compliment, zeg bijvoorbeeld: “wat ziet u er ontspannen uit”. Mw. leert momenteel Italiaans  -De EVV’er is het aanspreekpunt voor de cliënt en heeft regelmatig een gesprek met mw.  -Probeer mw. zoveel mogelijk een vaste dagstructuur te bieden, bijvoorbeeld elke dag rond hetzelfde tijdstip uit bed, vervolgens ontbijten in de huiskamer en daarna meedoen aan activiteiten. |

|  |
| --- |
| **Fase oranje** |

**Gevoel** **Signalen** **Acties**

Twijfel

|  |  |
| --- | --- |
| -Mw. wordt chagrijnig, niks is meer goed. Is selectief in door wie ze geholpen wil worden.  VOORBEELDTEKST | Benoem dat je ziet dat mw. Verdrietig/boos is. En of je mw. daarbij zou kunnen helpen  Vertel mw. dat je begrijpt dat ze liever door iemand anders geholpen wil worden, maar dat dit helaas niet anders kan.    Verzorg haar met zijn tweeën |

|  |
| --- |
| **Fase rood** |

**Gevoel** **Signalen** **Acties**

Onrustig 1) ACTING OUT

2) ONTSPANNING

|  |  |
| --- | --- |
| Acting out  -Mw. is verbaal agressief en wordt ruwer in het contact tijdens de verzorging (soms wegduwen) ook fysiek agressief  VOORBEELDTEKST | Acting out  - Zeg kort en zonder al teveel emotie, dat dat niet de manier is hoe we hier met elkaar om gaan. En dat je wil dat mw. hiermee stopt. Gaat mw. door zeg dan dat je terugkomt als mw. bedaard is.  Verzorg mw. met zijn tweeën en ondersteun elkaar. Geef een stagiaire een compliment, dat schept vertrouwen. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ontspanning  Zie fase groen. | Ontspanning  -Probeer mw. te kalmeren door haar rustig aan te spreken en haar wat drinken aan te bieden. |