



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Pyscholoog in de verpleeghuiszorg: een veelzijdig vak

Anne Margriet Pot en Truus Wilterdink\*

---

## samenvatting

Gezondheidszorg wordt in toenemende mate ouderenzorg en dus ook verpleeghuiszorg. Verpleeghuiszorg is tegenwoordig niet meer gebonden aan de instelling 'verpleeghuis', maar wordt in toenemende mate in het verzorgingshuis en ziekenhuis, of thuis geboden. In dit artikel schetsen we de huidige verpleeghuiszorg en de rol van de psycholoog daarin. We bespreken onderwerpen als meervoudige ziektebeelden, multidisciplinair werken en psychologische hulpverlening gedurende het gehele zorgproces. Hierna komen psychodiagnostiek, psychotherapeutische behandelingsmogelijkheden en preventie aan de orde. Ten slotte wordt de noodzaak voor onderwijs en onderzoek aangestipt, met betrekking tot ouderen in het algemeen en ouderen die verpleeghuiszorg behoeven in het bijzonder.

## Inleiding

---

De 82-jarige mevrouw De Zwart heeft een CVA in de linkerhemisfeer gehad. Na een kortdurende opname in het ziekenhuis komt zij ter revalidatie naar het verpleeghuis. Ze heeft een duidelijke krachtsvermindering in haar rechterarm en -been en een lichte dysartrie. Verder heeft ze al enige jaren een chronische nierinsufficiëntie waarvoor zij moet worden gedialyseerd.

In de eerste maand in het verpleeghuis valt mevrouw De Zwart op door haar enorme doorzettingsvermogen. Zij oefent trouw bij de fysio- en ergotherapie en wil zo veel mogelijk zelfstandig doen. Zij komt zelf naar de oefenruimten, op de tijd die is afgesproken. Desondanks neemt de kracht in haar arm en been maar langzaam toe en zal zij, tegen de aanvankelijke verwachting in, niet op korte termijn naar huis kunnen. Tijdens het Multi Disciplinair Overleg (MDO) na zes weken opname meldt de fysiotherapeut dat mevrouw achteruit lijkt te gaan. Zij vergeet vaak naar de oefenruimte te komen en klaagt over vermoeidheid. De ziekenverzorger meldt dat mevrouw De Zwart in de ochtend vaak in de war is en liever op bed wil blijven. Zij slaapt slecht, waarvoor ze inmiddels Temazepam (Normison) krijgt. Zij eet slecht waardoor ze al 4,5 kg is afgevallen.

De ziekenverzorger meldt bovendien dat mevrouw eigenlijk nergens meer toe komt. Ze voelt zich voortdurend moe en heeft nergens zin in. Mevrouw De Zwart wijt dit zelf aan de hersenbloeding die ze heeft gehad. Het staan en lopen lukt volgens haar gewoon niet, omdat ze te moe is. En nu lijkt ze ook nog dement te worden, omdat ze van alles vergeet. Van haar hoeft het zo allemaal niet meer. Een aantal aanwezigen bij het MDO geeft aan dat ze zich

---

\* DR. A.M. POT is als stafmedewerker en onderzoeker verbonden aan de afdeling Verpleeghuisgeneeskunde en het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek van het VU medisch centrum. Correspondentieadres: dr. A.M. Pot, VUmc Afdeling Verpleeghuisgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, kamer B-542, 1091 BT Amsterdam. Tel. 020-444 82 37, fax. 020-444 82 31. E-mail am.pot.gpnh@med.vu.nl. Zij is gezondheidszorgpsycholoog BIG en klinisch psycholoog NIP en heeft vele jaren werkervaring in de ouderenzorg. DRS. T. WILTERDINK is als psycholoog verbonden aan Zonnehuisgroep Amstelland. Zij is gezondheidszorgpsycholoog BIG en klinisch psycholoog NIP en heeft vele jaren werkervaring in de ouderenzorg.

*dit goed kunnen voorstellen, gezien haar hoge leeftijd en het feit dat zij tegen haar verwachting en wens in voorlopig niet terug naar huis zal kunnen. Welke rol kan de psycholoog bij dit probleem spelen (Pot & Falck, 2002)?*

Werd je tien jaar geleden nog meewarig aangestaard als je vertelde dat je als psycholoog in een verpleeghuis werkte, tegenwoordig ontmoet je geïnteresseerde blikken van collega's afkomstig uit andere werkvelden. Dat is maar goed ook, want ten gevolge van de dubbele vergrijzing wordt gezondheidszorg in toenemende mate ouderenzorg en dus ook verpleeghuiszorg. Op dit moment heeft de NIP Sectie Psychologen in de Ouderenzorg (SPO) ruim duizend leden, van wie het merendeel in verzorgings- en verpleeghuizen werkzaam is. Er zullen de komende decennia steeds meer psychologen nodig zijn om een cruciale rol in de verpleeghuiszorg te spelen. In dit artikel zullen we mede aan de hand van de hiervoor geschetste casus deze rol nader belichten, nadat we eerst een korte schets hebben gegeven van de huidige verpleeghuiszorg.

## **Verpleeghuiszorg: een korte schets**

Nog altijd zijn er mensen die bij een verpleeghuis denken aan dementerende mensen die achter gesloten deuren rochelend en reutelend wachten op de dood. Dit beeld verdient bijstelling.

In Nederland zijn 333 verpleeghuizen met 57 500 bedden – 27 bedden per 1000 mensen van 65 jaar en ouder – en 4500 dagbehandelingsplaatsen in verpleeghuizen (Hoek, Ribbe, Hertogh, & Van der Vleuten, 2003). Deze capaciteit zal de komende jaren fors moeten worden uitgebreid in verband met de toenemende vergrijzing (Gezondheidsraad, 2002). Van de huidige capaciteit is iets meer dan de helft bestemd voor psychogeriatrische (dementerende) patiënten. Een kleine 27 000 bedden zijn voor mensen bestemd met andere opnamediagnosen, zoals cerebro-vasculaire aandoeningen (CVA), neurologische ziekten, kwaadaardige tumoren, fracturen, status na ziekenhuisopname, aandoeningen van het bewegingsapparaat of diabetes. Op dit moment kennen verpleeghuizen afdelingen voor psychogeriatric, somatiek en revalidatie/reactivering. In de afgelopen jaren is een toenemend aantal afdelingen voor palliatieve zorg totstandgekomen. Verpleeghuiszorg wordt in toenemende mate buiten de muren van het verpleeghuis geboden. Hierbij kan gedacht worden aan verzorgingshuisbewoners, maar ook aan ziekenhuispatiënten of mensen die nog thuis wonen, bijvoorbeeld voor wachtlijstbegeleiding of psychodiagnostiek.

Het aanvankelijk saaie en stoffige beeld van het verpleeghuis als eindstation is allang achterhaald. Vergeleken met andere landen gaat een groot gedeelte van de verpleeghuispopulatie in Nederland gewoon weer naar huis (36%; Ribbe et al., 1997). De patiëntenpopulatie bestaat vooral uit ouderen (gemiddelde leeftijd is 81,5 jaar), maar in toenemende mate vinden ook jongeren een plek in het verpleeghuis (10%), zoals jongeren met niet-aangeboren hersenletsel of een terminale ziekte. Voor een juist beeld van ouderen is het goed dat men zich realiseert dat minder dan 2,5 procent van het totaal aantal ouderen in een verpleeghuis verblijft (De Klerk, 2001). Zelfs van de ernstig dementerende ouderen woont het grootste deel thuis, veelal verzorgd door partner of kinderen.

In de afgelopen jaren is het accent in de chronische verpleeghuiszorg steeds meer op wonen komen te liggen. Daarnaast wordt in de tijdelijke, ambulante en deeltijdzorg alles in het werk gesteld om (definitieve) opname te voorkomen. Deze twee verschillende vormen van zorg maken het werk van de psycholoog zo veelzijdig. Waren in het ouderwetse verpleeghuis nog veel deuren gesloten, er zijn nu verpleeghuizen waar nauwelijks nog een deur op slot zit. De veiligheid van dementerende bewoners wordt in deze huizen gewaarborgd door een aangepaste bouw en technologische hulpmiddelen. Slaapzalen zijn verbouwd tot een- en tweepersoonskamers. Er komen steeds meer mogelijkheden voor dementerende ouderen om met een klein aantal anderen samen te wonen, zoals in kleinschalige woonvoorzieningen (Netwerk kleinschalig wonen voor dementerenden, 2001; Nouws, 2001).

## De psycholoog als puzzelaar

Je leert nergens beter puzzelen dan in de verpleeghuiszorg. De mensen die voor deze zorg in aanmerking komen, hebben doorgaans meerdere aandoeningen, zoals mevrouw De Zwart uit ons voorbeeld: niet alleen een CVA, maar ook een depressie en nierinsufficiëntie; niet alleen de ziekte van Parkinson, maar ook een beginnende dementie en osteoporose. Hierdoor kunnen zich allerlei problemen voordoen, waarbij lichamelijke, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale factoren een rol spelen en met elkaar interacteren. Het vereist een goede puzzeltechniek, van de arts, maar niet minder van de psycholoog, om deze problemen te kunnen analyseren en te verminderen of een verergering te voorkomen.

Verpleeghuiszorg is er vooral op gericht om de nadelige gevolgen van aandoeningen zo klein mogelijk te houden. Iemand die met de ziekte van Parkinson op een somatische dagbehandeling is opgenomen, zal met deze ziekte weer met ontslag gaan, het gaat hier ten slotte om een chronische aandoening. De loopoefeningen op de dagbehandeling zullen intussen wel het lopen zodanig verbeterd moeten hebben dat deze Parkinson-patiënt weer met ontslag kan. Mevrouw De Zwart zal pas naar huis kunnen wanneer zij weer de energie kan opbrengen om verder te oefenen. Bij ontslag zal zij nog steeds de aandoeningen hebben waarmee zij binnenkwam: status na CVA en chronische nierinsufficiëntie. Wel zullen de nadelige gevolgen van de CVA verminderd moeten zijn en zal zij ondertussen behandeld zijn voor een (mogelijke) depressie.

Voor het opsporen en voorkomen of verminderen van problemen is het noodzakelijk voor de psycholoog om met professionals uit andere disciplines samen te werken. In het geval van mevrouw De Zwart is een nauwe samenwerking met vooral de verpleeghuisarts en fysiotherapeut van belang. Het multidisciplinair werken binnen de verpleeghuiszorg betekent niet dat een discipline overstijgende zorg wordt geboden. Iedere hulpverlener of zorgverlener die deelneemt aan het multidisciplinaire zorgproces, houdt zijn of haar eigen beroepsinhoudelijke deskundigheid en professionele verantwoordelijkheid voor de uitvoering van zijn of haar deel van dit proces. Wel is er één discipline verantwoordelijk voor de regie en inhoud van het multidisciplinaire zorgplan. Wie dit is, wordt bepaald door de betreffende zorginstelling. Op dit moment is dit in veel gevallen de verpleeghuisarts, maar dit zou evengoed de psycholoog kunnen zijn. Denk bijvoorbeeld aan bewoners die dementeren en vooral gedragsproblemen hebben, bij wie somatische problemen veel minder centraal staan. Het samenwerken met andere disciplines in teamverband is voor veel psychologen, maar ook voor artsen

en andere hulpverleners, een grote motivatie om in de verpleeghuiszorg te werken. Echter, het heeft ook een schaduwzijde. Problemen bij, of een tekort aan, bepaalde disciplines hebben directe gevolgen voor de andere disciplines, zoals voor de psycholoog. Om een voorbeeld te noemen: door het tekort aan verzorgend personeel kan het management besluiten dat de verzorgenden de verpleeghuisbewoners later uit bed gaan halen. Afgezien van de gevolgen voor de bewoners zelf, kan een dergelijk besluit ook de psycholoog in moeilijkheden brengen. Als bewoners pas om elf uur beschikbaar zijn, terwijl zij om 12.15 uur weer terug op de afdeling moeten zijn voor de lunch, worden de mogelijkheden voor psychodiagnostiek en behandeling wel erg beperkt. Hoewel overleg en flexibiliteit problemen op dit gebied wel kunnen oplossen, is het vaak wel zo dat de agenda minder strak ingedeeld kan worden dan op andere werkterreinen van psychologen het geval is.

Psychologische expertise is gedurende het gehele zorgproces geboden. Wanneer mevrouw De Zwart wordt opgenomen, zal het noodzakelijk zijn om psychodiagnostisch onderzoek te verrichten voor het vaststellen van de gevolgen van de CVA voor haar cognitief en psychosociaal functioneren en haar leervermogen, en voor het opstellen van een op maat gesneden zorgplan. Tijdens de uitvoering van het zorgplan zal de psycholoog nadere diagnostiek verrichten als haar revalidatie stagneert, waarbij haar stemming, copingmechanismen en andere persoonlijkheidseigenschappen in kaart worden gebracht. Vervolgens zal de psycholoog haar zo mogelijk voor een depressie behandelen. Bij de evaluatie van het zorgplan zal de psycholoog nogmaals haar cognitief functioneren en stemmingsproblemen in kaart brengen en hier hopelijk verbeteringen in aantreffen. Ten slotte kan psychologische expertise geboden zijn bij ontslag van mevrouw De Zwart, door haar psychosociale zorgbehoefte nauwkeurig in kaart te brengen en dit af te stemmen met de beschikbare mantelzorger(s).

## Psychodiagnostiek

De rol van de psycholoog als diagnosticus is doorgaans stevig verankerd in de verpleeghuiszorg, maar heeft wel een ander karakter dan in andere werkvelden. De psycholoog verricht neuropsychologisch onderzoek, om het *cognitief functioneren* van patiënten in kaart te brengen, zoals bij mevrouw De Zwart die een CVA heeft gehad. Zij vertoont cognitieve stoornissen en wijt die zelf aan een beginnende dementie. Voor de prognose en behandeling van mevrouw De Zwart is het niet alleen van belang de aard en ernst van haar cognitief functioneren in kaart te brengen, maar ook om te onderzoeken of zij lijdt aan dementie of een depressie. Kortom, onderzoek naar de aard, ernst en prognose van cognitieve stoornissen, dementieonderzoek en onderzoek naar de differentiatie tussen dementie en depressie zijn belangrijke diagnostische werkzaamheden van de psycholoog in de verpleeghuiszorg.

Een andere pijler van de psychodiagnostische werkzaamheden in de verpleeghuiszorg betreft onderzoek naar *affektieve en gedragsproblemen*. Wat betreft affectieve problemen: de psycholoog wordt vaak gevraagd om nader onderzoek naar depressie of angst te doen. Op zichzelf verschilt de depressiediagnostiek niet met die in andere werkvelden, maar het vaststellen van depressie wordt wel door allerlei factoren bemoeilijkt, zoals de lichamelijke problemen van ouderen en het feit dat hulpverleners soms denken dat dit bij hun leeftijd hoort. Dit wordt ook wel *ageism* genoemd (Pot & Falck, 2002). Voor het in kaart brengen van gedragsproblemen wordt vaak een functionele analyse gemaakt

zoals in de gedragstherapie te doen gebruikelijk. Een functionele analyse is niet altijd te maken op grond van een gesprek met de patiënt alleen, vanwege diens cognitieve problemen. Vaak is ook informatie nodig die op andere wijze wordt verzameld, via verzorgend personeel, behandelaars of familieleden. De psycholoog maakt hierbij gebruik van uiteenlopende, bestaande of zelf ontwikkelde gedragsobservatieschalen.

Een derde pijler is onderzoek naar *persoonlijkheidseigenschappen en niveaubepaling* van de cliënt. Hierbij kan gedacht worden aan intelligentieonderzoek, niet alleen om iemands cognitief functioneren beter te kunnen schatten, maar ook om iets meer te kunnen zeggen over het leervermogen. Ook valt hier onderzoek naar copingstrategieën en het vermogen tot zelfreflectie onder.

## **Psychotherapeutische mogelijkheden bij afwezigheid van cognitieve problemen**

Veel van de veranderingen die bij het ouder worden horen, kunnen aanleiding zijn om een psychotherapeutische behandeling te starten. Denk bijvoorbeeld aan het sterven van een partner, familielid of vriend, eigen gezondheidsproblemen of die van belangrijke anderen, pensionering of verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis. Dergelijke levensgebeurtenissen kunnen gepaard gaan met problemen als depressie, angst, en aanpassingsproblemen. De mogelijkheden voor psychotherapeutische behandeling van ouderen worden voor een belangrijk deel bepaald door de mate waarin het cognitief functioneren nog in tact is, ziekte-inzicht en leervermogen aanwezig en communicatie mogelijk is. Als zich op deze gebieden niet al te grote problemen voordoen, dan kunnen in principe ook bij deze ouderen de gangbare psychotherapeutische behandelingen worden toegepast.

Een voorbeeld van een veel toegepaste individuele behandelvorm bij ouderen, ook in het verpleeghuis, is cognitieve-gedragstherapie (Gallagher-Thompson & Thompson, 1998; Kruyver & Kerkstra, 1996; Weijnen, 1998; Zeiss & Steffen, 1998). Het effect van deze behandelmethode is inmiddels aangetoond voor de behandeling van depressie, seksuele disfuncties, slaapproblemen en spanning bij ouderen (Zeiss & Steffen, 1998). In de verpleeghuiszorg wordt deze behandelvorm ook toegepast bij andere problemen, zoals angst en verstoorde rouwverwerking. Een in toenemende mate aan populariteit winnende behandelvorm is Interpersoonlijke PsychoTherapie bij depressie (Blom & Jonker, 1999; Miller & Silberman, 1998). Het artikel van Van Schaik in dit nummer gaat hier uitvoerig op in. Ook behandeling in groepsverband behoort tot de mogelijkheden, maar over de effecten bij ouderen is nog weinig bekend (Linszen, 1998). Dit geldt bijvoorbeeld ook voor systeemtherapie (Engel, 1997) en *life review* (Smits, 2000). *Life review* is het proces van gestructureerd ophalen, evalueren en integreren van herinneringen. Een minder gestructureerde manier van herinneringen ophalen is *reminiscentie*, dat bij ouderen met dementie wel wordt toegepast.

Bij de uitvoering van gangbare therapeutische behandelingen in de verpleeghuiszorg moet wel rekening worden gehouden met het feit dat de cliënten doorgaans op hoge leeftijd zijn, allerlei lichamelijke aandoeningen hebben en afhankelijk van anderen zijn geworden. Hierdoor is bijvoorbeeld de start van de behandeling al vaak anders. Veelal wordt niet gewacht tot de oudere zelf om hulp vraagt, maar legt de psycholoog zelf contact met de oudere om deze de mogelijkheden voor behandeling uit te leggen en

hiervoor te motiveren. Veel ouderen zijn niet bekend met psychologische hulpverlening, zijn niet gewend om over problemen met anderen te praten ('Je hangt de vuile was niet buiten'), of denken dat het hebben van psychische problemen synoniem is met 'knettergek zijn'. Ook vindt behandeling niet altijd in de werkkamer van de psycholoog plaats, maar noodgedwongen in de kamer van de verpleeghuisbewoner, bijvoorbeeld omdat deze niet meer in staat is uit bed te komen.

Voorts kunnen er aanpassingen nodig zijn door lichte cognitieve achteruitgang bij oudere cliënten. De aanpassingen die nodig zijn zullen per cliënt moeten worden nagegaan, want met het ouder worden neemt ook de heterogeniteit tussen mensen toe. Zeiss en Steffen (1998) beschrijven meerdere manieren om met cognitieve tekorten bij ouderen rekening te houden, zoals een lager tempo aanhouden, oefeningen op verschillende manieren aanbieden (zeg het, laat het zien, doe het voor), geheugensteuntjes gebruiken (bandjes, geschreven opdrachten, notitieboekjes), strategieën om gedurende de sessies bij het onderwerp te blijven. Er zijn echter ook een aantal sterke punten van ouderen waar de psycholoog rekening mee zal moeten houden. Denk aan de kennis die de cliënt over eigen sterke punten heeft, en de ervaring die hij of zij heeft opgedaan wat betreft het omgaan met problemen in het verleden.

Bovendien moet door lichamelijk handicaps de behandeling soms worden aangepast, bijvoorbeeld wanneer de oudere niet meer kan schrijven of typen door een verlamming of artritis, waardoor schrijfopdrachten of ontspanningsoefeningen niet meer mogelijk zijn. Ook zal de psycholoog erop voorbereid moeten zijn dat de behandeling regelmatig wordt doorkruist door sterfgevallen in de familie of vriendenkring, of door bijkomende gezondheidsproblemen. Voor een uitvoeriger bespreking van deze en andere factoren verwijzen we naar Weijnen (1998) en Zeiss en Steffen (1998).

## **Psychologische behandelingsmogelijkheden bij gedragsproblemen**

Over de wijze waarop stemmings- en gedragsproblemen van dementerenden het beste kunnen worden behandeld bestaat nog veel onduidelijkheid. Dit is niet vreemd, omdat aan deze problemen vaak een ingewikkelde interactie van biologische en psychosociale factoren ten grondslag ligt. Veranderingen in neuropathologische en neurochemische factoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van problemen. Toch is farmacologische behandeling van deze problemen slechts matig succesvol. De incidentie en duur van stemmings- en gedragsproblemen bij dementie worden ten minste gedeeltelijk beïnvloed door persoonlijkheids- en omgevingsfactoren.

Vanwege de rol van omgevingsfactoren is een vaak toegepaste psychologische behandelvorm bij gedragsproblemen van dementerenden de zogenaamde mediatietherapie. Hierbij stelt de psycholoog een therapieplan op dat door anderen (doorgaans verzorgenden) wordt uitgevoerd. Er wordt op een gedragstherapeutische wijze te werk gegaan, waarbij de psycholoog moeilijk, ongewenst gedrag analyseert met behulp van het SORC-schema. Hierbij is het ook belangrijk om de interventies te inventariseren die in het verleden zijn toegepast. Vaak maakt de probleemanalyse ook duidelijk waarom deze eerdere interventies geen effect sorteerden.

Het opstellen van een behandelplan bij gedragsproblemen van dementerenden op basis van een functieanalyse vergt de nodige creativiteit van de psycholoog. Veelal zullen de interventies betrekking hebben op het veranderen van de stimulus die aan het probleemgedrag ten grondslag ligt. Denk bijvoorbeeld aan onrustig gedrag van een dementerende verpleeghuisbewoner in de namiddag, op het moment dat de dagdienst naar huis toe gaat. Wat verzin je om dit te voorkomen en hoe motiveer je verzorgenden voor de uitvoering ervan? Het is overigens niet altijd zo dat deze interventies gericht zijn op het veranderen van het probleemgedrag. De interventie kan ook gericht zijn op het team, waarbij acceptatie van het probleemgedrag of andere manieren om met het gedrag om te gaan op de voorgrond staan. Dergelijke cliëntgerichte teambegeleiding vormt een belangrijk onderdeel van het werk van een psycholoog in de verpleeghuiszorg. Hierbij maakt hij onder andere gebruik van de Rationeel-Emotieve Theorie (RET) om gedachten van verzorgenden op een ander spoor te brengen. Hierdoor leren verzorgenden om voor hen moeilijk gedrag van een bewoner beter te handelen (Geelen, 2003).

Het voorkomen en behandelen van probleemgedrag is mede afhankelijk van de organisatie en visie van de zorginstelling. Als zorgteams gebrekkig worden aangestuurd, het multidisciplinair werken onvoldoende wordt gefaciliteerd, te weinig mensen beschikbaar zijn voor de functie van psycholoog, of een medische zorgvisie de overhand heeft, zal het voorkómen en behandelen van gedragsproblemen aanmerkelijk moeilijker zijn. Voor een uitvoeriger bespreking van deze behandelingsmethode, verwijzen we naar Hamer en Vink (2001) en Hamer (1997). In de afgelopen jaren wordt hierbij in toenemende mate gebruikgemaakt van video-opnamen. Dit staat beter bekend als video-hometraining (bij ouderen thuis) of video-interactietraining (bij ouderen in het verzorgings- of verpleeghuis) (Amory & Hermsen, 2001).

## **Preventie om erger te voorkomen**

Preventie is van groot belang voor ouderen die op verpleeghuiszorg zijn aangewezen, omdat hierdoor kan worden voorkomen dat lichamelijke en psychische problemen verder toenemen bij een toch al kwetsbare groep mensen. Ook al behoort preventie niet tot het exclusieve werkterrein van de psycholoog, hij of zij kan hieraan wel een belangrijke bijdrage leveren. De psycholoog in de verpleeghuiszorg heeft regelmatig een adviserende rol bij het optimaliseren van het leefklimaat. Bijvoorbeeld door duidelijk te maken wat de gevolgen zijn van te veel of te weinig aan prikkels in de gezamenlijke huiskamers, de wijze waarop bewoners met elkaar aan tafel zitten of de inrichting van de huiskamers (denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van voldoende licht), maar ook op welke wijze een bepaalde dagbesteding hieraan kan bijdragen. Door deelname aan het multidisciplinaire overleg kan de psycholoog een bijdrage leveren aan het vroegtijdig ingrijpen bij problemen om erger te voorkomen (niet alleen bij gezondheidsproblemen, maar ook bijvoorbeeld bij interactieproblemen). Bovendien kunnen cliënt, familie en verzorgenden beter worden voorbereid op mogelijke problemen. Denk bijvoorbeeld aan het geven van psycho-educatie als de diagnose dementie is gesteld, of wanneer zich gedragsproblemen in het kader van een dementie voordoen (Pot & Verburg, 2001), of wanneer een CVA allerlei stoornissen en beperkingen met zich meebrengt, die tot onbegrip van de omgeving leiden. Ook kunnen behandelvormen als psychomotorische therapie, belevingsgerichte zorg en muziektherapie helpen om probleemgedrag in de psychogeriatric te voorkomen. De eerste interventiestudies op dit gebied laten



bemoedigende resultaten zien (Dröes, 2001; Lange, 2001; Slaets, 2001; Vink, 2001; Woods, 2001).

## Onderwijs en onderzoek

Het onderwijs aan psychologen over ouderen moet aanzienlijk worden verbeterd. Al in de bachelors- en mastersopleiding van aankomende psychologen zou meer aandacht moeten worden besteed aan de doelgroep ouderen, inclusief degenen die aangewezen zijn op verpleeghuiszorg. Voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg en de verdere ontwikkeling van het vak is het bovendien van groot belang dat het aantal gz-opleidingsplaatsen wordt uitgebreid. In het voorjaar van 2000 waren er ongeveer tweehonderd psychologen in de verpleeghuiszorg met een BIG-registratie (Ploeg & Scholte, 2001). Veel anderen maken gebruik van de overgangsregeling of hebben deze inmiddels afgerond. Voor degenen die hier niet voor in aanmerking komen is er een probleem, omdat het aantal gz-opleidingsplaatsen in de ouderenzorg veel te klein is om aan de vraag te voldoen. Het vormt nu al een probleem voor de verpleeghuiszorg om aan goed opgeleide psychologen te komen. Dit vormt uiteraard een bedreiging voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Snelle verruiming van opleidingsmogelijkheden voor psychologen in de ouderenzorg is dan ook dringend nodig.

Wetenschappelijk onderzoek naar de psychologische behandeling en begeleiding van verzorgings- en verpleeghuisbewoners staat nog in de kinderschoenen. In Nederland neemt de belangstelling voor dergelijk onderzoek wel toe. Er vindt bijvoorbeeld onderzoek plaats naar depressie en angst bij verzorgings- en verpleeghuisbewoners (VUmc, EMGO-instituut; projectleider is de eerste auteur). Hierbij worden aard, ernst, risicofactoren en gevolgen van depressie en angst in kaart gebracht, evenals de effecten van een geprotocolleerd zorgprogramma om depressie bij verpleeghuisbewoners te verminderen. Interpersoonlijke psychotherapie maakt onderdeel uit van dit zorgprogramma. Ook wat betreft onderzoek is uitbreiding dringend gewenst.

## Ten slotte

Kiezen voor de verpleeghuiszorg betekent een uitdaging aangaan. Het vak is volop in ontwikkeling, zowel wat de psychodiagnostiek als de psychologische behandeling betreft. Dit vraagt van psychologen in dit werkveld een dynamische inslag: de bereidheid creatief te zijn en te handelen. Er vindt nog weinig onderzoek plaats ter onderbouwing van ons klinisch handelen, en er zijn nog nauwelijks behandelprotocollen beschikbaar. Veel carrièremogelijkheden liggen hierdoor open, niet alleen op het gebied van de psychodiagnostiek en psychologische behandeling, maar ook wat betreft wetenschappelijk onderzoek, richtlijnontwikkeling en onderwijs.

Er verschijnen binnenkort twee publicaties die interessant zijn voor degenen die zich willen verdiepen in de functies en werkzaamheden van de psycholoog in de verpleeghuiszorg. Allereerst betreft dit deel 7 in de serie 'Psychologie en ouderen' (Vink & Falck, in druk). Dit boek gaat over de verschillende rollen van de psycholoog in de ouderenzorg. Een tweede publicatie is de producttypering van psychologen in de Verzorginghuis- en Verpleeghuissector (V&V). Op de website van het NIP Sectie Psychologen in de Ouderenzorg of de Vereniging Psychologie en Ouderen wordt

aangekondigd wanneer en waar deze publicatie besteld kan worden (www.psynip.nl of www.psyoud.nl).

---

**abstract**

*Health care is turning into care for the elderly and thus into care in the nursing home. Nowadays, nursing home care is also provided in homes for the aged, in hospitals and at home. In this paper we describe nursing home care and the role of psychologists therein. We will discuss multiple pathology of elderly people, working in a multidisciplinary team, and psychological treatment during the total care process. In addition, psycho diagnostics, psychotherapeutic options, and methods of prevention will be described. Finally, the necessity of research into care for the elderly in general, and especially for those who need nursing home care, will be touched upon.*

## Referenties

- Amory, F., & Hermsen, M. (2001). Videohulpverlening bij dementie. In A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Blom, M.J.B., & Jonker, K. (1999). Protocollaire behandeling van depressieve patiënten: Interpersoonlijke psychotherapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dröes, R.M. (2001). Psychomotorische therapie voor ouderen met dementie. In A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Engel, M. (1997). Systeemtherapie bij ouderen. In M.T. Vink & P. Broek (1997), *Relaties en de woonomgeving van ouderen. Een therapeutisch instrument (serie Psychologie en ouderen, deel 2)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1998). De toepassing van cognitieve gedragstherapie bij psychologische problemen in de derde levensfase. In S.H. Zarit & B.G. Knight (red.), *Effectieve interventies in levensloopsperspectief*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Geelen, R. (2003). Rationeel-Emotieve Theorie ter ondersteuning van verzorgenden. *Denkbeeld*, 15 (4), 14-18.
- Hamer, T. (1997). Mediatetherapie. De beste stuurlui staan aan wal. In M. Allewijn, F. de Groot, C. Hertogh, B. Miesen & I.H.J. Warners (red.), *Leidraad Psychogeriatric. Beter doen, deel 4*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hamer, T., & Vink, M.T. (2001). Gedragsanalyse en ABC-training voor verzorgenden. In A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hoek, J.F., Ribbe, M.W., Hertogh, C.M.P.M., & Vleuten, C.P.M. van der (2003). The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 244-249.
- Klerk, M.M.Y. de (2001). *Rapportage Ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Kruyver, I., Kerkstra, A. (1996). *Behandelingsmethodieken voor psychogeriatriche verpleeghuisbewoners*. Utrecht: NIVEL.
- Lange, J. de (2001). Belevingsgerichte zorg voor ouderen met dementie. In A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Linssen, A.C.G. (1998). Leren met lotgenoten. In M.T. Vink & P. Broek, *Oud geleerd, oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen (serie Psychologie en ouderen, deel 3)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Miller, M.D., & Silberman, R.L. (1998) De toepassing van interpersoonlijke psychotherapie bij ouderen. In S.H. Zarit & B.G. Knight (red.), *Effectieve interventies in levensloopsperspectief*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Netwerk kleinschalig wonen voor dementerenden (2001). *Kleinschalig wonen voor dementerenden. Een waaier aan ervaringen*. Utrecht: SEV/IWZ.
- Nouws, H. (2001). *Huiselijk en vertrouwd. Handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden*. Utrecht: NIZW.
- Pot, A.M., & Falck, R. (2002). Diagnostiek van depressie: instrumenten en aandachtspunten. In M.T. Vink, R.P. Falck & B.T. Deelman (red.), *Senioren en CVA*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pot, A.M., & Verburg, D. (2001). Begeleiding van familie. In A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ploeg J.D., & Scholte, E.M. (2001). *De gz-psycholoog in beeld*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Pedagogisch en Psychologisch Onderzoek (NIPPO: intern rapport).
- Ribbe, M.W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinkova, E., Hawes, C. Ikegami, N., et al. (1997). Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and Aging*, 26, 3-12.
- Slaets, J. (2001). Behandeling zonder pillen: voortschrijdend inzicht rond effectiviteit. In: A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smits, C. (2000). Het verleden nu beleven. Life review en reminiscentie. In M.T. Vink & P. Broek, *Gevoelens zijn tijdloos. Belevingsgerichte interventies bij ouderen (serie Psychologie en ouderen, deel 4)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vink, A. (2001). Muziektherapie als non-verbale behandelvorm bij dementie. In A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vink, M.T. & Falck, R. (red.) (in druk). *Psychologie in de ouderenzorg. Een vak apart (serie Psychologie en ouderen, deel 7)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weijnen, I.J.C. (1998). 't Is vast 'K'...Individuele gedragstherapie. In: M.T. Vink & P. Broek, *Oud geleerd, oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen (serie Psychologie en ouderen, deel 3)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Woods, R.T. (2001). De wetenschappelijke onderbouwing van psychosociale interventies. In A.M. Pot, P. Broek & R.M. Kok (red.), *Gedrag van slag. Gedragsproblemen bij ouderen met dementie (serie Psychologie en ouderen, deel 5)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Zeiss, A.M., & Steffen, A. (1998). Gedragstherapeutische en cognitief-gedragstherapeutische interventies: een overzicht van sociaal leren. In S.H. Zarit & B.G. Knight (red.), *Effectieve interventies in levensloopsperspectief*. Lisse: Swets & Zeitlinger.