



Thuis in het Verpleeghuis

Waardigheid en trots op elke locatie

Gedragsdeskundige als regiebehandelaar



Je zou haast denken dat dit een verhaal tégen de ouderenzorg is. Maar het tegenovergestelde is waar. ‘Maak de ouderenzorg agogischer en leg minder nadruk op de medische verzorging’, vinden twee gedragsdeskundigen. Met de gedragsdeskundige als regiebehandelaar, net als in de gehandicaptenzorg. Heeft deze benadering meerwaarde voor de ouderenzorg?

Anke Marsman en Mieke van der Horn zijn allebei orthopedagoog-generalist (gedragsdeskundige). Zij werken met veel plezier bij [zorggroep Oude en Nieuwe Land](#) in Flevoland. En allebei hebben ze lange tijd gewerkt als gedragsdeskundige in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. ‘Daar is het welzijnsmodel in alles het uitgangspunt’, zegt Anke. ‘Gedrag, behoeften, welbevinden en geluk zijn daar de ijkpunten. Na de overstap naar Zorggroep Oude en Nieuwe Land merkten we dat we ons werk in een andere cultuur aan het voortzetten waren, de cultuur van de ouderenzorg.’

Uitnodiging – netwerkbijeenkomst Duurzame medische zorg

Wil je inspiratie opdoen bij regio's die bezig zijn met vernieuwende stappen in duurzame medische zorg voor ouderen en kwetsbare cliënten? Meld je dan aan voor de online landelijke netwerkbijeenkomst [Regionale bewegingen naar anders organiseren van medische zorg](#) op 21 juni 2022.

Verantwoordelijk

‘Je merkt het om te beginnen aan de andere verantwoordelijkheden’, zegt Mieke. ‘In de ouderenzorg is de arts eindverantwoordelijk. In de gehandicaptenzorg vormen het zorgteam (vertegenwoordigd door de persoonlijk begeleider) en de gedragsdeskundige samen de spil van het proces, zonder dat er gesproken wordt over eindverantwoordelijkheid. Alle behandelaars dragen daar hun eigen eindverantwoordelijkheid, zoals voortvloeit uit de Wet BIG.’

Mieke vervolgt: ‘De gehandicaptenzorg is meer gericht op de vraag: wat is voor deze cliënt betekenisvol? Hoe kan ik iets bijdragen aan zijn autonomie? Terwijl in de ouderenzorg het eigenlijk vooral over dezelfde vraag zou moeten gaan. Iemand zit in de laatste fase van zijn leven. Wat is in die fase voor de bewoner nog waardevol en betekenisvol?’

Medisch model versus welzijnsmodel

De gedragsdeskundigen beamen dat er ook in de ouderenzorg al veel projecten lopen die juist de persoonlijkheid van de cliënt, het welzijn en de kwaliteit van leven centraal stellen. ‘Alleen moeten die projecten projectmatig dan wel passen in een cultuur die gedomineerd wordt door het medisch model. Daar gaan dingen dus wringen.’

Het medisch model versus het welzijnsmodel: daar zit de kern van de zaak, zo lijkt het. Anke en Mieke stellen dat het welzijnsmodel niet goed uit de verf kan komen, zolang het medische accent tijdens het wonen in het verpleeghuis dominant is. Anke: ‘Ook als je het medisch model ombouwt naar zoiets als duurzame medische zorg, doet dat niets af aan de constatering dat de medische behandeling per saldo meer aandacht krijgt dan het persoonlijk welbevinden van de bewoner.’

‘Soms kun je beter een stukje gaan wandelen dan behandelen’

Zorg regisseren in een pilot

Inmiddels is in Zorggroep Oude en Nieuwe Land een pilot gestart waarbij zij experimenteren met de gedragsdeskundige als regiebehandelaar. Dat wil niet zeggen dat de gedragsdeskundige nu eindverantwoordelijk is. Elke behandelaar draagt verantwoordelijkheid. Het gaat om het regisseren van de zorg en de behandeling, met het welzijn en welbevinden van de bewoner als uitgangspunt. Het experiment is

nog jong. Tot nu toe lopen Anke en Mieke vooral aan tegen de oude gang van zaken die in het licht van de pilot nu extra gaan opvallen.



Korte lijnen met medische dienst

‘Te snel wordt in de ouderenzorg iets gelabeld als een medisch probleem’, zegt Mieke. ‘Wij slapen zelf ook wel eens niet goed, maar daarmee hebben we nog niet meteen een slaapprobleem. We moeten niet meteen bovenop alles willen springen. Soms kun je beter een stukje gaan wandelen dan behandelen. Focus je meer op het woon- en leefklimaat. Dat is ook een stuk leuker werken.’

‘In de gehandicaptenzorg ben je als gedragsdeskundige de eerste gesprekspartner van het begeleidingsteam bij veranderend gedrag’, aldus Anke. ‘Met elkaar ga je zoeken naar mogelijke verklaringen, waarbij er veel aandacht is voor leefstijl: hoeveel beweging krijgt de cliënt, zijn er veranderingen op het gebied van eten en drinken? Maar ook zaken als: is de ontlasting regelmatig? krijgen aandacht. Zodra er gedacht wordt aan een somatische oorzaak dan zijn de lijnen kort met de medische dienst.’

Regiebehandelaar stemt af

In de pilot komt ook naar voren dat de communicatielijnen tot nu toe niet altijd goed worden gebruikt. ‘Het gaat niet alleen om het verwijzen naar een andere behandelaar’, zegt Mieke, ‘maar meer over de visie op

behandeling en dat je steeds als uitgangsvraag hebt: wie is de cliënt en op welke wijze draagt behandeling bij aan het welbevinden van de cliënt? En dat je met name ook goed in de gaten houdt welke behandelaars allemaal betrokken zijn. En mocht dit op hetzelfde thema zijn, denk bijvoorbeeld aan een slaapprobleem, dat je dan zorgt dat die behandelaars goed met elkaar afstemmen. Als regiebehandelaar zorg je er daarnaast voor dat dit goed met de cliënt en cliëntvertegenwoordiger wordt afgestemd.'

Voorbeeld: wel of geen fysiotherapie?

Anke geeft een voorbeeld over de communicatielijnen. 'De fysiotherapeut stopte op enig moment met rapporteren. Ik vroeg waarom dit het geval was. "Mevrouw wil geen fysiotherapie meer", meldde de fysiotherapeut. Dit merkte hij doordat mevrouw met steeds meer weerstand mee ging naar de oefenruimte en er sprake was van enige vorm van dwang.'

'Er ontstond een mooi gesprek met de fysiotherapeut over dat behandeling moet bijdragen aan het welbevinden van de bewoner en dat we juist door de ogen van de bewoner moeten blijven kijken of we de juiste dingen doen. Feit was wel dat de contactpersoon, de dochter van mevrouw, erop stond dat de fysiotherapie werd doorgezet. Als regiebehandelaar heb ik er tijd aan besteed om in gesprek te gaan met dochter. Ik legde haar uit dat we ook op een andere wijze het behandeldoel zouden kunnen behalen die meer recht doet aan de eigenheid van mevrouw. Meer beweging in het dagelijks leven bijvoorbeeld. Dit resulteerde uiteindelijk in een gedragen gezamenlijk besluit om te stoppen met fysiotherapie.'

'Houd als uitgangsvraag: wie is de cliënt en hoe draagt behandeling bij aan zijn welbevinden?'

Nieuwe ervaringen

De pilot heeft niet alleen aan het licht gebracht waar het wringt. Er zijn ook mooie nieuwe ervaringen. 'We zijn meer multidisciplinair gaan werken', vertelt Anke. 'De artsensite heeft bijvoorbeeld plaatsgemaakt voor de gedragsmedische site. Daaruit volgen goede gesprekken over wat voor een cliënt belangrijk is.

Verpleegkundigen doen een triage-scholing, waardoor zij – net als bij [white label](#) – veel vragen van de locatie kunnen opvangen of efficiënter doorspelen aan de arts.'

Bewustwording voorop

Adviseren Anke en Mieke andere zorgorganisaties ook te gaan experimenteren met de gedragsdeskundige als regiebehandelaar? Anke: 'Ik denk dat er beter eerst een andere stap gezet kan worden: werk aan bewustwording. Maak het meer een organisch proces. Dan gaat het om vragen als: waarom werk ik met ouderen, wat is onze missie? Steek daar vooral eerst tijd in voordat je dit project uitrolt en oude structuren loslaat.'

Meer weten

- [Herschikking taken geeft specialist ouderengeneeskunde in regio Flevoland lucht](#)
 - [Verder bouwen aan duurzame medische zorg in de regio](#)
 - alles in het thema [Duurzame medische zorg](#)
 - het programma [Waardigheid en trots in de regio](#)
-

tags:

[Duurzame medische zorg](#) (54), [Regio Flevoland](#) (9)

thema:

[Duurzame medische zorg](#) (62)