

VVO tijdschrift

bpost
PB-PP|B-3/4588
BELGIE(N)-BELGIQUE

Driemaandelijks tijdschrift van de
Vlaamse Vereniging van Orthopedagogen vzw



Jaargang 40 - nummer 2 - juli 2021 - afgiftekantoor Gent X - toelating gesloten verpakking 03/60 - P608586



Anders kijken naar 'probleemgedrag'

Online hulp bij een verstandelijke beperking

Superdiversiteit



Anders kijken naar 'probleemgedrag'

door Geert Bettinger en Annemie Van Neck

Geert Bettinger schreef een boek. Hij vertelt in dit artikel wat zijn kernboodschap wil zijn en hoe hij daartoe is gekomen. We vroegen Annemie Van Neck om te reflecteren op zijn tekst. Zij doet dat vooral vanuit haar ervaring in de zorg voor mensen met dementie. Hadewych Schepens vat samen wat de maïeutiek aanbrengt.

Geert Bettinger:

Ik heb een boek geschreven met als titel: "Door stil te staan kom je verder." De subtitel luidt: "een andere kijk op 'probleemgedrag'."

Het is bedoeld voor iedereen die te maken heeft met zorgafhankelijke cliënten.

Denk hierbij aan psychologen, orthopedagogen, verzorgenden, begeleiders, verpleegkundigen, mantelzorgers en studenten van opleidingen voor zorg en welzijn.

Waarom schreef ik dat boek?

Er wordt naar mijn mening te gemakkelijk gesproken over cliënten met 'probleemgedrag'. Tegenwoordig noemen we het ook wel: cliënten met 'onbegrepen gedrag'.

Dit zegt echter onvoldoende over hun werkelijke situatie. Ik heb het altijd een uitdaging gevonden om meer de achtergrond van het gedrag te begrijpen. Zorgafhankelijke cliënten hebben vaak geen woorden of durven deze niet uit te spreken als ze problemen hebben. Zij zullen daarom regelmatig op hun eigen, specifieke manier aandacht 'moeten' vragen voor zaken die mis lopen.

Annemie Van Neck:

Reeds in het werken met jongvolwassen mensen met een verstandelijke beperking was de confrontatie met 'moeilijk gedrag' een dagelijkse realiteit. Gelukkig had ik de kans om te werken in een team met een toentertijd opmerkelijke visie: "Elk gedrag heeft betekenis." Gedrag dat door mij als problematisch ervaren wordt, is gedrag met een betekenis. Het is dus mijn taak om die betekenis te zien. Toen ik de overstap maakte naar de ouderenzorg dacht ik te beginnen aan een nieuw hoofdstuk. Al gauw had ik door dat dit niet echt zo was. De herkenbaarheid was verrassend groot. Ook ouderen, en zeker ouderen met dementie stellen bepaald gedrag waarvan de betekenis niet altijd wordt gezien of begrepen. Gedrag dat niet past in ons verwachtingspatroon, onze visie van 'normaliteit'. Gepaste communicatie is dan de sleutel tot contact.

Geert Bettinger:

In dit boek beschrijf ik mijn visie op de bejegening van en de hulpverlening aan deze cliënten. Eerst zullen wij stil moeten staan bij de signalen die zij ons, al dan niet bewust, met hun gedrag geven.

Er zijn veel theorieboeken geschreven over hulpverlening. De motivatie voor het schrijven van dit boek heeft te maken met mijn verleden. Als kind ben ik seksueel misbruikt. Mede door de pijn en de verwarring vroeg ik toen veel 'negatieve' aandacht. Ik kon, mocht, durfde er in die tijd met niemand over spreken. Mede daardoor liet ik veel 'probleemgedrag' zien. Ik gaf regelmatig signalen aan de buitenwereld dat er iets mis was, maar deze werden niet of nauwelijks begrepen. Ze werden overigens wel beoordeeld, of zelfs veroordeeld.

Veel zorgafhankelijke cliënten vragen ook op een 'negatieve' manier aandacht voor hun persoonlijke situatie. Negatieve aandacht zegt mijn inziens alles over de ander en niets over de cliënt. Hoe kun je pijn, verwarring, verdriet en angst, kortom 'onveiligheid' labelen als negatief?

Negatieve aandacht willen wij als buitenstaanders, waaronder zeker ook hulpverleners, zo snel mogelijk omzetten naar een positieve wijze van aandacht vragen. Dit doen we vaak middels operante conditionering. U kent het wel: negatief gedrag afkeuren of negeren en positief gedrag waarderen of belonen.

Als CCE-consulent (te vergelijken met de Vlaamse consultantenteams, nvdr.) en als trainer binnen zorginstellingen krijg ik nogal eens de vraag: "Hoe kunnen wij het negatieve gedrag, de gedragsproblemen, die deze meneer of mevrouw veroorzaakt, doen stoppen?" Deze 'aanmeldingsvraag' triggert mij echter direct.

Moeten we ons immers niet alleen de basisvraag stellen: "Wat is het probleem?"

En direct daarbij: "Voor wie is het een probleem?" Het gedrag van een cliënt is nogal eens zijn enige mogelijkheid om ons, hulpverleners, alert en attent te maken dat dit een signaal is.

En bij signaalgedrag hoort de reactie niet te zijn: "Stop!". Onze reactie hoort te zijn: "Onderzoek!"

We moeten heel bewust stilstaan bij zorgafhankelijke cliënten, met als doel hun signalen beter te begrijpen en daardoor verder te komen.

Annemie Van Neck:

Bij ouderen is het gedrag dat wij waarnemen soms een uiting van een onderliggend probleem dat niet kan verwoord worden, een ongemak of frustratie, een vraag ... maar soms, en hier wil ik nog iets verder gaan dan Geert Bettinger, is het ook gewoon een uiting van een persoonlijkheid



Bij signaalgedrag hoort de reactie niet te zijn: "Stop!". Onze reactie hoort te zijn: "Onderzoek!"

of sluit het aan op de levensgeschiedenis. De oudere die aanklapt bij de zorgkundige is misschien bang om te verdwalen tussen vreemde mensen in een vreemde omgeving en zoekt houvast bij die witte schort. Het laatste wat hij nodig heeft is: "Ga daar zitten en laat me mijn werk doen." Belevingsgericht handelen kan hier helpen: ingaan op de emotie van de persoon, de angst om te verdwalen. De oudere die in de eetzaal per se wil dat medebewoners een vaste plaats innemen, heeft geen probleem: het is de onderwijzer (voor ons verleden, voor hem nu) die ook nu nog wil dat zijn leerlingen op hun vaste plaats gaan zitten. Hij heeft nood aan erkenning omdat hij in deze een verantwoordelijkheid opneemt. Valideren van zijn gedrag, ook al is dat gedrag op dit moment voor mij niet zo passend, kan voor de persoon ondersteunend zijn.

Geert Bettinger:

Wat is hulpverlening eigenlijk?

De een vraagt hulp en de ander geeft hulp.

De een heeft een vraag en de ander het antwoord. Het concept is duidelijk.

De een is onmachtig en de ander heeft de macht. Als het goed is, misbruikt hij deze niet.

Als het goed is ... Is dit altijd wel zo?

Laat ik **stervensbegeleiding** als een eerste voorbeeld nemen.

Wie begeleidt hier wie? Het antwoord was en is nog maar al te vaak: de hulpverlener begeleidt de stervende.

Hoe komt het dat we bij het begrip stervensbegeleiding denken aan iemand, een professional, die de stervende begeleidt?

Een hulpverlener weet meestal veel over stervensprocessen, fases in het sterven, angsten, hoop, wanhoop en ga zo maar door. Er zijn boeken vol over geschreven. Met andere woorden: de hulpverlener heeft veel kennis. Hij heeft ook geleerd zich empathisch op te stellen en te luisteren met zijn hart. Daardoor krijgt hij per 'situatie' meer ervaring.

Kortom: hij wordt steeds deskundiger om stervenden te begeleiden.

Wat we echter steeds lijken te vergeten is, dat er hier maar één echte deskundige is; de stervende zelf! Hij is de enige binnen deze (hulpverlenings-)relatie die weet en voelt hoe het is om te gaan sterven. Die daadwerkelijk de echte ervaring heeft hoe het is, hoe het voelt om dood te gaan, om het – lees 'zijn' – leven te verlaten.

Door vanuit dit perspectief de mens die aan het sterven is te zien als de enige deskundige, zullen wij, hulpverleners, over onze professionele grenzen heen moeten stappen.

Het is de stervende zelf die ons leidt.

Laten we dit toe? Durven we ons als onwetende, ondeskundige zelfs, op te stellen?

Ons rest slechts de nederige mens, de toehoorder, de vriend, de belangstellende te zijn. Dan pas kan de stervende ons toelaten op zijn terrein. Dan zal hij 'zijn poort' openzetten en kan de grens worden geslecht.

Het is daarnaast ook niet alleen een (abstracte) mens die gaat sterven. Het is een individu met een naam, achtergrond, levensverhaal, karakter, persoonlijkheid die ons bij de hand mag gaan nemen.

Nu komen wij op onbekend terrein, waar de ander zichzelf mag zijn. **Wij zijn te gast.**

We zullen van houding en standpunt moeten gaan veranderen om een goede hulpverlener te zijn.

Hadewych Schepens: "De 'maïeutiek' en de socratische methode maken gebruik van hetzelfde idee."

Maïeutiek is Grieks voor de verloskunde of vroedvrouwkunde, maar werd door Plato en Socrates gebruikt als 'de kunst van het uitvragen om de ondervraagde tot inzicht te brengen.' Korter gezegd: het is de kunst van het vragen stellen.

"Hippocrates (tijdgenoot van Socrates) legde de basis van het ziektemodel waarin tot op de dag van vandaag de meeste westerse hulpverleners zijn opgeleid. In de kern van de zaak gaat het model ervan uit dat [1] symptomen worden veroorzaakt door in de patiënt gelegen factoren, die bekend moeten zijn voordat er een goede ingreep mogelijk is, [2] wanneer het de patiënt niet lukt om gezond te blijven, de dokter een op deze oorzakelijke factoren gerichte ingreep moet doen, en [3] de dokter moet proberen om de patiënt zo min mogelijk te laten lijden."

Socrates, wiens moeder verloskundige was, hanteerde een heel ander paradigma voor problemen en de manier waarop die op te lossen zijn. Zoals de verloskunde hulp en ondersteuning biedt bij het baren van kinderen, biedt zijn maïeutische methode hulp en ondersteuning bij het in de wereld brengen van de eigen wijsheid. "Volgens Socrates zijn mensen met problemen ook altijd zwanger van de oplossing. Ze hebben het alleen niet door, omdat ze zich te veel op het probleem concentreren. Als hulpverlener moet je volgens hem de aandacht van de patiënt weghalen van het probleem en richten op de al aanwezige oplossing. Vervolgens moet die oplossing ter wereld worden gebracht door het 'persen' van de patiënt. Anders dan Hippocrates, richt Socrates de aandacht dus niet op het probleem en de daaronder liggende oorzaak maar op de ook aanwezige oplossing. Het

tweede verschil met Hippocrates is dat niet de dokter het werk doet, maar de patiënt. De therapeut helpt alleen om het proces te begeleiden. Ieder mens heeft zijn eigen wijsheid, terwijl vragen stellen en informatie bieden nodig zijn om die wijsheid wakker te maken en te voeden. Het derde verschil is dat Socrates zich niet primair laat leiden door klachten, maar door 'ontsluiting'. Het is pas echt zinvol om aan het werk te gaan wanneer die groot genoeg is. Waar Hippocrates dus aan het werk gaat zodra de patiënt lijdt, wacht Socrates tot er voldoende 'ontsluiting' is om de oplossing te baren. Het 'kopje van gedragsverandering' moet volgens Socrates zichtbaar zijn tussen de psychologische 'benen' van de patiënt, anders heeft een interventie geen zin!"

(Bronnen: <https://www.maieutiek.nl/over-maieutiek/>; <https://nl.wikipedia.org/wiki/Maieutiek>; <https://www.directievetherapie.nl/artikelen/jaargang31/het-effect-van-socratisch-motiveren-op-het-gespreksplezier-van-hulpverleners-31-4-3/>).

De belevingsgerichte zorg, zoals Cora Van Der Kooij die uitwerkte in haar zorg voor mensen met dementie, gaat terug op dit gedachtengoed. (<http://coravanderkooij.com/belevingsgerichte-zorg>).

De cliënt is misschien trouwens niet alleen de persoon met beperking of dementie of ..., maar misschien ook de hulpverlener zelf? Is de taak van orthopedagoog, psycholoog, psychotherapeut, ... ook niet om zorgverleners te brengen tot hun eigen wijsheid?

Tante Roos: mijn beste hulpverlener ooit. Zij vroeg niet naar het 'wat' maar zag wel het 'dat'.

Geert Bettinger:

Een ander voorbeeld **uit eigen ervaring**.

Ik ben als kind zowel geestelijk als seksueel misbruikt. Er zijn mensen over mijn grenzen gegaan. In zijn algemeenheid, zonder dat ik dit als zodanig expliciet heb ervaren. Ik vond het erg. Ik vond het pijnlijk, zeker. Nu, jaren later, word ik gezien als een incestslachtoffer. Ik behoor opeens tot een doelgroep ..., 'slachtoffer van o.a. seksueel geweld'.

Het voelt voor mij echter helemaal niet zo. Ik ben Geert. Of zoals ik in mijn boek beschrijf: ik ben géén doelgroep. Ik eis mijn identiteit op door in alle toonaarden duidelijk te maken dat ik geen slachtoffer ben, maar Geert met ervaringen. Dat is mijn identiteit!

Menig hulpverlener, misschien beter gezegd 'buitenstaander' heeft deze houding / opvatting al weten te labelen tot 'ontkennen, dissociëren, wegdrukken, overlevingsstrategie, vluchtgedrag,' enzovoort.

Ik begrijp deze labeling inmiddels ook veel beter. Want met begrippen als dissociatie, ontkenning, wegdrukken, overlevingsstrategie en vluchtgedrag kom je op het vakgebied van de hulpverleners. Op het deskundigheids-terrein van de therapeuten. Ze realiseren zich nauwelijks dat ze enorm over mijn grenzen heengaan door mij naar voor hun bekend gebied te leiden, te lokken wellicht. Zij hebben hun 'poortje' opengezet en mij daarin welkom geheten, want daar is het tenslotte veilig (voor de hulpverlener).

Ikzelf heb deze poort (zoals bij de stervende) voor hen echter niet opengezet. Ze gaan, zoals zovele hulpverleners, over mijn grens, die ze blijkbaar niet echt kunnen waarden, laat staan respecteren, want de ander weet wat goed voor mij is. De ander weet waarvoor ik hulp kan gebruiken. De ander levert deze dan ook nog. Maar heb ik om 'hun soort' hulp gevraagd? Zo ja, waarvoor dan? En hoe weet hij dat dan?

Ik wil gezien worden als Geert, die ook misbruikervaringen heeft. Het is vele malen moeilijker om mij als Geert te benaderen dan als cliënt. Het is vele malen gemakkelijker mij als onderdeel van een doelgroep te zien dan een uniek persoon? Hierdoor blijft er altijd sprake van een hulpverleningsrelatie. Het is hiermee eigenlijk de cliënt die de hulpverlener helpt zijn rol te pakken.

Tante Roos

Een korte terugblik: in mijn puberjaren speelde zich het misbruik, de mishandeling af. Ik liet regelmatig, onbewust, gedrag zien dat als negatief werd beschouwd. Probleemgedrag volgens velen, signaalgedrag noem ik het nu. In die periode had ik een tante, Tante Roos. Ik hield van haar en zei hield van mij. Ze heeft mij nooit gevraagd wat er met mij aan de hand was. Ze gaf mij wel het veilige gevoel door het volgende te zeggen: "Ik hoef niets te weten, maar ik zie wel dat er iets is."

Tante Roos: mijn beste hulpverlener ooit. Zij **vroeg niet naar het 'wat' maar zag wel het 'dat'**. Ze zag hierdoor mij en daardoor respecteerde ze mijn grenzen en liet ze haar eigen behoefte mij ergens mee te helpen achterwege. Onze relatie was hierdoor veilig.

Annemie Van Neck:

De belevingsgerichte benadering leerde mij dat echt contact ontstaat in de ontmoeting van de beleving van de zorgvrager en de beleving van de zorggever. Beide partijen dragen een rugzak en zonder het professionele handelen in de weg te staan, kunnen we stellen dat we ook als zorggever onze eigen rugzak niet mogen negeren. Wat ik zelf meemaakte, de manier waarop ik als zorggever omga met stress en problemen, mijn eigen copingmechanismen, zullen mij ook beïnvloeden in mijn kijk op de zorg en mijn handelen. Geert Bettinger gaat dit in zijn tekst en boek ook niet uit de weg door te vertrekken vanuit zijn eigen kwetsbaarheid.


De Belevingsgerichte benadering heeft mij ook geleerd dat we steeds zoekend bezig zijn. Van Der Kooij beschrijft het als zoeken naar het evenwicht tussen meegaan in een emotie en toch soms wat tegengewicht geven, zoeken naar het evenwicht tussen stimuleren en aanvaarden van afhankelijkheid. In dit zoeken is het belangrijk steeds de juiste attitude te hanteren: op een respectvolle manier openstaan voor de beleving van de persoon en passend regulerend zijn om hem de nodige veiligheid te garanderen ('Gewoon Lief zijn' Cora van der Kooij - uitverkocht).

In de theorie van de Persoonsgerichte zorg van Tom Kitwood leerde ik dan weer het belang van persoonsversterkend in tegenstelling tot het persoonsondermijnd handelen. Ook hier ligt de klemtoon op het respectvol benaderen van de persoon, hem erkennen in zijn identiteit en mogelijkheden, hem betrekken bij beslissingen, hem aansluiting laten vinden, hem een veilige omgeving aanbieden, hem steunen in het creëren van een zinvol bestaan, alles vanuit een liefdevolle houding. Als we er in slagen om vanuit die houding iemand te benaderen, is er eigenlijk geen sprake meer van 'moeilijk gedrag' want dan wordt er tegemoet gekomen aan de noden en behoeften van die persoon.

Ook deze redenering kan ik terugvinden in de tekst van Geert Bettinger.

In het boek van Hilde Vermeiren 'dementie, het blikveld verruimd' (9789044129533) wordt deze theorie op een zeer toegankelijke manier beschreven.

Het boek van Johan Abrahams 'Respectvol omgaan met personen met dementie' (ISBN 978-90-334-7602-0) is een praktijkvertaling van deze theorie.

 **Zorgafhankelijke cliënten zullen regelmatig op hun eigen, specifieke manier aandacht 'moeten' vragen voor zaken die mis lopen.**

Geert Bettinger:

De deskundige

Daarom is het nu tijd dat we naar de echte deskundige, 'cliënt' genoemd, gaan luisteren. Dat we gaan proberen te volgen wat zijn verlangens, wensen en behoeften zijn in plaats van wat zijn problemen zijn. 'Welk signaal zendt hij uit?' in plaats van 'welke problemen heeft hij?'. Of nog erger: 'Welke problemen hebben anderen - hulpverleners met dit gedrag?'

Zolang je een cliënt niet kunt zien als een uniek individu kun je gemakkelijk, onbewust, ongewild over zijn grens gaan. En een professional mag nooit iets onbewust doen: hij moet zich bewust zijn van alle interventies, adviezen en dergelijke. Hij moet zich steeds afvragen: "Ga ik hiermee over de grens van de ander, 'lok' ik de cliënt over mijn grens?"


Ik durf te stellen dat veel mensen met traumatische ervaringen minder behoefte hebben te vertellen en zo de ander verder te helpen. Ze hebben vooral behoefte aan liefde. Dit begrip komt nog maar zelden voor in hulpverleningssituaties. We zijn er als hulpverleners mogelijk zelfs een beetje bang voor deze te geven. Liefde is mijns inziens juist het terrein waar geen grenzen bestaan. Liefde is grenzeloos.

Mijn werk binnen het C.C.E.

Ik kom veel in instellingen voor gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Onder andere als consultant van het Centrum voor Consultatie en Expertise (C.C.E.).

Meestal krijg ik de vraag: "Er is hier een cliënt, bewoner, die ernstig 'probleemgedrag' laat zien. Wij weten ons geen raad meer met deze cliënt. Hoe moeten we nu verder?"

Vaak blijkt dat genoemde persoon al veel medicatie heeft om hem rustig te houden. Dat er benaderingsplannen zijn beschreven zodat hij niet te moeilijk gaat doen. Dat hij soms door drie verzorgenden in bedwang moet worden gehouden opdat hij gewassen kan worden. Het probleemgedrag relabel ik - zoals hierboven gesteld - tot 'signaalgedrag'. Deze cliënt laat ons, soms onbewust, zien wat hij/ zij/ jij niet prettig vindt, geeft ons de signalen dat er wat mis is in deze, vaak specifieke situatie.

 **Durven we ons als onwetende, ondeskundige zelfs, op te stellen? Ons rest slechts de nederige mens, de toehoorder, de belangstellende te zijn.**

Mijn ervaring is dat iedereen met, bijvoorbeeld, dementie ook vaak gedrag laat zien dat het signaal is dat hij zich onveilig voelt. Dan doen mensen zonder dementie overigens net zo.

Laten we deze cliënt met zijn signaalgedrag proberen te volgen. Laten we proberen zijn wensen, behoeftes of verlangens (hoe en wanneer het wél veilig voor hem is) te begrijpen. Kijken of hij ons toelaat achter zijn poortje in plaats van hem medicatie te geven zodat hij rustig wordt, of een benaderingsadvies voor te schrijven zodat hij niet agressief gaat worden, of hem met drie medewerkers in bedwang te houden zodat hij gewassen kan worden.

Met deze manieren van omgaan willen we hem op ons terrein van deskundigheid brengen, hem over grenzen trekken. Met deze manieren van omgaan gaan we immers feitelijk over zijn grens en **willen we dat hij ons probleem oplost. Door zich zo te gaan gedragen dat wij er geen last meer van hebben.**

Deze houding van medewerkers vraagt heel veel. Het vraagt dat ze proberen **juist niet te handelen, niet veel te doen**, maar stil te gaan staan bij deze cliënt. Opdat hij de gelegenheid, de tijd krijgt ons te gaan **vertrouwen**.

Durf jij je te laten leiden door de ander? Die man of vrouw met een diagnose?

Durf jij over je grens van de professionele deskundige te stappen en gewoon liefde te geven?

Annemie Van Neck:

Theoretisch gezien klinkt het allemaal zo logisch dat ik me soms afvraag waarom deze inzichten in de praktijk al niet veel langer en veel meer ingang vinden. Mijn eigen praktijkervaringen hebben me steeds met de neus op de feiten gedrukt. Het blijft een opdracht om in confrontatie met wat wij beschouwen als moeilijk hanteerbaar gedrag, de nodige rust te bewaren. Als zorggever zijn we gebrand om zo snel mogelijk in te grijpen, problemen op te lossen. Het blijft moeilijk om de strenge onderwijzer, de

zorgzame moeder, de creatieve kunstenaar, de hardwerkende boer ... te zien in het vaak bizarre gedrag. We vrezen, door in te gaan op die emotie, door er erkenning aan te geven, dat we dat gedrag zouden versterken. Terwijl het net die erkenning is die de persoon nodig heeft om rust te vinden: "Ik ben gezien als persoon, met mijn noden, verlangens en aspiraties."

Marianne Hartmann, met wie ik ooit samenwerkte, kon het samenvatten in een mooi schema: elke mens ervaart emoties, emoties die soms gekoppeld zijn aan verlieservaringen. Dat vertaalt zich in gedrag. Als we dat gedrag negeren of bestraffen dan bezorgen we die persoon een nieuwe verlieservaring welke zich weer zal uiten in zijn gedrag, een vicieuze cirkel dus. Als we er daarentegen in slagen om zijn emotie te zien, te aanvaarden en er een waarde aan te geven, dan kunnen we samen groeien naar momenten van kwalitatief contact.

Geert Bettinger:

Gelijkenissen met Gentle teaching

Mijn visie en principes sluiten aan bij de methodiek van Gentle teaching. De begrippen die bij **Gentle teaching** centraal staan, zijn:

- > we respecteren elkaar
- > we accepteren elkaar
- > we proberen elkaar te begrijpen
- > we waarderen elkaar
- > we geven elkaar zelfvertrouwen
- > we proberen elkaar vooruit te helpen

Men streeft er naar zoveel mogelijk onvoorwaardelijkheid in relaties, vraagt aandacht voor het verschil in macht tussen hulpverlener en hulpvrager, en zoekt naar 'de vraag achter de vraag.' Een grote inzet op het bouwen van verbinding is cruciaal.

Annemie Van Neck:

Versillende theoretische kaders hielpen mij om met het gedrag van cliënten om te gaan: warme zorg, belevingsgerichte zorg (Cora van der Kooij), persoonsgerichte zorg (Tom Kitwood), validation (Naomie Feill), presentie-theorie (Andries Baart) ... Zonder afbraak te doen aan elke specifieke benadering en het denkwerk door alle auteurs er van, meen ik toch te mogen stellen dat het de kruisbestuiving tussen al deze kaders was die mij in de praktijk echt vooruit hielp. Ook in de tekst van Geert Bettinger zie ik verschillende elementen uit deze theoretische kaders. Het erkennen van betekenis in gedrag is zeker een raakpunt.

Geert Bettinger:

Het belang van modellen en manier van kijken (visie dus)

In de gehandicaptenzorg in Nederland wordt er al vele jaren vanuit dit principe gewerkt.

In de ouderenzorg, met name bij mensen met dementie, is dit wat korter een thema. Hier is een verschuiving gaande van het medische model (brein-denken) naar het sociale model. Van de patiënt naar de cliënt / de bewoner.

Grote zogenoemde verpleegafdelingen (PG-afdelingen) maken plaats voor kleinschalige woonvormen. Toch kom ik in mijn werk veel kleinschalige woonvormen tegen die nauwelijks meer zijn dan een verpleegafdeling in het klein. Het draait hier om de visie op mensen met dementie in relatie met professionals, die meer gaan 'zorgen dat' dan 'zorgen voor'. De groepsgrootte is slechts randvoorwaarde voor een kleinschalige woonvorm. Het is geen doel.

Binnen het medische model is veel meer sprake van 'probleemgedrag dat moet stoppen'. 'Onbegrepen gedrag waar anderen (medebewoners en medewerkers) last van hebben'. Hier speelt een team van verpleegkundigen, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde vaak een leidende rol in de gedragsverandering.

De omslag naar een sociaal model houdt in dat men evolueert van taakgericht werken naar persoonsgericht omgaan met elkaar. Binnen het kleinschalige wonen speelt de context, de kwaliteit van het contact en het onderzoeken van noden en behoeften een prominente rol.

Ik ben als CCE consulent al binnen zoveel instellingen opgeroepen om 'probleemgedrag' te onderzoeken en te doen stoppen. Toch kan ik in bijna alle onderzoekssituaties tot eenzelfde conclusie komen: Het 'probleemgedrag' van de bewoner is een direct signaal naar zijn woonomstandigheden en relaties binnen de woonvorm. Er zal dus veel meer gekeken moeten worden naar de kwaliteit van het contact dan naar 'het probleem' dat zich aandient.

Om af te sluiten met mijn boek:

Hoe kunnen we nu echt een fundamentele verandering teweegbrengen?

Kijk veel meer naar het eigen aandeel van iedere professionele begeleider dan naar het probleem waarmee een bewoner zich 'manifesteert'. **Reflectie** is hierbij een belangrijke leer methode. In mijn boek staan vele herkenbare en invoelbare casussen. Achter ieder hoofdstuk staan een groot aantal reflectievragen, waar jij als individuele hulpverlener en zeker ook als team verder mee gaat komen. Ook hier geldt: **door stil te staan kom je verder.**

Geert Bettinger: o.a. Auteur van het boek: Titel 'Door stil te staan kom je verder' Subtitel: een andere kijk op 'probleemgedrag'

Mei 2021

Annemie Van Neck werkte 17 jaar als ergotherapeute met mensen met een verstandelijke beperking en 25 jaar met mensen met dementie in een woonzorgcentrum, maar ook 10 jaar als consulente en vormingsmedewerker in het Expertise Centrum Dementie. Nu is ze gepensioneerd.

Hofstade, juni 2021

OVER DE AUTEURS



Naam:

Geert Bettinger

Websites:

www.geertbettinger.nl
www.geertbettinger.com

Functie:

Docent, trainer-coach en adviseur inzake complex gedrag

E-mailadres:

g.bettinger@ziggo.nl



Naam:

Annemie Van Neck

Functie:

Gepensioneerd ergotherapeute