



We SLAG'en ons erdoor:

Hoe als zorgverlener omgaan met agressie bij ouderen
met dementie?

Bachelor in Verpleegkunde.

Scheurweg Lynn, Truyen Lore &
Vanooteghem Sandra

Academiejaar 2023-2024

VOORWOORD

Beste lezer,

Het schrijven van deze bachelor proef was de laatste horde die we moesten nemen in het behalen van het diploma 'Bachelor in de verpleegkunde'. Onze gemeenschappelijke deler binnen het werkveld, nl. ouderenzorg, integreerden we in onze bachelor proef.

Afgelopen semester hebben we samen hard gewerkt om deze bachelor proef tot een goed einde te brengen. Hierbij zijn een aantal mensen een grote hulp en steun geweest. Graag willen we hen bedanken.

Eerst en vooral willen we onze bachelor proefbegeleidster Els bedanken voor de feedback, tips en ondersteuning doorheen het hele proces. Ze deed ons kritisch nadenken over de inhoud en stond ons bij met goede raad.

Hiernaast willen we ook Gitte bedanken. Ze heeft onze bachelor proef een aantal keer nagelezen en een aantal verbetervoorstellen gedaan.

Niet te vergeten zijn de collega's, deze hebben onze werkdruk verminderd en de tijd genomen om mee na te denken.

Als laatste willen we onze partners bedanken om in deze uitdagende tijden naar ons te luisteren en bij te staan met goede raad.

We wensen jullie alvast veel leesplezier!

Lore, Sandra & Lynn

SAMENVATTING

Probleemstelling

Omwille van de vergrijzing wordt de nood aan langdurige zorgverlening binnen ouderenzorg steeds groter. Bij het ouder worden stijgt de kans op dementie. Doorheen de jaren wordt bemerkt dat dementie vaak gepaard gaat met onbegrepen gedrag, waaronder agressie. Zorgverlening bij dementie met onbegrepen gedrag is complex en vraagt veel kennis en kunde. Zorgverleners geven aan het moeilijk te hebben in de omgang met agressief gedrag.

Vraagstelling

Welke elementen kunnen bijdragen tot het ondersteunen van zorgverleners in het omgaan met agressief gedrag bij ouderen met dementie?

Methodologie

In verschillende databanken en via wetenschappelijke websites werd gezocht naar artikels en informatie met betrekking tot agressie in de dementiezorg. Hierbij werden uitlokkende factoren, hindernissen in de praktijk, hoe om te gaan met agressie en de noden van de zorgverleners in acht genomen. Deze studie is gericht naar zorgverleners. Onderling pestgedrag bij de zorgvragers en het effect van agressie bij dementie op mantelzorgers worden hierbij dan ook niet geïncludeerd.

Resultaten

De aanleiding van probleemgedrag bij dementie, en dus ook agressie, wordt uitgelokt door verschillende factoren. Dit kan enerzijds door het dementieel ziektebeeld zelf en context gebonden factoren van de zorgvrager. Anderzijds door kennistekort, verminderde professionaliteit en kenmerken van de zorgverlener zelf. Hierbij zorgen het tekort aan registraties en interviews voor extra hindernissen in de praktijk. De omgang met agressief gedrag kan onderverdeeld worden in preventie, directe omgang tijdens het incident en wat te doen na het agressie-incident. Uit de literatuur blijkt dat de noden van de zorgverlener voornamelijk liggen in de ondersteuning achteraf.

Conclusie

Er is gebleken dat er bij de zorgverleners vaak onvoldoende kennis is rond het omgaan met agressief gedrag bij ouderen met dementie. Er bestaan richtlijnen en protocollen hieromtrent. Helaas worden deze in de praktijk om verschillende redenen niet toegepast. Het is van belang dat er op de werkvloer voldoende tijd en ruimte wordt genomen om elke situatie, waar agressie bij komt kijken, besproken kan worden. Om tegemoet te komen aan de eerdere vraagstelling is het idee gekomen om zelf een element te creëren die kan bijdragen tot het ondersteunen van de zorgverlener. Dit in de vorm van een interviewspeel. Waar ruim de tijd genomen kan worden om te spreken en waar aandacht gegeven wordt aan het bijdragen van kennis over de oudere met dementie.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
INHOUDSOPGAVE.....	4
INLEIDING	5
1 PROBLEEMSTELLING	7
2 VRAAGSTELLING	9
2.1 Onderzoeksvraag	9
2.2 Deelvragen.....	9
3 METHODOLOGIE	10
3.1 Gebruikte bronnen	10
3.2 Zoektermen.....	10
3.3 Raakvlakken	10
3.4 Exclusiecriteria	11
4 RESULTATEN	12
4.1 Probleemgedrag bij ouderen met dementie	12
4.2 Agressief gedrag	13
4.3 Uitlokkende factoren.....	13
4.3.1 Zorgvrager	13
4.3.2 Zorgverlener	15
4.4 Hindernissen in de praktijk	17
4.5 Omgaan met agressie als zorgverlener	18
4.5.1 Preventief	19
4.5.2 Tijdens het agressie incident	21
4.5.3 Na het agressie incident.....	21
5 DISCUSSIE	24
6 CONCLUSIE	25
7 INNOVATIEF PROJECT.....	26
7.1 Doelen intervisie	26
7.2 Doel spel	26
7.3 Criteria spel	27
7.4 Spelregels	27
7.5 Vragen per categorie.....	28
7.5.1 Gesprekstarters	28
7.5.2 Wistjedadjes	28
7.5.3 Rollenspel	28
7.5.4 Varia	28
7.6 Hoe ziet het spel eruit.....	29
7.7 Kritische blik	29
LITERATUURLIJST	30

INLEIDING

Als nieuwe samengestelde groep gingen we in een eerste sessie op zoek naar een gemeenschappelijke factor. Door alle gedachten op een whiteboard te schrijven kwamen we snel tot de conclusie dat in elke vorm van zorg ouderen betrokken worden. We geven u graag inkijk op onze eigen werkplek en de motivatie om verder te gaan met de zorg voor ouderen.

Sandra werkt als hoofdverpleegkundige in een woonzorgcentrum in Lille. Het volgen van het verkorte traject geeft de kans om voltijds werken en studeren te combineren;

“Zelf werk ik reeds 20 jaar binnen de ouderenzorg. In het woonzorgcentrum waar ik momenteel tewerk gesteld ben zijn voornamelijk ouderen met dementie woonachtig. Agressief gedrag durft wel eens voorkomen, zowel verbaal als fysiek. Vaak wordt gemerkt dat zorgverleners niet goed weten hoe hiermee om te gaan en trachten de zorg voor die specifieke bewoners dan ook te vermijden. Deze problematiek kan soms zorgen voor een psychische overbelasting en spanningen binnen het zorgteam. Echte richtlijnen of handvaten zijn niet voorhanden. Om deze reden lijkt het mij zeer interessant om hier verder in te verdiepen.”

Lynn werkt in een mobiel psychiatrisch crisisteam van Bethanië en leert zo de Antwerpse regio beter en beter kennen. Ook werkt ze voltijds en kan ze via het verkorte traject naar een bachelor toe werken;

“Ondertussen werk ik twaalf jaar als verpleegkundige in Geestelijke Gezondheidszorg. De afgelopen jaren kwam ik verschillende keren in contact met ouderen die naar de gesloten afdeling werden gebracht omwille van ‘onhoudbaar gedrag’. Op deze afdeling werd er gezocht naar een manier waarop we het meeste in contact konden treden met deze ouderen. Snel werden ze doorverwezen naar een gespecialiseerde afdeling.

Nu werk ik vooral in de thuissituatie en trachten we mensen niet in opname te laten gaan. Meer en meer ouderen worden ook bij onze dienst aangemeld. Het ‘moeilijkere gedrag’ van de oudere zorgvrager proberen we thuis in kaart te krijgen, samen opzoek te gaan naar oorzaken en de beste benadering voor de zorgvrager, een niet zo evidente zaak. Want wat is de beste benadering? Vanwaar komt dit ‘moeilijk gedrag’? Welke hulpmiddelen zijn er voor handen en kunnen in de thuissituatie helpend zijn om gedrag uit te klaren? Vragen die ik graag verder mee uitdiep doorheen dit project.”

Lore heeft via haar werkgever de kans gekregen om met project 600 aan de slag te gaan voor de opleiding verpleegkunde. Dit maakt dat ze ook via haar stages in contact komt met de zorg voor ouderen;

“Ik volg deze opleiding via project 600 en werk momenteel als woonbegeleiding binnen een PVT. Ik ben in het verleden al meermaals in contact gekomen met verbale agressie van ouderen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek. Hiernaast ben ik gedurende mijn stages al meermaals in contact gekomen met agressief gedrag van patiënten/bewoners naar zorgverleners. En ik heb hierbij gemerkt dat er soms wel handleidingen of protocollen zijn, maar dat deze niet altijd gekend zijn door de hulpverleners.”

Belanghebbenden

Bij een onderzoek naar agressie door ouderen kunnen verschillende belanghebbenden betrokken zijn, afhankelijk van de context en het doel van het onderzoek. Enkele potentiële belanghebbenden zijn:

- **Familie en naasten:** Personen die de ouderen kennen. Zij kunnen inzicht geven in de context en factoren die het gedrag mogelijks beïnvloeden.
- **Betrokken zorgverleners:** Artsen, psychologen, verpleegkundigen, zorgkundigen, ...e.a. zijn belangrijk bij het begrijpen en behandelen van agressief gedrag bij ouderen met dementie.
- **Medepatiënten:** Indien zij betrokken partij zijn, getuige zijn, ... bij de agressie is er ook naar hen een belang om hier verder onderzoek naar te doen. Hoe kan agressie vermeden worden en de nodige rust en veiligheid voor anderen gegarandeerd worden?
- **Directie en leidinggevenden:** Dit zijn belangrijke belanghebbenden, aangezien zij verantwoordelijk zijn voor het opstellen van beleid en het toewijzen van middelen voor ondersteuning van de ouderen en collega's.
- **Ouderen zelf:** De ouderen die agressief gedrag vertonen, zijn directe belanghebbenden bij het onderzoek. Het begrijpen van hun gedrag kan leiden naar het bieden van passende zorgverlening.

De inzichten en ervaringen van deze personen kunnen helpen bij het begrijpen van de problematiek en het ontwikkelen van effectieve interventies.

Er wordt door verschillende onderzoekers opgemerkt dat gedragsstoornissen in een dementieel proces vaak voorkomt. Het heeft effect op de kwaliteit van het leven van de zorgvrager maar ook van de betrokken zorgverleners, mantelzorgers, familie en naasten alsook van andere bewoners (Bohn Stafleu van Loghum, 2013; Veldwijk-Rouwenhorst et al & Verwey et al, 2021,).

Veldwijk- Rouwenhorst et al. (2022) vervolgen dat de invloed op de bewoner zelf gaat dan over zelf verwondend gedrag, maar ook het toegediend krijgen van kalmerende medicatie en zo nodig fysieke fixatie. Andere bewoners kunnen ook verwond geraken door agressie en hierdoor een effect hebben op de kwaliteit van hun leven. De letsels bij zorgpersoneel is uiteenlopend, fysieke letsels zijn niet uit te sluiten maar ook stress kan ervoor zorgen dat de zorgverlener naar burn out gaat. Het uitdagende gedrag kan ervoor zorgen dat het zorgpersoneel op zoek gaat naar ander werk.

Doelstelling

Zorgverleners die werken met ouderen komen vaker in contact met agressief gedrag. De oorzaak hiervan wordt in de literatuur vaak gelinkt aan een dementieel proces. Het doel van deze studie is dan ook om elementen aan te reiken zodat de weerbaarheid van deze zorgverleners kan versterken.

1 PROBLEEMSTELLING

Starremans (2019) beschrijft dat uit een enquête van 2017 blijkt dat 35% van de zorgverleners dat jaar de agressie in de gehele zorgsector zag stijgen. 80% werd geconfronteerd met verbale agressie en 58% had te maken met fysieke agressie. Recentere cijfers uit een enquête vanuit het vakblad Nursing (2021) bevestigen dit en rapporteren dat maar liefst 82% van de 1390 respondenten geregeld met verbale agressie te maken heeft. Er staat nergens in de artikels een vermelding binnen welke leeftijdscategorie de meeste agressie-incidenten voorkomen. Wel wordt in de deze van Nursing (2021) vermeld dat 45% van de correspondenten werkzaam is in een ziekenhuis, 10% als thuisverpleegkundige, 9% binnen GGZ en 14% in woonzorgcentra.

Ook Adriaansen (2021) maakt melding dat uit onderzoek blijkt dat het agressiegehalte in de zorg toeneemt. 74% van deze ondervraagden is de laatste 12 maanden in contact gekomen met agressief gedrag. Zorgverleners geven aan dat omgaan met agressief gedrag moeilijk is omdat dit botst met hun waarden en normen. Ze willen anderen immers helpen en goede zorg kunnen bieden.

Het beschreven agressief gedrag in de enquête van Nursing (2021) gaat over scheldwoorden, beledigingen en dreigementen. 58% van de respondenten zou ook met fysieke agressie te maken hebben gekregen. Dit omvat slagen, stampen, een kopstoot, bespuugd worden, krabben, bijten, aanvallen met materiaal of de keel dichtknijpen. 41% van de zorgverleners geeft aan dat er binnen de tewerkgestelde instelling geen of onvoldoende opvang is voor hen. Vaak weten ze zelfs niet bij wie ze hiervoor terecht kunnen en blijkt het aanbod tot training onvoldoende bevonden. 78% van de respondenten geeft aan minstens éénmaal per jaar agressietraining te willen krijgen.

De bevolkingscijfers van de Vlaams Overheid tonen al jaren aan dat er een vergrijzing van de bevolking plaatsvindt. In 2023 is 21% van de bevolking immers ouder dan 65 jaar (Vlaamse Overheid, 2023). Volgens cijfers van gezondheid België (2019) verbleven er in 2019 reeds 8,5% van deze leeftijdscategorie in een rustoord of woonzorgcentra. In de toekomst wordt er dus steeds meer beroep gedaan op langdurige zorg binnen de ouderenzorg. Daarbij komt dat volgens het risicomodel van Alzheimer Europe er in 2020 circa 202 402 Belgen waren met dementie, waarvan er 141 246 in Vlaanderen woonden. Eén van de belangrijkste risicofactoren van dementie is leeftijd. De kans op dementie stijgt naarmate men ouder wordt (Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, s.a.). Binnen het dementieproces spreekt men over verschillende gradaties, nl. beginnende dementie, matige dementie en ernstige dementie. Deze gradaties tonen het verloop van dit ziektebeeld aan. (Alzheimer Liga Vlaanderen VZW, 2023).

Wanneer men spreekt over probleemgedrag bij dementie, wordt 40% hiervan geuit in agressief gedrag (Geelen, 2018). Van Assche et al. (2013) stelt dat bij ongeveer 80% van alle ouderen met dementie gedrags- en psychologische problemen zoals bijvoorbeeld agressie voorkomen. Uit onderzoek van Ettema (2016) blijkt dat 97% van de dementerende zorgvragers van een woonzorgcentrum probleemgedrag, zoals agitatie, prikkelbaarheid, ontremd gedrag, agressie en hallucinaties, vertonen. Bij 25% zijn er verschillende gedragingen tegelijk zichtbaar. Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) stellen dat 80% van de bewoners met dementie in een woonzorgcentrum moeilijk gedrag vertonen en dat dit ernstiger wordt naarmate de ziekte vordert. Dit gedrag heeft een impact op de levenskwaliteit van de oudere zelf, alsook hun omgeving (Van Assche et al., 2013; Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022).

In een studie van Dikken et al. (2016) blijkt dat verpleegkundigen een tekort aan kennis hebben maar ook een negatieve attitude bij oudere zorgvragers. Dit maakt dat ze voor hen liever niet willen zorgen. Ze sturen er op aan om de kennis van de verpleegkundigen over oudere zorgvragers te verbreden en bijgevolg ook de attitude rond het opnemen van de zorg voor deze groep zorgvragers. Men besluit dat hier de

grootste uitdaging zal liggen voor zowel de zorgverleners, de werkgevers als de onderwijsinstellingen. Wat aan de basis ligt van de negatieve attitude wordt niet verder beschreven.

Ondanks het feit dat er heel wat nieuwe kennis en nieuwe inzichten bestaan of ontwikkeld werden rond de zorg voor ouderen met dementie zijn deze lang niet overal bekend. Het gebruik van richtlijnen in de praktijk laat te wensen over (Trimbos & Vilans, 2014). Door de onvoldoende kennis van zorgverleners over stadia van dementie, worden bepaalde signalen vaak gemist. Eveneens worden bij dit kennistekort bepaalde gedragingen snel aan het dementieel proces gewijd en kijkt men niet verder naar het verleden of karakter van de persoon in kwestie (Nursing, 2023).

Van Assche et al. (2013) leggen bijvoorbeeld uit dat kennis over gehechtheid een aandeel kan hebben bij het herkennen en begrijpen van psychologische en gedragsproblemen. Wetende dat het hechtingssysteem een cruciale rol speelt in stresssituaties en stressregulatie. Bij het ouder worden zijn dan ook een aantal stressoren die dit systeem kunnen activeren, denk maar aan het ouder worden op zich, verliezen van mogelijkheden, verliezen van een geliefde. Bijkomend kan het proces van dementie, waar de cognitieve vaardigheden verminderen, gevolgen hebben in het gedrag. De gedragsproblemen kunnen zo een invloed hebben op de draagkracht van de zorgverlener. Bijkomend kan volgens Geelen (2018) bij professionals die betrokken zijn bij een persoon met probleemgedrag de vaak onvermijdelijke emotionele belasting worden vergroot door hun eigen referentiekader. Er ontstaat overmatig en onnodig emotioneel leed door irrationele gedachten over de situatie.

Doordat de zorgverlening aan de doelgroep, mensen met dementie met onbegrepen gedrag complex is, vraagt deze veel kennis en kunde van alle betrokkenen alsook een hoge mate van professionaliteit. Door een toenemend aantal mensen met dementie gecombineerd met forse bezuinigingen en transities in de zorgsector, staat deze professionaliteit van zorgverleners onder druk. Uit inspecties blijkt immers dat er niet gepast wordt omgegaan met probleemgedrag, wat leidt tot een vermindering van kwaliteit van leven van de betrokken zorgvrager (Trimbos & Vilans, 2014). Werken in de zorg gaat samen met stressvolle gebeurtenissen. 24% van de zorgverleners stopt binnen het eerste jaar. Een te hoge werkdruk, te weinig supervisie, het ontbreken van interventies op organisatie- of teamniveau en uitdagend gedrag van zorgvragers kunnen ervoor zorgen dat zorgverleners ander werk zoeken. Hiernaast kan probleemgedrag ook gevoelens van machteloosheid bij de zorgverleners boven halen. Dit geeft hen het gevoel niet verder te kunnen met de behandeling of de zorgen (Nieuwenhuijsen et al., 2022; Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022).

2 VRAAGSTELLING

2.1 Onderzoeksvraag

Welke elementen dragen bij tot het ondersteunen van zorgverleners binnen de ouderenzorg in het omgaan met agressief gedrag bij dementie?

PICO

P: Zorgverleners binnen de ouderenzorg die in contact komen met agressief gedrag bij personen met dementie.

I: Elementen aanreiken voor omgaan met agressief gedrag

C: Geen elementen aanreiken

O: Weerbaarheid van de zorgverleners verhogen

2.2 Deelvragen

Volgende onderverdeling wordt gehanteerd om de onderzoeksvraag te ondersteunen:

- Wat is ouderenzorg?
- Wat is probleemgedrag bij ouderen met dementie?
- Wat is agressief gedrag?
- Wat zijn de uitlokkende factoren van agressie en hoe bemoeilijkt deze de zorg?
 - o Vanuit de zorgvrager
 - o Vanuit de zorgverlener
- Welke hindernissen komt men tegen in de zorg bij dementie?
- Welke adviezen worden er gevormd in de omgang bij ouderen met agressief gedrag?
 - o In preventie van agressief gedrag
 - o Tijdens het agressie incident
 - o Na het agressie incident
- Waar liggen de noden van zorgverleners in de omgang met agressief gedrag bij ouderen met dementie?

3 METHODOLOGIE

3.1 Gebruikte bronnen

Geraadpleegde databanken:

- Limo, Invert, PubMed, portal4care

Websites:

- Nursing, Trimbos, Vlaamse Overheid, Gezondheid België, Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, Vormingscentrum HIVSET, Alzheimer Liga.

3.2 Zoektermen

- Weerbaarheid – Resistance
- Agressie – Aggression
- Ouderenzorg – Elderly care
- Woonzorgcentra - Nursing home
- Kennistekort – Knowledge deficit
- Verpleegkundige-patiëntrelaties – Nurse-patients relations
- Moeilijke patiënten – Difficult patiënts
- Dementie- dementia
- Intervisie

3.3 Raakvlakken

In het werkveld zijn er verschillende raakvlakken met het onderwerp 'Agressie'. Hieronder staan een aantal gevonden vormingen, hulpmiddelen en ervaringen genoteerd.

- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (2018) biedt een toolbox aan; "Samen agressie alert: in de ouderenzorg. Toolbox".
- Praatcafé dementie: dwaallicht.
- Vormingscentrum HIVSET biedt op 17/10/2023 een workshop met virtual reality aan bij zorgverleners met als doel te laten voelen wat mogelijke agressie bij personen met dementie kan teweegbrengen.
- Thesis van Tina Vandecasteele. "AGGRESSION AND TRANSGRESSIVE BEHAVIOUR IN CARE RELATIONSHIPS: Influencing factors and underlying processes in nurses' and patients' perceptions" (2018).
- Op het symposium van kwaad naar erger (UPC KU Leuven op 26 oktober 2023), brengt professor Maarten Van Den Bossche nieuwe ontwikkelingen over agitatie en agressie bij dementerende personen. Het gaat van preventie naar opschalen tot intensieve zorg.

3.4 Exclusiecriteria

Deze studie richt zich voornamelijk op zorgverleners die in aanraking komen met agressie geuit door de zorgvrager met dementie. Hierdoor worden volgende thema's niet in dit onderzoek opgenomen.

Er is steeds meer sprake van peer-to-peer pesten, of pesten door medebewoners, binnen begeleid wonen en woonzorgcentra. Een Nederlands expertisecentrum vermeldt dat hiervoor een pestprotocol bestaat (Stop Pesten Nu, 2023). Zoals hierboven al benoemd is pesten een vorm van agressie dat vooral gericht is naar medebewoners.

Wanneer de belasting van de mantelzorger te groot wordt kan dit een verstoring geven in de relatie met de patiënt. Het is belangrijk om aandacht te hebben voor diens draagkracht, het emotioneel welbevinden en het functioneren in de zorg (Moorhead et al., 2020). Het effect van agressie bij dementie op de mantelzorger wordt hier uitgesloten.

De focus wordt in deze studie gelegd op een onderdeel van probleemgedrag, namelijk agressie. De andere gedragingen die problemen veroorzaken zoals en angst en depressie worden hier niet verder besproken omdat dit een andere aanpak vereist.

4 RESULTATEN

Er is geen eenzijdige definitie over het begrip 'ouderen'. Er bestaat immers een discussie over vanaf welke leeftijd men oud is. In België worden er verschillende leeftijdsgrenzen gehanteerd. Zo gebruikt men op Vlaams niveau de leeftijdsgrens van 60 jaar en op federaal niveau is dit 65 jaar (Vlaamse ouderenraad, s.a.).

Binnen de ouderenzorg spreekt men wel over geriatrie patiënten. Dit zijn ouderen met co-morbiditeit, beperkingen en toegenomen kwetsbaarheid. De hulpvraag van deze geriatrie patiënt zijn heel uiteenlopend door de diversiteit van hun co-morbiditeit en bestaat telkens uit verschillende combinaties van fysieke, psychische en sociale problemen (Schim van der Loeff-van Veen, 2023).

4.1 Probleemgedrag bij ouderen met dementie

In de praktijk worden er verschillende termen gehanteerd om afwijkingen in het gedrag van mensen met dementie te benoemen. Begrippen zoals moeilijk gedrag, probleemgedrag, uitdagend gedrag en onbegrepen gedrag liggen dicht bij elkaar, maar hebben toch een andere lading (Trimbos & Vilans, 2023). Deze studie is voornamelijk gericht op agressie, een vorm van probleemgedrag, daarom wordt de term "probleemgedrag" gehanteerd doorheen dit onderzoek.

De definitie van probleemgedrag is volgens Domus Medica (2017) "elk gedrag van een bewoner dat door hem/haarzelf en/of omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren".

Probleemgedrag is gedrag dat moeilijker te begrijpen valt. Voorbeelden hiervan zijn agressie of angsten. De aanleiding voor dergelijk gedrag wordt vaak bepaald door verschillende factoren. Denk maar aan de aard & graad van dementie, eventuele psychiatrische problematiek en lichamelijke problemen zoals pijn, constipatie en ontstekingen. Men vervolgt dat moeilijk werkbaar gedrag een sociale reactie kan zijn en dus uitingen als reactie op gedrag van iemand anders of hoe men met de zorgvrager omgaat (Expertisecentrum Dementie, 2015; Zwijsen et al, 2014).

Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) spreekt van probleemgedrag in de ouderenzorg bij personen met dementie. De uitdaging ligt hier vooral bij agitatie en agressie in de woonzorgcentra, men spreekt over een mogelijke impasse bij zorgverleners in het geven van zorg.

"Probleemgedrag is alle gedrag dat emotionele belasting of gevaar veroorzaakt voor de persoon met dementie zelf, en/of voor mensen in zijn of haar omgeving." (Geelen, 2018). Volgens Geelen (2018) kan iemand door de gevolgen van dementie in een stresstoestand geraken. Deze persoon voelt niet aan wat zij wel en niet kan, waardoor pogingen tot helpen als onnodige bemoeizucht worden ervaren. In een voor hen als dreigend aanvoelende situatie zie je dan angstig of agressief gedrag. Ook vervaagt het verband tussen probleemgedrag en de persoon die hij of zij vroeger was. De vroegere persoonlijkheid wordt bij het vorderen van dementie vaak minder voorspellend. Je mag hier niet zomaar aannemen dat de ware aard nu naar boven komt.

4.2 Agressief gedrag

Bij 40% van probleemgedrag bij dementie spreekt men van agressief gedrag. Er zijn een aantal soorten agressie binnen de zorg, nl. emotionele agressie, instrumentele agressie, relationele agressie en agressie veroorzaakt door een pathologie (Adriaansen, 2021; Geelen 2018, 2021).

Emotionele agressie wordt veroorzaakt door een externe factor. Deze agressie is vaak niet gericht op een zorgverlener, maar op de gekregen boodschap. Bij instrumentele agressie wordt de agressie als instrument gebruikt om een bepaald doel te bekomen, dit kan gaan over pestgedrag en dreigen. Naast verbale en fysieke agressie valt ook seksueel overschrijdend gedrag hieronder. Deze vorm komt het vaakst voor. De derde en laatste vorm is agressie door een pathologie. De oorzaak is meestal onduidelijk en deze vorm van agressie wordt door zorgverleners vaak aangekaart als onbegrepen gedrag. Iedere vorm van agressie heeft een andere aanpak nodig. Relationele agressie of pesten is structurele agressie met impact op het slachtoffer en omgeving. Pesten kan gaan over schelden, iemand negeren of buitensluiten (Adriaansen, 2021; Geelen 2021).

Uit deze studie blijkt dat het belangrijk is dit onderscheid te leren maken omdat elk type agressie een andere aanpak vergt.

4.3 Uitlokkende factoren

De aanleiding van probleemgedrag bij dementie, en dus ook agressie, wordt uitgelokt door verschillende factoren. Dit kan enerzijds vanuit de zorgvrager en anderzijds vanuit de zorgverlener.

4.3.1 Zorgvrager

Ziektebeeld

Volgens Domus Medica (2017) zijn er verschillende ziekte gerelateerde factoren die het risico op probleemgedrag verhogen. Zo spreekt men over organisch hersenlijden, fysieke beperkingen, onderliggende psychiatrische aandoeningen en de gevormde persoonlijkheid.

Verschillende onderzoekers merken op dat probleemgedrag zoals agressie vaker voorkomt bij personen met dementie. Bij personen met dementie kan er sprake zijn van moeite met probleemoplossing, uiten van behoeften, agitatie, rusteloosheid, achterdocht en agressie. Wat dan weer de zorg kan bemoeilijken (Moorhead et al., 2020).

Dementie is een stoornis in het cognitieve functioneren, meer bepaald het geheugen, taal, leervermogen en het begrijpen & uitvoeren van complexe en dagdagelijkse handelingen. Hiernaast kunnen stemming, persoonlijkheid en gedrag ook veranderen. Veel voorkomende vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer, fronto-temporale dementie, lewy-body dementie en vasculaire dementie. Hiernaast zijn er ook een aantal vormen die minder frequent voorkomen, nl. Chora van Huntington, de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, jongdementie en alcohol-dementie. Deze vormen hebben een verschillende oorzaak, zoals de lokalisatie en ernst van de afwijking in de hersenen (Alzheimer Liga Vlaanderen, 2023; Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, 2023).

Ook op dementie.nl (s.a.) leggen ze uit dat agressie in verschillende fasen van het dementieel proces kan voorkomen, wat kenmerkend is voor de ziekte. Zoals iedereen heeft ook een persoon met dementie nood aan rust, maar door het ziekteproces kan het hier fout gaan. Een situatie kan verkeerd geïnterpreteerd worden en ook het

beoordelen van een situatie kan minder goed gaan. Hierdoor kan men een situatie anders aanvoelen, zoals vernederend of bedreigend. Ook schaamtegevoel kan een grote rol spelen in het uiten van agressie maar ook frustratie, wanen en/of hallucinaties. Door de ziekte kunnen bekenden zomaar onbekenden worden die te dicht komen. Ook dit kan agressief gedrag uitlokken.

De oorzaak van agressie bij dementie is volgens Marcinkowska et al. (2020) een heel ingewikkeld gegeven dat kan samenhangen met biologische factoren en psycho-sociale factoren. Voorbeelden van een psycho - sociale factoren zijn reacties van stress en het woongebeuren. Als biologische factor kan het hyper functioneren van het dopaminerge en noradrenerge transmissiesysteem gekoppeld worden aan agitatie bij personen met dementie. Men voegt toe dat een verlaagde weerbaarheid van de serotonine receptoren in de prefrontale cortex en het veelvormige van deze serotonine receptoren een verband kunnen en dus een verhoogd risico kunnen hebben op agressie en hallucinaties.

Context

Bohn Stafleu van Loghum (2013) vult aan dat wanneer een oudere probleemgedrag, zoals agressie, vertoont dit niet altijd een vrije keuze is. De oorzaken liggen op meerdere terreinen. Dementie is hier één van, maar is nooit los te koppelen van andere elementen. Om grip te krijgen op het gestelde gedrag is de oorzaak achterhalen een eerste stap, in combinatie vanuit een groot assortiment beïnvloedende factoren. Mogelijke beïnvloedende factoren van agressief gedrag bij personen met dementie kunnen zijn: verandering van leefsituatie, neurologische schade met aantasting van prikkeloverdracht, medicatiegebruik of plots stoppen hiervan, andere zorgvragers die onrust vertonen, slaapgebrek en onvoldoende dag structuur. Somatisch lijden, pijn of discomfort is hierbij steeds een vertrekpunt. Een steeds moeilijker te doorbreken vicieuze cirkel kan ontstaan indien agressief gedrag niet serieus wordt genomen.

Interactie met de familie en medebewoners kan eveneens een rol spelen in het stellen van agressief gedrag. Ook recente verlieservaringen kunnen hier mede een oorzaak zijn (Domus Medica, 2017).

Hechting

Verschillende hechtingsstijlen en een verschuiving in hechtingsfiguren kan een beïnvloedende factor zijn voor probleemgedrag bij ouderen met dementie. Wanneer men spreekt over hechting bij ouderen bemerken de onderzoekers opvallende veranderingen in de hechtingsfiguren. Zo krijgen de ondertussen volwassen kinderen, (huis) arts en religieuze gestalten een functie in de hechting van de oudere persoon. Ook huisdieren kunnen deze functie krijgen, eveneens een plek of omgeving waar men verblijft kan een grotere rol in de hechting spelen (van Assche et al., 2013).

Verschillende hechtingsstijlen en probleemgedrag worden toegelicht in onderstaande tabel.

Veilige hechting	Weinig angst en vermijding om een hechting aan te gaan. Ze hebben vertrouwen en kunnen met nabijheid omgaan.
Vermijdende hechting	Minder angst maar veel vermijdingsgedrag. Onafhankelijkheid en vermijding zijn hier typerend.

Gepreoccupeerde hechting	Veel angst en minder vermijgend. Grote nood aan nabijheid, de valkuil is dat dit als afhankelijk wordt ervaren.
Angstig vermijdende hechting	Angst en vermijding zijn gelijkwaardig aanwezig. Er is een verlangen naar nabijheid maar uit vrees voor afwijzing zoeken ze de vermijding op.
Overt hechtingsgedrag	Voornamelijk in het begin van dementieproces. Een scheiding met hechtingsfiguur kan de aanleiding zijn voor roepen en aanklampend gedrag.
Covert hechtingsgedrag	Komt later in het dementieproces. Geeft een verminderd realiteitsbesef maar constante nood aan veiligheid, kan leiden tot een 'ouderfixatie'. Men gelooft dat deze nog in leven zijn. 'Ouderfixatie' hangt vaker samen met een verblijf in WZC door een onveilige hechting.

Van Assche et al. (2013)

4.3.2 Zorgverlener

Stress en onrust bij zorgverleners wordt niet alleen veroorzaakt door probleemgedrag, zoals agressie, van de zorgvrager, maar wordt ook beïnvloed door bepaalde kenmerken van de zorgverleners zelf. Dit alles heeft een wisselwerking met elkaar. Zo spelen leeftijd, ervaring en opleiding een rol (Hazelhof et al., 2019).

Het omgaan, de kennis en attitude van zorgverleners kunnen eveneens bijdragen aan probleemgedrag bij zorgvragers (Domus Medica, 2017).

Persoonlijke kenmerken

Iedere zorgverlener heeft een andere persoonlijkheid en karakter. Deze verschillen zorgen voor een verscheidenheid in aanpak van de zorgvrager en dit kan voor problemen zorgen in het omgaan van probleemgedrag. Ook kan de situatie door een verkeerde aanpak als moeilijk aangevoeld worden (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022).

De hechtingsstijl van de zorgverlener zelf heeft ook een impact op de gedragsproblemen bij personen met dementie. Wanneer bijvoorbeeld een zorgverlener een vermijdende hechtingsstijl heeft en de persoon met dementie een onveilige hechting kunnen de gedragsproblemen toenemen. Vermijgend gehechte zorgverleners gaan ook vaker ruzie maken met de zorgvrager tegenover een veilig gehechte zorgverlener vaker veranderingen gaan aanvaarden en de nodige zorgen op zich nemen. Angstig gehechte personen zullen sneller paniek ervaren en hierdoor de symptomen van dementie gaan bestrijden. Misinterpretaties van bepaald gedrag kan gevolgen hebben voor de behandeling van de zorgvrager en dus ook de kwaliteit van de zorg.

Kennis

"Kennis van de zorg bij dementie is de mate waarin iemand aantoonbaar inzicht heeft in progressieve dementie, het beloop gedurende een lange tijdsperiode en plannen voor ondersteunende zorg naarmate de ziekte voortschrijdt" (Moorhead et al., 2020). Bohn Stafleu van Loghum (2013) bevestigt deze stelling.

Volgens Trimbos & Vilans (2014) wordt er gesteld dat het kennisniveau van zorgmedewerkers en behandelaars vaak onvoldoende is. Er is in woonzorgcentra te weinig deskundigheid op gebied van gedrag en psychiatrie. Experts opperen voor een permanente interne scholing. In vastgelopen situaties kan ook de hulp van externe expertise ingeroepen worden.

"Het is cruciaal bij patiënten met dementie dat men ook kennis heeft over verschillende types dementie en hun gevolgen op vlak van sociale cognitie, persoonlijkheid, stemming en gedrag" (Van Assche, 2013). Het is dan ook van belang om een duidelijke visie op dementiezorg te hebben (Trimbos & Vilans, 2014).

Kennis over gehechtheid bij de ouderen is relevant om gedragsproblemen te begrijpen (Van Assche et al., 2013). Een tekort aan deze kennis is een factor die kan bijdragen tot het uitlokken tot agressie.

Professionele attitude

Weinig aandacht voor de problemen en behoeften van de zorgvrager, en onvriendelijke of ongeïnteresseerde zorgverleners zijn eveneens beïnvloedende factoren voor agressie-incidenten bij zorgvragers met dementie (Bohn Stafleu van Loghum, 2013).

Bijkomend kan de attitude van zorgverleners voor problemen zorgen in het omgaan met probleemgedrag volgens Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022). Men spreekt over de afwachtende houding, hier nemen de zorgverleners niet de rol op die op voorhand werd afgesproken. De angst voor falen zorgt er ook voor dat zorgverleners geen hulp zullen vragen. Hierdoor komt hun stem niet tot bij het behandelende team. Naast een afwachtende houding kan een negatieve attitude tegenover de zorgvrager het de zorgverlener moeilijk maken om de juiste zorgen te bieden aan de desbetreffende zorgvrager. Hierdoor worden de noden van de zorgverleners niet altijd gehoord. Doordat er in teamverband te weinig gesproken wordt over probleemgedrag, bestaat de kans dat zorgverleners weinig inzichten hebben over het ontstaan van gedrag en hoe hiermee om te gaan.

Zorgvragers kunnen als 'moeilijk' bestempeld worden als ze pessimistisch, respectloos en/of rusteloos gedrag stellen. Zo'n patiënt maakt het de zorgverlener gemakkelijker om afstand te nemen van deze persoon zijn waarden, normen en prioriteiten anders zijn dan die van onszelf. Iedere persoon kan onder bepaalde omstandigheden als 'moeilijk' bestempeld worden. De aanpak van 'moeilijk' gedrag loopt meestal stuk op gevoel van onmacht bij de zorgvrager. De zorgvrager wordt dan als onhandelbaar bevonden (Starremans, 2021; Tanoubi et al., 2021).

Bij agressie incidenten kan een vicieuze cirkel ontstaan omdat zowel de zorgverleners als de zorgvragers hun zelfbeheersing kunnen verliezen. Met zelfbeheersing worden de persoonlijke acties bedoeld om anderen niet aan te vallen, geen gevecht te starten of destructief gedrag te vertonen naar anderen toe. Aangezien dit bij de zorgvrager met dementie aan het ziektebeeld gerelateerd kan worden, zijn de beoogde resultaten, in deze studie toepasbaar, wanneer door zorgverleners aangegeven wordt dat men boos en gefrustreerd geraakt, men andermans persoonlijke ruimte kan respecteren, men kan aangeven welke situaties vijandige gevoelens oproepen, zich kan onthouden van

verbale uitbarstingen en effectieve conflict oplossende vaardigheden kan toepassen (Moorhead et al., 2020).

Starremans (2019) merkt eveneens op dat de tolerantie voor agressie minder wordt en er dus ook meer incidenten aanzien worden als agressie. Men bemerkt daarbij wel dat het respect voor zorgpersoneel en ordehandhavers gedaald is.

4.4 Hindernissen in de praktijk

Onder hindernissen in de praktijk worden alle factoren verstaan die de omgang met agressief gedrag kunnen bemoeilijken.

Het melden van incidenten of moeilijk gedrag wordt niet of onvoldoende ingevuld. Tijdsgebrek, het gedrag van de zorgvrager als 'normaal' aanschouwen of de familie niet willen kwetsen zijn redenen waarom dit niet of onvoldoende wordt gedaan. Hiernaast gebeurt de registratie van incidenten of probleemgedrag niet op een structurele en gedetailleerde wijze en wordt het vaak oppervlakkig en algemeen omschreven. Het team is dan veel later of niet op de hoogte van incidenten of moeilijk gedrag (Trimbos & Villans, 2014; Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022). Daarbij worden wel gemaakte registraties en meldingen nauwelijks gebruikt om een discussie te voeren over het gestelde probleemgedrag (Trimbos & Vilans, 2014).

Leyten et al. (2017) merken dat er bij verpleegkundigen een kennistekort is rond het omgaan met storend of agressief gedrag. Als bewoners onrustig worden, ijveren verpleegkundigen voor een medicamenteuze aanpak om zo agressief gedrag te voorkomen. Eens er medicatie is opgestart, zijn verpleegkundigen niet snel geneigd om deze, door de dokter, te laten verminderen of af te schaffen. Volgens Ettema (2016) heeft medicatie echter een beperkt positief effect en bijkomend een hoog risico op mortaliteit.

Elkaar feedback geven wordt als hekelpunt benoemd, zorgverleners voelen zich snel aangesproken en vermijden liever de confrontatie. Nieuwe ideeën worden negatief onthaald door andere zorgverleners. Tussen zorgverleners onderling wordt er te weinig met elkaar gesproken over de kijk op de situatie en ervaringen was. Men ziet meer een indirecte communicatie. Het aanleren van goede communicatie en tijd maken voor zelfreflectie kan goede communicatie bevorderen (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022).

Een gevolg van gedragsproblemen bij zorgvragers is discomfort en stress bij zorgverleners. Uit onderzoek blijkt dat agitatie en agressie van zorgvragers zorgt voor het meeste discomfort en stress bij de zorgverlener. Euforie en ontremming zorgt daarentegen voor het minste discomfort en stress (Zwijzen et al., 2014). Zorgverleners ervaren meer stress, onrust en een lagere werktevredenheid indien zorgvragers volgende gedragingen stellen: verbale en fysieke agressie, conflicten over voeding, veeleisend zijn, niet reageren/negeren en roepgedrag. Men verwacht dat teams die

hoger opgeleid zijn, meer trainingen hebben gehad, meer ervaring hebben of ouder zijn, beter kunnen omgaan met uitdagend gedrag (Hazelhof et al., 2019).

Individuele levenservaringen en ontwikkelingsfasen van zorgverleners, maar ook de stabiliteit doorheen het leven leiden tot de vorming van veralgemeende verwachtingen, herinneringen, cognities en emoties die mee bepalend zijn in hoe iemand omgaat met uitdagingen en moeilijke situaties. Het heeft invloed op de verwachting die men heeft over het functioneren van anderen. Het kan leiden tot verschillen in de voorbereiding op zorgtaken, de wijze waarop men deze zorg opneemt, de toe- en afname van het engagement, angstgevoelens, depressie en het ervaren van draaglast. (Van Assche et al., 2013). Het is dan ook belangrijk om beter geen rechtstreekse emotionele reacties op probleemgedrag te uiten. Indien men niet ontspannen kan blijven, kan men beter een time-out nemen en op een later tijdstip terugkomen. De manier van dit te communiceren is belangrijk. Wanneer een zorgvrager zich gerespecteerd voelt, nodigt dit minder uit om al dan niet bewust het probleemgedrag te laten gelden (Bohn stafleu van Loghum, 2013).

4.5 Omgaan met agressie als zorgverlener

In de omgang met agressie is het essentieel om de zorgvrager tegemoet te komen aan zijn of haar noden. Dit in preventie, tijdens een incident of nadien.

Wanneer men dan spreekt over deze tegemoetkoming en algemene cliënttevredenheid dient men aandacht te hebben voor de positieve beleving van onder andere de bescherming van de juridische en morele rechten, de informatie-uitwisseling tussen patiënt en verpleegkundig personeel, een goede coördinatie van de zorg, integratie van culturele behoeften, de leefomgeving, de hulp bij het functioneren en lichamelijke verzorging, psychische zorg bij emotionele kwesties, pijn- en symptoombestrijding, kennis en expertise van het zorgpersoneel, de toegang tot hulp, veiligheid, voorlichting om kennis, begrip en participatie in de zorg te verbeteren, zorgcontinuïteit en betrokkenheid van het personeel (Moorhead et al., 2020). Hier kunnen volgende verpleegkundige interventies uit voortkomen;

Interventies volgens Butcher et al. (2020). NIC	
Bij huiselijke- geweldzorg	Bij ouderenzorg
- actief luisteren, - assertiviteitstraining, - crisisinterventie, - bevordering van eigenwaarde, - emotionele ondersteuning, - incidentenrapportage, - kalmeringstechnieken, - bevordering van de levensvaardigheden, - omgevingsregulerende geweldspreventie, - verbetering van probleemhantering, - risico-identificatie &	- actief luisteren, - casemanagement, - bevordering van communicatie zowel visueel als gehoor, - gedragsregulering, - afstemming van de medicatie, - omgevingsregulering, - pijnbestrijding, - verbetering in probleemhantering, - ondersteuning bij rouwverwerking

- spirituele ondersteuning	
----------------------------	--

Vanuit bovenstaande tabel werden de interventies onderverdeeld in verschillende clusters. Deze kunnen richting geven aan de verpleegkundige in de omgang met agressie:

4.5.1 Preventief

Emoties van de zorgvrager (h)erkennen

Tanoubi et al. (2021) geeft duidelijk mee dat een aantal seconden genoeg zijn om een situatie te keren en dus een extremere reactie gaan voorkomen. Vaak komt de kwaadheid vanuit de zorgvrager die zich niet gehoord voelt of wanneer hun noden niet opgemerkt worden. Kwaadheid dient bekeken te worden als een emotie. De oorzaak van deze emotie gaan zoeken kan helpend zijn. Belangrijk is ook dat de 'moeilijke zorgvrager' zich gehoord voelt zonder vooroordeel. Men kan hiervoor de 'NURSE' methode gebruiken. N staat voor name the emotion, dus het benoemen van de emotie, U staat voor understand, en dus begrip tonen voor het gevoel. R staat voor respect, S voor support of ondersteunen van de persoon en de E staat voor explore, samen met de zorgvrager uitzoeken vanwaar deze emotie komt.

In persoonsgerichte zorg kan probleemgedrag voorkomen worden door tegemoet te komen aan de belangrijkste basisbehoefte van de persoon met dementie. In de theorie van Tom Kitwood rond persoonsgerichte zorg bij dementie is gehechtheid eveneens een belangrijk onderdeel in de psychologische behoefte. Dit omvat volgende onderdelen:

- Erkenning bieden aan de persoon met dementie en deze ondersteunen, aanvaarden en waarderen als uniek persoon.
- Oprechtheid, eerlijk en open zijn, rekening houdend met diens gevoelens en behoeften.
- Bevestiging geven door erkenning te geven aan diens realiteit, steun bieden en voorrang geven aan diens gevoelens en emoties.

(Expertisecentrum dementie Vlaanderen, 2023)

Kennis en expertise van de zorgverlener verhogen

Om emoties te herkennen dienen zorgverleners getraind te worden in het herkennen van symptomen en inzichten. Kennis over gedragingen zoals euforie en ontremming welke kunnen escaleren naar agitatie en agressie, is handig. Ook inzichten rond stressmanagement kan helpend zijn bij het verminderen van escalatie. Kennis van uitlokkende factoren van stress maar ook hoe stress verlaagd kan worden en wat de lichamelijke, cognitieve, affectieve en gedragsmatige reacties zijn van de zorgvrager op stress zijn goed om te leren herkennen (Moorhead et al., 2020.; Zwijsen et al., 2014).

Oorzaak van eerder gesteld agressief gedrag achterhalen

Het is van belang om als zorgverlener te gaan kijken waar probleemgedrag uit voortkomt. Wanneer de stempel 'moeilijke patiënt' gegeven werd kan het ook terug gekeerd worden. Ze spreken hier over 'crisis management principes'. Deze vaardigheden kunnen aangeleerd worden en ingeoefend worden in simulatiesessies (Tanoubi et al., 2021). Soms wordt probleemgedrag automatisch aan de persoonlijkheid van de oudere gekoppeld. Men verwacht dat men als zorgverlener afstand kan nemen van dit eerder gevormd beeld (Bohn Stafleu van Loghum, 2013). In een artikel van Nursing (2023) raadt Bergsma aan om het levensverhaal van de

zorgvrager goed te reconstrueren. Zo leert men meer over de persoonlijkheid en levensgeschiedenis van deze persoon en is het gemakkelijker om te achterhalen waar bepaald gedrag vandaan komt.

Zelfbewustzijn van zorgverleners verhogen

In de preventie van agressie bij de oudere met dementie is niet enkel kijken naar de zorgvrager maar ook dat zorgverleners zelfbewust kunnen zijn van hun eigen emoties, temperament, sterktes en zwaktes. Dit kan de zorgverlener vooruit helpen om ook de sterktes en zwaktes van de zorgvrager te herkennen en begrijpen. Wat ook de relatie tussen beide partijen kan verbeteren. Door de hogere zelfbewustwording kan een zorgverlener beter omgaan met meer uitdagende situaties. Onderwijs en zelfreflectie kunnen best gecombineerd worden met educatieve feedback (Younes et al., 2019). Er wordt nog aangevuld dat psycho-educatie van de zorgverleners helpend kan zijn om adviezen rond eigen houding, communicatie en benadering te formuleren (Bohn Stafleu van Loghum, 2013).

Opstellen van behandelplan

Om te voorkomen dat iedereen naast in plaats van met elkaar werkt in de aanpak van probleemgedrag, is het belangrijk om methodisch te handelen. Er bestaan reeds verschillende methoden die hierbij kunnen helpen welke in deze studie niet verder worden uitgelicht. Men beschrijft hierbij het proces door een grondige analyse te maken, een doelstelling te formuleren en er een evaluatie aan te koppelen (Trimbos & Vilans, 2014). Bij probleemgedrag heeft een multidisciplinaire aanpak de voorkeur.

Vanuit hieruit wordt een behandelplan opgesteld waarin na te streven doelen worden vermeld, binnen welke tijdspanne en met welke interventies. Het moet duidelijk zijn door wie en hoe de resultaten worden beoordeeld (Bohn Stafleu van Loghum, 2013). Door huddles, dit is tussendoor de koppen bij elkaar steken, kan men ideeën uitwisselen, benadering bespreken en prioriteiten stellen zodat men afspraken kan maken over wie wat doet en welke gedragslijn er wordt gevolgd. Afspraken en ervaringen worden genoteerd op een vaste plek met evaluatiedatum. Zo kan men leren van opgedane ervaringen en zich afstemmen op de gemaakte afspraken. De ruimte en vertrouwen die gemerkt wordt bij de collega's om zelf aan de slag te gaan werkt motiverend. Zo kan men mee een verschil maken (Geelen, 2021).

Omgevingsregulatie

Psychosociale interventies doen het antipsychoticagebruik dalen van 50% naar 23% en omgevingsaanpassingen zorgen voor een meer herkenbare levensomgeving. Deze zaken combineren kan het algemeen functioneren van de oudere met dementie ten goede komen (Ettema, 2016). Een andere manier van geweldspreventie naar zichzelf of anderen is de omgeving bewaken. Dit kan men doen door de omgeving routinematig te onderzoeken en potentiële wapens te verwijderen. Zowel zorgverleners als bezoekers kan men op de hoogte stellen om controle te houden op voorwerpen. Zo nodig kunnen nodige materialen aangepast worden, zoals plastic bestek en onbreekbaar glas (Butcher et al., 2020).

4.5.2 Tijdens het agressie incident

Casemanagement

Om negatieve gedragingen onder controle te houden dient men de zorgvrager duidelijk te maken wat er verwacht wordt en moeten er grenzen gesteld worden. Er kan worden gestreefd naar structuur en regelmaat zowel in de omgeving als in de zorgrouines. De zorgverlener dient de zorgvrager aan te spreken op een lage, zachte toon en te voorkomen dat deze zich in het nauw gedreven voelt. Men kan de aandacht van de oorzaak van agitatie trachten af te leiden en ongepast gedrag negeren. Passief-agressief gedrag dient men tegen te gaan. Wanneer de patiënt zich tracht te beheersen, kan men dit positief bekrachtigen (Butcher et al., 2020).

Risico-identificatie

In Nursing beschrijft Berends (2022) dat er een hulpmiddel bestaat dat mee kan inschatten wat wel of niet onder de term agressie valt. Het gaat over het ABCD-model. Het zou kunnen helpen om op een dezelfde manier te kijken naar agressie maar ook om het thema bespreekbaar te maken en tenslotte een plan van aanpak te kunnen afspreken.

- A-gedrag wordt aanzien als uitzonderingsvragen, hier is geen verdere interventie door anderen nodig en geraak je meestal zelf uit.
- B-gedrag is voornamelijk kritiek op de situatie. Er is van agressie nog geen sprake maar er is toch wat onderliggend te voelen.
- C-gedrag gaat het naar agressie. Gaande van schelden naar vernederen maar ook vals beschuldigen komt in dit gedrag naar de voorgrond. Belangrijk is dat C-gedrag steeds dient begrensd te worden. Oefening baart hier kunst.
- D-gedrag is de hevigste vorm van agressie; dit gaat over fysiek geweld, bedreigen en/of intimideren. Hier wordt voornamelijk de nadruk gelegd op jezelf in veiligheid brengen. Het verschil tussen bedreigen en intimideren is dat het laatste inspeelt op (jouw) angsten terwijl er bij bedreigen een concrete daad wordt voorspelt.

Het blijkt dat 'Harmony in the Bush model' agressief gedrag en agitatie bij bewoners kan verminderen. Bijkomend kan ook het stressgehalte van de zorgverlener hierdoor verlagen. Het 'Harmony in the Bush model' is een persoonsgericht model voor dementiezorg gebaseerd op muziekinterventie en de principes van 'Progressively Lowered Stress Threshold' (Isaac et al., 2021).

4.5.3 Na het agressie incident

Incidenten-analyse

Zoals reeds vermeld zorgen het tekort aan registraties voor een extra hindernis in de praktijk. Echter is het helpend om gedragsproblemen nauwkeurig in kaart te brengen, alsook de context waarin deze optreden. Dit gaat over vroegere en huidige levensomstandigheden, persoonlijkheid, gezondheid en fysieke status (Van Assche et al., 2013). Incidenten met risico op de veiligheid dienen te worden gemeld aan de werkgever zodat actie ondernomen kan worden. Hier hoeven nog geen daadwerkelijke klappen te zijn gevallen of ietsels toegebracht, maar ook dreiging ervan is belangrijk om te melden zodat een goed beeld verkregen kan worden (Geelen, 2021). Belangrijk om te weten is dat de combinatie van factoren waarin probleemgedrag ontstaat per individu verschillend is. Hoe vroeger de etiologie wordt herkend, hoe meer kans om dit gedrag om te keren. Om een diagnostiek uit te voeren bestaan reeds verschillende observatieschalen, dit kan dienen om de vicieuze cirkel van probleemgedrag te doorbreken (Bohn Stafleu van Loghum, 2013).

Om tot een plan te komen wordt een aanzet per persoon ingevuld waar ook omgevingsinvloeden in acht worden genomen. Dit heeft als doel escalatie te voorkomen. Voorbij incidenten zijn informatief. Interventies die staan beschreven bij de fase van escalatie dienen eigen worden gemaakt omdat men op het moment zelf onder spanning staat en minder flexibel is. Automatiseren helpt om onder druk te presteren (Geelen, 2021). Probleemgedrag valt niet altijd op te lossen. Het staat beschreven in een richtlijn dat probleemgedrag vier niveaus kan onderscheiden, nl. probleemgedrag verdwijnt, vermindert, wordt geaccepteerd of wordt voorkomen (Bohn Stafleu van loghum, 2013).

De Cohen-Mansfield Agitation Inventory, of kortweg CMAI, wordt gebruikt om agressie en agitatie bij personen met dementie systematisch te evalueren. De CMAI bestaat uit een vragenlijst met 29 vragen. Sinds kort is er ook een verkorte vragenlijst met 14 vragen, nl. CMAI-SF. Zorgverleners geven op iedere vraag een score. Hoe hoger de uiteindelijke score, hoe uitgesprokener de agressie of agitatie. Dit wordt vaak in combinatie met andere richtlijnen gebruikt (Krazer et al., 2023).

Een andere interventie die is ontwikkeld voor personen met matige en ernstige dementie die op een psychogeriatrische afdeling verblijven en onbegrepen gedrag en/of pijn vertonen. Stapsgewijs Onbegrepen gedrag en Pijn bij dementie de baas!, afgekort STA Op! Het geeft een team zorgverleners de mogelijkheid om onbegrepen gedrag in kaart te brengen en systematisch en multidisciplinair te analyseren en zo een passende aanpak of behandeling op te starten (Pieper, 2019). Door probleemgedrag vast te leggen, eventueel op video, kan men de interactie en de resultaten bespreken. Het is hierbij de kunst om nadruk te leggen op aspecten die goed gaan en hierbij positieve gevoelens uit te lokken (Bohn Stafleu van Loghum, 2013).

Multidisciplinaire samenwerking

Doordat andere zaken voortdurend de kop op steken, kan het zijn dat een patiëntenbespreking soms weken kan duren vooraleer er gezamenlijk op terug gekomen wordt. Gemaakte afspraken kunnen hierdoor om bijstelling vragen (Geelen, 2021).

Geplande vergaderingen waar de mogelijkheid is om te spreken over moeilijkheden en waar kennis over interventies en plannen worden bijgebracht, is een meerwaarde. Een zorgverlener, die kan aantonen inzicht te hebben in een procedure, heeft onder andere kennis van de behandelprocedure en het doel hiervan, kent de tussenstappen en eventuele beperkingen van zo'n procedure en heeft de handelwijzen toegeëigend bij complicaties. Dit kan uitdagend gedrag tot het minimum beperken. Men merkt wel op dat dergelijke vergaderingen en intervisies moeilijk zijn te implementeren. Goede communicatie onderling is zeer belangrijk. (Moorhead et al., 2020; Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022). Een goede multidisciplinaire samenwerking is belangrijk in de aanpak van probleem gedrag. Indien dit niet goed verloopt, weegt het signaleren en de aanpak van dit gedrag veel meer door op de zorgverleners. De inzet op individuele psychosociale interventies moet dan ook gedragen worden door een team dat begrijpt waarom deze interventies de voorkeur hebben in de omgang met het onbegrepen gedrag (Trimbos & Vilans, 2014). Een goede samenwerking binnen het team zorgt voor de mogelijkheid om te reflecteren over deze interventies, maar ook over gevoelens (Bohn Stafleu van loghum, 2013).

Plan voor organisatiebeleid

Een plan voor organisatiebeleid rondom agressie kan helpen om te bekijken en bespreken van welke vermelde instrumenten geen gebruik wordt gemaakt. Men kan zich afvragen of dit al dan niet een bewuste keuze is. Ook blinde vlekken komen naar

voren in het totale overzicht. Van het management zelf wordt verwacht dat er duidelijkheid komt over wat er precies met een melding gedaan wordt, van wie en hoe slachtoffers hulp mogen verwachten (Geelen, 2021).

Intervisie

Uit onderzoek blijkt dat emotionele ondersteuning en het bespreekbaar maken van dit thema voor zorgverleners moeilijk is, doordat ze zich hierdoor minder professioneel zouden voelen. Toch is het belangrijk om hen hierin te ondersteunen, dit bespreekbaar te maken en hen hierin te trainen/op te leiden (Zwijssen et al., 2014).

Na een incident met agressie zoeken en vinden verpleegkundigen hulp en steun bij collega's, leidinggevenden of familie en vrienden. 9% van de 1390 respondenten zoekt eveneens professionele hulp van psycholoog of huisarts. 7% bespreekt dit nergens (Nursing, 2021). Toch blijkt uit onderzoek van Geelen (2021) dat één op vijf teamleden van werkgever verandert omdat zij zich onvoldoende opgevangen voelden door collega's of door de organisatie na een ernstig incident. Het is belangrijk dat desbetreffende collega na een schokkende ervaring opgevangen wordt. Dit kan men doen door goed te luisteren, stimuleren om te reflecteren, erkenning te geven en praktische steun aan te bieden. Het doel van intervisie wordt verderop in deze studie toegelicht.

Eveneens is het van belang om na een incident zelf steun te zoeken en erover te praten met anderen. Het is niet aangewezen om zich sterker voor te doen dan men is. Het verwerken van intense gebeurtenissen is een actief proces. Het kost tijd om erover heen te komen. Het is normaal dat men na zo'n incident meer moe, gespannen of prikkelbaarder is dan anders. Dit vervaagt na enkele dagen of weken. Voor wie er zelf niet bovenop komt, is psychologische hulpverlening een mogelijkheid (Geelen, 2014).

5 DISCUSSIE

Er vindt een vergrijzing van de bevolking plaats. Echter, in het komen tot een antwoord op onze deelvragen ondervinden we dat de literatuur voornamelijk over agressie bij ouderen met dementie gaat. Er is weinig literatuur terug te vinden over agressief gedrag binnen de algemene ouderenzorg. Verder onderzoek is nodig om deze studie te verruimen naar de algemene ouderenzorg.

Opvallend is dat er verschillende termen gebruikt worden in de ouderenzorg wanneer het gaat over 'probleemgedrag'. Daarbovenop is 'probleemgedrag' een zeer ruim begrip waar ook andere accenten kunnen liggen, zoals angst, depressie, nachtelijk dwaalgedrag, etc. Dit maakt dat het geen evidentie is om concrete cijfers en informatie rond het thema agressie op te sporen.

Agressie is een complex subjectief gegeven, hiermee wordt bedoeld dat probleemgedrag voor de ene sneller als agressie wordt beschreven dan bij iemand anders. Dit kan voortkomen uit eigen opvattingen, kennis, achtergrond en karakter. Dit maakt dat het van belang is dat het objectief invullen van registraties zinvol kunnen zijn voor het analyseren van het incident en dus als hulpmiddel kunnen worden ingezet bij het vormen van een behandelplan. Echter in de praktijk wordt tijdsgebrek aangehaald als reden van het minder registreren. Tijdsgebrek kan zich voordoen door verschillende situaties; noodgevallen, opvangen van ziekte bij collega's, vakantieperiodes, opvangen van familie, enzoverder. Onduidelijk is of tijdsgebrek de hoofdreden is voor het niet registreren van incidenten of eerder de onderliggende cultuur binnen een team een mogelijke oorzaak is. Het gebeurt dat een team vastgeroest geraakt in een bepaalde werking waardoor aanpassingen in een werkwijze weerstand met zich kan meebrengen.

In de literatuur werd er voornamelijk informatie gevonden ter preventie van agressie. Deze studie gaat over het uitzoeken wat de noden zijn voor de zorgverleners. Hieruit blijkt dat deze meer te vinden zijn in de nasleep van het incident.

Er werd opgemerkt dat zorgverleners, na een agressie incident, hulp en steun zoeken en vinden. Doch wordt er vanuit een ander onderzoek aangehaald dat een aantal zorgverleners zich onvoldoende gesteund voelen door hun collega's of door de organisatie, waardoor ze van werkgever veranderen. De werkgevers kunnen hierop nog inspelen door interviews aan te bieden.

6 CONCLUSIE

Er is gebleken dat er bij de zorgverleners vaak onvoldoende kennis is rond het omgaan met agressief gedrag bij ouderen met dementie. Verpleegkundige ijveren vaker voor een medicamenteuze aanpak, terwijl dit eerder een negatief effect heeft op de zorgvrager. Blijvend leren vinden we als groep belangrijk, dit kan door bij te blijven met de nieuwe literatuur maar ook door actief deel te nemen aan bijscholingen en leren van elkaar.

Er zijn verschillende richtlijnen en protocollen om op een gepaste wijze om te gaan met agressief gedrag. Helaas worden deze richtlijnen en protocollen in de praktijk om verschillende redenen niet toegepast. Er kan ingezet worden op de werkcultuur door als leidinggevende tools aan te reiken. Als management is het belangrijk om het meldsysteem toe te lichten en gebruiksvriendelijk aan te bieden. De leidinggevende kan hierin een belangrijke schakel zijn.

Het is van belang dat er op de werkvloer voldoende tijd en ruimte wordt genomen om elke situatie, waar agressie bij komt kijken, besproken kan worden. Dit geeft de mogelijkheid om stil te staan bij de gevoelens en behoeften maar ook bij de sterktes en valkuilen van de betrokken zorgverleners. Tijdens een teamvergadering kan er tijd genomen worden om incidenten bespreekbaar te maken.

Om tegemoet te komen aan de eerdere vraagstelling is het idee gekomen van ons om zelf een element te creëren die kan bijdragen tot het ondersteunen van de zorgverlener. Dit in de vorm van een intervisiespel. Waar ruim de tijd genomen kan worden om te spreken en waar aandacht gegeven wordt aan het bijdragen van kennis over de oudere met dementie.

7 INNOVATIEF PROJECT

Omdat intervisie als sterk middel wordt ervaren, maar de praktische uitvoering of begeleiding ervan soms wat onwennig is, kozen we ervoor om een intervisiespel te creëren.

Het intervisiespel werd als volgt gedoopt:

SLAG = Samen Leren omgaan met Agressie & Geweld

Intervisiespel: editie ouderen met dementie

Andere educatieve spelvormen ter inspiratie tot dit idee zijn het waarden en normen spel en het kwaliteitenspel.

7.1 Doelen intervisie

Intervisie is een zelfbewustwordingsproces, waarbij collega's die een gelijkaardige opleiding hebben, tijdens een intervisiemoment de tijd kunnen nemen om persoonlijke ideeën en methodes van elkaar te beluisteren en hier uit te leren. Er is ruimte om kritische vragen te stellen en zaken kunnen opgehelderd worden. Het heeft als grootste doel bijleren door zichzelf in vraag te stellen (Managementsite, s.a. & Nederlands Jeugdinstituut, 2023).

Intervisie kan volgens Woonzorg Emmaüs (2022) ook ingezet worden als coaching moment en het geven van vorming. Specifiek voor dementiezorg raden ze aan de referentiepersoon dementiezorg hierbij te betrekken. Dit zorgt ervoor dat er vaardigheden en theoretische inzichten gedeeld kunnen worden.

Een uitgangspunt in intervisie is dat geleerd kan worden binnen een veilige groep. Dit houdt in dat alles wat er tijdens een intervisie gezegd of gedaan wordt binnen deze groep blijft. Het inzetten van een vertrouwenspersoon kan in deze vorm helpend zijn (Vlaamse Overheid, s.a.).

7.2 Doel spel

Om de drempel te verlagen om aan intervisie te gaan doen, werd er gekozen om een spel te creëren. Tijd maken om stil te staan bij jezelf en op deze manier blijvend te kunnen leren, samen met de collega's, vinden we als groep belangrijk.

Het doel van dit spel sluit netjes aan bij de doelen van intervisie. Elkaar coachen, persoonlijke moeilijkheden en opvattingen bespreekbaar maken en de mogelijkheid hebben om hier verder uit leren.

Met SLAG -Samen Leren omgaan met Agressie en Geweld- willen we als groep dan ook de mogelijkheid bieden om dit op een laagdrempelige manier te implementeren in het werkveld.

7.3 Criteria spel

Een aantal belangrijke criteria voordat het spel gespeeld kan worden.

- Voldoende tijd & ruimte
- Een aanwezige supervisor, met voorkeur een psychologe, referentiepersoon of vertrouwenspersoon
- Gemotiveerde collega's
- Een zekere veiligheid moet ingebouwd worden. Dit wil zeggen dat er een veiligheid moet zijn om te kunnen spreken, alles wat in de groep gezegd wordt, blijft in de groep.

7.4 Spelregels

Inhoud speldoos

- Bordspel met vier verschillende kleuren
- Een dobbelsteen.
- Acht gekleurde speeltokens
- Vier stapels kaarten met verschillende categorieën die op de juiste kleur worden gelegd.
- Wijzer om je duo collega mee aan te duiden
- Spelregel boekje

Tijdspanne +- 60 minuten

Indien er een psychologe is kan deze de leiding van het spel op zich nemen. Indien geen psychologe is het raadzaam om een referentiepersoon dementiezorg of een vertrouwenspersoon te betrekken bij dit proces.

Een duidelijke afbakening van het doel wordt door de supervisor als eerste item aangekaart alsook de veilige plek waar men zich in bevindt moet herhaald worden.

- Een willekeurige collega start of een collega wordt met behulp van de wijzer aangeduid om te starten.
- Het spel kan starten als de eerste dobbelsteen geworpen wordt.
- Aan de gekleurde categorie waarop men beland is een gelijk gekleurde kaart gekoppeld. Deze kaart wordt hardop voorgelezen. De persoon die de kaart trekt beantwoordt als eerste de vraag, de vraag wordt nadien aan de groep gesteld.
- Wanneer je op de doe-vraag uitkomt kan je een duo partner aanduiden met behulp van de wijzer.
- Er is geen tijdslimiet per vraag.
- Men speelt het spel zolang er tijd is.
- Afsluiten met een algemene vraag: 'Wat neem je mee?'

De ervaring leert ons dat spreken met elkaar ook een leerproces is, verwacht niet dat het de eerste keer al zeer vlot verloopt. Hoe meer dit spel ingezet wordt hoe meer er opening en vertrouwen komt om te spreken.

TIP aan de supervisor: maak gebruik van de gevoelens en behoeftekaarten van verbindende communicatie.

7.5 Vragen per categorie

7.5.1 Gesprekstarters

- Waar bots jij op tijdens het werken met personen met dementie?
- Wat is voor jou probleemgedrag?
- Wanneer wordt het voor jou agressief gedrag?
- Waar wil jij verder in leren?
- Met welke verwachting ben je aan dit spel begonnen?
- Waar voel jij je onzeker over in het omgaan met agressief gedrag?
- Welke gevoelens ervaar je bij een agressie incident?
- Wat verwacht jij van je collega's of leidinggevende na een agressie incident?
- Wat heb je nodig om een agressie incident te kunnen verwerken?
- Weet jij waar je terecht kan na een agressie incident?

7.5.2 Wistjeditjes

- Wist je dat het expertisecentrum dementie Vlaanderen een toolbox 'samen agressie alert' in de aanbieding heeft?
- Wist je dat je familie kan doorverwijzen naar een praatcafé over dementie? Denk maar aan dementiecafé dwaallicht of praatcafé dementie van orion.
- Wist je dat er hulpmiddelen voor handen zijn om agressie in te schatten? Zo is er het ABCD-model.
- Wist je dat er uitlokkende factoren kunnen zijn voor agressie van de zorgvrager?
Antwoorden omkeren op kaartje:(Dementieel ziektebeeld, veranderende omgeving, verschuiving in de hechting)
- Wist je dat er ook uitlokkende factoren kunnen zijn van agressie bij de zorgverlener?
Antwoorden omkeren op kaartje:(Kennistekort over dementie, persoonlijkheid, karakter en eigen hechtingsstijl, professionele attitude (Desinteresse, afwachtende houding, angst voor falen, ...))
- Weet je wat er preventief kan werken bij agressief gedrag bij de zorgvrager met dementie?
Antwoorden omkeren op kaartje: (Emoties herkennen, oorzaak van gedrag uit het verleden achterhalen, eigen kennis en expertise verhogen, behandelplan opstellen, omgeving aanpassen, eigen bewustzijn verhogen)

7.5.3 Rollenspel

- Hoe zag jouw laatste agressie incident eruit?
- Hoe zou jij het volgende aanpakken: een bewoner wordt kwaad op jou en dreigt om te slaan.
- Hoe zou je het volgende aanpakken: twee bewoners staan lijnrecht tegenover elkaar. Je wil er, als zorgverlener, tussenkomen maar de dreiging verschuift naar jou. Ze roepen en tieren tegen u.
- Hoe zou je het volgende aanpakken: een bewoner wordt boos op je collega en wil hem/haar slaan.
- Hoe zou je het volgende aanpakken: je zorgvrager is in verwarde toestand en herkent de omgeving niet. Hierdoor voel je de agitatie stijgen.

7.5.4 Varia

- Wat wil jij bespreekbaar maken?
- Is er een bepaald item nog niet aan bod gekomen? Indien ja, wat?
- Wat is het belang van een multidisciplinaire samenwerking?
- Kan jij een situatie voor de geest halen waarbij je liever geen zorg geeft aan een bepaalde zorgvrager. En waarom dan liever niet?

- Stelling: Het is steeds een bewuste keuze van de zorgvrager om agressief te reageren. Waar of niet waar?
- Weet jij waar het interne incident meldsysteem terug te vinden is?

7.6 Hoe ziet het spel eruit



Scheurweg, L. (2024)

7.7 Kritische blik

Geen te grote groep deelnemers, dit om de veiligheid binnen de groep te kunnen waarborgen maar ook iedereen voldoende tijd te geven om te spreken.

De bestaande vragen kunnen aangevuld worden met eigen vraagstellingen.

Ook kan dit spel in verschillende settings gespeeld worden, vragen kunnen steeds aangepast worden aan de context.

LITERATUURLIJST

Adriaansen, M. (2021). Agressie en geweld in de zorg. *TvZ: Verpleegkundige praktijk en Wetenschap*, 2021(5), 14-15.

Alzheimer Liga Vlaanderen VZW (2023). *Jongdementie*. Alzheimerliga.be [Website]. Geraadpleegd op 29 september 2023 via <https://www.alzheimerliga.be/nl/over-dementie/dementie/jongdementie>

Alzheimer Liga Vlaanderen VZW (2023). *Het syndroom dementie*. Alzheimerliga.be [Website]. Geraadpleegd op 20 september 2023 via <https://www.alzheimerliga.be/nl/over-dementie/oorzaken-preventie/het-syndroom-dementie>

Alzheimer Nederland. (s.a.). *Omgaan met agressief gedrag bij dementie*. Dementie.nl [Website]. Geraadpleegd op 26 oktober 2023 via <https://www.dementie.nl/veranderend-gedrag/agressie-en-boosheid/omgaan-met-agressief-gedrag-bij-dementie>

Berends, N. (2022). 9 stevige stellingen over agressie. *Nursing*, 2022(3), 16-23.

Bohn Stafleu van Loghum. (2013). Probleemgedrag bij de oudere patiënt. *Bijzijn XL* 6, 36-42. <https://doi-org.k.thomasmore.e-bronnen.be/10.1007/s12632-013-0132-0>

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2020). *Verpleegkundige interventies: vertaling van nursing interventions classification (NIC)* (vijfde, herziene druk). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.

Canva. (2023). *Ontwerpen van een logo*. Canva.com [Website]. Geraadpleegd op 19 december 2023 via <https://www.canva.com/>

Dikken, J., Bakker, A., Hoogerduijn, J., et al. (2016). Verpleegkundige blijf leren! *TvZ: Verpleegkundige praktijk en Wetenschap*, 2016(6), 44-47.

Domus Medica. (2017). *Gedragsproblemen bij ouderen*. Domusmedica.be [Website]. Geraadpleegd op 26 oktober 2023 via <https://www.domusmedica.be/sites/default/files/de%20ouderwordende%20mens.pdf>

Dwaallicht. (2023). *Dementiecafé dwaallicht*. Malle.be [Website]. Geraadpleegd op 9 december 2023 via <https://www.malle.be/dementiecafe-dwaallicht>

Ettema, H. (2016). Een multidisciplinaire benadering voor een adequate aanpak van probleemgedrag bij dementie. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 2026 (46). 124-128. DOI 10.1007/s12439-016-0173

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (2018). *Samen agressie alert: Toolbox*. Dementie.be [Website]. Geraadpleegd op 13 september 2023 via https://www.dementie.be/ecdcontact/wp-content/uploads/sites/13/2018/09/Workshop-expertendag-dementie_Samen-agressie-alert-in-de-zorg_Carolien-Schalenbourg_Yasmine-Sterckx.pdf

Expertisecentrum Dementie. (2015). *Moeilijk hanteerbaar gedrag van personen met dementie: Preventie en aanpak*. dementie.be [Website]. Geraadpleegd op 30 september 2023 via <https://www.dementie.be/ecdcontact/wp-content/uploads/sites/13/2016/06/expertendag-2015-mhg-brochure-eed.pdf>

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (s.a.). *Vormen van dementie*. Dementie.be [Website]. Geraadpleegd op 29 september 2023 via <https://www.dementie.be/home/wat-is-dementie/vormen/>

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (s.a.). *Prevalentie*. Dementie.be [Website]. Geraadpleegd op 19 oktober 2023 via <https://www.dementie.be/home/wat-is-dementie/prevalentie/>

Geelen, R. (2021). Plan voor organisatiebeleid rondom agressie. *Het signaleringsplan in de zorg voor kwetsbare ouderen bij dementie* (pp 79-90). Nursing-Dementiereeks. Bohn Stafleu van Loghum. https://doi-org.k.thomasmore.e-bronnen.be/10.1007/978-90-368-2588-7_7

Geelen, R. (2021). Signaleringsplan bij agressief gedrag. *Het Signaleringsplan in de Zorg Voor Kwetsbare Ouderen Bij Dementie* (pp. 33-46). Nursing-Dementiereeks. Bohn Stafleu en van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2588-7_3

Geelen, R. (2021). Sociaal agressief gedrag. *Groepsbegeleiding in de ouderenzorg bij dementie*. Nursing-Dementiereeks. Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2565-8_6

Geelen, R. (2018). Verkenning van probleemgedrag. *Probleemgedrag bij dementie*, (1-11). Bohn Stafleu van Loghum.

Gezondheid België. (2019). *Zorg voor ouderen*. Gezondheidbelgie.be [Website]. Geraadpleegd op 11 september 2023 via <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen#ELD-1>

Hazelhof, T.J.G.M., Schoonhoven, L., van Gaal, B.G.I., Koopmans R.T.C.M. & Gerritsen, D.L. (2016). Nursing staff stress from challenging behavior of residents with dementia: a concept analysis. *International Nursing Review*, 2016 (63), 507-516. <https://doi-org.k.thomasmore.e-bronnen.be/10.1111/inr.12293>

Isaac, V., Kuot, A., Hamiduzzaman, M., Strivens, E. & Greenhill, J. (2021). The outcomes of a person-centered, non-pharmacological intervention in reducing agitation in residents with dementia in Australian rural nursing homes. *BMC Geriatric*, 2021(21). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02151-8>

Kratzer, A., Scheel-Bartel, J., Altona, J., Wolf-Ostermann, K., Graessel, E. & Donath, C. (2023). Agitation and aggression in people living with dementia and mild cognitive impairment in shared-housing arrangements – validation of a German version of the Cohen-Mansfeld Agitation Inventory-Short Form (CMAI-SF). *Health and Quality of Life Outcomes*, 2023(21), <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02132-y>

Leten, L., Azermai, M., Wauters, M. & De Lepeleire, J. (2017). Een kwalitatieve exploratie van het chronisch gebruik van psychofarmaca in woonzorgcentra. *Tijdschrift gerontologie en geriatrie*, 2017(48), 177-186. <https://doi-org.k.thomasmore.e-bronnen.be/10.1007/s12439-017-0223-7>

Managementsite. (s.a.). *Wat is intervisie?* Managementsite.nl [Website]. Geraadpleegd op 30 november 2023 via <https://www.managementsite.nl/tql/professionaliteit/intervisie/wat-is-intervisie>

Marcinkowska, M., Sniecikowska, J., Faijkis, N., Pasko, P., Franczyk, W. & Kolaczowski, M. (2020). Management of dementia-related psychosis, agitation and

aggression.: A review of the pharmacology and clinical effects of potential drug candidates. *CNS Drugs*(34), 243-268. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00707-7>

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maes, M.L. (2020). *Verpleegkundige zorgresultaten: vertaling van nursing outcomes classification (NOC)* (vierde, herziene druk). Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum

Nederlands Jeugdinstituut. (2023). *Professionalisering; Intervisie*. Nij.nl [Website]. Geraadpleegd op 30 november 2023 via <https://www.nji.nl/professionalisering/intervisie#wat-is-intervisie?>

Nieuwenhuijsen, K., Menco, L., Los, F., et al (2022). Mentale klachten bij zorgmedewerkers. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 30(5), 25-27.

Nursing. (2023). *Ontwikkelingen in de ouderenzorg*. Nursing.nl [Website]. Geraadpleegd op 11 september 2023 via <https://www.nursing.nl/praktijk/ouderenzorg/ontwikkelingen-in-de-ouderenzorg/>
Pieper, M. (2019). Sta op! Bij onbegrepen gedrag. *Denkbeeld*, 31, 36-37. <https://doi-org.k.thomasmore.e-bronnen.be/10.1007/s12428-019-0034-4>

Scheurweg Lynn. (2024). Foto's interviewspeel.

Schim van de Loeff-van Veen, R. (2017). De geriatrische patiënt. *Basiswerk voor verpleging en verzorging: Geriatrie* (p.2). Bohn Stafleu van Loghum

Starremans, S. (2019). Agressie, we zijn er klaar mee. *Nursing*, 2019, 18-23.

Starremans, S. (2023). We weten vaak best wat er aan de hand is. *Zorg + welzijn*, 2023, 44-46.

Stop pesten nu. (2023). *Pesten in woonzorgcentra & verpleeghuizen*. Stoppestennu.nl [Website]. Geraadpleegd op <https://www.stoppestennu.nl/pesten-woonzorgcentra-verpleeghuizen>

Tanoubi, I., Cruz- Panesso, L. & Drolet, P. (2021). The patient, the physician or the relationship: Who or what is "difficult", exactly? An approach for managing conflicts between patients and physicians. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.18(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph182312517>

Universitair Psychiatrisch Centrum Leuven. (26 Oktober 2023). *Van Kwaad naar Erger*. [bijdrage aan congres]. Geraadpleegd via <https://www.upckuleuven.be/nl/agenda/van-kwaad-naar-erger>

Vandecasteele, T. (2018). *AGGRESSION AND TRANSGRESSIVE BEHAVIOUR IN CARE RELATIONSHIPS: Influencing factors and underlying processes in nurses' and patients' perceptions* [Eindwerk]. Universiteit Gent, department of health. <https://biblio.ugent.be/publication/8545715>

Van Assche, L., Luyten, P., Van de Ven, L. et al. (2013). Gehechtheid als beïnvloedende factor van gedrags- en psychologische symptomen bij dementie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*(44), 157-165. <https://doi-org.k.thomasmore.e-bronnen.be/10.1007/s12439-013-0029-1>

Van den Belt, H. (2021). *Agressie tegen verpleegkundige piekt*. Nursing.be [Website]. Geraadpleegd op 7 september 2023 via <https://www.nursing.be/werk/de-verpleegkundige/agressie-tegen-verpleegkundigen-piekt/>

Veldwijk-Rouwenhorst, A., Zuidema, S., Smalbrugge, M., Persoon, A., Koopmans, R. & Gerritsen, D. (2022). *Losing hope or keep searching for a golden solution: an in-depth exploration of experiences with extreme challenging behavior in nursing home residents with dementia*. BMC Geriatrics <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03438-0>

Verwey, R., Penders, S., Kitzen, N., et al. (2021). Zorgen voor rust bij onrust. *TvZ: Verpleegkundige praktijk en Wetenschap*, 2021(1), 40-43.

Vlaamse ouderenraad (s.a.). *Beeldvorming over ouderen* [Brochure]. Vlaamse ouderenraad. Geraadpleegd op 9 oktober 2021 via <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/downloads/2018-06/Beeldvormingsfolder.pdf>

Vlaamse Overheid. (2023). *Bevolking naar leeftijd en geslacht*. Vlaanderen.be [Website]. Geraadpleegd op 11 september 2023 via <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht>

Vlaamse Overheid. (2023). *Intervisie en opleidingen*. Overheid.vlaanderen.be [Website]. Geraadpleegd op 30 november 2023 via <https://overheid.vlaanderen.be/personeel/welzijn/intervisie-en-opleidingen>

Vormingscentrum Hivset. (2023). *Help! Agressie bij een persoon met dementie?!* Vormingscentrum.hivset.be [website]. Geraadpleegd op 13 september 2023 via <https://vormingscentrum.hivset.be/opleidingen/ouderenzorg/help-agressie-bij-een-persoon-met-dementie-7e5dzd-5eVJBe>

Younas, A., Pasheed, S., Sundus, A. & Inayat, S. (2019). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 2020 (22). 398-405. DO: 10.1111/nhs.12671

Woonzorg Emmaüs. (2022). *Visie dementiezorg en omgaan met onbegrepen gedrag*. Woonzorgemmaus.be [Website]. Geraadpleegd op 30 november 2023 via <https://www.woonzorgemmaus.be/kwaliteitsbeleid/visieteksten/visie-dementiezorg-en-omgaan-met-onbegrepen-gedrag>

Zorggroep Orion (s.a.). *Praatcafé dementie*. Zorggroep-orion.be [Website]. Geraadpleegd op 9 december 2022 via <https://zorggroep-orion.be/dienst/bib-en-boekenruilkasten-copy-3/#:~:text=Met%20ons%20Praatcaf%C3%A9%20Dementie%20willen,Dyck%20hiervoor%20zijn%20deuren%20open.>

Zwijssen, S., de Lange, J., Pot, A. M., Mhaler, M., & Minkman, M. (2014). *Omgaan met onbegrepen gedrag bij dementie: inventarisatie richtlijnen en inzichten rondom onbegrepen gedrag bij ouderen met dementie*. Trimbos Instituut-Vilans.

Zwijssen, S.A., Lange, J. F., Mahler, M., Minkman, M., & Pot, A. M. (2014). Omgaan met onbegrepen gedrag. Naar betere zorg in zeven stappen. *Denkbeeld*, 2014(juni), 6-9. <https://doi.org/10.1007/s12428-014-0054-z>

Zwijssen, S.A., Kabboord, A., Eefsting, J.A., Hertogh, C.M.P.M., Pot, A.M., Gerritsen, D.L. et al. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2014, 384-39. DOI 10.1002/gps.4014