



Zorgacceptatie van oudere zorgmijders

De inspanningen om de zelfstandigheid van ouderen te ondersteunen, stuiten vaak op weerstand van betrokkenen. Hoe kan het zelfmanagement gestimuleerd worden bij dit type zorgmijders? We hebben het hier over ouderen die dreigen vast te lopen, omdat zij vasthouden aan gewoonten die niet meer passend zijn nu zij steeds kwetsbaarder worden.

LISANNE DIEPENHORST, docent-onderzoeker, Saxion, praktijkverpleegkundige Noordwijk

SARAH PHILIPSEN, docent-onderzoeker, Saxion, Deventer

AD BERGSMA, Associate lector, lectoraat Verpleegkunde, Academie Gezondheidszorg, Saxion, Deventer

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel kunt/weet u:

- wat de meerwaarde is van het werken vanuit de uitgangspunten van zelfmanagement voor patiënten en hun familie;
- hoe het 3-fasemodel eruitziet;
- de stappen van het 3-fasemodel toepassen in de wijksetting;
- het 5A-model gebruiken bij oudere zorgmijders;
- als verpleegkundig specialist, vanuit uw leiderschap, uw collega's aansporen in het methodisch werken met ouderen die zorg dreigen te mijden.

TREFWOORDEN

zelfmanagement, zorgmijders, wijkverpleging, 3-fasenmodel, 5A-model, weerstand

1 STUDIEPUNT

'Alles wat kan helpen om langer thuis te wonen of de zelfredzaamheid te vergroten, is voor mij een eerste stap richting het opgeven van zelfstandigheid. En daar wil ik nog niet aan.' Deze uitspraak van een man van 85¹ geeft mooi aan waar wijkverpleegkundigen tegenaan lopen.

Voor we naar de praktijk kijken, is het goed te definiëren wat we precies onder zelfmanagement verstaan. De

veelgebruikte definitie van Barlow² geeft houvast:

'Zelfmanagement verwijst naar het vermogen van het individu om de symptomen, behandeling, fysieke en psychosociale gevolgen en veranderingen in levensstijl te hanteren, die inherent zijn aan het leven met een chronische aandoening. Doeltreffend zelfmanagement omvat het vermogen de eigen gezondheidssituatie te bewaken met de cognitieve, gedrags- en emotionele reacties die nodig zijn om een bevredigende kwaliteit van leven te handhaven. Zo krijgt een dynamisch en continu proces van zelfregulering vorm.'

Eenvoudiger gezegd, gaat het over een goed leven leiden, wanneer lichaam en/of geest niet meer optimaal functioneren.³ De zorg kan hieraan daadwerkelijk een bijdrage leveren. Een overzichtsstudie van Van 't Bolscher liet bijvoorbeeld zien dat gerichte zelfmanagementtraining kan leiden tot een verbetering van dagelijkse levensverrichtingen bij kwetsbare ouderen.

Kernelementen van succesvolle zelfmanagementprogramma's zijn:

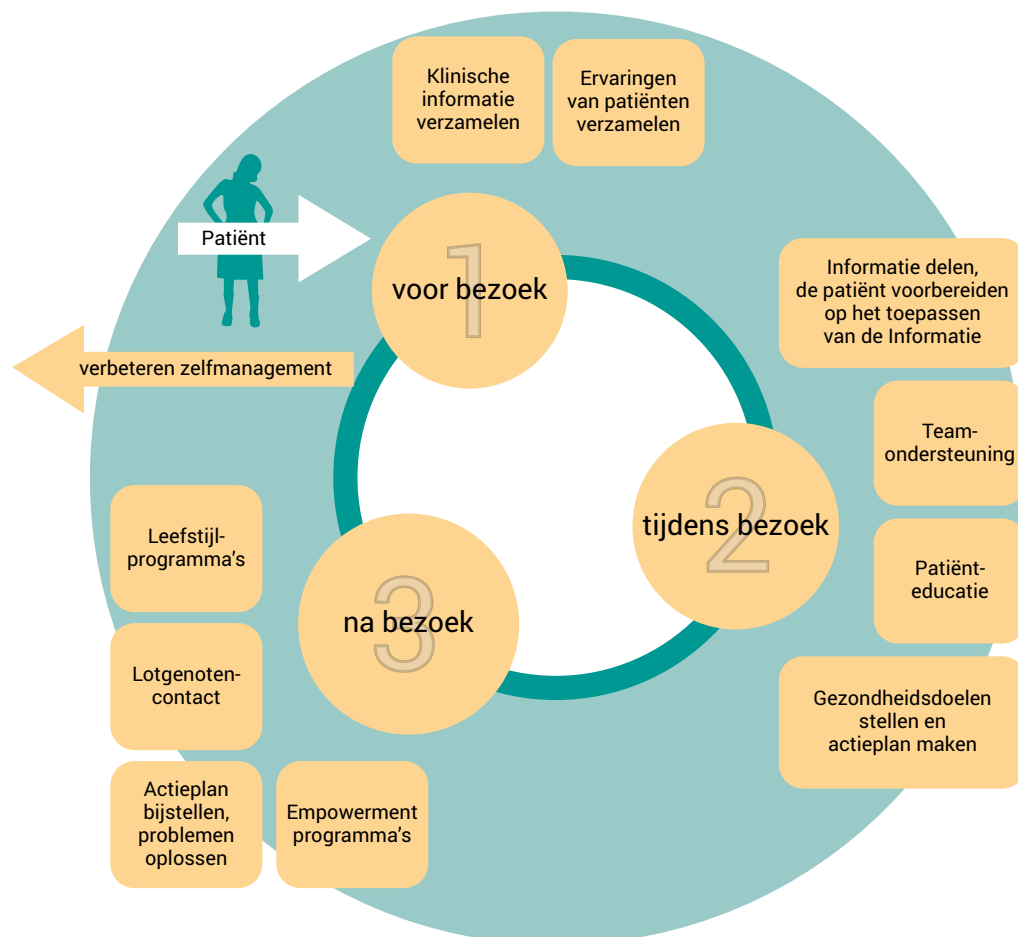
- informatie geven over de ziekte en het hanteren van de consequenties daarvan;
- coachende begeleiding;
- individuele doelen stellen; en
- sociale steun van professionals of lotgenoten.⁴

Langer thuis wonen is haalbaar, maar in de praktijk accepteren mensen niet altijd de suggesties van de wijkverpleegkundige. Hoe ga je om met ouderen die een uitgestoken hand afwijzen?

In de praktijk biedt het werken met het 3-fasemodel⁵ voor het versterken van zelfmanagement houvast, doordat het structuur aanbrengt. Wat moet voor, tijdens en na het bezoek gedaan worden?

DEFINITIE ZELFMANAGEMENT

Zelfmanagement doet denken aan een beroemd gebed van Franciscus van Assisi: 'God, schenk mij de kalmte om te aanvaarden wat ik niet kan veranderen, de moed om te veranderen wat ik kan veranderen, en de wijsheid om het verschil hiertussen te zien.'



Figuur 1 3-fasemodel.

DE DRIE FASEN IN DE PRAKTIJK

Fase 1 Voor bezoek

Meneer en mevrouw Peenstra* zijn allebei 80 jaar. Na twee weken opname van meneer Peenstra heeft de transferverpleegkundige van het ziekenhuis, thuiszorg aangevraagd voor hem ter ondersteuning van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). De wijkverpleegkundige leest de overdrachtspapieren. Vóór de opname functioneerde het echtpaar geheel zelfstandig en dat willen ze nu volhouden, maar het ziekenhuis acht dit onhaalbaar. In de overdracht staat beschreven dat meneer en mevrouw Peenstra liever geen ondersteuning vanuit de wijkverpleging ontvangen. De wijkverpleegkundige vreest een wellenietesdiscussie en print twee instrumenten uit die de situatie objectief in kaart kunnen brengen: de Groninger Frailty Index (GFI) voor het meten van de kwetsbaarheid en de Caregiver Strain Index voor het in kaart brengen van de belasting van de mantelzorger.

Fase 2 Tijdens bezoek

Meneer Peenstra oogt vermoeid en hij reageert emotioneel. Weer thuis is wennen, ondanks de steun

van vier kinderen. De GFI laat zien dat meneer kwetsbaar is op de domeinen: mobiliteit, ADL, cognitie en comorbiditeit. Zijn behoefte aan zorg is dus niet gering en meneer merkt dat hij zowel fysiek als geestelijk achteruitgaat. De verpleegkundige vraagt wat voor hem belangrijk is. Zijn doel is zo lang mogelijk thuis te blijven wonen samen met zijn vrouw. Hij merkt wel dat het voor zijn vrouw steeds zwaarder wordt om hem te verzorgen. Als ondersteuning van de thuiszorg maakt dat ze langer thuis kunnen wonen, vindt meneer Peenstra het prima.

Mevrouw Peenstra komt uit een groot gezin en is gewend haar eigen boontjes te doppen. Ze wil haar man alle benodigde zorg zelf bieden, hoewel ze flinke lichamelijke klachten heeft. De verpleegkundige vraagt haar daarom de Caregiver Strain Index in te vullen. De uitslag is dat mevrouw overbelast is. Mevrouw trekt haar eigen conclusie: 'Goh ik heb er nooit over nagedacht dat ik mantelzorger ben. Het is toch niet meer dan normaal om voor je man te zorgen. Dat deed ik vroeger thuis tenslotte ook voor vier kinderen. Niet zeuren maar doorgaan is mijn motto.'

Het probleem van het wel willen, maar niet meer kunnen, ligt nu open en bloot op tafel. Wat nu nodig is, is een positief perspectief, waardoor het echtpaar ervoor openstaat om mee te werken aan een oplossing.

* Deze casus is afkomstig uit de POH-praktijk van Lisanne Diepenhorst. De namen en de persoonskenmerken zijn enigszins aangepast om de privacy van de betrokkenen te waarborgen.

De wijkverpleegkundige vraagt wat zij nog echt graag willen in het leven. Mevrouw wil meer leuke dingen met haar man doen en daar energie voor hebben. Meneer wil ook graag de energie hebben om leuke dingen te doen met zijn vrouw.

De verpleegkundige stelt samen met het echtpaar Peenstra een plan op, waarbij de thuiszorg dagelijks komt voor de lichamelijk zware zorg, zodat mevrouw energie overhoudt om meer te genieten met haar man. De verbinding met de intrinsieke motivatie maakt dat het echtpaar de thuiszorg accepteert. Mevrouw maakt zelfs plannen om er ook af toe alleen op uit te gaan. Wat in deze fase gebeurt, is uiteen te rafelen met het 5A-model voor zelfmanagement,⁶ zoals dat is weergegeven in figuur 2:

Achterhalen

Wat is er aan de hand? Het echtpaar redt het niet meer alleen, maar de wens om alles zelf te doen, maakt hulp ongewenst. De verpleegkundige achterhaalt welke behoeften ze hebben. Meneer geeft aan dat hij hulp nodig heeft bij het wassen, maar dat hij verder alles zoveel mogelijk zelfstandig wil doen.

Adviseren

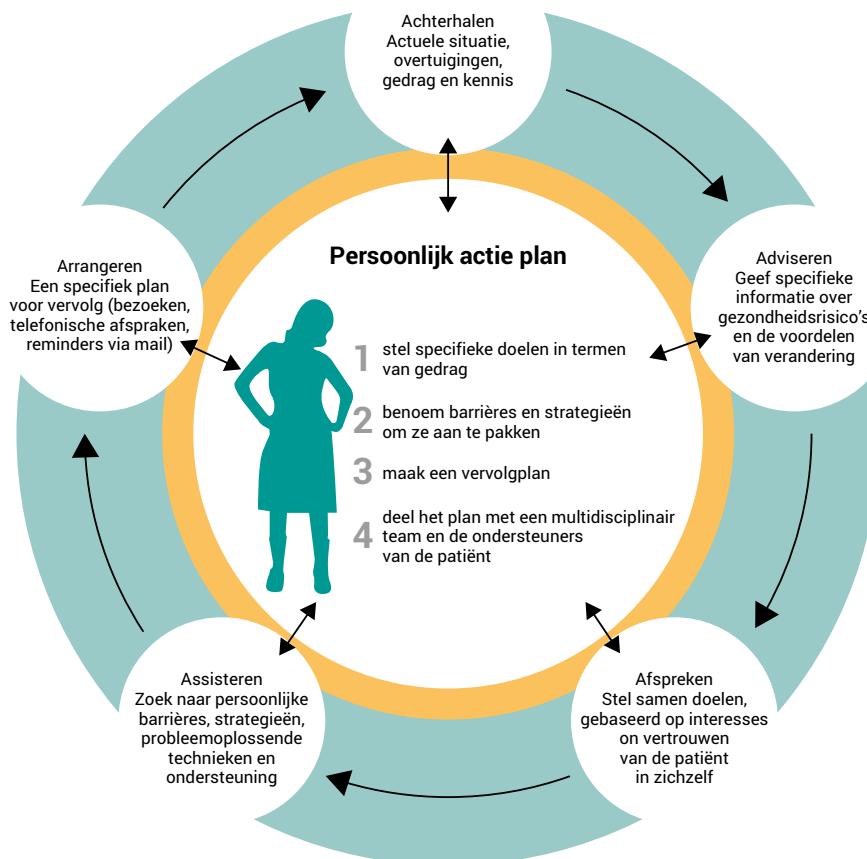
Het advies van het ziekenhuis om thuiszorg te accepteren, was tegen dovemansoren gericht. De wijkverpleegkundige beperkt zich daarom in eerste instantie tot het afnemen van vragenlijsten over kwetsbaarheid en overbelasting, zodat het echtpaar Peenstra zelf de conclusie trekt, dat het zo niet meer gaat. De verpleegkundige bespreekt de mogelijkheden om de zorg van kinderen en thuiszorg te combineren en oppert verschillende mogelijkheden voor het ontlasten van mevrouw, zoals dagbesteding voor meneer.

Afspreken

Het echtpaar kiest ervoor een deel van de zorg uit handen te geven aan de thuiszorg en de energie die overblijft te gebruiken voor leuke dingen.

Assisteren

Meneer en mevrouw Peenstra bespreken met de verpleegkundige welke leuke dingen samen nog haalbaar zijn. De suggestie om de kinderen, die twee keer per week langskomen, hierbij in te zetten, vindt gehoor. De kinderen doen voortaan iets minder in het huishouden en dragen meer bij aan de kwaliteit van leven van het stel.



Figuur 2 5A-model.

Arrangeren

Het specifieke plan voor het vervolg staat beschreven in fase 3.

Fase 3 Na het bezoek

Mevrouw toont zich bij follow-up blij met de gemaakte keuzes. Ze ziet haar kleinkinderen nu wat vaker, wat voor de ziekenhuisopname, als gevolg van de uitputting niet meer lukte. Ze durft er echter niet alleen op uit te gaan, vanwege de voortdurende angst om haar man. Het aanvragen van persoonsalarmering brengt soelaas. Een boodschap doen kan daarna weer. Mevrouw geeft later aan dat de cognitie van haar man verder achteruitgaat. In overleg met de verpleegkundige en de huisarts wordt besloten meneer Peenstra te verwijzen naar de geriater, die de diagnose beginnende dementie stelt. De verpleegkundige bespreekt met het echtpaar welke emoties de diagnose oproept en vraagt of mevrouw behoefte heeft aan lotgenotencontact. Mevrouw vreest het moment dat haar man haar niet meer herkent en het huis uit moet. Zij ziet echter in dat het accepteren van hulp, de periode van zelfredzaamheid van hen beiden kan rekken. Mevrouw grijpt de momenten dat de thuiszorg er is aan, om het even rustig aan te doen. Ze ervaart steun van de gesprekken met de zorg. Dagopvang is voor meneer niet bespreekbaar, omdat daar alleen maar 'gekken' zitten.

CONCLUSIES EN LEERPUNTEN

Het is de taak van verpleegkundigen om de patiënt, en de directbetrokkenen, te coachen bij het omgaan met een chronische ziekte in het dagelijks leven. Als het systeem zo kwetsbaar is dat het dreigt vast te lopen, dan is coaching bij het accepteren van hulp gewenst. Het werkt vaak goed ouderen zelf te laten concluderen dat hulp noodzakelijk is.

Het 3-fasemodel wordt als ondersteuning gebruikt om met de cliënt in gesprek te gaan over zelfmanagement. In fase 2 van het 3-fasemodel kunnen de stappen van het 5A-model worden gehanteerd om richtinggevend vragen te stellen. De meerwaarde van deze modellen is dat cliënten, dankzij professionele ondersteuning, eigen regie kunnen blijven voeren over hun dagelijks leven. Zelfmanagement betekent niet 'alles zelf blijven doen', maar dankzij de juiste ondersteuning in staat zijn nog steeds iets van het leven te maken.

Zelfmanagement kan beginnen bij het accepteren van onmogelijkheden. Dit geldt voor zorgmijders die soms geholpen moeten worden te beseffen dat 'zelf doen' niet altijd haalbaar is. Het geldt echter ook voor zorgverleners, die moeten inzien dat cliënten niet alles kunnen aanpakken wat wenselijk (zie de twee casussen). Voor het versterken van zelfmanagement is balanceerkunst nodig. De verpleegkundige die aansluit bij de wensen van de cliënt en die de intrinsieke motivatie van de cliënt goed begrijpt, kan mensen soms over de



streep trekken om noodzakelijke hulp te accepteren. Tegelijkertijd is duidelijk dat cliënten niet alles willen en kunnen doen wat de verpleegkundige noodzakelijk acht, omdat de cliënt zelf andere prioriteiten heeft.

Casus 2 Mevrouw Schouten

Achterhalen

De dochter van mevrouw Schouten (93 jaar) belt, omdat haar moeder er onverzorgd uitziet. Ze maakt zich zorgen. De verpleegkundige gaat langs bij mevrouw Schouten. Tijdens het bezoek vertelt mevrouw dat ze een eigen kapperszaak heeft gehad. 'Niet zeuren maar doorgaan', was haar motto. Ze vindt het belletje van haar dochter overdreven. Als de verpleegkundige vraagt hoe het wassen gaat, geeft mevrouw aan dat het zichzelf verzorgen steeds moeilijker gaat. Douchen lukt niet meer en wassen aan de wastafel gaat steeds moeilijker door artrose in de schouder. Daarnaast is mevrouw bekend met angina pectoris en een verhoogd valrisico, wat haar angstig maakt.

Ze geeft toe dat ze 's ochtends hulp kan gebruiken, maar ze wil ook graag regie houden over haar dagindeling. Ze is vastberaden om zo lang mogelijk alles zelfstandig te blijven doen en geen hulp te accepteren, totdat het echt niet meer gaat.

Adviseren

De verpleegkundige gaat in gesprek met mevrouw over de voor- en nadelen van het inzetten van zorg. Wassen wil ze zelf blijven doen, maar ze wil wel graag adviezen om het valrisico te beperken.

Afspreken

De thuiszorg wordt niet ingezet, maar er worden wel afspraken gemaakt om het valrisico te beperken. Mevrouw krijgt tips over het veilig uitvoeren van het wassen en aankleden.

Assisteren

Er komt een krukje in de badkamer, een extra kast, zodat ze overall gemakkelijker bij kan en een antislipmat onder de badmat. Omkleden doet mevrouw voortaan zittend op haar bed, zodat ze meer houvast heeft.

Arrangeren

De situatie wordt elke drie maanden opnieuw geëvalueerd, waarbij bekeken wordt of extra ondersteuning alsnog nodig is. De verpleegkundige belt na het bezoek de dochter om te vertellen wat er is afgesproken. De dochter geeft aan dat ze blij is dat de verpleegkundige langs is geweest. Ze vindt het jammer dat haar moeder geen hulp bij het wassen accepteert, maar herkent de afwegingen van haar moeder wel.

Casus 3 Familie Heys**Achterhalen**

Meneer en mevrouw Heys zijn allebei 80 jaar en wonen zelfstandig. De specialist ouderengeneeskunde meldt in een brief dat de Parkinson van meneer verergert en dat mevrouw overbelast lijkt. Het verzoek is dit te monitoren. De verpleegkundige neemt het initiatief voor een huisbezoek bij dit echtpaar.

Adviseren

De ambitie alles zelf te blijven doen, blijkt goed doordacht. Het echtpaar heeft een eigen routine gedurende de dag en wil dat graag zo houden en niet afhankelijk zijn van de thuiszorg. De zorg over de haalbaarheid is echter aanwezig. Het valt zwaar en mevrouw heeft pauzes nodig.

Afspreken

Mevrouw wil vaker bijtanken, zodat ze even wat anders kan doen. Graag zou ze elke week gaan zwemmen en kaarten.

Assisteren

Het grootste probleem is hoe mevrouw naar het zwembad en de kaartclub kan komen. Mevrouw heeft geen rijbewijs,

durft niet te rijden in een scootmobiel en het is te ver voor haar om te lopen. Ze zou gebruik kunnen maken van de regiotaxi, maar ze heeft alle strippen al verbruikt door ritten naar het ziekenhuis. De kinderen kunnen niet halen en brengen op de geschikte tijdstippen.

De verpleegkundige spreekt af dat de ouderenadviseur bij mevrouw langskomt om te bespreken wat de mogelijkheden zijn binnen de gemeente en of er bijvoorbeeld een vrijwilliger beschikbaar is die mevrouw naar het zwembad en de kaartclub kan brengen. De beschikbare vrijwilliger heeft echter geen rijbewijs.

Arrangeren

Bij follow-up blijkt dat het eerste plan niet werkt. Er wordt een nieuwe poging gedaan. Uiteindelijk wordt ervoor gekozen de nood te lenigen met een zorghotel. Normaal gesproken blijft de mantelzorg thuis en gaat de partner logeren, maar in dit geval was het de mantelzorg die er heel graag even uit wilde zijn en een week wilde uitwaaien. De verpleegkundige regelt thuiszorg voor een week, zodat meneer de week goed door kan komen. De zorgverzekeraar van mevrouw vergoedt het uitstapje en mevrouw kan er weer een poosje tegen. De vervolgspraak is ingepland.

SAMENVATTING

Langer thuis blijven wonen van kwetsbare ouderen is een hoofddoel van het huidige gezondheidsbeleid. Een middel dat vaak wordt ingezet is het versterken van de zelfredzaamheid. Dat is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan. Wat doe je bijvoorbeeld met patiënten en mantelzorgers die zichzelf overbelasten, omdat het voor hen vanzelfsprekend is dat zij hun eigen boontjes doppen? Wat op het eerste gezicht (verkeerd) uitgelegd kan worden als zelfmanagement, brengt langer thuis wonen in gevaar. Aan de hand van concrete casussen werd getoond hoe het 3-fase- en het 5A-model uitkomst kunnen brengen voor het methodisch werken bij ouderen die zorg dreigen te mijden. ■

LITERATUUR

1. <https://www.icthealth.nl/nieuws/nieuwsitem/article/Is-zelfredzaam-zijn-een-utopie.html>
2. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 2002;48(2):177-87.
3. Bergsma A, Dijk M van de. Zelfmanagement: Kansen of risico's? *TvZ*. 2015;4:40-1.
4. Bolscher-Niehuys MJ van het, Ouden ME den, Vocht HM de, Francke AL. Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2016 Sep 30;61:230-47.
5. Stappenplan zelfmanagement. Utrecht: Vilans; 2011.
6. Hoofst S van, Dwarswaard J, Staa A van. Ondersteunen van zelfmanagement. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 2015 Feb 1;13(1):17-20.

ROL VAN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

Verpleegkundig specialisten in de ouderenzorg vervullen een voorbeeldrol bij het ondersteunen van het zelfmanagement van ouderen, hun naasten en hun sociale netwerk, met als doel het behouden of verbeteren van het dagelijks functioneren in relatie tot gezondheid en ziekte en kwaliteit van leven.

In het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist is beschreven binnen welk competentiegebied de verpleegkundig specialist kennis en vaardigheden heeft die gericht zijn op het versterken van zelfmanagement.