

Werken als psycholoog<sup>i</sup> in het verpleeghuis is door de grote verscheidenheid aan problematiek, werkzaamheden en de multidisciplinaire samenwerking uitdagend. Helaas is er nog onvoldoende aandacht voor de mogelijkheden die er zijn betreffende (de invulling van) deze rol. Anne van der Vorst en Eveline van Velthuijsen c.s. gaan in op de meerwaarde van de psycholoog in het verpleeghuis en de rollen die psychologen hier nog kunnen vervullen.

i In het artikel wordt de term 'psycholoog' gebruikt om zowel basis- als gz-psychologen aan te duiden. Indien het in de tekst specifiek gaat om een gz-psycholoog, zal dat vermeld worden.

EEN COMPLEX EN UITDAGEND VAK

# DE MEERWAARDE VAN DE PSYCHO- LOOG IN HET VERPLEEGHUIS

**D**e problematiek van de ouderen die in het verpleeghuis terechtkomen, wordt steeds ernstiger en complexer (Verbeek-Oudijk & van Campen, 2017; Verbeek-Oudijk et al., 2015). Zo is het percentage mensen dat met dementie in het verpleeghuis komt wonen toegenomen van 40% in 2015 tot 60% in 2017 (Verenso, 2019). Ongeveer 80% van hen vertoont gedragsproblemen (Selbaek, Engedal & Bergh, 2013). Daarnaast komen stemmingsproblematiek (Seitz, Purandare & Conn, 2010) en somatische en psychische multimorbiditeit (van den Brink et al., 2013) vaak voor.

Hoewel de rol en betrokkenheid van de psycholoog in de verpleeghuiszorg op basis hiervan steeds belangrijker wordt, lijkt deze nog niet de aandacht en erkenning te krijgen die het verdient (van Alphen, 2015; van Tongeren, 2013; van der Veer, 2013). Dit is niet alleen af te leiden uit de weinige aandacht die er voor deze rol is in (wetenschappelijke) literatuur, maar ook uit het feit dat slechts de helft van het aantal gevraagde gz-opleidingsplaatsen in de verpleeghuissector zorg is toegekend (Vink, 2020).

Naast dat de rol van de psycholoog als behandelaar belangrijker wordt op basis van de toename aan ernstige en complexe problematieken, komt dit ook door ontwikkelingen in de algehele benadering van de ouderenzorg. Zo wordt er de laatste jaren steeds meer ingezet op de medicalisering van de zorg. Dit gaat hand in hand met de opkomst van bijvoorbeeld het bio-psychosociale model, de belevings-, persoons- en relatiegerichte zorg<sup>1</sup> en een toename aan

1 Belevingsgerichte zorg is 'zorg waarbij de wensen en mogelijkheden van degene die zorg krijgt centraal staan, niet de beperkingen die iemand heeft; persoonsgerichte zorg is 'zorg die is afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren', waarbij centraal staat wat iemand nodig heeft om zich gezond en gelukkig te voelen; terwijl relatiegerichte zorg focust op het maken van een verschil in kwetsbare situaties (zonder deze kwetsbaarheid per se te willen oplossen). Hierbij is aandacht voor de invloed van de dynamische interactie tussen de fysieke en sociale omgeving (de driehoeksrelatie bewoner-naasten-professionals) op het welbevinden. Voor wie meer gerichte informatie zoekt over het inzetten op kwaliteit van leven en belevingsgerichte zorg bij dementie, is onder andere het boek van Dröes, Schols en Scheltens (2018) een aanrader, omdat hieraan in specifieke hoofdstukken uitgebreid aandacht wordt besteed.

## Een 'negatieve' of probleemgerichte aanpak kan nadelige gevolgen hebben en stigmatiserend werken

(niet-medicamenteuze), psychosociale interventies en behandelingen. Hierbij komt er steeds meer ruimte voor het werken vanuit een positief perspectief; ook omdat ouderen zelf een aanpak verkiezen waarbij de focus ligt op wat bijdraagt aan hun welbevinden en autonomie in plaats van op hun tekorten (Lette et al., 2015).

Een 'negatieve' of probleemgerichte aanpak kan daarnaast nadelige gevolgen hebben en stigmatiserend werken. Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat mensen die als kwetsbaar bestempeld worden – en bij wie de focus ligt op tekorten –, zich ook zo gaan gedragen (Warmoth et al., 2015). Een concreet beeld van hoe de psycholoog aan zo'n positief perspectief kan bijdragen is door het toepassen van technieken vanuit de oplossingsgerichte therapie. Daarmee komt de focus te liggen op het doel dat de bewoner wil bereiken en de al aanwezige vaardigheden en sterke kanten die hij/zij daarvoor kan inzetten (den Haan & Bannink, 2019; Iveson, 2002).

In het vervolg van dit artikel volgt een verdere toelichting van de diversiteit en complexiteit aan taken die een psycholoog in het verpleeghuis verricht in het licht van bovenstaande ontwikkelingen. Er zal niet alleen aandacht zijn voor klinische en zorggerelateerde werkzaamheden, maar bijvoorbeeld ook voor wetenschapsbeoefening. Daarnaast vragen de genoemde ontwikkelingen wellicht om een bredere inzet van psychologen dan tot op heden het geval is. Ook hier is aandacht voor: er wordt verkend of de gz-psycholoog regiëbehandelaar kan zijn en wat de meerwaarde hiervan is.

### TAKENPAKKET PSYCHOLOOG IN HET VERPLEEGHUIS

Het takenpakket van de psycholoog in het verpleeghuis is afwisselend, uitgebreid en uitdagend. Kerntaken omvatten niet alleen klinische taken, maar ook vakoverstijgende werkzaamheden zoals meeschrijven aan beleid, de inzet als

zogenaamde Wzd-functionaris in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd), wetenschappelijk onderzoek – en wellicht in de toekomst mede ook regiëbehandelaarschap.

**KLINISCHE WERKZAAMHEDEN** Onder klinische werkzaamheden vallen onder andere diagnostiek (bijvoorbeeld op cognitief vlak, gedragsmatig vlak of stemmingsvlak), indicatiestelling, behandeling en begeleiding (individueel, in groep en mediatief; wat wil zeggen dat interventies via de omgeving, bijvoorbeeld naasten of professionals, worden ingezet), preventie en scholing (bijvoorbeeld middels het geven van klinische lessen; NIP, SPO, 2009; Vink et al., 2017).

Hoewel er wat betreft het behandelstuk voorheen gedacht werd dat psychologische interventies bij ouderen geen zin meer hadden, wordt het tegendeel steeds duidelijker. Onder andere (mediatieve) cognitieve gedragstherapie (James, 2013; Klaver & A-Tjak, 2006), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) 'on the spot' (Amano & Toichi, 2018), adaptatiegericht handelen bij persoonlijkheidsproblematiek (Keij, Ouwens & Videler 2018), oplossingsgerichte therapie (Den Haan & Bannink, 2019; Iveson, 2002) en *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Alonso-Fernández, López-López, Losada, González & Wetherell, 2016; Davison, Eppingstall, Runci & O'Connor, 2017) blijken meerwaarde te kunnen hebben.

Daarnaast zijn er ook specifieke behandelprogramma's ontwikkeld en wetenschappelijk geëvalueerd die zijn gericht op psychische problematiek bij verpleeghuisbewoners zoals 'Doen bij Depressie' (Leontjevas, 2013a; 2013b) en 'GRIP op probleemgedrag' (Zwijssen et al., 2014). Hierbij wordt er in algemene zin steeds vaker gekeken naar wat een bewoner nog kan en wil, om vanuit die sterke punten doelen te bereiken, in plaats van de focus te leggen op wat men niet meer kan.

Hieronder zal een groot deel van de klinische werkzaamheden verder worden toegelicht aan de hand van casuïstiek.

### CASUS IN DE SOMATISCHE ZORG: MEVROUW V.

Mevrouw V. (67) heeft een uitgebreide somatische en psychiatrische voorgeschiedenis met onder andere hart- en vaatproblemen, morbide obesitas, psychotische klachten (met name auditieve en visuele hallucinaties), een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en depressies. In het verleden heeft zij meerdere suïcidepogingen ondernomen. Vanwege de ernst van haar lichamelijke

klachten wordt gekozen om haar te plaatsen op een afdeling voor chronische somatische zorg in plaats van een afdeling voor gerontopsychiatrie.

In de eerste maanden van haar verblijf vertoont mevrouw V. 'probleemgedrag': ze gebruikt meerdere keren per uur haar persoonsalarmering (bel) voor kleine vragen en kan erg onvriendelijk zijn tegen de zorgmedewerkers als zij niet direct geholpen wordt. In eerste instantie wordt enkel de specialist ouderengeneeskunde (so) betrokken, en zij zet in op medicamenteuze behandeling van de depressie en psychotische klachten. Dit heeft enig positief effect op de stemming van mevrouw V. maar weinig effect op haar gedrag: ze blijft regelmatig bellen en uitvallen tegen de zorgmedewerkers.

Hierop wordt de psycholoog ingeschakeld. Na een aantal gesprekken over de levensgeschiedenis van mevrouw V. en waarin gedachten, gevoelens en gedrag uitgediept worden, komt naar voren dat het bellen een uiting van haar angst is. Mevrouw V. is bang dat zij opnieuw een suïcidepoging zal ondernemen en durft daardoor niet langere tijd alleen te zijn. Zij is echter ook een einzalgänger en begeeft zich liever niet in de gezamenlijke ruimte. Samen met de psycholoog wordt daarom een veiligheidsplan opgesteld. Daarin staat duidelijk beschreven wat mevrouw V. kan doen in verschillende situaties. Met het zorgpersoneel wordt afgesproken dat ze minimaal eens per uur even kort binnenlopen. Er is een noodnummer van de dienstdoende verpleegkundige dat ze mag bellen als ze zich in een crisis bevindt (en waarbij mevrouw V. zich bewust is van 'eerste signalen'; deze zijn samen met de psycholoog verkend). Wekelijks komt de psycholoog voor ondersteunende gesprekken. Hierin is onder andere aandacht voor haar angstgedachten en depressieve klachten vanuit een cognitief-gedrags-therapeutische insteek.

Hoewel de psychotische klachten en depressie blijven aanhouden, neemt het 'probleemgedrag' vrijwel helemaal af. Mevrouw V. belt alleen nog voor noodzakelijke zorg en is veel vriendelijker tegen medewerkers als zij even moet wachten op antwoord. Het noodnummer belt ze in de daaropvolgende drie jaar slechts twee keer.

Bovenstaande casus laat diverse uitdagingen zien, nog los van het gegeven dat er blijkbaar toch nog een drempel bestaat om de psycholoog meteen in te schakelen bij psychische problematiek.

De casus toont bijvoorbeeld het belang om verschillende

factoren in kaart te brengen. Niet alleen het socio-emotionele functioneren van mevrouw V. speelde een rol, maar ook de fysieke en sociale omgeving. Daarnaast was het van belang om met zorgmedewerkers in gesprek te gaan over hun eigen cognities en gedrag waarmee zij het 'probleemgedrag', onbewust en onbedoeld, uitlokten en in stand hielden. De psycholoog is hiertoe bij uitstek opgeleid, bijvoorbeeld middels het maken van een functieanalyse. Betreft het 'uitlokken' en 'in stand houden' van gedrag door medewerkers: uit gesprekken bleek dat veel zorgmedewerkers direct wanneer mevrouw belde, dachten 'Daar belt ze alweer... nu even niet'; en even afwachtten of een collega naar haar toe zou gaan. Doordat het steeds vaker wat langer duurde voordat er iemand kwam, dacht mevrouw 'Zie je nu wel, als ik hulp nodig heb, komen ze niet' – hetgeen haar angst alleen maar deed toenemen. Door dit inzichtelijk te maken, kon er gekeken worden hoe mevrouw zich wel gesteund zou voelen, zonder de medewerkers te veel te belasten.

Het geven van psycho-educatie over de invloed van de persoonlijkheidsstoornis, psychotische klachten, depressie en eerdere suïcidepogingen, droeg daarnaast bij aan meer begrip en draagvlak. Ook blijkt uit de casus van mevrouw V. dat de psycholoog vaak op verschillende niveaus moet handelen. Er is niet één standaard behandelprotocol dat gevolgd kan worden; er moet creatief gedacht worden om een behandeling passend te maken voor de verschillende betrokken mensen – in dit geval bewoner en zorgmedewerkers. Regelmatig is het zo dat als cognitieve gedragstherapie mediatief wordt ingezet, er vaak niet één maar twee of drie functieanalyses opgesteld worden (van bewoner, professionals en naasten). De psycholoog kan vervolgens interventies bedenken die aansluiten bij die verschillende functieanalyses, waarbij er ook rekening gehouden dient te worden met de verschillende cognities.

#### **CASUS IN DE PSYCHOGERIATRISCHE ZORG: MEVROUW T.**

Mevrouw T. (87) heeft Alzheimerdementie. Stoornissen in het kortetermijngeheugen, executieve functies en oriëntatie in tijd en plaats staan bij haar op de voorgrond. Zij is doorgaans vriendelijk en gezellig aanwezig op de woongroep en geniet van het bezoek van haar man en kinderen, die dagelijks op bezoek komen. Maar zodra familie afscheid neemt, draait het gedrag van mevrouw T. volledig om. Zij wordt boos, gaat schelden en wil haar

echtgenoot en kinderen slaan. Doorgaans duurt het anderhalf tot twee uur na vertrek van de familie tot ze weer kalmeert. Dit zorgt voor veel stress bij familie, medebewoners en medewerkers.

De psycholoog wordt ingeschakeld voor advies. De psycholoog komt observeren op de groep, voert gesprekken met familie en medewerkers en voert een topografische analyse uit. Op basis daarvan wordt de hypothese opgesteld dat mevrouw zich door het afscheid nemen in de steek voelt gelaten. Daardoor wordt zij boos en verdrietig, hetgeen zich uit in verbale en fysieke agressie.

Om deze hypothese te toetsen wordt als 'behandeling' ingezet dat familie geen afscheid meer neemt bij het weggaan. In plaats daarvan wordt mevrouw even afgeleid door de aanwezige medewerkers, waarna familie stilletjes vertrekt. Dit lijkt goed te werken: bij het uitblijven van het 'actief' afscheid nemen, blijven in de meeste gevallen ook de boosheid, het verdriet en de agressie uit. Maar ondanks het succes van deze interventie kan de familie zich moeilijk aan de afspraak houden; het uitblijven van het afscheid voelt voor hen verkeerd, alsof ze haar bedriegen en voor de gek houden.

Na twee gesprekken met de psycholoog waarin ingegaan wordt op dat gevoel van bedriegen én op het welzijn van mevrouw T., trekt het negatieve gevoel bij de familieleden weg en houden ze zich aan het advies. Het uitblijven van de boosheid bij mevrouw leidt eveneens tot een verhoogd werkplezier bij de medewerkers en minder stress bij de familie en medebewoners.

Naast dat de psycholoog samen met zorgmedewerkers kijkt naar hoe om te gaan met bepaald gedrag en hun eigen aandeel daarin wordt indien nodig en mogelijk ook familie betrokken. Niet alleen kunnen zij vaak inzicht verschaffen in bijvoorbeeld mogelijke oorzaken voor bepaald gedrag vanuit de persoonlijkheid en levensgeschiedenis, zij zijn tevens soms onderdeel van de oplossing. In deze contacten is psycho-educatie eveneens vaak van belang.

Daarnaast is het zo dat, hoewel in de casus van mevrouw T. niet direct van toepassing, de psycholoog een signalerende en verwijzende functie heeft. De psycholoog kan zowel naasten als professionals doorverwijzen naar adequate hulpverlening. Denk aan familieleden die professionele hulp nodig hebben bij het verwerken van de opname of achteruitgang van hun naaste, maar ook aan professionals die tegen een burn-out aanzitten of depressief dreigen te raken. Met name het afgelopen jaar is deze signalerende en verwijzende

functie, als gevolg van de Covid-19-pandemie, belangrijk geworden. Veel zorgprofessionals kampen bijvoorbeeld met stress, met burn-out vanwege de hoge werkdruk, of met angst- en schuldgevoelens, zoals angst om besmet te raken of anderen te besmetten of schuldgevoelens jegens collega's omdat ze ziek geworden zijn en niet kunnen werken ondanks de enorme werkdruk (Koopmans et al., 2021).

### CASUS MEDIATIEVE GEDRAGSTHERAPIE IN DE PSYCHOGERIATRIE: MEVROUW S.

Mevrouw S. woont op een kleinschalige psychogeriatrische afdeling vanwege vasculaire dementie. Als gevolg van een cva is zij linkszijdig verlamd en kan nog maar beperkt haar rechterzijde inzetten. Zij is rolstoelgebonden, volledig zorgafhankelijk en heeft dwangstand van de ogen waardoor zij niet meer gericht kan kijken. Zij uit zich verbaal enkel nog door een hummend geluid te maken, wat kan variëren in volume en intensiteit. Verbale communicatie is niet mogelijk met haar.

Tijdens de zorgmomenten laat zij 'probleemgedrag' zien: het hummen neemt toe in volume en intensiteit, zij spant haar spieren aan, grijpt met haar werkzame hand naar alles wat zij vast kan houden (kleding of armen van zorgpersoneel, lakens, handdoeken, etc.). Dit maakt de zorg erg belastend en stressvol voor zowel haarzelf als de verzorgenden.

Er wordt besloten een observatie van het zorgmoment te doen door de psycholoog en ergotherapeut. Mevrouw S. wordt door twee medewerkers tegelijk verzorgd. Om de stress voor haar zo kort mogelijk te laten duren, handelen de twee medewerkers zo snel mogelijk en wassen zij haar tegelijk. Tijdens de observatie blijkt dat mevrouw sterk reageert op onverwachte aanrakingen en bewegingen. De hypothese is dat door de snelheid waarmee mevrouw verzorgd wordt en omdat zij door twee mensen tegelijk verzorgd wordt, zij niet begrijpt en niet kan verwerken wat er gebeurt. Zij probeert zichzelf te beschermen middels het uiten van bovengenoemd 'probleemgedrag' omdat vechten en vluchten vanwege haar fysieke beperkingen niet meer mogelijk zijn.

Samen met de zorgmedewerkers wordt een plan van aanpak opgesteld waarmee de zorg wordt afgestemd op haar tempo: de zorg wordt vertraagd en nog maar door één persoon gedaan, voor elke handeling wordt de tijd genomen haar geruststellen en te vertellen wat er gaat

## Onvrijwillige zorg vermindert in veel gevallen de kwaliteit van leven en het gevoel van waardigheid, zelfrespect en autonomie

gebeuren. Onaangekondigde aanrakingen en bewegingen worden zo veel mogelijk beperkt. Ook krijgt zij een handrol aangeboden om vast te houden, zodat zij zich niet meer aan kleding of mensen vastgrijpt. Er wordt eveneens speciale kleding aangeschaft met drukknoopjes op de rug, zodat kleding niet meer over haar hoofd aangetrokken hoeft te worden.

Hierop neemt haar 'probleemgedrag' flink af. Ook de medewerkers ervaren minder stress tijdens haar verzorging.

Samenwerking met andere disciplines, zoals arts, fysio- of ergotherapeut, is een belangrijk onderdeel van het werk van de psycholoog. In de casus van mevrouw S. vormen psycholoog en ergotherapeut een mooie aanvulling op elkaar. De psycholoog kijkt met name naar de prikkelverwerking en interactie/wisselwerking tussen bewoner en zorgmedewerker en de winst die daarin te behalen is. De ergotherapeut kijkt vervolgens welke hulpmiddelen ingezet kunnen worden om dit mogelijk te maken, zoals de aangepaste kleding en de handrol. Bovendien kan de ergotherapeut tips geven over hoe de zorg door één persoon gedaan kan worden in plaats van door twee en bekijkt hoe bepaalde zorghandelingen op een 'betere' of meer aangename manier uitgevoerd kunnen worden, zoals het draaien in bed om de rug te wassen en de kleding dicht te doen.

Ondanks dat de psycholoog op veel verschillende vlakken kan worden ingezet en van waarde is, valt er ook nog veel winst te behalen op het gebied van de klinische en zorggerelateerde werkzaamheden. Psychologen zouden op nog meer vlakken ingezet kunnen worden dan tot nu toe gebeurt. Zij kunnen bij het (ver)bouwen of de revitalisatie van verpleeghuizen bijvoorbeeld waardevolle input leveren over de invloed van de leefomgeving op het gedrag en welbevinden van ouderen. Ook zouden psychologen meer beleidsmatig ingezet kunnen worden en kunnen meedenken bij het bepalen van de visie van een instelling. Om onnodige

verhuizingen als gevolg van verkeerde plaatsingen te voorkomen, zouden psychologen daarnaast meer betrokken kunnen worden bij het geven van plaatsingsadviezen.

**ROL IN HET KADER VAN DE WET ZORG EN DWANG** De Wzd heeft per 1 januari 2020 de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen vervangen. Het uitgangspunt van deze wet is 'dwang – nee tenzij'. Het doel is om onvrijwillige zorg zoals gedwongen opnames, het toedienen van psychofarmaca maar ook het gedwongen toepassen van zorg- of leefregels en vrijheidsbeperkingen voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking te minimaliseren. Bij de invulling van deze wet worden psychosociale interventies steeds belangrijker, en daarmee sluit die goed aan bij de werkzaamheden van de psycholoog. Hij/zij is als gedragsdeskundige aan zet om onvrijwillige zorg te voorkomen en verzet te signaleren. Zo zal de psycholoog bijvoorbeeld oorzaken van het 'probleemgedrag' in kaart brengen en passende psychosociale interventies opzetten. Daarnaast kunnen gz-psychologen een meer officiële rol vervullen als zogenaamde Wzd-functionaris<sup>2</sup>, net als so's dat doen.

Het is belangrijk en waardevol dat er middels deze wet nog wat meer aandacht komt voor het voorkomen van onvrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg vermindert in veel gevallen namelijk de kwaliteit van leven en het gevoel van waardigheid, zelfrespect en autonomie. Ook het risico om te vallen (bijvoorbeeld bij het toepassen van psychofarmaca, maar ook doordat spierkracht en balans verminderen wanneer er minder bewogen wordt) en ander ernstig letsel (bijvoorbeeld bij verzet), en ten gevolge daarvan overlijden, neemt toe bij onvrijwillige zorg.

<sup>2</sup> De Wzd-functionaris heeft een toetsende en toezichhoudende rol en kijkt of er voldaan wordt aan de vier essentiële criteria bij onvrijwillige zorg: is het noodzakelijk, wordt de minst ingrijpende vorm ingezet, is het doelmatig, en is het proportioneel? Ook ziet de Wzd-functionaris toe op de afbouw van onvrijwillige zorg.



Daarnaast kan onvrijwillige zorg leiden tot een toename van ziekenhuisopnames en afhankelijkheid bij dagelijkse activiteiten (Beerens et al., 2014; Gastmans & Milisen, 2006; Hofmann & Hahn, 2014; Voyer, Cohen, Lauzon & Collin, 2004). Verder heeft het ook impact op zorgmedewerkers: het toepassen van onvrijwillige zorg kan leiden tot psychische klachten. Dit komt onder andere door de ethische dilemma's die onvrijwillige zorg met zich meebrengt; zoals de afweging tussen vrijheid en veiligheid die professionals moeten maken (Pijl-Zieber et al., 2018; Scheepmans et al., 2014). Hierbij is, vanuit onderzoek in de thuissituatie, de verwachting dat mantelzorgers en artsen positiever staan tegenover het gebruik van onvrijwillige zorg dan zorgmedewerkers (Mengelers et al., 2019); hetgeen nog extra spanning met zich mee kan brengen.

Naast hun rol bij het signaleren en voorkomen van onvrijwillige zorg, is de psycholoog ook iemand die deze dilemma's en wisselende perspectieven/inzichten bespreekbaar kan maken.

## Naar schatting heeft slechts 30% van de psychologen in het verpleeghuis een BIG-registratie

**WETENSCHAPSBEOEFENING** Juist ook in het verpleeghuis is het van belang dat er meer wordt ingezet op het ontwikkelen van een *evidence-based* cultuur. Voor het hele verpleeghuis-team is het relevant te onderzoeken waarom bepaalde dingen worden gedaan zoals ze worden gedaan, en te kijken hoe dingen anders of beter kunnen. Gezien hun sterke wetenschappelijke basis in de opleiding kunnen psychologen een 'academiseringscultuur' in de ouderenzorg stimuleren. Hierbij gaat het niet alleen om het onder de aandacht brengen van nieuw onderzocht en effectief bevonden behandelingen en vormen van diagnostiek (Smits, 2009), maar ook om het enthousiasmeren van andere professionals om gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek op te zetten.

Er zijn verschillende initiatieven die hieraan een bijdrage leveren, zoals de Academische Werkplaats Ouderenzorg-Limburg (AWO-L) en het 'expertteam psychologen' dat is opge-

zet vanuit Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON). In deze academische netwerken werken mensen uit de praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs samen. Ook hebben ouderen en hun naasten een belangrijke rol, evenals de zogenaamde *linking pins* of *science practitioners*. Dit zijn (gepromoveerde) onderzoekers én medewerkers vanuit zorgorganisaties of kennisinstellingen die de brug vormen tussen wetenschap en de praktijk. Zo wordt het opstellen en uitvoeren van onderzoek bevorderd (Verbeek et al., 2020). Hiermee dragen deze netwerken bij aan wetenschapsbeoefening en de implementatie van nieuwe wetenschappelijke kennis in de praktijk.

Hoewel er dus steeds meer wordt ingezet op wetenschapsbeoefening, zou hier nog meer aandacht voor mogen zijn. In een interview uit 2020<sup>3</sup> met Bas van Alphen (hoofdopleider RINO Zuid en bijzonder hoogleraar klinische ouderenzorgpsychologie aan de Vrije Universiteit Brussel, bijzonder hoogleraar gezondheidszorgpsychologie aan Tilburg University en hoogleraar klinische ouderenzorgpsychologie bij PersonaCura) en Rudolf Ponds (hoogleraar medische psychologie aan het Maastricht Universitair Medisch Centrum+) over het nut en de noodzaak van wetenschap in de gz-opleiding, stelde Van Alphen dat er weliswaar veel aandacht besteed wordt aan *evidence-based* interventies, maar dat er tegelijkertijd nauwelijks aandacht is voor hoe die interventies tot stand gekomen zijn. Ook wordt eigenlijk van een klinisch (neuro)psycholoog pas verwacht dat hij/zij zelfstandig wetenschappelijk onderzoek kan uitvoeren. Hier wordt volgens Van Alphen wel aan gewerkt: recent is er een positief beoordeelde pilot geweest met een module 'praktijkgerichte wetenschap' in de gz-opleiding. Hierin werd onder andere aandacht besteed aan het vertalen van onderzoek naar de praktijk.

### DE GZ-PSYCHOLOOG ALS REGIEBEHANDELAAR

Naast het toelichten van wat het werk als psycholoog in het verpleeghuis inhoudt, is het tot slot relevant om te kijken naar mogelijkheden van de gz-psycholoog als (gedeeld) regiebehandelaar<sup>3</sup> in het verpleeghuis. In de ggz wordt de keuze voor de regiebehandelaar gemaakt op basis van de specifieke problematiek, het type behandeling en de inhoudelijke deskundigheid van de behandelaar. Daarbij

3 Er wordt gesproken over regiebehandelaar in plaats van hoofdbehandelaar omdat dat ook is waar het om gaat; de regie nemen over het zorgproces, zonder per se de hoogstopleide behandelaar/'de hoogste in rang' te zijn (GGZ Kwaliteitsstatuut, 2020).

heeft de patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger ook inspraak (Kwaliteitsstatuut GGZ, 2020). Dit zou ook toegepast kunnen worden binnen het verpleeghuis: oftewel dat de so en gz-psycholoog samen optrekken en op basis van de specifieke problematiek bepalen wie de 'lead' neemt/regiebehandelaar wordt.

Ook de factsheet van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over probleemgedrag (2016), de richtlijn (Verenso & NIP, 2018) en het stappenplan (Verenso, CCE & Vilans, 2019) over de omgang met probleemgedrag lijken hierbij aan te sluiten. Hierin worden immers belangrijke rollen weggelegd voor zowel de so als de psycholoog. Zo wordt er gesteld dat 'Een verzorgende, arts en psycholoog samen de doelen van de zorg bepalen' (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2016), en dat 'het behandelteam ten minste uit een arts en gz-psycholoog met deskundigheid op het gebied van dementie moet bestaan' (Verenso & NIP, 2018). Daarnaast wordt aanbevolen dat zowel de so als psycholoog betrokken zijn bij het in kaart brengen van omgevingsfactoren (fysiek en sociaal), persoonlijke factoren en psychische factoren als mogelijke oorzaken van gedragsproblematiek (Verenso, CCE & Vilans, 2019).

In het beroepsprofiel voor gz-psychologen staat dat zij de regie kunnen hebben in het verpleeghuis en ook op basis van het kwaliteitsstatuut GGZ kan gesteld worden dat zij regiebehandelaar zouden mogen zijn. Zoals het NIP (z.d.) stelt: 'De gz-psycholoog kan in een solopraktijk geen regiebehandelaar voor de gespecialiseerde ggz leveren, maar mogelijk in een instelling wel als deze in een multidisciplinair team een hele specifieke doelgroep bedient waar deze goed in opgeleid is, zoals de ouderenzorg.'

Hoewel er jaren geleden al geopperd is dat gedeeld regiebehandelaarschap mogelijk zou moeten zijn in het verpleeghuis op het moment dat ernstige gedragsproblematiek op de voorgrond staat in plaats van somatische problematiek (Pot & Wilterdink, 2003), lijkt hier formeel gezien nog nauwelijks sprake van. Er is slechts over enkele organisaties binnen de verpleeghuissector informatie te vinden dat er een gz-psycholoog of klinisch (neuro)psycholoog regiebehandelaar is, of dat men ermee aan de slag gaat om de rol van de gz-psycholoog als regiebehandelaar verder te ontwikkelen.

**HET AANTAL GZ-PSYCHOLOGEN EN GZ-OPLEIDINGS-PLAATSEN** In het licht van eventueel regiebehandelaarschap, is het ook van belang om te kijken naar het aantal gz-psychologen en gz-opleidingsplaatsen. De Wet BIG stelt dat de functie gz-psycholoog het gewenste 'basisniveau' is voor psychologische diagnostiek en behandeling. Naar schatting

heeft slechts 30% van de psychologen in het verpleeghuis een BIG-registratie, een aantal dat in werkelijkheid waarschijnlijk nog iets lager ligt (Vink, 2020). Door dit lage aantal kan de kwaliteit van psychologische zorg in verpleeghuizen niet altijd gegarandeerd worden en kan beargumenteerd worden dat verpleeghuizen in sommige gevallen niet voldoen aan de BIG. Het waarborgen van de kwaliteit van zorg is immers een van de doelstellingen van de wet.<sup>4</sup>

Dat de verhouding tussen basispsychologen en BIG-geregistreerde psychologen in het verpleeghuis nogal scheef is, valt helemaal op als de vergelijking met ggz-instellingen wordt gemaakt. Daar is namelijk 85% van de psychologen BIG-geregistreerd (Vink, 2020). Hoewel het Capaciteitsorgaan (2018) weet dat de behoefte aan gz-psychologen, en daarmee ook aan opleidingsplaatsen, in het verpleeghuis toeneemt gezien alle ontwikkelingen (denk aan de toegenomen complexiteit en zwaarte van de problematiek en de behoefte aan verdere vakinhoudelijke ontwikkeling), wordt het aantal beschikbare opleidingsplaatsen hier niet op afgestemd. De helft van de aangevraagde, gefinancierde plaatsen voor de opleiding tot gz-psycholoog voor 2021 vanuit de verpleeghuissector is afgewezen (Vink, 2020). Hierdoor is het moeilijk om gemotiveerde psychologen met een sterke affiniteit voor de verpleeghuissector te behouden. De meeste basispsychologen willen immers uiteindelijk toch graag de opleiding tot gz-psycholoog volgen.

## BESLUIT

Het werk als psycholoog in een verpleeghuis is een uitdagend en afwisselend vak. Psychodiagnostiek, indicatiestellingen, analyse en (mediatieve) behandeling van psychologische en gedragsproblematiek bij bewoners behoren tot de kerntaken. Psychologen profileren zich daarnaast ook steeds vaker op andere gebieden binnen de setting, bijvoorbeeld bij het opstellen van beleid, als aandachtsfunctionaris Wzd en het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Bij de diagnostiek en behandeling moet er regelmatig op een creatieve manier van protocollen worden afgeweken om behandelingen passend te maken binnen de setting en aan te sluiten bij de behoeftes en mogelijkheden van een bewoner. De problemen die kunnen optreden bij de complexe

4 Niettemin kunnen basispsychologen gedurende de jaren natuurlijk wel een bepaald competentieniveau bereiken dat passend is bij deze registratie. Hieraan dragen gerichte scholingen of leertrajecten (bijv. vanuit PgD Psychologische expertise voor de ouderenzorg en Gerion) en supervisie van BIG-geregistreerde psychologen aan bij, al gebeurt laatstgenoemde niet altijd (terwijl dit eigenlijk wel een vereiste is!).



wisselwerking tussen bewoner, naasten en professionals, al dan niet in combinatie met de fysieke omgeving, is iets waar de psycholoog bij uitstek voor is opgeleid.

Vakinhoudelijk zijn er echter nog grote ontwikkelingen nodig. Zo is het opleiden van meer gz-psychologen in deze sector noodzakelijk voor behoud en verbetering van de kwaliteit van zorg. Daaraan gerelateerd is de stap naar (mede-)regiebehandelaar er één die nog niet gezet is, maar die wel steeds vaker onder de aandacht komt. Daarom moet daar aandacht aan worden besteed in de gz-opleiding, net als aan wetenschapsbeoefening.

#### OVER DE AUTEURS

Dr. Anne van der Vorst werkt als psycholoog en onderzoeker bij Envida in Maastricht. Dr. Eveline van Velthuijsen werkt als psycholoog en onderzoeker bij Meander Groep Zuid Limburg en is als Linking-Pin verbonden aan de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L). Dr. Krystle Penders werkt als psycholoog en onderzoeker bij Envida in Maastricht. Prof. dr. Debby Gerritsen is ouderenspsycholoog en als hoogleraar welbevinden in de langdurige zorg verbonden aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Prof. dr. Jos Schols is specialist ouderengeneeskunde en als hoogleraar ouderengeneeskunde aan de Universiteit Maastricht verbonden. Prof. dr. Hilde Verbeek is hoogleraar Zorgomgeving voor Kwetsbare Ouderen aan de Universiteit Maastricht en vicevoorzitter van de AWO-L. Correspondentie aangaande dit artikel via Anne van der Vorst: Anne.van.der.Vorst@envida.nl.

## Literatuur

- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J.L. & Wetherell, J.L. (2016). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine*, 17(2), 264-277.
- Amano, T. & Toichi, M. (2014). Effectiveness of the on-the-spot-EMDR method for the treatment of behavioral symptoms in patients with severe dementia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(2), 50.
- Beerens, H.C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M.E., Suhonen, R., Zabalegui, A. & RightTimePlaceCare Consortium. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 54-61.
- Davison, T.E., Eppingstall, B., Runci, S. & O'Connor, D.W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21(7), 766-773.
- den Haan, R. & Bannink, F. (2019). *Opllossingsgericht werken met ouderen*. Pearson Benelux B.V., Amsterdam
- Gastmans, C. & Milisen, K. (2006). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 32(3), 148-152.
- Hofmann, H. & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3012-3024.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2016). *Factsheet: Zorg aan mensen met dementie en onbegrepen gedrag*.
- Iveson, C. (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149-157.
- James, I.A. (2013). *Cognitieve gedragstherapie voor ouderen. Een praktische gids voor hulpverleners*. Tannoo.
- Keij, E.M., Ouwens, M.A. & Videler, A.C. (2018). Met alcoholpensioen: adaptatiebevorderende behandeling bij ouderen. *GZ-Psychologie*, 10(4), 16-21.
- Klaver, M. & A-Tjak, J. (2006). Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis: het gebruik van cognitief-gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies met een zorgteam. *Gedragstherapie*, 39(1), 5.
- Koopmans, R.T., Verbeek, H., Bielderma, A., Janssen, M.M., Persoon, A., Lesman-Leegte, I. & Gerritsen, D.L. (2021). Reopening the doors of Dutch nursing homes during the COVID-19 crisis: results of an in-depth monitoring. *International Psychogeriatrics*, 1-8.
- Kwaliteitsstatuut GGZ (2020). Beschikbaar via <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>
- Leontjevas, R., Gerritsen, D.L., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M.J. & Koopmans, R.T. (2013a). A structural multidisciplinary

# Summary

## WORKING AS A (HEALTH CARE) PSYCHOLOGIST IN THE NURSING HOME: A CHALLENGING AND COMPLEX PROFESSION

A. VAN DER VORST, E. VAN VELTHUIJSEN, K. PENDERS, D. GERRITSEN, J. SCHOLS & H. VERBEEK

The intensity and complexity of care that needs to be provided in nursing homes has

increased in light of concepts such as ageing in place. Current guidelines encourage the use of non-pharmacologic, psychosocial interventions among nursing home residents. Herewith, (health care) psychologists get a more prominent role. The current article aims to outline the challenging and complex profession of working as a (health care) psychologist in the nursing home. Indeed, they

carry out a variety of tasks, ranging from psychological and cognitive assessments or analysing problem behaviour to providing therapy and making recommendations to nursing staff on how to best handle this behaviour. In addition, this article discusses ways in which the (health care) psychologist can be even more meaningful for nursing home care.

- approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet*, 381, 2255–2264
- Leontjevas, R., Teerenstra, S., Smalbrugge, M., Vernooij-Dassen, M. J., Bohlmeijer, E. T., Gerritsen, D. L. & Koopmans, R. T. (2013b). More insight into the concept of apathy: a multidisciplinary depression management program has different effects on depressive symptoms and apathy in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 1941.
- Lette, M., Baan, C. A., van den Berg, M. & de Bruin, S. (2015). Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: Experiences from the Netherlands. *BMC Geriatrics*, 15, 143.
- Mengellers, A. M., Bleijlevens, M. H., Verbeek, H., Capezuti, E., Tan, F. E. & Hamers, J. P. (2019). Professional and family caregivers' attitudes towards involuntary treatment in community-dwelling people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 96–107.
- NIP, SPO (Sectie Psychologen in de Ouderenzorg). (2009). Productenboek voor de ouderenzorgpsycholoog. Beschikbaar via <https://www.psynip.nl/wp-content/uploads/2016/07/Productenboek.pdf>
- NIP (z.d.). Regiebehandelaar. Beschikbaar via <https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/curatieve-ggz/kwaliteitsstatuut-curatieve-ggz/regiebehandelaar/>
- Pijl-Zieber, E. M., Hagen, B., Armstrong-Esther, C., Hall, B., Akins, L. & Stingl, M. (2008). Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care? *Quality in Ageing and Older Adults*, 9(2), 39.
- Pot, A. M. & Wilterdink, T. (2003). Psycholoog in de verpleeghuiszorg: een veelzijdig vak. *Directie Therapie*, 23(4), 165.
- Scheepmans, K., de Casterlé, B. D., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Boonen, S., & Milisen, K. (2014). Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*, 14(1), 1–7.
- Seitz, D., Purandare, N. & Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22, 1025–1039.
- Selbaek, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161–169.
- Smits, C. (2009). Oudere migranten in de Nederlandse samenleving. In: Pot, A. M., Kuin, Y. & Vink, M. (2009). *Handboek ouderenzorgpsychologie* (p. 451). Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- van Alphen, S. B. (2015). De ouderenzorgpsycholoog: positie en profilering in Nederland. *Geron*, 17(3), 2–25.
- van den Brink, A. M., Gerritsen, D. L., Voshaar, R. C. O. & Koopmans, R. T. (2013). Residents with mental–physical multimorbidity living in long-term care facilities: prevalence and characteristics. A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 531–548.
- van Tongeren, C. (2013). Sandra Geerlings: 'De ouderenzorg is een complex vak'. *Psychopraktijk*, 5(1), 7–10.
- van der Veer, G. (2013). Anne Margriet Pot: 'Ouderen bieden veel kansen voor GZ-psychologen'. *Psychopraktijk*, 5(1), 3–6.
- Verbeek-Oudijk, D. & van Campen, C. (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, D., Woittiez, I., Eggink, E. & Putman, L. (2015). Who cares in Europe? *Geron*, 17(1), 62–65.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M. & Hamers, J. P. H. (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(1), 43–47.
- Verenso (2019). Verblijfsduur verpleeghuispatiënten langer dan negen maanden. Eenduidige registratie essentieel voor betrouwbare trendinformatie. Beschikbaar via <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2019/verblijfsduur-verpleeghuispatiënten-langer-dan-negen-maanden>
- Verenso, CCE & Vilans (2019). Multidisciplinair werken aan probleemgedrag: Stappenplan en teamevaluatie. Beschikbaar via <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/probleemgedrag/probleemgedrag-stappenplan.pdf>
- Verenso & NIP (2018). Probleemgedrag bij mensen met dementie. Beschikbaar via <https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnenendatabase/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
- Vink, M. (2020). Onacceptabel tekort aan opleidingsplaatsen voor psychologen in de ouderenzorg. Beschikbaar via: [https://www.pgDEXPERTISE.nl/sites/default/files/bijlagen/onacceptabel\\_tekort\\_opleidingsplaatsen\\_psychologen\\_in\\_de\\_ouderenzorg\\_aug\\_2020.pdf](https://www.pgDEXPERTISE.nl/sites/default/files/bijlagen/onacceptabel_tekort_opleidingsplaatsen_psychologen_in_de_ouderenzorg_aug_2020.pdf)
- Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., Lamers, S. & Pot, A. M. (2017). *Handboek ouderenzorgpsychologie*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Voyer, P., Cohen, D., Lauzon, S. & Collin, J. (2004). Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC Nursing*, 3(1), 1–13.
- Wapenaar, J. (2017). 10 dingen die je moet weten over psychofarmaca. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 49(4), 12–14.
- Warmoth, K., Lang, I. A., Phoenix, C., Abraham, C., Andrew, M. K., Hubbard, R. E. & Tarrant, M. (2015). "Thinking you're old and frail": a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing & Society*, 36, 1483–500.
- Zwijssen, S. A., Smalbrugge, M., Eefsting, J. A., Twisk, J. W., Gerritsen, D. L., Pot, A. M. & Hertogh, C. M. (2014). Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 531–e1.