

## Vreemde eenden in het psychogeriatrisch verpleeghuis

### Logopedisten en ergotherapeuten en de rol van hun opleiding

Frans Hoogeveen

**Abstract** Voor de kortdurende zorg en de chronisch somatische zorg hebben verpleeghuizen in de regel logopedisten en ergotherapeuten in vaste dienst. In het psychogeriatrisch verpleeghuis daarentegen werken zij meestal alleen op consultbasis. Toch valt er voor hen ‘in de pg’ veel nuttig werk te doen. Frans Hoogeveen sprak met drie logopedisten en drie ergotherapeuten, twee pas sinds kort afgestudeerd en een derde met ruime werkervaring. Wat houdt hun werk in de psychogeriatric in? En heeft hun opleiding hen daarvoor voldoende voorbereid?

**De logo's** Marjolein (21): stagiaire en 4<sup>e</sup>-jaars student logopedie

Marianne (23): afgestudeerd in 2003

Corine (43): afgestudeerd in 1982

Logopedisten houden zich in het verpleeghuis bezig met de taal, de spraak, de stem, het gehoor en het slikken. Marianne: ‘We behandelen veel mensen met afasie (taalstoornissen) of dysarthrie (spraakstoornissen). Slikproblemen komen ook vaak voor. We doen gehooronderzoek, controleren het hoortoestel en onderhouden contact met de audiciën (de leverancier van gehoortoestellen). Behandeling van de stem komt minder vaak voor.’ ‘Bij kortdurende zorg is er regelmatig sprake van intensieve behandeling op een aantal gebieden tegelijk,’ vult Corine aan. ‘In geval van chronische somatiek gaat het eerder om het onderhouden van vaardigheden. Het adviseren van de omgeving – de medewerkers en de naasten van de

patiënt – is daarbij van wezenlijk belang.’

In de psychogeriatric komen slikproblemen veel voor en de hulp van de logopedist wordt hiervoor met enige regelmaat ingeroepen. Daarnaast controleert de logopedist er de hoortoestellen: werken deze nog goed en zijn ze nog geschikt voor de cliënt? Marjolein: ‘We doen ook wel wat op het gebied van de communicatie, bijvoorbeeld als de cliënt woordvindproblemen heeft of zacht praat.’ Toch komt behandeling op dit gebied niet zo vaak voor. Corine: ‘De belangrijkste vraag is: heeft de cliënt er zelf veel last van? Als dat zo is, is er reden tot onderzoek: wat gaat goed en wat niet? Kortdurende behandeling kan dan het vervolg zijn, bij voorkeur met iemand uit de omgeving erbij. Wij laten dan zien of en hoe het beter kan. Therapie bij de cliënt zelf is meestal problematisch. Gezien de aard van de aandoening, dementie, is het te verwachten leereffect immers minimaal.’

*Wat zou de ideale rol van de logopedist binnen de pg zijn?*

Corine: ‘We zouden zeker meer kunnen betekenen dan nu het geval is. Zoals het nu is komen we eigenlijk te weinig op de afdelingen. Onbekend maakt onbemind. Als de medewerkers zien wat je doet, komen er waarschijnlijk ook meer vragen.’ Hoewel zij erkennen dat meer aanbod bijna automatisch meer vraag creëert, menen de logopedisten dat een belangrijk deel van deze vragen zeker zinnig zal zijn. Zo zijn zij ervan overtuigd dat nu lang niet alle slikproblemen worden herkend of aangemeld. Ook op communicatiegebied valt er volgens hen aan de medewerkers en aan de familie van de cliënt veel te adviseren: maak je zinnen niet te lang en gebruik ondersteunend materiaal of gebaren. Als de communicatie daardoor beter verloopt, voelt de patiënt zich zekerder en zal hij zich makkelijker uiten. ‘Een belangrijk gevolg van vaker op de afdelingen aanwezig zijn, is dat je zelf problemen kunt signaleren,’ meent Marianne. ‘Dan zie je mensen stil in een hoekje zitten. Of je bemerkt dat het

Frans Hoogeveen (✉)  
Frans Hoogeveen is verpleeghuispsycholoog bij Florence in Rijswijk.

gehoor duidelijk onvoldoende is.’ Corine: ‘Je moet je daarbij natuurlijk wel altijd kritisch blijven afvragen: wat is je doel? En wat kan ik bereiken?’

## En de opleiding?

*Hoe ben je in je opleiding voorbereid op het werken in de pg?*

Marjolein: ‘Niet of nauwelijks. We hebben een aantal artikelen over dementie besproken: wat is het en welke typen kun je onderscheiden? Maar niets over hoe je zo iemand behandelt of wat de mogelijkheden en de beperkingen zijn. Ik was heel erg verrast toen ik hier zag wat er allemaal nog mogelijk is. Zeker op het gebied van slikken. Op de opleiding hoor je daar niets over. Ik denk dus dat daar meer aandacht aan besteed zou moeten worden.’ Marianne: ‘Gedurende mijn opleiding ook nauwelijks. Ik herinner me een lesblok over het werken in verpleeghuizen: hoe onderscheid je afasie van dementie? Het omgaan met psychogeriatrische patiënten werd helemaal niet behandeld. Daar heb ik in mijn werk enorm aan moeten wennen.’ Corine: ‘In mijn opleiding werd bij het vak neurologie wel wat aandacht besteed aan het ziektebeeld dementie, maar niet aan het werken met deze patiënten. De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie heeft overigens wel standaarden op papier gezet voor het werken in een psychogeriatrisch verpleeghuis.’

*Wat zou er moeten veranderen in de opleiding?*

‘De opleiding tot logopedist is heel breed. Er kan kwalijk ruime aandacht worden besteed aan elke mogelijke cliëntengroep. Dan krijgen we een opleiding van tien jaar,’ grapt Marianne. Toch vinden de logopedisten dat er iets moet veranderen. Corine: ‘Ik zie het werken in de psychogeriatric toe wel als een hoofdstuk apart: qua benadering van de cliënt, maar ook inhoudelijk. Communicatieproblemen bij CVA zijn wezenlijk anders dan bij dementie. En gezien de vergrijzing zullen ook logopedisten in andere werkvelden ermee te maken krijgen, ook in de particuliere praktijk.’ Marjolein: ‘Hoe is het beloop van dementie als ziektebeeld, welke problemen kun je als logopedist tegenkomen? Hoe is je aanpak en tot hoever kun je gaan? Wat is zinnig? Dat zijn wezenlijke vragen waar in de opleiding aandacht voor zou moeten zijn.’ Corine: ‘Wat kan de logopedie als vakgebied bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie? Voor mij is dat een heel belangrijke vraag!’

## Psychische component

*De ergo’s* Laura (22): afgestudeerd in 2003

Myrthe (23): afgestudeerd in 2004

Gabriëlle (30): afgestudeerd in 1998

Het doel van ergotherapie is mensen zo optimaal mogelijk te laten functioneren in hun leefomgeving. Gabriëlle: ‘Ergotherapie in de verpleeghuiszorg kent drie aandachtsgebieden: behoud of bevordering van de zelfstandigheid van de cliënt, de huishouding en de productiviteit gaande houden en de invulling van de vrijetijdsbesteding.’ Myrthe: ‘Dat houdt allereerst training van de cliënt in. En daarna het zoeken naar hulpmiddelen en aanpassingen.’ ‘Bij kortdurende zorg ligt het accent op revalideren met het doel naar huis of naar een aangepaste woning te kunnen terugkeren; bij chronisch somatische patiënten op het vergroten van de zelfstandigheid en het veraangename van het leven,’ vult Laura aan. ‘We besteden aandacht aan de zit- en lighouding, aan de mobiliteit met behulp van de (elektrische) rolstoel en aan de vrijetijdsbesteding.’ Gabriëlle: ‘Ons werk heeft sterk te maken met het lichamelijk functioneren, maar er is natuurlijk ook een psychische component. We werken met mensen die een handicap hebben en voor de opgave staan zich daaraan aan te passen en hun beperkingen te accepteren.’

Op de psychogeriatrische afdelingen doen de ergotherapeuten weinig. Myrthe: ‘Ik heb er ook nauwelijks ervaring mee opgedaan. Tijdens mijn stages niet en in mijn huidige werk ook niet. Pas de laatste tijd maak ik voor onze dementerende cliënten een enkele keer spalken en doe ik af en toe observaties van het drinken. Momenteel ben ik bezig – heel uitzonderlijk voor de pg – een cliënt in een elektrische rolstoel te leren rijden.’ Laura: ‘Dat geldt ook voor mij: pas sinds kort krijg ik zo af en toe een vraag vanuit de pg.’ Gabriëlle: ‘Ik voorzie cliënten van aangepast bestek, ik adviseer over lig- en zithoudingen en bij problemen in de zorg die te maken hebben met contracturen of spasmen zorg ik voor aangepaste kleding voor bewoners die gemakkelijk aan en uit te trekken is.’

Gabriëlle heeft ook ervaring met het geven van de zogenoemde Realiteits Oriëntatie Training (ROT) aan cliënten met dementie. Dit is een groepsactiviteit, gericht op het verbeteren van de oriëntatie op tijd, plaats, personen en gebeurtenissen. Ook wordt in deze training met behulp van aanwijzingen de omgeving gestructureerd, zodat de dementerende daarin beter zijn weg kan vinden. ‘Deze activiteit kreeg op den duur echter meer het karakter van een gespreksgroep,’ vertelt zij. ‘Sommige thema’s sloegen goed aan, andere minder. Er vonden vaak heel waardevolle interacties tussen de deelnemers plaats. Allemaal heel positief. Maar ik heb me wel dikwijls afgevraagd of de ROT niet net zo goed door een activiteitenbegeleider of door een ervaren verzorgende zou kunnen worden gegeven.’

## Meer mogelijk

Wat zou de ideale rol van de ergotherapeut zijn binnen de pg?

Gabriëlle: ‘Hoewel ik niet het idee heb dat onze rol wordt miskend, denk ik wel dat er meer mogelijk is dan er nu gebeurt. Realiteits Oriëntatie Training kan heel zinnig zijn, maar dan moet het beter gestructureerd worden aangeboden dan nu het geval is. En er is natuurlijk een raakvlak met de fysiotherapie op het gebied van de mobiliteit en de zit- en lighouding. Wie doet wat? Ook zouden we stelselmatiger kunnen meedenken over problemen in de dagelijkse zorgverlening bij wassen, kleden, eten en drinken. En gericht werken aan het invullen van een prettige dagbesteding voor mensen met dementie. Daar valt nog véél meer uit te halen, dat lijkt me een uitdaging.’ Laura: ‘Kunnen dementerende mensen zelfstandiger functioneren in het verpleeghuis dan nu het geval is? Dat lijkt me een interessante vraag. En wat wil de cliënt zelf? Ook denk ik dat we meer zouden kunnen betekenen in het bieden van comfort aan de bewoners.’ Myrthe: ‘Ik zou het niet verkeerd vinden om wat vaker rond te lopen op de pg. Je kunt dan ook zelf dingen signaleren.’

*Hoe ben je in je opleiding voorbereid op het werken in de pg?*

Myrthe: ‘Heel beperkt. Er werden een aantal ziektebeelden behandeld en we kregen als opdracht om een maquette te maken van een verpleeghuisafdeling. Aan de psychogeriatric is heel weinig aandacht besteed.’ Laura: ‘Ik herinner me één module: PDL (Passiviteiten van het Dagelijks Leven: handelingen, maatregelen en voorzieningen bij zaken als liggen, zitten, gewassen, gekleed, verschoond en gevoed worden).’ Gabriëlle: ‘Er werd weinig aandacht aan besteed. Ik herinner me één les over de ziekte van Alzheimer. Ook kregen we wel iets over ROT en over Validation (het reageren op de dementerende vanuit diens belevingswereld).’

*Wat zou er moeten veranderen in de opleiding?*

Laura: ‘Ik weet het niet. Wellicht moet er meer aandacht worden besteed aan omgangskunde, maar dan niet speciaal gericht op de pg. Dat kan ook niet, gezien alle

mogelijke cliëntgroepen die we moeten kunnen bedienen. Je leert basisvaardigheden – en van daaruit moet je in de praktijk verder zien te komen.’ Gabriëlle: ‘Het échte werk leer je in de praktijk.’

**Leren en afleren: zo denk ik erover** Verzorgenden zijn ontzettend snel en handig en voelen zich prettig als de boel aan kant is. Maar bij mensen met dementie moet je afleren om snel te werken, op tijd klaar te willen zijn of vooruit te werken als er even niets te doen is. Mensen met dementie kunnen alleen meedoen als het tempo laag ligt. Je moet ook afleren om de waarheid boven tafel te krijgen in het contact met dementerenden. Iemand corrigeren of ontkennen wat hij zegt heeft geen zin. En je moet afleren om mensen vast te binden die de neiging hebben om te vallen. Onderzoek wijst uit dat op afdelingen waar mensen niet ‘gefixeerd’ worden, evenveel valincidenten voorkomen als op afdelingen waar dat wel gebeurt. Iemand die slecht loopt moet juist oefenen met bewegen.

Je moet leren iemand te volgen in wat hij zegt of doet, initiatief uitlokken en erop ingaan, open staan voor ieder woord en ieder gebaar. Ook moet je erachter zien te komen wat voor persoon iemand geweest is en hoe zijn leven eruit gezien heeft om aanknopingspunten te vinden voor contact. Je moet leren om uit te zoeken wat iemand speciaal leuk vindt en daar regelmatig aandacht aan besteden, ook al zit het niet in het reguliere zorgaanbod. Mensen met dementie zijn kwetsbaar en geven lang niet altijd aan wat ze (anders) willen. Als team moet je leren van tijd tot tijd met elkaar te praten over wat goede zorg inhoudt en wat daarvoor nodig is. Daarbij moet je ook leren elkaar en het management daarop aan te spreken. En je moet leren dat met de familie te bepraten.

Jacomine de Lange is senior onderzoeker bij het Trimbos-instituut en lector Transitie in Zorg bij de Hogeschool Rotterdam.