



**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# **Afhankelijkheid bij ouderen: Van visie tot implementatie**

**Afstudeerproject voorgedragen door:  
Vandereyt Vanessa**

*Promotor: Heusdens Helga  
Inhoudsdeskundige: Smits Stefani*

**Academiejaar 2015-2016  
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**







**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# **Afhankelijkheid bij ouderen: Van visie tot implementatie**

**Afstudeerproject voorgedragen door:  
Vandereyt Vanessa**

***Promotor: Heusdens Helga  
Inhoudsdeskundige: Smits Stefani***

**Academiejaar 2015-2016  
Bachelor na bachelor opleiding Zorgmanagement**





## Woord vooraf

Het schrijven en uitwerken van deze bachelorproef heeft enorm veel energie gevraagd. Niet alleen van mezelf, maar ook van alle mensen die hieraan rechtstreeks of onrechtstreeks hebben meegewerkt.

Allereerst wil ik mijn dank betuigen aan mijn inhoudsdeskundige Stefani Smits, voor de begeleiding en tips, voor de lay-out en spelfouten. En om mij op tijd en stond te motiveren om verder te werken aan het uitschrijven ervan!

Helga Heusdens, mijn promotor, wil ik bedanken voor de begeleiding die ze mij gaf om de uitwerking van deze bachelorproef in goede banen te leiden. Ze stond me met raad en daad bij om dit werk tot een goed einde te brengen.

Mijn vrienden die ik de voorbije jaren een beetje heb verwaarloosd door veel van mijn vrije tijd op te offeren voor de opleiding, dank ik voor hun geduld.

Als laatste maar niet als minste wil ik mijn echtgenoot Carlo en mijn kinderen bedanken voor de steun die ze mij gaven en het geduld dat zij hadden voor de vele uren dat mama achter haar laptop zat. Bedankt!



# Inhoud

Woord vooraf .....	5
Abstract .....	10
1. Inleiding .....	11
1. Voorstelling van de organisatie .....	13
1.1 De cluster Sirius .....	14
1.1.1 Behandelvisie.....	14
1.1.2 Behandelmethodiek .....	15
2. Probleemstelling.....	17
3. Doelstelling.....	19
4. Literatuurstudie .....	21
4.1 Afhankelijkheid .....	21
4.1.1 Definitie alcoholafhankelijkheid bij ouderen .....	21
4.1.2 Afhankelijkheid bij ouderen .....	22
4.1.3 Behandelingsmethodiek.....	23
4.1.4 Visie op afhankelijkheid vanuit het systeemdenken .....	24
4.2 Verandermanagement .....	26
4.2.1 Definitie .....	26
4.2.2 Verandermodel.....	26
4.2.3 De Deming cirkel .....	29
4.2.4 De rol van de leidinggevende binnen verandermanagement.....	30
5.3 Besluit .....	31
6. Praktisch gedeelte .....	33
6.1 Analyse van de huidige situatie .....	33
6.2 Veranderproces via het model van Kotter (1997).....	33
6.2.1 Fase 1 : Het urgentiebesef.....	33
6.2.2 Fase 2: De leidende coalitie.....	34
6.2.3 Fase 3: Een visie en strategie ontwikkelen.....	37
6.2.4 Fase 4 + 5: De verandervisie communiceren en een breed draagvlak voor verandering creëren .....	38
6.2.5 Fase 6: Korte termijnsuccessen genereren .....	39
6.2.6 Fase 7: Consolideren .....	39
6.2.7 Fase 8: Nieuwe benadering verankeren in de cultuur .....	40
7. Ambities voor de toekomst .....	41
8. Besluit .....	43

9.	Discussie en reflectie .....	45
9.1	Persoonlijke reflectie.....	46
10.	Bibliografie.....	47
11.	Bijlagen .....	49





## **Abstract**

Vandereyt, V. (2016). *Afhankelijkheid bij ouderen: Van visie tot implementatie*. Hasselt: Hogeschool PXL – Banaba Zorgmanagement. (Bachelorproef)

Deze bachelorproef betreft de ontwikkeling van een visie afhankelijkheid en implementatie ervan in een team op een gerontopsychiatrische afdeling conform het therapeutisch denkkader van de afdeling, namelijk het systeemdenken waarbij gedragenheid en geborgenheid bij de medewerkers nagestreefd wordt. Het betreft een kwalitatief onderzoek.

In de literatuurstudie wordt er onderzocht wat de meest effectieve manier van behandelen is met betrekking tot deze doelgroep, rekening houdend met de afdelingsvisie. Vervolgens wordt er onderzocht hoe men in de literatuur beschrijft dat er best wordt omgegaan om deze verandering in een team te implementeren. In het praktische gedeelte wordt de implementatie volgens het verandermodel van Kotter (1997) en de rol van de leidinggevende beschreven.

Uit literatuuronderzoek betreffende de behandeling van gerontopsychiatrische patiënten blijkt dat er voor ouderen grote hiaten zijn. Specifiek onderzoek is tot op heden schaars. Er wordt aangegeven dat voor ouderen een lagere standaardgrens in verband met de hoeveelheden in consumpties geldt, vooral doordat het lichaam van samenstelling verandert bij het ouder worden en de algemene gezondheid achteruitgaat waardoor de effecten van alcohol bij ouderen verschillen ten opzichte van volwassenen. Een familiegeoriënteerde aanpak komt het best tegemoet aan de noden van ouderen met een alcoholprobleem.

Uit literatuuronderzoek naar het doorvoeren van verandering in een team, behelst het verandermodel van Kotter (1997) de voorkeur. Het acht-fasenmodel beschrijft hoe gedragenheid en geborgenheid in het team gefaciliteerd kan worden.

Het is cruciaal dat de leidinggevende een verandering doordacht doorvoert met een visie en strategie. Uit de praktijk blijkt dat verandering doorvoeren een interactioneel proces is waarbij de leidinggevende voornamelijk aandacht besteedt aan het betrekken van de medewerkers om betrokkenheid en gedragenheid te faciliteren.

## 1. Inleiding

Sinds vier jaar ben ik werkzaam als afdelingshoofd op een gerontopsychiatrische afdeling voor mensen met een functionele stoornis. Dit wil zeggen dat alle mogelijke psychiatrische problematieken, met uitzondering van dementiële beelden, op de afdeling kunnen worden opgenomen.

Na de fusie bleven er twee gelijklopende afdelingen met eenzelfde doelpubliek bestaan. Om een onderscheid tussen de twee afdelingen te creëren, werd ervoor gekozen op onze afdeling de mensen met een afhankelijkheids- en persoonlijkheidsproblematiek op te nemen. In de praktijk merkten we dat we geen specifiek zorgaanbod hadden voor de doelgroep afhankelijkheid. Vandaar mijn keuze om dit in deze bachelorproef uit te werken.

Het was niet gemakkelijk om gerichte literatuur te vinden omtrent het behandelen van ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek. Voor volwassenen bleek dit evidentier.

De link met de opleiding is de rode draad doorheen het project. Theorie aangereikt tijdens de opleiding wordt vermeld in de literatuurstudie en komt terug in het praktische gedeelte, beschreven na de literatuurstudie.

Het praktische gedeelte beschrijft het proces dat ikzelf en het team hebben doorgemaakt om de doelstelling “het implementeren van de visie” tot een goed einde te brengen.



## 1. Voorstelling van de organisatie

De volgende tekst is een samenvatting van de gevonden informatie op de website van PZ Asster.

Het psychiatrisch ziekenhuis Asster telt 581 bedden en is ontstaan uit een fusie van het PZ Sancta Maria en het PC Ziekeren. Het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) "De Passer" telt 120 bedden. Per jaar worden er 2000 opnames gerealiseerd.

Ons zorgaanbod richt zich tot alle leeftijdsgroepen en wordt aangeboden in diverse gespecialiseerde zorgclusters verspreid over twee campussen: Campus Stad en Campus Melveren.

In Asster werken 850 medewerkers en 20 artsen, die met veel passie en professionalisme kwaliteitsvolle en veilige zorg leveren.

Asster wil een kwalitatief hoogstaand, efficiënt ziekenhuis en PVT zijn om psychiatrische patiënten en bewoners in PVT te behandelen en te begeleiden naar een betere geestelijke gezondheid en hen zo bij te staan in hun streven naar een waardig, voldoening gevend en betekenisvol leven.

Men wil gedurfd creatief en vernieuwend te werk gaan met respect voor patiënt en medewerker in een warme betrokken sfeer, in open dialoog met patiënt en zijn omgeving, met andere hulpverleners en de maatschappij in zijn geheel.

Men wil dit doen met passie en professionalisme, bereid tot pionierschap. Samenwerking, schoonheid en spiritualiteit geven hierbij kwalitatieve meerwaarde.

In de organisatie staat de patiënt centraal. Hierbij wensen wij vooral de totale persoon voor ogen te houden en ons niet enkel te focussen op zijn probleem of pathologie. De zorg voor en met deze persoon bepaalt de structuur van onze organisatie. Zorg dragen voor een persoon met psychische problemen, betekent aandacht hebben voor de familie, de belangrijke anderen en voor de gehele context.

Elke afdeling hanteert een gemeenschappelijk gedragen visie en een therapeutisch denkmodel, die rekening houdt met de visie van de cluster en van het ziekenhuis.

## 1.1 De cluster Sirius

De cluster Sirius richt zich naar mannen en vrouwen vanaf 65 jaar met psychische problemen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds ouderen met “cognitieve stoornissen” en anderzijds ouderen met “functionele stoornissen”. Onder cognitieve stoornissen verstaat men de stoornissen die een invloed hebben op de hersenen, onder functionele stoornissen verstaat men alle psychiatrische stoornissen, met uitzondering van dementiële beelden. De behandelvisie en behandelmethodiek hieronder beschreven is een samenvatting uit de brochure voor nieuwe medewerkers en studenten geschreven door Beyen Franky, zorgmanager van Sirius 3.

### 1.1.1 Behandelvisie

Er wordt vertrokken vanuit de volgende principes:

- We zorgen voor een behandeling op maat van de ouder, rekening houdend met het levensverhaal, de aanwezige mogelijkheden, de aanwezige relaties, eventuele lichamelijke beperkingen,... We kijken naar de gehele mens met zijn psychisch probleem.
- De oudere (en zijn familie) worden actief betrokken bij het formuleren van de behandel doelstellingen en de evaluaties.
- We hanteren op alle afdelingen eenzelfde therapeutisch kader (het systeemdenken). Werken volgens het systeemdenken, is werken in een denkkader waarbij mensen niet gezien worden als alleenstaande individuen. Mensen zijn onlosmakelijk verbonden met hun naasten, die op hun beurt betrokken zijn in ruimere contexten. Hierbij wordt er veel belang gehecht aan de communicatietheorie van Watzlawick (bijlage 1).
- We behandelen zo kort als mogelijk en zo lang als nodig, en bij voorkeur samen met de thuissituatie.
- Onze medewerkers hebben aandacht voor de betekenis van de opname, het hebben van een psychische nood en engageren zich om de oudere en zijn familie respectvol, klantvriendelijk en deskundig te bejegenen.

### **1.1.2 Behandelmethodiek**

In een eerste fase, een observatieperiode van 3 tot 4 weken, ligt de nadruk op een diepere verkenning van de zorgvraag. Op basis van (klinisch en psychodiagnostisch) onderzoek, een continue gedragsobservatie door de verschillende disciplines en overleg met de oudere en zijn familie, wordt tijdens een interdisciplinair teamoverleg een diagnose gesteld.

Na overleg met de oudere (en zijn familie) worden de doelstellingen vastgelegd voor de verdere behandeling. In overleg met alle betrokken partijen wordt het toekomstperspectief afgestemd. Deze herintegratie of overgang naar een nieuwe woonvorm, wordt samen met de patiënt en de betrokkenen voorbereid.





## 2. Probleemstelling

Na de fusie van de twee psychiatrische ziekenhuizen in Sint- Truiden bestonden er 4 afdelingen binnen onze cluster Sirius, waarvan 2 afdelingen met functionele stoornissen:

- Sirius 1: Cognitieve stoornissen
- Sirius 2: Functionele stoornissen
- Sirius 3: Functionele stoornissen
- Sirius 4: Dagbehandeling

Dit betekende in de praktijk dat er twee afdelingen waren met eenzelfde doelpubliek. Om hier toch een onderscheid in te maken, werd er gekozen om de afdelingen Sirius 2 en 3 van elkaar te onderscheiden door zich te specialiseren in een bepaalde doelgroep.

In de praktijk zagen we dat ongeveer 80% van de opnames gelijklopend waren (depressie, angst). Voor de overige 20% ging elke afdeling zich specialiseren in een bepaald domein.

Door infrastructurele beperkingen op Sirius 3 werd er voor gekozen enkel patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek en een persoonlijkheidsproblematiek op te nemen samen met de gemeenschappelijke 80% (depressie en angst). Patiënten met een acute psychose en acute suïcidaliteit werden doorverwezen naar Sirius 2.

Op de afdeling is er geen specifiek zorgaanbod voor patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek. Individueel wordt er wel met patiënten gewerkt aan hun probleem/doelstellingen. Om een hogere kwaliteit van zorg te kunnen bieden aan deze doelgroep werd ervoor gekozen ons op de afdeling hierin te verdiepen, om zo een zorgtraject afhankelijkheid bij ouderen uit te werken.



### **3. Doelstelling**

Het doel van dit project is een duidelijke visie rond afhankelijkheid bij ouderen, rekening houdend met de visie van de afdeling. Deze visie omtrent het werken met ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek, moet gedragen en geïmplementeerd worden in het interdisciplinaire team om zo de kwaliteit van zorg met betrekking tot ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek te verhogen.

In december 2015 is de werktekst visie op afhankelijkheid bij ouderen klaar om aan het clusterteam te tonen.

In januari 2016 wordt er gestart met de implementatie en gedragenheid van de visie in het interdisciplinaire team.

De leden van de werkgroep afhankelijkheid bieden vanaf 1 april 2016 een afdelingsoverschrijdende sessie aan.



## **4. Literatuurstudie**

Het was niet evident om wetenschappelijke literatuur te vinden omtrent het werken/behandelen van ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek. In de verschillende geraadpleegde bronnen komt steeds hetzelfde terug, namelijk dat er nog maar weinig onderzoek gedaan is omtrent wat echt werkt bij deze doelgroep. Waar elk artikel het over eens is, is dat voor deze doelgroep een andere aanpak vereist is en dat er nog veel hiaten in de hulpverlening zijn.

Omtrent de behandeling voor volwassenen is er veel terug te vinden, doch deze literatuur kon niet gebruikt worden omdat de focus hier meer ligt op de gedragsmatige aanpak, waar de afdeling een systeemgerichte aanpak verkiest.

### **4.1 Afhankelijkheid**

Met de term afhankelijkheid wordt er in de literatuur verwezen naar een verslavingsproblematiek.

#### **4.1.1 Definitie alcoholafhankelijkheid bij ouderen**

Een precieze definitie voor 'alcoholafhankelijkheid' bij ouderen is niet evident. Alcoholafhankelijkheid is een complex gegeven. Wanneer wordt er gesproken over alcoholafhankelijkheid bij ouderen? In de literatuur is hier geen eenduidig antwoord op te vinden. Er wordt een richtlijn gegeven voor volwassenen, waarbij er wordt vermeld dat de grens voor ouderen gevoelig lager ligt.

Hoek en Van Hal (2012) schrijven dat de aangewezen grens voor volwassenen van 21 consumpties voor mannen, 14 consumpties voor vrouwen per week en niet meer dan 2 consumpties per dag, niet geschikt zijn voor de oudere populatie. Dit omwille van veranderingen in het metabolisme door het ouder worden, de verhoogde psychische kwetsbaarheid en een toegenomen gevoeligheid voor de effecten van alcohol. Ze vermelden dat het NIAAA (Nationale Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism in the USA) aanraadt aan oudere mannen vanaf 65 jaar niet meer dan 1 consumptie per dag of 7 consumpties per week te consumeren. Voor vrouwen wordt er zelfs aangeraden nog minder te consumeren.

In de DSM-5, American Psychiatric Association (2014), wordt gesproken over een 'stoornis in alcoholgebruik'. Een stoornis in het gebruik van alcohol wordt gedefinieerd als een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, waarbij minstens 2 criteria uit de lijst van DSM-5 voorkomen in een periode van 1 jaar (bijlage 2).

Er wordt bij ouderen een onderscheid gemaakt tussen 'early onset' en 'late onset' drinkers. Wadd et al (2011), Huige en Van Boxtel (2005) geven de volgende omschrijving: Early onset drinkers zijn ouderen die al hun hele leven een probleem hebben met alcohol en er nooit in geslaagd zijn om dit probleem onder controle te krijgen. Late onset drinkers zijn personen die pas op latere leeftijd gestart zijn met drinken. Dit kan enerzijds het gevolg geweest zijn door een traumatische gebeurtenis zoals verlieservaringen: verlies van partner, verlies van mobiliteit en vereenzaming. Anderzijds zijn er ook ouderen waar alcohol een plaats heeft in het dagelijks levenspatroon. Waar men vroeger enkel in het weekend alcohol nuttigde, zijn door het op pensioen gaan een aantal grenzen vervallen en wordt er ook wel gesproken van het 'eeuwige weekend'.

#### **4.1.2 Afhankelijkheid bij ouderen**

De laatste jaren is er een gestage toename van residentiële opnames omtrent alcoholafhankelijkheid bij ouderen merkbaar op de afdeling. Dit probleem zal in de toekomst wellicht verhogen. Wadd en Forrester (2011) geven aan dat dit enerzijds komt door de hogere levensverwachting en de stijging van het aantal ouderen anderzijds wegens het ouder worden van de 'baby-boomers', een generatie die meer alcohol verbruikt dan voorgaande generaties.

Hoeck en Van Hal (2012) geven aan dat ongeveer 2/3<sup>de</sup> van de problemen met alcohol bij ouderen ondergediagnosticeerd blijft, hierdoor wordt het probleem enorm onderschat. Dikwijls wordt het een 'stille en verscholen epidemie' genoemd. De meest voorkomende screeningsinstrumenten en dranklimits zijn niet geschikt voor de oudere populatie. Problemen met alcohol presenteren zich dikwijls op een andere manier: valincidenten, depressie, slapeloosheid, cognitieve problemen, verwardheid en zelfverwaarlozing. Laatstgenoemde symptomen kunnen verkeerdelijk geïnterpreteerd/gediagnosticeerd worden als zijnde symptomen van het verouderingsproces. Verder leven veel ouderen in sociaal isolement waardoor het nog moeilijker wordt om problemen met alcohol te detecteren.

Wanneer er gesproken wordt over problemen met alcohol, gaat dit gepaard met ontwenningverschijnselen wanneer men een tijd geen alcohol heeft geconsumeerd. Sally en

Rigler (2000) spreken van ontwenning wanneer twee of meer van de volgende symptomen aanwezig zijn: hyperactiviteit, toegenomen tremor, slapeloosheid, nausea of braken, visuele/auditieve hallucinaties of illusies (van voorbijgaande aard), psychomotorische agitatie, angst of grand mal insulten.

Er wordt aangegeven dat er slechts 5% een delirium doormaakt wanneer men een ontwenning ondergaat. Bij ouderen is het aangetoond dat men meer kans maakt op het doormaken van een delier alsook een verlengde verwardheid naarmate men ouder wordt. Hierbij is het aangewezen om in volledige opname te gaan.

### **4.1.3 Behandelingsmethodiek**

Wat is de meest efficiënte manier om deze problematiek bij de doelgroep ouderen aan te pakken/ te behandelen?

Dit is nog niet uitgebreid onderzocht. In de literatuur wordt verklaard hoe men hiermee kan omgaan, echter een specifiek behandelprogramma voor ouderen en de daarmee samenhangende resultaten zijn tot op heden onbestaand.

De meeste auteurs zijn het met elkaar eens waar men aandacht moet aan besteden wanneer het gaat over de behandeling van ouderen en alcohol. Er wordt aangegeven dat men betere resultaten behaalt wanneer men ouderen in een leeftijdsspecifieke doelgroep behandelt.

Er wordt best ingezet op zowel psycho-sociale als farmacologische behandelingen. Momenteel worden heel wat ouderen enkel behandeld voor de problemen die veroorzaakt zijn door alcohol dan voor het alcoholprobleem op zich.

Wadd et al. (2011) beschrijven het volgende:

- De spanningen die samengaan bij het ouder worden, moeten worden geïdentificeerd en aangepakt.
- Er moet een accurate diagnose worden gesteld om andere factoren die een effect op de behandeling kunnen hebben uit te sluiten. Bijvoorbeeld: depressie en alcoholafhankelijkheid komen dikwijls samen voor. De depressie moet behandeld worden met een geïntegreerde behandeling voor alcoholafhankelijkheid.

- Ouderen zouden gemotiveerd moeten worden tot het vinden van nieuwe activiteiten en interesses alsook het uitbreiden van een sociaal netwerk/vangnet. Familieleden en andere zorgverleners zouden hierbij betrokken moeten worden. Leeftijdsspecifieke steungroepen en behandelprogramma's bieden een zinvolle aanvulling.

Benzodiazepines zijn net zozeer aangewezen bij ouderen als bij jongere mensen die een ontwenning doormaken, dit in combinatie met vitaminesupplementen. Disulfiram (Antabuse) is niet aangewezen voor ouderen om wille van de toegenomen kansen op nevenwerkingen bij dit product.

De studie van Wadd et al.(2011) toont aan dat de zorg van familie en vrienden de meest motiverende factor was voor ouderen om hulp te zoeken. Hulp krijgen van familie en vrienden lijkt te leiden tot een vermindering van alcoholgerelateerde problemen. Een familiegeoriënteerde aanpak komt het best tegemoet aan de noden van ouderen met een alcoholprobleem. Men geeft wel duidelijk aan dat de persoon in kwestie hier zijn toestemming voor moet geven.

#### **4.1.4 Visie op afhankelijkheid vanuit het systeemdenken**

Dokter Adriaensen J., gerontopsychiater op Sirius 3, beschrijft in het boek "Problematisch alcoholgebruik bij ouderen" zijn visie op afhankelijkheid vanuit het systeemdenken.

*"Vanuit het systeemdenken wordt het individu bekeken als constant in interactie met de voor hem omgevende realiteit. Deze realiteit wordt door het individu waargenomen. Vanuit deze waarneming kent het individu een betekenis aan zijn waarneming toe. Deze betekenisgeving beïnvloedt het beslissingsproces dat uiteindelijk het handelen voorafgaat. De pathologie situeert zich nu net op de grens tussen het individu en de realiteit. De pathologie wordt gekenmerkt door een verenging van keuzemogelijkheden in het handelend ingrijpen op de realiteit, met name het gedrag (ik kan in deze symptoomcontext nog enkel symptoomgedrag stellen); en een verenging van de keuzemogelijkheden in het betekenisgevend waarnemen van de realiteit (ik ervaar de symptoomcontext niet anders dan symptomatisch: beangstigend,...).*

*Symptomen kunnen bekeken worden als gewoontes, ongewenste gewoontes. De structuur van de gewoonte kan gezien, als een gestalt van cognitie, emotie en gedrag, optredend in een bepaalde context. Men kan de gewoonte beschrijven onder andere op interactioneel niveau.*



*De cognitie op interactioneel niveau kan omschreven worden als het verhaal dat ik over mezelf en aan anderen vertel. Het scenario dat we samen schrijven. De pathos zijn de emoties die in dit verhaal, dit scenario thuis horen, en die ook met anderen worden gedeeld. Ook het vermogen om zich empathisch in te leven in de gevoelens van anderen. We kunnen wel een gevoel, emotie beschrijven zonder iets te zeggen over gedrag en/of gedachten, maar er bestaat niet zoiets als een gevoel dat losstaat van gedachten, gedrag en/of moraal. Met gedrag wordt bedoeld het op elkaar inspeland gedrag. Het spel zoals het werkelijk gespeeld wordt. Doch ook het beeld dat ik van mezelf vertoon aan mezelf en anderen.*

*Vanuit een systeemdenkend kijken kan verslaving dan omschreven worden als een vereniging van de beslissingskeuze tot "onweerstaanbaar": "Ik heb daar geen weerstand tegen, als ik alcohol zie of er aan denk moet ik drinken". Bij de chronische drinker blijkt tevens de existentiële dimensie verloren. Er is geen denken in of over de toekomst. Nu kunnen we vanuit deze theoretische beschouwingen nader bekijken wat deze concreet betekenen in het behandelingsproces.*

*Vooreerst dient gesteld te worden dat enkel de patiënt zich kan veranderen. De therapeut maakt samen met de patiënt een veranderingscontext waarbinnen de patiënt kan veranderen naar een nieuwe gewoonte in plaats van de pathologische. De patiënt bepaalt het doel van de therapie. Doordat gewoontes een gestalt zijn van cognitie, gedrag en emotie kunnen we insteken via deze aspecten.*

*Middels de cognitie: we kunnen positief connoteren, paradoxaal of congruent waardoor de patiënt een verbreding van betekenissen bekommt. Door reframing kunnen we andere betekenissen toekennen aan het symptoom, waardoor een ander verhaal kan geschreven worden. Het scenario kan veranderen. We kunnen de patiënt ook begeleiden tot het leren zijn aandacht te richten op andere werkelijkheden.*

*Middels het gedrag: andere keuzes verkennen met de patiënt in de aanloop tot symptoomgedrag. Anders reageren op ongewenst gedrag. Werken met de variaties in de ernst en de duur van symptoomgedrag.*

*Middels de ethiek: met de patiënt een verhaal verkennen waarin hij meer een gewenst gedrag beschrijft. Met de chronische patiënt terug een moraal aan het verhaal brengen, een existentiële dimensie.*

*Middels de context: de context veranderen zodat symptoomgedrag niet meer voorkomt. Andere gewoontes verkennen binnen de symptoomcontext."*

## **4.2 Verandermanagement**

De term verandermanagement komt veel voor in de literatuur en in alle mogelijke vakgebieden. Om het even welk artikel je doorneemt, wordt er geschreven dat mensen gewoontedieren zijn, en niet van verandering houden.

Ook in de zorgsector kan men de snel evoluerende maatschappelijke context niet negeren.

### **4.2.1 Definitie**

Er worden verschillende definities weergegeven, die ongeveer gelijklopend zijn. Rune (2005) beschrijft de definitie als volgt: verandermanagement kan worden gedefinieerd als het proces van continue vernieuwing van een organisatie haar richting, structuur en de mogelijkheden om de steeds veranderende behoeften van interne en externe klanten tegemoet te komen.

### **4.2.2 Verandermodel**

Er worden verschillende modellen voor verandering beschreven in de literatuur. Mehrolihasani en Emami (2013) beschrijven in hun studie de verandertheorie van Kurt Lewin. Stoller (2010) beschrijft het acht-fasenmodel van Kotter.

In dit project werd ervoor gekozen om het veranderingsmodel van Kotter (1997) te gebruiken. In dit model staat het veranderen van gedrag van mensen centraal. Hij concludeert dat het probleem bij verandering ligt in gedrag, houding en werkwijzen van de mensen.

Het proces dat Kotter beschrijft bestaat uit 8 fasen. De eerste vier fasen dragen ertoe bij om de bestaande situatie te laten bewegen. In de volgende fasen worden nieuwe manieren van werken geïntroduceerd. In de laatste fase, fase acht, worden de veranderingen verankerd.

Volgens Kotter dienen elk van deze fasen doorlopen te worden om een verandering met succes te kunnen implementeren. Het doorlopen van deze fasen is van essentieel belang om de verandering geborgen te krijgen. Hij geeft aan dat deze fasen niet op elkaar dienen te volgen. De verschillende fasen kunnen soms tegelijkertijd plaatsvinden.

De acht fasen in het veranderproces:

### Fase 1: Urgentiebesef

Het ervaren van een duidelijke noodzaak/probleem is nodig om mensen in beweging te krijgen.

### Fase 2: De leidende coalitie

Omdat veranderingen moeilijk te realiseren zijn, is er een invloedrijke kracht nodig om het project te ondersteunen. Deze kracht zit meestal niet in één persoon maar in een sterk leidende coalitie met de juiste samenstelling, het juiste vertrouwensniveau en een gezamenlijk doel. Een dergelijk team vormen wordt door Kotter (1997) essentieel geacht voor de eerste fasen van verandering. Een gevoel van urgentie helpt bij het samenstellen van de juiste groep mensen om de verandering te leiden en het realiseren van essentieel teamwerk binnen de groep.

Als er sprake is van een gevoel van urgentie, zullen meer mensen helpen en leiderschap bieden. De juiste groep mensen is een noodzaak, maar niet voldoende: men moet ook kunnen samenwerken. Fundamenteel hierbij is vertrouwen, dat men kan verkrijgen indien er vanuit passie wordt gehandeld omdat men zich dan emotioneel verbindt. Blijf als leidinggevende tijdens alle stappen mensen helpen te geloven en voelen dat verandering mogelijk is, dat ze kunnen samenwerken en dat ze een verschil kunnen maken. Mensen worden betrokken gemaakt doordat ze het belang van het veranderproces inzien en zich geprivilegieerd voelen om deel van de werkgroep uit te mogen maken.

### Fase drie: een visie en strategie ontwikkelen

De visie en het doel moet helder en haalbaar zijn voor de medewerkers. Een goede planning maakt stap voor stap duidelijk hoe een strategie geïmplementeerd kan worden. Een strategie geeft aan hoe een visie gerealiseerd kan worden. Een visie geeft de eindtoestand aan, waar alle plannen en strategieën uiteindelijk toe zullen leiden. Een leidende coalitie creëert alles zelf. Anderen faciliteren daarbij door het aanreiken van informatie en het mede mogelijk maken van het juiste proces.

### Fase vier: de verandervisie communiceren

Duidelijke, heldere en open communicatie is een noodzaak binnen een veranderproject. Bij succesvolle veranderingen blijven visie en strategieën niet enkel binnen de leidende coalitie. De richting waarin de verandering zal plaatsvinden wordt op grote schaal gecommuniceerd, dit om zowel begrip als een draagvlak te creëren. Het doel hierbij is zoveel mogelijk mensen ertoe te

bewegen dat ze bijdragen aan het realiseren van de visie. Door het communiceren van de veranderingsvisie wordt de richting van het proces aangegeven en wordt er verbondenheid gecreëerd bij de betrokkenen.

#### Fase vijf: een breed draagvlak voor verandering creëren

Zoveel mogelijk medewerkers betrekken bij het tot stand brengen van de gewenste verandering. Initiatieven horen beloofd te worden en obstakels dienen worden aangepakt.

#### Fase zes: korte termijnsuccessen genereren

Je creëert meer draagvlak door aan te tonen dat de verandering zichtbare of meetbare verbeteringen/successen voortbrengt. Overwinningen doen het vertrouwen in de verandering vergroten. Men dient de medewerkers op emotioneel niveau te erkennen om de criticasters in het nauw te drijven en nieuwe impulsen te creëren.

Zonder nadruk te leggen op de korte termijnsuccessen raakt een veranderingsproces onvermijdelijk in de problemen. Het motiveert de betrokkenen door het geven van positieve feedback over hun visie en strategieën en houdt mensen scherp gedurende het veranderingstraject.

Korte termijnsuccessen moeten zichtbaar en ondubbelzinnig zijn voor alle betrokkenen en in duidelijk verband staan met het veranderingsproject. Ze dienen het bewijs te leveren dat het veranderingsproces op het goede spoor zit. Verder kan men hierdoor tussentijds evalueren en kan de visie en de strategie bijgestuurd worden.

#### Fase 7: Consolideren

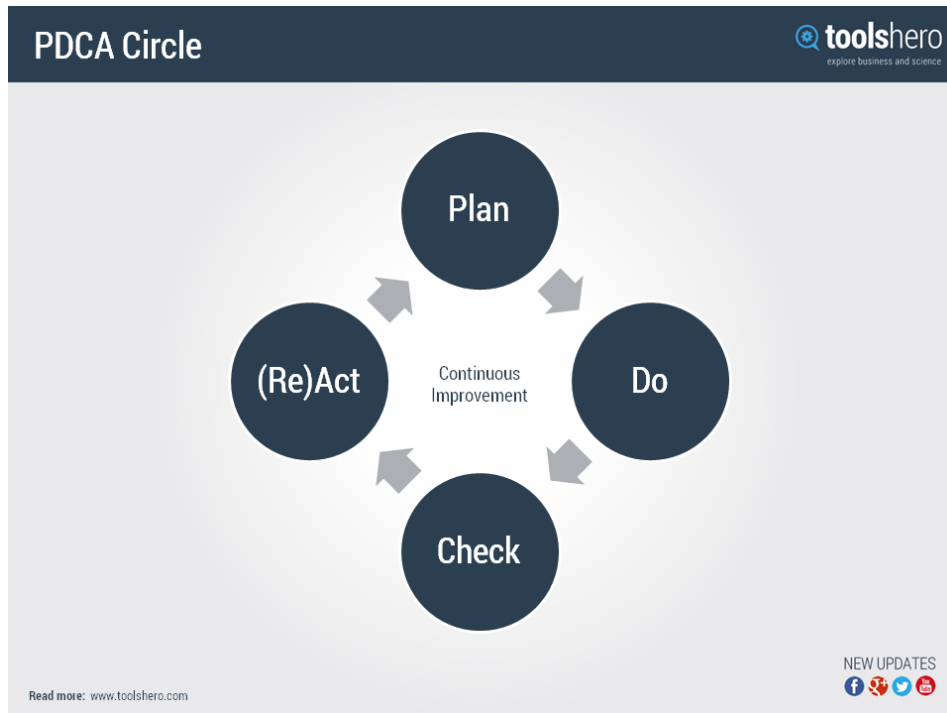
Het is belangrijk om het tempo er goed in te houden. Het gevaar bestaat dat het gevoel van urgentie afneemt. Het opzetten van een goede leidende coalitie en het genereren van korte termijnsuccessen zijn de essentie om het vuur brandend te houden in deze fase.

#### Fase 8: Nieuwe benaderingen verankeren in de cultuur

Nieuwe benaderingen worden pas geaccepteerd als ze de oude manier van werken overtreffen. Een cultuur verandert pas echt als men merkt dat een nieuwe manier van werken gedurende enige tijd aantoonbaar succesvol is.

### 4.2.3 De Deming cirkel

Van Vliet (2011) benoemt de “Deming Cirkel” als een goed controlemiddel om de kwaliteit van de verandering te bewaken. De PDCA cyclus staat voor de afkorting van de vier belangrijke stappen in deze cirkel: Plan, Do, Check, Act



*Figuur 1:* illustratie PDCA-cyclus overgenomen van [www.toolshero.nl](http://www.toolshero.nl) . Van Vliet (2011)

- Plan: het doel wordt uitgeschreven, alsook de weg om dit doel te bereiken
- Do: het realiseren van het plan
- Check: evalueren
- Act: bijsturen als blijkt uit de evaluatie dat het doel niet wordt behaald.

Dit model heeft een cyclisch karakter waardoor er continu aandacht is voor verbetering. Het proces begint telkens opnieuw na een evaluatie of bijsturing.

Het is belangrijk dat de PDCA-cyclus op regelmatige tijdstippen wordt doorlopen. Dit is nodig om de gemaakte veranderingen te kunnen borgen in het team. Wanneer deze cyclus niet regelmatig wordt doorlopen, is de kans groot dat er geen geborgenheid ontstaat en men terug hervalt in oude gewoonten.

#### 4.2.4 De rol van de leidinggevende binnen verandermanagement

Heusdens (2015) beschrijft in haar cursus dat verandering best dient gedragen en geïmplementeerd te zijn op de werkvloer. Het doel kan efficiëntieverbetering of effectiviteit zijn.

Franssen (2013) geeft in zijn cursus persoonsgericht leiderschap aan dat de leidinggevende een cruciale rol heeft in het verandermanagement. Die rol wordt duidelijk in de trilogieparadox waar een evenwicht moet gevonden worden. Als leidinggevende is het belangrijk je medewerkers elke dag te doen bewegen, stap voor stap naar de doelstelling van de afdeling. De vaardigheid van de leidinggevende hierin is te kunnen switchen tussen drie leidinggevende stijlen: managen, coachen, leiden.

De uitdaging bestaat eruit een evenwicht te vormen tussen taak en relatie. De taak is uiteraard van belang, maar men bereikt dit pas door coachend te zijn. Effectief leiderschap is een goede balans vinden in deze trilogieparadox.



dpt. PHL-Arts and Architecture dpt. PHL-Eto dpt. PHL-Business dpt. PHL-Education dpt. PHL-Healthcare dpt. PHL-Music



phl.be

*Figuur 2:* illustratie effectief leiderschap overgenomen uit de cursus Persoonsgericht leiderschap door Franssen Alex (2013)

### 5.3 Besluit

Voor ouderen blijken er hiaten te zijn in het literatuuronderzoek betreffende de behandeling omtrent afhankelijkheid. Specifiek onderzoek is tot op heden schaars. Er wordt aangegeven dat voor ouderen een lagere standaardgrens in verband met de hoeveelheden in consumpties geldt, doordat het lichaam aftakelt waardoor de effecten van alcohol bij ouderen verschillen ten opzichte van volwassenen. Wat betreft de behandeling is het bij ouderen aangewezen om te kijken naar de onderliggende problematiek en niet naar het alcoholprobleem op zich. Een familiegeoriënteerde aanpak komt het best tegemoet aan de noden van ouderen met een alcoholprobleem.

De leidinggevende heeft een cruciale rol in het proces van verandering. Hij dient een evenwicht te vinden in de trilogieparadox waarbij coachend optreden van belang is.

Bij het doorvoeren van verandering in een team is het aangewezen een verandermodel te gebruiken. Er zijn verschillende verandermodellen beschreven in de literatuur, in dit project behelst het verandermodel van Kotter(1997) de voorkeur.





## **6. Praktisch gedeelte**

Het praktisch gedeelte start met een analyse van de situatie bij aanvang van het project. Er wordt toegelicht hoe het proces van verandering verlopen is. Vervolgens worden de fasen van Kotter (1997) doorlopen, zoals beschreven is in de literatuurstudie. Ten slotte komt de evolutie van het team en de leidinggevende aan bod.

### **6.1 Analyse van de huidige situatie**

Op het moment van aanvang van deze bachelorproef is er geen specifiek zorgaanbod op de afdeling voor ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek. Er wordt wel individueel aan de problemen/doelstellingen van de patiënt gewerkt waar medewerkers aangeven dat ze een specifiek zorgaanbod voor deze doelgroep missen. De teamleden wensen de kwaliteit van zorg te verbeteren. Er zijn heel wat frustraties op de afdeling mede door het feit dat er geen visie is omtrent het behandelen/omgaan met deze doelgroep.

Het afdelingshoofd en de psychologe van de afdeling hebben in overleg bekeken hoe dit kon aangepakt worden. Hun doel was zoveel mogelijk medewerkers te betrekken in het verhaal. De keuze werd gemaakt om tijdens een interdisciplinaire vergadering het project te verduidelijken en medewerkers warm te maken in dit denkproces.

### **6.2 Veranderproces via het model van Kotter (1997)**

In dit hoofdstuk worden de fasen van het veranderingsproces beschreven volgens het model van Kotter (1997).

#### **6.2.1 Fase 1 : Het urgentiebesef**

Door de keuze in het verleden om op onze afdeling te werken met een subgroep omtrent afhankelijkheid bij ouderen, merkte men op dat het niet zo evident was om vanuit de afdelingsvisie (het systeemdenken) met deze doelgroep om te gaan. Individueel werd er wel aan hun

doelstellingen gewerkt, doch merkten we op dat er veel frustraties waren wanneer iemand onder invloed terug op de afdeling kwam. Dit kon zich voordoen na een weekend of daguitstap. De afdelingspsychiater was van oordeel dat men niet diende te controleren naar alcoholgebruik bij aankomst op de afdeling. Eventuele consequenties voor dit gedrag/herval waren er niet.

De medewerkers voelden zich machteloos wanneer mensen onder invloed terug op de afdeling kwamen. Wat moesten ze hier mee doen? Wat werd er van hun verwacht? Hoe ging men hier best mee om?

Medewerkers gingen zich bevragen bij naburige afdelingen, hoe men daar met dit gegeven omging. Snel werd duidelijk dat de andere afdelingen er een andere benadering op nahielden. Op de afdelingen gespecialiseerd in afhankelijkheid werkt men voornamelijk vanuit een gedragstherapeutische invalshoek. Er waren duidelijke consequenties aanwezig wanneer men op deze afdeling onder invloed toekwam. Dit deed bij de medewerkers nog meer vragen en frustraties rijzen.

Er was onder de medewerkers een duidelijke noodzaak/probleem aanwezig omtrent het omgaan met deze doelgroep. Dit was voor de leidinggevendenden nodig om medewerkers in beweging te krijgen naar verandering.

## **6.2.2 Fase 2: De leidende coalitie**

Er was duidelijk sprake van een urgentiebesef. Hierop zijn de leidinggevende en de psychologe gestart met het voorbereiden van een interdisciplinaire vergadering. De doelstelling van deze interdisciplinaire vergadering beoogde het denkproces op te starten bij de medewerkers en een gevoel van urgentie te creëren. Er werd geluisterd naar de bezorgdheden en noden van de medewerkers. Er werd aangegeven dat het interdisciplinaire team behoefte had aan meer informatie en een visie omtrent het werken met ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek. Voor de ene medewerker was dit noodzakelijker dan voor de andere. Er was honger naar meer verdieping omtrent de aanpak van deze doelgroep.

Medewerkers die interesse hadden om deel te nemen aan een werkgroep hieromtrent mochten zich kenbaar maken bij de leidinggevende. De leidinggevende en de psychologe moedigden een aantal mensen aan om deel te nemen aan deze werkgroep. De werkgroep werd begeleid door het afdelingshoofd en de psychologe.

Door medewerkers te stimuleren en enthousiasmeren om in de werkgroep te stappen, werd er veel gepraat over dit onderwerp op de werkvloer. Dit maakte dat de werkgroep (de leidende coalitie) het onderwerp warm hield en ook vragen van andere medewerkers mee konden nemen.

De keuze om de teamleden vanaf het begin te betrekken werd gemaakt door het afdelingshoofd en de psychologe om een denkproces op gang te brengen alsook met de doelstelling om een gedragen visie te ontwikkelen.

De werkgroep bestaat uit vier verpleegkundigen, één zorgkundige en één verpleegassistente.

De samenkomsten van de werkgroep werden gesuperviseerd door het afdelingshoofd en de psychologe van de afdeling: het aanbieden van een algemeen kader (systeemvisie) alsook het denkproces op gang brengen met betrekking tot de inhoud.

Naarmate dat de werkgroep meer vorm kreeg en men daadwerkelijk kon starten met het literatuuronderzoek, merkte men toch enige fierheid bij de leden van de werkgroep om dit te kunnen verwezenlijken.

De eerste vergaderingen bestonden voornamelijk uit brainstormen:

- Hoe denken we over patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek?
- Wat kunnen we doen met de middelen die we op onze afdeling hebben? Een zo hoog mogelijke performantie, met inzet van beperkte middelen.
- Hoe gaan we het organiseren in het therapieprogramma?
- Wat als patiënten onder invloed terugkomen uit weekend? Hoe gaan we hiermee om?

In eerste instantie werd gezocht naar een kapstok om bovenstaande vragen een plaats te geven. Er werd contact opgenomen met de afdeling afhankelijkheid voor volwassenen binnen het eigen ziekenhuis, om zicht te krijgen op hun werking. Hierbij werd er informatie meegegeven van het VAD, waar de werkgroep mee aan de slag ging.

Het werd duidelijk dat men met volwassenen voornamelijk vanuit een gedragstherapeutisch perspectief werkt. Aangezien er gestreefd wordt om op onze afdeling systeemgericht te werken, werd er eerst een algemene visie op afhankelijkheid ontwikkeld in samenwerking met de psychiater van de afdeling: de persoon van de patiënt met een afhankelijkheidsprobleem staat centraal en niet het verslavingsgedrag op zich. Het misbruik van alcohol en medicatie wordt functioneel bekeken, dit betekent dat het misbruik een bepaalde functie heeft in een bepaalde context.

De leden van de werkgroep kregen de opdracht om zich te verdiepen in de literatuur en ideeën te vergaren met betrekking tot de inhoud van de sessies. Op die manier ontstond de therapiesessie 'Psycho-educatie afhankelijkheid': een gesloten werkgroep waar enkel patiënten met een afhankelijkheidsprobleem werden uitgenodigd. Er werd gekozen om de sessies in een gesloten groep te houden, mede doordat er in het verleden opgemerkt werd dat patiënten het moeilijk hadden om in grote groep, met een diversiteit aan diagnoses, over hun afhankelijkheidsproblematiek te communiceren.

De inhoud van de sessies gebeurde in overleg met het afdelingshoofd en de psychologe van de afdeling, dit om het proces op te volgen.

De eerste reeks sessies bestond voornamelijk uit kennisoverdracht van de leden van de werkgroep (psycho-educatie). Na elke sessie vond er een overleg plaats met het diensthoofd en de psychologe. Hier werd telkens de PDCA-cyclus doorlopen. Zowel de inhoud als het groepsproces werden opgevolgd.

De werkgroep had grote ambities mede doordat er vertrokken werd vanuit de werking met volwassenen waardoor de verwachtingen hoog lagen. Men had de intentie om aan hervulpreventie te werken door middel van een persoonlijk ontwikkeld plan voor de individuele patiënt. Hier zou de patiënt zich kunnen aan vasthouden wanneer er sprake was van zucht of een moeilijke situatie waarbij men voorheen zou beginnen drinken.

Vanuit de werkgroep kwam er de feedback dat er weinig progressie werd gemaakt. Er ontstonden frustraties omdat er geen continuïteit in de sessies kon gehouden worden. Omwille van deze feedback (bottom-up) werd er nagedacht over de verwachtingen van de werkgroep alsook van de patiënten. Uit overleg werd er vastgesteld dat de problemen voornamelijk te wijten waren aan cognitieve problemen bij deze doelgroep: het overgrote deel van de patiënten hebben reeds een lange voorgeschiedenis van misbruik, alsook meer lichamelijke en cognitieve schade. Vanuit deze ervaring werd er meer gezocht in de richting van 'behandeling voor Korsakov' voor het verder uitschrijven van de visie.

De sessies evolueerden naar groepsgesprekken waar psycho-educatie meer op de achtergrond verdween, doch aanwezig bleef. Zowel de werkgroep als de patiënten ervaarden deze manier van werken als veel aangenamer. Er werd een kader voorzien waar ze open konden spreken over hun ervaringen met afhankelijkheid en hoe het hun leven beheerst. De naam van de sessie werd daarbij ook veranderd in 'Werkgroep Afhankelijkheid'.

De werkgroep neemt de planning en inhoud van de sessies voor eigen rekening in afstemming met het diensthoofd en de psychologe. Naarmate de leden van de werkgroep meer en meer de verantwoordelijkheid op zich namen, konden het afdelingshoofd en de psychologe meer afstand nemen. Het was niet meer nodig om na elke sessie een overleg te plannen. De leden van de werkgroep kregen het vertrouwen om meer autonoom te handelen: het afdelingshoofd en de psychologe verdwenen meer op de achtergrond. De PDCA-cyclus werd verder gezet onder eigen beheer van de werkgroep.

1 Maart 2016 voelden de leden van de werkgroep zich bereid om de sessie openbaar te maken. Dit wil zeggen dat de sessie afdelingsoverschrijdend werd waardoor patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek, opgenomen op een andere afdeling binnen de cluster Sirius, aan de sessie kunnen deelnemen. Hiervoor heeft de werkgroep een document opgesteld om patiënten op voorhand te informeren via een intake-formulier. Er wordt gepeild naar de doelstellingen en verwachtingen van de patiënten, waarbij het eerste contact gelegd wordt. Op basis van dit intake-gesprek wordt bekeken of deze patiënt de juiste indicatie heeft om aan de sessie deel te nemen. (bijlage 3)

Een drietal leden van de werkgroep volgden een korte opleiding rond het omgaan met ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek. Een andere medewerker mocht starten met een tweejarige opleiding omtrent afhankelijkheidsproblematiek. De informatie die men hier vergaart, wordt mee geïntegreerd in de uitwerking van dit project op de afdeling.

### **6.2.3 Fase 3: Een visie en strategie ontwikkelen**

Gelijklopend met de zoektocht naar literatuur door de werkgroep, is de psychologe gericht gestart met het ontwikkelen en schrijven van een visietekst omtrent afhankelijkheid bij ouderen op onze afdeling. In deze visietekst wordt zowel de visie als de uitwerking in de praktijk toegelicht. Na de feedback dat er weinig progressie gemaakt werd in de sessies, is de psychologe in de literatuur op zoek gegaan naar 'behandeling van Korsakov'. De gevonden literatuur werd verwerkt in de visietekst. (bijlage 4)

Met het management is de afspraak gemaakt dat een werkgroep werd opgestart. De leden van de werkgroep kregen het mandaat om binnen hun arbeidstijd hieraan deel te nemen en eventueel onderzoekswerk te verrichten. Men kon inloggen op de database van KULeuven hiervoor alsook online kon men zoeken naar relevante literatuur. Relevante bijscholingen omtrent dit onderwerp

mochten gevolgd worden waarbij een samenvatting verwacht wordt alsook deze informatie te delen met de collega's. Indien nodig werden de conclusies gedeeld op een interdisciplinaire vergadering.

Dit thema werd ook opgenomen in het beleidsplan van de afdeling anno 2016.

#### **6.2.4 Fase 4 + 5: De verandervisie communiceren en een breed draagvlak voor verandering creëren**

Op regelmatige tijdstippen werd er naar de andere leden van het interdisciplinaire team gecommuniceerd omtrent de stand van zaken binnen de werkgroep afhankelijkheid. Dit gebeurde op zowel formele als informele momenten.

Er werd opgemerkt dat de andere teamleden met heel wat vragen zaten. Wanneer er naar hun vragen geluisterd werd, bleek dat ze dezelfde vragen stelden als de leden van de werkgroep aanvankelijk stelden. Omwille van deze reden werd ervoor gekozen een interdisciplinaire vergadering te houden in januari 2016 om hier hetzelfde denkproces te starten als met de leden van de werkgroep. Er werd een lijst uitgehangen waar iedereen vragen of bedenkingen kon noteren. Deze lijst werd meegenomen naar de interdisciplinaire vergadering om verder te bespreken.

De leidinggevende en de psychologe hebben ervoor gekozen de leden van de werkgroep in hun kracht te zetten: zij mochten de vergadering leiden. Hiermee wordt bedoeld dat de leden van de werkgroep werden aangesproken om mee op de vragen van de teamleden te antwoorden, van waaruit hun bevindingen kwamen en waarom er werd gekozen om op een bepaalde manier met deze doelgroep om te gaan. Hieruit bleek dat er nood was aan meer opleiding omtrent motivationele gesprekstechnieken. Doordat alle teamleden betrokken werden in deze vergadering, was het gemakkelijker om betrokkenheid en gedragenheid bij de andere teamleden te bekomen. Ze wilden meer weten en vroegen om verdieping zodat ze individueel verder konden werken met hun patiënten die in de sessie betrokken waren. Dit maakt dat het hele team, elk vanuit hun eigen discipline, kan meewerken aan het behalen van de doelstelling van de patiënt en de doelstelling van de afdeling. Namelijk het verhogen van de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep.

### **6.2.5 Fase 6: Korte termijnsuccessen genereren**

Medewerkers verbonden met de werkgroep afhankelijkheid werden gestimuleerd tot het zoeken naar literatuur omtrent dit onderwerp. Hierin kregen ze regelmatig positieve feedback omtrent hun inzet en betrokkenheid.

Op de afdeling werd door de leden van de werkgroep een map aangelegd waarin de teksten werden verzameld.

Eens de sessie psycho-educatie gestart is, volgde er na elke sessie een overleg met het afdelingshoofd en de psychologe. Hier werd dan de pdca-cyclus overlopen. Er werd niet enkel gekeken naar wat er niet goed gelopen was. De items die goed verlopen waren werden ook benoemd.

De leden van de werkgroep hebben een map aangemaakt waarin de inhoud van de sessies werd gestoken dat geëvolueerd is naar een draaiboek. Er wordt gekeken naar welk lid van de werkgroep aanwezig is om de sessie te geven, er wordt besproken welke thema's er aan bod gaan komen en hoe ze dit gaan aanpakken en indien nodig wordt er samen een voorbereiding van de sessie gemaakt.

In 2016 werd de eerste stap naar implementatie naar het hele team gezet tijdens een interdisciplinaire vergadering. Het doel van deze vergadering was enerzijds het proces dat de werkgroep heeft doorgemaakt over te dragen naar de rest van het team, met name nadenken over wat kwaliteitsvolle zorg betekent. Anderzijds was het de bedoeling om de leden van de werkgroep in hun kracht te zetten, door beroep te doen op hun reeds verworven expertise. Dit werd bekomen door de inactieve rol die de leidinggevende en de psychologe opnamen tijdens deze vergadering. De vragen van de teamleden werden doorgespeeld naar de leden van de werkgroep.

De korte termijnsuccessen worden zowel in het interdisciplinaire team als in het clusterteam gedeeld.

### **6.2.6 Fase 7: Consolideren**

De veranderingen werden geborgen door de PDCA-cyclus op regelmatige tijdstippen te doorlopen en positieve feedback te geven omtrent de korte termijnsuccessen die de leden van de werkgroep verwezenlijkten. Het is belangrijk om dit als leidinggevende niet uit het oog te verliezen en

continuïteit te waarborgen. Doordat de leden van de werkgroep het vertrouwen hebben gekregen van de leidinggevende en de psychologe om autonoom de werkgroep afhankelijkheid te geven, werd het vuur brandend gehouden. Andere leden van het interdisciplinaire team werden hierdoor gemotiveerd om meer te weten rond de werking, wat de implementatie in het hele team ten goede komt.

Door de patiënten zelf mee in deze PDCA-cyclus te betrekken is de werkgroep afhankelijkheid kunnen uitgroeien tot wat ze op de dag van vandaag is. Patiënten vermeldden dat ze het eerder ervaren als “les geven”, ze hadden nood aan een vorm van groepsgesprek. Dit had ook een positief effect in het borgen van de veranderingen naar de leden van de werkgroep toe.

### **6.2.7 Fase 8: Nieuwe benadering verankeren in de cultuur**

De verankering van de nieuwe benadering in de cultuur van de afdeling werd bewerkstelligd door het niet uit het oog verliezen van deze manier van omgaan met deze doelgroep. Dit is een proces wat nog niet ten einde is, het interdisciplinaire team is ondertussen mee met de visie. Voor hun is het nu nog verder ontwikkelen in deze manier van werken met/benaderen van deze doelgroep, zodat ze op een gegeven moment dezelfde vaardigheden bezitten als de medewerkers van de werkgroep afhankelijkheid. In mei 2016 is er gestart met een opfrissing van de basisgespreksvaardigheden, in het najaar van 2016 zal er dan gestart worden met opleiding rond motivationele gesprekstechnieken. Dit omdat dit een belangrijke vaardigheid is in het omgaan met mensen met een afhankelijkheidsproblematiek.



## **7. Ambities voor de toekomst**

Op termijn is het de bedoeling om psycho-educatie voor familie en mantelzorgers aan te bieden. Als familie of mantelzorger van iemand die een afhankelijkheidsproblematiek heeft, kan je met heel wat vragen, angsten of schuldgevoelens zitten. Psycho-educatie probeert hierin een houvast te bieden door het organiseren van informatie-momenten. Familie of mantelzorgers zijn vaak een steunpunt voor de patiënt. Het is van belang dat er een evenwicht wordt gevonden tussen nabijheid en afstand, en dat men grenzen leert stellen om aan zelfzorg te doen.



## 8. Besluit

Omtrent de literatuurstudie volgt de conclusie dat er nog grote hiaten zijn in de literatuur met betrekking tot het omgaan/benaderen/behandelen van ouderen met een afhankelijkheidsproblematiek. Mijns inziens ligt hier een belangrijke taak in de eerstelijnszorg. Het is belangrijk dat het probleem tijdig wordt herkend, zodat de gevolgen voor patiënt en zijn omgeving minder ernstig zijn. De vergrijzing en het sociale isolement van vele ouderen, gaan het er niet makkelijker op maken.

Als leidinggevende is het belangrijk dat men zich ervan bewust is dat een verandering doorvoeren niet evident is. Dat men dit doordacht met een visie en strategie moet aanbrengen. De verschillende verandermodellen zijn hierbij een handig middel om aan de slag te gaan. Het doorlopen van al de fases in een verandermodel is een lang proces. Men dient er zich bewust van te zijn dat het uitwerken van een nieuwe visie en het implementeren hiervan, samen met het telkens opnieuw doorlopen van de PDCA-cyclus een lange termijn opdracht is. De gevoelige plek van de medewerkers staat hier centraal. Hun betrokkenheid kan de verandering doen slagen of mislukken. Net zozeer als het feit dat de leiderschapsstijl die een leidinggevende hanteert enorm belangrijk is. Samen is hier het kernwoord. Coachen, samen op weg gaan om de afdelingsdoelstelling te behalen. Als leidinggevende op je eentje iets uitwerken, en dit opleggen aan je medewerkers, zal geen succes voor verandering zijn!

De relatie- en taakgerichtheid van de leidinggevende is hierin belangrijk. Relatiegericht bestaat uit het samen realiseren en beslissen. Taakgerichtheid heeft het doel en de uitvoering voor ogen.

De doelstelling die vooropgesteld werd in dit project om een duidelijke visie rond afhankelijkheid bij ouderen rekening houdend met de afdelingsvisie gedragen en geïmplementeerd te krijgen in het team is nog niet volledig bereikt. Het is een continue proces dat steeds dient bijgeschaafd te worden. De subdoelen die werden vooropgesteld zijn behaald: in december 2015 is de visietekst getoond aan het cluster team, in januari 2016 werd er gestart met de implementatie en gedragenheid van de visie in het interdisciplinaire team. Het laatst vooropgestelde subdoel, de afdelingsoverschrijdende sessie aanbieden vanaf 1 april, was sneller gerealiseerd. De leden van de werkgroep hebben deze sessie opgestart vanaf 1 maart 2016.



## 9. Discussie en reflectie

Om dit project te doen slagen is er rekening gehouden geweest met de aangebrachte theorie tijdens de lessen in de opleiding Zorgmanagement. Het is belangrijk voor de leidinggevende om tussen de drie leiderschapsstijlen (coachen, managen, leiden) flexibel te kunnen switchen en er rekening mee te houden dat een verandering doorvoeren niet evident is. Mensen houden niet van verandering.

Met dit in het achterhoofd is men aan dit project begonnen. De keuze om via het veranderingsmodel van Kotter (1997) te werken kan enkel toegejuicht worden. Dit heeft er mede voor gezorgd dat de doelstelling werd behaald. Het doorlopen van deze stappen is een lang proces. Men is zich ervan bewust dat dit een lange termijn opdracht is. Bij de start van het veranderproces lag de focus op het taakgerichte en is men sturend geweest. In de hoop dat de medewerkers snel mee zouden evolueren en dat op er op specifieke momenten enkel nog moest ondersteund worden.

Op een gegeven moment was er geen sturing van de leidinggevende en de psychologe meer nodig. Deze zijn toen meer op de achtergrond verdwenen en zijn tot op heden nog steeds ondersteunend.

Als er teruggekeken wordt naar het proces van de leidinggevende en het team kan men hier tevreden op terugkijken. Het was voor de leidinggevende een aangename ervaring om dit te bewerkstelligen via het verandermodel van Kotter(1997). Het is aanbevolen om elke verandering in een team, samen met het team en de leidinggevende door te voeren om gedragenheid en geborgenheid te creëren.

Wanneer men kritisch naar dit project kijkt kan men zich de vraag stellen of het niet beter is om in de toekomst het interdisciplinaire team te betrekken in heel het proces? In dit project is er eerst gestart met een werkgroep om nadien hetzelfde proces in het interdisciplinaire team te starten. Zou dit sneller verlopen wanneer het interdisciplinaire team reeds vanaf het begin volledig betrokken wordt? Door deze keuze te maken is men beperkt geweest in het kunnen aanbieden van sessies. Leden van de werkgroep dienden steeds op de afdeling aanwezig te zijn om de sessies te laten doorgaan.

Dit project beoogt een kwalitatief onderzoek. Een aanbeveling zou kunnen zijn om in de toekomst een kwantitatief onderzoek omtrent dit onderwerp te verrichten. Zo kan er beter een nulmeting gedaan worden waardoor men aan het einde van het onderzoek beter kan meten wat de effecten zijn.

## 9.1 Persoonlijke reflectie

Wanneer ik naar mijn eigen functioneren kijk met betrekking tot deze bachelorproef dan ben ik nogmaals met mijn neus op de feiten gedrukt. Het was voor mij enorm moeilijk om dit op papier te krijgen. In mijn hoofd kwam het wel, het uitschrijven leek toch niet zo makkelijk. Aanvankelijk kon de meerwaarde van het uitschrijven van deze bachelorproef niet gezien worden. Door het schrijven en de feedback die ik kreeg van mijn promotor en inhoudsdeskundige zag ik dat ik het schrijven van deze bachelorproef voor mij uitschoof. Er waren altijd wel andere zaken die belangrijker waren om hieraan te werken. Dit bezorgde mij stress. Ik werkte niet aan de bachelorproef, maar in mijn hoofd was ik er constant mee bezig. Ik ben hier nogmaals geconfronteerd geweest met het stellen van grenzen voor mezelf en mijn eigen werk wegcijferen om anderen te helpen.

Naar de toekomst toe heb ik geleerd dat het belangrijk is voor mezelf om haalbare deadlines te stellen. Ik stelde ze zo krap dat het niet haalbaar was doordat er altijd wel onvoorziene omstandigheden zich voordeden waar ik geen rekening mee had gehouden. Het was moeilijk een evenwicht te vinden in de combinatie privé-werk-studie.

Voor mijn functioneren als leidinggevende heb ik hier wel veel uitgehaald. Ik ben me enorm bewust geworden van het feit dat je een verandering niet zomaar op 1-2-3 doorvoert. Dat je dit doordacht moet doen met een strategie voor ogen en vooral in samenwerking met je team!

## 10. Bibliografie

American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)* (3<sup>e</sup> druk). Amsterdam: Boom.

Beyen, F. (2013) *Brochure nieuwe medewerkers en studenten*. (Brochure)

Franssen, A.(2015). *Persoonsgericht leiderschap* (cursus). s.l., s.n.

Heusdens, H. (2015). *Verandermanagement: een integrale aanpak* (cursus). s.l., s.n.

Huige J, van Boxtel T. (2005). Alcohol en ouderen. *Factsheet Alcohol en ouderen: NIGZ-Alcoholvoorlichting*. (Elektronische versie)

Hoeck, S. Van Hal, G. (2012). Unhealthy drinking in the Belgian elderly population: prevalence and associated characteristics. *European Journal of Public Health*, 23(6), 1069-1075.

Kotter, J.P. (1997). *Leiderschap bij verandering* (18<sup>e</sup> editie). Den Haag: Academic Service

Mehrolohasani, M.H., Emami, M. (2013). Change Theory for Accounting System Reform in Health Sector: A case Study of Kerman University of Medical Sciences in Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(4), 279-285.

Psychiatrisch Ziekenhuis v.z.w. Sancta Maria (2004). *Problematisch middelengebruik bij ouderen*. Opglabbeek: Paesen.

Rune, T. (2005). Organisational change management: a critical review. *Journal of Change Management*, 5(4), 369-380.

Sally, K. Rigler, M.D. (2000). Alcoholism in the Elderly. *American Family Physician*, 61(6), 1710-1716.

Stoller, J.K. (2010). Implementing Change in Respiratory Care. *Respiratory Care*, 55(6), 749-757.

Van Vliet, V. (2011). PDCA cyclus (Deming). Geraadpleegd op 24 april 2016, op <http://www.toolshero.nl/probleem-oplossen/pdca-cyclus-deming/>.

Voorstelling van het psychiatrisch ziekenhuis Asster. Geraadpleegd op 16 november 2016, op <http://www.asster.be>

Wadd S, Lapworth K, Sullivan M, Forrester D, Galvani S. (2011). *Working with older drinkers*. s.l., s.n. (Brochure: elektronische versie)

Wadd S, Forrester D. (2011). Alcohol problems in old age. *Generations Review* (Elektronische versie)

**Figuren:**

*Figuur 1:* illustratie PDCA-cyclus overgenomen van [www.toolshero.nl](http://www.toolshero.nl)

Van Vliet, V. (2011). PDCA cyclus (Deming). Geraadpleegd op 24 april 2016, op <http://www.toolshero.nl/probleem-oplossen/pdca-cyclus-deming/>.

*Figuur 2:* illustratie effectief leiderschap overgenomen uit de cursus Persoonsgericht leiderschap door Fransen Alex (2013)



## 11. Bijlagen

## **Bijlage 1: DSM-5-criteria 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'**

## **DSM-5-criteria 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' (18)**

Een stoornis in het gebruik van alcohol is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden.
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste roloverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
  - Behoeftte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
  - Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
- Onthoudingsverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
  - Het kenmerkende onthoudingssyndroom van alcohol.
  - Alcohol wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

**Bijlage 2: Intakegesprek**

# Intake gesprek

## Persoonlijk

Naam

Burgelijke staat

Reden opname

Context

## Klachten

**Welke klachten/problemen had je ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> slecht slapen               | <input type="checkbox"/> tegenzin in het leven         |
| <input type="checkbox"/> vroeg wakker worden         | <input type="checkbox"/> vergeetachtigheid             |
| <input type="checkbox"/> snel vermoeid               | <input type="checkbox"/> toename lichamelijke klachten |
| <input type="checkbox"/> grote wisseling in stemming | <input type="checkbox"/> gespannenheid                 |
| <input type="checkbox"/> meer nodig hebben           | <input type="checkbox"/> minder sociale contacten      |

**Zijn er nog bijkomende klachten?**

**Hoe ernstig beoordeelt u zelf deze klachten/problemen ?**

- licht                       matig                       ernstig

**Zijn er in uw leven ingrijpende gebeurtenissen geweest die u in verband brengt met deze klachten/problemen?**

**Hoe reageert uw omgeving op uw klachten/problemen?**

## **Sociaal**

**Wie zijn je steunfiguren?**

## **Het gebruik**

**Wil je gecontroleerd gebruik of stoppen? Wat versta je er onder?**

**Wat nam je? Hoeveelheid?**

**Na hoeveel stopte je en hoe kwam het dat je stopte? Minder je?**

**Hoe kwam het dat je dit nodig had? Welke gevoelens en gedachten had je?**

## **Dagindeling**

**Hoe ziet je dagindeling er in grote lijnen uit?**

**Wat doet u in je vrije tijd?**

## **Begeleiding**

**Welke doelstellingen wil u bereiken ?**

**Welke stappen heeft u al gezet om deze doelstellingen te bereiken?**

**Wat verwacht u dat er anders zal zijn voor u als u uw doelstellingen heeft bereikt?**

### **Bijlage 3: Visietekst Afhankelijkheid bij ouderen (werkdocument)**



Visietekst  
**Afhankelijkheid bij ouderen**

## **WERKDOCUMENT**

### **0. Inleiding**

Alcoholproblemen worden vaak onderschat bij ouderen. De dagelijkse porto van de bomma en het pintje van de bompa worden maatschappelijk aanvaard. Ook worden er weinig vragen gesteld aan opa die heel zijn leven hard gewerkt heeft en dagelijks pijnstillers neemt en een pilletje om te slapen. Maar is dit werkelijk zo onschuldig?

Het aantal 55-plussers met een alcoholhulpvraag steeg de laatste tien jaar met 61 procent (cijfers uit Nederland). Door de vergrijzing van de bevolking wordt een sterke toename verwacht. Prevalentiecijfers in studies bij 65-plussers (tweedelijnsgezondheidszorg) varieert tussen 9 en 21% (Deseyne, 2015). Ondanks deze toename blijft afhankelijkheid bij ouderen een onderschat probleem waarbij behandeling nog in kinderschoenen staat. De gebruikte standaarden voor volwassenen houden hierbij geen rekening met het ouder wordende lichaam en de invloed van alcohol (en andere middelen). Denk hierbij aan een verschuiving van de vet-vocht verhouding: bij het ouder worden is er minder vocht in het lichaam waardoor elke consumptie zorgt voor een hogere concentratie alcohol in het bloed. Ook duurt het langer voordat de alcohol wordt afgebroken (langere halfwaardetijd). Wanneer een senior een trager werkende lever heeft, duurt dit proces nóg langer. Ouderen kunnen dus op zeker ogenblik last beginnen krijgen van de schadelijke effecten van alcohol terwijl hun drinkpatroon eigenlijk niet veranderd is (Haekens, 26.11.2015).

Het hoeft niet altijd negatief te zijn. Enerzijds toont onderzoek aan dat matig alcoholgebruik (niet meer dan twee eenheden per dag) ook gunstige effecten kan hebben: minder ischemische hartaandoeningen, daling van het risico op de ziekte van Alzheimer, minder kans op het ontwikkelen van niet-insulineafhankelijke diabetes mellitus, osteoporose en sommige schildklieraandoeningen en immunologische ziekten. De positieve effecten verdwijnen echter snel wanneer de dagelijkse alcoholconsumptie stijgt boven twee eenheden per dag. Anderzijds stijgt

het risico op kanker en pancreasziekten, leverziekten en andere aandoeningen van het spijsverteringsstelsel.

## **1. Werking van alcohol**

Algemeen heeft alcohol een dempende werking op het centraal zenuwstelsel. In de hersenen worden bepaalde systemen gedempt, waardoor ontremming ontstaat:

- Remming kleine hersenen waardoor er coördinatiestoornissen optreden met evenwichtsstoornissen, slecht lopen en waggelende gang.
- Remming motoriek met verandering in spraak, grove- en fijne motoriek.
- Remming op het bewustzijn, concentratie en aandacht.
- Ontremming van het denken met oordeel- en kritiekstoornissen en decorumverlies
- Emotionele ontremming (hyperemotioneel, agressie en driftbuien)

De mate waarin symptomen voorkomen hangt af van verschillende factoren: vrouwen zijn gevoeliger dan mannen en ouderen blijken ook gevoeliger te worden voor alcohol.

Bij ouderen zijn er bijkomende psychische verschijnselen, net omdat ze gevoeliger zijn voor alcohol:

- Vermindering waarneming en reactievermogen, meer kans op vallen.
- Gedragsveranderingen: dit kan gaan van een lossere houding tot ruzie maken en het vaker voorkomen van agressief gedrag. Dit heeft ook een invloed op de partnerrelatie: een toenemende behoefte aan intimiteit of een gestoorde seksualiteitsbeleving geeft spanningen binnen de relatie.
- Plotse verwardheid (delier) tot delirium tremens

## **2. Definitie van afhankelijkheid bij ouderen**

Afhankelijkheidsproblemen zijn erg complex omdat het beïnvloed wordt door zowel biologische, psychologische als sociale factoren. Er is vaak sprake van meervoudige problematiek, met andere woorden is een 'zuiver' afhankelijkheidsprobleem onbestaande. Op die manier worden symptomen van een afhankelijkheidsprobleem gemaskeerd door problemen die eigen kunnen zijn aan de leeftijdsgroep (dementie, depressie, diabetes,...).

Er worden verschillende stadia in de evolutie van afhankelijkheid onderscheiden, waarbij de motivatie van patiënten een belangrijke invloed heeft. Afhankelijkheid kan gezien worden als een langdurig probleem met momenten van herval.

## 2.1 Stadia volgens Van Dijk

- eerste contact met alcohol
- experimenteel gebruik
- geïntegreerd gebruik
- excessief gebruik
- afhankelijk gebruik
  - farmacologische vicieuze cirkel
  - psychologische vicieuze cirkel
  - sociale vicieuze cirkel
  - cerebrale vicieuze cirkel

## 2.2 Types van gebruik bij ouderen (Atkinson, Gurnack, Osgood, 2002)

- low-risk drinkers: minder dan 1-2 consumpties per dag. Onthouding in risicosituaties.
- at-risk drinkers: meer dan 1-2 consumpties per dag, risico om alcohol gerelateerde problemen op te lopen (trauma, ongevallen, depressie) maar tot op heden geen nadelige gevolgen ondervonden.
- problem drinkers: minstens één alcohol gerelateerd probleem (boete, medische en financiële problemen, familiale problemen met nadelige gevolgen voor zichzelf en omgeving).
- alcohol-dependent: controleverlies, preoccupatie met gebruik, problemen in het dagelijks functioneren, black-outs, blijven gebruiken ondanks gezondheidsproblemen, het ondervinden van lichamelijke afhankelijkheid, tolerantie en ontwenningverschijnselen.

## 2.3 Indeling naar frequentie en start misbruik

- Early-onset gebruiker

Het overmatig alcoholgebruik begint voor het 25<sup>e</sup> levensjaar. Deze groep worden ook wel eens *de overlevenden* genoemd. Gemeenschappelijke persoonlijkheidsfactoren: gevoelens van minderwaardigheid, neerslachtigheid, schuld- of angstgevoelens. Zowel alcohol gerelateerde lichamelijke problemen als psychiatrische problemen komen vaak voor in deze groep.

- Late-onset gebruiker

Het overmatig alcoholgebruik is gestart tussen het 25e en 55e levensjaar. Het zijn mensen die gestart zijn met drinken na een emotionele gebeurtenis, zoals pensionering, verhuis of het verlies van een naaste. Daarom worden ze ook wel eens *de reactieve drinkers* genoemd. Er kan verder nog een onderscheid gemaakt worden met very late-onset

drinkers die pas na een leeftijd van 55 jaar gestart zijn. Alcohol wordt binnen deze groep soms gebruikt als automedicatie tegen verveling, depressieve gevoelens of angst. Personen die vroeger alcohol gebruikten als reactie op een stressvolle gebeurtenis, zonder probleemgebruik, hebben op latere leeftijd meer kans om verslaafd te raken omdat ze geleerd hebben dat alcohol een goede ontspanner is.

- Periodieke drinkers

Het overmatig drankgebruik startte reeds voor het zestigste levensjaar maar kende onderbroken perioden van minder gebruik of abstinentie.

- Afhankelijkheid door gebruiksgewoonte en veroudering

De vroegere onschuldige gewoonte kan schadelijk worden door de veranderende lichaamsfuncties waardoor de gevoeligheid voor alcohol toeneemt. Een voorbeeld hiervan is dat ouderen ongeveer één consumpties per dag zouden mogen nemen ten opzichte van jongeren die er vier per dag mogen.

## **2.4 Comorbiditeit met psychiatrische problematiek**

- Kenmerkend is dat deze groep patiënten gebrek heeft aan ziekte-inzicht. Tien procent van de afhankelijkheidspopulatie vindt zijn oorzaak terug in een onderliggende psychiatrische problematiek: psycho-organische stoornissen (schizofrenie, angststoornissen en bipolaire stoornis).
- Depressieve stemming: alcohol onderdrukt depressieve gevoelens (dempend effect) op korte termijn omdat de onderliggende depressie niet wordt aangepakt. Op lange termijn werkt alcoholmisbruik een depressie in de hand.
- Het NIAAA rapporteert dat oudere alcoholisten drie keer meer een depressie ontwikkelen dan 65-plussers zonder alcoholisme. Ook omgekeerd: depressieve patiënten vertonen drie tot vier keer meer een alcoholafhankelijkheid dan niet-depressieve patiënten (Haekens, 26.11.2015).

## **2.5 Wanneer wordt er gesproken over afhankelijkheid bij ouderen?**

Algemeen wordt aangenomen dat iemand van 65 jaar en ouder niet meer dan één alcoholische eenheid per dag mag consumeren of zeven eenheden per week. Ouderen zouden nooit meer dan vier eenheden alcohol op één dag mogen drinken. De combinatie met medicatie moet hierbij in rekening worden gebracht. Men spreekt van afhankelijkheid indien er controleverlies is, een preoccupatie met alcohol, blijven consumeren van alcohol ondanks nadelen (lichamelijk en

sociaal) en er tekenen zijn van tolerantie en ontwenning. Indien bovenstaande criteria in mindere mate aanwezig zijn, spreekt men over risico/probleem/misbruik (Oslin, 2005).

## **2.6 Uitlokkende factoren bij overmatig alcoholgebruik bij ouderen**

Uit onderzoek blijkt dat er uitlokkende factoren zijn die overmatig alcoholgebruik in de hand werken: genetische factoren, man zijn, eenzaamheid/isolement, veteraan zijn, wonen in een verzorgingstehuis, leeftijdsgebonden fysieke beperkingen, fysieke aandoening die pijn of slapeloosheid veroorzaken, financiële problemen, stress, relatieproblemen of een partner hebben die overmatig drinkt (Van Etten (2004) in factsheet alcohol en ouderen, NIGZ 2005).

## **3. Invloed van alcohol op onze hersenen**

### **3.1 Welke invloed en hoe kunnen we dit observeren?**

In eerste instantie heeft alcohol een stimulerend effect op onze hersenen. We 'leren' dat deze middelen ons een ontspannend gevoel geven, onze angsten op korte termijn doen dalen, we minder piekeren, lossen contact, enz. Dit komt doordat het dopaminegehalte in onze hersenen toeneemt. Naarmate we meer gaan drinken raakt ons lichaam aan die bepaalde hoeveelheid gewend waardoor we steeds meer nodig hebben om het goede gevoel te bekomen en tegelijkertijd worden de natuurlijke bekrachtigers in het dagelijks leven veel minder 'waard' omdat je er ook meer energie in moet steken. Middelen bootsen het effect van natuurlijke bekrachtigers na zonder dat de persoon in kwestie een bijhorende prestatie moet leveren. Het effect van middelen zijn dan ook veel sneller en heviger en dus ook aantrekkelijker.

De hersenen van alcoholici vertonen zowel structurele afwijkingen als functionele. Zo is er vermindering van het hersenvolume, grotere ventrikels en grotere peri-cerebrale ruimten. Bepaalde delen van de hersenen blijken extra gevoelig voor de effecten van alcohol, met name de frontale lobben (moeilijkheden met doelgericht en gestructureerd uitvoeren van taken, apathie, ontremming, impulscontroleproblemen).

Verder zien we dat de rechterhersenhelft ook gevoeliger is voor alcohol geïnduceerde atrofie (non-verbale, muzikale en emotionele processen).

Ook wordt er atrofie in het cerebellum gezien: ataxie (brede gang en evenwichtsproblemen, motoriek coördinatie). Dit laatste eerder ten gevolge van vitaminetekorten dan een rechtstreekse invloed van alcohol.

Ten slotte blijkt het limbisch systeem ook erg gevoelig. Het limbisch systeem staat in voor emotie, geheugen en leren (toenemende vergeetachtigheid en emotionele vervlakking).

Er bestaat een rechtlijnig verband tussen de totale hoeveelheid verbruikte alcohol en de mate van atrofie. Op die manier kan een beperkt maar systematisch gebruik schadelijk voor onze hersenen zijn maar zal echter geen merkbare consequenties hebben.

We kunnen bij verslavingsproblematiek een onderscheid maken tussen het expliciete geheugen en het impliciete geheugen (zie schema in bijlage). Stoornissen in het **expliciete geheugen** omvat retrograde amnesie (informatie gaat verloren, oudste informatie blijft het best bewaard) en anterograde amnesie (onvermogen om nieuwe informatie op te slaan). Dit uit zich in het niet meer kunnen plaatsen van gebeurtenissen in de tijd, men weet niet meer wanneer iets gebeurd is (dit wordt ook het episodisch geheugen genoemd). Zo is het voor patiënten moeilijk om gesprekken te herinneren die ze een dag/week geleden gehad hebben. Ze kunnen daar wel een bepaald gevoel bij hebben, maar kunnen de inhoud van het gesprek niet meer bewust oproepen.

Verder worden er stoornissen in het werkgeheugen waargenomen. Dit uit zich in het vergeten van afspraken en voornemens (prospectief geheugen), geen ziekte-inzicht (men is zich niet bewust van de geheugenstoornissen) wat leidt tot confabulaties. Het verwerken van informatie, zeker wat betreft nieuwe informatie, zal erg moeilijk verlopen.

Het **impliciete geheugen** blijft vrijwel intact. Dit wil zeggen dat er nog wel nieuwe handelingen en vaardigheden aangeleerd kunnen worden waarbij de persoon de informatie niet bewust kan oproepen maar de handeling wel kan uitvoeren. Zo kan iemand wel een route wandelen maar niet vertellen hoe je moet wandelen. Denk hierbij ook aan 'automatische handelingen' zoals zich scheren of wassen. Wanneer mensen de kans krijgen om een bepaalde handeling te oefenen, zal dit ook na enige tijd zelfstandig lukken. Ze kunnen dit DOEN maar uitleggen hoe het moet zal moeilijk gaan.

Bij alcoholmisbruik worden stoornissen in de **executieve functies** (frontale regio) waargenomen die zich uiten in problemen bij planning en organisatie. Hierbij worden problemen in het opstarten van gedrag gezien (apathie), problemen bij het remmen van gedrag (perseveraties, ontremming, voorkeur snelle bevrediging), weinig flexibiliteit en weinig inzicht in het eigen functioneren waardoor weinig zicht op sociale consequenties van het eigen handelen. De executieve stoornissen zorgen voor een grotere invaliditeit dan de geheugenstoornissen waardoor er secundaire psychische reacties ontstaan. Geheugenstoornissen en desoriëntatie in tijd leiden tot angst. Aangezien er stoornissen zijn in het executieve functioneren, kan dit leiden tot dwangmatig gedrag, agressie en catastrofe-reacties. Men kan zich de vraag stellen of een persoon niet kan of niet wil zien wat er aan de hand is?

### **3.2 Alcoholische encefalopathie**

Dit is een beeld dat gekenmerkt wordt door (Arts Klaas, 2013):

- persoonlijkheidsveranderingen: verminderde empathie, ontremd gedrag, minder emotionele controle
- stoornissen in de executieve functies: afgenomen flexibiliteit, planningsproblemen, vermindering van inzicht
- visuoconstructieve stoornissen: moeilijkheden in het coördineren van doelgerichte bewegingen
- loopstoornissen.

### **3.3 Wernicke**

Dit is een acute levensbedreigende aandoening die gekenmerkt wordt door verwardheid, ataxie en oogbewegingsstoornissen. De oorzaak is een tekort aan thiamine (vitamine B1) ten gevolge van overmatig alcoholgebruik en dus geen rechtstreeks effect van alcohol. Meestal treden niet alle symptomen op waardoor de diagnose vaak gemist wordt. Herstel duurt meestal enkele maanden waarbij loopstoornissen aanwezig blijven. 20% overleeft deze fase niet, 50% van deze groep resulteert in het restsyndroom, met name Korsakov.

### **3.4 Korsakov**

Het syndroom van Korsakov wordt gekenmerkt door stoornissen van het korte termijn geheugen bij een intact bewustzijn, geheugenstoornissen (expliciete geheugen, episodisch meer aangetast dan het semantisch geheugen), stoornissen in de executieve functies en confabulaties zonder dat er verlies is van de intellectuele capaciteiten (Haekens, 26.11.2016). Korsakov is geen statische aandoening: ¼ geen verbetering, ¼ lichte verbetering, ¼ significante verbetering, ¼ recupereert (Haekens, 23.11.2016).

### **3.5 Alcoholdementie**

Er werd nog niet aangetoond dat excessief alcoholgebruik kan leiden tot demetie maar verhoogt wel het risico van hoofdtrauma's en infectieuze ziekten, hypertensie en andere vasculaire ziekten die de kans op dementie doen toenemen. De diagnose, die gesteld wordt als er geen andere verklaring is, kenmerkt zich door een geschiedenis van langdurig excessief gebruik van alcohol, perifere polyneuropathie, ataxie, een afname van de woordenschat in afwezigheid van woordvindingsproblemen en stabilisatie of verbetering van het cognitief functioneren na een periode van abstinentie (handboek ouderenpsychiatrie). Aangezien er sprake is van een verbetering, kan er geen sprake zijn van 'dementie' aangezien hier net achteruitgang gezien wordt.

#### 4. Visie op ouderen met een afhankelijkheidsprobleem

Op de afdeling worden ouderen benaderd vanuit een systeemtheoretisch perspectief. Dit betekent dat de patiënt voornamelijk als persoon in interactie met zijn/haar omgeving, in het bijzonder naaste familie, gezien wordt. In elke situatie en context trachten we de autonomie van patiënten aan te spreken waardoor zorg volgens het stepped-caremodel wordt toegediend, steeds op maat van én in overleg met patiënt. Dit betekent dat we patiënten met een afhankelijkheidsprobleem in de eerste plaats benaderen als persoon met wensen, verlangens, kwetsuren, emoties,... en de verslaving bekijken als een symptoom en niet 'het probleem'. Het verslavingsgedrag heeft een functie, zoals elk gedrag in het licht van de context een functie heeft. Op die manier kan een middel ervoor zorgen dat negatieve gevoelens onderdrukt worden en vervangen worden door een positiever gevoel. Hierbij speelt de verwachting die mensen hebben met betrekking tot een middel, zonder dat ze het middel effectief gebruiken, een grote invloed. In onderzoek werd aangetoond dat mensen die denken dat ze alcohol gedronken hebben beter presteren, terwijl het gedrag van mensen die niet gedronken hadden meer gewaardeerd werd door de andere partij in vergelijking met mensen die werkelijk alcohol gedronken hadden. Indien men naar verslaving kijkt als functioneel gedrag, vormt de motivatie om tot een verandering van dat gedrag een belangrijke factor: als men verwacht dat prestaties verbeteren bij gebruik, zal er minder motivatie zijn om dit gebruik te stoppen.

De negatieve gevolgen op lichamelijk gebied mogen uiteraard niet vergeten worden. Zeker bij de oudere doelgroep kunnen de negatieve gevolgen nefast zijn, zoals chronische schade aan de prefrontale cortex die het plannen van gedrag en de flexibiliteit om zich aan te passen belemmeren, naast de natuurlijke ouderdomsverschijnselen. We streven in dit opzicht ook naar een bio-psycho-sociale aanpak.

Het kader van de hechtingstheorie biedt vaak een houvast bij vragen zoals 'Hoe omgaan met ...?'. Dit kader is ruimer en kan dan ook bij elke patiënt toegepast worden. Enerzijds wint men anamnestic materiaal. Anderzijds, wanneer men luistert met een tweede oor, leert men veel over hoe iemand in het leven staat. Hoe iemand zijn levensverhaal vertelt, zegt iets over hun hechtingstijl. Op die manier krijgen we onrechtstreeks informatie over hoe een persoon veiligheid ervaart: door toenadering te zoeken en ondersteunend te werken of eerder met de nodige afstand? Of heeft deze persoon nood aan eenduidige informatie en concrete richtlijnen? Deze veiligheid is nodig om een goede vertrouwensrelatie op te bouwen die het therapeutisch proces faciliteert en de kans tot gedragsverandering verhoogt. De oudere voelt zich gerespecteerd en



gewaardeerd in de persoon die hij is. Ten slotte biedt de bril dan hechting ook een kader om onhandig gedrag beter te begrijpen.

### *Veilig gehecht*

Mensen die veilig gehecht zijn hebben vaak een positieve kijk op relaties: er is een grotere tevredenheid en men functioneert beter. Men heeft een positieve kijk op zichzelf en de ander: men voelt zich comfortabel zowel in gezelschap als alleen. Er is sprake van een rijk gevoelsleven en men vertelt een coherent verhaal. Er is een gemakkelijke overgang in verschillende levensfasen (alleen wonen, werken, ...).

### *Vermijdende-Afwijzende gehecht*

Deze mensen zijn minder op zoek naar intimiteit en zuiniger op persoonlijke informatie. Ze maken gebruik van defensieve strategieën om affectieve reacties te onderdrukken. Over het algemeen zijn ze tevreden over zichzelf en is er een grote behoefte aan onafhankelijkheid. Deze personen krijgen het moeilijk indien ze geen controle meer hebben op het leven en kiezen dan meestal om te vluchten. Ze schermen zich af van hun angsten waardoor er minder voeling is voor hun behoeften en verlangens.

### *Gepreoccupeerd-Angstig gehecht*

Deze mensen uiteten net een sterke behoefte aan intimiteit en is veel belangrijker dan onafhankelijkheid. Er worden meer intense gevoelens en emotionele pieken en dalen waargenomen in intieme relaties. Over het algemeen is er een grote emotionele expressie, meer angst en meer impulsiviteit. Ze hebben een negatief zelfbeeld en een inconsistente kijk op anderen ('Ik ben niet de moeite waard.'). Ze worden ook gekenmerkt door piekergedrag.

### *Vermijdend-Angstig gehecht*

Er is een sterk verlangen naar nabijheid maar als deze nabijheid er is, is ze ondraaglijk ( aantrekken-afstoten). Angstig-vermijdende mensen hebben eveneens een laag zelfvertrouwen, maar zij hebben tevens weinig vertrouwen in anderen. Ze hebben wel een sterk verlangen naar binding maar wanneer de intimiteit in een relatie groeit, trekken ze zich terug: het bekende aantrekken-afstoten-patroon. Ze hebben de idee dat de partner afknapt als 'die hen écht leert kennen, en dat willen ze voorkomen. Anders dan angstig-obsessieve mensen, tonen deze mensen zichzelf niet

echt in een relatie, uit angst om 'door de mand te vallen' of de ander tot last te zijn. Ze houden zich meer op de achtergrond en durven weinig te vragen of eisen van hun partner.

## 5. Behandeling

### 5.1 Basisprincipes

Onderzoek toont aan dat de resultaten gunstiger zijn indien ouderen behandeld worden in aparte leeftijdsgroepen. Ouderen met een afhankelijkheidsprobleem kunnen zich moeilijk identificeren met de problemen die aan verslaving bij jongeren gerelateerd zijn. Er zijn andere, specifieke stressoren verbonden aan elke levensfase. Zowel rouw en verlies alsoenzaamheid en verveling worden anders beleefd door jongeren in vergelijking met ouderen. Het is belangrijk dat teams specifiek getraind worden om met ouderen om te gaan (Wadd & Galvani (2014); Slaymaker & Owen (2008)).

Volgens Klaas Arts, gedragsneuroloog, zijn er enkele basisprincipes die men in het achterhoofd dient te houden bij de behandeling van patiënten met een afhankelijkheids-probleem waarbij rekening wordt gehouden met cognitieve en secundaire psychische problemen.

Basisprincipe	Voorbeelden praktijk
Belast het expliciete geheugen zo weinig mogelijk en doe beroep op het impliciete geheugen.	- informatie aanbieden die patiënt werkelijk nodig heeft om het dagelijks functioneren te bevorderen - gebruik ezelsbruggetjes
Pas de omgeving in de mate van het mogelijke aan.	- alles krijgt een vaste plaats (rekeningen) - goed zichtbare kalender en klok - gebruik van 'doe-lijsten'
Leer patiënt gebruik maken van hulpmiddelen.	- gebruik agenda - notitieboekje steeds bij de hand
Leer de patiënt routines aan.	- stapsgewijs trainen - zoveel mogelijk in context waar de routines na opname ook worden gebruikt
Diagnostiseer en behandel psychiatrische stoornissen adequaat.	- psychotherapie lijkt weinig effectief (i.f.v. gedragsverandering) - SSRI's bruikbaar bij depressie - Benzodiazepines leiden tot verdere cognitieve achteruitgang en ontremming.

## 5.2 Preventie

Aangezien alcoholproblemen bij ouderen vaak gemist worden, zou het goed zijn om een standaard screening toe te voegen aan een routineonderzoek bij de huisarts alvorens andere medicatie voorgeschreven wordt of als reactie op problemen die gerelateerd zijn aan alcohol of medicatie. Deze screening kan zowel verbaal, in een vorm van een vragenlijst of zelfs met computer afgenomen worden (alle drie zijn betrouwbaar en gevalideerd). Voorbeelden: SMAST-G (specifiek ontwikkeld voor ouderen), CAGE (meet afhankelijkheid) en AUDIT-C. Onderzoek toont aan dat minimale interventies, zoals een informatief gesprek van 15 minuten en twee telefonische opvolggesprekken) effectief zijn om het alcoholgebruik te verminderen (Blow & Barry, 2000). (ARTIKEL 1)

## 5.3 Verschillende ankerpunten in de behandeling

### START

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de behandeling van het verslavingsgedrag zelf en de behandeling van de achtergrondproblemen. Wanneer patiënten onder invloed worden opgenomen, wordt er veel aandacht besteedt aan het lichamelijke ontweningsproces. Bij deze crisisopnames wordt in de eerste plaats gestreefd naar volledige abstinentie en staat de verslaving (d.w.z. begeleid ontwennen) centraal. Ontweningsverschijnselen kunnen onschuldig tot levensbedreigend zijn en moeten dus goed opgevolgd worden. Algemeen is bekend dat de ontweningsverschijnselen langer aanhouden bij ouderen (Oslin, 2005).

In eerste instantie wordt er veel waarde gehecht om de patiënt tot rust te laten komen in een veilige omgeving en waar erg geïnvesteerd wordt in de totstandkoming van een vertrouwensrelatie. Hier wordt voornamelijk de CIWA schaal gebruikt door het verpleegkundig team.

### OBSERVATIE

Wanneer patiënten lichamelijk zijn opgeklaard en eventuele verwardheidsproblemen verdwenen zijn, wordt er gekeken in hoeverre patiënt gemotiveerd is verder deel te nemen aan de therapie dan wel op ontslag te gaan. Motivatie speelt hierbij een belangrijke rol, alsook de cognitieve vaardigheden van patiënt die geobjectiveerd dienen te worden.

### Motivatie

#### ARTIKEL optimaal motiveren van gedragsverandering

De klassieke onderverdeling intrinsiek/extrinsieke motivatie is te eenvoudig om menselijke complexiteit te vatten en blijkt in de praktijk moeilijk hanteerbaar. Vansteenkiste en Neyrinck (2010) doen een poging tot meer nuancering:

Bij *externe gedragsregulatie* wordt er verandering nagestreefd om tegemoet te komen aan verwachtingen van anderen, vooropgestelde beloningen te verwerven of om een dreigende straf te vermijden (slaafse volgzzaamheid). Wanneer de verplichtende factoren wegvallen, zal de activiteit ook gestaakt worden. Wanneer de druk te groot wordt, kunnen patiënten zich ook verzetten (rebels verzet). Hierbij sluit het begrip *geïntrojecteerde regulatie* aan, waarbij de patiënt zijn gedrag wil veranderen omdat hij dit zou moeten doen om op die manier gevoelens van schuld, schaamte en angst probeert te vermijden.

Bij *geïdentificeerde gedragsregulatie* sluit de gedragsverandering aan bij de persoonlijke waarden van de patiënt en dient tot het realiseren van eigen doelen waardoor de gedragsverandering op een vrijwillige basis gebeurt. Tenslotte kan een gedragsverandering ook aansluiten bij meerdere levensdomeinen van patiënten waardoor men spreekt over een *geïntegreerde regulatie* waarbij het hier meer gaat over een levensvisie of levensstijl. Denk hierbij opnieuw aan het werken met hechtingspatronen!

### **Cognitieve vaardigheden**

De patiënt motiveren tot het zich engageren is een belangrijke opdracht. Een andere vraag die zich stelt is of patiënt nog baat heeft bij therapie (inzichtgevende therapie, veranderingsgerichte therapie,...) en er niet eerder gedacht dient te worden aan rehabilitatie/ondersteunende omgeving.

Bij patiënten met een verslavingsprobleem merken we verschillende cognitieve problemen op, afhankelijk van de duur van het gebruik en de intensiteit kunnen symptomen erger tot uiting komen.

- overschatten van eigen mogelijkheden
- geheugenstoornissen: moeilijkheden met het onthouden van nieuwe ervaringen, feiten uit de actualiteit of personen waarmee ze in contact zijn gekomen. Het korte termijn geheugen blijft doorgaans goed intact.
- Ondanks ernstige geheugenproblemen, is er wel nog een impliciet leervermogen aanwezig. Zo kan een patiënt met ernstige geheugenproblemen een route aangeleerd worden. Hij/zij zal echt niet bewust weten hoe er te geraken.
- Desoriëntatie in tijd en ruimte
- Confabuleren
- Gebrek aan ziekte-inzicht, leren niet meer uit de fouten die ze maken
- Motivationeel deficit
- Planning- en organisatiestoornissen

## **DOELSTELLING**

Indien er zicht is op zowel het motivationele aspect als de cognitieve vaardigheden kan er met patiënt/familie gekeken worden naar een behandelplan. Dit kan zijn doordat patiënt deelneemt aan het algemeen programma waar gewerkt wordt aan verschillende thema's (depressie, eenzaamheid, rouw en andere verlieservaringen, sociale vaardigheden, ...). Wanneer een patiënt zich niet verder wil engageren voor behandeling, wordt er samen met patiënt, familie en het team een ontslag voorbereid. Indien patiënt niet meer de vaardigheden beschikt om het standaard therapieprogramma te volgen, wordt er meer individueel gewerkt op maat van de patiënt. Hierbij worden voornamelijk vragen gesteld naar het toekomstperspectief en hoeveel externe hulp men nodig heeft.

### **Rehabilitatie**

Indien de patiënt beperkingen vertoont waarbij geen verbetering meer mogelijk is, wordt er gedacht aan rehabilitatie. Hierbij tracht men de omgeving zodanig in te richten zodat levenskwaliteit en autonomie maximaal is. De patiënt dient om te kunnen gaan met de feitelijke beperkingen (geheugenstoornissen) en de gevolgen die deze beperkingen met zich meebrengen in het dagelijks leven (onder andere zelfzorg, rekeningen betalen, dagactiviteit,..).

## **5.4 Therapie-aanbod**

### **Psycho-educatie afhankelijkheid**

In de psycho-educatie, specifiek rond afhankelijkheid, wordt er informatie gegeven rond de oorzaken en gevolgen van alcohol- en medicatiemisbruik. Zowel lichamelijke gevolgen/ongemakken als psychologische moeilijkheden komen aan bod. Het betreft een gesloten groepsessie waar dialoog centraal staat en patiënten gefaciliteerd worden om over hun afhankelijkheid te spreken.

Santens & Hacour (2006) bekijken het vanuit een gedragstherapeutisch perspectief. Hier wordt verslavingsgedrag gezien als een automatisch proces: het gedrag ontstaat door oefening, ontstaat sneller indien dezelfde prikkels steeds aanleiding geven tot dezelfde reactiepatronen en complexe menselijke handelingen verlopen zelden volledig automatisch. Indien men wil stoppen met het verslavingsgedrag, dient men beroep te doen op niet-automatische processen die veel inspanning vergen en een volledig bewustzijn vereisen. Craving wordt in dit kader gezien als een spanning tussen automatische processen (uitlokkende prikkels) die parallel lopen met niet-automatische processen ('Ik wil stoppen'). Hoewel er niet altijd sprake is van craving voor herval. Dit gebeurt wanneer automatische actieschema's in gang gezet worden door bepaalde prikkels zonder dat het niet-automatische proces geactiveerd wordt. Een lange geschiedenis van afhankelijkheid, een omgeving sterk geassocieerd met gebruik, bereikbaarheid van het product en de aandacht voor 'stop'-gedrag hebben hier een sterke invloed op. Vanuit dit kader worden door Santens en Hacour enkele aandachtspunten voor behandeling meegegeven:

- Motivatie is erg belangrijk omdat niet-automatische processen nodig zijn om het automatische afhankelijkheidsgedrag te verminderen.
- Psycho-educatie over deze twee processen zou patiënten kunnen helpen
- Analyse maken van alle mogelijk uitlokkende prikkels.
- Pogingen tot verandering in gedrag worden het eerst best geoefend in een veilige omgeving.
- Sterke emotionele toestanden worden het best vermeden.
- Alternatief gedrag dat reeds grotendeel automatisch verloopt aanmoedigen.
- Leren zich tijdig terug te trekken uit risicosituaties.
- Vertrouwen op eigen wilskracht is een fabel.

### **Groepstherapie**

Er zijn niet veel studies die de effectiviteit van therapie bij ouderen met een afhankelijkheidsprobleem hebben onderzocht. Naturalistische studies suggereren dat therapie even goede of zelfs betere resultaten biedt in vergelijking met jongeren. In tegenstelling wat er algemeen gedacht wordt, staan ouderen open voor behandeling en zeker wanneer deze plaatsvinden in een aangepaste context voor ouderen en waarbij de hulpverlener gevoelig is voor ouderdomsgerelateerde thema's. Therapie blijkt ook meer effectief te zijn wanneer de groepen bestaan uit dezelfde leeftijdscategorie in vergelijking met gemengde groepen (volwassenen en ouderen samen).

Onderzoek toont aan dat gezins- of systeemgerichte therapie effectiever is dan geen behandeling, op voorwaarde dat er een duidelijke gestructureerde aanpak is waarin beperking van het gebruik centraal staat. (Vandereycken)

### **Individuele therapie en wandelganggesprekken**

De patiënt heeft de kans om beroep te doen op heel het interdisciplinaire team wat betreft individuele contactmomenten. De psychiater staat voornamelijk in voor het opvolgen van de medicatie alsook psychotherapie. Dit laatste kan ook bij de afdelingspsycholoog. Hierbij wordt er dieper ingegaan op thema's zoals rouw, coping, relaties, ... Het verpleegkundig team staat in voor de dagelijkse opvolging van betreffende patiënt. Dit kan onder de vorm van gesprekken met de individuele begeleider waarbij officieuze 'wandelganggesprekken' zeker niet vergeten mogen worden. De kinesiste richt zich voornamelijk op de lichamelijke revalidatie waar stressmanagement en ademhalingsoefeningen ook aan bod kunnen komen. Ten slotte richten ergotherapeuten zich op het verruimen van allerhande vaardigheden en het ontdekken van nieuwe interesses die bij deze doelgroep erg belangrijk zijn.

## 5.4 Terugvalpreventie

Dit is het stadium waarin de reeds bekomen gedragverandering dient te worden volgehouden. Systematische terugvalpreventie kan gezien worden als een set van cognitieve en gedragsstrategieën om terugval te voorkomen. Dit wil zeggen dat risicosituaties in kaart worden gebracht en dat de persoon leert hierop te anticiperen. Sinds verslaving gezien wordt als een chronische hersenaandoening, winnen medicamenteuze behandelingen aan belangstelling.

## 6. diagnostiek

### Screeningsinstrumenten

#### **CAGE**

- Hebt u wel eens gedacht het alcoholgebruik te moeten minderen (Cut down)
- Hebt u zich weleens geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw drankgebruik? (Annoyed)
- Hebt u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u gedaan hebt toen u had gedronken? (Guilty about drinking)
- Hebt u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid? (Eye-opener)

#### **AUDIT-C**

Hoe vaak gebruikt u een alcoholhoudende drank?

0 = nooit

1 = maandelijks of minder

2 = 2 - 4 maal per maand

3 = 2 - 3 maal per week

4 = 4 of meer keer per week

Hoeveel glazen alcoholhoudende drank gebruikt u op

een doorsnee dag?

0 = 1 of 2

1 = 3 of 4

2 = 5 of 6

3 = 7, 8 of 9

4 = 10 of meer

Als iemand 2 - 3 keer per week een alcoholhoudende drank gebruikt, en 5 of 6 glazen op een doorsnee dag drinkt, dan drinkt hij gemiddeld 2,5 keer 5,5, ofwel bij na 14 glazen per week, overeenkomend met circa 140 gram zuivere alcohol.

Hoe vaak gebruikte u het afgelopen jaar een alcoholhoudende drank?

0 = nooit

1 = maandelijks of minder

2 = 2 - 4 maal per maand

3 = 2 - 3 maal per week

4 = 4 of meer maal per week

Hoeveel glazen alcoholhoudende drank gebruikte u op een doorsnee dag in het afgelopen jaar?

0 = 1 of 2

1 = 3 of 4

2 = 5 of 6

3 = 7, 8 of 9

4 = 10 of meer

Hoe vaak gebruikte u zes of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens een bepaalde gelegenheid in het afgelopen jaar?

0 = nooit

1 = minder dan eens per maand

2 = maandelijks

3 = wekelijks

4 = dagelijks of bijna iedere dag

MAST-G

Stappen voor de start van behandeling



## Het geheugen

Lange termijn geheugen (>1min)

Declaratief geheugen

Info wordt bewust opgeslagen.

Vb: een boodschappenlijstje

Procedureel geheugen

Handelingen en automatismen

Vb: fietsen en schrijven

Semantisch geheugen

Betekenis begrippen

Namen van personen

Episodisch geheugen

Onthouden van gebeurtenissen.

Autobiografisch geheugen

Eigen levensloop en ervaringen

Korte termijn geheugen: <1min

Werkgeheugen: bewerkingen maken

Prospectief geheugen: toekomst

## Literatuur:

Arts, Klaas (2013). Cognitieve achteruitgang en hersenbeschadiging bij alcoholische encefalopathie en syndroom van Korsakov. Powerpointpresentatie.

Blow, C., Barry, K. (2000). Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments in brief interventions. Department of Psychiatry, University of Michigan.

Deseyne, F. (2015). Inleiding in de ouderenpsychiatrie. Presentatie: [https://prezi.com/beaykogkeo\\_c/ouderenpsychiatrie/](https://prezi.com/beaykogkeo_c/ouderenpsychiatrie/)

Haekens, A. (26.11.2015). Verslaving bij ouderen: de wanhoop nabij? PZ Tienen.

Oslin, W. (2005). Evidence-based treatment of geriatric substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 897-911.

Santens, E., Hacour, H. (2006). Waarom heeft gedragstherapie een beperkt effect bij middelenmisbruik en verslaving. *Psychopraxis*, 8, 231-234.

Slaymaker, V., Owen, P. (2008). Alcohol and other drug dependence severity among older adults in treatment: Measuring characteristics and outcomes. *Alcoholism treatment Quarterly*, 26(3).

Wadd, S., Galvani, S. (2014). Working with older people with alcohol problems: Insight from specialist substance misuse professionals and their service users. *Social Work Education*, 33(5), 656-669.