

Oplossingsgericht **werken** **met ouderen**



*Gelukkig zijn betekent niet dat alles perfect is.
Het betekent dat je besloten hebt verder te
kijken dan de imperfecties. (Friedrich Nietzsche, Duits filosoof)*

De focus in het werken met ouderen is verschoven van een paternalistische houding naar een werkwijze waarin (behoud van) de eigen regie centraal staat. In de psychogeriatric en ouderenpsychiatrie zien we een toename van competentiegerichte benaderingen, waarvan oplossingsgericht werken er één is.

In dit artikel beschrijven we deze werkvorm, waarbij de focus ligt op het bouwen aan wat er goed gaat, op sterke kanten, veerkracht en (resterende) mogelijkheden (van individuele cliënten en van het zorgteam) en niet op pathologie, beperkingen en symptoomreductie.

■ René den Haan & Fredrike Bannink

Iedereen wil oud worden, maar niemand wil oud zijn: vitaliteit, zelfstandigheid en autonoom functioneren staan hoog in het vaandel. Helaas is dit niet iedereen gegeven. Bij het ouder worden treden veranderingen op die impact kunnen hebben op het welbevinden. Denk aan: (dreigend verlies van) de eigen regie bij lichamelijke beperkingen, conditionele achteruitgang, verminderd cognitief functioneren, verlies van zelfredzaamheid, overlijden van de partner of naasten, verandering van rollen en (werk)verplichtingen. Waarom ouderen zich dan toch gelukkiger voelen dan jongere mensen, leest u verderop.

Positieve gezondheid

De gezondheidszorg richtte zich tot voor kort slechts op genezing van ziekten en niet op het bevorderen van welbevinden. Deze benadering noemen we het 'medische model', ofwel het 'oorzaak-gevolgmodel'. Men werkt vanuit het reductionistische *paradigma van de analyse*. Problemen of klachten worden geanalyseerd, gevolgd door een vaak geprotocolleerde behandeling, waarbij symptoomreductie de gewenste uitkomst is.

Tegenwoordig spreekt men over *positieve gezondheid*. In dit concept wordt gezondheid gezien als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011; Huber, Van Vliet & Boers, 2016).

Veroudering is geen ziekte maar een natuurlijk proces. Het ouder wordende lichaam loopt voortdurend 'schade' op door ziekten en soms kleine en soms grotere beschadigingen. De ene oudere is de andere niet: ze vormen een heterogene groep waarbij vele factoren elkaar wederzijds beïnvloeden (co-morbiditeit), zoals lichamelijke symptomen, cognitieve veranderingen, effecten van medicatie en sociaal-maatschappelijke factoren. Deze complexiteit maakt het denken in causale relaties niet nuttig of zelfs onmogelijk. Dan kan men beter werken vanuit het *paradigma van de synthese* (zie verderop). Chronische ziekte, verlies van de partner, verlies van mobiliteit, of verlies van vrienden zijn onomkeerbare zaken. Als tegenslagen niet weggenomen kunnen worden gaat het erom hoe we ermee omgaan. Positieve gezondheid maakt

duidelijk dat ook cliënten met een chronische ziekte of beperking toch (deels) hun gezondheid kunnen terugwinnen. Deze zienswijze heeft consequenties voor de manier waarop professionals met cliënten en hun omgeving samenwerken. Wensen en mogelijkheden worden met de cliënt (en diens naasten) geïnventariseerd en geëvalueerd. Ze worden uitgenodigd stil te staan bij hun (resterende) mogelijkheden en waarden. De cliënt behoudt zo veel mogelijk de regie en de professional stelt zich vooral coachend en dienstbaar op.

Veerkracht

Waarom zijn ouderen (behalve in de allerlaatste fase van hun leven) gelukkiger dan jongere mensen, ondanks het feit dat ze vaak lichamelijk en geestelijk achteruitgaan? (Carstensen, 2011). Ze blijken een positievere focus te hebben: ze kiezen ervoor meer te focussen op positieve herinneringen, prettige gedachten en gunstige informatie, ze kijken meer en langer naar gelukkige gezichten en focussen op positieve kanten van hun aankopen. Met andere woorden: ze hebben besloten verder te kijken dan de imperfecties van het leven.

Er is steeds meer belangstelling voor de positieve manieren waarop ook ouderen omgaan met stressvolle en schokkende gebeurtenissen.

Voorheen werd er uitsluitend gekeken naar de negatieve gevolgen. Hierbij hoort een diagnose als posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Het goede nieuws is echter dat de meeste mensen, en dat geldt dus ook voor ouderen, in staat zijn om mee en terug te buigen, net als bamboe tijdens en na een storm. Hierbij horen termen als 'veerkracht', 'posttraumatische groei' en 'posttraumatisch succes' (Bannink, 2014).

Volgens Fredrickson (2009) kan die positiviteit wel eens het best bewaarde geheim zijn om met tegenslagen om te gaan. De focus op veerkracht en groei kan ook ouderen helpen de sterke kanten van zichzelf (verder) te ontdekken en te ontwikkelen, terwijl het juist een ontmoedigend effect kan hebben als professionals de aandacht alleen richten op wat er niet goed gaat.

Oplossingsgericht werken

De competentiegerichte benadering – een methodiek die aansluiting zoekt bij de aanwezige competenties van cliënten – is gericht op het ontdekken en uitbreiden van hun vaardigheidsrepertoire. Onder *competentie* verstaan we dat cliënten over voldoende vaardigheden beschikken om de taken die zij in het dagelijks leven tegenkomen op een adequate wijze te kunnen vervullen. Uitgangspunten van het competentie-model zijn:

- sluit aan bij de sterke kanten van cliënten en activeer hen bij het realiseren van hun doel;
- hoor de behoeften, wensen, grenzen en normen van de cliënten aan, en neem deze serieus;
- leg het accent op het creëren van nieuwe mogelijkheden.

Een veel toegepaste vorm van competentiegerichte werken is oplossingsgericht werken. Daarin gaat men uit van het functionele *paradigma van de synthese* (Bannink & Jansen, 2017; Bannink & Peeters, 2018). Hierbij ziet men een onderwerp niet als de optelsom van componenten, zoals bij het medische model (*paradigma van de analyse*), maar kijkt men naar de samenhang van relaties tussen de componenten binnen het geheel waarvan het deel uitmaakt. Men concentreert zich op de dynamiek en kijkt vooruit: het ontwerpen van een uitkomst die er eerder nog niet was (de gewenste toekomst).

Oplossingsgericht werken is een pragmatische stroming: het draait om het vinden van wat voor deze cliënt, op dit moment, in deze context, werkt. Het paradigma van de synthese biedt fundamenteel andere mogelijkheden dan het paradigma van de analyse. Bij het concept positieve gezondheid blijkt oplossingsgericht werken een goede werkvorm (Bannink & Jansen, 2017).

Oplossingsgericht werken hanteert twee simpele uitgangspunten:

1. als iets werkt, doe er meer van;
2. als iets niet werkt, stop en doe iets anders.

Mevrouw Huisman is zeventig jaar. Vijf jaar geleden kreeg ze een auto-ongeluk, waardoor ze moeizaam loopt. Haar toekomstdromen zijn daardoor in het water gevallen: ze wilde nog verre reizen maken, wandelen langs het strand en genieten van de (klein)kinderen. Ze leeft als een tachtigjarige vrouw. Dat wil zeggen dat ze haar dagen grotendeels thuis op de bank doorbrengt. Haar echtgenoot neemt het initiatief, terwijl zijzelf vroeger altijd de motor achter het gezin was. Wanneer we spreken over haar gewenste toekomst geeft ze aan dat ze weer 'de oude' wil zijn. Hoe ziet dat eruit? Dan is ze weer 'flink', zegt ze. Dit houdt concreet in dat ze het heft weer in eigen handen neemt, met haar echtgenoot gaat reizen, wekelijks leuke activiteiten uitkiest en een planning maakt. Haar echtgenoot merkt als verschil dat ze vaker van de bank afkomt. Hij zal zien dat ze weer straalt en lacht en geniet van het leven. Nadat nagegaan is hoe 'de oude' mevrouw Huisman er precies uitziet, zoeken we samen naar uitzonderingen: wanneer zijn/waren er momenten die al – even – lijken/leken op haar gewenste toekomst, of momenten waarop de problemen iets minder zijn/waren?

Diagnostiek

Juist ouderen hebben een leven vol ervaringen achter de rug en kunnen uit een uitgebreider gedragsrepertoire putten dan jongeren of volwassenen. Om een volledig beeld van dit gedragsrepertoire te krijgen is het nuttig om, naast de door zorgverzekeraars vaak vereiste klachtgerichte diagnostiek, ook krachtgerichte diagnostiek te verrichten. Het gaat daarbij om het inventariseren van sterke kanten, waarover iedereen tot op zekere hoogte beschikt. Dit kan bijvoorbeeld door het invullen van de *Krachten-vragenlijst* (www.viacharacter.org).

Oplossingsgericht werken is geïndiceerd als op zichzelf staande werkvorm of in combinatie met probleemgerichte interventies. Afhankelijk van de aard van het probleem kan gekozen worden voor een probleemgerichte benadering (bijvoorbeeld farmacotherapie), waarbij aanvullend gebruik van oplossingsgericht werken vaak nuttig is. De houding van de professional, aandacht voor doelformulering en gebruikmaking van het vaak verrassend grote arsenaal aan competenties van cliënten en hun (zorg)omgeving vormen de belangrijkste elementen voor een succesvol resultaat.

In oplossingsgericht werken is het meestal niet nodig een uitgebreide diagnose te stellen. "Interventies kunnen verandering in gang zetten zonder dat de therapeut in detail begrijpt wat er is gebeurd" (De Shazer, 1985, p. 119). Men kan ervoor kiezen een behandeling te starten en zo nodig later alsnog een diagnose te stellen. De aanwezigheid van ernstige psychiatrische stoornissen of het vermoeden daarvan rechtvaardigt het besluit om een uitgebreide diagnose te stellen, omdat het achterhalen van de onderliggende organisch-biologische pathologie bijvoorbeeld directe therapeutische gevolgen kan hebben. Gedurende de eerste of daaropvolgende sessie(s) wordt vanzelf duidelijk of een uitgebreide diagnose nodig is – bijvoorbeeld als de cliënt achteruitgaat of de behandeling niet tot positieve resultaten leidt. We noemen dit *'stepped diagnosis'*, analoog aan *stepped care* (Bakker & Bannink, 2008).

Oplossingsgerichte professionals

Oplossingsgerichte professionals zien cliënten als co-experts op het gebied van hun eigen leven. Ze stellen cliënten uitnodigende vragen om informatie te verschaffen over zichzelf en hun situatie en met eigen oplossingen te komen. Ze duwen of trekken niet, en leiden en adviseren niet. Ze maken gebruik van operante conditioneringsprincipes: positieve bekrachtiging van 'oplossingstaal' (zoveel mogelijk aandacht voor gesprekken over doel, uitzonderingen,

mogelijkheden, competenties en hulpbronnen) en negatieve straf van 'probleemtaal' (zo min mogelijk aandacht voor gesprekken over problemen, oorzaken, beperkingen en zwakke kanten) (Tabel 1).

Dat betekent overigens niet dat cliënten nooit over problemen mogen praten of dat oplossingsgerichte werken probleem-fobisch is. Professionals luisteren respectvol naar het verhaal van cliënten, maar vragen niet naar de details van problemen/klachten. Ze bekrachtigen dus probleemtaal niet. Wel geven ze erkenning voor de lijdensdruk die problemen/klachten veroorzaken. Wanneer professionals deze positieve focus hanteren is er bij hen minder risico op burn-out (Medina & Beyebach, 2014).

Wanneer de cliënt niet in staat of bereid is tot een gesprekscontact kan de (zorg)omgeving ingeschakeld worden om het gedrag van de cliënt positief te beïnvloeden (Klaver & A-Tjak, 2006; Hamer, 2007; Gerdner, Buckwalter & Reed, 2002). De behandeling van cliënten via derden noemen we 'mediatief werken'. De rol van derden is die van co-professionals. Het doel is om – ongewenst – gedrag van de cliënt in positieve zin te beïnvloeden, doordat een relevante ander zich anders ten opzichte van de cliënt gaat gedragen. Zo zal de oplossingsgerichte coach in een verpleeghuis nagaan hoe het zorgteam zich in de toekomst ten opzichte van de cliënt (anders) wenst te gedragen. Hoe ziet de gewenste samenwerking met de cliënt

Tabel 1. Verschillen tussen 'probleemtaal' en 'oplossingstaal' (Bannink, 2019)

Probleemtaal	Oplossingstaal
Gesprekken over problemen, wat cliënten niet willen, oorzaken, negatieve emoties, nadelen, tekortkomingen, risico's, mislukkingen en de ongewenste/ gevreesde toekomst	Gesprekken over wat cliënten wel willen, uitzonderingen, positieve emoties, voordelen, sterke kanten en hulpbronnen, kansen, successen en de gewenste toekomst

Mediatief werken

Professionals die met ouderen werken krijgen vaak te maken met derden: naasten, mantelzorgers, zorgteams, waarbij de cliënt zelf geen hulpvraag heeft of niet meer kan formuleren door cognitieve beperkingen, of niet vindt dat er sprake is van een probleem. Dan vraagt de omgeving advies om het gedrag van de cliënt beter te kunnen hanteren. Wat in de ene context als lastig gedrag wordt ervaren, hoeft dat in een andere context echter niet te zijn (Bannink & Den Haan, 2016; Den Haan & Bannink, 2019). Roepen kan bijvoorbeeld op een verpleeghuisafdeling storend zijn, maar is dat bij de cliënt thuis niet.

er precies uit? De focus is op het uitbreiden van hun gewenste gedrag (en niet dat van de cliënt), wat misschien nog niet of te weinig wordt vertoond, in plaats van op het reduceren van ongewenst gedrag. Door de veranderingsbereidheid van het team te onderzoeken en te stimuleren zal de cliënt ook ander gedrag laten zien. Om gewenst gedrag te achterhalen krijgt het zorgteam de suggestie te letten op uitzonderingen, wat het team dan anders doet, en hoe ze dit precies voor elkaar krijgen. Ook kan het team observeren wat er goed gaat in de samenwerking met de cliënt (en omgeving) en niet veranderd hoeft te worden – of zelfs niet mag veranderen.

Conclusie

De focus in het werken met ouderen is verschoven van een paternalistische houding naar een werkwijze waarin (behoud van) de eigen regie centraal staat. De werkwijze past perfect binnen het concept 'positieve gezondheid'. Een hierbij aansluitende werkvorm is oplossingsgericht werken, waarbij het gaat om wat voor deze cliënt, op dit moment, in deze context werkt. De houding van de professional, aandacht voor doelformulering en gebruikmaking van het vaak verrassend grote arsenaal aan competenties van cliënten en hun (zorg)omgeving vormen de belangrijkste elementen voor een succesvol resultaat. ■

René den Haan is gezondheidszorgpsycholoog en werkt in de ambulante ouderenpsychiatrie. Hij heeft een praktijk voor training, supervisie en coaching. Hij is docent aan instellingen voor postacademisch onderwijs en is spreker en auteur.

www.renedenhaan.nl

Fredrike Bannink is klinisch psycholoog en jurist. Zij is een internationaal spreker, trainer en auteur van meer dan 40 boeken.

www.fredrikebannink.com

Referenties

- Bakker, J.M., & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bannink, F.P. (2014). *Posttraumatisch succes*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2019). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering* (4e geheel gewijzigde editie). Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P., & Haan, R. den (2016). *Beterweters: Van lastige naar optimale interacties in de (g)gz*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F.P., & Jansen, P.J.H.A. (2017). *Positieve gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P., & Peeters, F. (2018). *Positieve psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
- Carstensen, L.L., et al. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26, 21-33.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Gerdner, L.A., Buckwalter, K.C., & Reed, D. (2002). Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nursing Research*, 51, 363-374.
- Haan, R. den & Bannink, F.P. (2019). *Oplossingsgericht werken met ouderen* (2e geheel herziene editie). Amsterdam: Pearson.
- Hamer, T. (2007). Gedragstherapie en mediatieve behandeling. In: A.M. Pot, Y. Kuin & M.T. Vink (Red.). *Handboek Ouderpsychologie*, pp. 315-328. Utrecht: De Tijdstroom.
- Huber, M., et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Huber, M., Van Vliet, M., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720, 1-5.
- Klaver, M.G., & A-Tjak, J. (2006). Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis: het gebruik van cognitief gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies met een zorgteam. *Gedragstherapie*, 39, 1, 5-21.
- Medina, A., & Beyebach, M. (2014). The impact of solution-focused training on professionals' beliefs, practices and burnout of child protection workers in Tenerife Island. *Child Care in Practice*, 20, 1, 7-26.
- Shazer, S. de (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.