

Maart 2008

I PROBLEEM

Betrokkenheid bij sociale relaties vormt een essentieel onderdeel van het leven. De meeste volwassenen hebben dan ook betekenisvolle relaties met hun familie, vrienden en burens opgebouwd. Wanneer die relaties echter op de proef gesteld worden, heeft dat vaak een negatieve invloed op andere levensaspecten.

Problematische sociale relaties kunnen het psychische welzijn aantasten en beïnvloeden de gemoedstoestand, het gedrag en de fysieke activiteit van een persoon. Omgekeerd kunnen fysieke of cognitieve achteruitgang, opkomende of toenemende pijn en andere gezondheidsproblemen een weerslag hebben op zowel de sociale relaties als de gemoedstoestand van een persoon. Dat kan ook het geval zijn wanneer iemand verhuist of wanneer een dierbaar persoon sterft.

Veel eenzame mensen zijn ook depressief en het kan moeilijk zijn om te weten welk probleem het eerst optrad. Essentieel bij deze CAP is het feit dat beide problemen samen behandeld moeten worden. Een depressie kan bijvoorbeeld geassocieerd worden met geïrriteerdheid en woede die tot conflictsituaties in de intermenselijke relaties leiden. Ook kunnen goede sociale relaties belangrijk zijn om iemand tegen de negatieve effecten van stress te behoeden.

Deze CAP identificeert factoren die in verband staan met problematische sociale relaties en bespreekt op welke manier de sociale omgang bevorderd kan worden. Deze CAP focust dus in eerste instantie op sociale herintegratie, gemoedstoestand en gedrag. Maar ook andere contribuerende factoren zoals psychiatrische aandoeningen en een zwakke gezondheid moeten in overweging genomen worden.

ALGEMENE ZORGDOELEN

- Zoek naar manieren om de cliënt met anderen in contact te brengen (inclusief zorgverleners).
- Identificeer en pak elk ernstig conflict aan dat de cliënt met zorgverleners uit zijn/haar hulpnetwerk heeft.
- Identificeer onderliggende mentale gezondheidsproblemen die intermenselijke conflicten verergeren of die er mede voor zorgen dat de cliënt niet meer aan sociale activiteiten deelneemt.
- Identificeer methoden om de betrokkenheid van de cliënt bij sociale activiteiten te bevorderen, zonder daarbij uit het oog te verliezen in welke mate de cliënt

gewoonlijk bij activiteiten betrokken wil zijn.

- Behandel een onderliggende depressie [zie stemmingsstoornissen-CAP].

II CAP-ACTIVERING

GEACTIVEERD VOOR FOLLOW-UP VAN HET ZORGPLAN ALS AAN DE VOLGENDE DRIE CRITERIA VOLDAAN WORDT.

- De cliënt voelt zich eenzaam (of is niet betrokken bij het sociale leven in de setting waar hij/zij woont, of is verontrust door de afnemende sociale activiteit, en is alleen gedurende lange periodes).
- Heeft een redelijk cognitief niveau (aangegeven door een CPS-score van 3 of lager).
- Beschikt minstens over een minimum aan capaciteiten om anderen te begrijpen (scoort op de schaal 'vermogen om anderen te begrijpen' beter dan de laagst mogelijke score, dus niet 'begrijpt zelden/nooit').

Deze groep omvat ongeveer 35% van de ouderen in een RVT, 15% van de ouderen die thuiszorg ontvangen en 15% van de ouderen die zelfstandig wonen.

NIET GEACTIVEERD. ALLE anderen.

Deze groep omvat ongeveer 65% van de ouderen in een RVT, 85% van de ouderen die thuiszorg krijgen en 85% van de ouderen die zelfstandig wonen.

III RICHTLIJNEN

OVERZICHT VAN DE BENADERING BETREFFENDE SOCIALE OMGANG

T *Bepaal de relatiepatronen van de cliënt.*

- Beoordeel of de cliënt eenzaam is.
- Voelt de cliënt zich pas sinds kort eenzaam? Sommige cliënten zijn overeenkomstig hun sociale levenspatroon weinig bij sociale relaties betrokken. Bij anderen kan een verminderde sociale betrokkenheid en de daarmee gepaard gaande eenzaamheid een teken van acute gezondheidscomplicaties en depressiviteit zijn.
- Indien het beoordelingsinstrument die vragen niet bevat, beoordeel dan het volgende:

De cliënt zegt of maakt duidelijk dat hij/zij zich eenzaam voelt.

De cliënt voelt zich bedroefd omwille van een achteruitgang in zijn/haar sociale activiteiten.

Gedurende de laatste voorbije jaren heeft de cliënt geen dagelijks contact met familieleden en vrienden gehad.

T *Bepaal de aard van de factoren die de sociale betrokkenheid van een cliënt kunnen beïnvloeden.*

- ❑ Gezondheidsfactoren :
 - ADL- of IADL-achteruitgang, vooral wat betreft voortbeweging
 - Gezondheidsproblemen (bv. valincidenten, pijn, vermoeidheid)
 - Stemmings- en gedragsstoornissen. Sommige mentale gezondheidsproblemen manifesteren zich op verschillende manieren die een directe impact op intermenselijke relaties hebben of treden op ten gevolge van een tekort aan menselijk contact. Het niet meer deelnemen aan interesse-activiteiten en verlaagde sociale interacties kunnen symptomen zijn van mentale gezondheidsproblemen.
 - Veranderingen op het gebied van communicatie, gezichtsvermogen en cognitie.
- ❑ Omgevingsgerelateerde factoren
 - Verandering van woonplaats kan leiden tot een verlies aan zelfstandigheid en zelfwaarde.
 - Een recente verandering in de familiale situatie of het sociale netwerk van een cliënt (bv. overlijden van een naast familielid of een intieme vriend).
 - Het kan zijn dat er in de leefomgeving van de cliënt niemand is die met hem/haar op dagelijkse basis informeel contact aangaat of kan aangaan.
- ❑ Medicatie kan neveneffecten hebben die met de sociale interacties van een cliënt interfereren.

AANVULLENDE KLINISCHE OBSERVATIES

T *Zijn veranderingen in de sociale interactiepatronen van de cliënt slechts tijdelijk of zijn ze eerder blijvend van aard?*

- ❑ Zijn de conflicten met anderen nieuw of aanhoudende patronen?
- ❑ Heeft de cliënt moeite om zich aan nieuwe situaties aan te passen?
- ❑ Beleeft de cliënt niet langer plezier aan activiteiten die voordien wel belangrijk waren?
- ❑ Hoe vaak nam de cliënt aan groepsactiviteiten deel vóór het opkomen van een recente aandoening of functionele achteruitgang?
- ❑ Uit de cliënt gevoelens van verdriet over hoe zijn/haar leven veranderd is?
- ❑ Merken familieleden of vrienden dat de cliënt in zijn/haar omgang met anderen veranderd is?

T *Heeft de cliënt op psychosociaal vlak ooit al eens sterke punten laten zien?*

- ❑ Zijn er activiteiten waarbij de cliënt zich in het contact met anderen uitzonderlijk op zijn/haar gemak voelt?
- ❑ Zijn er personen die een meer positieve, optimistische kant van de cliënt naar boven lijken te brengen?
- ❑ Welke positieve karaktertrekken typeerden de cliënt vóór zijn/haar ziekte?

- Wat gaf de cliënt vroeger een voldaan gevoel?

T *Heeft de cliënt een psychiatrische of mentale gezondheidsaandoening die zijn/haar sociale interacties zou kunnen beïnvloeden?*

- Werd bij de cliënt een depressie, een bipolaire stoornis, een angststoornis, schizofrenie, of een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd?
- Bekijk de DRS-score (voor DRS zie stemmingsstoornissen-CAP). Een score van 3 of meer wijst op een eventuele depressie.
- Gebruikt de cliënt antipsychotica of antidepressiva?
- Voelt de cliënt zich gestigmatiseerd doordat hij/zij psychiatrische geneesmiddelen neemt of een mentale gezondheidsaandoening heeft?
- Belemmeren neveneffecten van medicatie de cliënt sociaal contact te hebben?
- Vertoont de cliënt vaker of op dagelijkse basis storend gedrag? [zie gedrag-CAP]
- Is de cliënt zodanig op het verleden gericht dat hij/zij niet bereid of in staat is om aan huidige sociale behoeften gehoor te geven?
- Heeft de cliënt tijdens de laatste 90 tot 180 dagen cognitieve achteruitgang gekend? Gebruik de CPS-schaal om de ernstigheidsgraad van de cognitieve achteruitgang (als die er is) te evalueren.

T *Zijn er situationele factoren die sociaal contact in de weg zouden kunnen staan?*

- Werden belangrijke sociale relaties gewijzigd of beëindigd (bv. verlies van een familielid, vriend of zorgverlener)?
- Hebben veranderingen in de omgeving van de cliënt de toegang tot anderen of routineactiviteiten gewijzigd (bv. verandering van appartement of kamer, andere eetpartners)?
- Is de toegang van de cliënt tot activiteitenprogramma's veranderd (bv. door een nieuw mobiliteitsprobleem kan de cliënt niet met de anderen meedoen)?
- Zijn de bezoeken met familie, vrienden, andere kennissen of vrijwilligers veranderd?

BEHANDELING EN CONTROLE

T *Behandeling en controle – Een veelzijdige zorgbenadering:*

- Zorg ervoor dat de cliënt deelneemt aan stimulerende en betekenisvolle activiteiten die voor zijn/haar leeftijd geschikt zijn (zie activiteiten-CAP voor verdere bespreking).
- Behandel stemmingsstoornissen, psychiatrische symptomen en gedragsproblemen – focus in het bijzonder op het beperken van de symptomen van een depressie.
- Meld een DRS-score van 3 of meer aan een arts. Een dergelijke score kan een aanwijzing zijn van de aanwezigheid van een depressie die een geschikte behandeling vereist [zie stemmingsstoornissen-CAP].
- Help de cliënt verder te kijken dan zijn/haar ziekte om zo het dagelijkse leven intenser te beleven.

- Bouw verder op positieve punten – ga door met leuke activiteiten, start nieuwe activiteiten die volgens gebruikelijke patronen verlopen, zorg dat de cliënt vaker samen is met de mensen bij wie hij/zij zich goed voelt.

T *Bevorder positieve sociale interacties als de cliënt een beperkt contact met familieleden en vrienden heeft.*

- Stimuleer de familie en vrienden om meer bij het leven van de cliënt betrokken te zijn.
- Stimuleer de hulp- en zorgverleners tot persoonlijk contact met de cliënt.
- Identificeer vrijwilligers die zich bij de cliënt gemakkelijk voelen en die ervoor zorgen dat ook de cliënt zich goed voelt.
- Zoek betekenisvolle, positieve activiteiten waaraan familieleden en vrienden samen met de cliënt kunnen deelnemen.
- Praat met de cliënt om te achterhalen welke soorten sociale activiteiten hij/zij graag of niet graag doet.
- Moedig anderen aan om met de cliënt over zijn/haar leven te praten. Door levensherinneringen op te halen kan de cliënt zijn/haar vroegere identiteit voor zichzelf en anderen reconstrueren.

AANVULLENDE BRONNEN

Morris, J.N., Gwyther, L., Gerstein, C., Murphy, K., Levine, D. *Psychosocial Well-Being.* In Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K.M., and Belleville-Taylor, P. (Eds). Quality Care in the Nursing Home. 1997. Mosby, St. Louis, MO. Merk op: dit hoofdstuk geeft informatie over hoe het psychosociale welzijn van een cliënt grondig te evalueren alsook methodes voor het creëren van opportuniteiten voor relaties en activiteiten, interventies om de familiebezoeken kwalitatiever te maken en benaderingen van zorgverlening aan het levenseinde van een cliënt.

Stones, M.J. Rattenbury, C. and Kozma, A.: 1995, 'Empirical findings on reminiscence', in B.K. Haight & J. Webster (Eds.), The Art and Science of Reminiscing: Theory, Research, Methods, and Applications (Taylor & Francis, Washington D.C., U.S.A.). Merk op: dit boek beschrijft een wetenschappelijke benadering van het gebruik van het ophalen van herinneringen.

AUTEURS

John P. Hirdes, PhD
 Michael J. Stones, PhD
 Jean-Claude Henrard, MD
 John N. Morris, PhD, MSW

