

Ode aan kwetsbaarheid

Debby Gerritsen



UKON

Colofon

Vormgeving: *gloedcommunicatie*
Illustraties: Maaïke Borsboom
(www.aanblazer.nl)
Foto auteur: Vincent Boon
(www.vincentboon.nl)
Cover: Constance Harm, Isabel Brans,
Nora Gelinck en *gloedcommunicatie*

Publicatie online beschikbaar:
www.ukonnetwerk.nl/publicaties/oratie-debby-gerritsen

© prof. dr. D.L. Gerritsen, Nijmegen, 2020

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Radboudumc



Radboud Universiteit

Ode aan kwetsbaarheid

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Welbevinden van kwetsbare ouderen en mensen met chronische ziekten in de langdurige zorg aan de Radboud Universiteit / het Radboudumc op dinsdag 29 september 2020

door prof. dr. Debby Gerritsen



*Mijnheer de rector magnificus,
beste mensen,*

Kwetsbaarheid

Ik begin deze oratie met de eerste woorden uit het dankwoord van mijn proefschrift.

'Op de dag van mijn geboorte schreef mijn vader mij een brief. Hij wilde mij enkele thema's voorhouden die mij in het leven van pas zouden kunnen komen. Met een vooruitziende blik schreef hij 'Schitter door ook onder te gaan' en 'Begin om iets te voltooien'. 31 jaar later is hij er al 14 jaar niet meer, maar nog steeds van grote invloed op mijn dagelijks leven.'

Mijn vader was elektricien, net als zijn vader. Hij wilde eigenlijk onderzoeker worden, maar toen het tijd was om een beroep te kiezen was zijn moeder ziek en leek het beter in de voetsporen van zijn vader te treden. Hij hield van de natuur, en van jagen. Ik vraag me altijd af hoe hij nu over dat jagen zou denken, en of we daar heftige discussies over zouden hebben. Mijn vader hield ook van politiek, wij hadden in verkiezingstijd altijd zo'n vreselijk gênante poster van de PvdA aan de voordeur. Hij was van 'afsprake is afspraak', van doorzettingsvermogen en

hoge normen. Mijn vader was iemand van droge humor die niet iedereen begreep en mijn vader moest je kennen, om zijn warmte te zien. En toen werd hij ziek en zag ik al jong wat kwetsbaarheid kan betekenen. Hij overleed aan zijn ziekte en belangrijke levensgebeurtenissen, zoals kinderen krijgen en promoveren, doen we sindsdien zonder hem.

Toen ik promoveerde was ik 31, inmiddels ben ik 46. Ik ben benoemd als hoogleraar, als professor, en heb net als elke hoogleraar een leeropdracht.



Dat is het onderzoeksthema waar je vooral op gaat richten. Mijn thema is: **welbevinden van kwetsbare mensen in de langdurige zorg.**

En dan is de traditie dat je als officieel startmoment een lezing houdt, een oratie, over dat onderwerp. Die oratie kan bijvoorbeeld gaan over onderzoek, maar ook over onderwijs en beleid. Ik heb ervoor gekozen jullie vooral mee te

nemen in de inhoud en het belang van welbevinden als onderzoeksthema.

Welbevinden was al een belangrijk

thema, maar de coronacrisis in de verpleeghuizen heeft des te meer het belang van welbevinden in de langdurige zorg, en eigenlijk de hele gezondheidszorg, laten zien. Ik begin met de mensen waar het om gaat: kwetsbare mensen met complexe zorgvragen.

“

Ik neem jullie mee in de inhoud en het belang van welbevinden als onderzoeksthema



*De langdurige zorg in Nederland en met name de **verpleeghuiszorg** is uniek*

Complexe zorgvragen

Verpleeghuisbewoners hebben meestal niet alleen lichamelijke aandoeningen, maar ook psychische en sociale klachten. Die beïnvloeden elkaar. Dit maakt verpleeghuisbewoners kwetsbaar; als er op één gebied iets verslechtert heeft dat gevolgen voor andere gebieden. Deze complexiteit vraagt multidisciplinaire zorg en behandeling.

De langdurige zorg in Nederland en met name de verpleeghuiszorg is uniek, omdat we hier multidisciplinaire zorg en behandeling bieden (Sanford et al., 2015). Er werken verzorgenden en verpleegkundigen en gespecialiseerde artsen, specialisten ouderengeneeskunde, die vaak samen met GZ-psychologen een kernteam vormen. Bovendien hebben de meeste verpleeghuizen therapeuten in dienst zoals fysiotherapeuten, activiteitenbegeleiders, ergotherapeuten en psychomotorisch therapeuten.

Er zijn in Nederland zo'n 2400 woonlocaties waar zorg en behandeling worden geboden aan allerlei kwetsbare mensen:

mensen met dementie, mensen met vooral ernstige lichamelijke aandoeningen, en steeds meer specifieke doelgroepen zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel, met gerontopsychiatrische problemen en met de ziekte van Korsakov. Vaak komen mensen naar een verpleeghuis om er te gaan wonen, soms zijn zij er korter, om te revalideren. **De afgelopen decennia is hard gewerkt om de naasten van de bewoner nadrukkelijker betrokken te houden bij de zorg en wordt gesproken van de zorgdriehoek: de bewoner, diens naaste en de professional.** In de verpleeghuissector gaat het dan om professionals vanuit verschillende disciplines.

De langdurige zorg wordt steeds complexer. Sinds enkele jaren is het overheidsbeleid dat kwetsbare mensen zo lang mogelijk thuisblijven en daardoor hebben degenen die uiteindelijk in een verpleeghuis komen wonen complexere zorgbehoeften (Kromhout et al., 2018, Rijcken et al., 2018). Er zijn geen recente cijfers beschikbaar over de gemiddelde verblijfsduur, maar duidelijk is dat deze sinds 2015 afneemt en dat het percentage mensen met dementie toeneemt - van 40% in 2015 naar 60% in 2017 (www.verenso.nl/Factsheet-verblijfsduur.pdf).



De bewoners van een verpleeghuis anno nu zijn anders dan die van een aantal jaren terug.

Het maakt het ook heel ingewikkeld om haar welbevinden op peil te houden. Daarvoor is ten eerste nodig dat we

precies weten wat haar welbevinden inhoudt en, ten tweede, dat we weten hoe het ondersteund en verbeterd kan worden.

Een typische verpleeghuisbewoner is een weduwe van 80 jaar of ouder met 3 of meer chronische problemen waaronder geheugenproblemen (van Klaveren et al., 2017, Verbeek-Oudijk & van Campen, 2017). Mevrouw Van Aalten is zo'n bewoner. Naast diabetes heeft zij chronisch hartfalen en dementie. Van de bewoners met dementie vertoont zo'n 80% probleemgedrag (Selbaek et al., 2013), zij ook. Ze komt vaak angstig over, wil niet alleen zijn, en vraagt zich voortdurend af waar iedereen is. Mevrouw Van Aalten heeft niet alleen lichamelijke, maar juist ook psychische en sociale problemen. Die beïnvloeden elkaar. Dit maakt haar kwetsbaar; als er namelijk op één gebied iets verslechtert heeft dat gevolgen voor andere gebieden. Denk bijvoorbeeld aan een urineweg-infectie die een delier veroorzaakt, waardoor ze nog veel angstiger wordt.





*De vraag is: wat is relevant voor een verpleeghuisbewoner op **dit moment** in diens leven.*

Welbevinden

Welbevinden gaat over gelukkig zijn, over het goed hebben. Het heeft betrekking op allerlei domeinen van het leven. Welbevinden bereik je niet zomaar door het oplossen van een probleem. Het gaat om het hebben van positieve ervaringen.

Welbevinden gaat over de lichamelijke, psychische en sociale gebieden van het leven en de combinatie - de interactie - ervan. Bovendien is het een zogenoemd positief concept (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Dit betekent dat welbevinden meer inhoudt dan het oplossen van een probleem, het verlichten van lijden. Het gaat erom dat iemand positieve ervaringen heeft. Als de angsten van mevrouw Van Aalten bijvoorbeeld succesvol zijn behandeld, hebben we een probleem opgelost. Maar vanuit welbevinden gedacht zijn we dan nog niet klaar. Want deze oplossing betekent niet dat zij nu gelukkig is, dat ze het goed heeft. **De lat ligt dus hoger als het om welbevinden gaat.**

Er is niet heel veel bekend over het niveau van het welbevinden van mensen in de langdurige zorg. In 2017 heeft het Sociaal Cultureel Planbureau een groot interview-onderzoek gedaan (van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). Door hun dementie kon bijna de helft van de benaderde bewoners niet worden geïnterviewd, maar het onderzoek onder de resterende 958(!) verpleeghuisbewoners leverde interessante resultaten op. Gemiddeld gaven de bewoners het cijfer 7.3 aan de tevredenheid met hun leven. Maar, schreven de onderzoekers, op het meer persoonlijke vlak voelden ze zich vaak niet gelukkig, de helft voelde zich eenzaam, men voelde zich ongezond en had weinig doelen om voor te leven (van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017).

Dus als je mevrouw Van Aalten vraagt in hoeverre zij tevreden is met haar leven, is er een grote kans dat zij ongeveer het cijfer 7 geeft. Maar toch is er best veel

aan de hand met haar. De vraag is dan waar ze die 7 op baseert. Wellicht denkt ze aan hoe ze zich over het algemeen voelt, of denkt ze aan de sfeer in de huiskamer, of aan haar familie, de kwaliteit van het eten of de activiteiten die ze samen met anderen onderneemt. Maar ze heeft ook dementie, dus misschien is haar cijfer alleen gebaseerd op het moment van het gezellige

gesprek met de onderzoeker. En bovendien, de vraag is wat voor haar relevant is op dit moment in haar leven. We weten echt nog heel erg weinig over het welbevinden van verpleeghuisbewoners, zeker van de grote groep bewoners die het ons zelf niet kan vertellen.

Inhoud van welbevinden

De vraag wat welbevinden inhoudt, heb ik gesteld aan mensen uit de straat waar ik woon. Zij noemden allerlei elementen, zoals een **warme band** hebben met partner en kinderen, met vrienden, je **verbonden** voelen, van **betekenis** zijn, **anderen helpen**, **ruimte hebben** om jezelf te kunnen zijn, **vrijheid** kennen -bijvoorbeeld om te kiezen-, **gezond** zijn, **fit** zijn, **buiten** zijn, **plezier** hebben, **uitgedaagd** worden en **rust** ervaren.



Kortom: welbevinden is een positief concept, het is universeel en het draait om behoeften. En daarin is de ander van cruciaal belang

Dit zeiden mensen uit misschien wel de leukste straat in Nijmegen, maar het is toch een gewone straat. Dit is heus geen straat van geluksvogels, er wonen

mensen die kwetsbaar zijn, die een ernstige chronische ziekte hebben, die een ernstige ziekte hebben overleefd, die grote of kleine dierbaren zijn verloren, die zoekende zijn. En wat ze zeggen geldt eigenlijk voor ons allemaal.

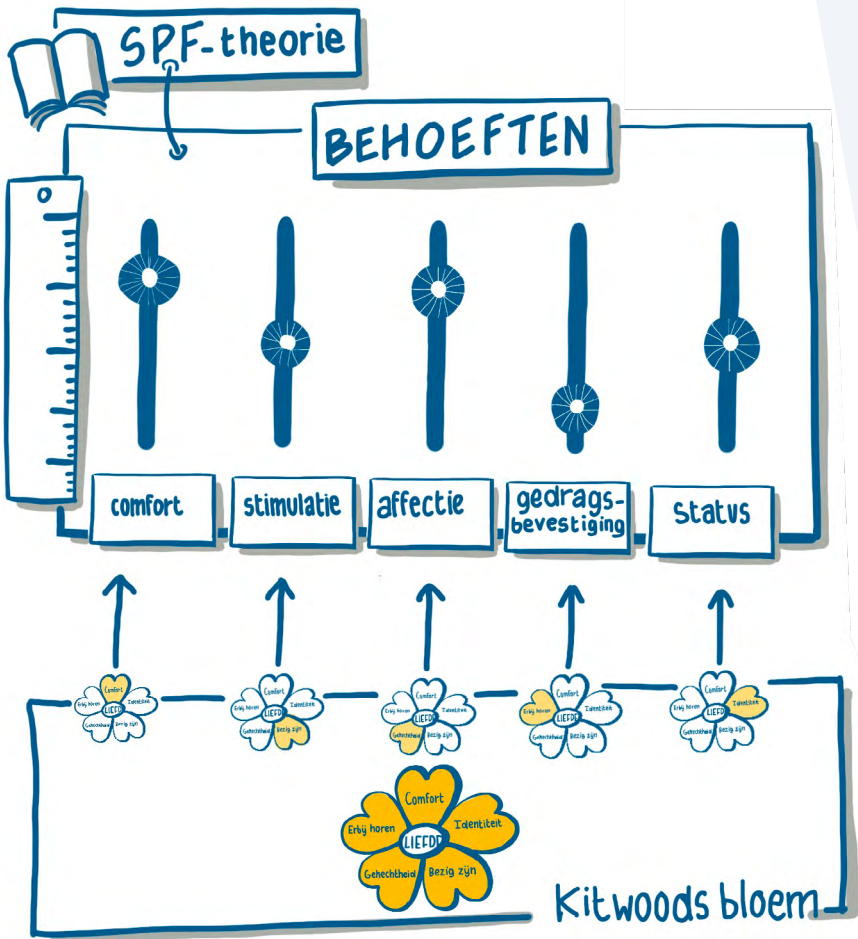
Welbevinden is universeel. Het welbevinden van verpleeghuisbewoner mevrouw Van Aalten is uit dezelfde elementen

opgebouwd als dat van mij en van u. Het kan wel zijn dat voor haar sommige elementen belangrijker zijn dan voor mij en dat die elementen een andere inhoud hebben. Maar de elementen waaruit welbevinden bestaat zijn dezelfde.

Ik kan mijn onderzoek naar welbevinden natuurlijk niet onderbouwen met de mening van mijn burens. Om dat te doen put ik uit theorieën over welbevinden. De door mij veronderstelde gelijkheid in inhoud van welbevinden zie je bijvoorbeeld terug in twee belangrijke benaderingen van welbevinden (Gerritsen, 2017). De eerste is de SPF-theorie, de theorie van de Sociale Productie Functies, verder uitgewerkt in de theorie van Zelf-Management van welbevinden (ZMW-theorie). Dit is een theorie waar ik mee werk en die is universeel (Steverink, 2014, Steverink et al., 2005, Lindenberg, 1996). De tweede is afkomstig van de grondlegger van persoonsgerichte zorg

voor mensen met dementie, Tom Kitwood. Zijn benadering is speciaal ontwikkeld voor mensen met dementie (Kitwood, 1997) en is de basis van de nieuwe zorgstandaard dementie (Huijsman et al., 2020).

Ik vind het bijzonder hoeveel deze, los van elkaar ontwikkelde, theorieën voor verschillende doelgroepen op elkaar lijken. Ik concludeer hieruit: **ik kan een universele benadering gebruiken en welbevinden omvat dus 5 centrale elementen!**



Basisbehoeften uit de theorie van Sociale Productie Functies en uit de persoonsgerichte benadering van Kitwood.

- **Comfort** gaat over dat je comfortabel bent, genoeg eten en drinken hebt, geen pijn.
- **Stimulatie**, of bezig zijn, is dat je op een manier actief bent die genoeg is en bij jouw past; niet te veel en zeker niet te weinig.
- **Affectie**, of gehechtheid, gaat over het ontvangen en geven van genegenheid, liefde en zorg aan elkaar.
- **Gedragsbevestiging**, of erbij horen, gaat over het gevoel dat je de goede dingen doet in je eigen ogen en in de ogen van de mensen waar je graag bij hoort.
- **Status**, identiteit, is dat er ruimte is je te onderscheiden, voor unieke kenmerken, talenten of bezittingen. Of, in termen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, dat er ruimte is voor 'uniek zijn' (Zorginstituut, 2017).

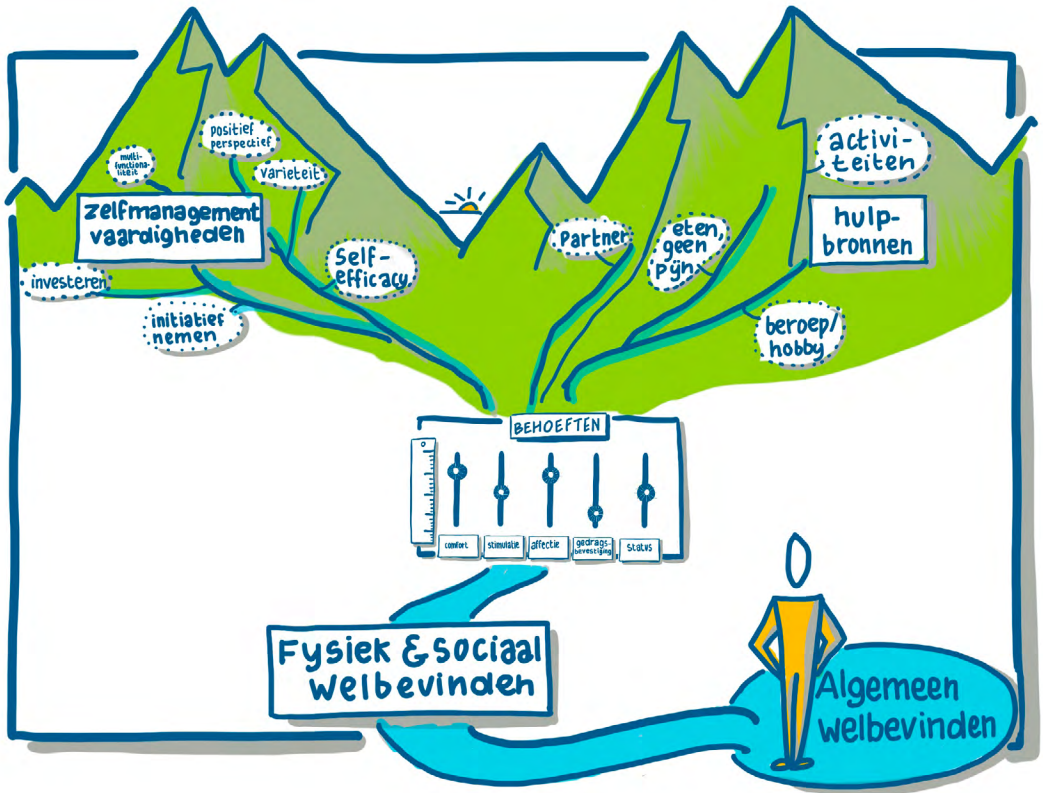
Het uitgangspunt van de SPF- en ZMW-theorie is: als je je behoeften aan deze 5 elementen kunt vervullen, ervaar je fysiek en sociaal welbevinden. Dit zijn dus alle 5 basisbehoeften. En, zeggen deze theorieën: wij streven dit allemaal steeds bewust of onbewust na en zetten daarbij allerlei persoonlijke hulpbronnen in. Die hulpbronnen kunnen dingen zijn, bijvoorbeeld een huis of geld; mensen, bijvoorbeeld een partner of vrienden; en - zoals uitgewerkt in ZMW-theorie - persoonlijke vaardigheden, waaronder initiatief nemen, ergens moeite voor willen doen, of geloof in eigen kunnen (Steuerink, 2014, Steuerink et al., 2020). We hebben andere mensen nodig om onze behoeften te vervullen, om ons affectie te geven bijvoorbeeld.

Welbevinden realiseren

Omdat het leven van verpleeghuisbewoners in belangrijke mate wordt bepaald door de zorg die ze krijgen, bestaat er een sterke relatie tussen welbevinden en de kwaliteit van de zorg. Het cijfer 7 dat mevrouw Van Aalten zou geven voor de tevredenheid met haar leven wordt dus voor een groot deel bepaald door de zorg die zij krijgt. Dat blijkt ook: bewoners die tevreden zijn over de zorg, voelen zich over het algemeen ook gelukkiger (van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017).

Als we naar de elementen van welbevinden kijken, zijn 'comfort' en 'stimulatie' de behoeften waarop de verpleeghuiszorg jarenlang vooral gericht is geweest. Daarnaast is in de zorg voor mensen met dementie de behoefte aan 'affectie' een belangrijk element waarin wordt voorzien. In de langdurige zorg bestaan inmiddels ook allerlei interventies, behandelingen of ondersteuningsprogramma's, die erop gericht zijn het welbevinden te verbeteren via stimulatie. Zo zijn er gespreksinterventies die bijvoorbeeld met herinneringen werken (Westerhof et al., 2018), methoden voor plezierige activiteiten (Teri & Logsdon, 1991) en programma's voor lichaamsbeweging (Windle et al., 2010).

Mijns inziens moeten we ons de komende jaren intensiever gaan richten op de andere twee basisbehoeften: 'gedragsbevestiging' en - vooral - 'status'. Ervan uitgaande dat welbevinden universeel is, verdienen die meer aandacht. U kunt vast wel een moment bedenken waarop u echt blij werd toen u iets voor iemand



Theorie van ZelfManagement van Welbevinden.

kon betekenen, of toen u een compliment kreeg voor iets dat u had gedaan. Dat geldt net zo goed voor een verpleeghuisbewoner zoals mevrouw Van Aalten! Ook zij heeft de behoefte om zich nuttig te voelen, om bij te dragen aan haar omgeving en om haar eigen identiteit te hebben en te worden gezien als een uniek persoon met unieke kenmerken.

Dus, welbevinden is een positief concept dat draait om behoeften, dat universeel is en dus ook van toepassing is op kwetsbare mensen in de langdurige zorg. Naast de focus die er jaren heeft gelegen op problemen en beperkingen, is het belangrijk om naar positieve zaken te

kijken, naar wat iemand wél kan en wie iemand is. Daar kunnen naast een belangrijke rol bij spelen. Om helder te krijgen wat iemand kan en wie zij is natuurlijk, maar ook om mede vorm en invulling te geven aan manieren om bij te dragen aan welbevinden. Daar waren we volop mee bezig de afgelopen jaren. Maar hiermee is het helemaal misgegaan in de Coronacrisis van de voorgaande maanden.

In de eerste weken na 20 maart jl., toen de verpleeghuizen dicht moesten, leek vrijwel iedereen in de sector achter deze maatregel te staan: 'vreselijk, maar noodzakelijk om de besmettingen te beperken'. Maar de weken regen zich

aaneen en lijden begon zich af te tekenen. Mensen die verschrikkelijk eenzaam werden, mensen die somber, vreugdeloos en verdrietig werden. En de naaste, de zogenaamde derde hoek van de zorgdriehoek en de hoofdrolspeler bij alle initiatieven rond familieparticipatie, die werd afgesneden. Om niet alleen bewoners en zorgprofessionals maar ook zichzelf te beschermen.

Ondertussen bleef de tweede hoek, de professional, wel in contact met de buitenwereld en was niet genoeg beschermd. De keuzes die zijn gemaakt, werden niet vanuit een welbevinden perspectief gemaakt en lieten zien dat het sociale welbevinden eigenlijk niet als basis-

behoefte werd beschouwd. Ik denk dat de crisis blootlegde dat we ons in wezen nog niet echt richten op welbevinden. Welbevinden is nog niet onze corebusiness. Vanuit SPF/SMW-theorie gezien werd alles op comfort gericht in de smalle zin, het ging over het fysieke, over overleven en medische noodzaak. En niet over wat voor een individuele bewoner goed is. Er was lang geen ruimte voor mensen om zelf keuzes te maken om te leven naar hun wensen en voorkeuren. Voor maatwerk.

Stimulatie was er nog een beetje. Sterker nog, ons onderzoek naar probleemgedrag ten tijde van Corona suggereert dat stimulatie voor een aantal bewoners eigenlijk veel beter was afgestemd op hun behoeften, zeker bewoners met dementie (www.ukonnetwerk.nl/probleemgedrag-covid-enquete).

Er was meer rust, er waren minder prikkelers, en dat leek veel bewoners goed te doen. Maar de sociale basisbehoeften aan affectie, gedragsbevestiging en status hadden enorm te lijden door een cruciale bron voor dat sociale welbevinden af te snijden: de naaste. De gevolgen, zoals eenzaamheid en verdriet om gemis van dierbaren en verlies van

fysiek contact, lieten zien hoe belangrijk het sociale welbevinden is.

Ik denk dat de afgelopen maanden inzichtelijk hebben gemaakt dat individueel welbevinden echt centraal moet staan, en dat we moeite hebben om dit te realiseren. In crisistijd zijn we terug-

gevallen op het medische model met alle negatieve gevolgen voor het welbevinden van dien. Maar welbevinden is niet iets voor erbij; het kan een leidend principe zijn in de langdurige zorg. We kunnen ook problemen bekijken vanuit een perspectief van welbevinden.



Welbevinden is niet iets voor erbij; het kan een leidend principe zijn in de langdurige zorg.



*Het gedrag van een bewoner is meestal een gevolg van verschillende combinaties en interacties van **interne en externe** factoren. Het is belangrijk om te proberen deze oorzaken van het gedrag te achterhalen, omdat daar vaak de sleutel tot de behandeling ligt*

Welbevinden en probleemgedrag

Probleemgedrag is gedrag van een persoon met dementie waar zij en/of haar omgeving last van heeft. Het vinden en uitvoeren van een goede aanpak voor probleemgedrag van verpleeghuisbewoners is één van de moeilijkste vraagstukken in de langdurige zorg. Ook dit vraagstuk kan worden gezien vanuit een perspectief van welbevinden.

Probleemgedrag is misschien wel de moeilijkste zorgkwestie in de langdurige zorg en één van de belangrijkste onderwerpen van mijn onderzoek. Recent stond dit nog weer met stip op 1 in onderzoek van Vilans naar de kennisbehoeften van medewerkers in de zorg: **zorgprofessionals willen beter leren omgaan met probleemgedrag** (www.kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl). Probleemgedrag is gedrag van een persoon met dementie waar zij en/of haar omgeving last van heeft (Zuidema et al., 2018).

Oorzaken van probleemgedrag

Probleemgedrag kan voortkomen uit iets dat intern of in de bewoner gebeurt, bijvoorbeeld dat de bewoner door schade aan de hersenen zichzelf niet meer kan afremmen en niet kan stoppen met eten, maar oorzaken kunnen ook extern of buiten de bewoner liggen: bij de omgeving of bij andere mensen. Bijvoorbeeld dat het zo rumoerig is om mevrouw Van Aalten heen dat zij er gestrest van raakt. Het gedrag van een bewoner is meestal een gevolg van verschillende combinaties en interacties van interne en externe factoren. Het is belangrijk om te proberen deze oorzaken van het gedrag

te achterhalen, omdat daar vaak de sleutel tot de behandeling ligt (Moniz Cook et al., 2012, Zwijsen et al., 2016). Hoewel er de afgelopen jaren allerlei interventies voor probleemgedrag zijn ontwikkeld (Abraha et al., 2017), blijft het een feit dat we aan de analyse van gedrag echt meer aandacht moeten besteden dan we nu doen, zoals de inspectie onlangs ook constateerde (www.igj.nl/probleemgedrag-bij-dementie).

Een belangrijke basis voor het begrijpen van probleemgedrag is gelegd door Jiska Cohen Mansfield. Zij zegt dat probleemgedrag gaat over onvervulde behoeften

en benoemt drie oorzaken voor dergelijk gedrag (Cohen-Mansfield, 2000).

Ten eerste gedrag als hulpvraag (ik heb een onvervulde behoefte, help mij). Dit is bijvoorbeeld het geval als mevrouw Van Aalten heel druk wordt aan het eind van de dag en dit blijkt voort te komen uit overprikkeling; haar behoefte aan rust is niet vervuld.

Een tweede oorzaak van probleemgedrag is dat dit een manier kan zijn om behoeften te vervullen (ook te zien als coping-gedrag). Dit kan behoorlijk heftig zijn, bijv. steeds roepen of voortdurend op tafel slaan om te voelen: 'ik ben er'.



Maar behoeften vervullen kan ook om subtielere zaken gaan. Een voorbeeld: mevrouw Van Aalten kan zich niet goed oriënteren in de ruimte door de schade aan haar brein en probeert haar desoriëntatie op te lossen door steeds de weg te vragen (Cohen-Mansfield et al., 2017).

Ten derde kan gedrag een uiting zijn van frustratie over onvervulde behoeften. Bijvoorbeeld omdat iets niet lukt of omdat een zorgverlener iets niet begrijpt.

Ik wil de benadering van Cohen-Mansfield koppelen aan welbevinden. **Want als probleemgedrag over behoeften gaat en behoeften gaan over welbevinden, dan gaat probleemgedrag ook over welbevinden.**

Bij elk van de 3 zojuist genoemde oorzaken van probleemgedrag is de bewoner betrokken bij haar welbevinden. Zij werkt eraan om dit te verbeteren. En al zijn haar manieren niet de beste vanuit ons perspectief, ze onderneemt actie. Zij werkt aan haar eigen welbevinden.

Aan deze benadering wil ik een vierde mogelijke oorzaak toevoegen: probleemgedrag kan een teken zijn dat het universele streven naar welbevinden niet meer functioneert. Mevrouw Van Aalten is dan niet meer actief bezig haar eigen welbevinden te verbeteren. Ik denk dan bijvoorbeeld aan apathisch gedrag.

Het hoofdprobleem bij apathie is 'gebrek aan doelgericht gedrag' en mijn vervolg-



constatering is dat iemand met apathisch gedrag dus geen actie meer onderneemt om zijn behoeften te vervullen en dus niet werkt aan zijn eigen welbevinden. En dat is dan een reden voor óns om er iets aan te doen.

Deze vierde oorzaak van probleemgedrag kan wellicht ook depressieve klachten helpen verklaren¹. Er is veel literatuur die laat zien dat depressieve klachten negatieve gevolgen hebben voor het welbevinden of een teken zijn van laag welbevinden (Smalbrugge et al., 2006, Strauss et al., 2012). Ik vind een interessante vraag of depressieve klachten een teken kunnen zijn dat iemand niet meer werkt aan zijn welbevinden. Misschien zet de bewoner de hulpbronnen - die zij wel heeft - niet in. Of zijn de depressieve klachten een teken dat behoeften objectief gezien vervuld zouden 'moeten' zijn, maar dat de bewoner dit niet zo ervaart. Of wellicht zijn ze een teken van onvervulde behoeften. Bij verschillende mogelijke verklaringen van probleemgedrag horen verschillende manieren om dit te behandelen. Daarom is het zo belangrijk ons in de oorzaken van probleemgedrag te verdiepen.

Eigenlijk zijn er nog maar weinig wetenschappelijke onderzoeken waarmee ik deze ideeën kan toetsen en de uitkom-

sten ervan zijn tegenstrijdig. Bij mensen met dementie is meermaals een verband gevonden tussen probleemgedrag en verminderd welbevinden (Samus et al., 2005, van de Ven-Vakhteeva et al., 2013, van der Wolf et al., 2019, Vogel et al., 2006, Winzelberg et al., 2005, Zimmerman et al., 2005), maar soms ook niet (bijv. Ballard et al., 2001). Bovendien werd een verband tussen probleemgedrag en verminderd welbevinden vooral gevonden als anderen een uitspraak deden over het welbevinden



Wat door ons als probleemgedrag wordt ervaren, kan voor een bewoner een manier zijn om het welbevinden te verbeteren.

van de bewoner. Als de bewoner dit zelf beoordeelde, werd er geen verband gevonden (Vogel et al., 2006, Yap et al., 2008, Zimmerman et al., 2005).

Ik denk dat deze verschillende resultaten te verklaren zijn vanuit het volgende: het is te simpel gedacht om het probleemgedrag van een

groep in zijn algemeenheid in verband te brengen met het welbevinden van die groep. Mijn punt is juist dat de relatie van probleemgedrag met welbevinden afhankelijk is van de oorzaak van dat gedrag. Wat door ons als probleemgedrag wordt ervaren, kan voor een bewoner een manier zijn om het welbevinden te verbeteren. Dat hangt van diens behoeften af: als het gedrag zelf behoeften vervult, zoals het voorbeeld van op tafel slaan om te voelen dat je er bent, verwacht ik geen negatieve

¹ *Depressie en apathie zijn syndromen in de psychiatrie, maar bij onze populatie, zeker de meest kwetsbare mensen, komt de vraag op of je deze syndromen wel kunt diagnosticeren. Daarom spreek ik hier over depressief gedrag of depressieve klachten.*

relatie tussen dat slaan en welbevinden. Misschien wordt het welbevinden hier zelfs wel hoger van!

Onze rol bij probleemgedrag

Wat deze uiteenzetting ook laat zien, is dat naasten en professionals belangrijk zijn als er sprake is van probleemgedrag. Ten eerste kan de oorzaak van probleemgedrag bij ons liggen. Direct: wij begrijpen mevrouw Van Aalten niet en zij raakt daar gefrustreerd over. Of indirect: we hebben bijvoorbeeld te laat in de gaten dat ze overprikkeld raakt. Het is dus belangrijk om te proberen de oorzaak van het gedrag te achterhalen omdat we zo een aan welbevinden gerelateerde behoefte kunnen opsporen waarop we vervolgens actie kunnen ondernemen.

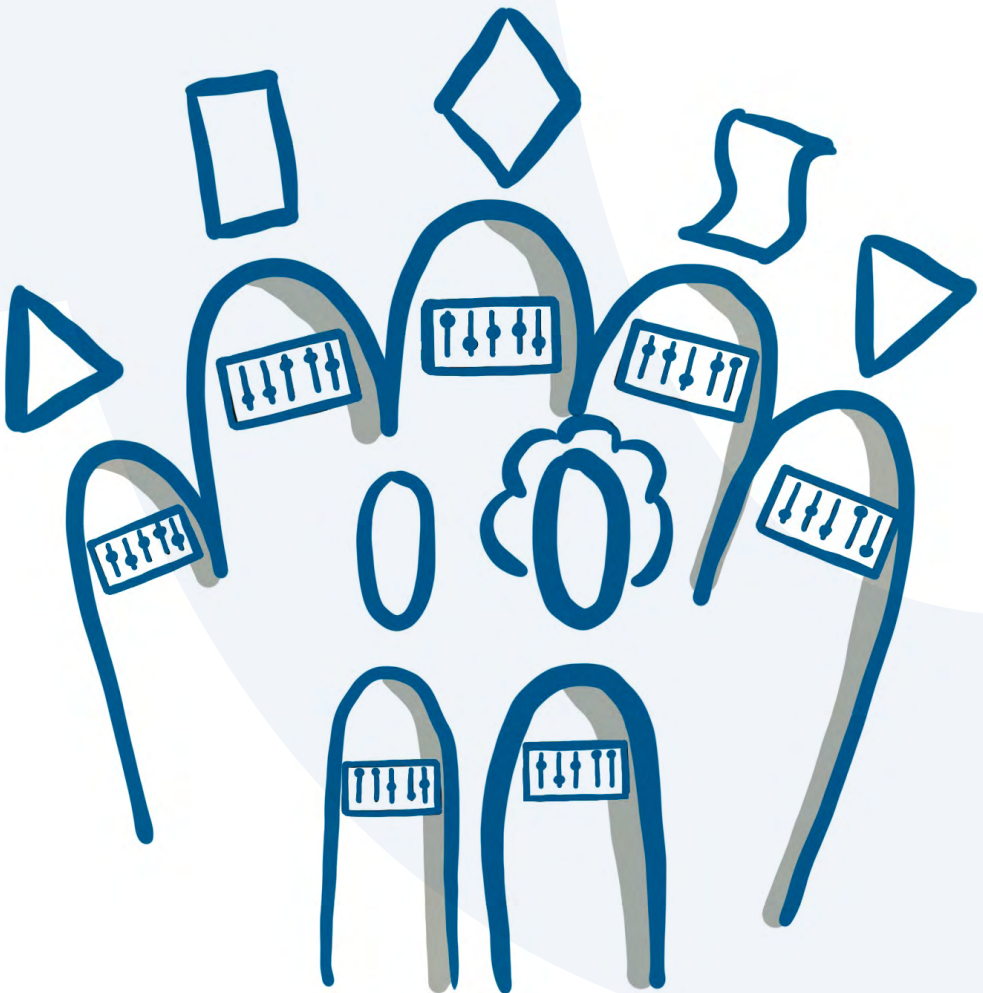
En ten tweede: als er andere mensen nodig zijn om welbevinden te bereiken - vergeet niet dat je status, gedragsbevestiging en affectie grotendeels van anderen krijgt -, dan vormt probleemgedrag hiervoor een grote bedreiging. Geef maar eens iemand die de hele dag de boel op stelten zet een knuffel, of een compliment; dat doe je niet zo snel. Dit betekent dat bij probleemgedrag een neerwaartse spiraal voor de bewoner op de loer ligt.

Op de derde plaats, en even goed belangrijk: **probleemgedrag van een bewoner kan ook inhouden dat *ons* welbevinden wordt bedreigd**. Het is bekend dat probleemgedrag voor zorgmedewerkers belastend kan zijn. En dat

kan de omgang met mevrouw Van Aalten weer negatief beïnvloeden: als wij ons oncomfortabel en overgestimuleerd voelen, zijn we wellicht niet meer goed in staat om haar de status, gedragsbevestiging en affectie te geven die ze nodig heeft.

Zo komt er in onze Waalbed3 studie over ernstig probleemgedrag naar voren dat er situaties zijn waarin de helft van een team niet meer voor een bewoner wil zorgen omdat diens gedrag zo moeilijk hanteerbaar is. En we leren dat mensen zich zorgen maken over elkaar: 'er moet echt iets gebeuren want de andere bewoners lijden eronder', of 'ik ga nu als arts echt ingrijpen want het zorgteam trekt het niet meer'.

Maar wat we óók zien, is dat het heel lang kan duren voordat behandelaars worden ingeschakeld, dat behandelaars soms wel erg laat in actie komen en weinig betrokkenheid tonen, dat het moeilijk is elkaar aan te spreken of constructief feedback te geven en uit te wisselen wat wél goed werkt. Dit zijn tekenen dat probleemgedrag ook het welbevinden van professionals raakt! En betrekking heeft op relaties tussen professionals, naasten en bewoners, en van professionals onder elkaar. En zoals ons eigen welbevinden een rol speelt bij het probleemgedrag van mevrouw Van Aalten, zo speelt het ook een rol bij de ondersteuning van haar welbevinden in brede zin. Dat is mijn volgende onderwerp.





*Het wordt steeds duidelijker dat de **kwaliteit** van de relatie en het gedrag van verzorgenden nauw samenhangen met het welbevinden van bewoners*

Relationele zorg

Zorg verlenen die aansluit bij het welbevinden en de wensen van bewoners betekent dat we onze handelingen steeds afstemmen op een individuele bewoner. Ons gedrag als zorgverlener is van grote invloed op een bewoner en kan zelfs probleemgedrag veroorzaken, maar is ook een belangrijke bron van welbevinden. Goede zorg vraagt dat we ons bewust zijn van onze rol en vraagt kwetsbaarheid om die zo goed mogelijk in te vullen.

Nederlands onderzoek van KPMG/Vilans laat zien dat er de laatste jaren meer oog is voor de wensen van bewoners (Gijzel et al., 2017). En laat ik even duidelijk stellen: ik geloof nog steeds dat dat er is, ondanks de coronacrisis, misschien wel meer dankzij de coronacrisis.

De moderne zorgprofessional wordt gevraagd de zelfredzaamheid van bewoners te ondersteunen samen met diens naaste. Maar uit onderzoek blijkt ook dat zorgmedewerkers twijfelen of het mogelijk is echt bij te dragen aan zelfredzaamheid en meer regie van de bewoner. Ook noemen zij het risico op onveilige zorg als je meer regie bij de bewoners wilt leggen.

Het moderne zorgen vanuit welbevinden en wensen van bewoners is steeds een afweging van risico's, dat is de afgelopen maanden wel gebleken. En daarin is nog veel te leren. Daarnaast komt naar voren dat het merendeel van de bewoners niet bijzonder geïnteresseerd is in het zorgplan en de bespreking ervan en dat dagelijkse contacten met zorgprofessionals veel belangrijker voor hen zijn (Gijzel et al., 2017). Er wordt dan vaak gesproken over het zoeken naar de balans tussen zelfredzaamheid en samenredzaamheid.

Samenredzaamheid is een term die is geïntroduceerd voor mensen zoals mevrouw Van Aalten voor wie zelfred-

zaamheid meestal niet meer aan de orde is. Maar tenzij je op een onbewoond eiland woont is samenredzaamheid een term voor ons allemaal. Wij zijn sociale wezens en hebben anderen nodig om behoeften te vervullen en ons wel te bevinden.

Wanneer mensen kwetsbaar worden, kan de manier waarop ze anderen nodig hebben veranderen, en moet de omgeving vanuit die nieuwe situatie handelen. Externe bronnen kunnen wegvallen. Mogelijk kunnen mensen hun vaardigheden niet meer goed gebruiken of daarmee zelfs onveilige situaties creëren, zoals gebeurde toen mevrouw Van Aalten nog thuis woonde en zelf wilde koken op haar gasfornuis. Dit deed een nieuw beroep op de mensen in haar omgeving. Ook is het de vraag hoelang we iemand ondersteunen voordat we echt zaken gaan overnemen. En dit moeten we dan afwegen bij elke individuele verpleeghuisbewoner, terwijl deze in een groep bewoners leeft met elk hun eigen behoeften.

Voor deze moeilijke kwesties heb ik helaas nog geen oplossing. Maar wat ik wel weet: het wordt steeds duidelijker dat de kwaliteit van de *relatie* en het gedrag van verzorgenden nauw samenhangen met het welbevinden van bewoners (Custers et al., 2010, McGilton et al., 2012, Nakanishi et al., 2017, Willemse et al., 2015). Zo is gebleken dat de attitude (Boumans et al., 2019), positief gedrag (van Weert et al.,

2005) en persoonsgericht gedrag (Gilmire-Bykovskiy et al., 2015) van verzorgenden samenhangt met een vermindering van gedragsproblemen. Ook is duidelijk geworden dat gedrag van verzorgenden dat zich richt op mogelijkheden van bewoners het welbevinden

van die bewoners kan verbeteren (Norbergh et al., 2006, Verkaik et al., 2011). En recent eigen onderzoek toonde voor het eerst aan dat een meer hoopvolle houding van verzorgenden samenhangt met meer sociaal welbevinden en minder probleemgedrag van bewoners met dementie (Gerritsen et al., 2019).

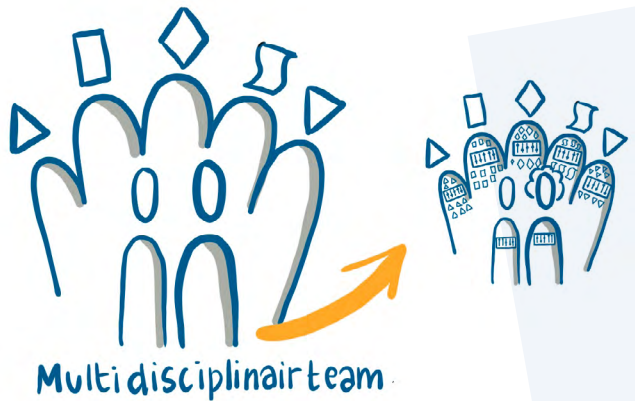
De mensen die zorg verlenen zijn dus van groot belang in de relatie tussen kwaliteit van zorg en welbevinden. Wij dus!



Maar tenzij je op een onbewoond eiland woont is samenredzaamheid een term voor ons allemaal.

Present zijn

Dit staat ons te doen: proberen te begrijpen wat een bewoner zoals mevrouw Van Aalten wil, wat haar behoeften zijn, bepalen of je dat kunt en wilt bieden, kijken hoe collega's dat doen en samen proberen de beste benadering te vinden. In termen van de presentietheorie vraagt dit *present* zijn: afstemmen op de ander en diens behoeften, vaardigheden en voorkeuren (Klaver & Baart, 2011, Klaver & Baart, 2016). Het gaat dus om de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager en diens naaste. Dit is natuurlijk hartstikke moeilijk gezien de kwetsbaarheid van de mensen waar ik het over heb. Maar we



zien dat zorgprofessionals dit zelf ook belangrijke aspecten vinden voor de omgang met probleemgedrag (Mallon et al., 2019) en dat het ook belangrijk is voor hun tevredenheid met het werk (Edvardsson et al., 2011).

Present zijn vraagt goede communicatievaardigheden, niet alleen bij de bewoner, maar ook bij diens naasten en zeker ook onder elkaar (Kemper et al., 2008, Spector et al., 2013). Het betekent ook emotioneel meer investeren als professionals (McCarty & Drebing, 2003) en onze eigen behoeften onderdeel maken van de relatie, zodat sprake kan zijn van betekenisvolle interactie (Timmermann, 2010). Ik denk hierbij aan relationele zorg, aan de notie dat goede zorg ontstaat in de wederkerige relaties tussen de gevers en ontvangers van zorg, dat beiden hun waarden en overtuigingen meebrengen en dat er ruimte moet zijn voor beiden

(Brechin et al., 1998, McCormack, 2001, Nolan et al., 2004, Westerhof et al., 2014). En dit geldt ook voor de relaties tussen verschillende disciplines.

Relationele zorg gaat dus niet alleen om de driehoek van bewoner, naasten en één professional, maar om het netwerk van professionals en andere bewoners dat erbij betrokken is. En dus om de welbevinden-behoeften van al die partijen (Nolan et al., 2004).

Leiderschap

Daarvoor is nodig om persoonlijk leiderschap te tonen; dat we kritisch naar onszelf en de ander durven kijken. We nemen onszelf mee in het werk met kwetsbare mensen, ons eigen gedrag is van grote invloed op een bewoner en kan zelfs probleemgedrag veroorzaken of in stand houden. Maar ons gedrag kan dus



We nemen
onzelf mee in
het werk met
kwetsbare
mensen

ook een belangrijke bron zijn van comfort, stimulatie, status, gedrags-bevestiging en affectie - en dus van welbevinden. Goed samenwerken om problemen aan te pakken en welbevinden te verbeteren vraagt erom steeds kritisch te durven kijken naar onszelf en onze eigen rol, onze communicatie en onze aanpak. En om die te durven bespreken. Voor verpleegkundigen, artsen en psychologen is dit zelf-bewustzijn een belangrijke competentie die hen geleerd wordt (Rasheed et al., 2019), maar dit zou ook voor verzorgenden het geval moeten zijn. Goed samenwerken vraagt ook dat we elkaar durven aanspreken in plaats van lekker samen te roddelen over de ander. Het is zo menselijk en, ik vrees ook voor mij, zo herkenbaar. Maar laten we met elkaar in de spiegel blijven kijken!

Ik denk dat we dan met zijn allen ook beter in staat zijn om de zorg steeds

opnieuw te verbeteren. Het kan spannend zijn om af te moeten wijken van de manier waarop we iets al jaren doen, of om dingen voor het eerst te moeten doen, en dat kan je onzeker maken (Nilsen et al., 2019). Blijven veranderen vraagt durf en kwetsbaarheid. Maar ik ben ervan overtuigd: als we optimale zorg willen verlenen aan onze cliënten, dan zullen we deze continu en samen lerend (Zorginstituut, 2017) moeten verbeteren. En daarbij zullen we onze twijfels en overwegingen moeten laten zien, ook als leidinggevend. De tijd van de leidinggevende als alwetende bestuurder is voorbij. Leiderschap, of dat nu management betreft of persoonlijk leiderschap als professional, vraagt lef en betekent zelf ook met de billen bloot gaan en de ander laten zien wie we zijn.

En ik begin.

Het begon voor mij met de realisatie dat mijn ouders veel ruzie kregen. Van ruzie had ik eigenlijk nooit wat gemerkt, maar zo rond mijn 11e begon ik na te denken over de vraag wanneer ouders eigenlijk gingen scheiden. Mijn moeder denkt achteraf de eerste aanwijzingen te hebben gekregen dat er iets mis was, toen mijn vader bij het organiseren van hun 12,5 jarig huwelijksfeest steeds van mening veranderde over het wel of niet uitnodigen van de ooms en tantes. Mijn vader, de man van afspraak is afspraak, kwam afspraken niet meer na en zei vervolgens dat mijn moeder niet zo moeilijk moest doen. Toen ik in de brugklas zat kreeg mijn vader rugklachten en raakte 'overspannen'. Hij werd een paar keer teruggezet in functie. Na een tijdje had de huisarts het briljante idee om een cognitieve test af te nemen. Vanaf die eerste test was eigenlijk al duidelijk dat er iets goed mis was met zijn hersenen en dat het steeds erger zou worden. Mijn vader was 42, mijn moeder 35, ik was 12, mijn zusje 10. Het duurde uiteindelijk drie jaar voordat we de diagnose 'ziekte van Alzheimer' kregen, en daar was een hersenbiopt voor nodig.

Mijn vader moest stoppen met werken en zo hadden wij een tijdje een huisvader die kookte en een moeder die werkte op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, heel modern toen. Ik kreeg aanvaringen met hem die ik 'ruzies' noemde. Over dat ik cd's had gepakt die van hem waren, wat niet waar was. Over dat ik van hem toch om half 9 naar bed moest terwijl ze hadden beloofd dat ik tot half 10 op mocht blijven. En toen hij na een jaar of twee niet meer alleen thuis kon zijn, waren mijn tante en ik afwisselend bij hem als mijn moeder werkte, 'oppassen' noemden we dat gewoon.

We hebben over het algemeen geluk gehad met zijn gedrag. Heel vaak zat hij op de bank en was het enige dat je hoorde het geluid van zijn benen die over elkaar schoven: links over rechts, rechts over links, links over rechts, en maar door. Maar soms maakte hij zich druk, was achterdochtig, riep 'ik wil niet naar het cachot' en werd boos als ik hem hielp met naar het toilet gaan. Soms moest ik mijn moeder bellen om hem rustig te krijgen, soms voelde hij zich schuldig en zei 'ik weet het ook allemaal niet meer'. Ook was er een periode dat ik vaak dacht: zo hoeft het voor mij niet meer, maar daarna kwam een mooie tijd met veel fijn contact die ik voor geen goud had willen missen. In de laatste weken werd hij angstig en heb ik ontelbare 'vader Jacobs' gezongen omdat hij daar rustig

van werd. Rond Kerst 1989 ging het niet meer, er moesten eigenlijk steeds twee mensen bij hem zijn om hem te helpen met opstaan, lopen, en naar het toilet gaan. Daarom werd hij opgenomen in een verpleeghuis waar hij binnen twee weken permanent in bed kwam te liggen. Uiteindelijk is hij daar maar zo'n zeven weken geweest voordat hij na zeven jaar ziekte overleed aan een longontsteking, die bewust niet werd behandeld.

De ziekte van mijn vader is meer dan 30 jaar geleden. Niemand wist wat Alzheimer was en er was veel onbegrip. Collega's hebben hem voor de lol naar een storing in een huis met een nieuw stoppenkaststelsel gestuurd, omdat het hem niet lukte dat systeem onder de knie te krijgen. Mijn vader had ook problemen met lopen, dus werd er gefluisterd dat hij een alcoholist was. Als mensen die we wat minder goed kenden op bezoek kwamen, merkten ze er niets van en vroegen zich af of we niet een beetje overdreven. En mijn moeder kreeg commentaar op het feit dat ze nog werkte terwijl hij ziek was en dat ze hem zelf boodschappen *liet* doen. *Maar* we hadden wel een casemanager avant la lettre! De maatschappelijk werker van de PGEM kwam minstens elke twee maanden op bezoek voor een gesprek met mijn moeder en ondersteuning bij praktische zaken. En de huisarts kwam bijna maandelijks. U hoort, ze lopen lang niet altijd achter in de Achterhoek! Alleen is met mijn zusje en mij nooit echt gepraat.

Tegenwoordig heeft iedereen wel een idee van wat Alzheimer is. Mede dankzij het geweldige Alzheimer Nederland, indrukwekkende getuigenissen van mantelzorgers zoals Toine Heijmans en Anne-Margriet Pot en mensen als Henk van Pagée en Leo van Dijk die zelf dementie hebben en de openbaarheid zoeken, is er veel meer openheid over en bekendheid met dementie. Last but not least wil ik in dit verband mijn moeder noemen. Zij was één van de oprichters van de afdeling Achterhoek van Alzheimer Nederland en heeft altijd uitgedragen dat we ons niet voor de ziekte van mijn vader hoefden te schamen - ook al deden we dat soms wel.

Omdat ik wil bijdragen aan deze openheid heb ik ook mijn verhaal verteld en zo komen vandaag mijn persoonlijke en professionele betrokkenheid samen in deze oratie. Mijn interesse voor het welbevinden van kwetsbare mensen en het mysterie van probleemgedrag komt voort uit deze persoonlijke ervaringen en ik ben ervan overtuigd dat meer aandacht voor en onderzoek naar welbevinden zal helpen om het leven van kwetsbare mensen in het algemeen, en mensen met dementie in het bijzonder, te verbeteren. En ook de levens van de mensen om hen heen.



voor **goede** zorg is nodig
dat we blijven leren en blijven
veranderen!

Onderzoeks- plannen

Voor de komende jaren heb ik drie algemene onderzoeksdoelen. Het eerste doel is verhelderen waar welbevinden bij de kwetsbare groepen in de langdurige zorg precies uit bestaat. Het tweede doel is onderzoeken hoe welbevinden van mensen in verpleeghuizen werkt. Het derde doel is onderzoeken hoe we welbevinden kunnen ondersteunen.

Ik wil graag kort uiteenzetten waar ik me de komende jaren op ga richten. Het allereerste doel is om goed uit te zoeken waar welbevinden bij de kwetsbare groepen in de langdurige zorg precies uit bestaat, en waar je bij 'gedragsbevestiging' en 'status' bijvoorbeeld precies moet aan denken.

Ten tweede gaan we in de praktijk bij mensen in verpleeghuizen onderzoeken hoe welbevinden werkt, hoe probleemgedrag en welbevinden zich tot elkaar verhouden. En wat de rol van de fysieke omgeving daarbij is.

Het derde doel is te onderzoeken hoe we welbevinden kunnen ondersteunen. Ik wil interventies ontwikkelen, misschien technologische, die uitvoerbaar zijn in de dagelijkse praktijk. En daarbij heeft steeds mijn aandacht wat de invloed van

cognitieve achteruitgang op dit alles is. Voor het onderzoek naar deze 3 doelen is ook meer inzicht nodig in op zijn minst 3 andere thema's: meten van welbevinden, het *woud der concepten*, en de zogenaamde *uitersten*.

De vraag hoe we welbevinden kunnen meten is cruciaal bij mijn drie centrale doelen. Meten is nodig om te weten in hoeverre mensen zich wel bevinden zodat we erachter kunnen komen of wat we doen ook daadwerkelijk helpt. De kennis die we tot nu toe hebben over welbevinden in de langdurige zorg heeft vooral betrekking op mensen die ons dat zelf kunnen vertellen, maar er is een grote groep die dat niet kan, of waarbij we niet goed weten hoe we hun antwoorden moeten interpreteren. Onderzoek laat zien dat wat cognitief

gezonde mensen zelf over hun welbevinden zeggen nogal afwijkt van wat anderen over het welbevinden van die personen zeggen, dus we kunnen het niet zomaar aan anderen vragen (Custers et al., 2013, Leontjevas et al., 2016, Logsdon et al., 2002, Sloane et al., 2005, Tatsumi et al., 2009, Torisson et al., 2016).

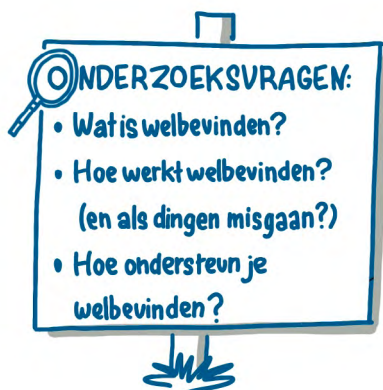
De tweede voorwaarde is duidelijkheid scheppen in al die andere mooie concepten in de langdurige zorg die samen een verward terminologisch woud aan het worden zijn: kwaliteit van leven (Gerritsen et al., 2004), positieve gezondheid (Huber et al., 2011), sociale gezondheid (de Vugt & Droes, 2017), veerkracht of resilience (Gijzel et al., 2019), zelfredzaamheid, samenredzaamheid, eigen regie en autonomie (Boumans et al., 2019, Gijzel et al., 2017), compassie (Zorginstituut, 2017), empowerment (Aujoulat et al., 2008), en reablement (Aspinal et al., 2016). De vraag is wat deze concepten precies betekenen en hoe ze zich tot welbevinden en tot elkaar verhouden.

En ten derde moeten we naar de uitersten. De vraag is bijvoorbeeld wat nog geldt van de opgedane kennis als dementie heel ernstig wordt. En wat we kunnen doen als het probleemgedrag zo ernstig is dat iemand ondraaglijk lijdt, en niets lijkt te helpen. Of hoe we toch kunnen zorgen dat

iemand zich wel bevindt als deze vrijwel geen sociaal netwerk heeft.

Wat ervoor nodig is om dat te doen op een manier die relevant is voor de praktijk, is om met die praktijk samen te werken. Met professionals, de doelgroep zelf, en instellingen voor onderwijs en opleiding. Gelukkig werk ik bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (www.ukonnetwerk.nl), waar we de kwaliteit van leven én van de zorg voor kwetsbare mensen willen verbeteren door een link te leggen tussen kennis en praktijk. En mensen, we moeten er met z'n allen aan: voor goede zorg is nodig dat we blijven leren en blijven veranderen! Ik zie hierbij een mooie rol voor mijn eigen beroepsgroep, de ouderensycholoog. Beste gedragsexperts, laten we het begeleiden van innovatie en dus van gedragsverandering in ons takenpakket opnemen! Ik vind allereerst dat er meer specialisten zoals klinisch psychologen of klinisch neuropsychologen in onze sector moeten werken. Zij worden ook opgeleid om veranderprocessen te begeleiden. Maar zolang er nog niet in elke zorgorganisatie meerdere specialisten rondlopen komt het neer op ons ouderensychologen: wij kunnen kartrekkers zijn bij innovatie, wij kunnen de mensen op de werkvloer meer ondersteunen en opleiden. Wij kunnen ervoor zorgen dat welbevinden centraal komt te staan. **Innovatie is geen extraatje, het is een voorwaarde!**

Deze oproep aan mijn vakgenoten zegt het al: Ik kan mijn doelen niet alleen realiseren, dat wil ik ook helemaal niet! Ik ben erg blij dat ik in een multidisciplinaire setting werk en dat ik met zulke verschillende mensen heb mogen samenwerken. Ik wil dan ook iedereen die de afgelopen jaren op zijn of haar manier aan mijn welbevinden heeft bijgedragen hier graag voor bedanken.



Besluit

Allereerst dank aan het College van Bestuur van de Radboud Universiteit en de Raad van Bestuur van het Radboudumc voor het instellen van deze bijzondere leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen. Deze oratie sluit aan bij het huidige leiderschapsadagium van het Radboudumc: 'kwetsbaar en duidelijk leiderschap'. Mijn ervaring is dat kwetsbaarheid laten zien in het Radboudumc nog regelmatig wordt opgevat en daarmee weggezet als zwakte of onzekerheid. Ik draag dan ook graag bij aan deze cultuurverandering!



Ich bin ein Begeleider.

Daarnaast wil ik de bestuurders van de bij het UKON aangesloten organisaties bedanken voor het feit dat zij zo'n belang hechten aan welbevinden dat zij een leerstoel wilden initiëren met die leeropdracht.

Het is geweldig om niet alleen met onderzoekers, maar ook met professionals en vooral ervaringsdeskundigen samen te werken en maatschappelijk relevant werk te doen. Dank allen!

Mensen van de HL-groep van de afdeling Eerstelijngeneeskunde, het MT van het onderzoeksthema Healthcare Improvement Science, het Radboudumc Alzheimer Centrum, de Training & SupervisionPlan commissie, de

Wetenschappelijke Commissie van het Radboud Institute for Health Sciences, de erkenningscommissie interventies en de redacties van Denkbeeld en het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, het was en is niet alleen altijd leuk om jullie te zien; samen leren en beter worden in wat we doen is me een groot genoegen.

Voormalige en huidige postdocs, promovendi, junior onderzoekers, onderzoeksmedewerkers, academic trainees en stagiaires, na mijn camino-reis in 2018 wist

ik het zeker: Ich bin ein Begeleider. Hoewel deze kerneigenschap in mijn nieuwe rol als hoogleraar meestal wat minder nadrukkelijk aanwezig is, voel ik me zeer betrokken bij jullie. Tegenwoordig, als ik nog om half 12 's avonds een mailtje verstuur of zonder tijd voor koffie door de gangen ren naar een volgende afspraak, geef ik lang niet altijd het goede voorbeeld. Maar toen Nora werd geboren maakte ik de keus om 3 dagen per week te gaan werken en dat heb ik 7 jaar zo gedaan. Ik dacht toen dat een carrière in de wetenschap er voor mij niet meer in zou zitten. Maar het kon toch, en dat is niet alleen een soort van overwinning voor mij, maar hopelijk ook een teken dat de tijden veranderen en vriendelijker worden voor al die bezielde wetenschappers met veel leven naast hun werk.

Een aantal mensen wil ik graag persoonlijk noemen.

Prof. dr. Raymond Koopmans, jij zegt vaak een beetje gekscherend ‘noblesse oblige’. En adellijk ben jij, ook al draag je dan geen stropdas, laat je je emotionele aard veelvuldig zien en mag ik je onder tafel een schop geven tegen je in een C&A-broek gehulde been als ik denk dat iets de verkeerde kant op gaat. Ik prijs me zeer gelukkig met jou als bekwame, integere, invoelende leidinggevende en wat heb je je best voor mij gedaan. Dank!

Annemiek Bielderma en Roeslan Leontjevas, wij bouwen samen aan ons prachtige onderzoeksprogramma, ik ben blij dat ik dit met zulke innemende, betrouwbare mensen mag doen.

Lieve collega's van het UKON-team, Marlies, Arjanne, Anke, Els, Deborah, Oshra, Sander, Pim. Jullie enthousiasme en betrokkenheid is fantastisch, ik ben verwend met jullie als collega's. Steun en toeverlaten Annelies Daanen en Nadine Brouwer, en programmaleiders Marieke Perry, Christian Bakker, Jan Lavrijsen en Anke Persoon; jullie zijn fijne mensen waarbij ik als vanzelf mezelf ben.

Het is geweldig om de energie te voelen van de mensen van de UKON stuurgroep en de praktijkmensen met een groot hart voor innovatie waar ik veel mee heb samengewerkt: Hermine de Bonth, Riët Daniël, Hanneke Nijsten, Maartje Kokx, Alwies Hendriks, Ineke Jansen, Esther Keijers, Adrie de Laat, Ben Janssen, Andrea de Groot. Wie ik ook graag wil noemen is John Ekkerink, een fantastische ouderenpsycholoog die mij met zijn

hart voor kwetsbaarheid op het spoor van kwetsbaarheid als rode draad van mijn oratie heeft gezet.

Yolande Kuin en Nardi Steverink, ik zal jullie zo belangrijke bijdrage aan mijn vorming nooit vergeten. Myrra Vernooij-Dassen en Judith Prins dank ik voor de inkijkjes in hun manier van werken en hun adviezen, waar ik veel van heb geleerd. Hans Mooi ben ik zeer dankbaar voor zijn hulp bij het zoeken van mijn weg in de wetenschap en zijn ‘containerbegrip’ dat ik inmiddels al jaren inzet als ik iets nog lekker even niet ga doen.

Cees Hertogh en Sytse Zuidema, het is een voorrecht met jullie samen te werken, evenals met Maud Graff, Richard Oude Voshaar, Gerben Westerhof, Rose-Marie Dröes, Tim Olde Hartman, Peter Lucassen, Anne van den Brink, Sandra van Beek, Cecile Boot, Jan Hamers, Hilde Verbeek, Katrien Luijckx en nog veel meer passievolle mensen met het hart op de goede plek. Martin Smalbrugge wil ik zeker graag noemen. We hebben gezamenlijk onze eerste stappen als senioronderzoeker gezet en werken nog steeds veel samen. Het liefst zou ik je bij alle onderzoeksprojecten betrekken!

Christine Taylor dank ik zeer voor onze geweldige reis in de wereld van StoryCraft (www.storycraft.nl) en de kennismaking met dirty chai lattes! Maaïke Borsboom zorgde als aanblazer (www.aanblazer.nl) dat ik de boel echt scherp kreeg en voorzag de oratie van prachtige illustraties.

Lieve tantes, ooms, nichten, neven, lieve Frans en Annie, lieve Henk, Jouke, Tijne, Abe, Esther, Teun, Kriekie en Suze, en ook

Frank, Gido en Nanda, Jannick, Tristan en Maé, fijn dat jullie er zijn, ik bevind me in een warme familie.

Heddeke, Angelique, Inge M en Inge H, mensen van C-Street, dank voor jullie betrokkenheid bij mijn welbevinden de afgelopen jaren en de affectie, gedragsbevestiging en status die ik van jullie heb ontvangen.

Constance en Steef, al bijna 30 jaar delen wij lief en leed ongeacht waar ter wereld Steef zich bevindt. Jullie zijn mijn zelfgekozen familie en familie heb je voor altijd!

Karen, wat is een fijne zus toch een verrijking van het leven. We zijn er nog en we maken er wat van! Lieve mam, ik ben heel erg blij dat je nog steeds een steunpilaar voor me bent en, vooral, dat je zo gelukkig bent.

Nora en Marius. Mijn motto in het moederschap hoorde ik van Toni Morrison, jaren voordat ik kinderen kreeg. Zij stelde de vraag: 'Does your face light up when your child enters the room?' Ik denk dat ik daar 'JA' op kan antwoorden, daar geven jullie me in ieder geval alle reden toe: jullie zijn het allerliefste meisje en de allerliefste jongen die ik ken.

Jeroen, wij zijn als ware ram en weegschaal behoorlijk tegengesteld en weten dat al 26 jaar gewoon zo te houden! Ons thuis is mijn favoriete plek op aard.

Tot slot ga ik weer terug naar die brief van mijn vader. Zijn punt, 'schitter door ook onder te gaan,' kun je op verschillende manieren interpreteren. Je moet wel eerst even flink afzien voordat je je doel bereikt bijvoorbeeld, zo las ik het eerst. Als alles in je leven vanzelf gaat ben je eerst een geluksvogel, maar diepgang krijg je er niet van, en je wordt er ook niet per sé een begripvoller mens van. Dat las ik er ook in. Maar inmiddels lees ik er nog iets anders in, namelijk: **Door kwetsbaarheid te tonen ga je glanzen.** Want hoewel we het steeds hebben over kwetsbare ouderen in de langdurige zorg, zijn wij met z'n allen ook hartstikke kwetsbaar. En volgens mij moeten we dat niet wegstoppen, maar juist toelaten en laten zien. Dat maakt ons fijnere mensen en maakt dat we het samen beter hebben. Daarom hebben we op ons jaarlijkse UKON-symposium aandacht gevraagd voor openheid over dementie, met de geweldige persoonlijke bijdragen van Toine Heijmans en Anne-Margriet Pot. Daarom bracht ik deze ode aan kwetsbaarheid.

Ik heb gezegd.



Referenties

- Abraha, I., Rimland, J.M., Trotta, F.M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., Cherubini, A., 2017. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *The SENATOR-OnTop series*. *BMJ Open* 7 (3), e012759.
- Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H., Westendorp, R.G., 2016. New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing* 45 (5), 572-576.
- Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., Deccache, A., 2008. Reconsidering patient empowerment in chronic illness: a critique of models of self-efficacy and bodily control. *Soc Sci Med* 66 (5), 1228-1239.
- Ballard, C., O'Brien, J., James, I., Mynt, P., Lana, M., Potkins, D., Reichelt, K., Lee, L., Swann, A., Fossey, J., 2001. Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *Int Psychogeriatr* 13 (1), 93-106.
- Boumans, J., van Boekel, L.C., Baan, C.A., Luijkx, K.G., 2019. How Can Autonomy Be Maintained and Informal Care Improved for People With Dementia Living in Residential Care Facilities: A Systematic Literature Review. *Gerontologist* 59 (6), e709-e730.
- Brechin, A., Walmsley, J., Katz, J., Pearce, S., 1998. *Care Matters: Concepts, Practice and Research in Health and Social Care*. Sage, London.
- Cohen-Mansfield, 2000. Theoretical Frameworks for Behavioral Problems in Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 1 (4), 8-21.
- Cohen-Mansfield, J., Golander, H., Cohen, R., 2017. Rethinking Psychosis in Dementia: An Analysis of Antecedents and Explanations. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 32 (5), 265-271.
- Custers, A.F., Westerhof, G.J., Kuin, Y., Riksen-Walraven, M., 2010. Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging Ment Health* 14 (6), 731-739.
- Custers, A.F.J., Westerhof, G.J., Kuin, Y., Gerritsen, D.L., Riksen-Walraven, J.M., 2013. Need fulfillment in the nursing home: resident and observer perspectives in relation to resident well-being. *Eur J Ageing* 10 (3), 201-209.
- de Vugt, M., Droes, R.M., 2017. Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. *Aging Ment Health* 21 (1), 1-3.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R., Chenco, C., 2011. Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *Int Psychogeriatr* 23 (8), 1205-1212.
- Gerritsen, D.L., 2017. Mensen zoals wij. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 48 (3), 97-99.
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E., Ribbe, M.W., 2004. Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Qual Life Res* 13 (3), 611-624.
- Gerritsen, D.L., van Beek, A.P.A., Woods, R.T., 2019. Relationship of care staff attitudes with social well-being and challenging behavior of nursing home residents with dementia: a cross sectional study. *Aging Ment Health* 23 (11), 1517-1523.
- Gijzel, H., Nap, H.H., Herps, M., Mulder, S., van Klink, M., Schrijer-Snoeijs, S., Kuperus, K., Minkman, M., 2017. De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg Ervaringen uit de praktijk. *KPMG/Vilans, Amstelveen*

- Gijzel, S.M.W., Whitson, H.E., van de Leemput, I.A., Scheffer, M., van Asselt, D., Rector, J.L., Olde Rikkert, M.G.M., Melis, R.J.F., 2019. Resilience in Clinical Care: Getting a Grip on the Recovery Potential of Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 67 (12), 2650-2657.
- Gilmore-Bykovskiy, A.L., Roberts, T.J., Bowers, B.J., Brown, R.L., 2015. Caregiver Person-Centeredness and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia: A Timed-Event Sequential Analysis. *Gerontologist* 55 Suppl 1, S61-66.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., Smid, H., 2011. *How should we define health?* *BMJ* 343, d4163.
- Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M., Döpp, C., 2020. Zorgstandaard Dementie: Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers. *Dementiezorg voor elkaar*.
- Kemper, P., Heier, B., Barry, T., Brannon, D., Angelelli, J., Vasey, J., Anderson-Knott, M., 2008. What do direct care workers say would improve their jobs? Differences across settings. *Gerontologist* 48 Spec No 1, 17-25.
- Kitwood, T., 1997. *Dementia Reconsidered, the Person Comes First*. Open University Press, Maidenhead.
- Klaver, K., Baart, A., 2011. Attentiveness in care: towards a theoretical framework. *Nurs Ethics* 18 (5), 686-693.
- Klaver, K., Baart, A., 2016. Managing socio-institutional enclosure: A grounded theory of caregivers' attentiveness in hospital care. *Eur J Oncol Nurs* 22, 95-102.
- Kromhout, M., Kornalijnslijper, N., de Klerk, M., 2018. Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. *Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag.
- Leontjevas, R., Teerenstra, S., Smalbrugge, M., Koopmans, R.T., Gerritsen, D.L., 2016. Quality of life assessments in nursing homes revealed a tendency of proxies to moderate patients' self-reports. *J Clin Epidemiol* 80, 123-133.
- Lindenberg, S. (1996). Continuities in the Theory of Social Production Functions. In S.M. Lindenberg and H.B. G. Ganzeboom (Eds). *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler* (blz. 169-184). *Thesis Publishers*, Amsterdam.
- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., Teri, L., 2002. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med* 64 (3), 510-519.
- Mallon, C., Krska, J., Gammie, S., 2019. Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England. *Aging Ment Health* 23 (6), 698-705.
- McCarty, E.F., Drebing, C., 2003. Exploring professional caregivers' perceptions. Balancing self-care with care for patients with Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs* 29 (9), 42-48.
- McCormack, B., 2001. *Negotiating Partnerships with Older People: A Person-Centred Approach*. Aldershot, Ashgate.
- McGilton, K.S., Sidani, S., Boscart, V.M., Guruge, S., Brown, M., 2012. The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging Ment Health* 16 (4), 507-515.
- Moniz Cook, E.D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., Verhey, F., 2012. Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* (2), CD006929.
- Nakanishi, M., Hirooka, K., Morimoto, Y., Nishida, A., 2017. Quality of care for people with dementia and professional caregivers' perspectives regarding palliative care in Japanese community care settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 32 (12), 1342-1351.
- Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I., Birken, S., 2019. Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses. *Implement Sci* 14 (1), 51.

- Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., Nolan, J., 2004. Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs* 13 (3a), 45-53.
- Norbergh, K.G., Helin, Y., Dahl, A., Hellzen, O., Asplund, K., 2006. Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique. *Nurs Ethics* 13 (3), 264-274.
- Rasheed, S.P., Younas, A., Sundus, A., 2019. Self-awareness in nursing: A scoping review. *J Clin Nurs* 28 (5-6), 762-774.
- Rijcken, S., Halfens, R.J.G., Schols, M.G.A., Everink, I., 2018. Care Dependency of Nursing Home Residents in the Netherlands: 2010-2017. *Nursing Home Research International Working Group & Long-Term Care Research* (Conference abstract).
- Samus, Q.M., Rosenblatt, A., Steele, C., Baker, A., Harper, M., Brandt, J., Mayer, L., Rabins, P.V., Lyketsos, C.G., 2005. The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia. *Gerontologist* 45 Spec No 1 (1), 19-26.
- Sanford, A.M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A.M., Arai, H., Bauer, J.M., Cruz-Jentoft, A.J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., Hajjar, R., Holmerova, I., Katz, P.R., Koopmans, R.T., Rolland, Y., Visvanathan, R., Woo, J., Morley, J.E., Vellas, B., 2015. An international definition for "nursing home". *J Am Med Dir Assoc* 16 (3), 181-184.
- Selbaek, G., Engedal, K., Bergh, S., 2013. The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 14 (3), 161-169.
- Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M., 2000. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol* 55 (1), 5-14.
- Sloane, P.D., Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Gill, K.S., Preisser, J.S., 2005. Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist* 45 Spec No 1 (1), 37-49.
- Smalbrugge, M., Pot, A.M., Jongenelis, L., Gundy, C.M., Beekman, A.T., Eefsting, J.A., 2006. The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 21 (4), 325-332.
- Spector, A., Orrell, M., Goyder, J., 2013. A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Res Rev* 12 (1), 354-364.
- Steverink, N., 2014. Chapter: Successful development and ageing: Theory and intervention. In, *The Oxford handbook of clinical geropsychology*. Oxford University Press; US, New York, NY, pp. 84-103.
- Steverink, N., Lindenberg, S., Slaets, J.P.J., 2005. How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*. 2 (4), 235-244.
- Steverink, N., Lindenberg, S., Spiegel, T., Nieboer, A.P., 2020. The Associations of Different Social Needs with Psychological Strengths and Subjective Well-Being: An Empirical Investigation Based on Social Production Function Theory. *Journal of Happiness Studies* 21 (3), 799-824.
- Strauss, G.P., Sandt, A.R., Catalano, L.T., Allen, D.N., 2012. Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 53 (8), 1137-1144.
- Tatsumi, H., Nakaaki, S., Torii, K., Shinagawa, Y., Watanabe, N., Murata, Y., Sato, J., Mimura, M., Furukawa, T.A., 2009. Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: a two-year follow-up study. *Psychiatry Clin Neurosci* 63 (3), 374-384.
- Teri, L., Logsdon, R.G., 1991. Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: the pleasant events schedule-AD. *Gerontologist* 31 (1), 124-127.
- Timmermann, M., 2010. Relationale afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met demantie. *Tilburg University*.
- Torisson, G., Stavenow, L., Minthon, L., Londos, E., 2016. Reliability, validity and clinical correlates of the Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL-AD) scale in medical inpatients. *Health Qual Life Outcomes* 14, 90.

- van Campen, C., Verbeek-Oudijk, D., 2017. Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. *Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag.
- van de Ven-Vakhteeva, J., Bor, H., Wetzels, R.B., Koopmans, R.T., Zuidema, S.U., 2013. The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 28 (5), 530-538.
- van der Wolf, E., van Hooren, S.A.H., Waterink, W., Lechner, L., 2019. Psychiatric and behavioral problems and well-being in gerontopsychiatric nursing home residents. *Aging Ment Health*, 1-9.
- van Klaveren, S., van de Werfhorst, K.J., Meys, N., Brouwer, L., van der Harg, A., Cazemier, G., 2017. Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg: Ervaringen van aanvragers en professionals. *BMC Advies*, Amersfoort.
- van Weert, J.C., van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M., 2005. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Educ Couns* 58 (3), 312-326.
- Verbeek-Oudijk, D., van Campen, C., 2017. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/2016. *Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag.
- Verkaik, R., Francke, A.L., van Meijel, B., Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W., Bensing, J.M., 2011. The effects of a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 26 (7), 723-732.
- Vogel, A., Mortensen, E.L., Hasselbalch, S.G., Andersen, B.B., Waldemar, G., 2006. Patient versus informant reported quality of life in the earliest phases of Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 21 (12), 1132-1138.
- Westerhof, G.J., Korte, J., Eshuis, S., Bohlmeijer, E.T., 2018. Precious memories: a randomized controlled trial on the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging Ment Health* 22 (11), 1494-1501.
- Westerhof, G.J., van Vuuren, M., Brummans, B.H., Custers, A.F., 2014. A Buberian approach to the co-construction of relationships between professional caregivers and residents in nursing homes. *Gerontologist* 54 (3), 354-362.
- Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J., Pot, A.M., 2015. Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health* 19 (5), 444-452.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., Woods, B., 2010. Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging Ment Health* 14 (6), 652-669.
- Winzelberg, G.S., Williams, C.S., Preisser, J.S., Zimmerman, S., Sloane, P.D., 2005. Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care facilities. *Gerontologist* 45 Spec No 1 (1), 106-114.
- Yap, P.L.K., Goh, J.Y.N., Henderson, L.M., Han, P.M., Ong, K.S., Kwek, S.S.L., Ong, E.Y.H., Loh, D.P.K., 2008. How do Chinese patients with dementia rate their own quality of life? *International Psychogeriatrics* 20 (3), 482-493.
- Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., Boustani, M., Dobbs, D., 2005. Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *Gerontologist* 45 Spec No 1 (1), 133-146.
- Zorginstituut, 2017. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: *Samen leren en verbeteren*. Diemen.
- Zuidema, S.U., Smalbrugge, M., Bil, W.M.E., Geelen, R., Kok, R.M., Luijendijk, H.J., van der Stelt, I., van Strien, A.M., Vink, M.T., Vreeken, H.L., 2018. *Multidisciplinary Guideline problem behaviour in dementia*. Verenso, NIP, Utrecht.
- Zwijssen, S.A., van der Ploeg, E., Hertogh, C.M., 2016. Understanding the world of dementia. How do people with dementia experience the world? *Int Psychogeriatr* 28 (7), 1067-1077.

Kwetsbaar of niet, de elementen van welbevinden zijn voor iedereen gelijk

Probleemgedrag en welbevinden zijn onlosmakelijk verbonden: beide komen voort uit (on) vervulde behoeften

Probleemgedrag beïnvloedt het welbevinden van professionals

Gedrag en welbevinden van professionals hangen nauw samen met het welbevinden van kwetsbare mensen

Relatiegerichte zorg kan het welbevinden van alle betrokkenen verbeteren

Hiervoor is nodig dat professionals persoonlijk leiderschap en kwetsbaarheid tonen

Welbevinden in langdurige zorg

- ONDERZOEKSVRAGEN:
- Wat is welbevinden?
 - Hoe werkt welbevinden? (en als dingen misgaan)?
 - Hoe ondersteun je welbevinden?

Ode aan kwetsbaarheid

oratie Debby Gerritsen

UKON



De langdurige zorg ondersteunt mensen die vaak niet alleen op lichamelijk gebied kwetsbaar zijn, maar ook op psychisch en/of sociaal gebied. Als er op één gebied iets gebeurt, heeft dat meestal gevolgen voor andere gebieden. Dit maakt het heel ingewikkeld om goed voor deze mensen te zorgen. Naast de focus die er jaren heeft gelegen op problemen en beperkingen van kwetsbare mensen, is belangrijk om te kijken naar wat iemand wel kan, wie iemand is. Denken vanuit een welbevinden perspectief kan niet alleen helpen om bij te dragen aan tevredenheid en geluk, maar ook om moeilijkheden zoals probleemgedrag aan te pakken. Daarbij gaat het niet alleen om het welbevinden van kwetsbare mensen en hun naasten, maar ook om het welbevinden en de behoeften van de professionals om hen heen. Werken aan welbevinden vraagt een persoonlijke investering in de zorgrelatie en daarmee ook kwetsbaarheid van zorgverleners.

Prof. dr. Debby L. Gerritsen (Winterswijk, 1973) behaalde in 1997 haar doctoraaldiploma Psychologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, met als afstudeerrichting Psycho-gerontologie. In 2004 promoveerde zij aan de Vrije Universiteit in Amsterdam op het proefschrift 'Quality of life and its measurement in nursing homes'. Sinds 2007 werkt zij op het Radboudumc als onderzoeker. Met ingang van 1 april 2019

is zij hoogleraar 'Welbevinden van kwetsbare ouderen en mensen met chronische ziekten in de langdurige zorg' op een leerstoel namens het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen.

Het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (www.ukon-netwerk.nl) is een duurzaam lerend netwerk waarin 15 organisaties voor verpleging, verzorging en thuiszorg en de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc samenwerken aan de verbetering van de zorg en behandeling van ouderen en mensen met chronische ziekten (> 14.000 verpleeghuisplaatsen). Het doel van UKON is de kwaliteit van leven én van de zorg voor hen te verbeteren. UKON wil dit realiseren door kennis te ontwikkelen, deze kennis te delen en te vertalen in praktische producten en deze te implementeren in de zorgpraktijk.





Door
kwetsbaarheid
te tonen ga je
glanzen.

