

2023 -
2024

Oplossingsgericht werken bij levensmoeheid

EINDWERK KORZYBSKI
ASTRID DE MEESTER



Voorwoord

Vier jaar geleden begon ik met de opleiding aan het Korzybski instituut. Ik herinner mij dat de lesgever, Erwin De Bisschop, toen vertelde dat we na de opleiding niet meer anders zouden kunnen dan oplossingsgericht denken. Ik wist toen nog niet goed wat ik mij daarbij moest voorstellen, maar ondertussen geef ik hem de volle 100% gelijk. Het oplossingsgerichte gedachtengoed is deel geworden van mijzelf, zowel op werkvlak als privé.

Graag bedank ik hiervoor alle lesgevers. Les na les brachten ze me steeds nieuwe inzichten bij en tonnen inspiratie. Telkens was er wel iets waarvan ik dacht 'dit moet ik echt uitproberen met die cliënt'. Evenzeer leerde ik heel veel bij van mijn medestudenten en in het bijzonder van mijn intervisiegroepje. We zijn allen werkzaam in heel uiteenlopende settings, en toch vinden we elkaar zo goed in het oplossingsgerichte en konden we elkaar dikwijls inspireren.

Mijn man Michiel bedank ik ook voor alle mentale en praktische steun tijdens de opleiding en tijdens het schrijven van dit eindwerk. De combinatie van werk, opleiding en de geboorte van ons zoontje was pittig, dus ik ben je eeuwig dankbaar voor alle wandelingen die je ging maken met Léon zodat ik toch enkel uren ongestoord kon werken.

Ten slotte wil ik zeker de bewoners van de woonzorgcentra waar ik werkzaam ben zeker niet vergeten. Zij vormen de grote inspiratie voor dit eindwerk over levensmoeheid. Met hun vele jaren op de teller zijn sommigen expert in oplossingsgerichte therapie, zonder dit zelf te beseffen. Elke dag leer ik bij van hun wijsheid.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Verduidelijking van de terminologie.....	4
2.1 Levensmoeheid.....	4
2.2 Euthanasie.....	8
2.3 Suicide.....	9
2.4 Algemene gesprekken rond levenseinde.....	10
3. Oplossingsgericht werken en het Brugs model: kader en toepassing bij levensmoeheid.....	11
3.1 Uitgangspunten van het oplossingsgericht model.....	11
3.2 Therapeutische relatie.....	14
3.3 Flowchart Brugs model.....	18
4. Praktische toepassing: oplossingsgerichte gesprekskaarten rond levensmoeheid.....	31
4.1 Kaarten voor gesprek tussen zorgverleners en bewoner.....	32
4.2 Kaarten om te gebruiken in team, zorgverleners onderling.....	34
4.3 Kaarten om te gebruiken voor gesprek tussen zorgverlener en naasten/familie van bewoner..	36
5. Conclusie.....	38

Bronnen

Bijlage: gesprekskaarten

1. Inleiding

Als psycholoog werkzaam in de ouderenzorg word ik regelmatig geconfronteerd met mensen die aangeven dat ze er liever niet meer zouden zijn. De uitspraken zijn soms zeer rechtuit: 'ik denk er aan om mezelf iets aan te doen', 'ik zou liever niet meer wakker worden', 'ik wil een spuitje krijgen',... en soms wat subtieler: 'het is goed geweest', 'ik wil geen 100 jaar worden',...of men stelt net bepaalde gedragingen die worden opgemerkt door de omgeving: vb. plots minder eten, zich niet meer (laten) verzorgen, niet meer deelnemen aan sociale activiteiten... Mensen geven op ontelbaar veel manieren aan dat het leven voor hen niet meer hoeft. Soms is er een duidelijk verlangen naar de dood, maar vaak geeft men vooral aan dat men het 'nut' van het leven niet meer inziet. Soms is dit gelinkt aan een duidelijk psychisch lijden, vb. een depressieve episode of is er een fysieke reden zoals pijn die aan de basis ligt van deze vraag, of de combinatie van beiden. Echter is er meestal niet zo'n duidelijke 'oorzaak' en gaat het dikwijls om een samenspel van veel verschillende (onduidelijke) factoren.

Uiteraard is dit een verschijnsel dat bij alle leeftijdsfases kan horen. Toch merk ik dat deze uitspraken vaak lijken voor te komen op oudere leeftijd. Ook op vlak van suïcide bijvoorbeeld, behoren mannelijke 75+'ers tot de grootste risicogroep in België (Zelfmoord 1813, z.d.). Gezien mijn eigen werkveld en expertise zal ik mij in dit eindwerk vooral focussen op ouderen. Meer specifiek baseer ik me op mijn ervaringen met de meest kwetsbare 65-plussers, namelijk personen die in een woonzorgcentrum (WZC) wonen. Deze mensen behoren over het algemeen tot de groep ouderen met de hoogste graad van zorgbehoevendheid. De 'ouderen' zijn immers een zeer diverse groep met grote verschillen op gebied van fysieke gezondheid, zorgbehoevendheid, activiteiten, sociale omkadering, woonsituatie,.. Een negentigjarige die nog thuis woont, zelf iedere dag z'n potje kookt en met de fiets naar de bakker gaat, is niet te vergelijken met iemand van dezelfde leeftijd die in een WZC woont en hulp nodig heeft om naar het toilet te gaan en zich te wassen. Om deze reden zal ik ook vooral spreken over 'bewoners', afgewisseld met 'cliënten'.

Het oplossingsgericht gedachtengoed is in mijn ogen goed verenigbaar met deze complexe situaties. Als oplossingsgericht therapeut ga je er immers van uit dat je kan bijdragen aan het creëren van mogelijkheden als iemand maar één soort uitkomst of oplossing lijkt te zien, in dit geval de dood. Naast de aanpak bij individuele therapeutische gesprekken zal ik in dit eindwerk ook beschrijven hoe je als oplossingsgericht therapeut zorgverleners in een WZC (zoals verpleegkundigen, zorgkundigen, huisartsen, ergotherapeuten, animatoren,...) en naasten (mantelzorgers, partners, kinderen,...) kan ondersteunen om met levensmoeheid om te gaan. Het is immers mijn ervaring dat zij vaak niet goed weten hoe te reageren als een bewoner het gesprek start over dit thema, waardoor er soms opportuniteiten blijven liggen. De dood is voor iedereen een relevant thema, maar toch wordt het vaak vermeden als gespreksonderwerp. Met dit eindwerk hoop ik wat meer openheid te creëren en mijn

collega's een aantal handvaten aan te reiken in situaties waarin men niet meteen een duidelijk antwoord heeft op de vraag of het probleem van de bewoner. Ik ben er immers van overtuigd dat het oplossingsgerichte kader ook op die momenten een zinvolle insteek kan bieden, zowel om open te spreken rond dit thema, erkenning te bieden aan de moeilijkheden die de cliënt ervaart en verschillende mogelijkheden terug zichtbaar proberen te maken, zonder de bewoner in een bepaalde richting te willen sturen.

2. Verduidelijking van de terminologie

Dit eindwerk zal zich focussen op het fenomeen levensmoeheid bij oudere (= ouder dan 65 jaar) personen. Er zijn echter verschillende termen in gebruik in de literatuur die te maken hebben met levenseinde en het hebben van een doodswens bij ouderen, waarbij deze begrippen ook dikwijls door elkaar gebruikt worden of met elkaar verward worden. Vandaar worden hieronder enkele termen verduidelijkt.

Zoals hierboven reeds vermeld, zijn er heel veel manieren waarop mensen aangeven dat ze verlangen naar de dood, of dat ze het leven moe zijn. Deze twee gaan vaak hand in hand, maar dit is niet steeds zo. In eerste instantie zijn er vaak vage uitspraken waarmee iemand duidelijk maakt dat hij of zij liever niet meer zou leven of wil sterven. Het is dan ook nodig om zeker voldoende te concretiseren wat iemand precies bedoelt. De ervaring en beleving verschilt immers erg van individu tot individu. Hieronder worden enkele algemene concepten verduidelijkt die regelmatig terugkeren in gesprekken met ouderen en in de literatuur.

2.1 Levensmoeheid

In de literatuur kom je verschillende termen tegen die nauw verwant zijn aan elkaar en waarbij de gelijkenissen en/of de verschillen niet steeds duidelijk zijn: vb. levensmoeheid, voltooid leven, lijden aan het leven,... In Vlaanderen wordt de term levensmoeheid vaak gehanteerd. De definitie hiervan varieert naargelang de bron die men raadpleegt (Van Den Noortgate et al., 2016).

Een veelgebruikte definitie is deze zoals geformuleerd door Evelien Delbeke (2012): *"Psychisch lijden van een persoon die door (een combinatie van) medische en/of niet-medische factoren geen of slechts gebrekkige levenskwaliteit (meer) ervaart en als gevolg daarvan de dood boven het leven verkiest"*.

Dit is dus een zeer brede definitie, levensmoeheid kan immers op heel veel verschillende manieren naar voor komen. Ook worden er bijvoorbeeld in Nederland andere gerelateerde termen gebruikt zoals 'voltooid leven' en 'klaar met het leven'. Het grootste verschil met levensmoeheid is dat er bij levensmoeheid per definitie sprake is van een lijdensdruk, in tegenstelling tot bij voltooid leven of klaar met leven (Van Den Noortgate et al., 2016).

Voltooid leven kan als volgt omschreven worden:

“De toestand waarin een oudere tot de conclusie is gekomen dat de waarde en de zin van zijn leven zodanig zijn afgenomen, dat hij of zij de dood gaat verkiezen boven het leven” (Peters 2011, geciteerd in: Adviescommissie Voltooid Leven 2016)

Kenmerkend voor die definitie is dat voltooid leven ook zonder lijden kan voorkomen (mijn leven is voltooid, het mag stoppen en dat is ok), dat het een beleving van ouderen is, en dat ze gepaard gaat met een persisterende, actieve doodswens. Dit is verschillend van levensmoeheid, waarbij de nadruk ligt op het lijden, het niet per se gerelateerd is aan leeftijd en de doodswens niet altijd even duidelijk is (Van Den Noortgate et al., 2016)

Uit onderzoek van Daeleman en De Lepeleire (2019) blijkt dat bijvoorbeeld ook huisartsen geen eenduidige definitie hanteren, en in de praktijk hun eigen interpretatie maken. Wel is men er in deze groep ook in het algemeen over eens dat psychisch lijden deel uit maakt van levensmoeheid.

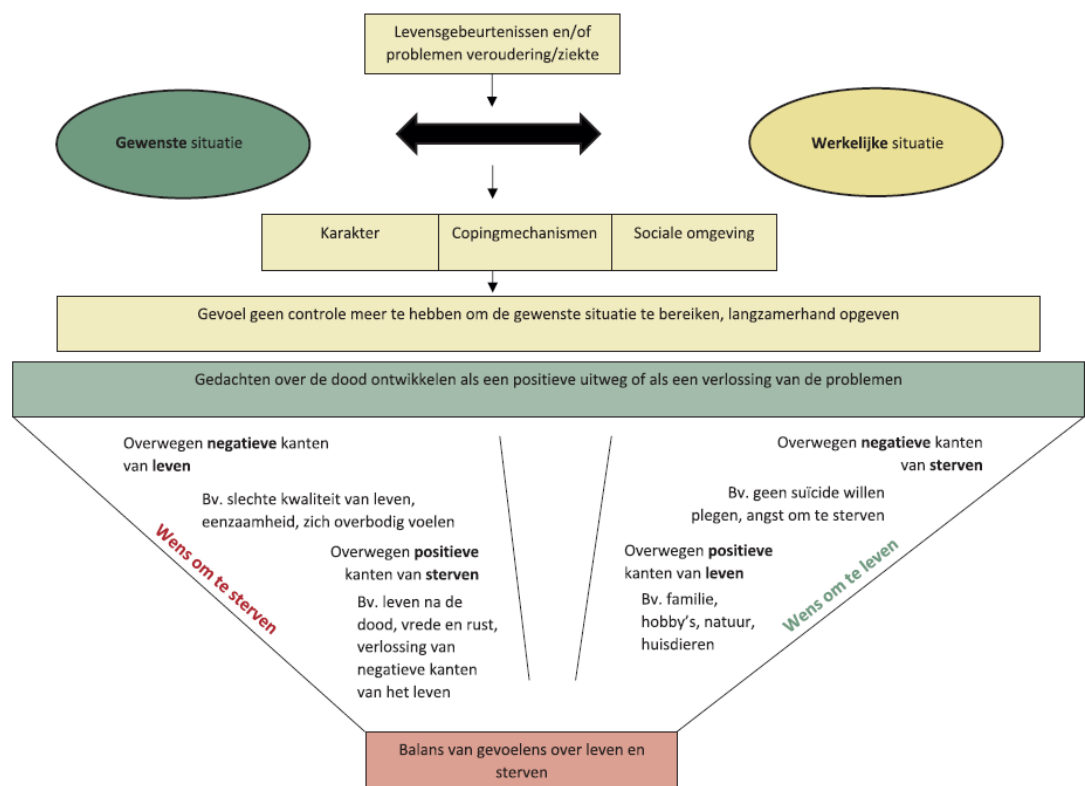
De onderliggende factoren van levensmoeheid zijn zeer individueel bepaald. Een eerste belangrijk aandachtspunt is dat lijden (met als tegenpool welbevinden) zeer verschillende dimensies heeft en steeds persoonlijk is. Het is de verhouding tussen de persoonlijke ervaring en de individuele interpretatie die men geeft aan deze ervaring die bepalend is of iemand levensmoeheid ervaart. De betekenis die een individu geeft aan bepaalde ervaringen kan dus variëren. Dit betekent ook dat er geen rechtstreeks verband hoeft te bestaan tussen de bron of de oorzaak van het lijden en de beleving ervan. Soms kan iets als bron van lijden worden aangegeven (v.b. tot last zijn voor anderen) terwijl dit door de zorgverlener helemaal niet zo wordt herkend (Van Den Noortgate et al., 2016). Er zijn dus geen objectieve, duidelijke oorzaken van levensmoeheid, maar het gaat om zeer persoonlijke factoren die afhangen van individu tot individu. Dezelfde omstandigheden zorgen bij de ene persoon voor een gevoel van levensmoeheid terwijl een andere persoon het misschien juist ziet als een uitdaging om zijn/haar leven op een andere manier vorm te geven.

Rurup et al. (2011) deden onderzoek naar de beleving van ouderen en kwamen tot de bevinding dat zingevingsproblematiek, isolatie/ eenzaamheid en lichamelijke achteruitgang allen een belangrijke rol spelen bij levensmoeheid. Daarnaast bepalen ook het karakter, de sociale omgeving en de coping-mechanismen van een persoon of deze een gevoel krijgt geen controle meer te hebben om de gewenste situatie te verwezenlijken. Een grote discrepantie tussen de gewenste situatie en de werkelijke situatie in combinatie met het gevoel er geen controle meer over te hebben om opnieuw een gewenste situatie te bereiken, leidt tot de wens te sterven. De gevolgen van het sterven zoals het vinden van rust en de verlossing van negatieve kanten van het leven worden dan gezien als een positieve uitkomst, een oplossing voor deze persoon. Hoe levensmoeheid kan ontstaan, wordt

schematisch weergegeven door Rurup et al. (2011) (*figuur 1*). Het is dus de combinatie van een discrepantie tussen de gewenste situatie en de werkelijke situatie, met het gevoel zelf geen controle meer te hebben om de gewenste situatie te bereiken die er toe leidt dat het idee ontstaat dat de dood een betere oplossing zou zijn. In oplossingsgerichte termen, kan men dit zien als het symptoom dat reeds een oplossing is voor een moeilijkheid die wordt ervaren. De dood is de oplossing voor de gewenste situatie die buiten bereik lijkt te liggen.

Figuur 1

Ontstaan van Levensmoeheid (Rurup et al., 2011)



Hieronder worden kort enkele mogelijke lichamelijke (medische) factoren, psychische, spirituele/existentiële factoren en socio-economische factoren geschetst die kunnen bijdragen aan het bovenstaande proces van levensmoeheid (Zorgnet-Icuro, 2020).

- **Lichamelijk:** Lichamelijke klachten zoals pijn, chronische aandoeningen (bv. slechthorend of doof, slechtziend, doof blind, reuma, maag-darmproblemen, hartfalen met kortademigheid als gevolg) en verminderde of slechte mobiliteit spelen vaak een rol in het ontstaan van levensmoeheid bij ouderen. Meestal gaat het om meerdere lichamelijke klachten die samen een grote lichamelijke kwetsbaarheid teweegbrengen en daardoor

een sterke impact hebben op het dagelijks functioneren van ouderen. Ouderen hebben door deze lichamelijke klachten gaandeweg meer hulp nodig bij het eten en drinken, wassen en aankleden en bij verplaatsingen (Zorgnet-Icuro, 2020).

- Psychisch: Zoals in het model hierboven beschreven speelt de manier van omgaan ('coping') met bijvoorbeeld lichamelijke verandering of veranderingen in de omgeving (vb. verhuis naar een WZC) ook een rol in het ontstaan van levensmoeheid (Zorgnet-Icuro, 2020). Sommige ouderen kunnen bijvoorbeeld heel wat lichamelijke klachten hebben, verliessituaties ondergaan,.. en toch een gevoel van welbevinden behouden doordat zij een manier vinden om hier mee om te gaan, bijvoorbeeld door het zoeken van sociale steun, een hobby waar ze in kunnen opgaan,...waardoor zij terug dichterbij de gewenste situatie komen. Ook bepaalde cognities zijn van invloed, bijvoorbeeld: *"Een mens moet toch nuttig zijn"* of *"Je mag anderen toch niet te veel tot last zijn"*. Iemand met deze gedachten zal het lastiger vinden om in een woonzorgcentrum te verblijven en afhankelijk te zijn, dan iemand die er van overtuigd is dat het goed is om hulp te vragen na zelf een leven lang hard gewerkt te hebben (Rurup et al. 2011). Daarnaast kunnen ook psychiatrische aandoeningen zoals een depressie een rol spelen in het ontstaan van levensmoeheid (Zorgnet-Icuro, 2020).
- Sociaal: het afbrokkelen van het sociaal netwerk en minder maatschappelijke participatie is ook een risicofactor voor levensmoeheid. Ouderen worden door de band genomen vaker geconfronteerd met verliessituaties: overlijden van partner, vrienden, verhuis naar een wzc, wegvallen van hobby's,...Een gevoel van eenzaamheid komt frequent voor bij ouderen. Ook eenzaamheid op zich is een multifactorieel begrip en wordt niet enkel beïnvloed door de grootte van het sociaal netwerk, maar ook door persoonlijke factoren zoals sociale vaardigheden, beperkte mobiliteit,... en interpersoonlijke factoren (vb. conflicten) en maatschappelijke factoren (vb. financiële problemen, individualisering van de maatschappij,...) (Van Den Noorgate et al., 2016)
- Existentieel: Levensmoeheid heeft ook te maken met moeilijkheden om nog zin en betekenis in het leven te vinden. De lichamelijke, psychische en sociale risicofactoren kunnen ertoe bijdragen dat ouderen hun leven niet meer als zinvol ervaren. Ze hebben het gevoel dat ze er niet meer bij horen in de maatschappij en voelen zich niet begrepen, wat er vaak toe leidt dat ouderen zich nog meer gaan terug trekken. Deze ervaringen kunnen leiden tot een fundamenteel gevoel van existentiële eenzaamheid (Vanlaere 2006;

VLESP 2019). Ook het gevoel van niets meer te kunnen betekenen voor anderen – en zich vooral tot last voelen voor anderen – kan tot een existentiële crisis leiden en een gevoel van levensmoeheid voeden. Mensen beschouwen een zinvol leven veelal als een leven waarin zij iets kunnen geven aan anderen of iets kunnen betekenen voor anderen op wie zij zich erg betrokken voelen (Vanlaere, 2006). Onze westerse samenleving acht vooral de waarde van autonomie heel erg belangrijk. We willen zelf kunnen beslissen over belangrijke aspecten van ons eigen leven. Onafhankelijk kunnen zijn en zelf de touwtjes in handen hebben zijn persoonlijke en maatschappelijke idealen die we hoog in het vaandel dragen. Dit denkpatroon heeft dan ook invloed op de manier waarop ouderen naar hun eigen levenssituatie kijken. De waarde van autonomie kleurt sterk de inhoud die mensen geven aan ‘waardigheid’. De angst voor afhankelijkheid, voor verlies van waardigheid en om een ander tot last te zijn, hangen samen met het belang en de betekenis die we geven aan waarden als autonomie, waardigheid en verantwoordelijkheid (Vanlaere et al. 2006; van Wijngaarden et al. 2018).

2.2 Euthanasie

Soms ervaren personen die levensmoe zijn dermate een lijdensdruk dat men een vraag stelt naar euthanasie. In België wordt euthanasie gedefinieerd als “een opzettelijke levensbeëindiging door een arts op uitdrukkelijk verzoek van een betrokkene”. De wet is van kracht sinds 2002. Er zijn vier grondvoorwaarden om euthanasie te kunnen krijgen:

- De (volwassen) verzoeker is wilsbekwaam
- Er is een vrijwillig, herhaald en volgehouden verzoek
- De verzoeker heeft een ernstig, ongeneeslijke aandoening, veroorzaakt door ziekte of ongeval
- De verzoeker vertoont ondraaglijk en onbehandelbaar fysiek en/of psychisch leed veroorzaakt door de aandoening

Er dient ook een strikte procedure gevolgd te worden: er moet een schriftelijk verzoek zijn, er moeten verschillende artsen geraadpleegd worden, de verzoeker moet geïnformeerd zijn over resterende behandelingsmogelijkheden, het euthanasieverzoek moet besproken worden met het verplegend team en er moet overlegd worden met familie indien de patiënt toestemming geeft. Er is ook een wachttijd nodig van minstens een maand als de patiënt niet beschouwd wordt als terminaal (LEIF, 2024).

Onder artsen en andere zorgverleners heerst er een debat of levensmoeheid op zich een argument zou mogen zijn om dergelijk verzoek in te willigen. Er is immers geen sprake van een ‘ernstige

ongeneeslijke aandoening veroorzaakt door ziekte of ongeval' en dat maakt euthanasie omwille van levensmoeheid of voltooid leven momenteel onmogelijk. Bij veel ouderen die kampen met levensmoeheid is er echter wel sprake van polypathologie (een combinatie van verschillende (ongeneeslijke) aandoeningen), vb. iemand met gehoorproblemen, immobiliteit en afasie. Dit lijden omwille van polypathologie, kan in sommige gevallen wel een grondslag zijn voor euthanasie (Distelmans, 2019)

Uiteraard zijn er ook andere redenen om een euthanasieverzoek in te dienen, dit voornamelijk omwille van een ondragelijk en ongeneeslijk fysiek lijden, maar ook mensen die ondraaglijk psychisch lijden kunnen in aanmerking komen voor euthanasie in België.

2.3 Suicide

Sommige ouderen hebben niet enkel een passieve wens om te sterven, maar denken er aan om zelf een einde te maken aan het leven. Dit kan onder andere ook voorkomen bij ouderen met levensmoeheid. Echter heeft zeker niet iedereen die klachten uit van levensmoeheid ook suïcidale gedachten, en omgekeerd valt een persoon met suïcidale gedachten niet steeds onder de noemer 'levensmoe'. Net als bij levensmoeheid gaat het bij suïcidaliteit altijd om een complex samenspel van veel verschillende factoren (lichamelijk, psychisch en sociaal).

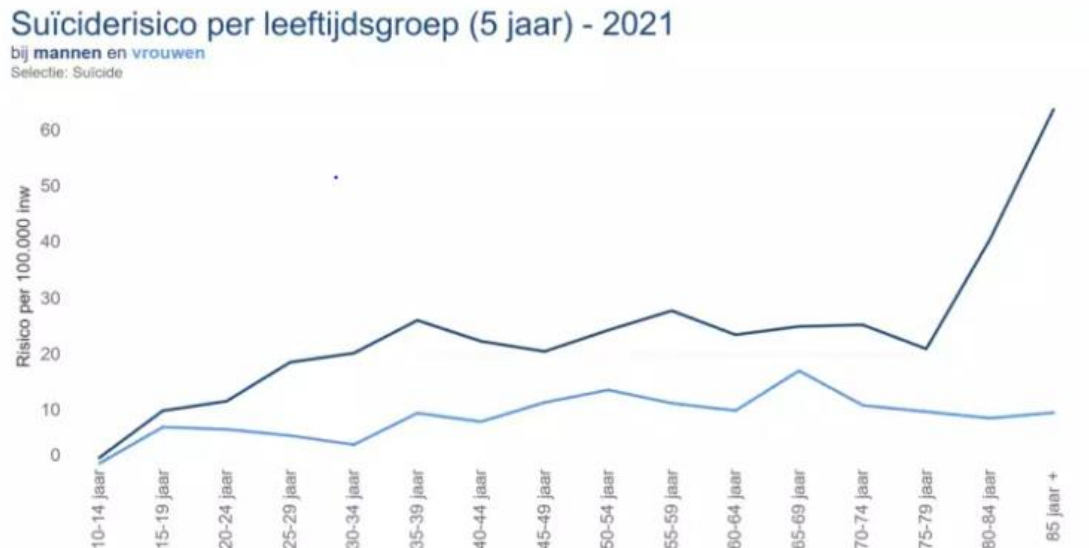
Soms wordt suïcidaal gedrag als normaal gezien door hulpverleners bij personen met een zekere leeftijd, men spreekt dan van een 'balanssuïcide'. Men maakt de balans op van het leven en er volgt een rationele overweging om er een einde aan te maken. Dit gaat echter voorbij aan het lijden dat deze ouderen ervaren en de hopeloosheid die hen drijft, net zoals bij jongere personen met suïcidaal gedrag (VLESP, 2019). De eigen visie van de therapeut tegenover suïcidaliteit bij ouderen is dus cruciaal, aangezien vooroordelen een grote invloed kunnen hebben op de behandeling. Net zoals bij jongeren is een open en erkennende houding tegenover de doodswens van groot belang.

In België behoren (voornamelijk mannelijke) 70+'ers tot een van de grootste risicogroepen voor suïcide. Er zijn verhoudingsgewijs ook meer fatale suïcidepogingen dan bij jongere leeftijdsgroepen. Onderzoek wijst uit dat ouderen de suïcide beter voorbereiden en voor dodelijkere methodes kiezen. De meeste suïcides gebeuren bij ouderen die thuis wonen (VLESP, 2019). Suïcides in woonzorgcentra komen minder voor door de aanwezigheid van protectieve factoren zoals een verhoogde waakzaamheid, betere medische supervisie (bv. snellere detectie en behandeling van problematieken) en een dichte opvolging van de bewoners. Daarnaast is het door fysische of psychische redenen vaker moeilijk om een suïcide zorgvuldig te plannen en voor te bereiden in een woonzorgcentrum en is er minder toegang tot middelen (Scocco et al., 2009; Scocco et al., 2006). Dit neemt niet weg dat er ook

in de WZC's regelmatig ouderen zijn die aangeven dat zij er soms of vaak aan denken om hun eigen leven te beëindigen of effectief een suïdepoging ondernemen.

Figuur 2

Suïciderisico per leeftijdsgroep (Zelfmoord 1813, 2021)



2.4 Algemene gesprekken rond levenseinde

Ook wanneer een oudere geen signalen geeft dat het leven niet meer hoeft op dit moment, is het levenseinde een thema dat regelmatig ter sprake komt bij het werken met een oudere populatie. Wanneer men een bepaalde leeftijd heeft bereikt, en zeker wanneer men met bepaalde klachten of een daling in het functioneren te maken krijgt, gaat men in het algemeen hier meer over nadenken: hoe wil ik dat de rest van mijn leven er uit ziet, wat is voor mij nog belangrijk, hoe wil ik sterven, wat wil ik wel nog en wat wil ik niet meer? Ook wanneer iemand dit niet zelf ter sprake brengt, is het in woonzorgcentra en andere instellingen zoals ziekenhuizen gebruikelijk dat zorgverleners zelf een gesprek initiëren rond dit thema. Zo is het in veel woonzorgcentra de gewoonte dat er binnen de eerste maanden na de verhuis een gesprek plaatsvindt rond vroegtijdige zorgplanning. In dergelijk gesprek wordt er met de bewoner, zijn of haar naasten en zorgverleners besproken welke medische behandelingen deze persoon al dan niet nog wenst. Vindt hij of zij het bijvoorbeeld belangrijk om alles op alles te zetten voor een zo lang mogelijk leven of is vooral het comfort van belang? Zal er nog een operatie uitgevoerd worden? Wil hij of zij nog opgenomen worden in het ziekenhuis of blijft hij of zij liever in de vertrouwde omgeving, wetende dat niet alle behandelingen daar kunnen uitgevoerd worden? Wil hij of zij nog gereanimeerd worden? Voor de huisartsen en zorgverleners die deze

gesprekken voeren, zijn dit vanzelfsprekende vragen en gaat het tevens over een praktisch nut (v.b. een huisarts van wacht die de bewoner niet kent, moet in het weekend ook weten wat de wensen zijn van een bewoner). Voor sommige bewoners en hun naasten zijn deze vragen zeer confronterend en men zou dit onderwerp liever vermijden. Voor anderen betekent het net een geruststelling om reeds een aantal beslissingen te nemen wanneer men zeker is dat dit nog kan.

3. Oplossingsgericht werken en het Brugs model: kader en toepassing bij levensmoeheid

3.1 Uitgangspunten van het oplossingsgericht model (Isebaert, 2022)

“If it ain’t broke, don’t fix it

Once you found out what works, do more of it

If it doesn’t work do something else “

(Isebaert, 2022, p. 29)

- Gericht op gezondheid: We proberen zicht te krijgen op wat er wel goed gaat in het leven van de cliënt. Waar zitten de sterktes en wat zijn de kwaliteiten van iemand en hoe kunnen we dit verder inzetten en versterken?
 - Dit kan bijvoorbeeld door het stellen van uitzonderingsvragen: wanneer is het gevoel van levensmoeheid niet of minder aanwezig? Wanneer is het een klein beetje beter? Wanneer kan iemand nog een beetje genieten, wat zijn de lichtpuntjes? Op welke momenten kan het gevoel van levensmoeheid wat op de achtergrond verdwijnen? Uiteraard is het belangrijk dat deze vragen gesteld worden met voldoende respect voor het lijden. Het bestaan van het gevoel van levensmoeheid en het lijden moet erkend worden, enkel wordt er nog iets naast geplaatst. Als men merkt dat mensen moeite hebben om op deze vragen te antwoorden, kan dit ook anders geformuleerd worden: Wanneer gaat het iets minder slecht?
 - Schaalvragen kunnen een meer genuanceerd beeld geven i.p.v. binair naar het probleem te kijken (het is er of het is er niet). Het is niet of levensmoe, of niet

levensmoe. De levensmoeheid kan minder of meer aanwezig zijn op bepaalde momenten.

- Welke opdrachten of interventies passen bij de mogelijkheden van de cliënt? Hierbij hoort ook de vraag wat realistische doelstellingen zijn voor die persoon. Misschien is het voor iemand bijvoorbeeld niet realistisch om terug 'plezier' te vinden in het leven, maar is het wel mogelijk om op zoek te gaan naar activiteiten waarbij men zich bijvoorbeeld nuttig voelt voor anderen.

- Utilisatie

- Alles wat de cliënt brengt is nuttig en gebruiken we.
- We halen de doelen en de oplossingen uit de cliënt zelf, we leggen het niet op als therapeut. Er wordt gebruik gemaakt van de mogelijkheden van de cliënt, we gaan er immers van uit dat alle oplossingen bij de cliënt zelf liggen (alleen heeft deze daar voorlopig nog geen zicht op). De therapeut kan deze wel helpen deze boven te halen door bijvoorbeeld info te geven vanuit zijn of haar expertise. Stel dat iemand een sterke wens heeft om te sterven, kan het doel van de cliënt zijn om terug zin in het leven te vinden. Maar dit kan evengoed bijvoorbeeld ook samen zoeken zijn naar een waardige manier om het leven af te ronden en als therapeut bijvoorbeeld info te geven rond euthanasieprocedures, wilsverklaringen, DNR codes,... of met de cliënt bespreken wat er in de tijd die nog rest van belang is, of hoe men deze periode zal overbruggen. Bijvoorbeeld iemand die weet dat hij of zij nog enkele maanden te leven heeft door een lichamelijke aandoening en tegelijk een gevoel van levensmoeheid ervaart: hoe wil je dat je leven er uit ziet de komende maanden? Wie of wat is er voor jou belangrijk? Hoe wil je afscheid nemen?
- Nut van het symptoom: ook het symptoom op zich is een poging van de cliënt om iets op te lossen. Wanneer iemand een gevoel van levensmoeheid ervaart, ziet die persoon de dood als een oplossing voor iets. Als het leven stopt, dan stoppen alle ongemakken of problemen ook. Het is belangrijk om er achter te komen waarvoor de cliënt de dood precies als oplossing ziet. Wil hij of zij vb. rust? Of verlangt iemand om vb. een overleden partner terug te zien? Of gaat het om het gevoel tot last te zijn waar men vanaf wil? Het gevoel van levensmoeheid is reeds een oplossing van de persoon om met een bepaalde situatie om te gaan.

- Verandering is onvermijdelijk

- Niets blijft gelijk, er is altijd variatie aanwezig. Het kan helpen om een schaalvraag te stellen. Zo kan de wens om te sterven op bepaalde momenten meer of minder op de voorgrond staan. Door hier een schaalvraag over te stellen, wordt dit minder binair. Vb.: op een schaal van 0 tot 10, waarbij je er bij 0 alleen maar aan de dood denkt, en bij 10 blijft die wens wel aanwezig, maar op de achtergrond en kan je ondertussen ook aan andere dingen denken en verder gaan met je dagelijkse bezigheden, op hoeveel sta je nu? Je kan de cliënt eventueel een dagboek laten bijhouden om de variaties te zien.
- Toekomstgericht
 - Waar wil je heen, hoe ziet de gewenste toekomst er uit? De mirakelvraag ('Stel dat je gaat slapen, en er gebeurt een mirakel terwijl je slaapt. Je weet niet dat er een mirakel gebeurt, maar het mirakel zorgt er voor dat je kan omgaan met de problemen die je nu ervaart. Je wordt wakker, hoe zal je dan merken dat er iets anders is? Wat is het eerste dat je opmerkt, hoe zal je weten dat er een mirakel is gebeurd? Wat merken anderen?') kan helpen om zich de gewenste situatie concreet in te beelden. Van daaruit kunnen cliënten samen met de therapeut op zoek gaan naar manieren om dichterbij deze gewenste situatie te komen. Het is belangrijk om te weten waar men wél naar toe wil, en niet enkel waar men vanaf wil.
 - Duidelijke realistische doelstellingen: existentiële doelstellingen verwoorden en daarvan kleine, concrete doelstellingen maken. Sterven op zich is geen doel maar een middel. Wat wil men bereiken? Vb. ik wil een goede mama en oma zijn en iets kunnen betekenen voor anderen. Dit op zijn beurt dan ook weer verder concretiseren: Op welke manier kan je dan iets betekenen voor je kinderen en kleinkinderen?
 - De focus ligt op wat men wil in de plaats van de problemen, niet op wat men kwijt wil. Doelstellingen zijn het begin van iets, niet het einde. We zorgen voor positieve doelstellingen.
- Coöperatie
 - Elke begeleiding is iets wat we SAMEN (cliënt en therapeut) doen, een goede alliantie is heel belangrijk.
- Auto-poëtische capaciteiten
 - We gaan er van uit dat mensen over zelfsturende mechanismen beschikken om uit moeilijkheden te geraken. De therapeut kan vragen stellen om deze te ontdekken, bloot te leggen. Oudere mensen hebben al heel wat jaren en

ervaringen achter de rug en zijn in staat geweest om veel moeilijkheden succesvol te overwinnen. Het kan zeer nuttig zijn om hier naar toe te vragen om te ontdekken hoe deze capaciteiten ook nu kunnen worden ingezet. Anders gezegd: elke therapie is zelftherapie.

- Focussen op het probleem versterkt problemen, focussen op oplossingen versterkt oplossingen
- Keuzemogelijkheden zijn noodzakelijk
 - Elke cliënt heeft keuzemogelijkheden, ook al zijn cliënten er soms van overtuigd dat ze geen keuze hebben. Een bepaalde cliënt ziet doodgaan als de enige mogelijke oplossing. De therapie heeft als doel terug meer keuzes beschikbaar te maken. Sterven kan daar één van zijn, maar er zijn ook andere mogelijkheden en men kan zich bijvoorbeeld ook de vraag stellen hoe die cliënt wil dat zijn levenseinde er uit ziet, welke keuzes wil hij of zij daarin maken?
- Het mandaat bepaalt nuttige interventies. Dit brengt ons bij het Brugs model, waarin een flowchart werd ontwikkeld die een leidraad biedt over de aarde van de therapeutische relatie en nuttige interventies.
 - Krijg ik toestemming om iets (niet) te doen, bij cliënt? Joinen kan helpen om het mandaat te krijgen. Als er interventies worden gedaan waarvoor de therapeut geen mandaat heeft, zal dit niet geaccepteerd worden door de cliënt.
- Oplossing, oplossing, oplossing
 - Hoe meer je zoekt naar problemen, hoe meer je er vindt, analyse van de oplossingen is belangrijker.

3.2 Therapeutische relatie

Het oplossingsgericht model hecht een zeer groot belang aan de therapeutische alliantie, de werkrelatie tussen therapeut en cliënt. Onderzoek heeft immers uitgewezen dat een groot deel van de effecten van de verschillende vormen van psychotherapie te wijten zijn aan de zogenoemde 'common factors' of niet-specifieke factoren. Deze gemeenschappelijke factoren maken 85 tot 90% van het succes van de therapie uit. Hierbij spelen zowel cliëntfactoren, therapeut-factoren als placebo-factoren een rol (Wampold, 2015).

In het oplossingsgericht model streeft men naar een samenwerking waarbij de cliënt de expert van zijn eigen therapie wordt (Isebaert, 2022). Het is ook belangrijk om op te merken dat de relatie niet statisch is, maar dynamisch en kan elk moment veranderen.

In het ethisch advies van Zorgnet-Icuro (2020) beschrijft men eveneens dat de relatie tussen zorgverlener en patiënt essentieel is bij de aanpak van levensmoeheid:

“Zorgen voor ouderen die levensmoe zijn is overigens niet hetzelfde als ‘hun problemen oplossen’. Zorg is hier iets anders dan het uitvoeren van een voorgeprogrammeerde taak. De concrete zorginhoud is immers op voorhand zelden bekend. Wat een oudere die levensmoe is nodig heeft aan zorg, en op welke wijze die hem of haar moet worden geboden, is maar in zeer beperkte mate vooraf gegeven. Er zal dus een **grote en constante betrokkenheid** nodig zijn van allen die de oudere omgeven, op wat hem of haar werkelijk beroert. Zorg verschijnt hier eens te meer als een gebeuren dat zich in een intermenselijke relatie voltrekt. Het lijkt geen twijfel dat enkel op een **relationeel rijke bodem** waardigheidsbevorderende zorg zal kunnen worden verleend (Montaine 2000).”

Dit sluit zeer goed aan bij het Brugs model, waarbij de therapeutische relatie ook centraal staat. In het oplossingsgericht model wordt dezelfde betrokkenheid erg benadrukt als de basis voor de therapie. Interventies en technieken toepassen zonder dat er sprake is van een goede vertrouwensrelatie tussen therapeut en cliënt is niet zinvol, er moet sprake zijn van een zeker mandaat en de therapeut moet voldoende aandacht schenken aan het ‘joinen’ en leren kennen van de cliënt. De therapeut (of andere betrokken zorgverlener) zal er constant moeten op inzetten om de relatie te behouden/te versterken. Bij mensen die levensmoe zijn kan het voor de betrokkenen in de omgeving verleidelijk zijn om vooral snel oplossingen te willen vinden voor het lijden van hun patiënt, hun familielid of vriend. Als liefdevolle naaste doet het pijn om iemand te zien lijden, en als betrokken zorgverlener zie je het als je taak om het je patiënt zo comfortabel mogelijk te maken. Dit kan echter een valkuil zijn. Het lijden bij levensmoeheid kan quasi nooit opgelost worden door een medische oorzaak – gevolg aanpak. Er is immers geen eenduidige (lichamelijke) oorzaak. Hierop lopen zowel naasten als professionals dikwijls op vast. Ouderen die levensmoe zijn, willen vooral dat anderen naar hen luisteren, zonder oordeel en hen proberen te begrijpen. Ze hebben eerst en vooral behoefte aan erkenning voor hun lijden en het gevoel dat dit samen met anderen (hulpverleners en naasten) kan gedragen worden (Zorgnet-Icuro, 2020)

Van Wijngaarden (2016) voegt daaraan toe:

Belangrijker is dat als je de ervaring van bestaansmoeheid recht wilt doen, dat in eerste instantie vraagt om een ‘perceiving eye’ en niet om een ‘recording eye’. Alleen door goed te luisteren en aandachtig te kijken, alleen als lijden wordt opgemerkt en getoond mag worden,

voelt iemand zich gezien en kan het lijden mogelijk verzacht worden. Dit vraagt om een existentiële benadering, niet om een klinische taal.” (p. 122)

Ook binnen de oplossingsgerichte visie is het van cruciaal belang dat er voldoende oprechte aandacht is voor het lijden en voor de cliënt als persoon. De persoon krijgt ruimte om het lijden onder woorden te brengen tegenover een therapeut die dit ontvangt en erkent. Als dit er niet is, is het moeilijk om een band op te bouwen en goede therapeutische relatie te ontwikkelen waarbij er terug keuzemogelijkheden ontstaan. De houding die gepast is in de omgang met ouderen die levensmoe zijn kunnen we omschrijven als **aandachtige betrokkenheid** (Gastmans 2008). In het oplossingsgericht model spreekt men van ‘joining’, een term die oorspronkelijk afkomstig is van Minuchin. Minuchin stelt drie manieren voor waarop je dit kan doen tijdens een therapeutisch gesprek: 1) Tracking: actief luisteren, herhalen 2) Maintenance: volgen van de interacties (in een gezin), normen en waarden van de cliënt valoriseren en 3) Memesis: emotionele toon van de cliënt overnemen.

Deze aandachtige betrokkenheid uit zich op heel veel verschillende manieren, zowel in de verbale taal als in de non-verbale signalen. De houding kan men niet zomaar technisch aanleren, aangezien het niet om ‘handelen’ gaat, maar vooral om een manier van ‘zijn’. In het oplossingsgerichte model wordt er soms aangehaald dat je als hulpverlener wat ‘lui’ mag zijn en ook Montaine (2000) brengt dit ter sprake:

“De houding van aandachtige betrokkenheid is bovendien de uitdrukking van een zekere passiviteit: de hulpverlener kan maar als menselijke persoon met de oudere medemensen ontmoeting treden, wanneer hij of zij bereid is vanuit een ontvankelijke en empathische ingesteldheid de particuliere leefsituatie van de oudere waar te nemen en te interpreteren. Dat proces kan enkel plaatsvinden als gevolg van een bewuste vertraging. De hulpverlener moet zich letterlijk en figuurlijk tot stilstand laten brengen.”

Het is dus belangrijk om je volledig open te stellen voor de beleving van de cliënt of bewoner, en de unieke situatie en betekenisverlening van deze persoon. Een verpleegkundige illustreert dat aan de hand van het wasgebeuren (Gastmans 2008):

“De eerste minuten van het wassen begin ik met de oudere te praten over relatief onbelangrijke zaken. Dit moment is voor mij heel belangrijk. Ik probeer langzaam en niet luid te spreken, waardoor ik de bewoner tracht duidelijk te maken dat ik tijd voor hem heb. Deze momenten van contact en rust zijn voor de bewoner en voor mij cruciaal voor de kwaliteit van het wasgebeuren. Het geeft mij de gelegenheid mij te concentreren op de oudere als persoon. (p. 52)”

Het grote belang van **de zorgzame en aandachtige houding** die deze verpleegkundige aanneemt ligt voornamelijk in het feit dat hij/zij ermee uitdrukt dat de oudere voor hem belangrijk is als persoon, meer is dan enkel iemand die hulp nodig heeft bij het wassen. In de betrokkenheid van de verpleegkundige schuilt de boodschap: Je bent voor mij iemand, je bent het op z'n minst waard om nu al mijn tijd en aandacht te krijgen.

De impact hiervan valt niet te onderschatten. Door dergelijke houding krijgt iemand het gevoel van betekenis te zijn voor een ander en dit kan het begin zijn van een perspectiefwijziging ('misschien tel ik toch mee'). Heel kleine, dagdagelijkse interventies en inzet op de relatie kunnen dus een groot verschil maken voor ouderen die levensmoeheid ervaren. Ze worden terug 'gezien' door een ander. Ook familieleden of vrienden en kennissen kunnen iets soortgelijk teweegbrengen bij de oudere teweegbrengen door hun betrokkenheid en zorgzame houding.

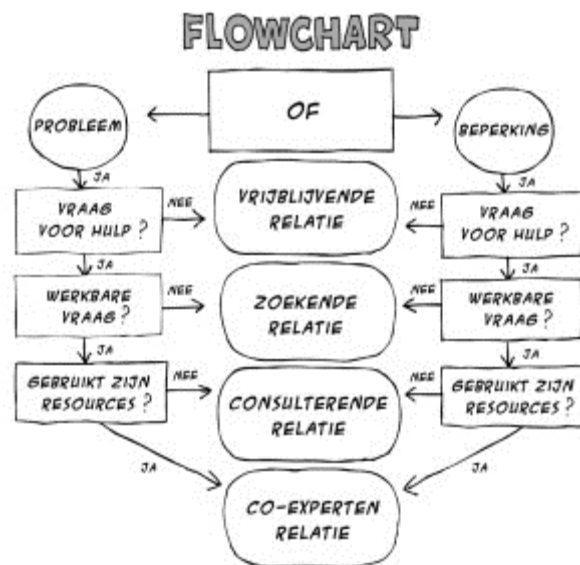
Mensen zijn sociale wezens en we kunnen niet leven zonder de erkenning en de zorg van anderen. Dit komt extra naar voor bij personen die levensmoe zijn. Aandachtigheid, empathie en betrokkenheid maken dat de relatie met de hulpverlener die zorg biedt op zichzelf al helend wordt (Zorgnet Icuuro, 2020).

Ook Els van Wijngaarden beschrijft dit: we moeten ouderen die worstelen met levensmoeheid niet trachten opbeuren of oppeppen. Het is beter aandachtig te luisteren naar iemands lijden, de ernst ervan te onderkennen en het bij dit tragisch verhaal samen uit te houden (van Wijngaarden 2016).

Van groot belang is het 'samen dragen'. Levensmoeheid is niet iets waar de cliënt onder lijdt en dat de therapeut of het zorgteam zal oplossen. De therapeutische relatie is niet iets wat er 'is', maar iets waar constant op ingezet moet worden tussen therapeut en cliënt, tussen zorgverlener en bewoner. Wanneer men die therapeutische relatie voldoende stevig is, zal de bewoner zich gesteund voelen in het dragen van het lijden.

Er werd binnen het Brugs model een flowchart ontwikkeld om verschillende niveaus van betrokkenheid te beschrijven en daarbij de interventies die nuttig kunnen zijn (Isebaert, 2022). Dit wordt hieronder verder beschreven en er wordt verduidelijkt hoe dit van toepassing kan zijn bij personen die levensmoe zijn aan de hand van casusbeschrijvingen. De casussen zijn fictief, maar gebaseerd op echte verhalen.

3.3. Flowchart Brugs model (Isebaert, 2022)



- Probleem of beperking

Eerst en vooral wordt er een onderscheid gemaakt tussen problemen en beperkingen. Een cliënt komt bij de therapeut met een of meerdere moeilijkheden. Voor een deel van deze moeilijkheden kan er een 'oplossing' gevonden worden, voor andere moeilijkheden zijn er geen realistische oplossingen te bedenken. De eerste soort moeilijkheden noemt men problemen, de tweede soort noemt men beperkingen. Beperkingen kunnen biologisch van aard zijn (vb. geslacht, leeftijd, lichamelijke aandoeningen,...), sociaal (tijdperk, land, familie,...) of kunnen te maken hebben met vroegere gebeurtenissen of keuzes (vb. trauma, eerdere partnerkeuze, kinderen krijgen). Beperkingen kunnen niet 'opgelost' worden, men kan deze enkel leren aanvaarden of er mee leren leven. Als men beperkingen kan aanvaarden, kunnen nieuwe opportuniteiten terug zichtbaar worden

Ouderen worden dikwijls geconfronteerd met heel wat verliessituaties die aanzien kunnen worden als beperking: algemene achteruitgang van lichamelijke mogelijkheden zoals mobiliteit en zintuigen, grotere vatbaarheid voor chronische ziektes, verhuizen van een thuissituatie naar bijvoorbeeld een serviceflat of woonzorgcentrum, leeftijdsgenoten die wegvallen door overlijden, een partner overlijdt, er blijft na het pensioen dikwijls meer tijd over om na te denken over pijnlijke gebeurtenissen uit het verleden, het inkomen dat vermindert,... Wanneer iemand levensmoe is, ligt de nadruk in de beleving van deze persoon meestal op deze beperkingen. Men heeft het moeilijk om de mogelijkheden van het leven nog te zien. In de therapie, maar ook in de dagelijkse zorg, vb. in een wzc, zal er dus enerzijds gekeken worden hoe men kan leren leven met deze beperkingen, of anders gezegd hoe deze misschien minder impact kunnen hebben op het leven of hoe men deze kan blijven dragen. Anderzijds is het ook zeer belangrijk om opnieuw ruimte te maken voor de mogelijkheden die er zijn naast de beperkingen.

Welke problemen kunnen we wel oplossen en hoe brengt dit iemand dichterbij een leven dat wel nog de moeite waard is om te leven? Iemand die bijvoorbeeld als hobby's marathons liep en hier al zijn vrije tijd aan spendeerde, zal op 70-jarige leeftijd hoogstwaarschijnlijk moeten aanvaarden dat dit niet meer lukt. Maar misschien zijn er in het woonzorgcentrum wel andere manieren om een actieve levensstijl te blijven behouden, door bijvoorbeeld met een hometrainer te trainen. Het kan echter ook een valkuil zijn: vaak worden bepaalde 'oplossingen' als evident gezien door vb. het team, vb. iemand die vroeger als kok werkte, kan nu mee helpen soep maken op de afdeling. Toch toont deze persoon hier weinig interesse in en weigert dit te doen. Soep maken voor een aantal medebewoners valt immers niet te vergelijken met koken in een sterrenrestaurant en is geen 'logische vervanger'. Het is dus in deze situatie eigenlijk meer een beperking dan een probleem, wat men 'echt' wil, kan niet meer. Bovendien zal het aanreiken van oplossingen niet werken wanneer de basis, een goede (therapeutische) relatie met de zorgverlener, er nog niet is. Zoeken naar een één op één vervanging, een oplossing voor een beperking, heeft dus niet het gewenste resultaat. Het loont dus de moeite om niet enkel de beperkingen te willen vervangen, maar ook de horizon te verbreden. Koken op sterrenniveau kan misschien niet meer, maar wat vond deze persoon net zo fijn aan deze job? Waar was hij goed in? De creatieve kant? Het bezig zijn met de handen? Het sociaal contact met collega's? En hoe kan dit tot uiting komen op een andere manier dan met koken? Hierbij is het dus vooral belangrijk dat de zorgverlener dit niet gaat invullen voor de bewoner, maar dat er zeer goed doorgevraagd wordt naar wat de beperkingen betekenen voor iemand, welke waarden hier achter schuilen en wat de uitzonderingen zijn. Algemeen is het dus van groot belang dat de zorgverleners de bewoner zeer goed leren kennen als mens en empathie opbrengen voor het lijden dat de beperking met zich teweeg brengt. Er dient aandacht te zijn voor het opbouwen van een goede relatie tussen zorgverlener en bewoner. Dit geldt voor iedere bewoner, niet enkel personen met levensmoeheid. Dit vereist het verleggen van de focus van een biomedisch perspectief naar een biopsychosociaal perspectief, waarbij er naast de fysieke zorgen ook de nodige aandacht is voor het psychisch en sociaal welbevinden van bewoners. Het onderscheid kunnen maken tussen een probleem en een beperking zal ervoor zorgen dat de bewoner zich beter begrepen voelt en er minder frustraties ontstaan door vb. onrealistische verwachtingen.

Casus:

Georgette is 88 jaar en verblijft sinds twee maand in het woonzorgcentrum omwille van heel wat fysieke kwalen die het moeilijk maken om zich nog zelfstandig te beredderen thuis. Ze heeft een CVA (cerebro-vasculair accident) gehad waardoor ze halfzijdig verlamd is en in een rolwagen zit. Ook heeft ze al langer last van enkele typische 'ouderdomskaaltjes', zoals achteruitgang van haar gehoor en zicht. Ze had liever nog wat langer zelfstandig gewoond met

hulp van de thuiszorg, maar haar kinderen beslisten dat een wzc toch de beste optie zou zijn, aangezien zij in het buitenland wonen en ze er zeker van willen zijn dat hun moeder veilig en goed verzorgd is. Georgette vertelt op een dag aan de zorgkundige die haar 's morgens helpt bij het wassen dat ze zich eenzaam voelt en eigenlijk niet weet waarom ze nog iedere dag opstaat. Vroeger kon ze urenlang lezen in haar boeken over geschiedenis en cultuur, maar haar visus ging zo sterk achteruit waardoor dit niet meer lukt. Ze ging tot over enkele jaren ook vaak op reis en had veel vrienden met wie ze urenlang kon spreken over hun gemeenschappelijke interesses. Helaas zijn al haar dichte vrienden overleden en ze heeft weinig contact met haar medebewoners op de afdeling. Georgette mist haar kinderen die ver weg wonen en neemt het hen tegelijk ook erg kwalijk dat ze moest verhuizen naar het woonzorgcentrum. De zorgkundige vraagt zich af hoe ze Georgette zou kunnen helpen en stelt voor om wekelijks een vrijwilliger te laten langskomen voor enkele uren om met haar te praten. Sociaal contact zal haar wel deugd doen, denkt de zorgkundige. Het woonzorgcentrum kan gelukkig beroep doen op vrijwilligers, want de medewerkers hebben het zo druk dat ze vaak weinig tijd hebben voor een extra babbel. Ze deelt haar voorstel met Georgette, maar deze weigert dit. Een vrijwilliger kan haar oude vrienden niet vervangen, en ze gelooft niet dat die persoon even veel interesse voor en kennis over cultuur zal hebben als zij. De zorgkundige bespreekt haar oprechte bezorgdheid rond Georgette met haar collega's in het team. De ergotherapeut oppert dat Georgette wekelijks kan deelnemen aan hun herinneringsgroep. Zo kan ze contact leggen met de andere bewoners van de afdeling. De ergotherapeut is er zeker van dat ze met haar reisverhalen een zinvolle inbreng kan hebben. Echter ook dit voorstel kaatst Georgette af, en ook de vele uitnodigingen voor andere activiteiten slaat ze af. Na enkele weken raakt het team wat gefrustreerd, Georgette blijft er ongelukkig uit zien en men weet niet hoe men hier verandering in zou kunnen brengen. Ondertussen wordt ze ook niet meer uitgenodigd voor het activiteiten programma, ze weigert toch steeds. De verschillende teamleden blijven wel erg bezorgd en voelen zich onmachtig en contacteren de psycholoog die verbonden is aan het WZC om in gesprek te gaan met Georgette.

Veel zorgkundigen en andere zorgverleners hebben het hart op de juiste plaats en zijn erg gemotiveerd om het leven van de bewoner zo comfortabel mogelijk te maken en zoeken voor ieder probleem graag actief een oplossing. Vanuit hun opleiding maakten zij voornamelijk kennis met het medisch model: er is een probleem, die een duidelijke oorzaak heeft en waarvoor er een oplossing bestaat. Iemand heeft bijvoorbeeld een wonde door een val, en er bestaat een protocol om deze wonde te verzorgen en als dit correct gevolgd wordt, zal de wonde genezen. Soms gebeurt het echter dat zij moeilijkheden willen

oplossen die geen probleem zijn, maar een beperking. Dit kan tot frustratie leiden bij zowel het team als bij de bewoner in kwestie. Er is immers geen oplossing. Soms komt men met logische, voor de hand liggende oplossingen, die eigenlijk slechts een surrogaatoplossing zijn. Om een voorbeeld te geven, bingo spelen in het woonzorgcentrum is voor Georgette geen waardige ‘vervanger’ van de culturele groepsreizen die zij maakte. Vooraleer er oplossingen kunnen komen, moet er ten eerste voldoende aandacht zijn voor de moeilijkheden, zodat er een basis van vertrouwen kan ontstaan tussen de bewoner en de zorgverlener. Zomaar oplossingen aanreiken zal niet het gewenste effect hebben. Ten tweede moet het onderscheid gemaakt worden tussen problemen en beperkingen. In het geval van Georgette is een terugkeer naar hetzelfde leven als vroeger een onmogelijke piste.

In dergelijke situatie kan het dus helpend zijn om eens goed te bekijken waar de problemen liggen en waar de beperkingen. In deze casus is er sprake van enkele beperkingen. De visuele achteruitgang bijvoorbeeld, waardoor een boek lezen niet meer lukt, en het feit dat alle dichte vrienden zijn overleden. Ook haar leeftijd, het CVA en de fysieke kwalen die er voor zorgen dat zij in een wzc verblijft en niet thuis zijn beperkingen. Daarnaast zijn bijvoorbeeld ook de omgeving met haar medebewoners, de structuur van het woonzorgcentrum, de kinderen die in het buitenland wonen... factoren die moeilijk te veranderen zijn en dus beschouwd kunnen worden als beperkingen. Deze zaken zijn een gegeven waarmee Georgette moet leven.

Het is belangrijk om voldoende erkenning te bieden voor het lijden dat gepaard gaat met deze beperkingen zodat Georgette zich gehoord en begrepen voelt door de zorgverleners. Pas dan kan er een voldoende sterke basis ontstaan om samen manieren te vinden om om te gaan met deze beperkingen en nieuwe mogelijkheden te exploreren. Els van Wijngaarden (2016) en Paul van Tongeren (2019) verwijzen allebei in hun boeken naar de filosoof T.S. Eliot die gezegd zou hebben:

“Er zijn twee soorten problemen: de ene soort moet worden opgelost en verdwijnt dan; de andere soort moet worden uitgehouden, onder ogen gezien, meegedragen.”

Dit strookt volledig met het onderscheid tussen een probleem en een beperking in het oplossingsgerichte model.

Voor Georgette was het een opluchting dat de psycholoog op bezoek kwam. Ze was aangenaam verrast dat het verzorgend team op deze manier toch nog voor haar wou zorgen, want ze voelde zich wat in de steek gelaten de laatste tijd. Al vrij snel kwam in deze gesprekken een vraag naar euthanasie naar voor, omwille van de vele beperkingen die zij ervoer. De psycholoog besloot om deze vraag serieus te beluisteren en erkenning te bieden voor de oplossing die zij in gedachten had. De psycholoog gaf haar wat meer info over de euthanasie

procedure en in samenspraak met Georgette werd haar wens ook met het verzorgend team gedeeld. Zij schrokken wat van deze vraag, maar tegelijk helpt het hen om te begrijpen hoe Georgette zich op dat moment voelde. Ook de huisarts werd op de hoogte gebracht en kwam vanaf dan wekelijks langs bij haar. De arts nam veel tijd om haar verhaal te beluisteren en besloot om de procedure voor euthanasie in gang te zetten, niet op basis van levensmoeheid, maar op basis van polypathologie. Vanaf dit moment leek het beter te gaan met Georgette, ze voelde zich opgelucht dat er oor was voor haar lijden en de beperkingen die zij ervaart. Enkele weken later zijn ook een tweede en derde arts langsgesproken en kreeg Georgette te horen dat zij inderdaad in aanmerking komt voor euthanasie. Georgette was blij met dit nieuws, tegelijk besloot ze dat ze op dit moment eigenlijk nog geen euthanasie wilde laten uitvoeren, maar pas enkele maanden later. Het gaf haar rust om te weten dat dit een optie is, maar in de afgelopen weken bedacht ze heel wat zaken die ze in de komende maanden nog wil beleven die de moeite waard zijn. Zo wil ze graag de feestdagen nog eens meemaken met haar kinderen die naar België komen, en wil ze wachten tot haar kleindochter haar Masterstudie heeft afgewerkt. De verzorgenden maakten vanaf dan regelmatig tijd voor een gesprekje met haar en zo kwamen er enkele zaken naar voor die eigenlijk makkelijk opgelost konden worden. Zo werd er een groot vergrootglas aangekocht, waardoor zij toch nog iets kon lezen. Ook gaat ze nu regelmatig naar buiten met een medewerker of vrijwilliger en ontwikkelde ze een talent om verschillende vogelgeluiden te herkennen tijdens de wandelingen. Tegelijk blijft er bij Georgette een rouwproces aanwezig om alles wat ze verloren heeft en komt het verdriet soms erg naar boven. Ze blijft bij haar standpunt dat ze ‘binnenkort’ wel zal overgaan tot euthanasie. De klachten van levensmoeheid zijn dus niet verdwenen, maar Georgette heeft samen met de zorgverleners een manier gevonden om het leven min of meer dragelijk te maken – voor nu.

- Vrijblijvende relatie

Ten tweede wordt er in het flowchart gekeken of er een hulpvraag is bij de cliënt. Indien de cliënt zelf geen hulpvraag heeft, spreken we van een vrijblijvende relatie. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer iemand verplicht wordt om in therapie te komen door v.b. de partner of anderen. Het komt vaak voor dat het team van het WZC de psycholoog contacteert omdat zij er van overtuigd zijn dat een bewoner behoefte heeft aan therapie omdat hij of zij levensmoe zou zijn. Vaak heeft het team zelf al heel wat stappen ondernomen om de levenskwaliteit van de bewoner te proberen verbeteren, maar als dit geen baat lijkt te hebben, zet men deze stap. Niet zelden is er dan vooral sprake van een (vaak vage) hulpvraag van het team: ‘We merken dat bewoner X aangeeft dat hij er niet meer wil zijn, en weigert om te eten of zich te laten verzorgen, hoe kan dit opgelost worden?’. Hieronder schuilt vaak

een gevoel van tekortschieten bij de zorgverleners, we proberen veel en zetten alles op alles, maar het lijkt onvoldoende voor deze persoon. Wanneer je dan op gesprek gaat bij deze bewoner, geeft deze misschien aan helemaal geen behoefte te hebben om te spreken, of is hij of zij wel tevreden met een bezoekje omwille van het sociaal contact, maar zegt hij of zij niet te weten wat je voor hem of haar zou kunnen betekenen. Ook gebeurt het dat men wel een hulpvraag heeft, maar dat deze niet gericht is aan de therapeut maar eerder gefocust is op het medische, vb. veel somatische klachten waarvoor men medisch wil geholpen worden.

Casus:

Hendrik is 79 jaar en woont in een serviceflat, aanpalend aan het woonzorgcentrum. Zijn dochter werkt als kinesiste in het WZC en komt dagelijks na haar werk langs bij Hendrik. Zij doet ook de boodschappen en helpt bij de administratie. Hendrik heeft ook twee zonen, met wie hij een goede band heeft, maar die iets verder weg wonen en ongeveer om de twee weken langskomen voor een gezellige namiddag in de tea-room. Er komt ook dagelijks een thuisverpleegkundige langs. Hendrik kwam in de serviceflat wonen kort nadat zijn vrouw is overleden na een lang ziekteproces. Hij nam het grootste deel van de zorg op zich, waardoor er weinig tijd overbleef voor de sociale activiteiten waar hij vroeger zo van genoot. Waar hij ooit zo sportief was en lid was van verschillende verenigingen, verlaat hij nu zijn flatje nog amper en komt hij soms verward over. Zo kon hij onlangs de naam van zijn kleindochter niet herinneren en staat hij soms midden in de nacht op en loopt in de gang, meldt de buurvrouw. Hendrik maakt een gelaten indruk op de thuisverpleegkundige en hij vertelt haar dat hij liever bij zijn vrouw zou zijn. Ook de dochter maakt zich grote zorgen over haar vader. Is hij depressief, of hoort dit bij het rouwproces, of wijst die vergeetachtigheid dan toch op een beginnende dementie? De dochter contacteert haar collega, die als psycholoog verbonden is aan het WZC en de serviceflats. Ze hoopt om op die manier te weten te komen wat er gaande is bij haar vader en een manier te vinden om hem terug wat levensvreugde te schenken. Ze mist haar vrolijke vader van vroeger. Wanneer de psycholoog Hendrik opbelt om een afspraak te maken, geeft hij aan dat hij niet goed weet waarom hij dit zou doen, maar hij wil het toch proberen om zijn dochter tevreden te stellen. Tijdens het eerste gesprek vertelt hij dat hij het wel fijn vindt om iemand over de vloer te hebben en vindt het aangenaam om eens te kunnen praten met iemand, maar hij stelt ook dat de situatie is wat het is, voor hem hoeft er niets te veranderen. Hij is oud en zal binnenkort wel sterven. Hij denkt niet dat therapie een meerwaarde zou zijn voor hem. Hij geeft aan de psycholoog de boodschap dat zij naar zijn dochter mag communiceren dat er geen probleem is en dat zij gerust mag zijn, hij zal zichzelf niets aandoen vertelt hij er nog expliciet bij.

In het oplossingsgericht model gaat men er van uit dat weerstand niet bestaat en dat iedere cliënt gemotiveerd is, de vraag is enkel voor wat. In dergelijke situaties probeer je als therapeut een context te creëren waarin er een hulpvraag kan ontstaan bij de cliënt.

Hierbij is het van belang om als therapeut een positieve attitude aan te nemen ten opzichte van de cliënt, en interesse en respect te tonen voor alle aspecten van diens leven. In plaats van diep in te gaan op het probleem of er in te graven, wordt er vooral ingezet op appreciatie. De nadruk ligt op de successen, de moeilijkheden die de cliënt reeds wist op te lossen en de sterktes, en niet op het probleem. Er wordt ingezet op positieve connotatie: bij alles wat de cliënt brengt, ook al lijkt het banaal, wordt de positieve inzet benoemt. Door het tonen van respect en interesse, voelt de cliënt zich geapprecieerd voor zijn inspanningen en kan er een klimaat ontstaan waarin een hulpvraag mogelijk is.

De psycholoog van Hendrik besluit om hier niet tegen in te gaan. Ze weet dat hem nu proberen te overtuigen van het belang van therapie, waarschijnlijk een averechts effect zal hebben. Ze beslist om het over een andere boeg te gooien en bevraagt Hendrik over zijn sportieve verleden. Ze zag immers enkele trofeeën staan op de kast. Hij begint honderduit te vertellen over de zwemwedstrijden en de marathons waar hij vroeger aan deelnam. Uit de verhalen kan de psychologe een grote toewijding en discipline afleiden, wat ze ook benoemt naar Hendrik. Het gesprek krijgt zo een andere wending en Hendrik lijkt zich veel meer open te stellen. Zijn ogen glunderen zelfs. Ook de inspanningen die hij voor zijn zieke vrouw heeft gedaan, worden in de verf gezet door directe en indirecte complimenten. Hendrik voelt zich na dit gesprek gezien voor wie hij echt is, en hoewel hij nog wat sceptisch staat tegenover het nut van therapie, besluit hij het wel het voordeel van de twijfel te geven wanneer de psychologe vraagt of hij een volgende afspraak wil maken.

Een andere mogelijke interventie kan zijn om alternatieve rampscenario's te beschrijven. Dit wil zeggen dat de therapeut voorbeelden geeft van 'ernstigere' problemen. In het voorbeeld van Hendrik zou de therapeut bijvoorbeeld kunnen vertellen over een andere cliënt, die na het overlijden van zijn vrouw een alcoholprobleem ontwikkelde en er hierdoor ook niet meer in slaagde om contact te houden met de kinderen. Hendrik kan zichzelf hiermee vergelijken, hij is niet vervallen in alcoholmisbruik en blijft goede relaties onderhouden met de kinderen.

Ook de relatie tussen cliënt en verwijzer kan benut worden in dergelijke gevallen:

In de situatie van Hendrik is het vooral de dochter die zich zorgen maakt. De psychologe benadrukt tegenover hem de bezorgdheid van de dochter, zij moet wel erg veel om Hendrik geven blijkbaar en wil haar vader duidelijk niet verliezen. Na enkele gesprekken gaat Hendrik

er mee akkoord om zijn dochter bij een sessie te betrekken. Het wordt een heel waardevol gesprek voor beiden, waarbij Hendrik zijn dochter meer gaat appreciëren voor haar betrokkenheid en bezorgdheid, waar hij haar eerder zag als 'zaag'. Omgekeerd leert de dochter een andere kant van haar vader kennen, en in de plaats van steeds opnieuw haar bezorgdheden te uiten rond wat mis gaat, besluit ze om meer in te zetten op wat hen in verbinding brengt. Ze gaan vanaf dan wekelijks samen wandelen en praten over sportwedstrijden die ze beiden volgen op tv. Beiden hebben een positiever gevoel bij de bezoeken.

Na een aantal gesprekken, begint er zich een hulpvraag te vormen bij Hendrik. Hij wil zijn leven opnieuw een zinvolle invulling geven en terug actiever worden, maar ook met voldoende rustmomenten en ruimte voor het verdriet rond zijn vrouw. Samen met de psychologe gaat hij hiermee aan de slag en de therapie loopt verder.

- Zoekende relatie

Vervolgens wordt er bepaald of er sprake is van een werkbare hulpvraag. Ziet de cliënt zelf mogelijkheden om aan de problemen/beperkingen te werken? Als dit niet het geval is, noemen we dit een zoekende relatie. Er is slechts een vage hulpvraag (vb. 'ik zie het niet meer zitten') of iemand komt met heel veel klachten tegelijk. Het kan ook dat iemand er van overtuigd is dat hij of zij zelf niets kan doen aan het probleem en ze verwachten dat de therapeut met een oplossing komt. Anderen vinden dat juist personen uit hun omgeving moeten veranderen, niet zichzelf (vb. als mijn kinderen vaker op bezoek zouden komen, zou ik me beter voelen). De cliënt kan zichzelf nog geen actieve rol toebedelen bij het oplossen van zijn problemen. In dergelijke zoekende relatie helpt de therapeut om op zoek te gaan naar duidelijke doelen en helpt men een context te creëren waarin resources en vaardigheden gebruikt worden.

Casus:

Anna is 93 jaar. Ze woont sinds een jaar in het woonzorgcentrum en heeft kort voor haar verhuis de diagnose alzheimer dementie gekregen. In de beginperiode viel dit eigenlijk voor buitenstaanders amper op, zij kon nog vrij zelfstandig functioneren en was verbaal sterk. Zij kwam via een medebewoner te weten dat ze binnen het woonzorgcentrum beroep kan doen op een psycholoog, en vraagt via een verpleegkundige een gesprek aan. In het eerste gesprek verwoordt zij dat 'het niet goed gaat in haar hoofd' en ze er bijgevolg liever niet meer zou willen zijn. Ze doet haar hele verhaal aan de therapeut, gaande van haar jeugd die ze als weinig positief heeft ervaren tot en met het gevoel dat er niet naar haar ideeën wordt geluisterd in het

woonzorgcentrum en dat ze er over nadenkt om zelf een einde te maken aan haar leven, ze zou weglopen en in het nabijgelegen kanaal springen. Er komt een hele resem problemen geformuleerd en herhaald, maar de therapeut ziet het bos door de bomen niet meer. Wanneer de therapeut vraagt wat Anna verwacht van de therapie, antwoordt ze dat ze hoopt dat de therapeut een manier weet om haar hoofd terug helder te krijgen. Ook vraagt ze of de psycholoog eens aan de verpleging en verzorgenden kan uitleggen dat zij meer oor moeten hebben voor haar ideeën om het woonzorgcentrum te verbeteren. Zo vindt Anna dat de bewoners inspraak moeten hebben in de menu's, dat de verzorgenden minder moeten keuvelen en meer aandacht moeten hebben voor de bewoners, dat de tafels in de leefruimte anders moeten georganiseerd worden,...

In een zoekende relatie is het belangrijk dat de therapeut er niet zomaar in mee gaat om oplossingen te zoeken voor de cliënt of in de plaats van de cliënt. Ten eerste is het van belang dat er duidelijke, heldere doelstellingen geformuleerd worden door de cliënt. Hierbij gaat het om positieve doelstellingen: wat wil de cliënt in de plaats van de moeilijkheden? Hoe wil hij of zij dat het leven er uit zien?

Er zijn twee soorten strategieën om hiermee om te gaan:

- 1) Oriëntatie op het hier en nu: wat doet iemand nu al waar ze tevreden over zijn?
- 2) Oriëntatie op de toekomst: hoe wil iemand dat zijn of haar leven er uit ziet als het is zoals ze wensen?

Belangrijk is dat er aan de cliënt nog niet gevraagd wordt om te veranderen.

Bij Anna besloot de therapeut eerst te focussen op het hier en nu. Er werd op zoek gegaan naar uitzonderingen: wanneer is het symptoom (er een einde aan willen maken) niet of minder aanwezig? Initieel geeft Anna aan dat die momenten er niet zijn. Ze wil dood, en liefst zo snel mogelijk, punt. De therapeut besloot om het allemaal wat concreter te maken, en gaf Anna een briefje met de drie vragen van een tevreden leven. Deze klinken als volgt:

Wat heb ik gedaan waarover ik tevreden ben?

Wat heeft iemand anders gedaan waarover ik tevreden ben, of waar ik dankbaar om ben? Hoe heb ik daar op gereageerd?

Wat zie/hoor/voel/ruik/smaak ik waarover ik tevreden of dankbaar ben?

De therapeut gaf Anna een schriftje, waarin ze iedere avond het antwoord op deze vragen kon noteren. De volgende sessies keken ze aan het begin van het gesprek telkens samen in het schriftje. Hoewel Anna vaak aangaf dat er niets positief was als de therapeut dit verbaal bevroeg, bleek uit

haar notities dat zij op de meeste dagen een antwoord had kunnen geven op de drie vragen. Gezien haar geheugenproblemen wist ze niet altijd meer wat ze had opgeschreven, en was ze soms zelf verbaasd als ze haar notities opnieuw bekeek. Zo bleek onder andere dat Anna erg kan genieten van de natuur, ze kijkt naar de bomen die ze ziet uit haar raam, en als er een wandeling georganiseerd wordt, is ze er als eerste bij. Ze heeft het er moeilijk mee dat ze niet zelfstandig naar buiten kan wanneer ze wil. Anna en de therapeut spraken af dat ze het schriftje steeds in het zicht laat liggen, zodat ze er af en toe eens in kan kijken en terug herinnerd wordt aan de positieve dingen.

Anna uitte nog regelmatig suïcidale gedachten. De therapeut vroeg haar wat maakt dat ze momenteel nog niet over ging tot het plegen van suïcide. Zo bleek dat Anna in zit met de verzorgsters die het er moeilijk mee zouden hebben, en ook met de personen die haar zouden vinden. Ze wil niemand traumatiseren.

Daarnaast stelden Anna en de therapeut samen een tijdlijn op van haar levensloop. Anna bracht immers zoveel verschillende verhalen en moeilijkheden, waar moeilijk grip op te krijgen was. Aan de hand van het visualiseren van de levensloop, kregen ze samen meer zicht op zowel de goede als de minder goede periodes in haar leven. Door het bespreken van haar levensverhaal kwamen er heel wat resources naar boven. Ook hier bleek haar affiniteit met de natuur. Anna had altijd in de tuin gewerkt en weet heel veel over planten en bloemen. De therapeut gaf aan dat het WZC ook een tuin heeft en vroeg haar of ze wou helpen met het onderhoud. Anna zei toen duidelijk dat ze dit niet wilde, ze wil alleen maar sterven. Op dat moment bleek het dus te vroeg voor verandering, maar Anna werd zich wel meer bewust van haar eigen resources. Tevens bleek uit de tijdlijn dat zij reeds verschillende moeilijke periodes overwonnen had: haar jeugd waarbij zij mishandeld werd door haar vader, een miskraam, een echtscheiding,... Ook in die periodes had zij soms het gevoel dat ze liever dood wilde zijn. Wat heeft gemaakt dat ze er toch nog is? Telkens had ze rust opgezocht door natuurwandelingen. Ook sociaal contact en engagement in de maatschappij (een goede vriendin, het voorzitterschap van een lokale vrouwenvereniging, haar beroep als onderwijzeres,...) maakte dat ze de zin van het leven bleef in zien.

De therapeut besprak met Anna dat het zinvol zou kunnen zijn om het team van het WZC ook te betrekken, misschien hadden zij ook wel ideeën over hoe het anders zou kunnen. Anna gaf aan dat ze hier niets van verwacht, maar gaf wel toestemming aan de therapeut om met het team te spreken. De therapeut gaf een observatie opdracht aan de medewerkers: zij moesten de gemoedstoestand van Anna verschillende keren per dag scoren op een schaal van 0 tot 10 (waarbij ze bij 10 het gevoel hebben dat het leven de moeite waard is voor Anna) en telkens ook noteren

wat ze op dat moment aan het doen is of kort de situatie schetsen. Een weekje later kwam de therapeut langs op de teamvergadering om dit te bespreken. De medewerkers zagen een patroon: als Anna betrokken werd bij sociale activiteiten, of als ze buiten was geweest, was haar gemoedstoestand duidelijk beter. Hierop hadden zij zelf al een actieplan opgesteld. Ze besloten om een vrijwilliger in te schakelen die een aantal keer per week met haar gaat wandelen, en Anna werd betrokken bij een groepje van een aantal dames die iedere middag samen koffie gaat drinken in de tea-room. Tevens werd ze uitgenodigd voor de maandelijkse bewonersraad. Uit hun observaties bleek ook dat Anna het vaker moeilijk had als er onverwachte zaken gebeurden of als ze iets moest doen dat ze eigenlijk niet meer kon (zo was ze erg gefrustreerd toen ze tijdens een knutselactiviteit niet meer goed kon knippen). Het leek beter te gaan als er een duidelijke structuur was in de dag en als zij werd voorbereid op gebeurtenissen, en als ze kon meedoen met activiteiten die haar niet zozeer confronteerden met haar eigen achteruitgang. Vermoedelijk had dit te maken met de cognitieve problematiek van Anna, waarbij zij controleverlies leek te ervaren. De medewerkers hielden er rekening mee, en er werd vanaf dan ook gewerkt met een week en dagschema op haar kamer.

Er werd in de gesprekken tevens aandacht besteed naar de oriëntatie op de toekomst. De mirakelvraag werd gesteld aan Anna: 'stel dat je gaat slapen, en er gebeurt een mirakel terwijl je slaapt. Je weet niet dat er een mirakel gebeurt, maar het mirakel zorgt er voor dat je kan omgaan met de problemen die je nu ervaart. Je wordt wakker, hoe zal je dan merken dat er iets anders is? Wat is het eerste dat je opmerkt, hoe zal je weten dat er een mirakel is gebeurd? Wat merken anderen?'. Zo wordt geprobeerd om de gewenste toekomst te beschrijven. De therapeut stelt vragen zodat er een zo concreet mogelijk beeld ontstaat van deze toekomst, en probeert vooral te focussen op wat er wel is, en niet zozeer op wat er niet meer is. Anna geeft initieel aan dat het mirakel zou zijn dat ze niet meer wakker wordt. De therapeut vraagt haar wat er dan wel gebeurt. Anna zegt dat ze dan rust zal hebben in haar hoofd. Er wordt door de therapeut dieper op ingegaan, wat betekent 'rust' voor haar? En wanneer ervaart ze nu al stukjes van die 'rust'?

Ook de techniek van de geestelijke nalatenschap wordt ingezet (p. 189). De therapeut vraagt aan Anna hoe zij wil dat haar naasten zich zullen herinneren eens zij er niet meer is. Hieruit komt naar voor dat Anna vooral wil herinnerd worden als een fiere vrouw, die goed bij de pinken is en aandacht besteedt aan haar uiterlijk. Ze heeft het gevoel dat dit nu in gedrang komt, ze beseft goed dat ze zowel lichamelijk als geestelijk achteruit gaat.

Anna voert zo nog enkele gesprekken met de therapeut. Haar doodswens blijft aanwezig, maar er lijken meer momenten te ontstaan waarop deze wat meer naar de achtergrond verdwijnt. Helaas

krijgt Anna niet veel later een CVA, waardoor haar cognitieve functies verder worden aangetast en gesprekken niet meer mogelijk zijn. De psycholoog haalt nogmaals bij het team aan dat Anna veel belang hecht aan haar fierheid, haar voorkomen. Het team blijft haar nagels lakken in haar favoriete kleur van vroeger, en wekelijks gaat ze naar de kapper. Bij de eerste zonnestraaltjes van de lente wordt zij met haar rolwagen op het terras geplaatst, met zicht op de tuin. Anna kan het niet meer verwoorden, maar lijkt hier dankbaar voor.

- Consulterende relatie

In een consulterende relatie heeft de cliënt een duidelijke en werkbare hulpvraag. Ze weten alleen nog niet op welke manier ze hun problemen kunnen oplossen en doen daarvoor beroep op de therapeut. In dit soort relatie helpt de therapeut een context te creëren die de cliënt in staat stelt om zicht te krijgen op de aanwezige en passende resources en hoe deze in te zetten. Er kan in dit soort relatie ook gewerkt worden met concrete suggesties en opdrachten.

Casus:

Roger is 74 jaar en heeft al jaren de ziekte van Parkinson. Hij woonde lang thuis met zijn echtgenote die nog zeer vitaal is en ging enkele dagen per week naar een dagcentrum waar hij zich erg thuis voelde. Zijn ziekte ging echter in die mate achteruit, dat de zorg thuis niet meer mogelijk was voor zijn echtgenote en hij verhuisde naar een woonzorgcentrum, voorafgegaan door een ziekenhuisopname. Tijdens deze ziekenhuisopname kwam hij in contact met de psychologe met wie hij sprak over hun relatieproblemen, die een grote impact hadden op zijn welbevinden en zijn levenslust. In het woonzorgcentrum besloot hij verder beroep te doen op de psychologe verbonden aan deze instelling, omdat hij veel spanning ervaart rond zowel zijn ziekte als zijn relatie en de zin van het leven niet meer ziet. Met haar besprak hij dat hij het gevoel heeft dat hij en zijn vrouw elkaar wat zijn kwijtgeraakt, en dat hij verlangt naar meer verbinding, terug samen fijne dingen doen met zijn vrouw. Daarnaast verlangde hij ook naar intimiteit binnen de relatie, en wou hij op zoek gaan naar een nieuwe manier om dit vorm te geven rekening houdende met zijn fysieke toestand. Ook wou hij leren hoe hij meer voor zijn eigen noden zou kunnen opkomen in de relatie. Initieel wilde hij zijn vrouw niet betrekken en zelfs niet op de hoogte stellen van de therapie. Dit werd uiteraard gerespecteerd en doorheen de gesprekken kwamen er heel wat resources naar voor die hij kon inzetten ter verbetering van zijn relatie. Zo werd het bijvoorbeeld duidelijk dat hij een groot tekentalent heeft, en dat hij zijn gevoelens beter kon verwoorden als hij eerst een tekening had gemaakt over dat gevoel. Dit zette hij reeds in om naar het verplegend team en naar zijn echtgenote toe beter te kunnen

verwoorden wat zijn noden en behoeftes waren. Na een aantal gesprekken stelde de therapeut toch nog eens voor om zijn vrouw uit te nodigen voor een gesprek. Ondertussen voelde hij zich hier wel klaar voor. In de volgende gesprekken werd er via verschillende opdrachten vooral op zoek gegaan naar wat hen als koppel verbindt en zo kwam bijvoorbeeld de gemeenschappelijke liefde voor muziek naar voor. Ze gingen het engagement aan om maandelijks samen een klassiek concert te bezoeken. Ook werd het duidelijk dat zijn echtgenote soms moeilijk kon inschatten welke impact de ziekte van Parkinson had op haar man. Tijdens een gesprek met de huisarts kreeg zij extra info over de ziekte, wat erg hielp om haar man beter te begrijpen. Geleidelijk aan voelden beiden zich beter in de relatie en kreeg Roger terug meer zin in het leven. Er ontstond gaandeweg bij Roger ook een hulpvraag naar het leren omgaan met stress en onzekerheid. Hij wenste hier enkele concrete tools voor. Zo bewandelde hij samen met de psycholoog het pad van mindfulness. Hij ging actief aan de slag met deze oefeningen en slaagde er ook in dit toe te passen op momenten van grote spanning. Roger bleef nog een hele tijd laag-frequent in begeleiding als een vorm van ‘onderhoud’, maar de zin in het leven was er helemaal terug.

- Co-experten relatie

In de experten relatie heeft de cliënt een duidelijk idee over de gewenste situatie en zijn mogelijkheden om deze te bereiken. De therapeut fungeert dan vooral als expert van de procedure en symptomen (algemene kennis van de psyche en gedrag). Hij/zij kan vanuit vb. ervaring en opleiding duiding of tips geven wanneer dit nuttig is voor de cliënt. Tegelijk moet de therapeut alert zijn dat alleen de cliënt is de expert over zijn of haar eigen ervaring en resources, de kennis van de therapeut kan vooral dienen als aanvulling wanneer dit op de juiste manier wordt ingezet. Wanneer de ‘handleiding van de cliënt’ gevolgd wordt, heeft de therapie immers meer kans op succes. Cliënt-factoren blijken 40% van de uitkomsten van therapie te bepalen (Hubble et al., 1999)

Casus:

Marie-Louise verhuist naar het woonzorgcentrum waar ook haar zorgbehoevende zoon verblijft. Ze is 93 jaar en was tot voor kort erg fit, ze poetste nog haar eigen woning en ging om boodschappen. Een serieuze val, kort na het overlijden van haar echtgenoot, bracht daar echter plots verandering in. Marie-Louise vertelt op de dag van haar verhuis aan de sociaal assistente dat het eigenlijk wel genoeg is geweest voor haar. Ze heeft een mooi leven gehad, waarbij ze werkte als onderwijzeres en drie kinderen heeft opgevoed met wie ze een goede band heeft, waaronder haar zoon met een mentale beperking die steeds bleef inwonen bij haar en voor wie ze quasi alle zorg opnam. Ze was lid van allerlei verenigingen en was ook erg sportief, ze ging

fietsen met een groepje en de laatste jaren ging ze nog vaak wandelen met haar man en zoon.. Zij en haar man waren onafscheidelijk en alle sociale activiteiten deden ze eigenlijk samen, net als de zorg voor hun zoon. Ze verwoordt het zelf als volgt 'ik zit nu in de miserie net omdat ik zo'n goed huwelijk heb gehad. We waren voor elkaar gemaakt en alleen betekent het leven niets meer voor mij'. Er vinden een heel aantal gesprekken plaats met de psychologe. Daarin wordt uitgeklaard wat zin geven aan het leven precies voor haar betekent. Hieruit komt vooral het belang van sociaal contact en zichzelf blijven verrijken in gesprek met anderen. Marie-Louise heeft zelf heel wat ideeën over hoe ze dit zou kunnen aanpakken, zo had ze zelf het idee om eens naar het aanpalende lokale dienstencentrum te gaan voor de kaartnamiddag en schreef ze zich zelfs in op een datingsite voor senioren. De psycholoog speelde uiteindelijk vooral nog een ondersteunende rol, waarbij er om de twee maand een gesprek was om de voorbije periode te evalueren en haar ideeën samen verder uit te werken. Het verdriet om haar man bleef, maar ze kreeg terug zin in het leven. Op een bepaald moment moest de psychologe spreken op een congres over de meerwaarde van psychologische begeleiding van ouderen in een woonzorgcentrum. Marie-Louise bleek toen bereid om mee te gaan met haar psychologe en haar ervaringen te delen op dit congres dat door veel professionals werd bijgewoond. Ze was (terecht) erg fier dat ze dit aandurfde.

4. Praktische toepassing: oplossingsgerichte gesprekskaarten 'Levensmoe(dig)'

Als hulpmiddel om op een oplossingsgerichte manier in gesprek te gaan rond het thema levensmoeheid, ontwikkelde ik gesprekskaarten met als titel 'Levensmoe(dig)'. De kaarten dienen vooral voor gebruik in WZC's en zijn opgedeeld in drie categorieën: kaarten om als zorgverlener in gesprek te gaan met een bewoner of patiënt, kaarten om binnen een zorgteam te gebruiken, en ten slotte kaarten die gebruikt kunnen worden om met familieleden of naasten in gesprek te gaan.

In de praktijk merk ik dat veel zorgverleners signalen van levensmoeheid opmerken bij bewoners en graag goed willen doen voor hen, maar niet altijd goed weten hoe ze dit onderwerp kunnen opentrekken of welk soort gesprek helpend is voor bewoners. Zoals hierboven vermeld wordt er (uiteraard goedbedoeld) vaak meteen in actie geschoten, terwijl het erg van belang is om eerst een goede vertrouwensrelatie op te bouwen. Ook beschikken bewoners zelf over veel resources beschikken die ze zelf nog niet altijd ontdekt hebben. Tegelijk is het ook voor bewoners niet altijd evident om woorden te geven aan het gevoel dat zij ervaren. Ook familieleden weten niet altijd hoe een oudere zich precies voelt of voelen zich soms machteloos omdat ze het gevoel hebben niets te kunnen betekenen voor hun naaste die levensmoe is. De gesprekskaarten kunnen een duwtje in de

rug zijn om het onderwerp bespreekbaar te maken met bewoners, met collega's en met naasten, de therapeutische relatie op te bouwen en resources duidelijk te maken.

Deze kaarten zijn dus vooral ontwikkeld om een aanzet te geven en het onderwerp bespreekbaar te maken op een open manier en zo ook aangrijpingspunten te vinden om samen tot een goede zorg te komen voor bewoners die zich levensmoe voelen. De kaarten bevatten vragen die richting geven en de aanzet van een gesprek vormen. Iedere zorgverlener, bewoner of familielid zal hier op zijn/haar eigen unieke manier mee omgaan, er is geen juist of fout gebruik van de kaarten.

4.1. Kaarten om te gebruiken voor gesprek tussen zorgverleners en bewoner

Deze kaarten kunnen zowel ingezet worden tijdens een individueel gesprek als tijdens een groepsgesprek met verschillende bewoners. Het gesprek kan gericht worden gevoerd met bewoners die duidelijk een gevoel van levensmoeheid naar voor brengen, maar kan ook breder gevoerd worden met iedere bewoner. Zelfs al ervaart een bepaalde bewoner zelf niet meteen dergelijke gevoelens, het kan een hele geruststelling betekenen als men weet dat dit onderwerp bespreekbaar is, nu of in de toekomst. In een groepsgesprek kan het ook de sociale steun tussen bewoners onderling bevorderen.

- Heb je al eens gehoord over 'levensmoeheid'? Wat betekent die term voor jou? Heb je zelf al zoiets ervaren of herken je dit bij anderen in je omgeving?
 - Er niet van uit gaan dat je weet wat iemand bedoelt, oprechte nieuwsgierigheid.
 - Vrijblijvend polsen naar eigen ervaring, om thema bespreekbaar te kunnen maken. Ervaring leert dat de meeste bewoners dit helemaal geen rare vraag vinden, zelfs al ervaren ze zelf geen klachten van levensmoeheid. Vaak is er eerder een gevoel van opluchting dat dit bespreekbaar kan gesteld worden, zowel nu als in de toekomst.
 - Normaliseren: er zijn veel ouderen die dergelijk gevoel ervaren. Mensen voelen zich soms alleen of niet begrepen omdat medebewoners hier niet over spreken.
- Kan je je voorstellen dat iemand liever wil sterven dan blijven leven? Waarom wel of niet?
 - Bespreekbaar maken van het onderwerp: de vraag stellen toont dat de zorgverlener open staat voor dit thema, waar sommige bewoners anders niet over durven spreken.
- Wanneer heb jij het wel eens lastig? Hoe ga je daar dan mee om? Wat helpt er om je wat beter te voelen?
 - Normaliseren: iedereen ervaart moeilijke momenten.
 - Erkenning voor het lijden dat er eventueel is
 - Coping, zoeken naar resources bij de bewoner: je hebt zelf al manieren gevonden om met dat lastige gevoel om te gaan.

- Hoe ziet een goede dag eruit voor jou? Wat doe je dan, wie is er bij jou, waar ben je, wat voel je,...? Wanneer val jij 's avonds met een tevreden gevoel in slaap?
 - Uitzonderingen zoeken en concretiseren
 - Variant op de mirakelvraag, visualiseren van het doel
- Stel dat je er morgen niet meer bent, wie zal jou missen? Wie komt er op jouw begrafenis? Denk breed: familie, vrienden, de verpleegster, medebewoners, een vroegere buurvrouw,...
 - Systeem exploreren. Vaak komen er veel meer anderen naar boven dan dat men eerst aangeeft als er gevraagd wordt naar het sociaal netwerk.
- Waar kijk je op dit moment naar uit? Dit kunnen grote maar ook kleine dingen zijn, zoals een lekkere maaltijd, de komst van een achterkleinkind, een uitstap, je favoriete verpleegkundige die aan het werk is, de lente,...
 - Uitzonderingen zoeken, wat zijn positieve momenten in je leven?
 - Toekomstperspectief creëren waardoor er hoop ontstaat
- Aan welke momenten denk je met plezier terug, zowel in het verre als in het nabije verleden? Vertel er iets meer over.
 - Exploreren van resources: welke sterktes komen er uit deze periodes naar voor? Hoe kunnen we deze nu verder inzetten?
 - Uitzonderingen zoeken
- Wanneer heb je laatst nog eens gelachen?
 - Uitzonderingen: dit is een meer concrete vraag dan vb. 'wanneer had je nog eens een goede dag'? waardoor er meer mensen in staat zullen zijn een antwoord te geven. Op het antwoord kan dan verder gebouwd worden, hoe kan je er voor zorgen dat er meer van die momenten komen?
- Waarvoor ben je dankbaar momenteel?
 - Resources ontdekken
 - Uitzonderingen: zelfs in een lastige periode heeft men nog altijd zaken waar men dankbaar voor is, dit kan inspiratie geven om hier meer op in te zetten.
- Met jouw levenservaring, welk advies zou je geven aan jongeren?
 - Perspectief wijzigen, levenswijsheid van een oudere persoon als resource gebruiken.
- Wat zou je jongere (vb. 20-jarige) zelf zeggen als hij/zij jou kon ontmoeten? Waarvoor zou hij of zij bewondering hebben?
 - Perspectief wijzigen, welke dingen zijn voor jou als persoon belangrijk en zijn met de tijd misschien ondergesneeuwd?
- Met wie praat je liefst als je het even moeilijk hebt?

- Netwerk exploreren
- Coping
- Hoe wil je dat je dierbaren jou herinneren als je er niet meer bent? Welk beeld van jou wil je dat ze behouden?
 - Perspectief van anderen aannemen, naar eigen sterktes kunnen kijken vanuit het perspectief van derden
 - Netwerk exploreren
 - Resources, sterktes
 - Waardes in het leven, wat doet er echt toe voor jou?
- Wat zou je willen dat er op je begrafenis over jou verteld wordt?
 - Resources: wat zijn jouw sterktes en positieve punten?
 - Gewenste toekomst: hoe wil je je leven verder lijden?
- Waar ben je trots op?
 - Resources, uitzonderingen
 - Succeservaringen
- Wat weten we nog niet over jou? Vertel eens een interessant weetje over jezelf.
 - Bewoner op een andere manier leren kennen, resources zichtbaar maken
- Wat doe jij als je je niet goed voelt dat een beetje helpt?
 - Coping
- De drie vragen van een tevreden leven:
 - Wat heb ik gedaan waarover ik tevreden ben?
 - Wat heeft iemand anders gedaan waarover ik tevreden ben, of waar ik dankbaar om ben? Hoe heb ik daar op gereageerd?
 - Wat zie/hoor/voel/ruik/smaak ik waarover ik tevreden of dankbaar ben?
 - Uitzonderingen
 - Resources

4.2 Kaarten om te gebruiken in team, zorgverleners onderling

Deze kaarten zijn bedoeld voor een team professionals. De kaarten kunnen bijvoorbeeld tijdens een teamvergadering gebruikt worden. Iemand leidt het gesprek in goede banen, dit kan bijvoorbeeld de teamcoach of psycholoog verbonden aan de voorziening zijn. De gesprekskaarten zijn vooral bedoeld om het thema onder de aandacht te brengen en het vertrouwen in het eigen kunnen van de zorgverleners te ondersteunen. De resources van de zorgverleners worden aangesproken. Er wordt uitgegaan van de kracht van de groep, samen weet je meer dan alleen, collega's leren veel van elkaars ervaringen.

- Wat betekent het woord levensmoeheid voor jou? Wat betekent dit voor je collega's?
 - Unieke betekenisgeving, verschilt van persoon tot persoon, er niet van uit gaan dat we elkaar begrijpen. Leren om verder te vragen als iemand spreekt over levensmoeheid.
- Ben je al eens in contact geweest met een bewoner die levensmoe was? Hoe ben jij daar toen mee omgegaan en welk effect had dit? Wat doe je opnieuw zo in de toekomst en wat zal je juist anders doen mocht je dit nog eens tegenkomen?
 - Ervaringen delen, steun van de groep
 - Coping en resources: wat kunnen we leren van elkaars succeservaringen?
- Op een schaal van 0 tot 10: hoe zeker voel je jezelf om in gesprek te gaan met een bewoner die tekenen van levensmoeheid vertoont? Hoe ben je al tot dat punt gekomen? Wat zal je nog zekerder maken in dergelijke contacten zodat je vb. 0,5 pt hoger scoort en hoe kan je dat bereiken?
 - Schaalvraag rond vertrouwen in zichzelf, nuance aanbrengen
 - Zicht krijgen op resources van de hulpverlener
 - Zicht krijgen op gewenste toekomst en hoe deze te bereiken
- Wanneer had je het gevoel dat je echt een verschil kon betekenen voor het welbevinden van een bewoner die levensmoe was? Vertel ons iets over die ervaring.
 - Resources
 - Succeservaring delen met collega's die hieruit kunnen leren
 - Positieve bekrachtiging, versterking van het zelfvertrouwen van de collega die dit verhaal brengt
- Bij wie kan jij zelf terecht voor steun als een bewoner aangeeft dat hij of zij levensmoe is? Is dit bespreekbaar in jullie team?
 - Sociale steun in het team versterken
 - Erkenning voor het feit dat dit ook als zorgverlener een lastig thema kan zijn
- Hoe zorg jij er voor dat je een vertrouwensband kan opbouwen met een bewoner die het lastig heeft?
 - Resources ontdekken en delen
- Hoe ga je om met familieleden en naasten van een bewoner die levensmoe is? Hoe knoop je een gesprek met hen aan en betrek je hen mee in de aanpak?
 - Resources
- Hoe denk jij zelf over ouder worden en levenseinde? Is ouder worden iets waar je naar uitkijkt of maakt het jou net bang/verdrietig/... Kan je je voorstellen dat iemand naar de dood verlangt?

- Reflectie over eigen perspectief van de zorgverlener
- Wat heeft er jou in het verleden al geholpen om moeilijke onderwerpen toch bespreekbaar te maken met bewoners? Vertel ons over een situatie waar je trots over bent.
 - Resources
 - Uitzonderingen
- Vind je het soms moeilijk om over de dood of het levenseinde te spreken of juist helemaal niet? Vertel ons iets meer.

4.3. Kaarten om te gebruiken voor gesprek tussen zorgverlener en naasten/familie van bewoner

Ook familieleden en andere belangrijke naasten van de bewoners mogen niet vergeten worden. Zij vangen ook vaak signalen op van een bewoner en zijn een belangrijke 'partner in crime' in de zorg. Zij hebben niet alleen nood aan een luisterend oor en erkenning voor hun eigen gevoel, maar kennen de bewoner vaak erg goed waardoor hun input veel aangrijpingspunten kan bieden bij het optimaliseren van de zorg voor de bewoner. De kaarten zijn bedoeld voor een individueel gesprek tussen een zorgverlener en de familie van een bewoner die signalen van levensmoeheid vertoont. Dit kunnen zowel partners zijn als kinderen, broers en zussen,...Zeker als zij nauw betrokken zijn, kunnen zij een grote invloed hebben op de bewoner.

- Praten jullie soms over het levenseinde in jullie familie? Zo ja, wil je er iets meer over vertellen? Over wat praten jullie en op welke manier verloopt dit? Zo nee, willen jullie dit misschien wel doen in de toekomst? Hoe zouden jullie dit onderwerp verder bespreekbaar kunnen maken? Wat kan een volgende stap zijn voor jullie?
 - Bespreekbaarheid van het onderwerp
 - Kleine stapjes richting gewenste toekomst
- Wat betekent het begrip levensmoeheid voor jullie? Herken je hier iets van bij je familielid?
 - Er niet van uitgaan dat je weet wat iemand anders bedoelt als er over levensmoeheid gesproken wordt. Verder durven exploreren wat dit precies wil zeggen.
- Aan wat merken jullie wanneer jullie familielid het soms lastig heeft? Wat doet dit met jullie?
 - Erkenning voor het lijden dat dit bij familie ook teweeg kan brengen
 - Begrip voor het familielid teweeg brengen
- Hoe gaan jullie er mee om als jullie familielid het lastig heeft? Wat merk je dat er helpt op zo'n momenten?
 - Coping

- Wat wensen jullie je familielid toe voor zijn/haar oude dag? Wat denken jullie dat jullie familielid zelf wenst? Hoe kunnen we dit samen verder bereiken? Wanneer lukt dit al een beetje? Wat is een volgende kleine stap om dit te bereiken?
 - Gewenste toekomst
- Als jullie drie talenten of kwaliteiten van jullie familielid moeten noemen, welke zijn dat?
 - Resources bij het familielid ontdekken om er extra op in te kunnen zetten
- Vertel eens over een aangenaam moment dat jullie onlangs meemaakten samen met jullie familielid?
 - Uitzonderingen
- Wat zijn jullie verwachtingen naar ons als WZC in de omgang met jullie familielid? Wat kunnen wij volgens jullie betekenen in de zorg voor de bewoner? Waar zijn jullie reeds tevreden over en moeten we dus zeker behouden? En wat is een volgende stap in de goede richting?
 - Relatie en vertrouwen opbouwen tussen zorgverleners en familie
 - Gewenste toekomst
- Waar bewonder je je familielid voor?
 - Resources
- Op welke manier of bij wie kan je je eigen gevoelens kwijt als je het even lastig hebt met de situatie?
 - Netwerk, sociale steun exploreren
 - Coping bij de familie
 - Erkenning voor het gevoel bij de familie
- In welke mate (op een schaal van 0 tot 10) ervaar je gemoedsrust rond de gevoelens van levensmoeheid bij je familielid? Hoe is het al gelukt om hiertoe te komen? Hoe kunnen jullie nog wat meer gemoedsrust krijgen, wetende dat je familielid gevoelens van levensmoeheid ervaart? Wat is een volgende stap in je eigen proces?
 - Erkenning voor de familie
 - Gewenste toekomst
- Hoe werd er bij jullie thuis vroeger omgegaan met verdriet, moeilijke situaties?
 - Copingsstijl die bij iedere familie uniek is
- Wat deed jouw familielid vroeger graag? Had hij of zij hobby's? Welke job deed hij en wat sprak hem daarin aan? Waar was hij of zij goed in?
 - Resources van de bewoner bespreken

5. Conclusie

Het oplossingsgerichte Brugs model is goed toe te passen bij cliënten die een gevoel van levensmoeheid ervaren en kan ook hun omgeving (zowel professionals als naasten) meer houvast geven om hiermee om te gaan. Vanuit veel respect en erkenning voor het lijden bij de cliënt, wordt er ingezet op de therapeutische relatie en tracht men de mogelijkheden terug zichtbaar te maken. Het doel is niet het wegnemen van de levensmoeheid. De beschreven casussen tonen aan dat bewoners uiteindelijk wel vaak een manier vinden om verder te leven met dit gevoel, er mee om te gaan, het leven dragelijker te maken, zelfs een vorm van 'zin' terug te vinden of juist een voor hen waardig levenseinde te bereiken.

In een woonzorgcentrum komt steeds meer de focus te liggen op 'wonen en leven' in plaats van op enkel zorg. Op veel vlakken werd er reeds een goede start gemaakt, tegelijk blijft het medisch model bij veel zorgverleners nog hardnekkig hangen. Levensmoeheid bij bewoners is mede daarom vaak niet makkelijk te dragen voor de teams, want een kant en klare oplossing is er niet. De ontwikkelde gesprekskaarten 'Levensmoe(dig)' kunnen zorgverleners ondersteunen in het aangaan van een vertrouwensrelatie met de bewoner en het thema levensmoeheid op zijn minst meer bespreekbaar te maken, vanuit een oplossingsgerichte insteek.

Bronnenlijst

Daeleman, C., & De Lepeleire, J. (2019). Levensmoeheid bij patiënten: een exploratie bij huisartsen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 75 (??), 1-11. doi: 10.2143/TVG.75.00.2000000

Delbeke E. Hulp bij zelfdoding en levensmoeheid. In: Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde. Mortsel: Uitgeverij Intersentia, 2012: 395-411.

Distelmans, W. (2019). Voltooid leven is niet noodzakelijk synoniem voor polypathologie. In R. Geeraert (Red.), *Levensmoeheid bij ouderen, een praktische handleiding* (pp. 41 – 52). Brussel, België: Politeia.

Euthanasiewet in een notendop. (z.d.), LEIF. Geraadpleegd op 18 oktober 2023, van <https://leif.be/vragen-antwoorden/euthanasiewet-in-een-notendop/>

Gastmans, C. Zorgen en deugdzame houdingen. In: R. Ter Meulen, S. Verbaeke, S. Waanders (red.) *Zorg om zorg: Menselijke maat in de gezondheidszorg*. Eindhoven: Damon, 2008, 40-58.

Hubble, Mark & Duncan, Barry & Miller, Scott. (1999). The heart and soul of change: What works in therapy. 10.1037/11132-000.

Isebaert, L. (2022). *De Therapeutische Alliantie* (G. Lefevere, Red.) (1). Academia Press.

Zorgnet-Icuro (2020). Levensmoeheid bij ouderen: een ethische benadering. *Ethische advies 22*, Brussel.

Peters, M. Voltooid leven; *waar spreken we over?* Amsterdam: NVVE, 2010.

Rurup, M.L., Pasman, H.R.W., Kerkhof, A.J.F.M., Deeg, D.J.H., Onwuteaka Philipsen, B.D. (2011) . Older people who are ‘weary of life’: their expectations for the future and perceived hopelessness. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* 42 (4), 159e169. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12439-011-0030-5>.

Scocco, P., Fantoni, G., Rapattoni, M., de Girolamo, G., & Pavan, L. (2009). Death Ideas, Suicidal Thoughts, and Plans Among Nursing Home Residents. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 22(2), 141-148.

Scocco, P., Rapattoni, M., Fantoni, G., Galuppo, M., De Biasi, F., de Girolamo, G., & Pavan, L. (2006). Suicidal behaviour in Nursing Homes: a survey in a region of North-East Italy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 307-311

Van Den Noortgate, N., Vandenberghe, P., De Lepeleire, J., Ghijsebrechts, G., Lisaerde, J., & Beyen, A. (2016). Oud en moe van dagen: levensmoeheid bij ouderen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 72 (3), 145 – 157. doi: 10.2143/TVG.72.03.2002049

Van Tongeren, P. *Willen sterven: Over de autonomie en het voltooide leven*. Utrecht: Kok, 2019.

Vanlaere, L. *Zorg: Een wijsgerig- en theologisch-ethisch grondslagenonderzoek met toepassing op de zorg voor suïcidale ouderen. Onuitgegeven proefschrift, Leuven, 2006.*

Van Wijngaarden, E. *Voltooid leven: Over leven en willen sterven*. Amsterdam: Atlas Contact, 2016.

Van Wijngaarden, E., Goossensen, A., Leget, C. The Social-Political Challenges Behind the Wish to Die in Older People Who Consider Their Lives to be Completed and No Longer Worth Living. *Journal of European Social Policy* 28 (2018) 419-429.

VLESP (2019). Suïcidepreventie bij ouderen: Praktijkadviezen voor zorg- en hulpverleners.

Wampold, B. (2015). How important are common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270 – 277. Doi: [10.1002/wps.20238](https://doi.org/10.1002/wps.20238)

Zelfmoord 1813. *Samen voorkomen – ouderensector*. <https://www.zelfmoord1813.be/samen-voorkomen/woonzorgcentra>