

# Contact maken met een patiënt met psychogeriatrische problematiek

Tijdens de masteropleiding Advanced Nursing Practice (MANP) bij de Hogeschool Rotterdam onderzoeken studenten het eigen handelen door het maken van uitvoerige en gedetailleerde casestudies. De opdracht casestudie bestaat uit een narratief gedeelte (de casus) waarin de feitelijke gebeurtenissen beschreven worden zoals de student deze heeft ervaren in haar zorgverlening met de patiënt. Hierna volgt het beschouwende deel (de analyse), waarin de student de thema's bespreekt die betrekking hebben op het verpleegkundig handelen in het contact met de patiënt. Dit artikel is een weergave van een casestudie met de vraag: 'Hoe kan de begeleiding van een depressieve dementerende patiënt vorm krijgen die in de werkelijkheid leeft van een waan en dwangmatig roepgedrag vertoont?'.

Lillian van Nieuwenhuize- Harmsma en Ada ter Maten \*

## ■ De casus

Mevrouw Harms wordt 88 jaar geleden geboren in Indonesië. Tijdens de tweede wereldoorlog wordt zij met haar kinderen geïnterneerd in een 'jappenkamp'. Na de bevrijding komt mevrouw Harms met de kinderen naar Nederland en wordt met haar echtgenoot herenigd. Deze overlijdt echter spoedig hierna en mevrouw voedt haar kinderen alleen op. Vanaf de jaren negentig heeft mevrouw talloze lichamelijke klachten en is zij in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen ter behandeling van een depressie. Sinds een jaar vertelt mevrouw over beestjes en pijn in haar buik. De laatste maanden vertoont zij zwerfgedrag en weigert medicatie en zorg. De huisarts stelt voor verder onderzoek een opname voor in een geriatisch centrum, mevrouw stemt hiermee in, omdat 'ze daar de pillen hebben, die mijn buik beter maken'. Tijdens het lichamenlijk onderzoek, algemeen bloedbeeld, urine onderzoek en ECG blijken geen afwijkingen. Mevrouw is gedoriënterd in plaats en tijd en haar inprentinggeheugen is licht gestoord. Naast een depressie wordt ook een waan vastgesteld. Mevrouw blijft in het begin van de opname veel op haar kamer, wil daar haar eten, want als ze liggend eet slapen de beestjes door. Ze laat zich helpen bij de lichamenlijke verzorging en neemt de medicatie Haldol een anti-psychoticum, dat op wanen werkt en het anti-depressivum Trazolan zonder weerstand in. Ze is deze eerste weken apathisch en niet geagiteerd zoals voor de opname.

## ■ Het eerste contact

Een aantal weken na opname kom ik rond half elf op de afdeling. Het valt me op dat mevrouw Harms nog op bed ligt. Een verzorgende vertelt dat mevrouw weigert uit bed te komen, ze wordt ook al een week op bed gewassen.

Ik loop de slaapkamer in waar mevrouw Harms aangekleed met de ogen gesloten op bed ligt. Zodra ze mijn voetstappen hoort gaan haar ogen open en ze kijkt me helder aan. Haar Indonesische achtergrond is zichtbaar aan haar licht getinte huid, bruine iets schuinstaande ogen en een specifiek Indische tongval. Op mijn vraag of ik bij haar mag komen zitten, verandert haar gezichtsuitdrukking in een huilerige, smekende blik. 'Graag zuster' is haar fluisterende antwoord. Ik vraag waarom ze op bed ligt? Op jammerende toon en met toenemende kracht in haar stem antwoordt ze: 'Ik kan niet uit bed.'

**Als ik bij haar zit, verandert haar gezichtsuitdrukking in een huilerige en smekende blik.**

Ik heb andere pillen van de dokter gehad voor de beestjes in mijn buik en die helpen, maar nu moet ik nieuwe pillen, want mijn benen doen pijn'. Ze wil echt wel uit bed, want ze is haar hele leven flink geweest, maar deze pijnen heeft ze nog nooit gehad. Ze grijpt mijn arm beet: 'help me toch, help me toch'. Ik hoor de wanhoop in haar stem en wil haar helpen. Ik praat sussend tegen haar en streel haar hand. Langzaam wordt ze weer rustig. Ik vertel haar dat ik begrijp dat het moeilijk is om zoveel pijn te hebben en dat ik met de dokter zal overleggen of we iets aan de pijn kunnen doen. Ik blijf nog bij haar zitten. Weet haar af te leiden naar andere gespreksonderwerpen, het weer, de honden in het park. Mevrouw neemt geen initiatief in het gesprek. Als ik wil weten of ze het eten lekker vindt, antwoordt ze dat ze het Indische eten mist. Op mijn vraag welke Indische gerechten ze lekker vindt, sluit ze haar ogen en verzucht; 'Het maakt niet uit, ik



eet nu hier'. En met 'ga de dokter vertellen, dat hij mij van mijn pijn af moet helpen' eindigt ze na een kwartier onze ontmoeting. Teleurgesteld sta ik op de gang. Ik was de slaapkamer ingegaan om te ontdekken waarom ze niet in de huiskamer aan de koffie zat en realiseer me dat ik had verwacht haar wel zover te krijgen. Ze is wel rustiger geworden en de wanhoop verdween uit haar stem, maar ze is niet uit bed gekomen.

Die middag overleg ik met de arts. Vertel hem dat mevrouw geen buikklachten meer heeft, maar nu pijn in de benen aangeeft als reden om op bed te blijven. Tevens vraag ik hem of ik het gesprek anders aan had moeten pakken? De arts adviseert dat ik een aantal keer een praatje met haar kan maken om haar wat beter te leren kennen. Aansluitend gaan we naar de afdeling waar hij mevrouw onderzoekt. Mevrouw heeft geen pijn meer en de arts kan geen afwijkingen vinden. Hij bespreekt met haar dat ze met de fysiotherapeut gaat oefenen met lopen, zodat ze kan eten en drinken in de huiskamer. Mevrouw vertelt dat ze niet denkt dat het lukt, de dokter moet haar pillen geven voor de pijn in haar benen. De arts zegt dat ze zo nodig een paracetamol mag.

#### ■ **Het tweede contact**

Als ik de afdeling op loop hoor ik mevrouw al roepen: 'Zuster, kom nou ik heb buikpijn'. De verzorgende vertelt dat het zo al een half uur gaat. Ik loop de slaapkamer in en met een uitgestoken bevede hand zegt ze: 'Zuster, help me toch, mijn buik, niemand helpt mij, ik moet pillen'. Nu

**Ik voel me geïrriteerd door haar roepgedrag.**

beeft niet alleen haar hand, maar ook haar hoofd beweegt ze wild van links naar rechts op het kussen. Ik voel me nu niet alleen on-

zeker, maar ook geïrriteerd door haar roepgedrag, claimend, niet te negeren. Beide gevoelens zet ik van mij af en terwijl ik oogcontact met mevrouw houd pak ik een stoel. Mijn hersenen draaien op volle toeren, wat te zeggen? Wat te doen? Ondertussen wordt mevrouw rustiger en ook het beven wordt minder. Dan opent ze haar ogen en met trillende stem zegt ze 'u moet de dokter halen, hij moet mij pillen geven'. Ik vertel haar dat de dokter er niet is, maar dat ze paracetamol mag voor de pijn. Mevrouw vindt het een goed idee: 'ik wist wel dat u mij ging helpen'. Ik vraag aan mevrouw hoe ze het eten aan tafel vindt. Mevrouw antwoordt dat ze er buikpijn van heeft gekregen. 'Ik kan dat niet meer doen zuster, ik wil rust, ik ben in een verpleeghuis er moet voor mij gezorgd worden.' Als ik haar vraag wat de beste zorg is zegt ze: 'Door mij pillen te geven, waardoor ik geen pijn en lucht meer in mijn buik heb'. Ik voel me machteloos, ik zou zo graag iets willen betekenen in deze wanhoop. Aanvankelijk was ze wel af te leiden naar andere gespreksonderwerpen, maar het lijkt of ze steeds vaster komt in de pijnobsessie. Na de beestjes, kwam de pijn in de benen en nu is er buikpijn en lucht in de buik. Na zeven weken opname is mevrouw niet in staat over iets anders te praten dan haar pijn. Vraagt aandacht door wanhopig te roepen en lijkt zichtbaar. Dit doet mij als nurse practitioner

(NP) maar bovenal als mens, pijn. Ik zie het als een van mijn taken om haar kwaliteit van leven te verbeteren. Graag wil ik verder onderzoeken hoe ik haar kan begrijpen en samen met het team kan benaderen op een manier die haar wanhoop en lijden doen afnemen.

### ■ Analyse

Er is bij mevrouw Harms sprake van een verwevenheid van allerlei problemen die kunnen voortkomen uit de psychische stoornissen, depressie en dementie. Ook kan een opname in het verpleeghuis ernstige stress veroorzaken. Het adaptie-copingmodel van Dröes (geciteerd in De Lange, 2004) verklaart het gedrag en gedragsproblemen van mensen met dementie vanuit de manier waarop deze zich aanpassen aan de gevolgen van hun ziekte (adaptie) en omgaan met de stress die deze gevolgen kunnen veroorzaken (coping). Daarnaast kunnen bepaalde gebeurtenissen uit het leven van mevrouw Harms een rol spelen bij haar huidige gedrag en het feit dat zij uit een niet-westerse cultuur afkomstig is.

### ■ Psychische stoornissen

Apathie, depressie, waanideeën en roepgedrag kunnen samenhangen met beginnende dementie. Ook kan de medicatie een rol spelen. Depressie wordt beschreven als stemmingsstoornis, die zich kenmerkt door een verlies van levenslust en/of een zwaar terneergeslagen stemming. Het kan worden veroorzaakt door de veranderingen in de hersenen als gevolg van de dementie, maar ook door de beleving van de patiënt en zijn omgeving van de achteruitgang van het geheugen en cognitieve vermogens (V&VN, 2006). Reedijk (2003) definieert wanen als ideeën die niet op de werkelijkheid berusten, maar die door de persoon als werkelijkheid wordt ervaren. Hallucinaties zijn waarnemingen (horen, zien, voelen) die niet bestaan. De waan kan een manier zijn om met angst om te kunnen gaan, maar ook berusten op een defect in de hersenen. Een waan is niet te corrigeren, maar op de gevoelens die er mee gepaard gaan moet men anticiperen. Over roepgedrag, claimend gedrag leert het onderzoek van de Lange (2004) dat bij dementie er sprake kan zijn van regressief gedrag (overmatig afhankelijk gedrag) gericht op het afweten van onzekerheid en angst. De Lange noemt het roepen om de zuster 'gehechtheidgedrag'. In tijden van nood keren we terug naar het gehechtheidfiguur van vroeger

(moeder) en de patiënt uit zijn gevoelens van angst en onzekerheid in behoefte aan iemand om zich aan vast te klampen.

### Levensloop en Indonesische cultuur

Mevrouw heeft forse verlieservaringen gekend: overlijden echtgenoot en zoon, en het verlaten van haar vaderland (Indonesië). Volgens haar kinderen stond overleven centraal. Mevrouw was dominant, had weinig sociale contacten en toonde nooit gevoelens van affectie. De 'japenkampen' waren volgens haar oudste zoon traumatisch. Zij wilde er nooit over praten. De zoon die als zorgwaarnemer optreedt, vraagt het behandelteam de wens van zijn moeder te respecteren haar verleden met rust te laten. Een ander belangrijk aspect uit haar levensgeschiedenis is haar herkomst uit Java. Mevrouw woont al meer dan vijftig jaar in Nederland. Door de dementie gaat mevrouw terug naar het verleden. Haar verleden is in Indonesië. De taal, gewoonten, voeding en ziektebeleving zijn geënt op deze cultuur. Hoe beleeft zij haar ziekte vanuit deze cultuur? Van de arts wordt een oplossing verwacht, ook deze mevrouw vraagt steeds om de dokter, om medicatie. Zelfzorg bij ouderen in de Indonesische cultuur is niet vanzelfsprekend. Er wordt voor ouderen gezorgd. Moet de apathie en het roepgedrag ook niet in dit licht gezien worden?

In Aziatische en Afrikaanse landen worden depressies vertaald in lichamelijke symptomen. De patiënt beleeft een depressie dus anders, zodat we niet van 'somatisatie' kunnen spreken, maar eerder een klacht in zijn holistische betekenis moeten doorgronden (Rohloff, 1999). Verder geeft Rohloff (1999) aan dat psychische gevolgen als gevolg van traumata vaak op een begrensd somatisch gebied beleeft worden. Volgens Bakker (2000) zijn de kenmerken (depressie, dominantie, agressie, achterdocht en vermijding) van een post-traumatische stress syndroom (PTSS) bij ouderen met cognitieve functiestoornissen moeilijk te herkennen. Zij vormen de overlevingsstrategieën en uit de levensloop van de patiënt kan blijken of deze al gedurende het ontstaan van de PTSS aanwezig zijn. Zorgverleners moeten de kenmerken kunnen herkennen, hiervoor is het opbouwen van een vertrouwensrelatie en heteroanamnese noodzakelijk. Daarbij vraagt het van de zorgverlener flexibiliteit met de verschillende kenmerken om te kunnen gaan.

### ■ Nieuwe benaderingswijzen

Vanaf de jaren tachtig kwam er kritiek op de benadering van mensen met dementie in de verpleeghuizen. Om hierin verandering te brengen ontstonden nieuwe vormen van zorg. In Nederland ontwikkelde Van der Kooij (1999, geciteerd in De Lange, 2004, p.41) geïntegreerde belevingsgerichte zorg. Waarbij belevingsgerichte benaderingswijzen in combinatie met communicatieve vaardigheden worden gebruikt om de individuele dementerende verpleeghuisbewoner te ondersteunen bij de aanpassing aan de gevolgen van zijn ziekte en de verpleeghuisopname. Hierdoor voelt de dementerende oudere zich geborgen in staat zijn gevoel van eigenwaarde te behouden.

Grijpdonck en Baart (2008) stellen dat het zichtbaar maken van de

patiënt en nabijheid vereisten zijn voor een zorgrelatie. Dit wil zeggen: met verstand en gevoel proberen inzicht te krijgen in de situ-

**Met verstand en gevoel inzicht krijgen in de patiënt.**



atie van de patiënt. Wat in de situatie veroorzaakt voor de patiënt pijn, angst en lijden en hoe gaat deze daar mee om? Hoe voelt dat dan, wat zijn passende mogelijkheden en wat zijn geen opties? Zich zo in de patiënt verdiepen maakt de verpleegkundige niet langer tot buitenstaander, maar tot betrokkene. Wat de verpleegkundige moet doen, kan ze niet afleiden uit het labeltje van de klacht of ziekte en ook niet uit haar persoonlijke voorkeuren en ervaringen. Deze unieke patiënt moet met geduld en aandacht benaderd worden. Wie kun je zijn voor de ander?

### ■ Heroverweging

Kijkend naar de casus en de literatuur is mij duidelijk geworden dat het begeleiden van deze patiënt een complex proces is. Voor iedere aandoening zijn specifieke interventies, voor depressie kunnen medicatie, bewegingstherapie en structuur ingezet worden (V&VN, 2006). Voor roepgedrag wordt aanwezigheid en bieden van veiligheid als interventie aanbevolen (De Lange, 2004). De diverse aandoeningen zijn door mij steeds als aparte ziektebeelden gezien. Aan ieder ziektebeeld koppelde ik een benaderingswijze, die volgens mijn kennis zo goed mogelijk paste. Maar de kern is dat er persoonsgerichte in plaats van ziektegerichte interventies plaatsvinden. Tijdens haar (getraumatiseerde) levensloop heeft deze vrouw haar autonomie en vechtlust weten te behouden. Maar ze verloor haar autonomie en regie in de transitie naar het verpleeghuis. De gevoelens van onzekerheid, angst, pijn en wanhoop tijdens de opname maakten haar tot een vrouw die wanhopig om hulp roept.

Een belangrijk inzicht kwam uit het artikel over de Aziatische cultuur in combinatie met de levensloop waarin lichamelijke aandoeningen deel uit maken van een depressie en traumata ontstaan door de jappenkampen. Voor mij is duidelijk dat deze mevrouw geen waan heeft maar pijn ervaart vanuit angst, eenzaamheid en verdriet. Deze en de andere gedragsstoornissen (roepgedrag, claimend gedrag), veroorzaakt door inadequate en ineffektieve adaptatie en coping vragen om een

**Na de literatuurstudie bleek dat ik een stap heb overgeslagen.**

begeleiding op maat.

Na de literatuurstudie over benaderingswijzen van patiënten met dementie ontdekte ik dat ik een belangrijke stap over heb geslagen. Namelijk, om vanuit gevoel en betrokkenheid aan te sluiten bij haar beleavingswereld. Tijdens de ontmoetingen stonden haar pijnbeleving en het vragen, smeken om een oplossing centraal. Ik ben vooral bezig geweest de oplossing te zoeken in de vorm van de beste benaderingswijze in plaats van een relatie op te bouwen. Omdat mevrouw aangeeft dat zij met rust gelaten wil worden, spreek ik met mijn collega's af om hieraan gehoor te geven. Zo is gekozen voor op comfort gerichte interventies, in plaats van activering.

Ik heb mevrouw de regie gegeven over haar pijnmedicatie. Ik heb haar uitgelegd dat ze zes paracetamol per dag mag. En dit zelf mag verdelen. Mevrouw greep dit aanvankelijk aan om constant met de paracetamol bezig te zijn, maar uiteindelijk kreeg ze haar eigen inname ritme. Met de keuken heb ik geregeld dat mevrouw drie maal per week een Indische maaltijd krijgt. Maar het belangrijkste zijn mijn ontmoetingen met mevrouw in de afgelopen weken. Niet om de pijn op te lossen,



maar om haar nabij te zijn. Het was verrassend om aanwezig te zijn bij haar. Als mevrouw mij zag, riep ze mij altijd: zuster, zuster. Steeds ben ik naar haar toe gegaan, soms ging ik even bij haar zitten, soms stelde ik haar kort gerust en legde uit dat ik met ander werkzaamheden bezig was en later nog even met haar zou praten. Deze belofte kwam ik ook na! Ook de verzorgenden gingen er zo mee om. Na ongeveer drie weken, begon het roepgedrag af te nemen. Mede door medicatieverandering is mevrouw helderder geworden. Ieder gesprek startte volgens vast patroon, smekend, jammerend praten. Telkens pakte ik haar hand, zocht oogcontact en praatte sussend en geruststellend tegen haar. Hierdoor kalmeerde mevrouw, vervolgens gaf ik aan hoe vervelend ik het voor haar vond dat ze veel pijn had, dat ik het niet voor haar op kon lossen, maar dat ze er met mij wel over kon praten. Een aantal malen zaten we dan een minuutje of tien hand in hand bij elkaar, mevrouw sloot na een paar minuten haar ogen en als ze haar hand van mij los maakte ging ik weg. Mevrouw riep mij dan niet na. Soms lukt het niet en bleef mevrouw onrustig achter en gaf ik bij de verpleging aan haar extra aandacht te geven.

Twee maal kwam er uit de ontmoeting een gesprek voort. Opvallend is hoe helder en vol humor mevrouw in deze gesprekken is, er komt een mens tevoorschijn die me onbekend was. Het leert me dat begeleidingsinterventies pas plaats kunnen vinden, als er een vertrouwensrelatie met de patiënt is opgebouwd vanuit contact.



#### Literatuur

- Argos (2009.) Richtlijn psychiatrische functiestoornis, richtlijn -01540- richtlijnen PMD. Op 30 december 2009 ontleend aan intranet <http://msdbs01/iprova/iportal/Default.aspx>
- Baart, A. & Grijpdonck, M. (2008). Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Den Haag: LEMMA
- Bakker, T.J.E.M. (2000). Palliative care in chronic psychogeriatrics: A case study. Patient education and counseling 41,107-113
- Bloemendaal, I., Albers, D., De Kroon, S. & Dekker A. (2009) Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis. Utrecht: Prismant.
- Broek, E. & Kooreman, J. (2003). Geen zin meer in het leven. In B. Miesen, M. Allewijn, C. Hertogh, F. Groot de & M. Wetten van (red.). Leidraad psychogeriatricie, deel A scherper zien (p218-245) Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Lange, J. de (2004). Omgaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment. Academisch proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam
- NIVEL (2006) Richtlijn het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn. nivel/Rivas 30 december 2009 ontleend aan <http://www.venvn.nl/OverVVN/>

Vereniging/CommissieLegitimeringRichtlijnen/tabid/1852/Default.

- Reedijk, B. (2003) Illusies, hallucinaties en wanen, leven in een andere werkelijkheid. In B. Miesen, M. Allewijn, C. Hertogh, F. Groot de & M. Wetten van (red.), Leidraad psychogeriatricie, deel A scherper zien (p358-380) Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Rohlof, H., Groeneberg, M & C. Blom (1999). Vluchtelingen in de GGZ. Utrecht: Pharos
- V&VN (2008) Richtlijn Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie (niet-medicamenteuze aanbevelingen) Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden Nijmegen
- Op 31 december ontleend aan <http://venvn.nl/Portals/20/publicaties/RichtlijnOmgaanMetGedragsproblemenBijDementie>.

\* **Lillian Nieuwehuize** is sinds september 2009 Nurse Practitioner in opleiding (NP i.o.) in Geriatrisch Centrum de Breede Vliet te Hoogvliet, een psychogeriatrisch verpleeghuis van de Argos Zorggroep. Daarvoor was zij drieëntwintig jaar werkzaam in de thuiszorg.

\* **Ada ter Maten** is hogeschooldocent bij de M ANP van de HR en doet promotie-onderzoek naar de professionele verantwoordelijkheid van nurse practitioners onder begeleiding van prof. Dr. P Meurs, prof.dr. M.H.F. Grijpdonck en dr. A. Pool.

Met dank aan dr. J. de Lange, lector HR en senior-onderzoeker Trimbos Instituut en dr. T.J.E.M. Bakker, directeur Argos zorggroep voor het kritisch lezen van deze casestudie.