

WARME ZORG

EEN VISIE OP PSYCHOGERIATRISCHE ZORGVERLENING

Het aantal plaatsen voor psychogeriatrische bewoners in verpleeghuizen neemt nog steeds sterk toe; inmiddels zijn er al meer dan 20.000. Aanvankelijk was de zorg voor deze bewoners georganiseerd volgens hetzelfde medisch-verpleegkundige, (therapeutische) model als in het somatische verpleeghuis. Geleidelijk wordt in de psychogeriatrische verpleeghuizen de beperkingen van dit model ervaren en ontstaan er schoorvoetend andere vormen van zorgverlening. Deze verandering in zorgvisie gaat nogal eens gepaard met gevoelens van onzekerheid, "of het wel goed is". Dit artikel probeert een theoretische ondersteuning te geven voor een andere visie op psychogeriatrische zorg.

In Nederland neemt het aantal psychogeriatrische plaatsen in verpleeghuizen met ongeveer 1000 per jaar toe. Inmiddels zijn er ruim 20.000 erkende plaatsen. Dat is echter lang niet genoeg voor de nog steeds toenemende vraag voor opname van dementerende bejaarden. Daarentegen daalt het aantal 'somatische' plaatsen in het verpleeghuis; het zal niet lang meer duren of er zijn meer psychogeriatrische dan somatische verpleeghuisplaatsen.

Psychogeriatrische afdelingen zijn in de jaren 60 en 70 vaak ontstaan vanuit een negatieve benadering; patiënten die in het somatische verpleeghuis als storend werden ervaren, werden, bij gebrek aan beter, overgeplaatst naar een (gesloten) afdeling waar ze de overige patiënten niet tot last waren. De behandeling op zo'n afdeling bestond vaak uit het medicamenteus, of door middel van een 'zweedse band' in het gareel houden van de patiënt. Voorzien van de nodige slaapmedicatie werden de patiënten meestal vroeg naar bed gebracht.

Het zou te simpel zijn om het beleid uit die dagen als verkeerd af te schilderen; er was immers nog maar bedroevend weinig bekend over het, parallel aan de vergrijzing, snel groeiende probleem van 'dementie'. Over de gewenste zorgverlening was al helemaal niets bekend.

H. Houweling, arts

De schrijver van dit artikel is werkzaam in het psycho geriatrisch verpleeghuis "Overspaarne" te Haarlem



Geleidelijk groeide er een medisch-verpleegkundige, meer therapeutisch gerichte visie op de psychogeriatrische zorgverlening. Er ontstonden handvatten voor de beoordeling van de patiënten zoals de BOP-score. Er ontstonden adviezen op medicamenteus gebied met de bedoeling het aftakelingsproces te stoppen, dan wel af te remmen. Er ontstonden therapeutische benaderingen zoals de ROT-training, met eveneens als doel het ziektebeeld op zijn minst te vertragen.

Alhoewel de resultaten van deze therapeutische benaderingen in de praktijk vaak niet leidden tot hetgeen men zo graag hoopte, waren ze toch op

zijn minst belangrijk voor het personeel dat op deze manier het gevoel had met iets positiefs bezig te zijn.

Deze medisch-verpleegkundige benadering heeft echter zijn beperkingen. De werkelijkheid is immers dat psychogeriatrische afdelingen worden bevolkt door hoogbejaarde mensen, die over het algemeen voor de rest van hun leven worden opgenomen. Het merendeel lijdt aan één of ander dementie-syndroom, een (vooralsnog) ongeneeslijke aandoening waarvan de verschijnselen zich op zijn best laten afremmen, maar die altijd voortschrijden.

Opname vindt meestal plaats "omdat het thuis niet meer gaat", na vaak jarenlange verzorging door het thuisfront. De realiteit is dat een psychogeriatrische afdeling een eindstation is, waar je als bewoner, meestal na een periode van verdere achteruitgang, uiteindelijk komt te overlijden.

De vraag is dan of zo'n goed bedoelde therapeutische benadering wel recht doet aan de werkelijke behoefte van die bejaarden.

Zorgbehoeften

Welke zijn dan de behoeften van deze bejaarden? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het mijns inziens belangrijk om een idee te hebben van wat het betekent om dement te zijn. Het is daarom van groot belang om te beschrijven wat je waarneemt bij een dementerende bejaarde.

Een dementerende bejaarde is vaak letterlijk en figuurlijk de weg kwijt, hij zoekt, is angstig of verdrietig en vraagt naar zijn huis en zijn ouders. Het lijkt wel of hij zich wil vastklampen. Een vergelijkbaar verschijnsel zien we ook bij jonge kinderen. Dit 'gehechtheidsgedrag' is uitvoerig beschreven door de Engelse psychiater John Bowlby.

Gehechtheidsgedrag is volgens hem een fundamenteel verschijnsel dat elk kind vertoont, het is van vitaal belang voor een goede evenwichtige ontwikkeling van het kind tot volwassene.

De ontwikkeling van het kind

Als een kind pas geboren is, is het tot weinig meer in staat dan te huilen, te zuigen en zijn behoefte te doen. Ook al is het kind nog zo gezond, er zal altijd iemand nodig zijn om voor het kind te zorgen, want op eigen kracht is het niet in staat om in leven te blijven. Het kind is dus volledig afhankelijk van de zorg, die meestal door de moeder gegeven wordt. In de loop van de tijd leert het kind. Het leert dat als het huilt 'moeder' het uit de wieg haalt en voedt, het leert na verloop van tijd om zijn ontlasting op te houden totdat het op het potje zit, het leert te staan en te lopen, het leert de taal. Geleidelijk aan wordt de wereld verkend; eerst de kamer, dan de rest van

het huis, vervolgens het huis uit de straat op. Steeds echter zal het kind als het bang is, of schrikt b.v. door een harde bel, onweer, een vreemd persoon, snel naar de moeder toeschieten om daar als het ware de veilige schoot op te zoeken.

Volgens Bowlby vormt (de wetenschap van) de aanwezigheid van de moeder de voorwaarde om tot een evenwichtige ontwikkeling te komen.

Hoe ouder het kind wordt, hoe meer het leert voor zichzelf te zorgen; het leert de taal te spreken, het leert zichzelf te wassen en aan te kleden, het leert als een volwassen mens in de wereld te staan, waar het de veiligheid van de moederschoot niet meer nodig heeft. Bij deze ontwikkeling van kind tot volwassene is het leervermogen dus van groot belang.

Leren is een functie van het zenuwstelsel, de "hersenen", Leren is het opnemen van informatie (kennis) uit de omgeving (buitenwereld) door middel van de zintuigen (ogen, oren enz.), Deze kennis wordt als het ware in de "hersenen", in het geheugen, opgeslagen. Simpelweg kun je zeggen dat leren het vormen van het geheugen is.

Leren gaat het best in een omgeving waar je je veilig voelt, daarom zegt Bowlby dat voor een goede ontwikkeling in de jeugd de aanwezigheid of de bereikbaarheid van een gehechtheidsfiguur onontbeerlijk is. Zonder de aanwezigheid van een gehechtheidsfiguur wordt het kind angstig, gaat het op zoek en als het zoeken niets oplevert trekt het zich op den duur terug. Het vertoont zgn onthechtingsverschijnselen. Het gehechtheidsgedrag is volgens Bowlby aangeboren, instinctief, gedrag. Ieder kind vertoont het dus (ook dieren overigens). Gehechtheidsgedrag blijft bovendien het hele leven sluimerend aanwezig, het kan weer actief worden in situaties die als angstig of levensbedreigend worden ervaren; denk b.v. aan de soldaat die onder het spervuur aan het front om zijn moeder roept.

Dementie en geheugen

Hierboven heb ik in het kort iets over het leren en de ontwikkeling van het kind beschreven, in samenhang met de gehechtheidstheorie. Ik denk dat dit van belang is om iets van wat dementie is, te begrijpen. Zonder in de moeilijke discussie te treden over wat nu de oorzaak of oorzaken van dementie zijn, kunnen we in ieder geval vaststellen dat er op het gebied van het leren en het geheugen twee belangrijke stoornissen aanwezig zijn.

Het leerproces stopt

Bij dementie is de mens niet meer, of slechts zeer gebrekkig in staat om nieuwe informatie uit de

buitenwereld op te nemen. Men spreekt in dit verband wel van 'inprentingstoornissen' met als gevolg dat het leerproces stopt, het geheugen wordt als het ware niet verder gevormd. Een bekend verschijnsel hiervan is dat eenzelfde vraag steeds herhaald wordt omdat men de informatie dat men de vraag al eerder gesteld heeft niet in het geheugen heeft 'opgeslagen'.

Leren is bij gezonde mensen een continu proces, immers je zintuigen nemen doorlopend prikkels waar uit de omgeving. Het zorgt ervoor dat je bewust bent van de continuïteit van je bestaan, omdat in je geheugen de informatie aanwezig is van 'zo-even' en van 'nu'. Het zorgt ervoor dat je weet welke dag het vandaag is, waar je bent en hoe je er gekomen bent. Kortom het bepaalt je oriëntatievermogen in de tijd en plaats. "Inprentingstoornissen" leiden dus tot oriëntatiestoornissen, je kunt je misschien voorstellen dat dit soort stoornissen tot grote onzekerheid en angst kan leiden. Het is alsof je in een vreemd land bent, je ziet het wel, maar je begrijpt het niet.

Afbraak van het geheugen

Tot overmaat van ramp brokkelt het zich reeds gevormde geheugen af, waarbij het laatst geleerde het eerst uit het geheugen verdwijnt. Zo kan het gebeuren dat iemand op zoek gaat naar zijn vrouw die al jaren geleden overleden is.

Daarnaast leidt deze afbraak van het geheugen op den duur ook tot handelingsonbekwaamheid, immers al ons handelen, al onze vaardigheden, onze taal enz., zijn zaken die we als opgroeiend kind geleerd hebben.

Je kunt je voorstellen dat dat tot afhankelijkheid leidt, uiteindelijk tot onvermogen om jezelf in leven te houden. In feite ontstaat er weer een situatie als bij het jonge kind, toen al deze zaken nog geleerd moesten worden. Dit verschijnsel, te samen met het gevoel van angst en onzekerheid zorgt er voor dat het gehechtheidsgedrag weer geactiveerd wordt, het is er de oorzaak van dat dementerende bejaarden op zoek gaan naar hun moeder, op zoek gaan naar hun ouderlijk huis of de geboortestad, kortom naar de veilige basis waar zij zich beschermd weten.

Aangezien dementie een ongeneeslijk proces is, zal het gehechtheidsgedrag continu aanwezig zijn en de neiging hebben om intensiever te worden naarmate het proces voortschrijdt.

"Warme zorg"

Psychogeriatrische zorgverlening moet gericht zijn op de zorgbehoefte van de dementerende bejaarde. Genezing is (vooralsnog) niet mogelijk, dus een therapeutische benadering gericht op het

herstel of verbetering is meestal teleurstellend. Zinvoller is een benadering die er op gericht is om de pijnlijke symptomen zoals angst en onzekerheid weg te nemen of te verminderen.

Als we, zoals hierboven uiteengezet, aannemen dat de symptomen (mogelijk) veroorzaakt worden door de ervaring van het ontbreken (verlies) van een gehechtheidsfiguur, dan zullen de symptomen minder worden of verdwijnen zodra de dementerende bejaarde de ervaring heeft in een veilige, beschermde haven te zijn.

Een ieder die in de psychogeriatricie werkzaam is, weet dat men een angstig zoekende bejaarde vaak kan troosten, tot rust brengen door een arm om de schouder te leggen of door een knuffel te geven.

Een aantal aandachtspunten uit de zorgverlening wil ik apart noemen.

Nabijheid

Voor een dementerende bejaarde is het belangrijk dat je weinig afstand neemt, dat je niet bang bent voor lichamelijk contact, zoals een knuffel of een nachtkus. Ook op verstandelijk gebied is het van belang dat je dichtbij bent, in het "hier" en het "nu", omdat de ervaring van het moment wel beleefd kan worden.

Met andere woorden: praten over het lekkere kopje koffie dat je samen aan het drinken bent, is herkenbaar en geeft contact, terwijl een gesprek over het leuke uitstapje van gisteren onherkenbaarheid en daarmee onzekerheid kan oproepen.

Herkenbaarheid.

Voor dementerende bejaarden is het van belang dat de omgeving vertrouwd, geruststellend overkomt. Daarom is het goed om een psychogeriatriche afdeling zo min mogelijk op een ziekenhuisafdeling te laten lijken. Daar zijn heel goedkope oplossingen voor te bedenken met oud(erwets) meubilair, gekregen van familie of via een oproep in een wijkblaadje. Kastjes, prulletjes, kleedjes op tafel, zo weinig mogelijk inrichtingsmeubilair.

Liever een zachte, vaste vloerbedekking dan een glimmende, harde vloer (ook vaste vloerbedekking is goed schoon te maken). Liever geen uniformen, maar gezellige eigen kleding. Liever vast personeel dan steeds wisselingen. Kleine zorgteams rond een vaste groep bewoners, zorgen er enerzijds voor dat je de bewoners goed kent (en hun familie); anderzijds zal de bewoner jou ook makkelijker gaan (her)kennen.

Huiselijkheid

Op een psychogeriatriche afdeling dienen zo min mogelijk centrale regels te zijn. Het personeel moet samen met de bewoners tot een herkenbare,

huiselijke dagindeling komen, en dat hoeft niet persé elke dag hetzelfde te zijn (vgl. maandag-wasdag, dinsdag-strijkdag).

Bijvoorbeeld 's morgens gezamenlijk ontbijten in de huiskamer aan tafel, je niet laten opjatten door de werklust en de nachtdienst vast met het ontbijt op bed laten beginnen. De bewoner zelf de gelegenheid geven (waar mogelijk) zijn boterham klaar te maken, ook al gaat de pot jam wel eens aan de mond, of wordt er wel eens "geknoeid".

In overleg met de activiteitenbegeleiding (bezigheidstherapie) zou eens bekeken kunnen worden of actief in de huiskamer bezig zijn, zoals een slaatje, of misschien wel eens een maaltijd klaar maken, niet zinvoller is dan bezig zijn op de afdeling bezigheidstherapie.

Huisdieren kunnen het gevoel van huiselijkheid ook versterken. Sommige bewoners gaan het tot hun taak rekenen om voor de poes te zorgen.

Vrijheid

Het is vaak pijnlijk om te zien hoe dementerende bejaarden op een gesloten afdeling tegen de deur staan te bonken. Voor actieve, mobiele bewoners is het belangrijk dat ze de vrijheid ervaren om rond te kunnen lopen. Een overdekt loopcircuit, dat steeds nieuwe gangen (straten) doet 'ontdekken' is daarom zeer zinvol. Zomers een tuin om in te gaan zitten en om in en uit te lopen, zo min mogelijk gesloten deuren. Dat betekent natuurlijk wel dat je rond etenstijd op zoek moet naar 'jouw' bewoners. Vrijheid betekent ook dat er geen plaats is voor dwangmiddelen zoals verplicht zitten in een 'zweedse band' of een ander fixatie middel. Dat kan wel eens tot moeilijke situaties leiden waarin keuzes gemaakt moeten worden over wel of niet acceptabele risico's.

Familie

De familie vormt een apart aandachtspunt. De familie vormt een wezenlijke band voor de bewoner met de werkelijkheid, het is belangrijk om het contact met de familie de ruimte te geven. Daarom zijn bezoektijden in een psychogeriatrisch verpleeghuis *niet* gewenst.

De familie moet bij "moeder" langs kunnen gaan, zoals ze dat thuis ook zouden doen., of liever nog vaker. Voor de familie moet er gelegenheid zijn om mee te helpen bij de verzorging. Het kan soms prettig zijn als een familielid mee kan eten en misschien soms eens kan blijven slapen.

Familie is ook erg belangrijk omdat zij je de levensgeschiedenis van de bewoner kunnen vertellen (weliswaar bezien door hun bril). Zo'n levensgeschiedenis geeft vaak een hele andere

kijk op de bewoner. In ieder geval wordt zo'n bewoner dan echt iemand met een verleden.

Tenslotte

Psychogeriatrische zorgverlening is een moeilijke, maar fantastische opgave, waar je aan "verslaafd" kan raken. Een heel moeilijke zaak is dat elke bewoner uiteindelijk komt te overlijden. Voor jou, als personeelslid, betekent dat dan ook weer afscheid nemen van iemand waar je misschien wel aan "gehecht" was geraakt.

Ik denk dat het goed is dat afscheid dan ook mee te maken als het kan, door ook naar de begrafenis of crematie te gaan. Doodgaan is soms een opluchting, maar laat op een afdeling ook een leegte achter. Het is goed omdat gevoel niet weg te drukken, maar er b.v. op een teamvergadering nog even over te praten, als een soort afsluiting.

'Warme zorg', waarin de bewoner als het ware afhankelijk van jou is, houdt het gevaar in zich van macht over de bewoner. Het is goed om je eigen rol en die van de afdeling zo nu en dan eens 'kritisch' te bekijken.

De auteur zou het prettig vinden reacties op dit artikel te krijgen. Deze kunnen worden verstuurd naar het volgende adres: Verpleeghuis Overpaarne, t.a.v. H. Houweling, Boerhaavelaan 50, 2035 RC Haarlem.

*Publicatie:
BKZ tijdschrift voor bejaarden- kraam- en ziekenverzorging*

*Nummer 2-Februari 1987
Pagina 39-42*