

# ALS ONRUST JE LEVEN GAAT BEPALEN

*Als je de grip op je leven verliest en “onrust” nog de enige manier is om te communiceren met de wereld om je heen*

GERTRUD GOSENSHUIS, COÖRDINATOR

CCE



leren van  
casussen

beschrijf je eigen casus

## INTRODUCTIE

Mijn naam is Gertrud Gosenshuis, ik ben GZ-psycholoog en werkzaam als coördinator bij het CCE. In deze casus vertel ik over meneer Abdel die, na veel verhuizingen in korte tijd, “rust” verdient bij de voortschrijdende achteruitgang in zijn functioneren.

## PROBLEEMSITUATIE

Meneer Abdel is 65 jaar en verblijft op de psycho-geriatrische afdeling van een verzorgingshuis. Hij is getrouwd en heeft 3 kinderen. Meneer is vrachtwagenchauffeur geweest. Hij was altijd graag buiten en hield van bewegen. Meneer staat bekend als een sociaal bewogen persoon die altijd klaar stond voor anderen.

Ruim 7 jaar geleden beginnen de problemen. Meneer gaat zwerven, reageert soms agressief en lijkt te hallucineren. Uit onderzoek komt naar voren dat er sprake is van een dementiesyndroom. Dat is voor zijn familie moeilijk te aanvaarden. De familie heeft door de jaren verschillende instellingen nader onderzoek laten verrichten. De diagnose wordt steeds bevestigd. Meneer krijgt veel verschillende behandelingen tegen agressie en hallucinaties met zeer wisselend resultaat.

Het gedrag van mijnheer is onberekenbaar. Op onverwachte momenten begint hij te knijpen, te gooien met spullen, slaakt hij kreten en slaat tegen deuren en ramen. Ook gaat hij plots bij een van de medebewoners op schoot zitten of balanceert hij op de smalle leuning van een stoel. Dit onvoorspelbare gedrag komt zowel overdag als 's nachts voor.

Het gedrag van meneer leidt tot veel negatieve reacties. Sommige medebewoners zijn bang voor hem. Anderen slaan terug, schelden hem uit of sturen meneer weg. Familieleden van medebewoners uiten hun onvrede

over de situatie. Zij maken zich zorgen over de veiligheid en het welbevinden van hun naasten en hebben diverse klachten ingediend. Medewerkers zien zich regelmatig voor een dilemma geplaatst. Zij willen zowel meneer als zijn medebewoners een prettige woonomgeving bieden, maar voelen tegelijkertijd voortdurend de druk van buitenaf.

De kinderen van meneer hebben eveneens veel moeite met de situatie. Dat heeft te maken met hun ervaringen met de ziekenhuisopname van hun vader in verband met een botbreuk. Meneer is toen volledig gefixeerd en gesedeerd. Nu meneer weer vrij rondloopt zijn zij bang dat hij weer zal vallen, opnieuw iets zal breken en terug moet naar het ziekenhuis.

De medewerkers hebben begrip voor deze zorgen, maar zien tegelijkertijd dat het contact met meneer veel prettiger verloopt nu hij het merendeel van de tijd vrij rondloopt. Alleen als hij erg onrustig is, voelen verzorgenden zich soms genoodzaakt hem te fixeren. Dat doen zij vooral ter bescherming van zijn medebewoners. Maar met tegenzin, want het heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven van meneer.

De vraag bij aanmelding bij het CCE is hoe men meer zicht en grip kan krijgen op de onrustige buien van meneer.

## BEELDVORMING

De eerste symptomen die duiden op veranderingen in het functioneren van meneer waren de schommelingen in zijn stemming en gedrag. Meneer leek soms te hallucineren en hij keek langs mensen in zijn omgeving heen. Hij was onrustig, vooral 's nachts, begon te zwerven en uitte zich soms agressief. Onderzoek wees uit dat er sprake was van een dementieel beeld. Eerst werd gedacht aan Alzheimer-dementie, maar, vanwege het verloop van de ziekte bij meneer, de symptomen en de negatieve reacties op het gebruik van antipsychotica, lijkt Lewy Body dementie het meest waarschijnlijk. Dit vermoeden wordt versterkt door recente wijzigingen in

de medicatie. Er is namelijk gestart met medicatie die vaker bij deze vorm van dementie wordt voorgeschreven en de hallucinaties lijken daardoor enigszins afgezwakt.

Wat voorop staat in het gedrag van meneer is zijn onrust. Dit lijkt vooral te maken te hebben met de hallucinaties die kenmerkend zijn voor Lewy Body : het zien, horen of voelen van dingen die er niet zijn in combinatie met motorische onrust. Van het ene op het andere moment gaat hij sneller lopen, slaakt kreten of slaat om zich heen. Vanaf de beginfase van het ziekteproces wordt hierover gerapporteerd. Deze momenten van onrust lijken als een soort “ buien” op te komen. Tijdens zo’n bui kan hij zich , als iemand hem in de weg loopt, fysiek richten op anderen door te knijpen of te spugen. Overdag duurt het meestal een uur voor hij weer rustig wordt. ’s Nachts duren dit soort periodes langer veelal gepaard gaand met roepgedrag.

Meneer is zeer wisselend alert. Ook dit past bij Lewy Body dementie. Bij een lage alertheid zie je dat mijnheer onzeker wordt. Hij komt moeilijk in beweging , grijpt zich soms vast aan de kleding van iemand anders of heeft de muur nodig om staande te blijven. De lage alertheid kan met terugwerkende kracht wellicht ook gekoppeld worden aan het herhaaldelijk vallen wat in zijn voorgeschiedenis gemeld wordt. Bij een hóge alertheid is zijn tempo van lopen hoog en reageert hij sterk op bijvoorbeeld drukte om hem heen. Zowel een lage als een hoge alertheid dragen bij aan zijn onrust. Er is een signaleringsplan gemaakt waarin verzorgenden het gedrag van meneer als uitgangspunt voor hun interventies gebruiken. Toch lukt het slechts in beperkte mate de onrust te beïnvloeden.

Maar er speelt meer, dat niet zozeer kenmerkend is voor Lewy Body dementie, maar wel voor een dementieel beeld en dat versterkend werkt op de onrust.

Zo heeft meneer veel moeite met het begrijpen en verwerken van taal. Verbale opdrachten bij alledaagse handelingen hebben niet het gewenste effect. Meneer herkent òf de woorden niet meer òf hij kent de betekenis ervan niet meer. Bovendien kan hij zelf nauwelijks nog op woorden komen, waarbij ook meespeelt dat de moedertaal van meneer een andere is dan het Nederlands. Als meneer aangesproken wordt zie je hem onrustig worden. Hij maakt harde geluiden die voor een ander niet te duiden zijn.

Als gevolg van de dementie herkent meneer voorwerpen niet altijd meer en ook kan hij voorwerpen niet meer vanzelfsprekend gebruiken. Meneer heeft agnosie. Bij het toilet weet hij niet meteen wat hij er komt doen. En ook het zitten op de smalle leuning van een stoel kan er mee te maken hebben dat hij de leuning niet als leuning herkent. Het niet vanzelfsprekend begrijpen van de voorwerpen in zijn omgeving draagt bij aan de onrust die meneer ervaart.

Naast de factoren voortkomend uit de dementie spelen ook andere factoren een rol.

Er is sprake van een neglect links. Neglect is een aandoening waarbij stelselmatig één lichaamshelft of een deel van de ruimte genegeerd wordt, zonder dat iemand zich hier bewust van is. Neglect is geen visuele stoornis, maar een stoornis bij het verwerken van de informatie. Voor meneer betekent dit dat wat zich aan de linkerkant van zijn gezichtsveld bevindt, niet waargenomen wordt. Daardoor kunnen er dingen om hem heen gebeuren die hij niet ziet, maar wel ervaart. Ook dit veroorzaakt onrust.

En dan is er nog het lichamelijk ongemak waarmee hij te kampen heeft. Met name de psoriasis, de jeuk, maar ook de recidiverende hoofdpijn waar hij al jaren mee bekend is kunnen bijdragen aan de onrust. In hoeverre en in welke mate deze ongemakken een rol spelen is moeilijk te achterhalen. Opvallend is wel dat meneer tijdens een antibioticakuur veel rustiger leek.

Onderzocht wordt of pijn verlichtende medicatie een optie is en bijdraagt aan meer rust.

Meneer is altijd zeer actief geweest. Hij is nog steeds graag actief bezig . Noodgedwongen wordt hij geregeld in zijn bewegingsvrijheid beperkt en dat versterkt zijn onrust .

Meneer was een sociale man en erg gericht op andere mensen. De behoefte aan contact met anderen is er nog steeds. Maar, enerzijds, herkent hij niet meer wie vertrouwd is en wie niet en anderzijds is hij niet meer in staat zijn behoefte aan contact op sociaal acceptabele wijze te uiten. Hij pakt mensen vast, gaat op schoot zitten. Het is ook denkbaar dat hij zijn medebewoner aanziet voor zijn echtgenote en “onbewust” op deze manier contact zoekt . De echtgenote van meneer heeft moeite met de situatie en komt niet vaak op bezoek. Zijn kinderen zijn wel betrokken.

Bij binnenkomst op de psychogeriatrische afdeling was meneer gesedeerd en werd hij volledig gefixeerd in een rolstoel. Vanwege de mogelijk negatieve invloed op zijn gedrag is in overleg met de familie besloten hem niet meer te fixeren en vrij te laten rondlopen, ondanks het risico op vallen.

Door de afbouw van de fixatie is het contact met hem gegroeid. Soms is er een glimlach te zien, reageert hij positief op toenadering en zoekt hij zelf ook contact. Het neemt de onrust evenwel niet weg.

Het impulsieve en onvoorspelbare gedrag van meneer leidt tot spanning bij medewerkers en tot negatieve reacties zowel bij medebewoners als ook bij hun families.

Deze negatieve reacties op hun beurt leveren weer spanning op bij meneer Abdel.

Bij medewerkers leiden de negatieve reacties van medebewoners en familie ook tot spanning. Aan de ene kant is er begrip voor mijnheer. Zijn kwaliteit van leven lijkt te zijn toegenomen en dat wordt hem gegund. Anderzijds is

er begrip voor de reacties van medebewoners en hun familie op de gevaarlijke of ongewenste situaties die ontstaan.

Als de onrust bij meneer niet te doorbreken is en er onveilige situaties zowel voor hemzelf als zijn omgeving ontstaan zien medewerkers zich genoodzaakt hem te fixeren.

Door de fixatie loopt de spanning bij meneer op en dat versterkt zijn onrust.

### INTERVENTIE 1: BEÏNVLOEDEN VAN DE ALERTHEID

Om een beter beeld te krijgen van de wisselingen in alertheid is met het team gekeken naar videobeelden. Daaruit bleek dat het gedrag van meneer geen éénduidige indicatie gaf voor zijn alertheid. Het gedrag van meneer wordt daarom verschillend geïnterpreteerd met als gevolg dat de reacties op zijn gedrag niet éénduidig zijn. Rustig gedrag, bijvoorbeeld, blijkt gepaard te kunnen gaan met een hoge ademhaling. Dit laatste is een betere indicator voor de fase van alertheid dan rustig gedrag. Bij een hoge ademhaling is er sprake van een hoge alertheid. Het op gedrag gebaseerde signaleringsplan is daarom omgezet naar een alertheidsplan. Dit beter begrijpen van de alertheid van meneer leidt tot een aantal concrete interventies:

Meneer heeft op zijn kamer een prettige, lage stoel gekregen. Hij kan daar moeilijk zelf uit opstaan en de stoel geeft hem, op momenten van grote motorische onrust, rust. Als meneer bijvoorbeeld steeds sneller gaat lopen, wordt hij naar zijn stoel gebracht voor een moment van rust.

In de nacht heeft meneer een verzwaringsdeken gekregen. De druk van deze deken helpt bij het ontspannen van spieren en gewrichten en draagt daardoor bij aan een betere nachtrust.

En het eetpatroon van meneer is aangepast, omdat voeding veel invloed heeft op de alertheid. Meneer is een goede eter en houdt van zoetheid. Zoetheid werkt in eerste instantie alertheid verlagend (denk aan een zoethoudertje) maar geeft later wel een verhoging in alertheid en drukte. Daarom wordt hem minder zoetheid aangeboden. Tegelijkertijd wordt wel aan zijn behoefte aan eten tegemoet gekomen door hem niet te beperken, wat voorheen wel gebeurde.

Als meneer moeilijk op gang komt wordt er niet aan hem getrokken, maar helpen helpt verzorgenden meneer zelf in beweging te komen. Verzorgenden stellen zich uitnodigend op en lopen voor hem uit of geven hem een hand. Als dat niet voldoende is om meneer in beweging te krijgen, dan gaat men naast hem staan, zet de heup tegen hem aan waardoor zijn gewicht iets verplaatst wordt en hij gemakkelijker in beweging komt.

## INTERVENTIE 2: AANPASSEN COMMUNICATIE

Om tot meer éénduidigheid in de communicatie met meneer te komen en onrust te reduceren is in samenspraak met de logopedie een communicatieplan opgesteld. Het gebruik van taal wordt tot een minimum beperkt.

Verzorgenden zorgen ervoor dat als ze meneer iets duidelijk willen maken, ze eerst zijn nabijheid zoeken, oogcontact maken, hem vervolgens aanspreken met zachte stem en het praten en handelen beperken tot één onderwerp tegelijk.

## INTERVENTIE 3: PROACTIEF HANDELEN

Er is voor meneer een dagprogramma gemaakt om pro actief in te spelen op toenemende onrust. Uitgangspunt is dat meneer op zijn slaapkamer verblijft en dat er op vaste tijden activiteiten met hem worden ondernomen.



Het dagprogramma wordt zo uitgebreid dat het verblijven op zijn slaapkamer tot een minimum wordt beperkt. Per dienst wordt een verzorgende aan meneer gekoppeld. Deze heeft geregeld contact met meneer en onderneemt activiteiten met hem.. In het programma zijn momenten ingebouwd waarop meneer vrij kan rondlopen over de afdeling. Er is dan een verzorgende in zijn nabijheid die goed in de gaten houdt of er niet te veel versturende factoren zijn die de onrust van meneer versterken, zoals bezoek of onrust bij medebewoners.

Bij toenemende onrust wordt, ook overdag, gebruik gemaakt van de verzwarringsdeken.

Het slaapkamerraam van meneer wordt afgeplakt met folie, zodat prikkels van buitenaf minder sterk binnenkomen.

## RESULTATEN

In het algemeen is meneer rustiger geworden. Hij is verbaal minder aanwezig en slaakt minder kreten . Hij gooit nog maar heel af en toe met spullen.

Meneer vindt rust in zijn stoel met de verzwarringsdeken over zich heen. Ook heeft het gebruik van de deken 's nachts ervoor gezorgd dat meneer beter slaapt. Bijkomend effect is dat er meer rust op de afdeling is gekomen.

Hij glimlacht en zoekt meer contact met anderen. Hierbij moet wel worden aangetekend dat ook het beloop van het ziekteproces mede van invloed kan zijn op de veranderingen in zijn gedrag. Zijn familie vindt het nog steeds moeilijk hem op de afdeling te bezoeken. Nu meneer rustiger is geworden durven ze het wel aan hem af en toe op te halen en gaat hij vaker naar huis.

Helaas is het terugdringen van de middelen en maatregelen slechts ten dele gelukt. Noodgedwongen verblijft mijnheer nog steeds dagelijks een aantal uren met gesloten deur op zijn kamer. Op die momenten is er wel zeer frequent contact met hem.

## GELEERDE LESSEN

De verzorgenden hebben meer zicht gekregen op de oorzaken van het onvoorspelbare gedrag van meneer en daardoor hebben zij ook meer grip op zijn gedrag gekregen. Zowel de informatie over zintuiglijke prikkelverwerking en hoe die de alertheid beïnvloedt, als het gezamenlijk aan de hand van videomateriaal bekijken of er sprake is van verhoogde of verlaagde alertheid, hebben hieraan bijgedragen. Herkenning van wat er gebeurt bij meneer maakt het mogelijk adequater op de alertheid in te spelen. Verzorgenden zijn minder bang voor meneer omdat zij hem beter hebben leren kennen en meer handvatten hebben in tijden van onrust.

Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen leidt bij verzorgenden tot gevoelens van onmacht en niet weten hoe te handelen. De wens om deze maatregelen tot een minimum te beperken blijkt in de praktijk niet zo eenvoudig uit te voeren. De druk van buitenaf maakt de dilemma's die verzorgenden ervaren nog zwaarder. Het is helpend medewerkers de ruimte te bieden met elkaar in gesprek te gaan over de dilemma's die zij ervaren. Alleen op deze manier kunnen zij elkaar steunen in de afwegingen die dagelijks gemaakt moeten worden. Voorwaarde hiervoor is een betrokken en goed functionerend multidisciplinair team, dat steun biedt aan de verzorgenden.

## AFSLUITING

Dit was de casus van meneer Abdel die de grip op zijn leven is verloren en alleen nog met onrust kan communiceren.

Ondanks het ingewikkelde gedrag van meneer en de druk van buitenaf was er een grote bereidheid bij verzorgenden om mijnheer een prettig bestaan te bieden en open te staan voor adviezen. Die houding van verzorgenden heeft mede bijgedragen tot meer rust bij meneer.

Reacties en of vragen zijn uiteraard welkom. Die kunnen online, via de website worden geplaatst.

Bijlagen kunnen worden geopend door op het paperclipje te klikken.  
Bedankt voor het luisteren.

Bezoek de website van leren van casussen: <http://lerenvancasussen.cce.nl>

Bezoek de website van het CCE: <http://www.cce.nl>