

MISLEID DOOR MEVROUW MINKEMA

FROENTJES, YFKE, COÖRDINATOR

CCE



leren van
casussen

beschrijf je eigen casus

MISLEID DOOR MEVROUW MINKEMA

INTRODUCTIE

Mijn naam is Yfke Froentjes. Ik ben als coördinator werkzaam bij het CCE. In deze aflevering van Leren van Casussen vertel ik over de 86-jarige mevrouw Minkema. Ik zal laten zien hoe gemakkelijk je bij het begrijpen van een situatie op het verkeerde been gezet kan worden en hoe moeilijk het is om daar weer vanaf te komen.

PROBLEMSITUATIE

Een jaar voor haar opname in een verpleeghuis werd mevrouw op heterdaad betrapt bij winkeldiefstal. Naderhand bleek dat ze al wat langer spullen wegnam uit winkels. Nadat zij betrapt was, schaamde mevrouw zich enorm. Ze had het idee dat iedereen in het dorp het wist en durfde geen contact meer te maken met andere mensen, zelfs niet met haar eigen kinderen. Ze zei tegen hen met griep in bed te liggen. Ze ging toen naar de huisarts, met een veelheid aan klachten, zoals slecht slapen en verminderde eetlust. De klachten werden steeds erger. Op een gegeven moment durfde mevrouw niet meer alleen te zijn. Ze was angstig en depressief. Dat was het moment dat zij op een psychiatrische afdeling van het ziekenhuis werd opgenomen. Tijdens de opname in het ziekenhuis bleef zij snel achteruit gaan, zowel in mentaal functioneren als in dagelijkse bezigheden. De psychiater stelde de diagnose dementie van het type Lewy body vast. Mensen met Lewy body dementie kunnen visuele hallucinaties hebben en ook verwardheid komt voor. De angstige en ook onzekere indruk die mevrouw maakt, zou hieruit verklaard kunnen worden.

Mevrouw Minkema woont nu al zes jaar in een klein verpleeghuis, op een afdeling voor ouderen met dementie. De psycholoog heeft er met de verzorgenden voor gekozen om op een warme, verzorgende manier met haar om te gaan. Dit past bij de diagnose dementie, waarbij over het algemeen meegegaan wordt in de beleving van de bewoner. Ook bij mensen met Lewy body dementie werkt het tegenspreken of ontkennen van de hallucinaties niet. In de beleving van de bewoner is het echt.

Maar ondanks de warme zorg blijft het gedrag van mevrouw wisselend. Op sommige momenten - vooral tijdens één op één momenten - is haar humeur goed en is ze een lieve, belangstellende vrouw. Mevrouw geniet dan van de aandacht. Maar vaker is haar gedrag moeilijk te hanteren en weten medewerkers niet hoe ze met haar om moeten gaan. Er is een signaleringsplan en er zijn omgangsadviezen gegeven. Maar het gedrag van mevrouw slaat nog steeds zeer snel om. Het ene moment is zij lief en belangstellend, daarna is zij fysiek en verbaal agressief, bonkt met haar hoofd tegen de deur, dreigt met suïcide of uit verwijten naar haar kinderen. Dit gebeurt vooral als andere bewoners bezoek krijgen, medewerkers onderling of met een andere bewoner praten of als ze aanwijzingen krijgt. Medewerkers voelen zich door mevrouw vaak persoonlijk aangevallen en tegen elkaar uitgespeeld. Ze is onvoorspelbaar in haar reacties: een medewerker krijgt het ene moment veel lof en het andere moment grote verwijten. Het team geeft aan op de tenen te lopen om maar geen verkeerde opmerking te maken. Het team raakt steeds meer gefrustreerd en gestrest en vindt de zorg voor haar zwaar.

Inmiddels heeft het team twijfels over de diagnose. Mevrouw reageert niet positief op warme, belevingsgerichte zorg. Andere bewoners met deze diagnose doen dat wel. Ze weet medewerkers ook precies op hun gevoelige plek te raken. Dat mevrouw dit zo bewust lijkt te doen, past wat hen betreft niet bij iemand met dementie. Ook functioneert zij cognitief nog steeds relatief goed, want zij is in de afgelopen jaren nauwelijks achteruit gegaan. En ook dat is anders dan bij de andere bewoners. Ook de psycholoog heeft haar vraagtekens bij de diagnose van mevrouw. In het dossier staat echter dat er sprake is van dementie en ook de betrokken arts blijft hier van uit gaan. Men gaat door op de ingeslagen weg. De radeloosheid van het team neemt toe. Na een incident met gerichte verbale agressie naar enkele personeelsleden, ziet een aantal medewerkers het niet meer zitten. Het team wil geen andere interventies dan medicatie en vindt dat mevrouw overgeplaatst moet worden. Door de psycholoog wordt een consultatie bij het CCE aangevraagd.

BEELDVORMING

Toen mevrouw Minkema jong was, hadden haar ouders weinig tijd voor haar, vanwege hun drukke café. Ze werd naar de buurvrouw gebracht, die haar opving

en eigenlijk ook opvoedde. Mevrouw zei dat zij als baby door haar ouders in de steek is gelaten en dat ze is weggegeven aan de buurvrouw. Waarschijnlijk heeft mevrouw Minkema het gevoel ontwikkeld dat ze niet de moeite waard is en vermoedelijk is hier een hechtingsprobleem ontstaan. Omdat zij vanuit dit hechtingsprobleem nog steeds een grote behoefte heeft geaccepteerd te worden, heeft ze als volwassene een grote afhankelijkheid in relaties.

Mevrouw trouwt en krijgt kinderen. Haar echtgenoot is haar steun en toeverlaat. Bij hem kan zij afhankelijk zijn. Na zijn overlijden en het uit huis gaan van de kinderen groeit het gevoel van verlaten te zijn weer. Ze krijgt meer en meer behoefte aan aandacht en bevestiging en vindt het moeilijker aandacht te delen. Ze is erg jaloers op mensen die meer bezoek krijgen. Ze geeft al het geld dat ze heeft uit aan kleding en sieraden. Volgens haar dochters voelde hun moeder zich in die periode eenzaam en wilde ze niet meer alleen thuis zijn.

Met probleemgedrag krijgt mevrouw aandacht, ook al is het negatieve aandacht. Maar zodra de aandacht weg is, voelt mevrouw zich weer in de steek gelaten. En voor haar werkt dat heel direct. Op de momenten dat medewerkers met andere bewoners bezig zijn, of even met elkaar praten, dan voelt mevrouw zich niet gezien, en groeit haar behoefte aan aandacht.

Al deze informatie over het verleden van mevrouw Minkema en hoe verlaten zij zich moet hebben gevoeld, is op de afdeling niet bekend. En daarmee heeft men dus ook niet deze verklaring voor haar gedrag. Op de afdeling blijft men dus bij de verklaring dementie, vermeende dementie zoals achteraf blijkt. De warme zorg sloeg immers niet aan en ook verslechterde het functioneren van mevrouw niet of nauwelijks. En dat is bij dementie tegen de verwachting in.

Ondanks deze twijfel, is de diagnose dementie dus aangehouden. Hoe kan dat nu? Waarom is men er niet toe gekomen om deze diagnose expliciet ter discussie te stellen? We zien vier redenen waarom dit zo is.

Ten eerste was er geen alternatieve verklaring. Uit haar voorgeschiedenis en tijdens gesprekken met haar dochters kwamen geen bijzonderheden naar voren. En omdat er ook geen andere medische of psychische aandoeningen werden

gevonden, blijft men uitgaan van de diagnose dementie die immers *wel* in het dossier staat.

De tweede reden is dat de huidige psycholoog, hoewel zij zich afvroeg of de diagnose dementie wel klopte, zich daarover onzeker voelde. In gesprekken die eerdere psychologen met de familie van mevrouw hadden gevoerd, bleek niets van pre-morbide problematiek. Ook de arts houdt vast aan de diagnose dementie. De communicatie tussen de professionals verloopt matig. Onzeker over wat er zal gebeuren als zij haar twijfels aan de orde stelt, berust zij in de situatie.

Bovendien speelt in dit verband een derde reden. Er zijn in de loop van de jaren dat mevrouw op de afdeling woont, verschillende psychologen betrokken geweest. Deze psychologen werken, net als de betrokken arts, op consultbasis. Het verpleeghuis heeft zelf geen behandelaren in dienst maar huurt deze per uur in. Dit maakt dat er alleen ondersteuning van de psycholoog wordt ingeroepen als er hoge nood is. Al vanaf de opname loopt het team regelmatig aan tegen het gedrag van mevrouw en vraagt om hulp aan de op dat moment in te huren psycholoog. Deze komt en geeft omgangsadviezen. Tijdens de periodes dat het beter gaat met mevrouw is de betrokkenheid van de psycholoog minder groot en de noodzaak tot het goed kijken naar het beeld ebt dan weg. Bij een professional die alleen in een crisis wordt ingevlogen en ook maar enkele uren heeft, bestaat het risico dat alleen gekeken wordt naar het hier en nu en diagnoses niet snel ter discussie worden gesteld.

Tot slot is er een vierde reden dat men de diagnose dementie niet ter discussie stelt. De familie van mevrouw heeft een nare ervaring met de tijd die mevrouw op de psychiatrische afdeling heeft doorgebracht. Voor hen is het erg belangrijk dat hun moeder niet weer overgeplaatst wordt. Aan de familie is bij opname een impliciete belofte gedaan dat mevrouw niet weer weg hoeft van deze afdeling. Bij het ter discussie stellen van de diagnose zou niet alleen mevrouw opnieuw onderzocht worden, maar zou mogelijk ook opnieuw bekeken moeten worden waar mevrouw het beste kan wonen. En dan wordt de belofte aan de familie geschonden.

Pas als het team zo vast loopt, dat het deze belofte aan de familie niet meer na kan komen, wordt wel opnieuw naar het beeld en naar haar voorgeschiedenis gekeken.

INTERVENTIES

Inhoudelijk gezien kwam de consultatie er op neer dat we de ‘hechtingskant’ van de beeldvorming, dus de rechterkant van dit plaatje, hebben ingebracht en daar interventies op hebben gebaseerd. Daar ga ik nu niet verder op in en er zijn ook andere casussen op deze site die deze problematiek en interventies verder uitwerken. Ik wil hier focussen op de interventies die zijn gepleegd op meer organisatorische en proceskenmerken.

INTERVENTIE 1 KENNIS VAN DE VOORGESCHIEDENIS

Ten eerste hebben we de betrokkenen duidelijk gemaakt hoe belangrijk kennis van de voorgeschiedenis van een cliënt is. Als er sprake is van aanhoudend probleemgedrag ook al worden specifieke interventies gedaan, dan moet opnieuw naar die voorgeschiedenis worden gekeken; hoe was de persoonlijkheid van de cliënt vroeger en welke levensgebeurtenissen heeft de cliënt meegemaakt. Daarvoor heeft de consulent van het CCE de psycholoog gecoacht in het doorvragen op gebeurtenissen in de levensgeschiedenis van mevrouw. De consulent heeft dit gedaan door uit te leggen welke vragen ze stelt en hoe ze door vraagt, heeft dit voorgedaan en achteraf besproken met de psycholoog. De dochters zijn eerst wat afhoudend, maar vertellen later meer over hun moeder. Daardoor wordt het beeld voor het eerst duidelijker. Doordat de consulent en betrokken psycholoog het gesprek met de dochters samen doen, ervaart de psycholoog steun aan de consulent en leert ze hoe door te vragen bij de familie en haar eigen conclusies te trekken. Op basis van de informatie die de psycholoog samen met de consulent krijgt, worden (alternatieve) verklaringen voor het gedrag van mevrouw geformuleerd, waaronder de eerder genoemde verklaring vanuit hechtingsproblematiek.

INTERVENTIE 2: SAMENWERKING

Maar er is – aan de hand van de nieuwe beeldvorming gebaseerd op hechting – ook geïntervenieerd op de samenwerking tussen de professionals. De psycholoog bespreekt, ondanks haar onzekerheid en de standvastigheid van de arts de alternatieve verklaring in combinatie met de bestaande twijfel over de diagnose dementie. Ze voelt zich daarbij opnieuw gesterkt door het voorbeeld van de consulent. De consulent is zelf psycholoog en is gewend op haar eigen werkplek op voet van gelijkwaardigheid met artsen te overleggen. De psycholoog bespreekt het gesprek met de arts voor met haar eigen leidinggevende. Met deze ondersteuning durft ze vast te houden aan haar eigen visie. De arts gaat uiteindelijk mee in de alternatieve verklaring en er wordt besloten om de diagnose dementie voorlopig te laten vervallen en uit te gaan van de nieuwe beeldvorming.

INTERVENTIE 3 ERKENNING EN INFORMEREN VAN HET TEAM

Ook wordt de nieuwe beeldvorming met het team besproken. In zekere zin is dit ook een interventie, met het effect dat het team bevestiging ervaart van hun vermoeden dat er geen sprake is van dementie. Het nieuwe beeld geeft de medewerkers de bevestiging dat de huidige interventies niet aansluiten. Een aantal medewerkers realiseert zich door het verhaal van de psycholoog/consulent dat zij mevrouw niet gelukkig kunnen maken. Het is niet mogelijk om in deze situatie aan de enorme behoefte aan aandacht van mevrouw tegemoet te komen. De conclusie is: we doen wat we kunnen, maar we moeten de verwachting loslaten dat we het helemaal goed doen.

RESULTATEN

Mevrouw Minkema zelf is niet veranderd. Hoe medewerkers met haar omgaan wel. Inzicht in haar persoonlijkheid maakt dat medewerkers ook anders met haar om kunnen gaan; haar meer accepteren zoals ze is en weten dat ze mevrouw niet gelukkiger kunnen maken. Haar bevestiging en aandacht geven en niet de verwachting hebben dat mevrouw daar dankbaar voor is of er leuk op reageert. Ook proberen medewerkers het gedrag van mevrouw zich niet meer persoonlijk aan te trekken. Medewerkers gingen voelen dat ze doen wat mogelijk is voor mevrouw. Dit gaf rust voor de medewerkers en voor mevrouw, waardoor het aantal escalaties wel verminderde.

Mevrouw Minkema mag op de afdeling blijven; medewerkers vinden ook niet meer dat ze van de afdeling af moet en er wordt niet meer gevraagd om extra medicatie.

Bijvangst van deze consultatie is dat medewerkers elkaar ondersteunen op moeilijke momenten, het vaker van elkaar overnemen als dat nodig is en hun gevoelens met elkaar bespreken. Ze durven zich meer kwetsbaar op te stellen, hulp te vragen en zich open te stellen voor hulp.

GELEERDE LESSEN

De les die medewerkers hebben geleerd is dat ze niet verantwoordelijk kunnen zijn voor het geluk van elke bewoner. Ook is een geleerde les dat niet elke bewoner dankbaar zal zijn voor wat je voor hem of haar doet. Soms zit dat er niet in, maar moet je toch je best doen.

De psycholoog en teamleider zijn door de consultatie getriggerd om zaken anders aan te pakken. De psycholoog weet hoe belangrijk een korte lijn tussen het team en haar is als een bewoner gedragsmatig veel van het team vraagt. Zeker ook om preventief te kunnen werken. Ze krijgt uren om regelmatig omgangsoverleggen te houden en wordt daar in gesteund door de teamleider. Door die overleggen kan de psycholoog sneller inschatten of aanvullende acties of interventies nodig zijn.

De psycholoog heeft meer ervaring opgedaan in het voeren van een gesprek over de voorgeschiedenis van een cliënt, waardoor ze de volgende keer de juiste vragen kan stellen en beter door kan vragen. Ze voelt zich ook beter in staat zich onafhankelijk op te stellen als familie zich bijvoorbeeld afhoudend opstelt bij vragen over de voorgeschiedenis van de cliënt. De psycholoog heeft van dit traject geleerd dat ze vanuit een meer autonome en zelfverzekerde positie (sneller) komt tot de interventies die nodig zijn. Ze trekt voortaan meer haar eigen conclusies. Aan die houding moet je dus werken.

Aangezien het vasthouden aan de verkeerde diagnose ook te maken had met een matige communicatie tussen de behandelaren, heeft de teamleider uit de consultatie de lering getrokken dat hij beter moet aangeven wat het team en hij nodig hebben. Met de nieuwe arts die aan de locatie verbonden gaat worden,

zullen vanaf de start duidelijke afspraken gemaakt worden over taken, rollen en verantwoordelijkheden en zullen verwachtingen uitgewisseld worden.

AFSLUITING

Dit was de casus van mevrouw Minkema. Met deze casus heb ik willen laten zien hoe factoren in de organisatorische context – samenwerking, overtuigingen over zorg en systematisch aandacht geven aan de voorgeschiedenis van een bewoner – uiteindelijk een belangrijke rol spelen bij het omgaan met probleemgedrag.

Hopelijk levert deze casus iets op voor eigen cliënten en bewoners.

Reacties/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>