

Toekomstverwachtingen in het verpleegtehuis

DOOR H. J. W. POST, ARTS*

Mevrouw A., oud 79 jaren, werd begin december 1967 in ons verpleeghuis ter reactivering opgenomen. Zij kwam vanuit het ziekenhuis waar zij uitgebreid was nagezien door de internist en de neuroloog wegens een klachtenpatroon dat tevens de indicatie vormde voor opneming bij ons, te weten: slikstoornissen met braakneigingen; evenwichtsstoornissen met valneigingen; incontinentia urinae en hardnekkige obstipatie.

Behoudens de incontinentie die mede berustte op een prolapsus uteri et vaginae waarvoor patiënte een door de gynaecoloog ingebracht Hodge-pessarrium droeg en een zeker aanwezige arteriosclerisis cerebri, werden geen afwijkingen gevonden die verantwoordelijk konden worden gesteld voor haar klachten. Met name werd geen maagcarcinoom aangetoond. De ontslagbrief van de internist aan ons gericht, bevatte dan ook weinig bijzonderheden, behoudens de mededeling dat een Foley-catheter was ingebracht en dat de neuroloog driemaal daags 20 druppels hydergine had voorgeschreven. Daarnaast gebruikte zij een zacht dieet en aan medicijnen eenmaal daags een tablet digoxine, eenmaal daags een tablet cyclopentiazide (Navidrex), tweemaal daags een tablet chlordiazepoxyde (Librium) van 10 mg en een paraffine emulsie. Tot slot werd vermeld dat zij oorspronkelijk woonachtig was in een plaatselijk bejaardentehuis: „waar ze grote moeilijkheden met de directrice had wegens (vermeende schrijver) onvoldoende verzorging, aandacht en liefde.” Dit en het herhaaldelijk vallen tengevolge van haar evenwichtsstoornissen, stond terugplaatsing naar een bejaardentehuis in de weg.

Bij opneming zagen wij een magere, voor haar leeftijd extra oud uitziende vrouw, die een wat depressieve en inactieve indruk maakte. De volgende bevindingen werden gedaan bij lichamelijk onderzoek. De polsfrequentie bedroeg 66 per minuut, de pols was regulair en aequaal. De bloeddruk bedroeg 150/80 mm Hg (rechts en links). Bij auscultatie werd een blazende, systolische soufflé boven de apex van het hart vastgesteld. Onderzoek van longen, buik, huid en slijmvliezen leverde geen bijzonderheden op. Bij rectaal toucher werden geen afwijkingen gevonden. Aan de extremiteiten werd een algemeen atrofische en hypotone musculatuur vastgesteld. Er was geen oedeem. Reflexen en sensibiliteit waren ongestoord. Bij het laboratorium-

Samenvatting. De lange wachttijd voor een met zorg gereactiveerde en geresocialiseerde verpleegtehuispatiënte rondom haar overplaatsing naar een verzorgingstehuis, doet de verkregen toekomstverwachting teniet en veroorzaakt een lichamelijke en geestelijke achteruitgang die de voorgenomen overplaatsing illusoir maakt.

onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De Romberg was positief, er bestond een lichte mate van ataxie.

Aangezien zij in het ziekenhuis vrijwel geheel bedlegerig was, werd een mobilisatieschema afgesproken, terwijl de fysiotherapeut werd gevraagd spierversterkende en evenwichtsoefeningen te geven, teneinde te trachten het looppatroon te verbeteren. Haar algemene toestand ging goed vooruit. Zij paste zich aan, werd actiever, haar activiteiten van het dagelijkse leven (A.D.L.) stegen in twee maanden van 80 tot ongeveer 100 procent, het looppatroon werd stabiel. Intussen werd de verblijfcatheter verwijderd en werd overgegaan op continentietraining volgens een bepaald schema.

In maart 1968, dus drie maanden na opneming, ging de algemene toestand achteruit. Er ontwikkelde zich een scala van niet te verklaren klachten, waarbij zich na enkele dagen een hysterische depressie openbaarde, die op advies van de in consult geroepen psychiater met amitryptiline (Tryptizol) werd behandeld. Hierop verbeterde de toestand niet, zij at en dronk te weinig en zij droogde uit. Er werd getracht met onderhuidse vochttoediening dit tegen te gaan. Een valpartij uit bed met als gevolg een neusbeenfractuur en een rafelige wond op het voorhoofd maakte opneming in het ziekenhuis opnieuw noodzakelijk.

Begin mei 1968 keerde zij bij ons terug. Zij was ook psychisch verbeterd en wij slaagden erin de algemene toestand geleidelijk weer te brengen op het niveau van voor het opnemen. Ook nu werd weer de verblijfcatheter verwijderd en opnieuw werd continentietraining met mictie om de twee uur toegepast.

In juli daaropvolgend was de toestand dermate bevredigend dat in de teambespreking werd besloten haar op te geven voor een zojuist geopend verzorgingstehuis in een naburige plaats, hetgeen door haar werd ondersteund in verband met nauwere familierelaties aldaar. Het juist in die tijd aan de

* Eerste geneesheer „Dr. P. C. Borsthuis” (reactiverend verpleegtehuis), Hengelo (O.); geneesheer-directeur A. Jonker.

huisarts verzonden halfjaarlijkse verslag vermeldde dan ook onder de prognose: „er is een stijgende lijn in alle functies, zodat we mogen verwachten dat zij uit het verpleegtehuis kan worden ontslagen en naar een verzorgingstehuis kan gaan, hetgeen ondertussen reeds voor haar is aangevraagd . . .”

Aangezien de ervaring leert, dat de overgang van de op alle fronten intensieve bemoeienis in het verpleegtehuis naar de meer zelfstandige sfeer van het verzorgings- en bejaardentehuis voor velen een moeilijke opgave is, met op de achtergrond het gevaar van vereenzaming en heimwee, trachten wij in ons verpleegtehuis een bepaalde overgangssituatie te creëren.

Zodra na de teambespreking via de aan ons huis verbonden medisch-maatschappelijk werkster een patiënt kan worden opgegeven voor een verzorgings- of bejaardentehuis, wordt getracht deze man of vrouw een eenpersoonskamer te geven in een niet al te centraal gelegen gedeelte van ons verpleegtehuis. Contact met anderen blijft uiteraard via de huiskamers mogelijk, doch hiertoe zal dan de nodige activiteit van de kant van de patiënt moeten worden ontplooid waarbij een hogere graad van zelfstandigheid moet worden bereikt. Daarbij is men wat meer op zichzelf aangewezen.

Deze voorbereiding op ontslag is tevens te beschouwen als een proef, omdat hieruit zal kunnen blijken of onze beoordeling juist is geweest. Wanneer deze proef slaagt, kunnen wij met meer gerustheid overplaatsing naar een ander milieu tegevoel zien.

Wij slaagden erin een en ander ook voor deze patiënte te verwezenlijken, nadat wij dit met haar hadden besproken. Het was inmiddels oktober 1968.

Het verblijf op de eenpersoonskamer voldeed in de eerste tijd aan de verwachtingen en de bereikte goede algemene toestand handhaafde zich. In april 1969 werd zij door een medische functionaris van het betreffende verzorgingstehuis bezocht; deze beloofde haar op de urgentielijst te plaatsen. Zij was hierover zeer enthousiast en zij beklagde zich dat een en ander zo lang duurde. Op dat moment leefde zij nog met een zekere toekomstverwachting waarbij zij, mede gezien de bij dit bezoek gedane belofte, op spoedige overplaatsing rekende.

Ongeveer zes weken later, het was inmiddels eind mei 1969, ging haar algemene toestand acuut vrij snel achteruit. Haar evenwichtsstoornissen namen weer toe, evenals haar incontinentie. Zij kreeg weer valneigingen waarbij zij slechter ging lopen. Bij algemeen en neurologisch onderzoek waren geen duidelijke afwijkingen ter verklaring te vinden. Zij werd wat depressief en vertelde geen heil

te zien in de voorgenomen overplaatsing naar het verzorgingstehuis, hetgeen ook voor ons inmiddels illusoir was geworden. Desalniettemin bleef haar A.D.L. 90 procent.

Hiermede raken wij een groot probleem. Wij konden ons niet aan de indruk onttrekken dat de snelle achteruitgang van deze vrouw verband hield met het lange wachten op de beloofde overplaatsing, een belofte naar de vervulling waarvan in de aanvang, bij psychisch gezonde bejaarden, met verwachting en spanning wordt uitgekeken. Dit blijkt steeds weer, gezien de informatieve vragen die hierover aan verpleegster en arts worden gesteld. Daarbij zal de andere tijdsbeleving van de bejaarde een rol spelen en, in tegenstelling daarmee, misschien het gevoel „als ik het nog maar haal”.

Ook de bejaarde, of beter juist de bejaarde zal een levensdoel, een verwachting moeten hebben om voor te leven en naar toe te leven. In dit verband gebruiken wij dan het woord motivering.

Bij deze vrouw zijn wij onmachtig gebleven haar verwachting in de beloofde overplaatsing gestalte te geven. Sterker nog, wij hebben schuldgevoelens en wij vragen ons af of alles zo zou zijn gelopen wanneer de haar toegezegde overplaatsing naar het verzorgingstehuis sneller had kunnen worden gerealiseerd.

Het geval van deze bejaarde staat niet alleen. Iedere patiënt, opgenomen in een verpleegtehuis met reactiveringsmogelijkheden, wordt met de grootst mogelijke zorg omringd. Afhankelijk van de algemene toestand zal in teamverband worden getracht de lichamelijke functies (A.D.L. en motoriek) tot een zo hoog mogelijk niveau op te voeren, hetgeen tevens een resocialisatie inhoudt.

Wanneer in bepaalde gevallen een toestand is bereikt waarbij overplaatsing naar het eigen milieu of een verzorgingstehuis mogelijk gaat worden, zullen wij trachten een status quo te handhaven. Het is daarom niet altijd even gemakkelijk het onweerlegbare feit te accepteren dat de lange wachttijd die meestal verloopt voordat een dergelijke overplaatsing kan worden verwezenlijkt, op de bovengeschetste wijze de patiënt de hoop op verandering (verbetering) ontnemt, met als begeleidend verschijnsel vaak een achteruitgang op alle fronten. Begrippen als doorstromingsmoeilijkheden en dichtslippen zijn algemeen bekend. Over de oorzaken wordt genoeg gezegd en de oplossing zou voorschijnlijk misschien het door Oostvogel verdedigde „gesloten circuit” kunnen zijn.

Wat dit alles voor consequenties kan hebben voor de aan onze zorgen toevertrouwde bejaarde mens is in het bovenstaande hopelijk duidelijk gemaakt.