

Andere setting, ander beroep?

De rol van de verpleegkundige in de zorg voor kwetsbare ouderen

Na meer dan twintig jaar in het woonzorgcentrum te hebben gewerkt, maakte verpleegkundige *Mirjam Foekema* begin 2019 de overstap naar een geriatrische afdeling in een ziekenhuis. De doelgroep, kwetsbare oudere mensen, bleef hetzelfde, maar wat ze er moest doen leek soms wel een compleet ander vak te zijn. In deze bijdrage zet zij de verschillen tussen het werk van een verpleegkundige in het verpleeghuis en het ziekenhuis op een rij en reflecteert zij op het belang van zowel cure als care.

Een woonzorgcentrum en een geriatrische afdeling van een ziekenhuis hebben gemeen dat op beide locaties kwetsbare oudere mensen verblijven. Maar zijn deze mensen op dezelfde wijze kwetsbaar? Bewoners van een woonzorgcentrum zijn over het algemeen ouderen die, om welke reden dan ook, niet langer in staat zijn thuis te blijven wonen. Mensen met dementie bijvoorbeeld hebben op een bepaald

moment in hun ziekteproces op vele gebieden hulp en ondersteuning nodig. Maar ook op hun nieuwe woonplek blijven deze ouderen vooral behoefte houden aan kwaliteit van leven. Op de geriatrische afdeling van een ziekenhuis ontvangen kwetsbare oudere patiënten medische zorg vanwege ziekte of letsel. Bijvoorbeeld een gebroken heup na een valpartij. Het doel is hier genezing en voorspoedig herstel en het verblijf is per definitie tijdelijk. Die verschillen in achtergrond en positie van kwetsbare ouderen in woonzorgcentrum en ziekenhuis maken het werk van een verpleegkundige op beide locaties heel verschillend.

IN HET VERPLEEGHUIS

Een verpleegkundige die werkzaam is in een woonzorgcentrum, zal proberen voor bewoners een zo groot mogelijke kwaliteit van leven te realiseren en de nadelen van alle beperkingen als gevolg van ziekte of stoornissen zoveel mogelijk te beperken. Van de twee benaderingen van het verpleegkundig

vak, cure en care, zal de verpleegkundige vooral vanuit de care-visie werken. Verpleegtechnische handelingen in het woonzorgcentrum zijn beperkt en per individu verschillend, bijvoorbeeld insuline prikken of een urinekatheter plaatsen. Alles is gericht op behoud van een zo goed mogelijke gezondheidstoestand en een zo groot mogelijke kwaliteit van leven. Daarbij maakt een verpleegkundige continu een afweging tussen diverse ethische dilemma's. Is het nu echt zo belangrijk dat een bloedsuiker tussen de vijf en zeven mmol moet zijn als je 85 jaar bent? Medisch gezien zou dit een optimale en wenselijke waarde zijn. Maar wat als deze bewoner zich gewoon prettig voelt bij een bloedsuiker van negen mmol? Ga je dan toch proberen de wenselijke waarde te halen of accepteer je in dit specifieke geval een wat hogere bloedsuiker? Wat is voor deze individuele bewoner de beste uitkomst?

De band die een verpleegkundige in een woonzorgcentrum met een bewo-



ner opbouwt is langdurig, veelzijdig en intensief. Deze band beperkt zich niet alleen tot het stukje medische zorg, maar bestrijkt de gehele zorgvraag van de bewoner én zijn naasten. De ene keer gaat het om een boodschapje doen of even buiten een frisse neus halen, de andere keer misschien wel om het realiseren van laatste, vaak niet-zorggerelateerde wensen. Omdat de bewoner langdurige zorg krijgt is er meer tijd om doelen te realiseren en daardoor komt er meer diepgang in de relatie. Er is tijd om over ingewikkelde onderwerpen na te denken en deze meerdere keren in het team te bespreken. Doordat er meer tijd is kan er een zeer weloverwogen beslissing worden genomen als het gaat om bijvoorbeeld wel of niet behandelen, wel of niet reanimeren. En door die extra tijd hebben bewoners ook de ruimte om de situatie waarin zij zitten in hun eigen tempo te accepteren en voor zichzelf te bepalen wat er nog echt toe doet. Buiten een wandeling maken is voor iemand misschien wel veel belangrijker dan een extra douchebeurt. Een verpleegkundige zal in dergelijke gevallen de juiste afweging moeten maken tussen hygiëne/gezondheid en persoonlijk welbevinden.

KIEZEN VOOR WELZIJN

Mevrouw Andriessen is 86 jaar en woont bij ons in het woonzorgcentrum. Zij bevindt zich in het beginstadium van dementie en heeft reumatische artritis. Mevrouw leest graag boeken en tijdschriften, volgt haar vaste tv-programma en geniet bijna dagelijks van het bezoek van haar kleinkinderen. In de ochtend wordt zij deels op bed gewassen, maar de rest moet zij zelf doen vanuit de visie zoveel mogelijk functies zo lang mogelijk intact te houden. Met haar door reuma ernstig vergroeiende en pijnlijke handen probeert mevrouw

Andriessen trouw haar gezicht en bovenlichaam te wassen en bij het aankleden herhaalt zich dit patroon: ook hier wordt zij geacht een deel zelf te doen. Daarna wordt zij uit bed geholpen. Om haar sta-functie in stand te houden, gebeurt dit met een actieve tillift. Zoveel mogelijk functies behouden en verslechtering voorkomen, dat is het doel van de zorg bij mevrouw Andriessen.

Maar er is een prijs, zo wordt me duidelijk in een van de gesprekken die ik met haar voer. Na de wasbeurt in de ochtend of na een van haar vele toiletbezoeken (ze moet eens in de twee uur plassen), is ze zo moe en heeft ze zoveel pijn dat ze geen energie meer overheeft om een boek te lezen of wakker te blijven als haar kleinkinderen op bezoek komen, zo vertelt ze me. Mevrouw Andriessen beseft dat ze bij het voortschrijden van haar dementie misschien helemaal niet meer in staat zal zijn een boek te lezen of haar kleinkinderen te herkennen. En dit voor haar zeer belangrijke deel van haar leven wil zij juist zo lang mogelijk behouden.

Volledige verzorging op bed, haar met een passieve lift uit bed helpen en een verblijfskatheter, zouden voor mevrouw Andriessen veel wenselijker zijn, zo realiseer ik me. Ja, dat zou ten koste gaan van haar nog beperkte onafhankelijkheid bij de persoonlijke verzorging en haar vermogen om te staan, maar daar staat tegenover dat zij nog energie over zou hebben om van haar kleinkinderen te genieten, een boek te lezen of haar favoriete tv-programma te volgen.

Het heeft wat voeten in aarde om deze nieuwe benadering te realiseren omdat andere disciplines hier ook zo hun opvattingen over hebben. Zoals de fysiotherapeut wat betreft het opgeven van de sta-functie of de huisarts over het plaatsen van een verblijfskatheter. Er vinden meerdere gesprekken plaats om op één lijn te komen, maar uitein-

delijk kunnen we als team mevrouw Andriessen de individuele kwaliteit van leven bieden die past bij haar als persoon.

IN HET ZIEKENHUIS

Een verpleegkundige die werkzaam is op een geriatrische afdeling in een ziekenhuis richt zich vooral op genezing en herstel van de patiënt die vanwege ziekte of letsel wordt opgenomen. Soms gaat het hierbij om het uitvoeren van noodzakelijke risicovolle handelingen, soms betekent het detective spelen om de lichamelijke oorzaak van een acuut ontstane verwardheid (delier) te vinden. Er is een mooi en intensief samenspel tussen verpleegkundige en artsen, waarbij beredeneren waarom iets gebeurt tot vervolgstappen leidt in het behandelplan van de patiënt. De visie op het verpleegkundig vak is nu gericht op cure, maar in deze setting sluit die manier van werken wederom goed aan bij de zorgvraag van de oudere patiënt. Verpleegtechnische handelingen in het ziekenhuis zijn uitgebreid en divers. Om de effecten van behandelingen goed te kunnen volgen zal er met grote regelmaat bloed geprikt worden en ander onderzoek worden gedaan. Maar ook de voorbereiding op een operatie en de nazorg direct daarna geven in het ziekenhuis een extra dimensie aan het verpleegkundig vak. Ook in het zie-

**Is de ideale
bloedsuiker-
waarde nu echt
zo belangrijk als
je in het ver-
pleeghuis woont
en 85 jaar bent?**

kenhuis zal een verpleegkundige continu afwegingen maken tussen verschillende ethische dilemma's. Bij het eerder genoemde dilemma over bloedsuikerwaarde valt de keuze nu mogelijk anders uit, daar een 'verkeerde' keuze het genezingsproces mogelijk negatief zou kunnen beïnvloeden. Ook de tijd om over een dilemma na te denken en te overleggen, is in deze setting beperkt tot het concrete moment waarop deze afwegingen moeten worden gemaakt. Beslissingen als wel of niet reanimeren moeten snel en soms onder invloed van veel emotie worden genomen.

De band die een verpleegkundige in het ziekenhuis met een patiënt opbouwt is zeer kortdurend, maar ook zeer veelzijdig en intensief. Sommige patiënten omschrijven de periode in het ziekenhuis als 'zeer heftig'. Dit maakt de band tussen verpleegkundige en patiënt heel intens. Bij een patiënt die zo'n drie tot vijf dagen in het ziekenhuis opgenomen is en die de snelheid waarmee alles gebeurt niet kan bijhouden, zal een verpleegkundige moeten roeien met de riemen die hij of zij heeft en met de patiënt moeten dealen zoals deze op dat moment is: niet zichzelf en van slag. Gespreksonderwerpen zijn gericht op 'zichzelf hervinden' en begrijpen wat er gebeurt. De ligduur van patiënten is slechts enkele dagen en in die dagen worden ze geopereerd en moet het herstel dusdanig zijn dat zij het vervoltraject in kunnen. Hierdoor is de tijd om doelen te realiseren heel beperkt. Je kunt niet iets een aantal dagen aankijken terwijl er mogelijk een infectie gaande is die negatieve gevolgen zou kunnen hebben waardoor iemand in het ergste geval zelfs zou kunnen komen te overlijden. Vaak beperkt de band tussen verpleegkundige en patiënt zich alleen tot medische zaken waarbij van de verpleegkundige een directe en door-dachte aanpak wordt gevraagd. De verpleegkundige verliest het persoonlijk welbevinden van de patiënt niet uit het

oog, maar diens medische toestand heeft prioriteit.

GEZONDHEID CENTRAAL

De 85-jarige mevrouw Van Uden is in het ziekenhuis beland nadat zij thuis gevallen is en haar heup heeft gebroken. Het is bekend dat mevrouw dementie heeft. Hierdoor heeft zij een vergroot risico om acuut verward te raken, c.q. een delier te ontwikkelen. Op de Eerste Hulp wordt een katheter geplaatst. Dit is niet prettig, maar heeft wel voordelen. Mevrouw Van Uden hoeft nu bijvoorbeeld niet meer op haar zij gedraaid te worden om op een ondersteek te worden geholpen als zij moet plassen. Hiermee worden heel veel pijnklachten voorkomen. Ook al begrijpt mevrouw Van Uden niet wat ik aan het doen ben, ik zal moeten voorkomen dat mevrouw in haar verwardheid eigenhandig het infuus of de katheter verwijdert. Als het noodzakelijk is voor de behandeling zal ik bloed moeten prikken, ook als dit aan mevrouw Van Uden bijna niet is uit te leggen. Mijn taak is in eerste instantie om haar lichamelijke conditie optimaal te houden zodat zij zo goed mogelijk de operatie in gaat en daarna snel aan haar herstel kan beginnen. Natuurlijk is het mentaal welbevinden van mevrouw Van Uden ook nu van belang, maar het komt even op de tweede plaats.

Pas na de operatie, als we proberen de situatie voor mevrouw weer te normaliseren, ontdekken we wie zij echt is. Het lichamelijke probleem is opgelost en de acute verwardheid zal langzaam steeds verder verbleken. Hierdoor is het mogelijk gesprekken met mevrouw te voeren. Het blijkt dat zij een oud-collega is die lang geleden in ons ziekenhuis op de kraamafdeling werkte. Nu we haar beter kunnen leren kennen, wordt het mogelijk de zorg tijdens de periode van herstel en revalidatie beter af te stemmen op de persoonlijke wensen van mevrouw Van Uden.

Beslissingen over reanimeren moeten in het ziekenhuis snel worden genomen

CARE ÉN CURE

Een verpleegkundige in een woonzorgcentrum is in de kern care-gericht, die in een ziekenhuis cure-gericht. Hiermee lijkt het beroep van verpleegkundige in deze twee settings een volledig ander vak. Verpleegkundigen beheersen echter beide manieren van zorg verlenen, alleen is een daarvan in het ziekenhuis ver naar de achtergrond verdwenen. Het heeft echter absoluut een meerwaarde voor de oudere patiënt wanneer een verpleegkundige beide manieren in evenwicht zou kunnen toepassen. Maar dat is niet altijd gemakkelijk. Als een patiënt bijvoorbeeld op de Eerste Hulp binnenkomt, moeten er acuut medische handelingen worden verricht. Tijd voor een persoonsgerichte benadering lijkt er dan niet te zijn. Toch is die ook in deze situatie belangrijk, want een medische behandeling ondergaan verloopt beter als de patiënt zich op zijn gemak voelt. En dat geldt des te sterker als het om een patiënt gaat met cognitieve problemen.

Het evenwicht tussen cure en care is precair. Omdat ik zelf bij uitstek een care-achtergrond heb, ben ik voortdurend op zoek naar de cure-verpleegkundige in mijzelf zonder daarbij mijn kwaliteiten van care-verpleegkundige te verliezen. Met andere woorden: de patiënt vanuit medisch oogpunt goed begeleiden, maar daarbij wel oog blijven houden voor de mens achter de patiënt. Bij een verpleegkundige met een cure-achtergrond die in een woon-

zorgcentrum gaat werken, is wellicht het omgekeerde het geval. Er bestaan inmiddels diverse initiatieven om door middel van de inzet van kwaliteitsverpleegkundigen het medische stukje van de zorg voor ouderen bij alle zorgverleners in de woonzorgcentra onder de aandacht te brengen. En in de ziekenhuizen zijn er initiatieven om het mentaal welbevinden van oudere patiënten te bevorderen. Denk hierbij aan het opleiden van geriatrie-verpleegkundigen, maar ook aan huiskamerprojecten en het inzetten van personeel met andere visies vanuit de vvt-sector (verpleging, verzorging en thuiszorg). Behalve dat het een meerwaarde voor de patiënt heeft, geeft de combinatie care en cure het vak van verpleegkundige in de zorg voor kwetsbare ouderen ook een extra dimensie. Zonder care geen cure én zonder cure geen care! ♦

TEKST MIRJAM FOEKEMA

BEELD RICHARD DE HEUS VAN O IN SQUARE

Mirjam Foekema is geriatrieverpleegkundige i.o. op de afdeling Geriatrische Trauma Unit in het Franciscus Gasthuis te Rotterdam.