

Casus mevrouw V

De cliënt die in deze casus centraal staat is mevrouw V. Deze mevrouw is sinds maart 2016 opgenomen op een psychogeriatrische afdeling. Mevrouw verblijft ongeveer een jaar op deze afdeling.

De basis van deze casus is gemaakt door een toen 2^e jaars student van de HBOV in Rotterdam B.J. Smit. Het plan dat hij gemaakt heeft is aangepast voor deze casus.

Mevrouw V. is 77 jaar oud en sinds december 2015 door de klinisch geriater gediagnosticeerd met de diagnose 'licht tot matig gevorderde dementie'. Mevrouw is naar de afdeling gekomen, nadat zij in het ziekenhuis was opgenomen naar aanleiding van een val die een mediale collum fractuur tot gevolg had. Naar aanleiding van deze fractuur is bij haar een kop-halsprothese geplaatst. Mevrouw is in het verleden bekend met alcoholproblematiek, depressiviteit (1976), hernia diafragmatica (2003) en passagiere nierfuctieverslechtering (2006). Mevrouw is geheel afhankelijk met betrekking tot de ADL. Mevrouw

V. is gedurende de dag vaak in beweging. Zij loopt meerdere keren per dag van de woonkamer naar haar slaapkamer. Dit wordt ook wel ervaren en aangeduid als 'onrust'. Mevrouw spreekt de zorgverleners meerder keren per dag aan om te vragen wat ze moet doen en vertelt dat ze zenuwachtig is. Mevrouw heeft op haar kamer het beginsel van een breiwerk en een boekje met kruiswoordraadsels.

Mevrouw heeft een zwak sociaal netwerk. De nicht van mevrouw is haar vertegenwoordiger. Zij komt af en toe bij mevrouw kijken. Mogelijk heeft deze factor ook een rol gespeeld bij de beslissing op mevrouw op te laten nemen in de afdeling na haar ziekenhuisopname. Daarnaast hebben de factoren mogelijk ook een rol gespeeld: mevrouw V. is geheel afhankelijk met betrekking tot de ADL en bekend met het dementieel syndroom

§ 1.4 Het anamnese-gesprek en observatie

Mevrouw V. is sinds eind maart 2016 op de afdeling opgenomen. Bij haar opname is er een beknopte (hetero)anamnese afgenomen. Deze (hetero)anamnese en de overdracht vanuit het ziekenhuis zijn belangrijke bronnen van informatie om de gezondheidstoestand van mevrouw V. adequaat te kunnen beoordelen. Er heeft voor dit beroepsproduct een vervolganamnese plaatsgevonden met mevrouw. Er is bewust gekozen voor een één op één gesprek met mevrouw, omdat er al een heteroanamnese had plaatsgevonden met de nicht van mevrouw.

Met mevrouw zijn een beperkt aantal onderwerpen die nog niet duidelijk waren behandeld. Daarnaast zijn een aantal onderwerpen met mevrouw op 'ontspannen momenten' ter sprake gebracht. Deze keuze is mede gemaakt om mevrouw niet teveel te belasten met een vragenvuur wat zij als belastend zou kunnen ervaren. De rapportages van de afgelopen zes weken en het ingevulde formulier 'levensverhaal' zijn ook als bron gebruikt. De verkregen informatie is verwerkt aan de hand van de elf gezondheidspatronen van Gordon.

§ 1.5 Overleg met patiënt en familie/naasten

De eerste anamnese is afgenomen in samen met de vertegenwoordiger van mevrouw V. De vervolganamnese die specifiek is afgenomen voor dit beroepsproduct is geen contact geweest met de familie. Het vervolgggesprek aan de hand van de elf gezondheidspatronen van Gordon heeft alleen met mevrouw plaatsgevonden. Er is daarentegen wel contact geweest met de vertegenwoordiger van mevrouw over de gestelde verpleegkundige diagnoses en de interventies.

§ 1.6 Situering

Mevrouw verblijft momenteel op een intramurale psychogeriatrische afdeling in de afdeling. Op deze afdeling wordt er geen gebruik gemaakt van een klinische pad. Op de zorg die geleverd wordt is de '[Zorgstandaard Dementie](#)' van toepassing. Het is daarom allereerst van belang om te observeren en gezamenlijk zorgresultaten te formuleren.

Bij de observaties die gedaan zijn om de onrust van mevrouw in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van het [Probleemgedrag Analyse Lijst](#). De PAL heeft tot doel om een duidelijk en objectief beeld te krijgen van probleemgedrag. In dit kader is dat onrust. Zowel ik als mijn collega's hebben

verschillende formulieren op verschillende tijdstippen ingevuld. De formulieren '[SNAQ-se](#)' en 'Valrisico' zijn objectieve meetinstrumenten die bij de opname worden ingevuld om een duidelijk beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van een bewoner. Deze gegevens worden verwerkt in het EPD.

Anamnese

Gezondheidspatroon 1: Gezondheidsbeleving en -instandhouding

Mevrouw V. is 77 jaar oud en sinds december 2014 door de klinisch geriater gediagnosticeerd met de diagnose 'licht tot matig gevorderde dementie'. Mevrouw geeft aan haar gezondheid in het algemeen als goed te ervaren. Mogelijkerwijs kan dit duiden op het feit dat mevrouw weinig ziekte inzicht heeft. Mevrouw geeft bij meerdere vragen dat zij het niet weet. In het verleden heeft zij gerookt en veel gedronken. Mevrouw is hier 4 jaar geleden mee gestopt. Mevrouw is niet in staat om zelfstandig geneesmiddelen in te nemen, wanneer deze worden aangereikt.

Gezondheidspatroon 2: Voeding/stofwisselingspatroon

Mevrouw heeft een rode SNAQ-score en een BMI van 16.2. Mevrouw eet en drinkt meerdere keren per dag. In de ochtend eet zij vier boterhammen. Mevrouw geeft meerdere keren (meer dan 6 keer) per dag aan dat zij iets wil drinken. Dit varieert van koffie tot frisdrank. De vraag om drinken of eten volgt wanneer zij van haar slaapkamer weer terug is in de huiskamer en wanneer haar beker of bord leeg is. Mevrouw krijgt momenteel twee keer per dag Nutridrink aangeboden. Mevrouw is haar kleding zit erg ruim en is mogelijk in de laatste maanden afgevallen. Desondanks is zij na haar opname vijf kilo aangekomen. In het ziekenhuis woog zij 51 kilo en momenteel 56 kilo. Mevrouw heeft nog haar eigen gebit.

Gezondheidspatroon 3: Uitscheidingspatroon

Mevrouw is incontinent van urine en defecatie. Zij draagt om deze reden dag en nacht incontinentiemateriaal. Mevrouw loopt meerdere keren op een dag zonder kleding aan over de gang. Zij komt bijv. zonder broek of T-shirt de huiskamer in lopen. Daarnaast trekt mevrouw soms ook kledingstukken uit midden in de huiskamer. Mevrouw lijkt niet te beseffen dat dit niet hoort. Er is dus mogelijk sprake van decorumverlies. Echter, mevrouw geeft wel aan dat zij zich schaamt wanneer zij geholpen wordt door een mannelijke verzorger bij het douchen.

Gezondheidspatroon 4: Activiteitenpatroon

Er is bij Mevrouw sprake van een volledig persoonlijk zorgtekort. Mevrouw moet op alle terreinen geholpen worden. Echter, mevrouw is wel in staat om veel taken op aanwijzing zelf uit te voeren.

Gezondheidspatroon 5: Slaap/rustpatroon

Mevrouw slaapt naar eigen zeggen goed en weet niet of zij droomt of niet. Mevrouw gaat op de dag meerdere keren in bed liggen en doet dan de deur van haar slaapkamer op slot. In de nacht slaapt mevrouw goed.

Gezondheidspatroon 6: Waarneming/cognitiepatroon

Er is bij mevrouw sprake van een verstoorde waarneming en cognitie. Mevrouw heeft een bril, maar zet deze nooit op. Mevrouw zegt dat zij door deze bril niet goed kan kijken, omdat hij al dertig jaar oud is. Mevrouw haar geheugen en concentratievermogen zijn verstoord. De concentratie van mevrouw lijkt zich te beperken tot enkele minuten. Zij staat op wanneer de activiteit (bijv. eten of drinken) is afgelopen. Wanneer er geen activiteiten zijn gaat zij steeds van zitten en naar staan en vraagt aan de verzorging wat zij moet doen. Wanneer mevrouw een eenvoudige beslissing moet nemen zegt ze bijna altijd dat het haar niet uitmaakt (bijv. met de keuze voor eten of drinken).

Gezondheidspatroon 7: Zelfbelevingspatroon

Mevrouw vindt het moeilijk om zichzelf te omschrijven kan zich moeilijk uitdrukken en confabuleert. Ze omschrijft zichzelf als 'matig vrolijk', maar is niet meer in staat om een adequate beschrijving van zichzelf te geven. Mevrouw geeft meerdere keren aan dat de zenuwachtig is en niet weet wat ze moet doen. Wanneer mevrouw geen antwoord weet op de situatie of vraag, kan ze plotseling beginnen te huilen. Dit kan een uiting zijn van innerlijk verdriet, maar kan ook een reactie op de situatie te zijn. Vanuit de overdracht vanuit het ziekenhuis zijn er aanwijzingen voor depressie.

Gezondheidspatroon 8: Rollen/relatiepatroon

Mevrouw is alleenstaand. Ze is opgegroeid in een gezin met drie kinderen. Mevrouw had een broer en een zus. Haar broer is overleden. Haar zus is naar eigen zeggen ernstig ziek. Haar nichtje vindt ze erg lief en komt regelmatig langs. Mevrouw voelt zich naar eigen zeggen niet eenzaam. Vanuit de overdracht vanuit het ziekenhuis zijn er aanwijzingen voor sociaal isolement.

Gezondheidspatroon 9: Seksualiteits/voortplantingspatroon

Mevrouw is alleenstaand. Daarnaast trekt mevrouw soms ook kledingstukken uit midden in de huiskamer. Mevrouw lijkt niet te beseffen dat dit niet hoort. Er is dus mogelijk sprake van decorumverlies.

Gezondheidspatroon 10: Stressverwerkingspatroon

Mevrouw is in de afgelopen twee jaar meerdere malen opgenomen in een ziekenhuis en vervolgens in de afdeling. Mevrouw gebruikt nu geen alcohol of nicotine, zij heeft in het verleden wel veel gerookt en gedronken. Mevrouw komt over het algemeen erg onrustig over, of dit wordt mogelijk veroorzaakt wordt door spanning is onbekend.

Gezondheidspatroon 11: Waarden/overtuigingspatroon

Mevrouw heeft het erg naar haar zin op de afdeling. Mevrouw is godsdienstig op haar eigen manier. Ze gelooft dat er iets 'hogers' is, maar weet niet te duiden wat dat dan is. Mevrouw is niet gelovig opgevoed. Mevrouw ging vroeger wel regelmatig naar de zondagschool, omdat haar moeder even

Aanvullende gegevens voor de casus

- Diagnose: 'licht tot matig gevorderde dementie'(2016).
- Kent haar medische diagnose niet.
- Geeft bij meerdere vragen aan dat zij het niet weet.
- Heeft in het verleden gerookt en veel gedronken, is hier 4 jaar geleden mee gestopt.
- Is niet in staat om zelfstandig geneesmiddelen in te nemen.
- Zegt: 'Mijn gezondheid ervaar ik in het algemeen als goed'.
- Gewicht: 50.3 Lengte: 176 BMI: 16.2
- Rode SNAQ-score
- Eet en drinkt meerdere keren per dag.
- In de ochtend eet zij vier boterhammen.
- Geeft meerdere keren (meer dan 6 keer) per dag aan dat zij iets wil drinken.
- Haar kleding zit erg ruim.
- Mevrouw heeft nog haar eigen gebit.
- Uitscheidingspatroon
- Is incontinent van urine en defecatie
- Loopt meerdere keren op een dag zonder kleding aan over de gang.
- Trekt soms ook kledingstukken uit midden in de huiskamer, lijkt niet te beseffen dat dit niet hoort.
- Geeft aan dat zij zich schaamt wanneer zij geholpen wordt door een mannelijke verzorger bij het douchen. Activiteitenpatroon
- Is niet in staat om taken m.b.t. huishouden en ADL zelfstandig uit te voeren.
- Is in staat om taken op aanwijzing zelf uit te voeren.
- Heeft dagelijks veel lichaamsbeweging
- Is in het verleden gevallen en heeft heup gebroken.
- Loopt onstabiel door kop-halsprothese
- Loopt op de dag vaak heen en weer tussen slaapkamer en huiskamer zonder schoenen aan.
- Loopt waggelend door kop-halsprothese
- Gaat op de dag meerdere keren in bed liggen.
- Is in de ochtend vaak om zes uur wakker
- Kan geen reden geven waarom zij midden op de dag in bed gaat liggen.
- Zegt: 'Ik slaap goed en droom niet.' Cognitie- en waarnemingspatroon
- Heeft een bril, maar zet deze nooit op.
- Gedesoriënteerd in tijd, plaats en persoon.
- Concentratie lijkt zicht te beperken tot enkele minuten.
- Staat op wanneer de activiteit (bijv. eten of drinken) is afgelopen.
- Wanneer er geen activiteiten zijn gaat zij meerdere keren staan en vraagt aan de verzorging wat zij moet doen.
- Wanneer zij een eenvoudige beslissing moet nemen zegt ze bijna altijd dat het haar niet uitmaakt (bijv. met de keuze voor eten of drinken).
- Zegt: 'Ik kan door deze bril niet goed kijken, hij is al dertig jaar oud'.
- Is alleenstaand.
- Is opgegroeid in een gezin met drie kinderen. Mevrouw had een broer en een zus. Deze zijn inmiddels overleden.

- Nicht van mevrouw is wettelijk vertegenwoordiger en komt regelmatig langs, Zwager doet de financiën.
- Vanuit de overdracht vanuit het ziekenhuis zijn er aanwijzingen voor sociaal isolement.
- Maakt contact met mensen in de huiskamer.
- Voelt zich naar eigen zeggen niet eenzaam. Zelfbelevingspatroon
- Mevrouw is alleenstaand.
- Trekt soms kledingstukken uit midden in de huiskamer, lijkt niet te beseffen dat dit niet hoort.
- Stressverwerkingspatroon
- Is in de afgelopen twee jaar opgenomen in een ziekenhuis en vervolgens in de afdeling.
- Gebruikt geen alcohol of nicotine, zij heeft in het verleden wel veel gerookt en gedronken.
- Mevrouw gaat steeds staan tijdens een activiteit of nadat een activiteit is afgelopen.
- Kan 'plotseling' beginnen te huilen.
- Angstig: 'Ik voel me zo rot'
- Komt erg onrustig over, of dit veroorzaakt wordt door spanning is onbekend.
- Is niet gelovig opgevoed.
- Ging vroeger regelmatig naar de zondagschool.
- Geen wens om een pastor te spreken.
- Gelooft dat er iets 'hogers' is, maar weet niet te duiden wat dat is.

Beschreven verpleegkundige diagnoses

Veiligheid en bescherming

Domein: 11

Klasse 2: lichamelijk letsel

Dreigende diagnose: Risico op vallen

Definitie: "Verhoogde kans op vallen waarbij lichamelijk letsel kan ontstaan (Carpenito-Moyet et al., 2012)."

PES: Verhoogde kans op vallen r/t onrust, een voorgeschiedenis van vallen, BMI 16.2, leeftijd van 77 jaar, geen gebruik van hulpmiddelen, verlaagde mentale toestand, kop- halsprothese, instabiel lopen, incontinentie, gezichtsstoornis, onbekende omgeving, ruim zittende kleding en schoenen, Citalopram en Oxazepam en niet dragen van bril.

NOC: Mevrouw valt in de komende 10 weken niet en is minder bang om te vallen(Carpenito-Moyet et al., 2012).

NIC:

- Overleg met fysiotherapeut over gebruik hulpmiddelen
- Overleg met Fysiotherapeut over versterken van heupspieren
- Begeleiden van mevrouw bij versterken van enkelspieren (Schoenfelder,2000)
- o Ga achter een stoel staan met de voeten iets uit elkaar
- o Ga gedurende drie tellen op de voorvoeten staan, hakken van de grond
- o Herhaal oefeningen vijf tot tien keer en vaker als kracht toeneemt.
- Contact opnemen met familie over het aanschaffen van sokken met een antislipzool en een riem of het aanpassen van de broeken van mevrouw.
- Contact met familie opnemen om de ogen van mevrouw op te laten meten.
- Screening van omgeving op situaties die valrisico verhogen
- Overleg met arts over medicatie die het risico op vallen verhogen
- Zorg voor afleiding: muziek, gezelschap, eenvoudig handwerk, diertherapie (Schoenfelder,2000)
- Nagaan of er bij mevrouw sprake is van orthostatische hypotensie
- Ondersteun de wankelende patiënt tijdens het lopen (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2010)
- Breng het bed naar de laagste stand (Bulechek et al., 2011)
- Ontwikkel manieren waarop de patiënt veilig kan deelnemen aan ontspannende activiteiten (Bulechek et al., 2011).

Coping/ Stresstolerantie

Domein: 9

Klasse 2: Coping reacties

Hypothetische diagnose: Angst

Definitie: "Gevoel van beklemming en bezorgdheid dat samen met een activering van het autonome zenuwstelsel optreedt als reactie op een niet duidend dreigend gevaar of onheil (Carpenito-Moyet et al., 2012)."

PES: Angst r/t verlies van herinneringen, afhankelijkheid m.b.t. basisbehoeften, vreemde omgeving, verlies waardevolle bezittingen, valverleden, zeer beperkt sociaal netwerk, gebrek aan geborgenheid en de afname van het idee de situatie onder controle te hebben zich uitend in huilen, trillen, rusteloosheid, uiten van hulpeloosheid en bezorgdheid, terugtrekgedrag, schrikreacties en concentratieproblemen.

NOC: Mevrouw trekt zich over 5 weken minder dan drie uur per dag terug op haar kamer NIC:

- Overleg met psycholoog over aanpak en juistheid diagnose
- Samen met psycholoog Cornell-scale invullen
- Overleg met arts over dosis Citalopram.
- Activiteitschema invullen met mevrouw
- Mevrouw motiveren om aan activiteiten deel te nemen
- Mevrouw m.b.t. tot ADL en basisbehoeften zoveel mogelijk eigen regie geven.
- Bied steun en geborgenheid (Carpenito-Moyet et al., 2012):
 - o Blijf bij in de buurt van mevrouw
 - o Spreek langzaam en kalm, gebruik korte eenvoudige zinnen. Ga tegenover mevrouw zitten.
 - o Toon medeleven (rustige aanwezigheid, aanraking, laten huilen, praten).
- Onderzoek angst reducerende interventie (bijvoorbeeld: muziek, aromatherapie, ontspanningstherapie, geleide inbeelding, gedachtestoppen, massage (Keegan, 2000)

Activiteit/Rust

Domein: 4

Klasse 3: Energiebalans

Feitelijke diagnose: Dolen

Definitie: “Herhaaldelijk doelloos ronddolen van iemand met dementie, waardoor er kans op letsel ontstaat (Carpenito-Moyet et al., 2012).”

PES: Dolen r/t angst, onrust, fysiologische behoeften, verveling en beperkt sociaal netwerk zich uitend in steeds hetzelfde traject lopen, niet kunnen vinden wat ze zoekt en herhaaldelijk stilstaan.

NOC: Mevrouw V. loopt niet weg en wordt niet vermist .

NIC:

- Breng de bevorderende factoren in kaart.
- Angstreducerende interventies onderzoeken.
- Gebruik afleidingstechnieken (in plaats van confrontatie) om het gedrag van de patiënt in goede banen te leiden (Bulechek et al., 2011).
- Stel geen oriëntatievragen die de patiënt toch niet kan beantwoorden, aangezien zij daarvan alleen maar gefrustreerd zal raken (Bulechek et al., 2011).
- Mevrouw motiveren om mee te doen aan activiteiten.

Voeding

Domein: 2

Klasse 3: Voedselinname

Feitelijke diagnose: Ondervoeding

Definitie: “Een feitelijke of dreigende, voor het metabolisme niet toereikende inname van voedingsstoffen of inadequate omzetting van voedingsstoffen met of zonder gewichtsverlies, bij een patiënt die niet nuchter hoeft te zijn (Carpenito-Moyet et al., 2012).”

PES: Ondervoeding r/t apraxie, veel beweging, onrust, angst zich uitend in ruim zittende kleding, een BMI van 16.2, rode SNAQ score en 5 kilo afvallen in vijf weken.

NOC: De voedingstand van mevrouw V. is verbeterd als haar gewicht op 30 juni met ruim 2 kilo is toegenomen.

NIC:

- Verzamelen van meer beïnvloedende factoren
- Overleg met diëtist over voedingstoestand
- “Ga na wat de patiënt eet/drinkt en bereken de dagelijkse calorie-inname;
- Bepaal – zo nodig in overleg met de diëtist – het benodigde aantal calorieën en type voedingsstoffen om aan de voedingsbehoefte van de patiënt te voldoen;

- Mevrouw één keer in de week op de woensdag om 10:30 wegen (Bulechek et al., 2011)”.
 - Nagaan of er bij mevrouw sprake is van een goede mondhygiëne.
 - Bij een hyperactieve patiënt (Townsend, 1994)
 - o Zorg voor drank en voedsel uit het vuistje, die rijk zijn aan eiwitten en calorieën.
 - o Zorg frequent voor hapjes tussendoor. Vermijd producten zonder voedingswaarde.
 - o Loop met de patiënt bij het nuttigen van kleine hapjes.

§ 2.3 Afstemming patiënt

De afstemming van de opgestelde doelen heeft telefonisch plaatsgevonden met de vertegenwoordiger van mevrouw. De nicht van mevrouw is haar vertegenwoordiger en kon zich vinden in de opgestelde doelen. De vertegenwoordiger deed zelf ook een aantal suggesties voor de opgestelde interventies. De opgestelde doelen zijn in beperkte mate besproken met mevrouw zelf. Aangezien de opgestelde doelen niet besproken kunnen worden met mevrouw vraagt dit om observatie en voorzichtigheid bij de uitvoering van de interventies. De interventies die mevrouw direct bij betrokken is vinden doorgang tenzij mevrouw aangeeft niet mee te willen werken of tijdens de interventie tekenen van verzet vertoont.