

# Knelpunten in de wondzorg bij dementerende ouderen

P.N.R. van der Loo-Kolster \*

**Bij de behandeling en verzorging van wonden bij dementerende ouderen kunnen er een aantal knelpunten optreden. Wat als een wondbehandeling, die is voorgeschreven, niet werkt? Wat als bijvoorbeeld agressie een rol kan gaan spelen? Om meer begrip te krijgen van dementerende ouderen en hun gedrag, wordt er in dit artikel dieper op ingegaan welk gedrag kan voorkomen en welke knelpunten daarbij kunnen optreden. Daarbij worden er enige tips aangereikt om tot een zo efficiënt mogelijke en holistische behandeling te komen.**

## Dementie

Dementie is geen ziekte maar een verzamelnaam van verschillende symptomen en verschijnselen welke gepaard gaan met geheugenstoornissen (3). De twee meest bekende vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer en de vasculaire dementie. Alzheimer is een degeneratieve aandoening in de hersenen waarbij, soms in snel tempo, achteruitgang optreedt in de cognitie. Door het afsterven van de neuronen kunnen ook symptomen als apraxie, afasie, agnosie en apathie optreden (11). Hierdoor wordt het dagelijks functioneren ernstig beperkt. Bij vasculaire dementie is door arteriosclerose de doorbloeding naar de hersenen toe verstoord, waarbij er kleine infarcten optreden. Men spreekt ook wel van multi-infarctdementie. De symptomen die bij deze vorm optreden zijn afhankelijk van het gebied in de hersenen waar het is ontstaan (3).

## Stadia

Verschillende auteurs hebben in de afgelopen jaren geprobeerd om het verloop van het dementieel syndroom vast te leggen in verschillende stadia (4). In dit artikel wordt de stadiëring van Verdult en Van der Kooij nader uitgelegd. Volgens hen wordt het dementieel syndroom verdeeld in 4 stadia.

1. 'De bedreigde ik'; dit is een beginnende fase van dementie, hierbij krijgt de betrokkene de confrontatie met dementie. Hij begint dingen te vergeten en gedesoriënteerd te raken.
2. 'De verdwaalde ik'; dit is een lichte fase van dementie. Hierbij is de betrokkene angstig en paniekerig, omdat er geen houvast meer is aan de realiteit.
3. 'De verborgen ik'; dit is een matige fase van dementie. Hierbij komen de benaderingstechnieken aan te pas, dat wil zeggen, oogcontact, aanraking en herhaling van woorden en of zinnen.
4. 'De verzonken ik'; dat is het laatste stadium en ernstigste vorm van dementie. Hierbij is alleen nog

contact mogelijk via sensorische en motorische prikkels (5,6).

## Dementie en wondzorg

Als wondbehandelaar/verzorger kan je worden geconfronteerd met het niet-therapietrouw zijn van een demente oudere, bijvoorbeeld het niet willen eten of niet aan een dieet willen houden, geen wisselgeving accepteren of zwachtels niet willen accepteren. Terwijl dit toch belangrijke factoren kunnen zijn bij een adequate wondbehandeling (10). Het is als eerste van belang dat je je bewust wordt van je eigen houding en benadering t.o.v. van de demente oudere. Als wondbehandelaar/verzorger maak je intiem contact met iemand, soms zit je letterlijk ín iemand. Deze intimiteit kan als intimiderend worden ervaren; je zit letterlijk op iemands huid. Laat in je houding merken dat je met voorzichtigheid en respect over deze intimiteitgrens heen gaat (1). Het is belangrijk om iemand in zijn waarde te laten. De benadering van dementerende ouderen vergt soms wel enige creativiteit van de behandelaar/verzorgende.

## Knelpunten en tips

Knelpunten die kunnen voorkomen bij de wondzorg bij dementerende ouderen:

### 1. Niet aan de wond mogen komen

Hier kan sprake zijn van een bedreiging van de eigen autonomie dat zich kan uiten in boosheid en agressie (7). Meestal komt dit in het beginnende stadium van dementie voor: 'de bedreigde- ik' (5,6). Ook kan er soms sprake zijn van achterdocht; doordat begrip op de wereld om zich heen minder wordt, kan de dementerende het gevoel hebben alsof hij wordt buitengesloten van een complot tegen hem (2). Vaak is er geen of sterk verminderd ziekte inzicht, de oudere probeert zich soms te verschuilen achter een façade.



Foto 1. Dag 1: skin tear categorie 2

### Tips

- Rustig en duidelijk spreken, eenvoudig taalgebruik, niet op een kinderachtig toontje spreken, iemand wel in zijn waarde laten.
- Zeggen wie je bent en wat je komt doen.
- Vraag aan de oudere zelf zijn wond te laten aanwijzen, vraag toestemming om te mogen kijken.
- Belangrijk is om te proberen iemand te leren kennen, vraag aan de mantelzorg/ verzorgende om specifieke kenmerken. Denk bijvoorbeeld aan iemand bij wie meer coöperatie wordt verwacht wanneer je een witte jas aantrekt, of bij sommige juist niet vanwege angst voor witte jassen.
- Afleiden van de dementerende door bijv. een praatje over kleding, het weer, familie, etc.
- Aanrakingen (hand vastpakken, hand op de schouder leggen) kunnen laten blijken dat je mee leeft. Probeer je in te leven in de belevingswereld en hierin geloofwaardig over te komen.
- Probeer vertrouwen te winnen.

Ook is het belangrijk je af te vragen in welke omgeving deze persoon zich het prettigst voelt: een veilige vertrouwde omgeving met bijvoorbeeld muziek op de achtergrond kan zorgen dat iemand meer ontspant en rustig wordt. Kijk naar een tijdstip van wondverzorging die het meest aansluit op iemands dagritme. Bekijk door wie de

wondverzorging kan worden gedaan: is het iemand die de dementerende vertrouwt. Soms kan een mantelzorg erbij betrokken worden. Je kunt de wond beoordelen door er een foto van te maken en dan vanaf de foto verder te beoordelen. Kies een wondbehandeling die langer kan blijven zitten, zodat de, voor de dementerende, bedreigende handeling minder vaak gedaan hoeft te worden (4,5,6).

### 2. Het verband niet laten zitten

Dit kan veroorzaakt worden door onrustig gedrag waar rommelen vaak een uiting van is (kan in alle stadia voorkomen). Het kan ook plukgedrag zijn als een uiting van bepaalde emoties (8). Door het ontbreken van ziekteinzicht snapt de demente patiënt ook niet waarom er verband op zijn lichaam is gedaan. Door agnosie (het niet herkennen van voorwerpen) herkennen ze soms niet een wond of een verband (3). Een bijkomend probleem is dat de dementerende met zijn handen aan de wond komt waardoor er een verhoogd risico op infectie is. Zeker wanneer er sprake is van smeergedrag. Soms herkent hij zijn eigen ontlasting niet, weet niet wat het is en kan hiermee gaan smeren.

### Tips

Zorg voor schone korte nagels, of vraag dit aan de mantelzorg. Kies voor een comfortabele wondbedekker zodat de



Foto 2. Wond na vier weken

demente het minder voelt zitten. Let wel: wanneer ondanks alle moeite het verband er toch binnen een dag af wordt gehaald, kies dan niet voor een duur verband, maar voor een goedkopere variant. Zorg voor goede wondhygiëne: regelmatig schoonmaken van de wond en een antibacteriële behandeling. Afleiding: probeer iemand een andere uiting te geven voor de onrust (4,5,6). Vanuit het multidisciplinaire team bekijken wat de reden is van onrustig gedrag, want als iemand niet lekker in zijn vel zit, laat diegene ook minder toe. Wanneer het echt problemen blijft geven, kunnen vrijheidsbeperkende maatregelen overwogen worden; wel volgens de regels van BOPZ. Denk aan bijvoorbeeld een verbandhandschoen, antirabhandschoen of een pyjamabroek/legging, zodat verband meer beschermd is (12).

### 3. Pijnbeleving moeilijk kunnen uiten

Bij pijn komen er corticosteroiden vrij in het lichaam welke een remmende werking hebben op de inflammatiefase bij de wondgenezing (9). Pijn heeft ook invloed op het slaapgedrag, eetgedrag en op hoe iemand zich voelt. Indirect kan dit een negatieve invloed hebben op de wondgenezing (9,10). Een ander probleem is dat door de pijn de oudere niet wil dat je aan de wond komt. Het kan dus ook zijn dat pijn de reden is van het niet toelaten dat je aan zijn wond komt en niet de fase van demantie. Demente ouderen kunnen vaak moeilijk aangeven dat ze pijn hebben, maar geven soms wel hun ongenoegen aan.

#### Tips

Heel belangrijk is om oogcontact te houden, kijken hoe de oudere reageert en dan vooral op de mimiek te letten. Is er sprake van grimas, verkramping of gebruikt iemand een bepaald lichaamsdeel niet? Zorg voor adequate pijnbestrijding. Ook afleiden door bijvoorbeeld hand vasthouden/strelen, praatje en muziek kunnen verlichting geven (4).

#### Casus

Een dame van 76 jaar lijdt aan de ziekte van Alzheimer met persoonlijkheidsstoornis. Zij verwaarloost zichzelf en reageert erg boos als haar echtgenoot de zorg wil overnemen. Mevrouw wil ook niet dat hij de medicatie in beheer heeft en weigert thuishulp. Uiteindelijk wordt ze opgenomen op de IC vanwege een medicijnintoxicatie. Daarna wordt zij door middel van een crisisopname in Centrum Prinsenhof opgenomen met IBS vanwege heftig verzet en agressie. Mevrouw heeft gewichtsverlies ten gevolge van verwaarlozing en anorexie. Mevrouw heeft polyneuropathie sinds 2008 en rookt.

De eerste nacht loopt ze een verwonding op aan haar linker scheenbeen vanwege verward en onrustig gedrag: een skin tear categorie 2 met gedeeltelijk huidlapverlies van  $\pm 20 \times 5$  cm (foto 1). Behandeling wordt volgens

protocol ingezet met soft siliconengaas. Dit moet een week blijven zitten. Toch haalt mevrouw af en toe het verband eraf en moet dan weer opnieuw verbonden worden. Doordat ze het verband er afhaalt, vertoont de wond geen goede genezing. De wond wordt wel kleiner, maar produceert bruin/gelig exsudaat. De wond blijkt lokaal te zijn geïnfecteerd. Om die reden is er gestart met twee keer per week soft siliconengaas met antibacteriële honingzalf. Er wordt gestart met zwachtelen vanwege oedeem en gestart met pijnmedicatie. De zorgprofessionals hebben moeite met het verlenen van zorg, omdat de patiënte deze vaak weigert. Eénmaal sloeg ze de verzorgende toen deze aan het zwachtelen was. Mevrouw haalde ook meteen de zwachtels er weer af. Bijna dagelijks moet de wond opnieuw verzorgd worden, omdat het verband er afgehaald wordt. Ze doet dan zelf een vuile zakdoek om haar heen of pakt een theedoek. Op de momenten dat ik kwam en ik uitlegde wat ik kwam doen, mocht ik wel naar de wond kijken. Mevrouw was wel af te leiden met een praatje, ook merkte ik dat wanneer je haar bevestigde in haar gevoel: 'wat vervelend voor u', zij er rustiger van werd. Ze had wel haar voorkeuren door wie ze geholpen wilde worden; sommige verzorgden vond ze waarschijnlijk op iemand lijken die ze niet mocht en kon dan geagiteerd reageren. De psycholoog had benaderadviezen gegeven. Na drie weken is gestopt met zwachtelen omdat mevrouw deze niet liet zitten. Het oedeem was wel afgenomen. Ook het bruine exsudaat was verdwenen en er was genezing te zien van de wond (foto 2). Honingzalf werd gestopt en er werd geprobeerd om schuimverband met een border in te zetten. Dit liet mevrouw redelijk goed zitten. Uiteindelijk was na twee maanden de wond genezen.

#### Afsluiting

Voordat een dementerende oudere doorgestuurd wordt naar het WEC of polikliniek, moeten er afwegingen gemaakt worden. In het WEC is iemand namelijk niet in een vertrouwde omgeving en kan deze omgeving zelfs als bedreigend worden ervaren. Is doorsturen dan echt noodzakelijk? Kan er bijvoorbeeld ook telefonisch overlegd worden? Is er een mogelijkheid dat een deskundige de oudere in zijn vertrouwde omgeving kan bezoeken? Kan er een vertrouwd persoon mee met de dementerende oudere? Multidisciplinaire samenwerking is van belang, ook om soms de machteloosheid met elkaar te bespreken en beleid verder uit te stippelen. Het allerbelangrijkste is dat de kwaliteit van leven voorop staat.

Als laatste: 'Zelfreflectie is nodig voor een goede professionele manier van werken'.

## Literatuur

1. Bakker I. **Psychosociale aspecten van de wondzorg**. Rotterdam: Erasmus MC, 2009.
2. Gilson F, Vink M. **Paranoïde wanen**. Denkbeeld 1996;29-32.
3. Halen van N, Herp, van C. **Handboek GVP**. Houten: Bohn Stafleu 2010.
4. Hamer T. **Belevingsgerichte zorg in de praktijk: gewoon doen!** T.v. Verpleeghuisgeneeskunde 2003;27:5:19-23.
5. Kooij van der C. **Belevingsgerichte zorg bij dementie (2)**. Denkbeeld 2001;okt.
6. Kooij van der C, Hoveling P. **Belevingsgerichte zorg bij dementie (3)**. Denkbeeld 2002;febr.
7. Lamers, W. **Gewelddadig gedrag bij geriatrische patiënten**. Verpleegkundig perspectief 1997;5:61-71.
8. Plaats van de A en Hazelhof T. **Probleemgedrag van ouderen met dementie**. Denkbeeld 2012; juni.
9. Sussman C, Bates B. **Woundcare, a collaborative practice manual for health professionals**. 3e druk. Baltimore:Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins 2007.
10. Vlieghe de K. **Handboek Wondzorg**. 1e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg 2006.
11. Website over psychische stoornissen en dementie. [www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/beschrijving/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/beschrijving/)
12. Website over wet BOPZ. [www.innovatiekringdementie.nl/DynamicMedia/de-wet-bopz-voor-verzorgenden-en-verplegenden\\_tcm19-96707.pdf](http://www.innovatiekringdementie.nl/DynamicMedia/de-wet-bopz-voor-verzorgenden-en-verplegenden_tcm19-96707.pdf)

\* Ramona van der Loo, *decubitus- en wondconsulente, centrum Prinsenhof, Gouda, stichting Zorgpartners Midden-Holland*

## Contact

ramona.vanderloo@zorgpartners.nl

