

Inhoud

	Woord vooraf	10
	Over de auteur	12
	Redactionele verantwoording	13
I	Geriatric	17
1.1	Inleiding	17
1.2	Opzet van het boek	18
1.3	De geriatrische patiënt	19
1.4	Biologische versus kalenderleeftijd	24
1.5	Kwetsbaarheid	25
1.6	Uitgangspunten in de zorg	29
	Literatuur	34
2	Fysieke veranderingen door het ouder worden	35
2.1	Inleiding	35
2.2	Cardiovasculair systeem	35
2.3	Centraal zenuwstelsel	37
2.4	Luchtwegen	38
2.5	Bewegingsapparaat	39
2.6	Huid	40
2.7	Zintuigen	41
2.8	Gastro-intestinaal	42
2.9	Urinewegen	42
2.10	Hormoonstelsel	43
2.11	Lymfatisch systeem	43
	Literatuur	44

3	Veranderde presentatie van ziekten en andere gevoeligheid voor medicatie	45
3.1	Inleiding	45
3.2	Symptoomverandering	45
3.3	Cascade breakdown	46
3.4	Verwevenheid op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied	47
3.5	Comorbiditeit	48
3.6	Herkenning van klachten	49
3.7	Uiting van klachten	49
3.8	Grote individuele verschillen	49
3.9	Reservecapaciteit van organen verschilt, lichaamssamenstelling is anders	49
3.10	Een andere gevoeligheid voor farmacotherapie	50
	Literatuur	52
4	Neurodegeneratieve aandoeningen, het dementieel syndroom	54
4.1	Inleiding	54
4.2	Prevalentie dementie en symptomen	54
4.3	Verschijningsvormen	55
4.4	Diagnostiek	61
4.5	Behandeling	63
4.6	Verpleegkundige zorg	65
	Literatuur	72
5	Bloedingen en infarcten in de hersenen	74
5.1	Inleiding	74
5.2	Prevalentie	74
5.3	Etiologie	75
5.4	Diagnostiek	78
5.5	Verpleegkundige zorg	80
5.6	Preventie	87
	Literatuur	89
6	Depressie	91
6.1	Inleiding	91
6.2	Prevalentie	91
6.3	Etiologie	92
6.4	Diagnostiek	93

6.5	Behandeling	93
6.6	Verpleegkundige zorg	96
	Literatuur	103
7	Veranderd slaap- en waakpatroon	105
7.1	Inleiding	105
7.2	Prevalentie	106
7.3	Etiologie	106
7.4	Behandeling	111
7.5	Verpleegkundige zorg	113
	Literatuur	117
8	Hartfalen	118
8.1	Inleiding	118
8.2	Prevalentie	118
8.3	De gevolgen	119
8.4	Behandeling	121
8.5	Verpleegkundige zorg	121
	Literatuur	127
9	De oudere huid	129
9.1	Inleiding	129
9.2	Verschijnselen en problemen	130
9.3	Behandeling	137
9.4	Verpleegkundige zorg	138
	Literatuur	142
10	Mictieproblemen, urineretentie	144
10.1	Inleiding	144
10.2	Etiologie urineretentie	145
10.3	Diagnostiek en behandeling	148
10.4	Verpleegkundige zorg	149
	Literatuur	156
11	Mobiliteit	158
11.1	Inleiding	158
11.2	Osteoporose en orthostase	159
11.3	Herkenning en behandeling van osteoporose	161
11.4	Diagnostiek en behandeling van orthostatische hypotensie	166

11.5	Verpleegkundige zorg	166
	Literatuur	169
12	Zintuiglijke waarneming	170
12.1	Inleiding	170
12.2	Afname van de sensitiviteit van de smaak- en reukpapillen	170
12.3	Slechtziendheid, blindheid	173
12.4	Slechthorendheid	177
	Literatuur	184
13	Delier	185
13.1	Inleiding	185
13.2	Diagnostische criteria voor delirium (DSM-IV)	187
13.3	Etiologie	188
13.4	Diagnostiek en behandeling	190
13.5	Behandeling	191
	Literatuur	199
14	Probleemgedrag	200
14.1	Inleiding	200
14.2	Etiologie	202
14.3	Diagnostiek en behandeling	204
14.4	Mogelijke doelen bij (multidisciplinaire) samenwerking	207
	Literatuur	213
15	Pijn	215
15.1	Inleiding	215
15.2	Etiologie	216
15.3	Diagnostiek	219
15.4	Behandeling	219
	Literatuur	225
16	Vallen	226
16.1	Inleiding	226
16.2	Etiologie	227
16.3	Herkenning van de risicofactoren	228
16.4	Diagnostiek en behandeling	231
16.5	Preventie	233
	Literatuur	238

17	Vermoeidheid, krachtsverlies, ‘te weinig energie’ en de gevaren van bedrust	240
17.1	Inleiding	240
17.2	Etiologie	242
17.3	Herkenning	243
17.4	Behandeling	246
17.5	Preventie, voorkomen van bedrust	251
	Literatuur	253
18	Ondervoeding en dehydratie	254
18.1	Inleiding	254
18.2	Etiologie	254
18.3	Herkenning van ondervoeding	254
18.4	Behandeling	257
18.5	Dehydratie	262
	Literatuur	268
19	Polyfarmacie, therapietrouw, medicatiefouten	270
19.1	Inleiding	270
19.2	Etiologie	274
19.3	Therapietrouw	275
19.4	Herkenning	277
19.5	Behandeling en interventies	278
19.6	Preventie	282
	Literatuur	285
20	Vrijheidsbeperking en wetgeving	286
20.1	Inleiding	286
20.2	Wetgeving en vrijheidsbeperking	287
20.3	Waarom vrijheidsbeperkende maatregelen?	291
20.4	Verpleegkundige zorg	294
	Meer lezen?	302
21	Overbelasting van de mantelzorg	304
21.1	Inleiding	304
21.2	Etiologie	307
21.3	Ontspoorde zorg, mishandeling	310
21.4	Herkenning	312
21.5	Preventie	312
	Literatuur	316
	Register	318

I.1 Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg gaat paradoxaal om met oudere patiënten. Enerzijds roept de oudere patiënt het beeld op van een gebrekkige bejaarde, die lijdt aan irreversibele ouderdomskwalen en daardoor niet altijd de relevantste behandeling krijgt. Anderzijds komt het voor dat een kwetsbare oudere acuut een ingrijpende, intensieve behandeling ondergaat, zonder dat vooraf is nagegaan of de behandeling bij deze oudere medisch zinvol is. Het is dan niet zozeer de intentie, maar een tekort aan kennis en inlevingsvermogen van professionals in de zorg die er toe leiden dat ouderen regelmatig niet die zorg krijgen die passend is bij de oudere persoon of de situatie waarin deze zich bevindt.

Succesvol ouder worden

Bij veroudering van mensen vinden er veranderingen plaats die ertoe dwingen om tot een ander evenwicht te komen. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, slagen de meeste ouderen hier goed in. Dat wil zeggen dat de ouderen op tijd de symptomen herkennen die om aanpassing vragen. Ze zetten de voordelen van het ouder worden (inzicht, levenswijsheid, vertrouwen, een positief zelfbeeld, geringere angst voor de dood) succesvol in om de beperkingen ervan (verlieservaringen, omgaan met beperkingen, onzekerheid in de toekomst) te kunnen dragen. Deze ouderen herwinnen na tegenslagen hun lichamelijke en mentale conditie om in het dagelijks leven actief te kunnen blijven, aangepast aan de mogelijkheden en veelal op eigen kracht. Hierbij is de mate van levensgeluk voor hen afhankelijk van vergelijkbare factoren als die van jongeren, zoals:

- autonomie (zelfbepaling en onafhankelijkheid);
- zelfacceptatie;
- grip op de omgeving (kiezen van de context die past bij persoonlijke behoeften);

- persoonlijke groei;
- en positieve relaties met anderen.

Reactief of proactief

Er is echter ook een groep ouderen bij wie dit minder het geval is. Zij lijden aan één of meerdere ouderdomsgerelateerde ziekten. De opgave voor hen om op eigen kracht het evenwicht te hervinden is veel groter. Deze groep ouderen heeft meer kans op (iatrogene) complicaties. Ook hebben deze ouderen niet zelden te lijden onder de beeldvorming dat de ziekten waaraan zij lijden uitsluitend voortkomen uit veroudering. Vaak krijgen deze ouderen te horen dat de klachten bij de ouderdom horen en dat zij zich erbij neer moeten leggen dat zij te oud zijn om nog behandeld te worden. Ook komt het voor dat ze onafhankelijk van hun medische voorgeschiedenis en leeftijd (vaak intensief) worden behandeld op grond van een richtlijn die niet geschikt is voor hun situatie. Kennistekort, onvermogen om zich in te leven, gerichtheid op specialistische in plaats van generalistische zorg, maakt dat deze groep ouderen vaak niet de zorg krijgt die nodig is. De hierdoor ontstane reactieve, in plaats van proactieve houding van de professionals leidt in veel gevallen tot een verhoging van de lijdensdruk van de geriatrie patiënt. Dit komt onder meer door het ontstaan van iatrogene complicaties. Eveneens brengt deze houding van professionals hogere kosten met zich mee. Niet alleen door de onnodige ziekenhuisopnames, maar ook door de hierop volgende verlenging van het aantal ligdagen in de ziekenhuizen.

Dit boek gaat over de groep ouderen op hoge leeftijd die te maken krijgt met chronische ziekten, beperkingen en toegenomen kwetsbaarheid; de geriatrie patiënten. De ziekten waaraan geriatrie patiënten lijden, zijn lang niet altijd te genezen. Wat wel kan worden gedaan, is het signaleren, beoordelen en behandelen van de symptomen van deze ziekten. Zo vormen deze zo min mogelijk een bedreiging voor de gezondheid, het welbevinden en functioneren van de oudere. Verpleegkundigen die vanuit kennis en inlevingsvermogen een persoonsgerichte relatie met geriatrie patiënten weten op te bouwen, zijn bij uitstek in staat te helpen om binnen de omstandigheden de best mogelijke gezondheidsconditie van de geriatrie patiënt te herwinnen of te bereiken.

1.2 Opzet van het boek

De eerste drie hoofdstukken van dit boek gaan in op factoren die maken dat de zorg voor ouderen vanuit een ander perspectief moet

worden gezien dan de zorg voor jongere volwassenen. De volgende hoofdstukken behandelen de vaak bij voorbaat al verweven en complexe problemen waarmee ouderen te maken kunnen krijgen. Elk hoofdstuk geeft een weergave van veelvoorkomende etiologische en beïnvloedende factoren, zonder de pretentie te hebben daarbij volledig te zijn. Geriatriche verpleegkunde is een generalistisch specialisme, waarbij veel verschillende vormen van problematiek de revue passeren. Problematiek die uiteraard vollediger aan bod zou komen als het een specialistisch boek (als psychiatrie, orthopedie, dermatologie, neurologie, cardiologie, oogheelkunde, urologie) zou betreffen. Het boek beoogt vooral een integraal overzicht te geven van die factoren die van belang zijn bij het verwerven van inzicht, het maken van een keuze bij het helpen van de geriatriche patiënt om 'problemen te kunnen voorblijven', gericht op de unieke variëteit in mogelijkheden.

Het uitgangspunt van dit boek is om praktische redenen het probleem en minder de zorgsituatie waarin het probleem zich kan voordoen. Voor de context van de eerste, de tweede en derde lijn zijn de overeenkomsten groter dan de verschillen. De evidentie en praktische toepasbaarheid van interventies staan daarbij voorop, waarbij dit boek het gebied tussen wetenschap en praktijk bestrijkt. De praktijk is het vertrekpunt, hetgeen het werkgebied is van de hbo-opgeleide zorgprofessional. Dit boek is niet alleen bruikbaar voor hbo-opgeleide verpleegkundigen. Het kan ook als naslagwerk dienen voor professionals die werkzaam zijn in de directe zorg aan geriatriche patiënten, zoals de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk.

Het woord patiënt

In verschillende zorgmodaliteiten worden verschillende terminologieën (cliënt, zorgvrager, patiënt, etc.) gebruikt als het om de oudere gaat die hulp vraagt en/of krijgt. In dit boek is gekozen voor het woord patiënt. Het woord patiënt is afkomstig uit het Latijn en betekent niet alleen lijden, maar ook dulden, volharding en geduld. Een woord waarin menig oudere zich zal herkennen en bovendien in herkend wil worden.

1.3 De geriatriche patiënt

Een geriatriche patiënt kenmerkt zich niet alleen door de hoge biologische leeftijd. Er is ook vaak sprake van verschillende chronische aandoeningen. De symptomen van deze aandoeningen kunnen zowel op fysiek als op mentaal gebied tot uiting komen. Het is niet altijd duidelijk welk symptoom bij welke chronische aandoening hoort. De

symptomen die voortkomen uit chronische ziekten kunnen tot functieverlies leiden. Onder meer dit functieverlies vergroot de ontvanke-lijkheid om naast de al bestaande chronische ziekte ook acute ziekten als infecties en trauma's op te doen. Er is bij geriatrische patiënten dus niet alleen een verwevenheid in symptoomuiting, ook de biologische en psychosociale componenten interfereren. Dit gegeven maakt dat de zorg voor geriatrische patiënten complexe tot zeer complexe zorg is. Ondanks deze toename van symptomen bij chronische ziekten, is het van belang te herkennen dat geriatrische patiënten in veel gevallen gehecht zijn aan het leven.

1.3.1 GERIATRISCHE ZORG, INTENSIEVE EN COMPLEXE BASISZORG

Complexe zorg laat zich meestal niet vangen in routines, standaard-procedures, richtlijnen en protocollen. De inhoud van geriatrische zorg laat zich namelijk niet voorspellen. Daarom vraagt geriatrische zorg om flexibel en tijdig te kunnen overzien welke (potentiële) risico-factoren zich voordoen. Zodoende kan worden achterhaald waarvan de patiënt de meeste hinder ondervindt en (uitgaande van de wensen van de patiënt) bij welke aspecten prioriteit moet worden gesteld. Bij geria-trische zorg zal elke patiënt een eigen variatie in context hebben. Daar komt bij dat als het gaat om kwetsbare geriatrische patiënten een zie-kenhuisopname meestal ook nadelige gevolgen met zich meebrengt. Deze nadelen komen regelmatig tot uiting door het ontstaan van func-tiebeperkingen. In veel gevallen gaat de patiënt met deze functiebeper-kingen ook naar huis en is er tijd en beleid nodig om deze (tijdelijke) achteruitgang in functieniveau te boven te komen.

De richting van de geriatrische verpleegkunde is deze functionele pro-blemen waar mogelijk voor te blijven. Al bestaan er bruikbare richtlij-nen die voor ouderen geschikt zijn, toch heeft de hulpverlener de ver-antwoordelijkheid om te beoordelen of in dit specifieke geval de richt-lijn ook werkelijk moet worden toegepast. Om dit te kunnen, moet de verpleegkundige de kennis hebben om een aantal stappen vooruit te kunnen denken en handelen. Maar dat is het niet alleen. Het gaat bij geriatrisch verplegen vooral ook om een afweging te kunnen maken tussen het *doen* en het juist *niet doen*. Het gaat om het vermogen in een concrete situatie adequaat te handelen, door de juiste toon te treffen, een passende inval te krijgen, de goede draai te geven, door op crea-tieve manier geduld op te kunnen brengen, ook als de verpleegkundige het druk heeft. Een dergelijke benadering vraagt om persoonsgerichte zorg, om effectieve communicatie en empathie. Om kennis. Kennis

om zowel het handelen te kunnen onderbouwen als om begrijpelijk te kunnen uitleggen aan de patiënt, collega's en naasten.

De complexiteit in de ouderenzorg heeft niet alleen te maken met de kenmerken van de patiënt, maar ook van de organisatie om de best afgestemde zorg op deze kenmerken te kunnen waarmaken. Deze organisatie vraagt om coördinatie en samenwerking binnen veelal multidisciplinair vormgegeven zorg en transmurale samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van zorgvuldige informatieoverdracht tussen de eerste, tweede en derde lijn (thuiszorg en verzorgingshuizen, intramurale ziekenhuiszorg, verpleeghuizen).

Casus: meneer en mevrouw De Jong

Meneer en mevrouw De Jong zijn binnenkort 70 jaar getrouwd. Het feest ter ere van deze platina bruiloft is in voorbereiding. Het echtpaar is blij en dankbaar met deze aanstaande hoogtijdag. Meneer De Jong heeft namelijk onlangs een CVA doorgemaakt en als gevolg hiervan kon hij tijdelijk niet goed slikken. Hierdoor is hij veel kilo's afgevallen en heeft hij een aspiratiepneumonie gekregen. Even leek het erop dat hij hieraan zou komen te overlijden, maar door adequate multidisciplinaire zorg is hij in korte tijd weer bijna tot op het oude functieniveau hersteld. Hij is 91, maar dat zou je hem niet geven. Dan zijn echtgenote. Ze is 89 jaar. Ze lijdt aan osteoporose en hierdoor heeft ze te maken gehad met meerdere, zeer pijnlijke wervelinzakkingen. Als gevolg hiervan heeft ze een kromme rug, wat haar zowel het zitten als het lopen beperkt. Ook lijdt ze aan maculadegeneratie. Al een aantal keren is zij gevallen en uit angst dat dit nog een keer gebeurt, loopt ze niet meer zo veel.

Het echtpaar redt zich desondanks nog goed. De kinderen hebben afgesproken wie wanneer op bezoek komt. Beiden hebben ze een persoonsalarm, om zo snel te kunnen waarschuwen als er iets spoedeisends aan de hand mocht zijn. Het lukt hen om zich aan te passen aan de veranderende omstandigheden, om elkaar te helpen waar dat mogelijk is. Doordat de huisarts, wijkverpleegkundige en ouderenadviseur de gezondheidsrisico's van het echtpaar kennen, kunnen zij met een minimum aan inspanning een vinger aan de pols houden en op maat die hulp bieden die nodig is om de situatie in balans te houden, weliswaar kwetsbaar, maar in evenwicht.

1.3.2 CIJFERS

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid heeft berekend dat er in 2010 bijna 2,6 miljoen ouderen (personen van 65 jaar en ouder) in Nederland waren. Daarmee was 16% van de bevolking 65-plusser. Van al deze 65-plussers was 26% 80 jaar en ouder. Ruim 1 miljoen man (43%) en 1,4 miljoen vrouw (57%). Hoe hoger de leeftijd, hoe groter het aandeel vrouwen in de bevolking.

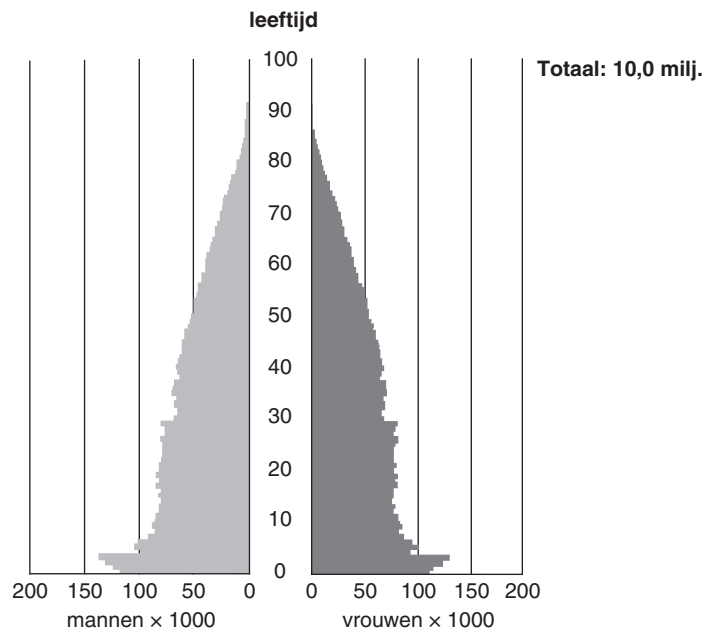
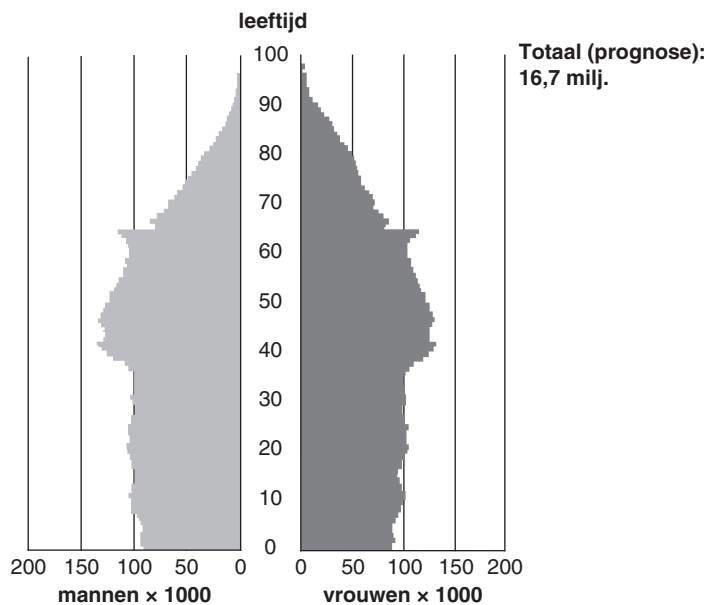
Toename ouderen en oudste ouderen

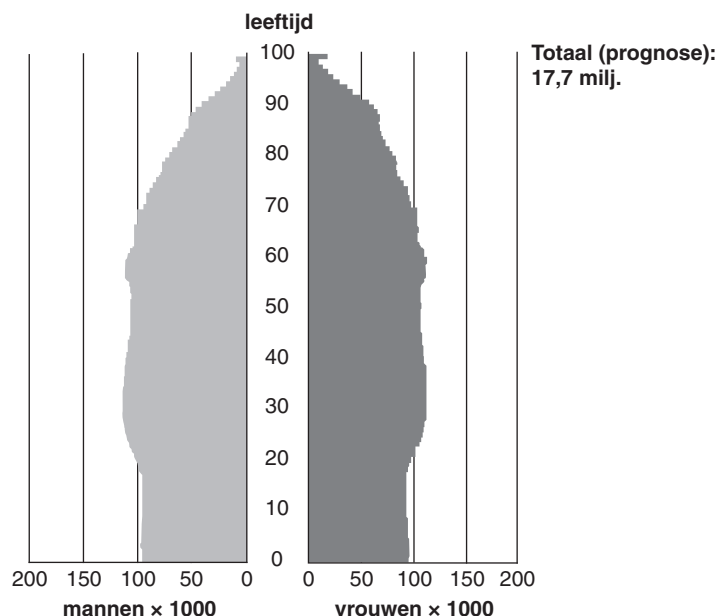
Het aantal ouderen is in de loop van de tijd behoorlijk gestegen. Vanaf 1900 tot en met 2009 is het aantal 65-plussers toegenomen van 0,3 naar bijna 2,5 miljoen. Het aantal 80-plussers nam nog sterker toe, van 35.000 naar 631.000. Deze stijging heeft vooral te maken met het dalen van het aantal geboortes (onder meer door anticonceptie) en de stijging van de levensverwachting. Het aantal ouderen zal de komende periode verder blijven toenemen. De oorzaak hiervan is dat de generatie die kort na de tweede wereldoorlog is geboren (babyboom) de leeftijd van 65 begint te bereiken. Hierdoor zal vanaf 2011 het aantal ouderen nog sterker stijgen dan daarvoor. Deze 'vergrijzingsgolf' gaat nog even door, om naar verwachting rond 2040 zijn hoogtepunt te bereiken. Volgens prognoses zijn er in 2050 4,5 miljoen 65-plussers en dan is 25% van de totale bevolking ouder dan 65 jaar.

In deze piramides valt al snel de piek op van de bevolkingsgroep geboren in 1946 tot 1948. Dit is de zogenoemde babyboomgeneratie, de geboortegolf na (en ten gevolge van) het einde van de Tweede Wereldoorlog. Ook in de jaren '50, '60 en '70 was het geboortecijfer hoog. Bovendien werden gastarbeiders in de jaren '60 en '70 naar Nederland gehaald. Deze gastarbeiders waren op dat moment veelal rond de twintig jaar. Dit heeft zelfs tot gevolg dat deze groep, met de geboortejaren 1950, 1960 en 1970, door de jaren heen groeide in plaats van afnam. Na de jaren '70 neemt het geboortecijfer sterk af, om daarna vrij constant te blijven. Gegeven deze toename van de oudere populatie, zal elke zorgprofessional in de toekomst werken met ouderen.

Zorggebruik

Op 65-jarige leeftijd is de levensverwachting in 2010 van mannen en vrouwen nog 17,6 en 20,8 jaar (van Duin en Garssen 2010). Van deze jaren brengen mannen en vrouwen er ongeveer elf door in goed ervaren gezondheid, twaalf zonder beperkingen, vier zonder chronische ziekten en zeventien in goede geestelijke gezondheid. 65-Plussers bezoeken vaker de medisch specialist (63% ten opzichte van 41% in de totale bevolking), en minder vaak de tandarts. Het aantal dagopnamen

Bevolkingspiramide**a. Leeftijdsopbouw Nederland 1950****Bevolkingspiramide****b. Leeftijdsopbouw Nederland 2012**

Bevolkingspiramide**c. Leeftijdsopbouw Nederland 2060**

Figuur 1.1 Bevolkingspiramides CBS: a. 1950, b. 2012, c. 2060

Bron: CBS

in een ziekenhuis stijgt sterker onder 65-plussers dan onder de totale bevolking. 80% van de ouderen krijgt medicatie voorgeschreven, in vergelijking met 40% van de totale bevolking. In de komende twintig jaar zal door veroudering, de huidige leefstijl en het overgewicht de ziektelast van oudere chronische ziekten met soms 40% of meer toenemen.

1.4 Biologische versus kalenderleeftijd

Biologische verandering omvat de gevolgen van het ouder worden voor het menselijk lichaam. Het volgende hoofdstuk gaat in op de consequenties die deze verouderingsinvloeden hebben voor de verschillende orgaansystemen. Het is nog lang niet algemeen bekend dat juist deze biologische verandering ervoor zorgt dat medische zorg voor ouderen zich niet zomaar laat vergelijken met de medische zorg die voor jongere volwassenen gebruikelijk is. Een aantal medische richtlijnen is

om deze reden niet van toepassing op ouderen, terwijl ze in dezelfde richtlijnen niet altijd nadrukkelijk worden geëxcludeerd.

De kalenderleeftijd van mensen is niet bepalend voor de gevolgen van veroudering. Er zijn ouderen van 100 jaar die eruitzien alsof ze 80 jaar of jonger zijn. Er zijn ook ouderen die er veel ouder uitzien dan de kalenderleeftijd die ze hebben. Als de kalenderleeftijd minder belangrijk is, om welke componenten gaat het dan wel? Veroudering voltrekt zich afhankelijk van de schade waaraan het lichaam staat blootgesteld en de mogelijkheden die het lichaam heeft om aan deze schadelijke invloeden weerstand te bieden. Het gaat hierbij niet alleen om de mogelijkheden van het lichaam zelf, maar ook van de invloeden die er in de omgeving beschikbaar zijn om te behandelen en te ondersteunen. Denk daarbij aan de toegankelijkheid van voorzieningen in de (medische gezondheidszorg) alsook de beschikbare ondersteuning van familie en vrienden.

1.5 Kwetsbaarheid

Geriatrie patiënten hebben te maken met een toegenomen kwetsbaarheid. Voor kwetsbaarheid of broosheid in de ouderdom wordt veelal het begrip *frailty* gebruikt. *Frailty* betekent dat een relatief minder ernstige aanleiding de gezondheidsbalans van de oudere tot veel ernstigere gevolgen kan leiden. Een definitie van *frailty*:

————— *Frailty* is een multidimensionaal syndroom betrekking hebbend op het verlies van reserves (energie, functionele mogelijkheden, cognitie, gezondheid) dat de kwetsbaarheid verhoogt.

Rockwood et al. (2005)

Hierbij heeft Ahmed et al. (2007) vervolgens gesteld dat bij oudere mensen vermindering van mogelijkheden zou kunnen leiden tot een verhoging van de fysieke fysiologische respons om de homeostase te handhaven in tijden van acute stress. Dit heeft tot gevolg dat verschillende condities zoals acute ziekten, verminderde activiteit, verminderde inname van voedingsstoffen, alle potentiële uitlokkende factoren zouden kunnen zijn van het verhoogde kwetsbaarheidssyndroom. Bijvoorbeeld:

Door een urineweginfectie kan een oudere incontinent raken, zich uit het sociale leven terug gaan trekken, huidproblemen krijgen, vallen, minder gaan drinken, een delier krijgen, vervolgens de juiste medicatiedosering uit het oog verliezen, een medicijnvergiftiging oplopen en uiteindelijk sterven.

Deze neerwaartse cyclus, waarbij het ene symptoom het andere opwekt, wordt een *cascade breakdown* (zie paragraaf 3.3) genoemd. Hoe meer symptomen, hoe groter de aard van de kwetsbaarheid, hoe meer risico de oudere loopt te moeten worden opgenomen in een instelling. Frailty is duidelijk gebonden aan de leeftijd. Hoe hoger de leeftijd, hoe meer kans op frailty. Volgens het LASA-onderzoek (Longitudinal Aging Study Amsterdam) is de gemiddelde prevalentie van kwetsbaarheid boven de 65 jaar 14,5% bij mannen en 20,7% bij vrouwen. Epidemiologische studies wijzen uit dat de incidentie van frailty onder Amerikaanse ouderen van 90 jaar en ouder 32% is, terwijl Amerikaanse ouderen tussen de 65 en 75 jaar slechts in 3 tot 7% van de gevallen worden aangemerkt als frail (Ahmed et al., 2007). Een kwetsbare oudere in een ziekenhuis is gemiddeld veel langer opgenomen, terwijl 10% van de kwetsbare ouderen sterft in het ziekenhuis en 16% sterft binnen drie maanden na ontslag (De Rooy et al.). Kwetsbaarheid legt daarom niet alleen druk op de oudere zelf, maar ook op de capaciteit en kosten van de gezondheidszorg. Om die reden zijn er verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld die (bedoeld als hulpmiddel om de problemen voor te blijven) behulpzaam kunnen zijn om kwetsbaarheid onder ouderen helpen te herkennen. Het gaat om de Groningen Frailty Indicator (GFI) (Schuurmans et al., 2004) of om Identification Seniors At Risk (ISAR) (McCusker 1999) Zie tabel 1.1. Deze wordt regelmatig in combinatie met andere lijsten afgenomen, zoals de VMS screening Kwetsbare Ouderen (delier, functiebeperking, ondervoeding, vallen). De ISAR werd oorspronkelijk ontwikkeld voor afdelingen spoedeisende eerste hulp om functieverlies te voorspellen. Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat als er interventies voortvloeien uit de uitkomst van deze schaal er minder functieverlies optreedt. In Nederland wordt deze lijst in verschillende zorgmodaliteiten toegepast.

Er zijn veel definities van het begrip frailty en vele onderzoekers hebben zich met frailty beziggehouden. In de literatuur aan het einde van dit hoofdstuk staan enkele verwijzingen naar verdieplingsliteratuur.

Tabel 1.1 ISAR			
ISAR			
		ja	nee
1	Had u voordat u opgenomen werd in het ziekenhuis regelmatig hulp nodig van iemand? (hulp in huis, bereiden van maaltijden)	1	0
2	Heeft u in de laatste tijd regelmatig hulp nodig bij uw dagelijkse verzorging? (wassen, aankleden, toilet)	1	0
3	Bent u in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis?	1	0
4	Kunt u goed zien?	1	0
5	Heeft u regelmatig problemen met uw geheugen?	1	0
6	Gebruikt u meer dan drie verschillende soorten medicijnen?	1	0
7	Bent u tussen de 65 en 74 jaar?	1	
	Bent u tussen de 75 en 84 jaar?	1	
	Bent u 85 jaar of ouder?	2	
De ISAR-score is positief bij een score van 2 of meer punten.			

Bron: McCusker 1999

1.5.1 GERIATRISCH ASSESSMENT

Het in kaart brengen van de potentiële kwetsbaarheid is een onderdeel van het geriatrisch assessment. Dit assessment focust zich op hoe de patiënt en de naaste omgeving de fysieke en mentale en sociale gezondheid van de patiënt beoordelen. In welke mate de patiënt hinder ondervindt van functioneringsbeperkingen in het dagelijks leven (ADL, IADL), evenals in welke omgeving de patiënt verblijft. Het is belangrijk dat de mantelzorger of naasten bij dit gesprek aanwezig zijn en actief betrokken worden. Zij kunnen verheldering geven bij onduidelijkheden, bijvoorbeeld als de patiënt het moeilijk vindt om te herinneren wanneer de gezondheidsklachten precies zijn begonnen of verminderd inzicht heeft in de problemen die spelen. Ook zal tijdens dit gesprek aan de orde moeten komen in welke mate er sprake is van een zorgtekort of overbelasting van de mantelzorg. Er kan een begin worden gemaakt met het ontrafelen van de complexiteitsknoop (welke problemen staan op de voorgrond en welke fysieke, mentale, sociale samenhang is er?), want naast de beoordeling van de patiënt en de mantelzorger over de eigen gezondheidssituatie is het geriatrisch assessment ook bedoeld om (behandelbare) aandoeningen op

te sporen. Er kan dan aan de hand van het assessment een efficiënte planning plaatsvinden, bijvoorbeeld door de vraag te stellen welke functionele problemen zodanig effect hebben dat de zelfredzaamheid wordt bedreigd. Als door middel van een geriatrisch assessment een uitgangssituatie van de gezondheidssituatie is vastgelegd, kan hiervan worden gebruikgemaakt om het verloop van zowel de gezondheid als de werkzaamheid van de interventies te volgen. Tijdens dit assessment zal ook het medicatiegebruik aan de orde komen. De door het UMCN St. Radboud doorontwikkelde EASY care-methode is een gevalideerd instrument voor het afnemen van het geriatrisch assessment. Onderdeel van het assessment zal ook de vraag van de arts zijn tot hoever de oudere zou willen gaan als het om medische behandeling gaat. Hierbij geeft de arts aan welke te verwachten medische perspectieven dit zou geven op het terrein van zowel gezondheid als welzijn. Veel ouderen en hun naasten overschatten bijvoorbeeld de kansen op een succesvolle reanimatie. De oudere kan ook schrikken en deze vraag ervaren als ongewenste confrontatie met de eindigheid van het leven. Hij kan ook angstig worden dat hij niet die levensreddende behandeling krijgt waar hij recht op heeft. Desondanks is het noodzakelijk om de vraag te stellen, uiteraard met zorg geformuleerd en uitgaand van de kennis en beleavingswereld van de oudere. Alleen dan is het mogelijk duidelijkheid te krijgen over wederzijdse verwachtingen.

Casus: meneer Pietersen

Meneer Pietersen was 86 jaar, alleenstaand en had geen andere contactpersonen dan zijn zus met wie hij een weinig intensieve relatie onderhield. Hij leed aan insulineafhankelijke diabetes mellitus (IADM), perifere vaatlijden en niet-genezende, zeer pijnlijke ulcera aan beide onderbenen, op grond waarvan spoedige amputatie onvermijdelijk leek. Daarnaast had meneer Pietersen te kampen met hartfalen (NYHA3). Vanwege ernstige dyspnoe klachten was hij door de specialist ouderengeneeskunde ingestuurd naar het ziekenhuis. Naast hartfalen bleek meneer Pietersen een luchtweginfectie te hebben. Voordat het uiteindelijk lukte om de eerste keer een venflon in te brengen om intraveneus antibiotica toe te kunnen dienen, waren er een zestal pogingen nodig. Om de bloedwaarden te vervolgen, waren er talloze venapuncties nodig. Ook nu verliep dit pijnlijk en moeizaam, meneer Pietersen bleek lastig te prikken. Hoewel de luchtweginfectie goed leek te reageren op de antibiotica, kreeg meneer Pietersen naar verloop van tijd last van diarree op basis van een *clostridium difficile*.

toxine-infectie. Hierop werd er contactisolatie gestart en was het elk uur noodzakelijk om te verschonen. Ondanks dat ontstond er vanwege de agressieve bestanddelen van de ontlasting een pijnlijk incontinentieletsel. Ook dreigde er decubitus en ondervoeding, want meneer Pietersen had de lust tot eten vrijwel geheel verloren. Meneer Pietersen uitte tegen de verpleegkundigen zijn verdriet over zijn uitzichtloze situatie. Hij gaf herhaaldelijk aan te lijden en hevig te verlangen naar de dood. Tijdens deze dagen ontving meneer Pietersen geen bezoek.

Meneer Pietersen was zeer angstig en onrustig toen hij op een nacht werd aangetroffen door een verpleegkundige. Hij kampte met ernstige dyspnoe klachten en was het bewustzijn al verloren op het moment dat de gewaarschuwde arts besloot over te gaan tot intensieve behandeling. Het besluit kwam mede tot stand door de mededeling van de telefonisch geraadpleegde zus: "Alles te doen wat mogelijk was". Meneer Pietersen ging naar de Intensive Care, werd gereanimeerd, gesedeerd, geïntubeerd en beademd. Het duurde enkele dagen, ruim drie weken na opname, toen de orgaanfuncties van meneer Pietersen zo ver achteruit waren gegaan dat werd besloten de behandeling op medische grond stop te zetten. Hierop kwam meneer Pietersen te overlijden.

1.6 Uitgangspunten in de zorg

1.6.1 OP ELKAAR AFSTEMMEN VAN CURE EN CARE

De World Health Organisation (WHO) heeft berekend dat 80% van de vragen in de huidige gezondheidszorg gaan over chronische ziekten. De kennis en attituden van chronische ziekten en de daarbij horende hulpvragen zijn binnen de huidige organisatie van zorg niet voldoende. Patiënten die lijden aan chronische ziekten (onder hen de meeste ouderen) worden nog veel te vaak benaderd alsof het acuut zieken zijn. De persoon en de context waarbinnen de ziekte zich voordoet, krijgen nog niet die aandacht die nodig is. Cure en care zouden beter op elkaar moeten zijn afgestemd.

1.6.2 EMPOWERMENT

Het op tijd herkennen van de gezondheidsrisico's van ouderen kan functieverlies en daaruit voortvloeiende verminderde zelfstandigheid en gevoel van welzijn helpen voorkomen. De rol van de oudere en die van het naastbetrokken zorgsysteem is daarbij van essentieel belang.

Het controle kunnen hebben (autonomie, regie) over de eigen gezondheidssituatie is voor verreweg de meeste ouderen en hun zorgsysteem zeer belangrijk. Even zozeer is het belangrijk dat ouderen worden geholpen om deze rol op zich te nemen. Om immers zelf een rol in de symptoomcontrole te hebben, moet de oudere weten waarop moet worden gelet. Bijvoorbeeld daar waar het gaat om:

- het herkennen van stressfactoren;
- sociale steun zoeken;
- factoren van persoonlijke controle (tegenover hulpeloosheid);
- een stimulerende omgeving;
- dagstructuur;
- denken in voordelen in plaats van nadelen;
- lichaamsbeweging;
- therapietrouw.

Of in geval van neurodegeneratieve aandoeningen waarbij de voor autonomie belangrijke vaardigheden op gebied van inzicht en de besluitvormende vermogens, vooruit te denken en te plannen, op het moment dat het nog kan.

Er vindt op dit moment een omslag plaats in de Nederlandse gezondheidszorg. Onderstaand citaat van William Osler ondersteunt de gedachte waarom het gaat:

“It’s much more important to know what sort of a patient has a disease, than what sort disease the patient has.”

bron: Nota RvV

Soms is een onderzoek naar of behandeling voor een ziekte waarvan de oudere lijdt veel belastender voor de oudere dan de gevolgen van de ziekte zelf. De diagnostische activiteiten en interventies van hulpverleners moeten dus zo volledig mogelijk aansluiten op datgene wat medisch zinvol is. Bovendien moeten deze in sterk verband staan met datgene dat belangrijk is voor de oudere en het naastbetrokken zorgsysteem (de casus in hoofdstuk 21, in twee delen, is hiervoor een voorbeeldpraktijksituatie). Dit is geen eenvoudige opgave. Ouderen die lijden aan een ‘terminale’ ziekte of aandoening overlijden vaak aan iets heel anders. Vooral de personen die naast de oudere staan, kunnen ondersteunen, helpen verhelderen en zijn daarom essentieel voor het betrekken bij de diagnostiek en besluitvorming over de behandeling en toekomstplanning. Een methode die hierbij behulpzaam kan zijn, is die van de *Advanced Care Planning*. Een methode waarmee de oudere

met zijn naasten bewust naar de wensen en mogelijkheden om eigen invulling te kunnen blijven geven aan autonomie (zie voor verdere informatie de aanbevolen literatuur en websites).

1.6.3 VAN ZORG EN ZIEKTE (ZZ) NAAR GEDRAG EN GEZONDHEID (GG)

De Raad van Volksgezondheid en zorg pleit in haar nota *Van zz naar gg* 2010, waaruit ook het citaat van William Oslar afkomstig is, om deze reden voor een omslag in benadering van de zorg van ziekte en zorg (zz) naar gedrag en gezondheid (gg). De nota geeft aan dat burgers en patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun (on)gezonde gedrag, en dat zij waar mogelijk zelf de regie moeten voeren over de zorg. Zorgverleners, zorgverzekeraars en werkgevers moeten dit faciliteren. Het Nationaal Programma Ouderenzorg (zie link onder websites) heeft hiertoe in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de voorliggende jaren al een belangrijke aanzet gegeven. Toch zal deze omslag niet zonder slag of stoot plaatsvinden.

1.6.4 ROL VAN VERPLEEGKUNDIGEN

Verpleegkundigen zullen als geen ander sterk actief zijn bij deze omslag. Zij hebben een essentiële rol. Als kerndiscipline staan zij nauw in contact met de patiënt, in veel gevallen 24 uur per dag. Verpleegkundigen zijn in de gelegenheid om een volledige en samenhangende inventarisatie te maken van de risicofactoren waaraan ouderen bloot staan. Zij kunnen onder meer symptomen van pijn observeren, dreigend gewichtsverlies waarnemen, helpen symptomen van vermoeidheid, depressie, geheugenverlies te verduidelijken, een delier herkennen. Verpleegkundigen hebben bovendien de competenties om te helpen achterhalen in hoeverre deze symptomen de activiteiten van het dagelijks leven belemmeren, tot welk functieverlies deze leiden en hoe erg dit voor de oudere is. Ze kunnen luisteren naar wat ouderen zeggen, ècht zeggen, niet alleen naar de woorden, maar ook naar de uitroepen, het huilen, fluisteren en de stilte die kan vallen als er een vraag is gesteld. Verpleegkundigen kunnen uitleg geven, ondersteunen bij het nemen van een beslissing. Ook als het gaat om het verhelderen op welk moment de behandeling de welzijnsbalans te veel onder druk zet. Verpleegkundigen kunnen meehelpen de problemen voor te blijven, of begeleiden ze om te buigen. In de geriatrische verpleegkunde zal het daarbij vooral gaan om de secundaire en tertiaire preventie.

Primaire preventie

Primaire preventie gaat over de activiteiten die ertoe leiden om bij gezonde mensen ziekte of letsel te voorkomen. Voorbeelden van primaire preventie zijn vaccinaties, condoomgebruik om soa te voorkomen, gebitsverzorging ter preventie van cariës, het dragen van een autogordel om letsel in het verkeer te voorkomen.

Secundaire preventie

Secundaire preventie gaat over het vroegtijdig signaleren van symptomen van een ziekte of letsel met de bedoeling om de dreiging van ziekte of het letsel te keren. Bevolkingsonderzoeken zoals de screening baarmoederhalskanker, HPV (humaanpapillomavirus) en borstkanker zijn voorbeelden van secundaire preventie. Ook het tijdig zoeken van medische hulp bij het bemerken van een symptoom (zoals maagpijn of gewichtsverlies) zonder dat er al sprake van een diagnose is, valt onder de secundaire preventie.

Tertiaire preventie

Tertiaire preventie is datgene wat kan worden gedaan of ingezet om herhaling/verergering van de ziekte of het letsel te voorkomen (zoals het inzetten van bewegingsmeldende sensoren om valgevaar te helpen voorkomen). Dyspnoe bij hartfalen zal sneller kans op herstel geven als dit symptoom tijdig wordt herkend en behandeld.

Binnen het nieuwe gg-denken zal de vorm van preventie het best via persoonsgerichte zorg plaats kunnen vinden. Zorg die onder meer:

- een geriatrisch assessment en multidisciplinaire zorgplanning bevordert.
- patiënten en mantelzorgers aanmoedigt om te participeren in de besluitvorming over de zorg.
- communicatiepatronen vermijdt die uitgaan van autoriteit, druk en controle door de zorgprofessional.
- autonomie, onafhankelijkheid en risicovermindering bevordert.
- samenhangend is.

1.6.5 SAMENHANG EN SAMENWERKING

Samenhang is een onmisbare factor in de zorg voor ouderen. De uitvoering van de zorg moet namelijk niet alleen goed zijn afgestemd op de behoeften en capaciteiten van de oudere zorgontvanger en zijn mantelzorger. Ook de inspanningen die de zorgverleners van het multidisciplinair team uitvoeren, zullen alleen in onderlinge samenhang tot een efficiënt resultaat leiden. Het moet daarbij duidelijk zijn welke resultaten worden nagestreefd en wie daarin welke activiteiten

met welk doel verzorgt. Soms zal het gaan om een combinatie van cure en care, of een samenspel van generalistische en specialistische zorg, bijvoorbeeld als het gaat om zorg in algemene of academische ziekenhuizen. Andere keren gaat het om alleen care. Daarnaast is er de samenwerking die noodzakelijk is tussen zorgverlenende instellingen (ziekenhuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen), waarbij overdracht van zorg en verantwoord ontslag belangrijke peilers zijn. Zowel naar collega's, de mantelzorgers, als de ouderen om wie het gaat, geldt:

“Indien mogelijk, wees helder.”

Confucius (551- 479 v Chr), denker en sociaalfilosoof

- Duidelijkheid: begrijpt de ander de inhoud van de boodschap?
- Interactie: is er contact, wordt de ander werkelijk betrokken?
- Verwachting en relatie: voelt de ander zich aangesproken?
- Congruentie: komen de non-verbale en verbale boodschap overeen?
- Beeld: heeft de ander hetzelfde beeld voor ogen bij datgene waarnaar gaat worden gestreefd?

Om hierin ‘persoonsgericht’ te slagen, zijn er onder meer gesprekstechnieken ontwikkeld die de oudere, de mantelzorger of collega's helpen om helder te krijgen welke problemen er spelen.

Eén daarvan is *Motivational Interviewing*, dat uitgaat van het *stages of change model* (zie websites). Een andere is *Dementia Care Mapping* (DCM), dat zowel het welbevinden van mensen die lijden aan dementie in kaart brengt als de interactie en interventies die daarbij behulpzaam zijn observeert. *Advanced Care Planning* is een methode die behulpzaam kan zijn om eigen invulling te kunnen blijven geven aan autonomie. Om de transmurale samenwerking vorm te geven, zijn er vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg verschillende initiatieven ontwikkeld (zie websites).

Literatuur

- Achterberg van T, Borm GF, Eijken van MIJ. A Randomized Study of a Multidisciplinary Program to Intervene on Geriatric Syndromes in Vulnerable Older People Who Live at Home (Dutch EASY care Study). *Journal of Gerontology* 2008 Vol63A no 3 283-290
- Ahmed N, Fain J, Mandel R. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. *The American Journal of Medicine* (2007) 120, 748-753
- Alessandri C, Di Bona S, Dornbusch T. Frailty and disability in the elderly: A diagnostic dilemma. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 52 (2011) 75-78 Elsevier Ireland
- Assai J-P. Revisiting the approach to treatment of long-term illness: from the acute to the chronic state: A need for educational and managerial skills for long-term follow-up. (Patient Education and Counseling) (WHO) 1999/37/99-111
- Baum E, Messenger-Rapport B, Smith ML. Advanced care planning: Beyond the living will. *Cleveland clinic journal of medicine*, volume 76 /276-285 5 may 2006
- Belzile E, McCusker J, Dendukuri N. The Identification of Seniors At Risk Screening Tool: Further Evidence of Concurrent and Predictive Validity. *JAGS* 52:290-296, 2004
- Davies S, Laker S, Ellis L, Promoting autonomy and independence for older people with nursing practice: a literature review. *Journal of advanced Nursing*, 1997, 26:408-417
- Dinteren van R, Lazeron N. Brein@work, breinkennis voor organisaties, hoofdstuk 2, p 108, Rompu van P. Spiegelneuronen in leersituaties. Springer, 2010. ISBN 9789031378159
- Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin* 2005; 71: 45-59
- Rooy S. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2007
- Sarafino E. *Health Psychology, Biopsychosocial Interactions*, Sixth Edition, The college of New Jersey. Wiley 2008 ISBN 9780470129166
- Schoenmaker CG, Wieren van S, Wilk van der EA. *Gezond ouder worden in Nederland*. RIVM Rapport 270462001/2011
- Van zz naar gg, acht debatten, een aansprekend verhaal. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Den Haag augustus 2010, ISBN 9789057322235
- VMS Kwetsbare Ouderen, te downloaden via de VMSzorg website

Websites (bezocht in december 2011)

www.dcmnederland.nl
www.motivationalinterview.org
www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/gezonde-levensverwachting/wat-is-de-gezonde-levensverwachting-van-de-bevolking-in-nederland
www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl
www.umcn.nl/Informatievoorverwijzers/Verwijzersinformatie/Pages/Easycare.aspx
www.vmszorg.nl