Welkom

Welkom in het leerpad over het onderwerp ‘Kwetsbare ouderen’. In deze introductie vind je uitleg over de relevantie van dit onderwerp. Daarnaast vind je informatie over de opzet van dit leerpad en de geraadpleegde bronnen.

Eén op de drie ouderen heeft na een ziekenhuisopname te maken met functieverlies. Vaak zijn deze ouderen kwetsbaar. Als we de risicofactoren tijdig in kaart brengen en ouderen screenen, kunnen we de problemen voorkomen of tijdig aanpakken. Je moet daarom weten hoe je kwetsbare ouderen en geriatrische problemen tijdig kunt herkennen. Wanneer je weet welke risicofactoren er zijn, kun je soms onbedoelde schade en functieverlies bij kwetsbare ouderen voorkomen. Daarnaast kun je interventies toepassen die bijdragen aan de kwaliteit van leven van ouderen. Je hebt dus als verpleegkundige een belangrijke taak in het ondersteunen van kwetsbare ouderen tijdens hun ziekenhuisopname.

**Feiten en cijfers**

* Mensen worden ouder, hebben meerdere aandoeningen tegelijkertijd, wonen langer thuis en komen zieker in het ziekenhuis.
* Van de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, is ruim 25% 70 jaar of ouder.
* Het aantal 65-plussers in Nederland stijgt snel. De verwachting is dat dit aantal in 2030 ongeveer 4,2 miljoen zal zijn.
* De Nederlandse bevolking bestaat voor een steeds groter deel uit 65-plussers, in 2030 zal dit al een kwart zijn.
* Van de 65-plussers is 27% kwetsbaar: dit zijn ongeveer 700.000 ouderen.
* Voor kwetsbare ouderen brengt een ziekenhuisopname meer risico met zich mee, vanwege de grotere kans op complicaties. Veel van deze complicaties leiden tot functionele of cognitieve achteruitgang van de oudere patiënt.
* Bij een grote groep ouderen (30-60%) ontstaat onherstelbaar functieverlies als gevolg van complicaties tijdens de ziekenhuisopname.

Na het doorlopen van dit leerpad kun je geriatrische problemen bij ouderen tijdig signaleren en (verpleegkundige) interventies toepassen om kwetsbare ouderen te ondersteunen.

In de praktijk

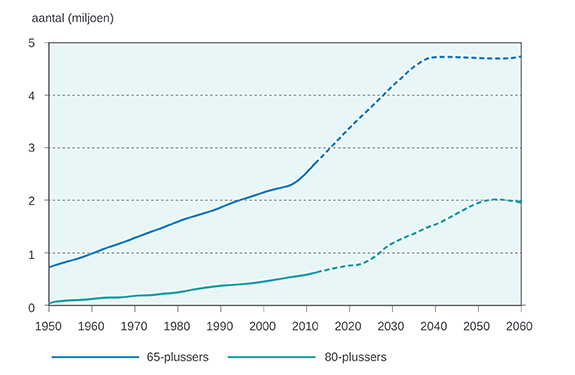
**Ziekenhuizen hebben steeds meer aandacht voor kwetsbare ouderen**

Ouderen hebben vaak andere hulp nodig als ze bij de SEH opgenomen worden. Inmiddels hebben vijftien ziekenhuizen  een speciale afdeling voor ouderen op de SEH. Daardoor is er op de SEH meer aandacht voor screening, extra zorg en begeleiding gericht op ouderen. Het blijkt dat door een betere opvang sterfte onder ouderen met 30% kan worden teruggedrongen.   
Ook goede thuiszorg na een ziekenhuisopname leidt tot positieve resultaten. Ruim 45 ziekenhuizen hebben deze nazorg voor kwetsbare ouderen inmiddels georganiseerd. In het ziekenhuis komt een wijkverpleegkundige langs bij de oudere. Als de oudere weer thuis is, begeleidt de wijkverpleegkundige de oudere bij medicatiegebruik en bij herstel. Hierdoor daalde het aantal ouderen dat overleed na een ziekenhuisopname aanzienlijk.

**Artikelen**

* Buurman, B.M. & Rooij, S.E. de (2015). Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Dossier. Geraadpleegd op 14 december 2017 van https://medrie.nl/sites/default/files/uploads/functieverlies\_ouderen\_bij\_acute\_opname\_in\_ziekenhuis\_ntvg.pdf
* Maassen, H & Hendriks, C. (2017). Ouderen herstellen beter thuis dan in het ziekenhuis. Geraadpleegd op 14 december 2017 van http://hospitalathome.nl/wp-content/uploads/sites/4/2017/03/20170126-Medisch-Contact-Ouderen-herstellen-beter-thuis-dan-in-het-ziekenhuis.pdf
* RIVM (2015). Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? Geraadpleegd op 19 februari 2018 van http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=27ebd64e-3edc-4723-97aa-fae2c40bad57&type=org&disposition=inline
* Vilans (2010). Een ziekte komt zelden alleen. Geraadpleegd op 19 februari 2018 van https://www.vilans.nl/docs/vilans/informatiecentrum/multimorbiditeit\_literatuurverkenning\_pdf.pdf

**Websites**

* http://www.beteroud.nl/ouderen (geraadpleegd op 21 januari 2018)
* http://www.beteroud.nl/ouderen/zorg-transmurale-zorgbrug.html (geraadpleegd op 21 januari 2018)
* http://hospitalathome.nl/ (geraadpleegd op 17 januari 2018)
* https://www.kbo-pcob.nl/seniorvriendelijkziekenhuis/ (geraadpleegd op 18 januari 2018)
* http://www.vmszorg.nl/Themas/Kwetsbare-ouderen (geraadpleegd op 17 januari 2018)
* Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis
* De verwachting is dat dat het aantal ouderen tussen nu en 2040 snel zal stijgen. Bron: https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing
* **Achteruit na ziekenhuisopname**
* Ruim een kwart van de opgenomen patiënten in het ziekenhuis is ouder dan 70 jaar. De zorg en behandeling voor deze groep brengt risico’s met zich mee. Uit onderzoek blijkt dat tussen de 22% en 47% van de ouderen zo sterk achteruitgaat door een ziekenhuisopname dat zij nooit meer de oude worden.
* **Eenmaal verloren functies zijn nauwelijks te herstellen**
* Vaak gaan ouderen zo sterk achteruit dat zij essentiële dagelijkse activiteiten (zichzelf wassen, aankleden, lopen) niet meer zelfstandig kunnen uitvoeren. Dit functieverlies leidt tot verlies van zelfstandigheid, zelfredzaamheid en autonomie. Dit functieverlies kan zelfs leiden tot een verhoogde kans op sterfte. Eenmaal verloren functies zijn nauwelijks te herstellen. Daarnaast ervaren ouderen met functieverlies een lagere kwaliteit van leven. Zij hebben vaak permanent thuiszorg nodig.

Functieverlies bij kwetsbare ouderen

**Grotere kans op functieverlies**

Het Sociaal en Cultureel Planbureau hanteert de volgende definitie (SCP 2011): ‘Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden).’

Ouderen die al geriatrische problemen hadden (geheugen, functioneren, mobiliteit, voeding) lopen een risico bij ziekenhuisopname. Bij al bestaande problemen is er meer kans op functieverlies of gezondheidsproblemen na de ziekenhuisopname. Dus bestaande problemen voorspellen functieverlies of gezondheidsproblemen.   
Bij kwetsbare ouderen is er een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten. Dit geeft een vergrote kans op functieverlies. Comorbiditeit en multimorbiditeit kunnen wijzen op kwetsbaarheid. Maar niet alle ouderen die daaraan lijden, zijn kwetsbaar.

**Kwetsbaarheid herkennen en achteruitgang voorkomen**

Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in de zorg voor en behandeling van de oudere patiënt. Met tijdige herkenning van kwetsbare ouderen en (preventieve) interventies gericht op kwetsbare ouderen kun je functieverlies door een ziekenhuisopname voorkomen. Het heeft ook een positieve invloed als je andere zorgverleners inschakelt en het totale zorgproces coördineert. Ook zijn tijdige mobilisatie en nazorg van belang.

Integrale aanpak

In ziekenhuizen werkt men de laatste jaren steeds meer vanuit de salutogenese, positieve gezondheid en holistische mensvisie. Bij kwetsbare ouderen is het werken vanuit deze visies nog belangrijker. Want lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid hangen sterk samen.

**Salutogenese**

Vanuit de salutogenese bekeken staat niet het ontstaan van ziektes (pathogenese) centraal. Centraal staat wel het vermogen van mensen om lichamelijk, geestelijk en sociaal optimaal te functioneren in de samenleving. Voor ouderen betekent ‘optimaal functioneren in de samenleving’ vaak iets totaal anders dan voor niet-ouderen.

**Positieve gezondheid**

Machteld Huber is de grondlegger van de beweging Positieve Gezondheid. Volgens Huber is positieve gezondheid het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren. Dit is nodig voor de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. Eigen regie voeren is extra belangrijk voor ouderen, juist wanneer ze op meerdere vlakken kwetsbaar zijn. Ook hebben ze meer ondersteuning bij de eigen regie nodig. Als communicatie met de zorgvrager moeilijk is, kun je aan zijn naasten vragen wat zijn gewoontes, wensen en behoeftes zijn, zodat de zorgvrager de regie over zijn eigen leven behoudt.

**Holistische visie**

Bij de holistische visie staat de mens als één geheel centraal. De psychische, sociale en lichamelijke aspecten van de mens zijn met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Vanuit deze visie moet je deze verschillende aspecten in kaart brengen en tijdens zorg en behandeling bespreken.

Psychische aspecten



De uitdaging bij de zorg voor (kwetsbare) ouderen is: de eigen regie van de patiënt zo veel mogelijk ondersteunen. Daarnaast moet je aandacht hebben voor psychische, sociale en lichamelijke aspecten.

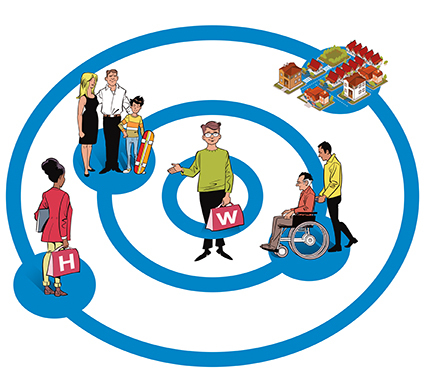
**Psychische aspect**

Ouder worden kan psychische problemen en cognitieve beperkingen met zich meebrengen. Hoe snel mensen achteruitgaan, hangt af van de psychische en lichamelijke gezondheid. Deze aspecten hangen vaak samen. Zo hebben depressieve ouderen en mensen met veel pijn bijvoorbeeld vaak ook problemen met hun geheugen. Niet alle psychische klachten zijn te verhelpen. Maar depressiviteit, angstgevoelens en eenzaamheid kunnen met de juiste behandeling wel verminderen.

**Rol verpleegkundige**

Als verpleegkundige moet je oog hebben voor signalen als pijn, vermoeidheid en lusteloosheid. Je moet deze signalen bespreken met de arts.   
Ook geheugenproblemen komen vaak voor. Een derde van de ouderen heeft last van een slechter geheugen. Voldoende beweging, gezond eten en de hersenen trainen, kunnen helpen het brein in conditie te houden. Geheugenklachten kunnen ook wijzen op dementie. Vroegtijdige signalering kan een gunstig effect hebben op het beloop van dementie.   
Je kunt dan ouderen zo goed mogelijk ondersteunen, zodat ze de eigen regie en zelfstandigheid behouden. Daarmee draag je bij aan psychische gesteldheid.

Sociale aspecten

Een sociaal netwerk van een kwetsbare oudere. Bron: http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijn/eigen-kracht-netwerken-praktijkvoorbeeld-netwerk-versterken.html

Mensen zijn kwetsbaar op sociaal gebied wanneer ze te weinig contact hebben met anderen. Ze ervaren dan ook te weinig steun van derden: partner, familie, vrienden, buren. Veel ouderen staan alleen, met weinig contact en steun. Voor hen is het dan ook moeilijker om met ingrijpende gebeurtenissen, zoals een ziekenhuisopname, in hun leven om te gaan.

**Rol verpleegkundige**

Sociale kwetsbaarheid voorkomen of verminderen is belangrijk voor het welzijn van ouderen. Eenzaamheid en sociaal isolement hebben ook hun weerslag op psychisch functioneren en op meedoen in de samenleving. Om bij te dragen aan sociale kracht kunnen verpleegkundigen het (sociaal) netwerk van ouderen inschakelen en uitbreiden. Dit kunnen ze voorafgaand, tijdens en na de opname doen.

Lichamelijke aspecten

Lichamelijke achteruitgang heeft vaak direct invloed op psychische aspecten. Met de leeftijd neemt de kwetsbaarheid toe. Bij kwetsbare ouderen is er een opeenstapeling van risicofactoren. Daardoor kunnen zij lichamelijk snel achteruitgaan na bijvoorbeeld een val of ziekte. Kwetsbare ouderen worden na een heupfractuur eerder opgenomen in een verpleeghuis. Ze ontwikkelen sneller complicaties (zoals een urineweginfectie of longontsteking) of krijgen vaker een delier bij ziekenhuisopname dan niet-ouderen of vitale ouderen.

**Rol verpleegkundige**

Je moet als verpleegkundige op de hoogte zijn van risicofactoren voor kwetsbare ouderen. Denk aan ondervoeding, slecht evenwicht, verminderde spierkracht, geheugenklachten en polyfarmacie.   
Daarnaast blijken beperkingen in het bewegen de kern te vormen van fysieke kwetsbaarheid. Met preventieve maatregelen tegen bewegingsbeperkingen en met aandacht voor bewegen draag je bij aan vermindering van lichamelijke kwetsbaarheid. Dit heeft ook een positieve invloed op psychische aspecten en vaak ook op sociale aspecten.

De laatste jaren zijn er veel richtlijnen ontwikkeld die specifiek gericht zijn op kwetsbare ouderen en lichamelijke aspecten.

Kwaliteit van leven in relatie tot behandelen



Je wil als verpleegkundige ouderen ondersteunen bij het voeren van de eigen regie. Ga daarvoor met hen in gesprek over begrippen als kwaliteit van leven en zorgvuldig handelen.

**Kwaliteit van leven**

Kwaliteit van leven is voor iedereen anders. Maar voor iedereen geldt dat autonomie en eigen regie bijdragen aan kwaliteit van leven. Als een arts of verpleegkundige hierover met de patiënt in gesprek gaat, kan dat richtinggevend zijn in de keuze voor een behandeling.

Principes van zorgvuldig handelen in relatie tot behandelen



**Vier principes van zorgvuldig handelen**

Zorgvuldig handelen kun je bespreken op basis van de vier principes:

* respect voor autonomie
* niet schaden
* weldoen
* rechtvaardigheid

In de praktijk blijkt dat toepassing van deze principes soms leidt tot dilemma’s. Je moet bij behandelingen een afweging maken: liever meer toekomstperspectief of liever meer kwaliteit van leven? Zorgprofessionals kunnen een andere visie op het belang van de zorgvrager hebben dan de zorgvrager zelf. Deze afweging kun je alleen maken in een dialoog met de zorgvrager en zijn/haar familie, respect voor autonomie staat daarin voorop.

Methoden om zorgvuldig te handelen

Er bestaan methoden die kunnen ondersteunen bij het voeren van gesprekken. Dit zijn shared decision-making (of: gedeelde besluitvorming) en advance care planning.

**Shared decision-making**

Gedeelde besluitvorming houdt in dat verpleegkundige en patiënt gezamenlijk beslissingen nemen. Ze beslissen samen over gezondheids- en behandeldoelen en de te ondernemen acties. Dit doen ze op basis van wetenschappelijke, professionele kennis van de verpleegkundige en ervaringskennis en de waarden en wensen van de patiënt.

**Advance care planning (ACP)**

Advance care planning draagt bij aan het zorgvuldig afwegen van behandelingen. In het ACP-proces bespreekt een patiënt op vrijwillige basis met de behandelend arts zijn wensen voor (levensverlengend) medisch handelen. Die bespreking kan meerdere keren plaatsvinden. De wensen kunnen in het ECD en/of een wilsverklaring worden opgenomen.

Vroege signalering van kwetsbaarheid in thuissituatie

Door middel van vroege signalering in de thuissituatie kunnen kwetsbare ouderen tijdig in kaart gebracht worden en de juiste ondersteuning krijgen. Hierin is een rol weggelegd voor huisarts, praktijkondersteuner, wijkteams, wijkverpleegkundigen, sociaal werk organisaties en gemeenten.

De praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige brengt in kaart wie de ouderen in de regio zijn. Uitgaand van een stepped-carebenadering kan men dan starten met een korte screening om de mate van kwetsbaarheid te bepalen.

Voorbeelden van instrumenten voor deze korte screening zijn:

* Identification Of Seniors at Risk (ISAR)
* Groningen Frailty Indicator (GFI)
* Tilburg Frailty Indicator (TFI)
* Easy Care Tos

Op de website van www.beteroud.nl vind je meer instrumenten voor (vroege) signalering.

Op basis van de resultaten uit de korte screening kan men besluiten tot een uitgebreide geriatrische analyse. Kwetsbare ouderen krijgen vervolgens gerichte begeleiding van een casemanager op basis van een individueel zorgplan. Deze casemanager is ook verantwoordelijk voor de transitie naar het verpleeghuis of bij een ziekenhuisopname.

Ziekenhuisopname vraagt samenwerking met eerste lijn

Bij een ziekenhuisopname hebben kwetsbare ouderen een verhoogde kans op complicaties. Een goede samenwerking tussen de verwijzende huisarts, de casemanager en de behandelaren in het ziekenhuis voorkomt problemen. Dit vraagt een goede bereikbaarheid van huisarts en specialist. Ook is veel meer aandacht nodig voor informatie-uitwisseling tijdens de overdracht van thuis naar ziekenhuis en omgekeerd. Als verpleegkundige heb je een rol in de overdracht van informatie.

**Overdracht van informatie**

Voor de uitwisseling van verpleegkundige informatie bij een opname of ontslag tussen casemanager, huisarts en patiënt kan de verpleegkundige het verschil maken. Hierbij horen de volgende acties:

* Beschrijf de verleende zorg, en door wie, aan wie en per wanneer de zorg wordt overgedragen.
* Beschrijf de actuele ondersteuningsvragen, zorgproblemen en verpleegkundige diagnoses, en de beoogde resultaten en doelen van de patiënt.
* Beschrijf de reden voor overplaatsing of ontslag naar huis, en de reden voor de voortzetting van zorg.
* Beschrijf de afspraken die met de patiënt gemaakt zijn, en bij wie hij/zij terecht kan met vragen.

Instrumenten voor korte screening



**Screening VMS**

In de periode 2008-2012 werd het VMS-veiligheidsprogramma ingevoerd. Een van de onderdelen is het thema ‘Kwetsbare ouderen’. Volgens dit VMS-thema worden alle patiënten vanaf 70 jaar in het ziekenhuis gescreend op de risico’s op delier, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen.

**Screening ISAR-HP**

Een ander screeningsinstrument is de ‘ISAR-Hospitalized Patients’. Hiermee onderzoek je op basis van een korte screening of een oudere patiënt in aanmerking komt voor een uitgebreide geriatrische analyse. ISAR-HP is specifiek geschikt voor ziekenhuizen om het risico op functieverlies te bepalen.

Als je de ISAR-HP afneemt, stel je de volgende vragen:

1. Had u voordat u werd opgenomen in het ziekenhuis regelmatig hulp nodig van iemand?
2. Gebruikt u een hulpmiddel bij het lopen?
3. Hebt u hulp nodig bij het reizen?
4. Hebt u na uw 14e jaar nog een opleiding gevolgd?

De verpleegkundige vult de vragen binnen 48 uur na opname in. Wanneer de patiënt de vragen niet kan beantwoorden, kan familie helpen met de antwoorden. Bij een score van 2 of hoger is het advies om een complete geriatrische analyse uit te voeren.

Interventies

Complete geriatrische analyse en individueel zorgplan

**Complete geriatrische analyse (CGA)**

De CGA is een methode om systematisch complexe problemen van kwetsbare ouderen op te sporen, te beschrijven en in een context te plaatsen. Een (klinisch) geriater kan de CGA afnemen. In de CGA worden de volgende gebieden beoordeeld:

* cognitief functioneren (delier, dementie, depressie)
* somatische problemen (vallen, ondervoeding, pijn, incontinentie)
* functionele problemen (activiteiten van het dagelijks leven, gehoor en visus)
* sociale problemen (mantelzorgbelasting, eenzaamheid)

Daarnaast brengt de CGA risicofactoren voor het ontstaan van functieverlies in kaart.

**Interventies na afname CGA**

Op basis van het CGA maakt een specialistisch team een individueel zorg- en behandelplan. Het doel hiervan is (het groter worden van) geriatrische problemen te voorkomen en functieverlies te beperken. Het specialistisch team kan bestaan uit: geriater, verpleegkundig specialist geriatrie, diëtist, fysiotherapeut en/of ergotherapeut, maatschappelijk werker en/of psycholoog

Vroegtijdige mobilisatie

**Vroegtijdige mobilisatie vermindert de beperkingen in functioneren**

Uit onderzoek blijkt dat patiënten gemiddeld slechts 4-7 minuten per dag bewegen. Deze inactiviteit leidt tot 10-15% verlies van spiermassa. De gevolgen van tien dagen bedrust zijn vergelijkbaar met vijftien jaar fysieke achteruitgang door veroudering. Ouderen verliezen door immobiliteit meer spiermassa dan niet-ouderen en het is voor hen ook moeilijker om deze spiermassa weer terug te krijgen. Dus mobiliseer de patiënt. Zorg ook voor goede voeding. Ondervoeding draagt bij aan spierafbraak en functieverlies, wat het mobiliseren bemoeilijkt.

Tips om meer te bewegen

Voldoende bewegen bevordert alle aspecten van de gezondheid. Bewegen zorgt voor voldoende spierkracht, betere eetlust, doorbloeding van de hersenen en onderhoud van sociale contacten. Met een beweegprogramma kan men de psychische, sociale en fysieke aspecten van de gezondheid van zorgvragers bevorderen.

**Tips om patiënten te laten bewegen**

* Stimuleer patiënten om gewone kleding te dragen.
* Wees duidelijk over de gevolgen van weinig beweging, zodat de patiënt het nut van bewegen inziet.
* Zet een fysiotherapeut in voor een beweegprogramma gericht op kwetsbare ouderen, of zet een geriatrisch fysiotherapeut in (op basis van de screening).
* Neem niet alles uit handen van de patiënt: laat de patiënt doen wat hij zelf kan.
* Laat de patiënt indien mogelijk aan tafel eten in plaats van op bed.
* Maak een beweegschema voor de patiënt: bijvoorbeeld elk uur een rondje op de afdeling lopen.
* Stimuleer het bezoek van de patiënt om tijdens het bezoek samen te gaan lopen.
* Zorg dat je zelf genoeg kennis hebt over het belang van bewegen, zodat je de patiënt kunt informeren

Kwaliteitskeurmerk ‘Seniorvriendelijke ziekenhuizen’



Het Kwaliteitskeurmerk ‘Seniorvriendelijke ziekenhuizen’ heeft als doel de ziekenhuiszorg voor ouderen in Nederland te verbeteren.

**Verpleegkundige interventies**

* Screen op geriatrische problemen en zet acties in bij verhoogd risico.
* Betrek mantelzorgers bij het verzamelen van gegevens.
* Neem extra tijd om met de patiënt en mantelzorger persoonlijke voorkeuren en mogelijkheden te verkennen als basis voor gezamenlijke besluitvorming.
* Ondersteun en draag zorg voor gebruik van hulpmiddelen.
* Bespreek en verifieer medicatie bij opname en ontslag. Controleer of patiënt en mantelzorger bij opname en ontslag alles hebben begrepen. Bespreek bij ontslag de leefregels (onder andere voeding, bewegen) en het voorkomen van heropname.
* Bespreek met de patiënt en mantelzorger wat belangrijk is bij naderend overlijden en welke ondersteuning mogelijk is.

Vanuit keurmerk Seniorvriendelijke ziekenhuizen (1)

**Overdracht naar thuiszorg**

Afhankelijk van afspraken binnen het ziekenhuis verdeel je bij de coördinatie van zorg de taken met de transferverpleegkundige.

Denk aan de volgende punten bij de overdracht:

* Zorg dat de verpleegkundige overdracht de volgende informatie bevat: verleende zorg, aan wie en door wie en per wanneer de zorg wordt overgedragen, de actuele ondersteuningsvragen en de beoogde doelen, afspraken met de patiënt en mantelzorger, aanspreekpunt bij vragen.
* Zorg dat er in de schriftelijke medische overdracht aandacht is voor veelvoorkomende risico’s voor kwetsbare ouderen bij overdrachtssituaties (zoals valrisico en medicatie, delier).
* Zorg dat de noodzakelijke zorg en ondersteuning in de thuissituatie (of verpleeghuis, geriatrische revalidatiezorg) in kaart zijn gebracht, bijvoorbeeld door de wijkverpleegkundige in het ziekenhuis, volgens de stappen van de Transmurale Zorgbrug.
* Zorg dat de overdracht van zorg en behandeling met de opvolgend zorgverlener, patiënt en de mantelzorger is afgestemd.

[**Close**](javascript:void(0);)

**Volgens de stappen van de Transmurale Zorgbrug werken ziekenhuis, thuiszorgorganisaties, eerste lijn, verpleeg-, revalidatie- en verzorgingshuizen en mantelzorgers samen om de overgang tussen ziekenhuis en thuiszorg of langdurige zorg of revalidatiezorg soepel te laten verlopen.**

Vanuit keurmerk Seniorvriendelijke ziekenhuizen (2)

Denk ook aan de volgende punten bij de overdracht van een patiënt naar de thuiszorg:

* Controleer of de zorg in de thuissituatie is geregeld en of de mantelzorger en huisarts zijn geïnformeerd voorafgaand aan het ontslag.
* Stuur op de dag van ontslag een (kort) schriftelijk bericht aan de opvolgend zorgprofessional met daarin naam en intercollegiaal telefoonnummer van de medisch specialist die aanspreekpunt is.
* Zorg dat er bij de overdracht een actueel medicatieoverzicht is volgens de Richtlijn ‘Overdracht van medicatiegegevens in de keten’, of zorg dat dit zeker binnen 24 uur beschikbaar is.
* Zorg dat medische en verpleegkundige overdracht aan de opvolgende zorgverleners zo spoedig mogelijk plaatsvindt (in ieder geval binnen 24 uur).
* Zorg dat is afgesproken welke zorgprofessional de patiënt binnen twee dagen na ontslag in de thuissituatie bezoekt

Vanuit BeterOud: Transmurale zorg

Bij transmurale ouderenzorg werken ziekenhuis, thuiszorgorganisaties, eerste lijn, verpleeg-, revalidatie- en verzorgingshuizen en mantelzorgers samen om de zorg voor ouderen zo goed mogelijk te organiseren.

Er is een aantal projecten die speciaal zijn gericht op coördinatie in de nazorg. Een van die projecten is de Transmurale Zorgbrug. De Transmurale Zorgbrug heeft drie stappen vastgelegd voor de samenwerking tussen ziekenhuis en thuiszorg en/of langdurige zorg of revalidatiezorg:

1. Het geriatrieteam in het ziekenhuis doet op basis van een korte screening (VMS/ISAR-HP) een eerste geriatrisch assessment en maakt een zorgbehandelplan (ziekenhuis).
2. De wijkverpleegkundige maakt in het ziekenhuis kennis met de patiënt en bespreekt het zorgbehandelplan (ziekenhuis-thuis).
3. Binnen twee dagen na ontslag bezoekt de wijkverpleegkundige de patiënt thuis. Daarna volgt nog een aantal huisbezoeken. De huisbezoeken gaan over medicatieveiligheid, hulpmiddelen, sociale kaart en mantelzorgondersteuning (thuis).

**Resultaten van de Transmurale Zorgbrug**

Bij patiënten in het ziekenhuis vermindert de sterfte dertig dagen na opname met 36%, als er een persoonlijke overdracht is geweest. Een halfjaar na ziekenhuisopname is deze vermindering van de sterfte 26%. Een goede overdracht beperkt de kans op functieverlies na ziekenhuisontslag. Een goede overdracht vermindert ook de kans dat er binnen korte tijd een heropname is.

**Zorg en behandeling gericht op kwetsbare ouderen:**

Herkenning en behandeling van pijn

Chronische pijn komt heel vaak voor bij kwetsbare ouderen (prevalentie: 25-80%). Chronische pijn wordt geassocieerd met: depressie, angst, verminderde zelfredzaamheid, slaapproblemen, sociale isolatie, fysieke inactiviteit, verdere cognitieve achteruitgang en een verminderde kwaliteit van leven. De multidisciplinaire richtlijn ‘Herkenning en behandeling van chronische pijn bij kwetsbare ouderen’ biedt handvatten.

**Verpleegkundige interventies bij pijn**

* Stimuleer ouderen om te vertellen over pijn, neem de tijd hiervoor.
* Gebruik een pijnlijst om pijn bij ouderen te herkennen.
* Help met het vinden van een zit-/lighouding die minder pijn doet, en bied afleiding.
* Vraag in contacten met familie naar het verschil met eerder (pijn)gedrag.
* Geef de voorgeschreven medicatie op de juiste manier.
* Rapporteer over het effect en de bijwerkingen van de behandeling.
* Geef ernstige bijwerkingen direct door aan de dienstdoende arts.
* Volg een scholing over pijn (bij ouderen).

**Pijn bestrijden**

Je kunt pijn bestrijden met pijnmedicatie. Er zijn ook andere vormen van pijnbestrijding, zoals:

* oefentherapie bij chronische pijn in rug, nek en schouder
* gesprekken met psycholoog, gedragstherapie of mindfulness/meditatie
* zorgen dat de patiënt zich comfortabel voelt door massage of ontspanningsoefeningen
* alternatieve geneeswijzen, zoals acupunctuur bij chronische lage rugpijn

Reanimatie



Ouderen hebben een grote kans op blijvende neurologische schade na een reanimatie. Ook zijn de overlevingskansen gering.

**Richtlijn ‘Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen’**

In deze richtlijn staat het volgende. Met Advance Care Planning kun je tijdig afspraken maken over al dan niet reanimeren. Als verpleegkundige kun je vragen signaleren over reanimatie en deze doorgeven aan de arts. Daarnaast kun je bij voldoende deskundigheid een rol spelen bij de gespreksvoering. De arts blijft echter eindverantwoordelijk voor de besluitvorming. Alle zorgprofessionals moeten een individueel niet-reanimatiebesluit opvolgen.

Polyfarmacie

Polyfarmacie komt voor bij ruim 40% van de ouderen.

Polyfarmacie brengt risico’s met zich mee. Er zijn bijvoorbeeld interacties mogelijk: sommige medicijnen of zelfzorgmiddelen kunnen elkaar tegenwerken of versterken. Daarnaast zijn ouderen extra gevoelig voor schadelijke effecten van medicijnen, omdat de nieren minder goed werken. Het risico op interacties en bijwerkingen is groter als verschillende artsen geneesmiddelen voorschrijven en niet van elkaar weten welke medicijnen ze geven. Het actueel medicatieoverzicht moet altijd up-to-date zijn en bevat alle medicatie die een patiënt op dit moment gebruikt. Daaronder vallen ook zelfzorgmedicatie en medicatie die de patiënt al gebruikte voorafgaand aan de opname.

**Multidisciplinaire Richtlijn ‘Polyfarmacie bij ouderen’**

Bij patiënten die langer dan vier dagen opgenomen zijn, adviseert deze richtlijn dat de patiënt, arts en apotheker samen een medicatiebeoordeling uitvoeren. Een ander advies betreft de medicatieoverdracht van tweede naar eerste lijn (en omgekeerd). In die overdracht moet zijn opgenomen wat wanneer is afgesproken over de medicatie.

Ondervoeding

Ongeveer één op de vier ouderen die in het ziekenhuis komen is ondervoed of loopt het risico ondervoed te raken. Bij ondervoeding verliest de oudere lichaamsgewicht en spiermassa. Dit vermindert de weerstand, verhoogt de kans op opname in een instelling, en op complicaties bij ziekte. Ondervoede ouderen zijn verminderd zelfredzaam en ze ervaren een verminderde kwaliteit van leven. Uiteindelijk zorgt voor ondervoeding voor een verhoogde mortaliteit.

**Richtlijn ‘Ondervoeding bij de geriatrische patiënt’**

Enkele aanbevelingen in deze richtlijn zijn:

* Voer een volledig geriatrisch assessment (SNAQ/MUST) uit bij een ondervoedingsrisico.
* Bied bij ondervoeding, extra eiwit en energie aan: verrijkte (gewone) voeding, snacks en/of drinkvoeding.
* Werk de voedingsinterventie uit in een multidisciplinair behandelplan, het behandelplan moet ook gericht zijn op de oorzaken van ondervoeding.
* Vorm samen met in ieder geval de geriatrisch verpleegkundige en diëtist het behandelkernteam.
* Neem in de transmurale overdracht naar de eerste lijn de volgende gegevens op: diagnose, behandeldoelen, gewicht bij opname en ontslag en afspraken over interventies.

Valpreventie

Een val van een patiënt heeft vaak grote gevolgen. Bijna de helft van de valongelukken gaat met letsel gepaard. Ouderen kunnen hierdoor hun zelfredzaamheid tijdelijk of voorgoed verliezen. In 2015 kwamen 97.400 ouderen op de SEH als gevolg van een val. Het blijkt dat er bij acht van de tien ouderen die binnenkomen op een SEH na een valongeval, al sprake was van een verhoogd valrisico.

**Richtlijn ‘Preventie van valincidenten bij ouderen’**

Deze richtlijn beschrijft wat de risicofactoren zijn en wat de beste zorg is voor ouderen met een verhoogd risico op vallen. Er zijn meer dan dertig valrisicofactoren bekend. Veelvoorkomende valrisicofactoren zijn:

* het gebruik van bepaalde (combinatie van) medicatie
* een eerdere val
* angst om te vallen
* cognitieve stoornissen
* visusstoornissen

**Interventies**

De kans op vallen neemt toe naarmate het aantal valrisicofactoren toeneemt. Het advies is voor verpleegkundigen bij ouderen in het ziekenhuis is: herken eerst de valrisicofactoren en richt daar de interventie op. Overweeg daarnaast in ieder geval de volgende interventies:

* Laat de patiënt een intensief bewegingsprogramma met een fysiotherapeut volgen.
* Pas voeding aan (bijvoorbeeld extra eiwitten, vitamines of calorieën).
* Pas eventueel medicatie aan of bouw dit af (in overleg met arts).
* Informeer de patiënt hoe hij/zij vallen kan voorkomen.

Delier

Een delier komt vaak voor in het ziekenhuis. Afhankelijk van de afdeling varieert de frequentie van 6% tot 83%. In de Richtlijn ‘Delier bij volwassenen en ouderen’ vind je informatie over risicofactoren voor delier. De richtlijn geeft ook informatie over de screening. De volgende risicofactoren worden genoemd:

* leeftijd
* acute opname-indicatie
* medicatiegebruik
* infectie
* fixatie
* cognitieve stoornissen of dementie
* ernst van de ziekte of het ziek zijn
* visusstoornis.

**Verpleegkundige interventies**

Het advies is om risicopatiënten te screenen en te monitoren met de delirium-observatieschaal DOSS. Niet-medicamenteuze preventie en behandeling krijgen in de delierrichtlijn veel nadruk. Geadviseerd wordt om een meervoudig interventieprogramma toe te passen, gericht op:

* oriëntatie
* optimalisatie van visus
* slaap
* mobilisatie
* hydratatie
* voeding

Ook het staken van uitlokkende medicatie (zoals opioïden) kan een belangrijke interventie zijn.

Incontinentie



Incontinentie komt vaker bij vrouwen voor dan bij mannen. 23,5% van de thuiswonende vrouwen ouder dan 60 jaar is incontinent. Ongeveer 75% van de zorgvragers in een verpleeghuis is incontinent van urine. Incontinentie beïnvloedt de kwaliteit van leven negatief en brengt veel zorgkosten met zich mee. Bij kwetsbare ouderen wordt vaak ten onrechte aangenomen dat incontinentie bij de leeftijd hoort.   
Diagnosticeren en aanpakken van beginnende incontinentie kan blijvende incontinentie in een aantal gevallen voorkomen. Voor het stellen van een diagnose worden geadviseerd: een gerichte anamnese uitvoeren incontinentie en een mictiedagboek bijhouden. Soms is herstel niet meer mogelijk. Dan is minimaliseren van ongemak van de incontinentie (bijvoorbeeld huidirritatie, afname zelfstandigheid en lekkage) en het verminderen van urine-incontinentie-episodes belangrijk.   
Denk daarbij aan de volgende interventies:

* leefstijladviezen (afvallen, dagelijks 1,5-2 liter drinken en zemelen eten)
* toilettraining (elke twee uur vragen of de zorgvrager naar toilet moet, instructie zithouding en uitplassen, barrièrecrème voor huidbescherming, incontinentieverpleegkundige inschakelen)

Urineweginfectie

Urineweginfectie is de meest voorkomende infectie in verpleeghuizen. Momenteel wordt er een nieuwe richtlijn ontwikkeld over urineweginfecties bij kwetsbare ouderen met complexe multimorbiditeit. Uit onderzoek blijkt dat er overprescriptie is van antibiotica bij urineweginfecties. Een terughoudend voorschrijfbeleid zou gepast zijn. De nieuwe richtlijn zal alternatieven geven.

KNMG

**Advies KNMG: Zorg afstemmen**

Na onderzoek heeft de KNMG zes uitgangspunten geformuleerd om de zorg aan kwetsbare ouderen te verbeteren:

1. Medisch beleid in ziekenhuis borduurt voort op het medisch beleid in de eerste lijn.
2. Er is integrale diagnostiek en behandeling.
3. Ouderen vanaf 65 jaar worden bij opname gescreend op tekenen van kwetsbaarheid.
4. Coördinatie en aanspreekpunt voor kwetsbare oudere liggen in één hand.
5. Er is gebundelde multidisciplinaire kennis in het geriatrieteam.
6. Ziekenhuizen worden ouderenvriendelijk.

Bron: Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

Hospital at home en HELP-programma

**Hospital at Home**

Een ‘Hospital at Home’-arts en -verpleegkundigen komen aan huis voor de verzorging en behandeling onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. De inhoud van de zorg is hetzelfde als in het ziekenhuis, alleen is de plaats van de zorg nu thuis. Internationaal zijn er goede resultaten met Hospital at Home. Patiënten hebben minder complicaties en zijn tevredener over de zorg. In Nederland wordt verder onderzoek gedaan naar de effectiviteit.

**HELP-programma**

Het doel van HELP (Hospital ELderly Programma) is het voorkómen van een delier bij patiënten van 70 jaar en ouder tijdens de ziekenhuisopname. Het programma is gestart in de VS. HELP blijkt delier en functieverlies te kunnen voorkomen. Vrijwilligers worden ingezet op de afdeling en begeleiden ouderen tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Zij houden de patiënt gezelschap, stimuleren hem bij eten en drinken, meer bewegen, activiteiten doen en oriëntatie. Het doel van HELP is dat kwetsbare ouderen zo actief mogelijk blijven functioneren tijdens de opname, waardoor het risico op een delier kleiner wordt.

Casuistiek:

Coördinatie van zorg bij mevrouw Ten Cate

Kwetsbare ouderen zijn een groeiende patiëntengroep. Deze patiënten hebben zorg en aandacht nodig. Kwetsbare ouderen lopen een groot risico op functieverlies.   
  
Je moet kunnen analyseren welke interventies nodig zijn om kwetsbare ouderen te ondersteunen en hoe je de zorg kunt coördineren. Door middel van deze opdracht leer je jouw kennis over kwetsbare ouderen toepassen in de praktijk.   
  
Lees de casus, beantwoord de vragen en lees vervolgens de feedback.

Casus deel 1: Mevrouw Ten Cate heeft een gebroken heup

Bovenkant formulier

Mevrouw Ten Cate is 77 jaar oud. Zij woont alleen in een appartement in de stad. Haar echtgenoot is enkele jaren geleden overleden. Zij hadden geen kinderen.   
Tijdens het koersballen verzwikt mevrouw haar enkel en komt erg ongelukkig terecht. Zij heeft heel veel pijn aan haar been. Bij onderzoek blijkt dat mevrouw Ten Cate een collumfractuur heeft. De kop van het heupbot is zo ernstig beschadigd dat deze in zijn geheel vervangen moet worden. De scan die is gemaakt laat een forse osteoporose zien, dit verklaart waarom de fractuur zo heftig van aard is.   
Na de operatie heeft mevrouw Ten Cate veel pijn. Ook de angst om opnieuw te vallen zorgt ervoor dat zij niet uit bed durft. Fysiotherapie wordt ingeschakeld om haar te helpen met mobiliseren. Na twee dagen klaagt mevrouw over pijnlijke billen. Zij blijkt een niet wegdrukbare rode plek op haar stuit te hebben. Mevrouw Ten Cate wordt besproken in het MDO.

Vraag 1

Bovenkant formulier

De kop van het heupbot is zo ernstig beschadigd dat deze in zijn geheel vervangen moet worden. Mevrouw Ten Cate moet geopereerd worden. Pre- en postoperatief kun je een aantal maatregelen nemen om mevrouw te beschermen.   
  
Beschrijf de pre- en postoperatieve maatregelen die je als verpleegkundige kunt nemen om kwetsbare ouderen te ondersteunen.   
  
Tip: bekijk de Kwaliteitsaspecten en normering keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis 2017. Zoek op de [website van kbo-pcob](https://www.kbo-pcob.nl/) op kwaliteitsaspecten. Klik daar op ‘Hoe worden wij een Seniorvriendelijk ziekenhuis?’ om de veertien kwaliteitsaspecten te downloaden

Antwoord

In een Seniorvriendelijk ziekenhuis let je op de volgende aspecten:  
• Bij opname en andere voorlichtingsmomenten is een mantelzorger aanwezig. Maak afspraken over informatieoverdracht.  
• Bied aan dat de mantelzorger of familie kan blijven eten of slapen (indien mogelijk).  
• Zorg dat vrijwilligers en/of familieleden ondersteuning kunnen geven bij voeding, beweging, oriëntatie of activiteiten.   
• Geef op elke kamer de datum en tijd zichtbaar aan. Zeg ook steeds welke dag het is en noem de patiënt bij naam. Daardoor kunnen ouderen zich oriënteren.  
• Bespreek de behandelopties en alternatieven met de patiënt en de mantelzorger.  
• Probeer onderzoeken zo veel mogelijk op één dag te plannen, rust eventueel rustpauzes in.   
• Maak voor de oudere en de mantelzorger duidelijk wie aanspreekpunt is bij vragen.

Onderkant formulier

Vraag 2

Bovenkant formulier

Mevrouw Ten Cate wordt besproken in het MDO. Bij kwetsbare ouderen kan multidisciplinair samenwerken bijdragen aan het voorkomen van functieverlies tijdens opname.  
  
Beschrijf wat de verschillende disciplines in het ziekenhuis kunnen betekenen voor kwetsbare ouderen als mevrouw Ten Cate.

Antwoord Onderkant formulier

Het multidisciplinaire team kan, naast de arts en verpleegkundige, bestaan uit:   
• Fysiotherapeut: De rol van de fysiotherapeut is om de patiënt te behandelen of begeleiden bij het herstel of behoud van bewegen. Daarnaast kan de fysiotherapeut de oudere een beweegprogramma aanbieden voor het bevorderen van een actieve leefstijl.  
• Geriatrisch fysiotherapeut: Dit is een fysiotherapeut gespecialiseerd in geriatrische zorgvragers.   
• Ergotherapeut: De rol van de ergotherapeut is om bij lichamelijke beperkingen of achteruitgang te adviseren over de uitvoering van ADL-activiteiten, zoals wassen, aankleden of eten. Ook kan de ergotherapeut ondersteunen bij het gebruik van hulpmiddelen.   
• Diëtist: De diëtist brengt de voedingstoestand in kaart en verbetert de voedselinname.   
• Maatschappelijk werker, psycholoog of geestelijk verzorger: Deze kan helpen bij er psychosociale aspecten, bijvoorbeeld bij angst of bij depressie.   
• Klinisch geriater en/of gespecialiseerd geriatrisch verpleegkundige: Deze arts en/of verpleegkundige richt zich op het herstel en behoud van de zelfredzaamheid van de oudere zorgvrager die meerdere aandoeningen tegelijkertijd heeft.   
• Apotheek: De apotheek kan een medicatiereview uitvoeren. De apotheek kan ook begeleiding bieden bij medicatie voor kwetsbare ouderen.   
• Wondverpleegkundige: De wondverpleegkundige heeft specifieke kennis over wondzorg en kan hierover adviseren en begeleiding bieden.

Vraag 3

Bovenkant formulier

Mevrouw Ten Cate geeft aan dat onder andere pijn een belemmering is voor haar mobilisatie. Ze heeft pijn bij haar heup en aan haar stuit, waar ze een niet wegdrukbare rode plek heeft.   
  
Beschrijf hoe je mevrouw Ten Cate het best kunt ondersteunen bij de pijn die ze ervaart.

Onderkant formulier

Onderkant formulier

Een verpleegkundige kan een patiënt die pijn heeft, op verschillende manieren helpen:  
• Laat mevrouw Ten Cate te vertellen over de pijn die ze ervaart. Neem hier de tijd voor.   
• Gebruik eventueel een pijnlijst of pijnscore om de pijn in kaart te brengen. Bijvoorbeeld VAS.  
• Zorg ervoor dat mevrouw zich comfortabel voelt. Help haar om een zit/lighouding te vinden die minder pijn doet. Of ondersteun haar met ontspanningsoefeningen.  
• Kijk op welke manier je afleiding kunt bieden.   
• Vraag eventueel de familie naar verschillen in (pijn)gedrag.  
• Laat de arts de juiste pijnmedicatie voorschrijven. Paracetamol is hierbij de eerste keus.   
• Mevrouw heeft een niet wegdrukbare rode plek. Informeer haar en de mantelzorger over hoe de plek er nu uitziet en of die verbetert of verslechtert. Zoek de oorzaak van de decubitus door te kijken naar de precieze plaats, het mobiliteitsschema, het voedingspatroon en de huidconditie. Zoek ook naar onderliggende pathologie en hef deze zo veel mogelijk op.

Casus deel 2: Mevrouw Ten Cate mag naar huis

Bovenkant formulier

Als de fysiotherapeut bij mevrouw Ten Cate is, gaat het lopen voorspoedig. Maar als de fysiotherapeut er niet is om haar te ondersteunen, blijft mevrouw liever in bed liggen.   
Door verschillende interventies, zoals een comfortabelere lighouding en pijnmedicatie, ervaart mevrouw Ten Cate minder pijn. Zij scoort een 2 bij de pijnmeting. Nu de pijn onder controle is, verhindert alleen haar angst verdere mobilisatie. Je gaat met mevrouw in gesprek over het mobiliseren. Naarmate mevrouw meer vertrouwen krijgt in haar eigen kunnen gaat het mobiliseren steeds beter. Zij kan met behulp van een rollator al meerdere rondjes op de afdeling wandelen. Traplopen lukt nog niet. De wond op haar heup is dicht en de hechtingen zijn verwijderd. De orthopeed beslist dat mevrouw Ten Cate morgen naar huis mag. De overgang van ziekenhuis naar thuis moet goed gecoördineerd worden. Dit is nodig om functieverlies zo veel mogelijk te beperken en de overgang zo goed mogelijk te laten verlopen. De transferverpleegkundige zal een deel van de taken uitvoeren.

Vraag 4

Bovenkant formulier

Als de fysiotherapeut bij mevrouw is, gaat het lopen voorspoedig. Maar als hij er niet is om haar te ondersteunen, blijft zij liever in bed liggen. Door verschillende interventies, zoals een comfortabelere lighouding en pijnmedicatie, ervaart mevrouw minder pijn. Zij scoort een 2 bij de pijnmeting. Nu de pijn onder controle is, verhindert alleen haar angst verdere mobilisatie.   
  
Leg uit op welke wijze je mevrouw Ten Cate stimuleert om te mobiliseren en volgens welke visie je dit doet.

Onderkant formulier

antwoord:

Je benadert mevrouw Ten Cate vanuit de holistische mensvisie. Hierin staat de mens als één geheel centraal. De psychische, sociale en lichamelijke aspecten van de mens zijn met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Het is dus belangrijk om deze verschillende aspecten met mevrouw te bespreken.   
• Psychisch aspect: Je vraagt door over de angst van mevrouw om te vallen. Je stelt voor om kleine stappen te nemen om deze angst te overwinnen. Je zorgt ervoor dat zij zelf regie heeft over wat er met haar gebeurt. Je behandelt haar met respect en neemt de tijd voor haar.   
• Sociaal aspect: Je ondersteunt mevrouw door te informeren naar de sociale contacten in haar omgeving. Je gaat na op welke manier haar netwerk ondersteuning kan bieden: haar aanmoedigen, emotioneel steunen of praktische zaken oppakken.   
• Lichamelijk aspect: Je bespreekt de verschillende complicaties waarop mevrouw risico loopt als zij in bed blijft. Je benadrukt het nut van bewegen. Wanneer ze onvoldoende beweegt, kan er functieverlies optreden. Spieren die niet meer worden getraind, worden afgebroken. Ook de volgende bedcomplicaties zijn een groot risico: obstipatie, doorliggen, longontsteking, trombose, spitsvoeten en intertrigo bij eventuele incontinentie. Je zet actief in op bewegen door bijvoorbeeld bezoek te stimuleren met mevrouw te gaan wandelen. Informeer ook je collega’s over het beweegschema van mevrouw. Stimuleer mevrouw om gewone kleding te dragen, aan tafel te eten en alles wat ze zelf kán zelf te doen

Vraag 5

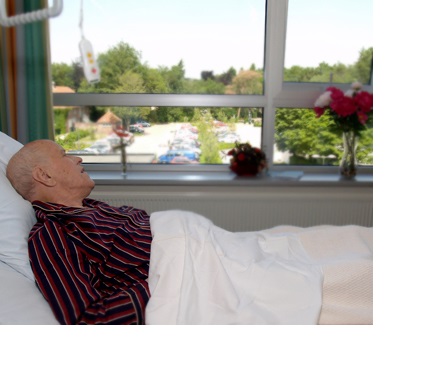
Bovenkant formulier

De overgang van ziekenhuis naar thuis moet goed gecoördineerd worden. Dit is nodig om functieverlies zo veel mogelijk te beperken en de overgang zo goed mogelijk te laten verlopen. De transferverpleegkundige zal een deel van de taken uitvoeren.   
  
Beschrijf welke stappen jij moet zetten om de overgang naar de thuissituatie goed te laten verlopen.

Afhankelijk van afspraken binnen het ziekenhuis verdeel je de taken met de transferverpleegkundige.   
De volgende acties kun je als verpleegkundige in ieder geval uitvoeren:   
• Zorg dat de verpleegkundige overdracht de volgende informatie bevat: verleende zorg, aan wie en door wie en per wanneer de zorg wordt overgedragen, de actuele ondersteuningsvragen en de beoogde doelen, afspraken met de patiënt en mantelzorger, aanspreekpunt bij vragen.   
• Zorg dat er in de schriftelijke medische overdracht aandacht is voor veelvoorkomende risico’s voor kwetsbare ouderen bij overdrachtssituaties (zoals valrisico en medicatie, delier).   
• Zorg dat er bij de overdracht een actueel medicatieoverzicht is volgens de Richtlijn ‘Overdracht van medicatiegegevens’, of zorg dat dit zeker binnen 24 uur beschikbaar is.   
• Zorg dat medische en verpleegkundige overdracht aan de opvolgende zorgverleners zo spoedig mogelijk plaatsvindt (in ieder geval binnen 24 uur).

Praktijkfragment 2: Meneer Witteveer is ondervoed

Bovenkant formulier

Meneer Witteveer is opgenomen op de afdeling interne geneeskunde. Hij is 77 jaar oud.   
  
Hij heeft onlangs te horen gekregen wat de oorzaak is van zijn moeilijkheden tijdens het eten. Hij heeft een maagtumor. Meneer Witteveer krijgt al langere tijd zijn voedingsstoffen niet binnen. Daardoor is hij het afgelopen halfjaar onbedoeld 15 kilo afgevallen.  
  
Het is belangrijk dat meneer tijdens opname niet verder afvalt. Ook moet hij de noodzakelijke voedingsstoffen binnenkrijgen. Dat kan hem helpen bij een eventuele verdere behandeling van zijn maagtumor.  
  
Meneer geeft aan dat hij twijfelt over de behandeling van de maagtumor. Voor hem hoeft het allemaal niet meer.Onderkant formulier

Vraag 1

Bovenkant formulier

Meneer Witteveer krijgt al langere tijd zijn voedingsstoffen niet binnen. Daardoor is hij het afgelopen halfjaar onbedoeld 15 kilo afgevallen.   
  
Leg uit waarom ondervoeding een groot risico is bij kwetsbare ouderen.

Onderkant formulier

Bij ondervoeding is er verlies van lichaamsgewicht en spiermassa. Hierdoor daalt de weerstand. Ondervoede ouderen hebben een verhoogde kans op opname in een instelling en op complicaties, zoals een valincident. Zij zijn verminderd zelfredzaam en ervaren een verminderde kwaliteit van leven. Uiteindelijk zorgt ondervoeding voor een verhoogde mortaliteit.

Vraag 2

Bovenkant formulier

Het is belangrijk dat meneer Witteveer tijdens opname niet verder afvalt. Ook moet hij de noodzakelijke voedingsstoffen binnenkrijgen. Dat kan hem helpen bij een eventuele verdere behandeling van zijn maagtumor. Meneer Witteveer heeft ook aangegeven dat het voor hem allemaal niet meer zo nodig hoeft.   
  
Motiveer wat de verpleegkundige interventies zijn bij een ondervoede patiënt die aangeeft dat het allemaal niet meer zo hoeftOnderkant formulier

Antwoord:

Geef de signalen die iemand afgeeft dooraan de arts. Wat is er mogelijk en wat wil de patiënt zelf? De arts zal het gesprek met de patiënt aangaan. Hij zal zorgvuldig handelen op basis van de vier principes: respect voor autonomie; niet schaden; weldoen en rechtvaardigheid. Hierdoor kan in dialoog worden afgewogen om al dan niet te behandelen.  
Op basis van de wensen van een patiënt zet je interventies in.   
• Op basis van de screeningsuitslag (SNAQ of MUST) geef je de patiënt energie- en eiwitrijke maaltijden en snacks en schakel je een voedingsassistente in of diëtist in.   
• Je houdt de voedselinname en het gewichtsbeloop van de patiënt in de gaten.   
• Je bent alert op het refeedingsyndroom. Dit is een complicatie bij het voeden van ondervoede patiënten die langere tijd (meer dan drie dagen) geen voeding hebben binnen gekregen (orale inname). Risicofactoren zijn een bmi lager dan 18,5, meer dan 10% gewichtsafname in de laatste drie tot zes maanden, chronisch alcoholmisbruik en lage plasmawaarden van de elektrolyten. Schakel bij het vermoeden van het refeedingsyndroom de diëtist in.   
• Zorg voor een goed nazorgtraject. Zorg dat in de overdracht staat welke gesprekken hebben plaatsgevonden, wat daarin overwegingen zijn geweest en welke interventies gewenst en gepast zijn

Vraag 3

meneer Witteveer krijgt al langere tijd zijn voedingsstoffen niet binnen. Hij is het afgelopen halfjaar onbedoeld 15 kilo afgevallen. Het is belangrijk dat meneer tijdens opname niet verder afvalt.   
Tijdens ziekenhuisopname zijn al diverse interventies mogelijk om ondervoeding te voorkomen of te beperken. Maar ook zelfmanagement en een goede overdracht naar de thuissituatie (transmurale zorg) zijn essentieel om ondervoeding aan te pakken.   
  
Beschrijf hoe je zelfmanagement en het netwerk kunt inzetten om een patiënt na de ziekenhuisopname te ondersteunen in het ondervoedingsprobleem.

Ondervoeding komt vaak voor in het ziekenhuis. Van de thuiswonende ouderen is 12% ondervoed en van de ouderen die gebruikmaken van de thuiszorg is 35% ondervoed.   
  
Interventies:  
• Betrek de naasten en mantelzorgers bij het ontslaggesprek en controleer of alle afspraken duidelijk zijn.  
• Vraag de patiënt wie hem/haar zou kunnen helpen bij het zorgen voor goede voeding.  
• Leg de patiënt en de naasten uit waarom goede voeding belangrijk is voor de lichamelijke gezondheid en kwaliteit van leven.  
• Geef concrete adviezen die de patiënt na ontslag kan opvolgen.  
• Bespreek de voedingsgewoonten met de patiënt en geef suggesties voor aanvullingen zoals gezonde snacks en drinkvoeding.  
• Zorg voor een goede overdracht naar de huisarts en/of wijkverpleegkundige. Geef daarin aan welke interventies er zijn gedaan. Dan kunnen zij samen met patiënt en mantelzorgers dit beleid voortzetten.   
• Stimuleer de patiënt en zijn naasten om zichzelf regelmatig te (laten) wegen en een voedingsdagboek bij te houden.   
• Maak afspraken over wie de patiënt na ontslag bezoekt vanuit de zorg.

Landelijke Initiatieven voor kwetsbare ouderen (1)

Bij het platform BeterOud zetten ouderen, professionals en organisaties zich samen in voor het ontwikkelen, verspreiden en toepassen van innovatieve toepassingen voor ouderen.

**KNMG**

‘Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen’ (KNMG, maart 2010) is een verslag van onderzoek naar de knelpunten in de zorg voor ouderen. De KNMG geeft het volgende aan. Een groot deel van de problemen van kwetsbare ouderen in de eerste lijn komt door versnippering van de medisch specialistische zorg aan kwetsbare ouderen in ziekenhuizen. Ook onvoldoende voorbereid ontslag uit het ziekenhuis veroorzaakt problemen bij kwetsbare ouderen.

**RIVM**

Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar de kwetsbaarheid onder zelfstandig wonende volwassenen en ouderen van 40-81 jaar (2016). Het RIVM beschrijft voor vier domeinen (sociaal, cognitief, fysiek en psychisch) welke factoren bijdragen aan kwetsbaarheid. Ook wordt duidelijk of kwetsbaarheid in specifieke groepen vaker voorkomt.

**Nationaal programma ouderenzorg en platform BeterOud**

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) liep tot eind 2016. Er zijn 125 projecten uitgevoerd waarvan de resultaten beschikbaar zijn. Inmiddels is dit programma voortgezet in een platform (www.beteroud.nl).

Initiatieven voor kwetsbare ouderen (2)

**VMS veiligheidsprogramma**

Het VMS veiligheidsprogramma met het thema kwetsbare ouderen is goed geïmplementeerd in ziekenhuizen. Het programma biedt adviezen om zorgprofessionals op de werkvloer te ondersteunen om functieverlies bij ouderen te voorkomen. De adviezen gaan over voorkomen van delier, ondervoeding, fysieke beperkingen en vallen.

**Seniorvriendelijke ziekenhuizen**

Dit keurmerk heeft als doel om ziekenhuiszorg voor alle ouderen te verbeteren. Denk aan: inrichting van het ziekenhuis laten passen bij ouderen, onderzoeken liefst op één dag uitvoeren en de inzet van een geriatrieteam.

**Richtlijnen gericht op (kwetsbare) ouderen**

Daarnaast verschijnen er steeds meer richtlijnen speciaal voor ouderen. Dit zijn bijvoorbeeld richtlijnen voor pijnbestrijding, reanimatiebeleid bij ouderen, polyfarmacie, delier, valpreventie en ondervoeding.

**Mevrouw Pieterse komt na een glijpartij met een gebroken heup op de spoedeisende hulp (SEH) terecht, na de operatie maakt zij tijdelijk gebruik van het eerstelijnsverblijf (ELV). Na enkele weken komt zij thuis, maar vanwege een delier volgt opnieuw een ziekenhuisopname. Dat duurt langer dan gedacht en er komt een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Eenmaal opgenomen in het verpleeghuis sterft mevrouw binnen een maand.**

Het liefst blijven we ons hele leven fit en gezond. Helaas ontstaan er met het toenemen van de jaren ongemakken. Door vergrijzing, hoge zorgkosten en krapte op de arbeidsmarkt wordt de druk om tot nieuwe concepten te komen groter. Bij spoedsituaties rond kwetsbare ouderen is er nog meer urgentie voor verandering. Door een toename van kwetsbare ouderen bij de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) neemt de druk toe, terwijl niet altijd sprake is van medische urgentie. Het ontbreekt vaak aan de juiste ouderenexpertise bij de huisarts, HAP en SEH.

**Wat we beogen**

Om de spoed in de ouderenketen te verbeteren, is een grote veranderingsbereidheid van alle professionals nodig om preventief, proactief en samen dichterbij de patiënt en naasten te werken. Ons inziens zou de zorg en ondersteuning van kwetsbare ouderen gericht moeten zijn op:

–          minder verplaatsingen van ouderen in spoedsituaties met aandacht voor eigen wensen en behoeften gericht op kwaliteit van leven;

–          beter informeren van ouderen en naasten over wat er mogelijk is aan ondersteuning en zorg, zodat zij samen met professionals goed geïnformeerde besluiten kunnen nemen over wat wenselijk is;

–          meer ondersteuning in het voortraject, waardoor men een crisis aan kan zien komen en kan voorkomen;

–          het benutten van ouderenexpertise in de thuissituatie en op de SEH door inzet van specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist thuis en geriater op de SEH.

**Model**

Het model Spoed in de ouderenketen (in ontwikkeling) onderscheidt negen stappen in de patient journey, waarbij de ondersteuning en zorg oploopt. Het model ondersteunt de gedachte waar ons inziens de zorg en ondersteuning op gericht moet zijn: de shift naar preventie en proactieve zorg en ondersteuning als onderdeel van integrale dienstverlening voor persoonsgerichte ouderenzorg. Per stap identificeren we werkende principes die gebaseerd zijn op voorbeelden uit de literatuur en interviews met professionals en experts in de spoed- en ouderenzorg.

**Op de hoogte blijven?**

Komende tijd vindt er volop ontwikkeling plaats op dit thema. Vilans ziet het als haar taak om hierin samen met partners het goede te doen. Op de hoogte blijven of input leveren? Kijk op www.vilans.nl.

*Auteurs: Monique Spierenburg, Barbara de Groen, Annemarie Koopman, Lieke Lovink, Sandra Dahmen (Vilans)*

**Focusgroep Kwetsbare Ouderen**

**Problematiek acute ouderenzorg**  
De drukte in de keten van acute zorg is op regionaal niveau regelmatig onderwerp van gesprek. Het ministerie van VWS evenals de Tweede Kamer erkent dit ook als zeer urgente problematiek. Een deel van deze multifactoriële problematiek heeft te maken met de toegenomen vraag naar acute zorg door (kwetsbare) ouderen.  Steeds meer (kwetsbare) ouderen presenteren zich bij een van [de ketenpartners](https://www.spoedzorgnet.nl/traumanetamc/ketenpartners) in de spoedzorg. Volgens de Quickscan uitgevoerd door Fluent Healthcare onder een aantal ziekenhuizen steeg het aandeel acuut gepresenteerde 65-plusser in onze regio (ROAZ NH) in de eerste vier maanden van 2016 significant met gemiddeld 17% ten opzichte van de gelijke periode in 2015. Tevens werd er, gemeten over dezelfde periode, een gemiddelde groei van 11% in zorgzwaarte geconstateerd in ROAZ NH onder deze patiëntengroep [1].

**In een notendop**  
De populatie verandert: mensen worden ouder. Waar ouderen voorheen terecht konden in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen, blijven veel ouderen nu thuis wonen. Oost-West thuis best gaat echter niet altijd op. Aan de zorgbehoefte van deze ouderen kan in de praktijk niet altijd worden voldaan, waardoor de hulpvraag escaleert en ouderen op de spoedeisende hulp belanden. Eenmaal op de spoedeisende hulp duurt diagnostiek vaak lang vanwege de complexe zorgvraag waarmee ouderen zich presenteren. Bovendien zijn (kwetsbare) ouderen vaak zieker dan de gemiddelde SEH-bezoeker [2]. Deze patiëntengroep houdt daardoor lang een SEH-bed bezet ondanks het feit dat de SEH geen ‘gezonde’ omgeving is voor ouderen. Ouderen die relatief lang op de SEH verblijven gaan fysiek achteruit  [3]. Ontslag vanaf de SEH is vaak moeilijk te regelen en een slechte overdracht kan leiden tot een snelle heropname. De ouderenproblematiek kan dus beschouwd worden als een ketenprobleem waarbij samenwerking en coördinatie sleutelwoorden zijn.

**Focusgroep (kwetsbare) ouderen: vinden en verbinden van ketenpartners**  
Deze focusgroep heeft als doel de routing van de (kwetsbare) oudere patiënt door de keten van acute zorg te optimaliseren, met als belangrijk vertrekpunt de patiënt zelf: waar ligt voor deze patiënt de grootste zorgbehoefte? Er zal geïnventariseerd worden welke en waar in de regio zich de grootste knelpunten voordoen en welke acties in gang moeten worden gezet om de kwaliteit van zorg voor de kwetsbare oudere patiënt te borgen. De focusgroep is samengesteld uit afgevaardigden van zowel regio ROAZ AMC als regio VUmc. De voorzitters van deze focusgroep zijn Prof. Dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg, AMC en Dr. Prabath Nanayakkara, internist acute geneeskunde, VUmc.