

# Inhoud

	<b>Woord vooraf</b>	<b>13</b>
	<b>Over de auteur</b>	<b>15</b>
	<b>Redactionele verantwoording</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>Zorg voor de kwetsbare oudere</b>	<b>21</b>
1.1	Vergrijzing en dubbele vergrijzing	21
1.2	Vershil kalenderleeftijd en biologische leeftijd	21
1.3	Normale veroudering	22
1.4	Geriatrische problemen	23
1.4.1	Kwetsbaarheid	25
1.5	Multidisciplinaire samenwerking	26
	Meer lezen?	27
<b>2</b>	<b>Ondervoeding, een gewichtig probleem</b>	<b>28</b>
2.1	Inleiding	28
2.2	Ondervoeding, hoe komt het?	29
2.2.1	Veranderingen door het ouder worden	30
2.3	Verschillende methoden om ondervoeding vast te stellen	33
2.4	Wat te doen aan ondervoeding?	35
2.4.1	Multidisciplinaire aanpak	35
2.4.2	Wegen en meten	35
2.4.3	Bijhouden van een vocht-voedingslijst	36
2.4.4	Optimaliseren van de medische behandeling	36
2.4.5	Het eten zelf	36
2.4.6	Hulp en voorzieningen	37
2.4.7	Rust en gezelligheid, hulpmiddelen en zithouding	37
2.4.8	De conditie van de mond	38
2.5	Tot slot: geef jezelf niet op de kop	39
	Meer lezen?	40

<b>3</b>	<b>Uitdroging, bij warm weer nog gevaarlijker</b>	<b>41</b>
3.1	Inleiding	41
3.2	Hoe ontstaat uitdroging?	42
3.2.1	Inleiding	42
3.2.2	Oorzaken van uitdroging	42
3.3	Herkennen en voorkomen van uitdroging	44
3.3.1	Herkennen van uitdroging	44
3.3.2	Voorkomen van uitdroging	46
3.3.3	Maatregelen bij verslikken	46
3.3.4	Maatregelen bij koorts, braken, diarree, speekselvloed	47
3.3.5	Mondhygiëne en huidverzorging	48
3.3.6	Let ook op obstipatie	48
3.4	Behandeling van ernstige uitdroging: hypodermoclyse	48
3.5	Maatregelen bij warm weer en in de vakantieperiode	48
	Meer lezen?	50
<b>4</b>	<b>Overloopincontinentie: mis het niet!</b>	<b>52</b>
4.1	Inleiding	52
4.2	Overloopincontinentie	53
4.2.1	Wat is het?	53
4.2.2	Hoe komt het?	54
4.3	Gevolgen en risico's van overloopincontinentie	54
4.3.1	Blaasontsteking	54
4.3.2	Delier	55
4.3.3	Huidproblemen, smetten en incontinentieletsel	56
4.3.4	Sociale afzondering	56
4.4	Overloopincontinentie, wat is er aan te doen?	57
4.5	Blaaskatheters, alleen als het niet anders kan	61
4.5.1	Gevaren van blaaskatheters	61
4.5.2	Wanneer wel een katheter?	62
4.6	Alternatieven voor blaaskatheters	63
	Meer lezen?	64
<b>5</b>	<b>Hartfalen, herken de symptomen</b>	<b>65</b>
5.1	Inleiding	65
5.2	Hartfalen: oorzaken en gevolgen	66
5.3	Herkennen van hartfalen	67
5.3.1	Oedeem	67
5.4	Zorgmaatregelen bij hartfalen	70
5.4.1	Stel de arts op de hoogte	70
5.4.2	Hulp en ondersteuning	70
5.5	Bijkomende klachten en zorgmaatregelen	71
	Meer lezen?	74

<b>6</b>	<b>Duizeligheid en flauwvallen, een kwestie van evenwicht</b>	<b>75</b>
6.1	Inleiding	75
6.2	Oorzaken van duizeligheid en flauwvallen	76
6.2.1	Informatieoverdracht naar de hersenen	76
6.2.2	Problemen met het evenwichtsorgaan	76
6.2.3	Bloeddruk en pompkracht van het hart	76
6.2.4	Orthostatische hypotensie	76
6.3	Hoe kun je orthostase vaststellen?	77
6.3.1	Bloeddrukdaling bij het opstaan	78
6.4	Bloeddrukdaling na de maaltijd	79
6.5	Kenmerken	80
6.6	Wat te doen bij duizeligheid en flauwvallen?	80
6.7	Leefregels bij orthostase	81
6.7.1	Bij houdingsverandering van liggen naar staan of zitten	81
6.7.2	Vochtiname	82
6.7.3	Lichamelijke conditie	82
6.7.4	Omgeving	82
6.7.5	Duizeligheidsklachten buitenshuis	83
6.7.6	Ergotherapie	83
6.7.7	Elastische kousen	83
6.7.8	Hoofdeinde hoger	83
6.7.9	Gezichtsvermogen en gehoor	84
6.7.10	Bloedsuiker	85
6.8	Leefregels bij bloeddrukdaling na de maaltijd	85
6.8.1	Voeding	85
6.8.2	Rusten na het eten	86
6.8.3	Blijven genieten	86
	Meer lezen?	86
<b>7</b>	<b>Vallen, de zwaartekracht te lijf</b>	<b>87</b>
7.1	Inleiding	87
7.2	Oorzaken van plotseling vallen	88
7.2.1	Lichamelijke en psychische gezondheid	89
7.2.2	Medicijn- en alcoholgebruik	90
7.2.3	Omgevingsfactoren	90
7.2.4	Valgevaar in ziekenhuizen en zorginstellingen	90
7.3	Manieren om het valrisico te verkleinen	91
7.4	Als een oudere is gevallen	94
7.4.1	Arts waarschuwen	95
7.4.2	Letsel door de val	95
7.4.3	Hulp na het vallen	95
	Meer weten?	97

<b>8</b>	<b>Vermoeidheid, tot niets meer kunnen komen</b>	<b>98</b>
8.1	Inleiding	98
8.2	Vermoeidheid, hoe uit zich dat?	99
8.2.1	Verschijnselen van vermoeidheid	99
8.3	Verschil tussen lichamelijke en psychische vermoeidheid	100
8.4	Bedrust bij vermoeidheid, wat zijn de gevolgen?	101
8.5	Vermoeidheid, wat is er aan te doen?	103
8.5.1	Oorzaak opsporen	103
8.5.2	Behandelen van de oorzaak	104
8.5.3	De problemen voorblijven	104
8.5.4	Zo veel mogelijk uit bed komen Meer lezen?	104 105
<b>9</b>	<b>Pijn, begrijp het goed</b>	<b>106</b>
9.1	Inleiding	106
9.2	Ouderen en pijn	107
9.3	Redenen om niet over pijn te beginnen	108
9.4	Wat is er aan pijn te doen?	110
9.4.1	Multidisciplinaire aanpak van pijn	110
9.5	Non-verbale pijnsignalen	111
9.6	Medicijnen tegen pijn	112
9.6.1	Paracetamol	112
9.6.2	Ontstekingsremmers	113
9.6.3	Opiaten	113
9.6.4	Antidepressiva	114
9.7	Niet-medische interventies	114
9.7.1	Fit blijven	114
9.7.2	Slimme indeling van de dag	115
9.7.3	Leuke dingen blijven doen en stress voorkomen	115
9.7.4	Helpen ontspannen	115
9.7.5	Acceptatie Meer lezen?	116 117
<b>10</b>	<b>Delier, hoe de psyche ontspoot</b>	<b>118</b>
10.1	Inleiding	118
10.2	Hoe ontstaat een delier?	119
10.3	Kenmerken van een delier	120
10.4	Soorten delier en duur	121
10.5	Verwarring delier en dementie	122
10.6	Vaststellen van een delier: hulpmiddelen	123

10.7	Wat is er aan te doen?	123
10.7.1	Arts waarschuwen	123
10.7.2	Medicijnen	124
10.7.3	Prikkelverwerking en oriëntatie	124
10.7.4	Uitleg en optimale omgevingsfactoren	125
10.7.5	Comfort en herkenning	125
10.7.6	Dagelijkse dingen, goede basiszorg	125
10.7.7	Benadering	126
10.7.8	Maatregelen bij hallucinaties, onrust en agressie	127
10.7.9	Gesprek achteraf	128
	Meer lezen?	128
<b>11</b>	<b>Dementie, omgaan met onvoorspelbaarheid</b>	<b>129</b>
11.1	Inleiding	129
11.1.1	Eén op de drie mensen krijgt met dementie te maken	130
11.1.2	Alzheimer komt het vaakst voor	130
11.2	Wanneer is er sprake van dementie?	131
11.2.1	Vroege diagnose van dementie is waardevol	131
11.3	Kenmerken van de belangrijkste vormen van dementie	132
11.3.1	De ziekte van Alzheimer	132
11.3.2	Vasculaire dementie	133
11.3.3	Lewy body-dementie	133
11.3.4	Frontotemporale dementie (FTD)	134
11.3.5	Ook jongeren krijgen dementie	134
11.4	Dementie, wat is er aan te doen?	134
11.4.1	Vroege diagnostiek van wezenlijk belang	134
11.4.2	Wetenschappelijk onderzoek	134
11.4.3	Medicatie	135
11.4.4	Basiszorg	135
11.4.5	Beweging	136
11.4.6	Benadering	136
11.5	Realiteitsoriëntatiebegeleiding (ROB)	137
11.6	Overgang van ROB naar belevingsgericht	138
11.6.1	Validation	139
11.6.2	Snoezelen	139
11.6.3	Dementia care mapping (DCM)	139
11.6.4	Veiligheid	140
11.7	Ondersteuning van de mantelzorg	145
	Meer lezen?	145

<b>12</b>	<b>Depressie, zon achter heel veel wolken</b>	<b>146</b>
12.1	Inleiding	146
12.2	Depressie, bij wie komt het voor?	147
12.2.1	Vooraf ook onder ouderen	147
12.2.2	Hoog sterftecijfer	148
12.2.3	Somberheid hoeft geen depressie te zijn	148
12.3	Depressie, wat is het precies?	148
12.3.1	De diagnose depressie	149
12.3.2	Gevoeligheid voor depressie	149
12.3.3	Hoe uit depressie zich? Het doolhof van oorzaak en gevolg	150
12.3.4	Ziekten die de aanzet tot een depressie kunnen geven	150
12.3.5	Lichamelijke klachten waar geen duidelijke oorzaak voor is	151
12.3.6	Sociale en economische omstandigheden	151
12.3.7	Medicijnen en alcohol	151
12.4	Depressie, hoe stel je het vast?	152
12.4.1	Lichamelijk onderzoek	152
12.4.2	Screening en observatie	152
12.5	Behandeling en begeleiding van de depressieve oudere	152
12.5.1	Depressie is meestal succesvol te behandelen	153
12.5.2	Medicijnen	153
12.5.3	Psychotherapie	154
12.5.4	Elektroconvulsietherapie (ECT)	154
12.6	Wat kunnen verzorgenden doen?	154
12.6.1	Contact blijven houden en merkbaar in de relatie blijven geloven	154
12.6.2	Hulp en steun	155
12.6.3	Stap vooruit: prettige dingen doen	155
12.6.4	Stap terug: stress	156
12.6.5	Stimuleren en motiveren	156
12.6.6	Actieve foto's	156
12.6.7	Dagstructuur	156
12.6.8	Wat nog meer?	157
	Meer lezen?	158
<b>13</b>	<b>Probleemgedrag, vroege herkenning biedt de meeste kans op herstel</b>	<b>159</b>
13.1	Inleiding	159
13.2	Hoe ontstaat probleemgedrag?	160
13.2.1	Gedrag is een poging om evenwicht te bewaren	161

13.3	Wat kun je eraan doen?	162
13.3.1	Samenwerking is cruciaal	163
13.3.2	Vroege herkenning van probleemgedrag	163
13.3.3	Ziekten en medicijnen	164
13.3.4	Omgeving	165
13.3.5	Respectvolle omgang, levensgeschiedenis en autonomie	166
13.3.6	Aangeven van grenzen	168
13.3.7	Beroep op gezond gedrag	169
13.4	Haalbare doelen stellen	169
	Meer lezen?	170
<b>14</b>	<b>Vrijheidsbeperking: alleen in uiterste gevallen</b>	<b>171</b>
14.1	Inleiding	171
14.2	Vrijheidsbeperkende maatregelen	172
14.2.1	Afzondering	172
14.2.2	Fixatie	172
14.2.3	Medicijnen toedienen zonder toestemming	174
14.2.4	Gedwongen toediening van vocht en/of voeding	174
14.3	Waarom vrijheidsbeperkende maatregelen?	174
14.3.1	Bij wie is vrijheidsbeperking nodig?	175
14.4	Wetgeving en vrijheidsbeperking	175
14.4.1	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ)	175
14.4.2	Wilsonbekwaamheid	176
14.4.3	De BOPZ-arts	176
14.4.4	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	176
14.4.5	Wettelijk vertegenwoordigers	177
14.4.6	Kwaliteitsindicator	177
14.4.7	Inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM)	179
14.5	Wat moet de verzorgende ermee?	180
14.5.1	Verantwoordelijkheid van de verzorgende bij opname	180
14.5.2	Dwangbehandeling als acuut gevaar dreigt	180
14.5.3	Middelen en maatregelen werken vaak averechts!	181
14.6	Hoe fixatie terug te dringen?	182
14.6.1	Cultuurverandering en iedereen op de hoogte brengen	182
14.7	De sfeer op de afdeling en de bouwkundige staat	184
14.8	Multidisciplinaire inzet	185

14.9	Hulpmiddelen	187
	Bewegingssensoren en -detectie	187
	Matras op de grond of bed op vloerniveau	187
	Meer lezen?	188
	<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>190</b>
	<b>Register</b>	<b>193</b>



## 1.1 Vergrijzing en dubbele vergrijzing

Steeds meer mensen bereiken een hoge leeftijd. Dit verschijnsel heet 'vergrijzing'. Bovendien worden deze ouderen ook nog eens veel ouder dan vroeger. Hiervoor bestaat het begrip 'dubbele vergrijzing'.

De laatste jaren stijgt de levensverwachting snel. Alleen al in de periode 2002-2007 steeg de levensverwachting voor mannen met 2,0 jaar en voor vrouwen met 1,6 jaar. Het CBS heeft berekend dat er in 2006 2,2 miljoen 65-plussers waren. In 2025 zal dit aantal stijgen tot 3,6 miljoen en in 2040 zijn er 4,5 miljoen mensen ouder dan 65 jaar.

De stijgende levensverwachting heeft wel een prijs. Met het toenemen van het aantal levensjaren zal ook het aantal ziekten en beperkingen waar ouderen aan gaan lijden zich uitbreiden. De helft van alle 65-plussers heeft één of meerdere chronische ziekten (CBS). Hoe ouder mensen worden, hoe groter het aantal chronische ziekten waaraan ze lijden.

Met het stijgen van het aantal (steeds ouder wordende) ouderen, zal de vraag naar zorg de komende jaren explosief gaan toenemen. De zorgvragen kunnen nogal verschillen. Elke persoon kan immers een andere combinatie van chronische ziekten hebben, waarbij vaak niet op voorhand duidelijk is welke ziekte welk probleem veroorzaakt. Het goed begrijpen van de problemen van geriatrische patiënten vraagt dan ook een speciale kennis en benadering.

## 1.2 Verschil kalenderleeftijd en biologische leeftijd

De biologische omstandigheden wegen bij het ouder worden veel zwaarder dan de kalenderleeftijd. Bij oudere mensen is het vaak lastig om alleen op basis van het uiterlijk te schatten hoe oud zij zijn. Iemand van zeventig jaar kan eruitzien als negentig jaar en andersom.

Een hoge leeftijd wil namelijk nog niet automatisch zeggen dat oudere mensen ziek, kwetsbaar of beperkt zijn. Integendeel, heel veel ouderen slagen erin om tot op hoge leeftijd fit en vitaal te blijven.

Met de groei van de groep ouderen, stijgt dus ook de groep gezonde ouderen. Belangrijke factoren voor succesvol oud worden zijn de genetische aanleg in samenhang met gunstige omgevingsinvloeden, zoals schone lucht, gezonde voeding en een sociaal netwerk van vrienden en betrokken familie.

Succesvolle ouderen zijn tot op hoge leeftijd actief, ze hebben weinig lichamelijke of psychische ziekten en een goede conditie. In de meeste gevallen zijn deze ouderen goed in staat om zich aan te passen aan de beperkingen die de gevolgen van de ouderdom met zich meebrengen. Ze zijn in staat om hun eigen kracht en bronnen in te zetten en daarmee de toenemende afhankelijkheid buiten de deur te houden, uit te stellen of zich erop voor te bereiden.

### 1.3 Normale veroudering

Gemeenschappelijk kenmerk van alle ouderen is de normale lichamelijke veroudering. De celschade die onvermijdelijk tijdens het leven ontstaat, kan door het lichaam steeds minder volledig worden hersteld. Gevolg hiervan is dat de functie van weefsels en organen beetje bij beetje afneemt. Geen mens ontkomt aan dit proces. Het lichaam verandert dus langzaam, in kleine stapjes. De huid krijgt rimpels, wordt slap en zakt uit, het haar wordt grijs en de lichaamshouding verandert. Dit heeft dus niets met ziekte te maken.

Ook hierbij bepaalt de genetische aanleg in welk tempo de verandering plaatsvindt. Zo zijn er mensen die al op hun twintigste grijs (of kaal) worden, terwijl anderen tot op hoge leeftijd hun haarkleur behouden. In het lichaam verandert er ook het een en ander. Zo neemt de elasticiteit van de vaatwanden af en wordt het longweefsel wat stugger. De slijmafscheiding van de maagwand vermindert. De organen, zoals de lever en de nieren, nemen in omvang af (atrofie). Ook verandert de hoeveelheid hersenweefsel en stoffen (neurotransmitters) waarmee de hersendelen met elkaar in verbinding staan. Botten en spieren verliezen aan sterkte en kracht, de blaas kan minder aan... en dit zijn nog maar een paar voorbeelden.

#### Reservecapaciteit

Terwijl een achttienjarige na een paar dagen bijslapen al weer aardig fit is, is dit bij ouderen niet het geval. Dit komt door de reserves die een jonger lichaam nog wel heeft, maar die bij het oudere lichaam

sterk zijn afgenomen. Om dezelfde reden overlijden er veel meer 65-plussers aan griep dan jongeren en komen zij dus als eersten in aanmerking voor een griepspuit. Afnemende reservecapaciteit dus, een belangrijk begrip om te onthouden.

### **Levensomstandigheden en culturele achtergrond**

Veel hangt ook af van de levensomstandigheden. Het is namelijk niet altijd mogelijk om rekening te houden met wat een lichaam kan hebben.

De generatie ouderen van nu heeft een wereldoorlog meegemaakt. Oorlog betekent vaak geweld, hongersnood, schaarste en enorme stress. Dit zijn omstandigheden die een individu niet in de hand heeft. Onder levensomstandigheden hoort ook de culturele achtergrond, zoals het land van herkomst, de reden waarom men is geëmigreerd en in hoeverre het is gelukt om in Nederland succesvol te integreren. Tot slot hebben de economische omstandigheden en het opleidingsniveau een bepalende invloed op de keuzemogelijkheid van de levensomstandigheden. Iets wat je niet weet of kunt betalen, is niet voorhanden.

### **Aanpassingsvermogen**

Hoe dan ook, veroudering vraagt van alle mensen aanpassingsvermogen om met de gevolgen hiervan om te kunnen gaan. Zowel lichamelijk als psychisch. Wie in staat is de signalen van het lichaam goed op te vangen en hier rekening mee te houden, is beter af dan wie dit niet doet.

## **1.4 Geriatrische problemen**

Geriatrische ziekten ontstaan door veroudering in combinatie met een toegenomen kwetsbaarheid of vatbaarheid om deze ziekten te krijgen. Anders dan ten aanzien van normale veroudering is er tegen geriatrische problemen vaak wel wat te doen.

De kunst is alleen om deze problemen te leren onderscheiden van datgene wat heel veel mensen als normale veroudering beschouwen. Hoe meer de mensen die werkzaam zijn in de ouderenzorg in staat zijn om geriatrische problemen te leren onderscheiden, hoe groter de kans dat de tijd die ouderen nog te leven hebben aan kwaliteit wint.

Dat is ook precies het doel van de geriatrische zorgverlening, namelijk het helpen verbeteren van de tijd die er nog te leven is. Niet door zich te richten op het toevoegen van jaren aan het leven, maar door te focussen op het toevoegen van een goed leven aan de jaren.

Voor veel ouderen geldt dat een dergelijk leven is gevuld met voldoende momenten van welbevinden, zelfstandigheid, vrijheid en zelfbeschikking en dat er balans is tussen draagkracht en draaglast.

Wat nou precies de kenmerken zijn waaraan geriatrische patiënten zijn te herkennen, is weergegeven in onderstaand kader.

### Kenmerken van geriatrische patiënten

- De leeftijd is hoog, rond de 75 jaar.
- Er is sprake van meerdere ziekten die zich regelmatig gelijktijdig voordoen.
- Minder reserves, waardoor verhoogde kwetsbaarheid.
- Op een andere (onduidelijkere) manier gezondheidsklachten uiten.
- Minder goed kunnen horen en/of zien.
- Groter risico op medicijnvergiftiging.
- Minder goed of wankel ter been, minder beweeglijk.
- Sociale isolatie.
- Lichamelijke, psychische en sociale problematiek zijn met elkaar verstrengeld.

Zoals vermeld lijden geriatrische zorgvragers vaak aan meerdere chronische ziekten tegelijkertijd. Zoals één dominosteen de andere steen omgooit, zo kan de ene aandoening de andere ontregelen (zie figuur 1.1).

Geriatrische patiënten zijn meestal minder goed in staat om duidelijk aan te geven wat er aan de hand is. Dat komt omdat ze de signalen van het lichaam niet goed herkennen of doordat voor hen juist het communiceren een probleem is.

Doordat door veroudering het menselijk lichaam verandert, zijn ouderen veel gevoeliger voor bepaalde medicijnen. Juist vanwege de chronische ziekten gebruiken ouderen meer medicijnen die elkaar onderling ook kunnen beïnvloeden. Met de toename van het aantal gebruikte geneesmiddelen neemt ook de trouwe inname ervan af. Dit geldt met name voor middelen die chronisch gebruikt moeten worden, zoals medicijnen tegen hoge bloeddruk of voor een betere werking van het hart. Tussen de 25 en 42% van de groep 65-plussers gebruikt meer dan drie verschillende soorten medicijnen.

De kans is groot dat ouderen naarmate ze ouder worden steeds meer op zichzelf zullen zijn aangewezen. Vrienden, broers en zussen en

soms ook hun kinderen verhuizen naar een zorginstelling of sterven. In de hoofdstukken die hierna volgen is telkens aandacht voor een van de veelvoorkomende aandoeningen waarmee een omvallende domino-reeks in gang kan worden gebracht. Zowel op lichamelijk als op psychisch gebied en de invloed ervan op het sociale leven.



**Figuur 1.1** De ene aandoening kan de andere ontregelen, zoals één fiets een hele reeks kan laten omvallen.

#### 1.4.1 KWETSBAARHEID

Geriatrische patiënten hebben allemaal te maken met een toegenomen kwetsbaarheid. Voor kwetsbaarheid of broosheid in de ouderdom bestaat een Engels woord dat ook in Nederland veel gebruikt wordt als het om dit onderwerp gaat, namelijk ‘frailty’.

Frailty wil zeggen dat een relatief minder ernstige aanleiding de gezondheidsbalans van de oudere schrikbarend kan verstoren.

##### **Voorbeeld van een verstoorde gezondheidsbalans**

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

Hoe ouder iemand is, hoe meer kans op toenemende kwetsbaarheid. Zo bestaat er bij 3 tot 7% van de mensen tussen de 65 en 75 jaar kans op kwetsbaarheid terwijl dit percentage bij negentig jarigen opgelopen is tot 32%. Vooral het ervaren van te weinig regie in het leven, depressiviteit en verminderde verstandelijke vermogens vergroten de kans op kwetsbaarheid.

Hoe groter de aard van de kwetsbaarheid, hoe groter het risico dat iemand moet worden opgenomen in een instelling. Als een kwetsbare oudere in een ziekenhuis moet worden opgenomen, dan is daar een veel langer verblijf mee gemoeid, namelijk 25 dagen, terwijl een zelfstandige patiënt gemiddeld dertien dagen in het ziekenhuis verblijft. Kwetsbaarheid legt niet alleen druk op de oudere zelf, maar ook op de capaciteit en kosten van de gezondheidszorg. Om deze reden is onder meer de wetenschap op verschillende fronten bezig meetinstrumenten te ontwikkelen om juist deze groep ouderen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Hoe eerder de onderliggende ziekten namelijk duidelijk zijn, hoe sneller de kwetsbaarheid kan worden verminderd en des te meer kans op beperking van de gevolgen voor de patiënt. Dat betekent dus kwaliteitswinst voor de patiënt, maar ook minder kosten voor de gezondheidszorg. Dat lijkt simpel, maar hoe bereik je dat?

### 1.5 Multidisciplinaire samenwerking

Geriatrische patiënten verkeren regelmatig niet in de omstandigheden om de signalen die hun gezondheid bedreigen zelf goed te kunnen interpreteren en daaraan uitdrukking te geven. Daardoor zijn ze aangewezen op de mensen in hun omgeving.

Om geriatrische problemen in een vroeg stadium effectief aan te kunnen pakken, is multidisciplinaire samenwerking belangrijk. Bij geriatrische patiënten zijn meestal disciplines betrokken als verpleegkundigen, helpenden en verzorgenden, de fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, meestal ook een psycholoog, maatschappelijk werkers en psychische verzorgers. De arts (geriater, specialist ouderengeneeskunde, huisarts) staat als behandelaar aan het hoofd van het multidisciplinaire team. Van alle disciplines staan verzorgenden en verpleegkundigen het dichtst bij in het contact met de patiënt. Hun opmerkzaamheid is in heel veel gevallen het vertrekpunt van de multidisciplinaire zorg.

Wetend dat een blaasontsteking onrust kan veroorzaken, stellen zij de arts dan snel op de hoogte. De arts onderzoekt vervolgens wat er aan de hand is en start een behandeling. Zo'n adequate aanpak kan dagen van ellende en functieverlies schelen.

Vanzelfsprekend geldt ook dat goede onderlinge samenwerking, duidelijke en volledige verslaglegging in het zorgdossier, het zich houden aan een opgesteld plan en tijdig evalueren essentiële ingrediënten zijn van kwalitatief goede zorg (zie ook *Basiszorg* boek 1, hoofdstuk 3: Methodisch werken).

Zorg voor geriatrische patiënten doet in alle opzichten een beroep op die vaardigheden die veel verzorgenden die werken in de zorg beheersen en waarmee ze zich onderscheiden van anderen in de zorg voor hulpbehoevende mensen.

**In de geriatrische zorg gaat het vooral om:**

- 1 herkennen wat er aan de hand is;**
- 2 helpen behouden van wat de oudere zelf nog kan;**
- 3 ondersteuning bij datgene wat niet meer gaat.**

### Meer lezen?

Dito JC, Stavast T, Zwart DE. Basisboek 1, hoofdstuk 3, Methodisch werken. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008. ISBN 9789031340685.

Dito JC, Stavast T, Zwart DE. Basiszorg, boek 2, hoofdstuk 22, Samenwerken en afstemmen van de zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008. ISBN 9789031360666.

Spieker P. Dossier patiëntveiligheid: Kwetsbare ouderen. Bijzijn, 21 aug. 2009.

### Websites

[www.rivm.nl \(http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/02308n18838.html\)](http://www.rivm.nl/http://www.rivm.nl/vtv/object_document/02308n18838.html). Actuele gegevens over vergrijzing, de levensverwachting, sterftcijfers en uitleg over begrippen als grijze druk en ziektelast.

<http://www.youngatheartchorus.com/film.php>. Een voorbeeld van succesvol ouder worden. Hoe ouderen erin slagen om op heel bijzondere wijze jong van hart te blijven.

[www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl). Het VMS (veiligheidsmanagementsysteem) vormt het systeem waarmee ziekenhuizen risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Het regelt patiëntveiligheid in de praktijk, waaronder die van de kwetsbare ouderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis.