

Aangepaste zorg voor hoogbejaarden



Foto: Isabelle Peersyn

De toename van het aantal hoogbejaarden in de patiëntenpopulatie van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen heeft implicaties voor de verpleegpraktijk en zorgorganisatie. Argumenten hiervoor vinden we in de verpleegprofielen van 80-plussers, de met de leeftijd toenemende 'geriatrische profielen' en biopsychosociale kenmerken.

In wat volgt begrijpen we onder 'hoogbejaarden' alle ouderen > 80 jaar (39,6% van de populatie) en onder '< 80 jaar' de overige patiëntenpopulatie waarin de 60- tot 79-jarigen relatief het grootste aandeel hebben (68%).

Het 'geriatrisch profiel'

Het begrip 'geriatrische patiënt' is vooral in ziekenhuizen goed ingeburgerd en wordt meestal verbonden met de kalenderleeftijd.

Nochtans zijn de hoofdkenmerken ervan fragiliteit en kwetsbaarheid wat vooral bepaald wordt door het totale ziektebeeld (chronische multimorbiditeit) en de psychosociale situatie (Pelemans, 2002).

Diagnostische gegevens over orgaansystemen moeten geplaatst worden in een bredere context van leeftijdsgebonden achteruitgang van de fysiologische reservecapaciteit. Men dient dus eerder te denken in functie van syndromen dan symptomen. Voor de federale overheid heeft dit alvast een reeks van

argumenten opgeleverd (zie **tabel 1**) om een specifieke aanpak vanaf de leeftijd van 75 jaar verplicht te stellen in ziekenhuizen via het zogenaamde 'Geriatrisch zorgprogramma'. Belangrijk is, dat naar schatting 95% van de 'geriatrische' patiënten thuis verblijven; 80% van de ziekenhuisopnames komen tot stand via verwijzing van de huisarts in de thuissituatie en slechts 20% vanuit rustoorden (Lambrecht, 2006).

Ook al zijn hoogbejaarden, en zeker de aller-

Tabel 1: Argumenten voor een specifieke zorgaanpak vanaf 75 jaar (KB 29/01/2007)

1. Fragiliteit en beperkte homeostase.
2. Actieve polypathologie.
3. Atypische klinische beelden.
4. Verstoorde farmacokinetica.
5. Gevaar voor functionele achteruitgang.
6. Gevaar voor deficiënte voeding.
7. Tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven.
8. Psychosociale problemen.

oudsten, feitelijke 'survivors', toch is het zo dat hoe ouder ze worden hoe moeilijker het blijkt om de homeostase te handhaven, zelfs bij kleine stress van fysieke, psychologische of sociale aard. Een klein gezondheidsprobleem kan leiden tot een cascade-effect. Daarom is het belangrijk hen zo gezond en functioneel mogelijk te houden en de thuisverpleging maximaal af te stemmen op hun fragiliteit en kwetsbaarheid.

Verpleegkundig profiel 80-plussers

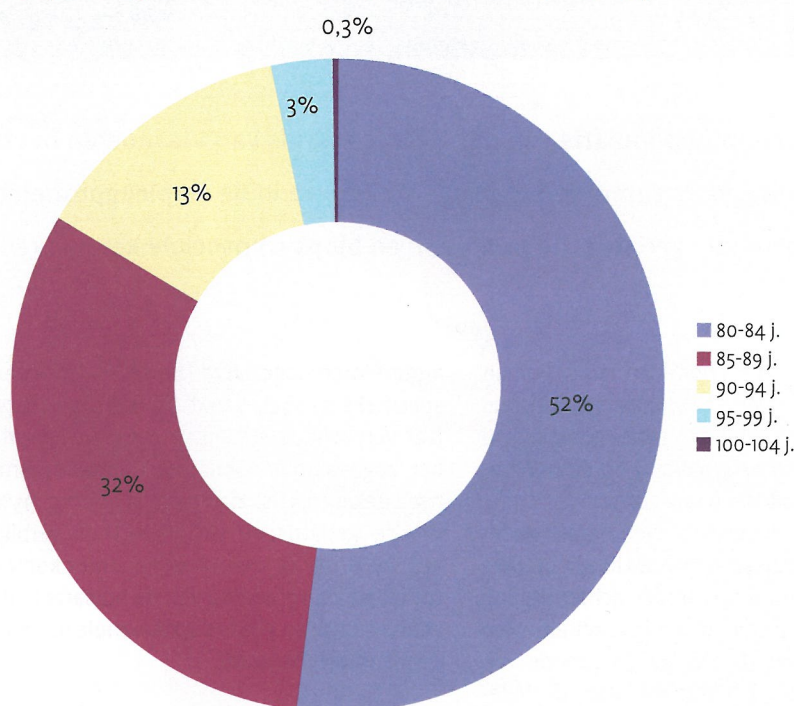
In wat volgt illustreren we op niet-exhaustieve wijze het verpleegprofiel van 80-plus-

sers aan de hand van patiëntendossiergegevens (referentiemaand oktober 2006).

Witte druk

Naast de gemiddeld hoge leeftijd van de thuisverpleegde patiënt (75,9 j.) is er de opvallende stijging van het relatief aandeel van 80- tot 89-jarigen met maar liefst 3,4% de voorbije zes jaar (WGK, 2001-2006). Andere oudere leeftijdscategorieën nemen daarentegen in dezelfde periode af (60-69 j.: -1,4%; 70-79 j.: -2,4%) of blijven quasi status quo (90-99 j.: -0,4%; 100-plussers: +0,1%). Van alle patiënten ouder dan 60 j. is de helft (49,1%) 'hoogbejaard'. **Figuur 1** toont dat men onder de noemer 'hoogbejaarden' nu

Figuur 1: Relatieve verdeling van de hoogste leeftijdscategorieën vanaf 80 jaar, oktober 2006 (n=23.253)



al verschillende goed vertegenwoordigde leeftijdsegmenten kan onderscheiden.

Vervrouwelijking van de veroudering

Onder de hoogbejaarden zijn er 2,5 vrouwen voor één man; bij 60- tot 79-jarigen is er 1,7 vrouw voor één man. Boven de leeftijdsgrens van 80 jaar is het aandeel van de vrouwen (71,2%) 10% groter dan bij de leeftijdsgroep jonger dan 80 jaar. Deze vervrouwelijking tekent ook de trend naar een meer kwetsbare thuisverpleegde populatie. Vrouwen zijn op tal van domeinen kwetsbaarder dan mannen. Schoolvoorbeeld is de sterker gewijzigde lichaamssamenstelling (o.a. verminderde spiermassa) bij vrouwen wat hun gevoeliger maakt voor o.a. vallen, dehydratie en gewijzigde farmacokinetiek (Nève, 2002).

Zwakker sociaal statuut

Hoogbejaarden genieten duidelijk meer (59%) de voorkeursregeling (WIGW) dan de jongere populatie (40%). Opvallend is dat de voorkeursregeling bij hoogbejaarde vrouwen meer voorkomt (62,5%) dan bij hoogbejaarde mannen (50,4%). Bij de < 80-jarigen hebben ook meer vrouwen (42,1%) het WIGW-statuuat dan mannen (37,1%).

Grotere zorgafhankelijkheid

Figuur 2 toont aan dat hoogbejaarden in globo meer zorgafhankelijk zijn dan personen onder de 80 jaar. Vanaf de score Katz 2 en hoger zijn er relatief meer hoogbejaarden.

De verschillen qua mate van zorgafhankelijkheid blijken duidelijk uit **tabel 2**. Bijna de helft van de hoogbejaarden zijn totaal afhankelijk voor wassen (46,3%) en kleden (44,8%). Het relatief aandeel hoogbejaarden met een score 2 of 3 voor verplaatsen en continëntie is bijna dubbel zo hoog vergeleken met de jongere populatie.

Hogere psychosociale kwetsbaarheid

De toegenomen zorgbehoefte bij hoogbejaarden heeft ook een psychosociale dimensie. Ruim één op vijf hoogbejaarden heeft occasioneel of voortdurend problemen met oriëntatie en rusteloosheid, bij jongere ouderen is dat bijna de helft minder.

Meer alleenwonend, minder wooncomfort

Eén op drie hoogbejaarden woont alleen (34,2%), dat is dubbel zo vaak als de jongere populatie (16,2%). Hoogbejaarden wonen minder vaak samen met een beschikbare valide persoon (54,1%) dan de jongere popu-

latie (76,1%). Hoogbejaarden blijken ook vaker samen te wonen met een valide niet-beschikbare persoon of met een niet-valide persoon (11,8%) dan de jongere populatie (7,7%). Het gebrek aan basiscomfort in de woning (geen ingerichte badkamer, geen stromend warm water) is belangrijker bij hoogbejaarden (WGK, 2006).

► **Minder intensieve mantelzorg**

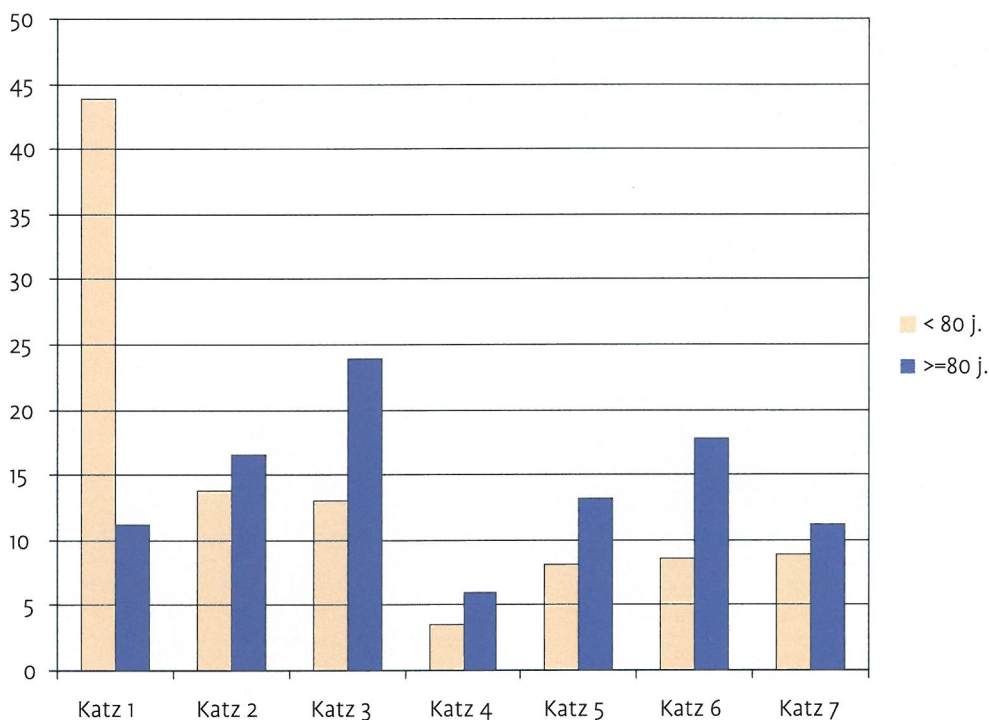
Hoogbejaarden kunnen minder rekenen op intensieve en frequente mantelzorg (49,0%) dan jongere personen (54,2%). Zij vallen meer terug op regelmatig en partiële mantelzorg (36,2%) dan de anderen (22,2%). Afwezigheid of sporadische en minimale mantelzorg wordt bij hoogbejaarden evenwel minder vaak gezien (14,7%) dan bij de jongere populatie.

‘Specifieke thuisverpleging’

Algemeen kenmerkt de geriatrische thuisverpleging zich door: activerende verpleging, preventie, sociale (re)activatie, bewaking van gezondheidspatronen, herstel en behoud van de functionele performantie, en zo groot mogelijke zelfredzaamheid en levenskwaliteit. Qua preventie kan men zich richten op bijzondere punten als: beweging, sociaal isolement, voedingsdeficiënties, valpreventie, vaccinatie, roken en alcohol (Mets, 2002). Bij dit alles wordt rekening gehouden met specifieke aandachtspunten vooral bij de hoogste leeftijdscategorieën. Ter illustratie geven we enkele verschillen in vitale kenmerken van hoogbejaarden.

De vitale tekens van hoogbejaarden worden niet altijd naar waarde geschat, laat staan geïnterpreteerd met de leeftijd in gedachten (Hogstel, 1994). Nochtans draagt kennis en observatie van deze vitale tekens bij tot preventie van het eerder genoemde ‘cascade-effect’ zoals mag blijken uit de volgende niet-exhaustieve reeks van voorbeelden.

Figuur 2: Relatieve verdeling van het aantal patiënten volgens de Katz-schaal en het 80-jaarcriterium, oktober 2006 (n=58.754)



► **Lichaamstemperatuur**

“Older is colder” (Gomolin et al., 2005). Hoogbejaarden vertonen algemeen een lagere lichaamstemperatuur dan jongere senioren (‘s morgens 36,2 °C of lager), de temperatuur daalt met de leeftijd en kan bovendien individueel sterk verschillen. Omdat men dus niet kan uitgaan van een ‘normale’ temperatuurwaarde is bij elke hoogbejaarde een baselinemeting aangewezen om de ‘individuele’ lichaamstemperatuur vast te stellen (Hogstel, 1994). Bovendien reageren hoogbejaarden niet altijd op ziekte of infectie met koorts, zodat acute ziekte over het hoofd kan gezien worden. De thuisverpleegkundige moet trachten te achterhalen wat de reden is van een eventuele stijging van baselinetemperatuur en dit tijdig

melden aan de behandelend arts.

Hoogbejaarden kunnen ook minder extreme temperatuurverschillen tolereren wat een zesmaal groter risico inhoudt op sterfte door hypo- of hyperthermie dan op middelbare leeftijd. Hoogbejaarden met lage lichaamstemperatuur dienen sokken en andere verwarmende kledingstukken of covers te dragen: het is aanbevolen te meten wat de thermische respons is op die kleding.

► **Polsslag**

Hoogbejaarden kunnen door toenemende inactiviteit of bedlegerigheid gemakkelijker een bradycardie ontwikkelen (< 60 polsslagen/minuut). Veranderingen in polsslag kunnen een vroegtijdig teken zijn van acute ziekte of geneesmiddeleffecten. Daarom

Tabel 2: Verschillen qua zorgafhankelijkheid voor de verschillende ADL-items (Katz-schaal), oktober 2006 (n= 58.754)

Score	Wassen		Kleden		Verplaatsen		Toiletbezoek		Continentie		Eten	
	<80 j.	≥80 j.	<80 j.	≥80 j.	<80 j.	≥80 j.	<80 j.	≥80 j.	<80 j.	≥80 j.	<80 j.	≥80 j.
1	48,6	13,1	49,3	15,2	60,4	33,6	63,7	40,0	65,7	35,5	66,7	44,8
2	8,4	11,5	9,7	13,9	19,4	35,2	12,8	21,3	19,3	37,9	24,2	43,7
3	15,1	29,1	13,8	26,2	13,3	23,8	17,0	31,0	10,4	21,0	6,6	9,1
4	27,8	46,3	27,2	44,8	6,9	7,4	6,6	7,7	4,5	5,7	2,5	2,5

1: Geen hulp nodig; 2: Gedeeltelijke hulp nodig; 3: Grotendeels hulp nodig; 4: volledig afhankelijk van hulp.



Foto: Eddy Devriendt

dient de thuisverpleegkundige voldoende aandacht te besteden aan het opnemen van de polsslag bij hoogbejaarden.

▣ Ademhalingspatroon

De leeftijdsgebonden veranderingen in de thorax en de verminderde longcapaciteit kan de ademhaling inhiberen bij hoogbejaarden. Zo kan atelectase (gebrekkig of geheel ontbreken van de ontplooiing van de longblaasjes) van de longbasis gemakkelijk optreden, omdat de hoogbejaarde neigt tot oppervlakkig ademen, enkel gebruik makend van de bovenste longgedeelten. Het risico op pneumonie wordt hierdoor groter. Daarom kunnen thuisverpleegkundigen de hoogbejaarden aanmoedigen om elk uur drie diepe (buik)ademhalingen te nemen en adviseren om te strakke kledij te vermijden. Ook hier is het goed om individuele ademhalingspatronen te onderkennen omdat verandering van het ademhalingspatroon kan wijzen op ongewenste omstandigheden.

▣ Bloeddruk

Hypertensie wordt zeer vaak vastgesteld bij hoogbejaarden en dient men steeds individueel te interpreteren. Het vasculair systeem kan immers te stijf zijn om een 'normale' bloeddruk toe te laten.

Hypotensie is een hoofdoorzaak van vallen bij hoogbejaarden, vooral bij hen die antihypertensiva en diuretica gebruiken. Daarom dient de thuisverpleegkundige zo mogelijk

de bloeddruk te meten in staande positie (nadat de hoogbejaarde goed stabiel staat en zich niet duizelig voelt).

▣ Laboratoriumwaarden

Bloedwaarden en urinewaarden dienen eveneens bij hoogbejaarden zeer genuanceerd te worden geïnterpreteerd (Verhaeverbeke & Mets, 2002). Wat 'normale waarden' zijn voor ouderen is moeilijk te bepalen omwille van het onderliggend lijden, medicatiegebruik, fysio(patho)logische veranderingen en slecht omschreven studiepopulaties. U kan 'richtinggevende' normen voor bloedwaarden nalezen bij Verhaeverbeke & Metz (2002).

De aanwezigheid van bacteriën in de urine van hoogbejaarden is een beslissende sleutel om te besluiten tot urineweginfecties, ook als andere waarden van de urineanalyse negatief of binnen referentiewaarden vallen. Albuminurie wordt bij > 90-jarigen frequenter gevonden in de urine, zonder enige klinische implicatie. Glucosurie is bij ouderen en vooral hoogbejaarden geen goed criterium om diabetes vast te stellen, omdat de renale drempelwaarde voor glucose toeneemt met de leeftijd en verschillend is naargelang het individu (Verhaeverbeke & Mets, 2002).

▣ Pijn

Pijnperceptie bij ouderen kan vaak over het hoofd gezien of verkeerd geïnterpreteerd worden. Zij kunnen pijn tonen door bv. rusteloosheid, agitatie of eetlustverlies (Desbiens

et al. 1997). Herpositionering, beweging, warmte en lichte massage kunnen pijn verminderen en medicatie soms voorkomen.

Consequenties voor de zorgorganisatie

De thuisverpleging is goed geplaatst om de zorgspecificiteiten van hoogbejaarden te leren kennen. 'Geriatrische patiënten' (vaak hoogbejaarden) mogen niet uit de boot vallen en (vaak) ten onrechte in instellingen worden opgenomen (Baeyens, 2000). Er is immers voldoende evidentie dat ziekenhuisopname op zichzelf risico's met zich meebrengt vooral voor ouderen die met een slechte baselinestatus het ziekenhuis ingaan (Schuermans, 2000). Ziekte van de hoogbejaarde moet snel aan de huisarts gemeld worden, indien na enkele dagen de patiënt nog niet is genezen.

Het is aangewezen om behoeftegestuurde organisatie-interventies aan te bieden, vooral interventies op vlak van geriatrische evaluatie en management, voor het voorkomen of ten minste uitstellen van geriatrische functiestoornissen (Schelhaas et al., 2002).

Thuisverpleging van hoogbejaarden vergt individuele reacterende en preventieve zorg met genuanceerde interpretatie van zorggegevens om cascade-effecten tijdig te voorkomen. Het vooralsnog ontbreken van vele normen voor hoogbejaarden, maakt dat thuisverpleegkundige baseline-observaties

Leesadvies:

Geriatricie in de dagelijkse praktijk. Zie: www.geriatricie.be (publicaties).

Bronnen

- Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-1351.
- Desbiens NA, Mueller-Rizner N, Connors AF Jr, Hamel MB, Wenger NS. Pain in the oldest-old during hospitalization and up to one year later. *HELP Investigators. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. J Am Geriatr Soc* 1997; 45 (10): 1167-72.
- Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltai D. Multimorbidity and quality of life in primary care : a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:51.
- Gomolin IH, Aung MM, Wolf-Klein G, Auerbach C. Older Is Colder: Temperature Range and Variation in Older People. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 2170-2172.
- Hogstel MO. Vital signs are really vital in the old-old. *Geriatr. Nurs.* 1994 sept-oct; 15 (5): 252-5.
- International Council of Nurses. Position statement: Nursing care of the older person. Adopted in 1998, Revised in 2006. <http://www.icn.ch/psolder.htm>
- Koninklijk besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eendeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatricische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten. *Belgisch Staatsblad*, 7 maart 2007, p.11197.
- Lambrecht E. (Internist-Geriatric). Profiel van de geriatricische patiënt. Presentatie Symposium, Dienst Geriatricie in het AZ Waasland. 2006.
- Mets T. Preventie in de geriatricie. In: *Geriatricie, Dagelijkse Praktijk, Deel 1: Algemene aspecten, Hoofdstuk 1, gerontologie*, p. 39-47. 2^{de} ed. 2002, Uitgave Pfizer. ISBN 90-804292-4-4.
- Nève P. Farmacologie. In: *Geriatricie, Dagelijkse Praktijk, Deel 1: Algemene aspecten, Hoofdstuk 1, gerontologie*, p. 23-38. 2^{de} ed. 2002, Uitgave Pfizer. ISBN 90-804292-4-4.
- Okma P, Veenhoven R. Is langer leven nog wel leuk? Levensvoldoening van hoogbejaarden in 8 EU-landen. *Sociale Wetenschappen* 1999; 42: 4, 38-62.
- Pelemans W. Geriatricisch profiel. In: *Geriatricie, Dagelijkse Praktijk, Deel 1: Algemene aspecten, Hoofdstuk 2 Profiel geriatricische patiënt*, p. 49-52. 2^{de} ed. 2002, Uitgave Pfizer. ISBN 90-804292-4-4.
- Schelhaas J, Tiesinga LJ, Middel B. Zorg voor mensen met een geriatricische aandoening. In: *Geriatricie, Dagelijkse Praktijk*. 2^{de} ed. 2002, Uitgave Pfizer. ISBN 90-804292-4-4.
- Schuurmans MJ. Preventie van complicaties van ziekenhuisopname bij oude patiënten. In: *Geriatricie, Dagelijkse Praktijk*, 2^{de} ed. 2002, Uitgave Pfizer. ISBN 90-804292-4-4.
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
- Studiedienst Vlaamse Regering (SVR) – vroegere Administratie Planning en Statistiek -, 2007. Standaard Fiche Dataset Veroudering binnen de veroudering (ID: 2196)
- Van Cauwenberge P, Vinck B, Dhooge I. Presbycusis. In: *Geriatricie, Dagelijkse Praktijk, Deel 2: Klinische aspecten*, p. 362-370, . 2^{de} ed. 2002, Uitgave Pfizer. ISBN 90-804292-4-4.
- Verhaeverbeke I, Mets T. Laboratoriumwaarden. In: *Geriatricie, Dagelijkse Praktijk, Deel 1: Algemene aspecten*, p. 16-21. 2^{de} ed. 2002, Uitgave Pfizer. ISBN 90-804292-4-4.
- Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw. Jaarverslagen 2001-2006.

bij de individuele hoogbejaarde aangewezen zijn (cf. de vitale functies). Er is dus nog veel werk voor de boeg om 'best practices' te ontwikkelen.

Levenskwaliteit

De kwetsbaarheid van hoogbejaarden mag ons niet afleiden van de vaststelling dat zij algemeen een bevredigende levensvoldoening ervaren, vooral als hun omgeving en de zorgverlening zich verbonden weet en er afstemming is met de verwachtingen en waarden van hoogbejaarden. De levenskwaliteit van ouderen is momenteel onderwerp van een studie in het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen.

Besluit

Verskillende argumenten verantwoordt specifieke zorg voor hoogbejaarden. Het adagium 'kwaliteit aan het leven toevoegen' geldt zeker voor hoogbejaarden en betekent ook, reactiverende thuisverpleging. Inspanningen zijn nodig met betrekking tot deskundigheidsbevordering rond kwetsbaarheid van hoogbejaarden; de ontwikkeling van best practices en eenduidige evaluatie-instrumenten en toegepast verpleegkundig onderzoek. De thuisverpleegkundige heeft het voorrecht om vanuit een authentiek beleefde zorgrelatie, de zorgbehoeften van thuisverblijvende hoogbejaarden te leren kennen.

Dolf De Ridder
Esmeralda Tobing
Louis Paquay

Departement Verpleging
Wit-Gele Kruis van Vlaanderen

Trapliften



verander uw huis
niet uw leven...

Overal in België!
Esthetisch & discreet!
Eigen fabrikaat!

Informatie:

☎ 0800 94 365 - GRATIS

Regionale centra:
02 217 37 84 - 03 239 21 43
011 25 25 43 - 09 216 65 65
050 34 54 50

ThyssenKrupp Monolift nv

Kaleweg 20 - 9030 Gent
Fax 09 216 65 75
info@monolift.be



www.monolift.be

ThyssenKrupp Monolift

Ja, stuur mij uw GRATIS documentatie

TVP

NAAM _____

ADRES _____