



Infecties bij ouderen (dementie)

Practopics 28/01/2022

Dr. Inge Bruynseels

Geriatr SA



CASUS: Mr. Peeters

- 88jr, Parkinsondementie, resident in WZC
- Spoed: sinds enkele dagen: “algemene achteruitgang”
- Nota’s WZC: 1 week geleden angstig en toenemend verward sinds opname echtgenote in ziekenhuis R/ opstart Deanxit en Temesta
- Progressieve achteruitgang met woordvindingsproblemen, verminderde mobiliteit, somnolentie, anorexie → stop Deanxit
- GEEN koorts
- Anamnese niet contributief



CASUS: Voorgeschiedenis

- Arteriële hypertensie.
- Ischemisch hartlijden: 3 stent (DES) in de LAD. Matige MI. Tweede graads AV-blok. Verbod op bradycardiserende medicatie !
- Leeftijdsgebonden maculadegeneratie.
- Degeneratief ruglijden - infiltraties L5 Re.
- Prostatisme. TURP: chronische prostatitis (2012); PSA 4,0 µg/L (2015).
- 2010 Bilaterale liesbreukoperatie.
- 2020 Gevorderde sensorimotore axonale + demyeliniserende polyneuropathie OLM.
- 2020 Parkinsondementie. Multi-infarctsyndroom op MRI. MMSE 16/30.
- recidiverend vallen, orthostatisme.
- 10/2020 COVID-pneumonie, delier.

- COVID-vaccinatiestatus: 3x Pfizer.
- Geen gekende allergie.



CASUS

Medicatie bij opname:

- Asaflow 80mg (8u)
- Betmiga 50mg (20u)
- Finasteride 5mg (20u)
- Prolopa 250-125-250mg (8u-12u-17u)
- Steovit 1000/880 (12u)
- Temesta 1mg voor slapengaan

Klinisch onderzoek:

- Parameters: BD 202/89mmHg; pols 69/min; Sat 97%; T°37; glyc 86
- Suf, wel wakker op aanspreken, verwarde spraak, lijkt gedehydrateerd
- PEARL, geen duidelijke lateralisatie, niet nekstijf, rigied +++
- Long: VAG, geen bijgeluiden
- Cor: S1S2, geen soufflé, regelmatige harttonen
- Abdomen: Soepel, geen drukpijn, wel grimassen bij diepe palpatie vnl rechter hypochonder, geen loslaatpijn, normoperistalsis
- Geen malleolaire oedemen

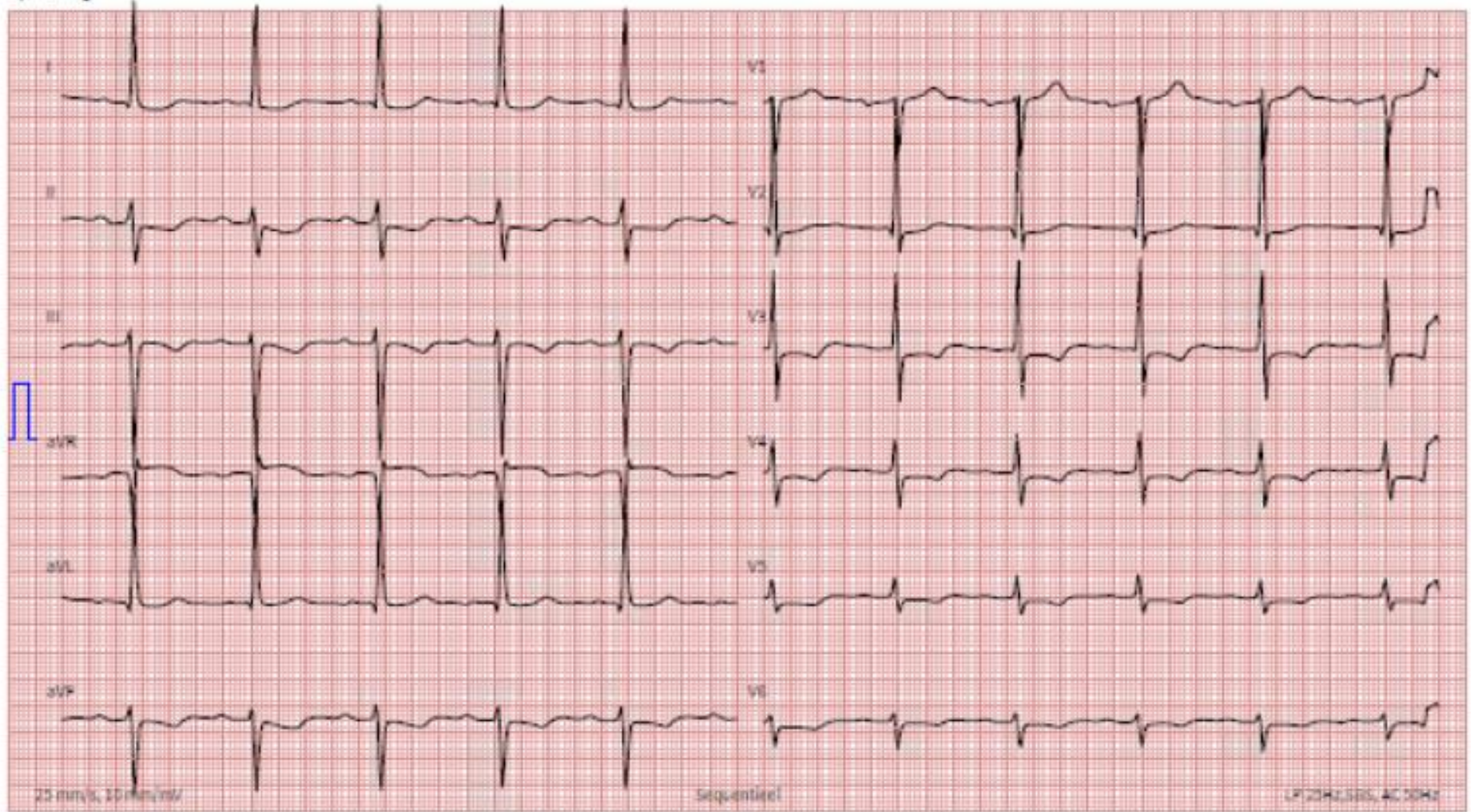


Bezoek-ID: 2600929877
Kamer:
Order-ID:
Best. zorgve...
Verw. arts: 11961662
Apparaat-ID:

HF 66 bpm
RR 907 ms
P 126 ms
PR 204 ms
QRS 94 ms
QT 444 ms
QTcB 465 ms

Sinusaal 66/Min. LAHB. Strain beeld. Vroege R/S omslag.
Gevalideerd door DR119842*Dr. Sellenagh - 09.12.2021 14:20:12

Medicatie
Opmerking





CASUS: LABO

Hemoglobine	13,9	g/dL	13,3-17,6
Erythrocyten	4,60	10E12/L	4,20-5,90
RBC distribution width	12,7	%	12,2-14,8
Hematocriet	0,397	L/L	0,390-0,5 10
MCV	86,3	fL	79,1-99,0
MCH	30,2	pg	26,7-34,5
MCHC	35,0	g/dL	33,2-36,9
Leucocyten	+ 10,36	10E9/L	3,30-9,30
Immature granulocyten	0,6	%	0,0-2,0
Neutrofielen	+ 80,1	%	40,2-74,7
Eosinofielen	-- 0,3	%	0,9-8,4
Basofielen	0,1	%	0,0-1,5
Lymfocyten	-- 13,1	%	17,6-47,6
Monocyten	5,8	%	4,0-11,3
Neutrofielen absoluut	++ 11,48	10E9/L	1,56-7,08
Lymfocyten absoluut	1,88	10E9/L	0,98-2,85
Monocyten absoluut	+ 0,84	10E9/L	0,20-0,64
Trombocyten	167	10E9/L	131 - 360



Ureum	30	mg/dL	18 – 55
Creatinine	0,74	mg/dL	0,73-1,18
eGFR MDRD	>60	mL/min/1,73m ²	> 60
eGFR CKD-EPI	82(1)	mL/min/1,73m ²	> 60
Urinezuur	4,3	mg/dL	3,5-6,0
Natrium	138	mmol/L	136 – 145
Kalium	- 3,1	mmol/L	3,50-5,10
Chloride	102	mmol/L	98 – 107
Bicarbonaat	30	mmol/L	23 – 31
Aniongap	- 9,1	mmol/L	12,0-17,0
Calcium	- 2,11	mmol/L	2,29-2,59
Fosfaat	- 0,68	mmol/L	0,74-1,52
Magnesium	0,78	mmol/L	0,66-1,07
Bilirubine totaal	+ 1,5	mg/dL	0,3-1,2
Bilirubine direct	+ 0,6	mg/dL	0,0-0,5
Bilirubine indirect	+ 0,9	mg/dL	<0,7
AST (SGOT)	17	U/L	< 34
ALT (SGPT)	11	U/L	< 55
Gamma gt	11	U/L	11 – 59
Alkalische fosfatase	61	U/L	43 – 160
LDH	204	U/L	125 – 220
Lipase	10	U/L	< 78
CK	75	U/L	30 – 200
CRP	11	mg/L	< 6





Microbiologie: Urine midstream

Eiwit-kwalitatief	spoor	negatief
Glucose-kwalitatief	++++	negatief
Ketonen	neg	negatief
Densiteit	+ 1,033 mg/dL	1,000-1,030
pH	5,0	5,0-9,0
Bilirubine	neg	negatief
Urobilinogeen	neg	negatief
Hemoglobine	+++	negatief
Rode bloedcellen	+ 85(2) rbc/ μ L	< 23
Witte bloedcellen	+ 62(3) wbc/ μ L	< 25
Leucocyt esterase	+	negatief
Bacteriën	+	negatief
Nitriet	+	negatief
Epitheelcellen	23(4)cellen/ μ L	< 31



CASUS: verder beleid?



Resultaat: Escherichia coli >100.000 kiemen/ml

- ampicilline-amoxycilline S
- temocilline S
- cefuroxime S
- cefotaxime S
- ceftriaxone S
- cefepime S
- amikacine S
- tobramycine S
- fosfomycine S
- amoxycilline-clavulaanz. S
- piperacilline-tazobactam S
- meropenem S
- co-trimoxazole S
- ciprofloxacin S
- levofloxacin S
- nitrofurantoin S



Casus

RX THORAX AAN BED F:

- Mediane trachea ligging.
- Liggende hartschaduw.
- Versterkte interstitiële tramatekening op niveau van beide longen, meest uitgesproken bibasaal, zonder duidelijke neiging tot confluentie.
- Scherpe costodiafragmatische sinussen.
- Geen suspecte coin laesies.

ECHO ABDOMEN VOLLEDIG:

- Cholecystolithiase. Onopvallende galblaaswand. Geen vrij vocht in het galblaasbed. Geen aanwijzingen voor acute cholecystitis.
- De intrahepatische galwegen zijn niet gedilateerd. De extrahepatische galwegen zijn evenwel, tengevolge van storende darmgassuperpositie, niet adequaat beoordeelbaar.
- Ook het retroperitoneum is omwille van dit gegeven niet adequaat beoordeelbaar.
- Corticale niercyste aan de bovenpool van de rechternier. Geen dilatatie van het pyelocaliciële stelsel van deze rechternier.

ECG: Sinusaal 66/Min. LAHB. Strain beeld. Vroege R/S omslag.



Aanpak infecties bij ouderen



Verhoogd risico op infectie bij ouderen

- **Immunosenescentie** = leeftijdsgebonden remodelering van het immuunsysteem
 - Verandering natuurlijke barrières: huid, longen, gastro-intestinaal (mucosa)
 - Verandering in cellulaire en humorale immuniteit: cellen en cytokines
 - Verzwakte signaaltransductie na cytokinebinding (virussen, schimmels)
 - Verminderde antilichaamproductie na vaccins (CD4/CD8, B-cel)
 - Verminderde IG productie
- Chronische ziekten: DM, COPD, hartfalen
- WZC, dagopvangcentra, revalidatiecentra, kortverblijven



Ziektepresentatie

Ontbreken koorts, infectie-specifieke symptomen en localisatie

Aspecifieke symptomen

- Verwardheid, bewustzijnsverandering, gedragsveranderingen, vallen, anorexie, hyperglycemie, etc...
- Hypothermie ! (Verandering in thermoregulatie)
- ≠ start AB
- Klinisch onderzoek, medicatienazicht, diagnostiek en rehydratie !
- Laagdrempelig met technische investigaties (gebrek aan communicatie)



Antibiotica management

- “Watchful waiting” versus empirisch breedspectrum starten ?
- CAVE ! multiresistente kiemen bij recente hospitalisatie/institutionalisering, recent AB-gebruik, katheters in situ
- CAVE ! Septisch hemodynamisch instabiele patiënt
- Vroegtijdige zorgplanning !
- ASAP downgraden obv culturen, AB-gram
- CAVE ! Interacties warfarine, antacida, digoxine
- Initieel high dose, in tweede tijd aan te passen aan eGFR
- Kort behandelingsduur (5-7 dagen)
- Asymptomatische bacteriurie niet behandelen
- 50% in WZC: drager multiresistente kiemen
- Clostridium colitis (fluoroquinolones)



Urineweginfecties

Diagnostische uitdaging ! Aspecifieke symptomen !

Hoge prevalentie asymptomatische bacteriurie:

- In WZC tot 50% bij vrouwen en 25% bij mannen en tot 100% bij sondes !

CAVE overbehandeling → resistentie !

Behandeling bacteriurie bij delier, vallen of verwardheid:
geen verbetering outcome

Dementie = fluctuaties gedrag

Wanneer urinetesting?

- Klassieke symptomen: dysurie, pollakisurie, de novo incontinentie, hematurie, suprapubische of flankpijn
- Acute ziekte: koorts, bewustzijnsveranderingen, hemodynamische instabiliteit
- Veranderingen in symptomatologie bij chronische LUTS-klachten
- ≠ sterk ruikende urine !
- NIET bij gedragsveranderingen, “algemene achteruitgang” – belang patiëntkennis !



Wanneer start AB bij UWI in WZC

Zonder katheters

Acute dysurie OF

Koorts > 37,9°C EN minstens 1 symptoom:

- Pollakisurie
- Suprapubische pijn / Flankpijn
- Hematurie
- De novo incontinentie

Katheters in situ

Koorts > 37,9 °C

Suprapubische pijn / Flankpijn

Rillingen

De novo delier



UWI: behandeling

Ongecompliceerde cystitis: empirisch starten

- Vrouwen: Nitrofurantoïne 100mg 3x/d 5 dagen
- Mannen: Levofloxacin 500mg 2x/d 7 dagen (prostatitis? PSA-bepaling)

Gecompliceerde cystitis:

- Pyelonefritis, urosepsis: IV behandeling Ceftriaxone of Temocilline 10 dagen
- Prostatitis
 - Acut: 3 weken Levoflox 2x/d
 - Chronisch: 4-6 weken Levoflox 1x/d of co-trimoxazol 3 maanden

Kiemen

- Escherichia coli, K. pneumoniae, Enterococcus faecalis



Pneumonie

Kiemen: Strep. Pneumoniae, Gram-negatieven (H. influenzae, L. pneumophila, M. catarrhalis, Klebsiella spp, Pseudomonas aeruginosa)

Vaccinatie !

Aspiratiepneumonie

- Preventiemaatregelen: positionering, voedingsconsistentie, medicatie-aanpassingen, mondhygiëne, rehydratie, TPN, etc...



Pneumonie

Lft > 60jr = CAP II

Ambulant – CAP II: AmoxyClav 875/125 3x/d ged 5-7dg
(Moxiflox)

Hospitalisatie – CAP III: AmoxyClav 1g 4x/d IV ged 7dg (na 3dg:
Azithromycine 500mg, 1x/d ged 3 dg)

Aspiratiepneumonie

- Buiten ZH: Amoxyclav
- Binnen ZH / voorgaand AB (WZC): Piperacilline/Tazobactam 4g, 4x/dag IV ged 7 dg (evt + 1g Amikacine ged 1-3dag)



Sepsis

- CAVE afwezigheid van rillingen, koorts, transpiratie
- Belang afname hemoculturen !
- Tachycardie, hypotensie !
- Hoge mortaliteit tot 50% in hospitaal
- < gastro-intestinaal, genito-urinair: gram-negatieve (E. coli – K. Pneumoniae)
- Amoxyclav 1g, 4x/d (+ Amikacine) ged 10 dagen (downgrading!)
- CAVE Staph – Strep (wondes): endocarditis ! Vreemd materiaal: katheters, prothesen, pacemaker



Endocarditis

- Degeneratief kleplijden
- Kunstkleppen
- Risico 5x !
- Laagdrempelig met TEE (delier, agitatie)
- Aanhoudende koorts, leucocytose
- Minder frequent: embolische events, splenomegalie, vasculitis
- Streptococcus viridans; staphylococcen 80%



Koorts e causa ignota

= Koorts $> 38,3^{\circ}\text{C}$, gedurende 3 wk, ondanks doorgedreven diagnostische evaluatie gedurende 1 week

Endocarditis, spondylodiscitis – vreemd materiaal !

Prevalentie hoger: PMR, art. temp. – sedimentatie !

Maligniteiten !

Uitsluiten TBC



Take Home Messages

Verhoogd risico op infecties bij ouderen

Atypische ziektepresentatie (dementie)

Klinisch onderzoek, medicatienazicht,
diagnostiek en rehydratie !

Afweging: “Watchful waiting” versus empirisch
breedspectrum AB

- Kritisch zieke patiënt

- Multi-resistente kiemen

- Vroegtijdige zorgplanning

- Downgrading, initieel high dose, korte behandelingsduur

- Asymptomatische bacteriurie



Referenties

GZA Antibioticagids

UpToDate: Approach to infection in the older adult.

UpToDate: Swallowing disorders and aspiration in dementia.

Weiskopf D, Weinberger B, Grubeck-Loebenstein B. The aging of the immune system. *Transpl Int* 2009; 22:1041.

Rowe TA, Jump RLP, Andersen BM, et al. Reliability of nonlocalizing signs and symptoms as indicators of the presence of infection in nursing-home residents. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2020; :1.

Herring AR, Williamson JC. Principles of antimicrobial use in older adults. *Clin Geriatr Med* 2007; 23:481.

Centers for Disease Control and Prevention. The core elements of antibiotic stewardship for nursing homes. Available at: <https://www.cdc.gov/longtermcare/prevention/antibiotic-stewardship.html> (Accessed on October 11, 2019).

Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med* 2007; 23:585.

Balogun SA, Philbrick JT. Delirium, a Symptom of UTI in the Elderly: Fact or Fable? A Systematic Review. *Can Geriatr J* 2014; 17:22.

El-Solh AA, Sikka P, Ramadan F, Davies J. Etiology of severe pneumonia in the very elderly. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:645.

Kaye KS, Marchaim D, Chen TY, et al. Predictors of nosocomial bloodstream infections in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59:622.

Dhawan VK. Infective endocarditis in elderly patients. *Clin Infect Dis* 2002; 34:806.

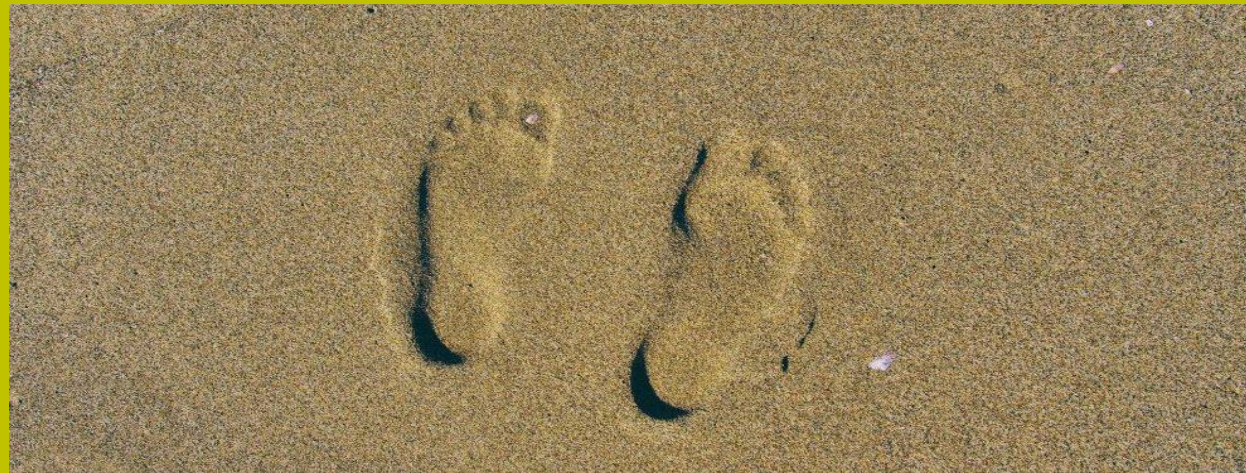


Cognitieve achteruitgang en vallen

Practopics : Dementie en...

28/01/2022

Dr. Inge De Groof – Geriater GZA



Vallen bij bejaarden



32-42% van de 75plussers valt jaarlijks

- 15- 50% >1 keer / jaar
- Valrisico neemt toe per leeftijdsdecade
- 50% bij 85 plussers

Ziekenhuis

- 2,9 tot 13 valincidenten per 1000 verpleegdagen
- 8-44 % valt meerdere keren tijdens opname

Risicogroep in ziekenhuizen :

- Ischemisch CVA
- Geriatrische afdeling
- Oncologisch probleem

WZC 's

- 30-70% valt minstens 1x/jaar



Vallen bij de bejaarde



- **Morbiditeit**
 - Fysiek letsel
 - 30-50 % klein letsel
 - 10-15 % ernstig letsel
 - Valangst
- **Mortaliteit**
 - 2,2 % opnames door val → overlijden
 - Heupfracturen : mortaliteit 25-33% binnen het jaar
- **Economische impact**
 - Heupfractuur : = 13 000 euro meerkost
 - Opname WZC

Vallen bij de bejaarde



- Zelden 1 enkele oorzaak
- **Combinatie**
 - Normale veroudering
 - Bijkomende stress
 - Intrinsieke factoren : lichaamsgebonden
 - Extrinsieke factoren : omgeving; medicatie

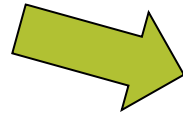


Vallen bij de bejaarde

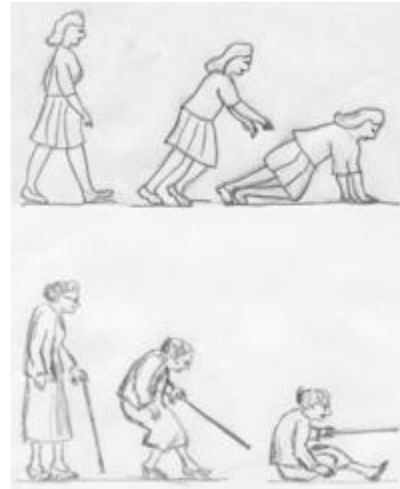
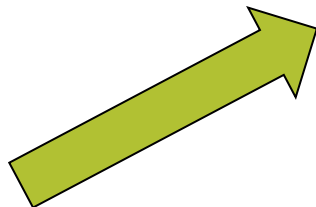
MULTIFACTORIEEL

INTRINSIEKE FACTOREN

Leeftijdsgebonden
veranderingen



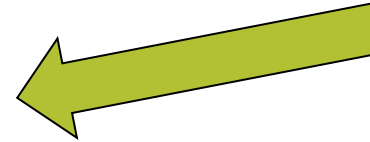
Medische
aandoeningen



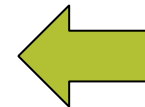
Vallen

EXTRINSIEKE FACTOREN

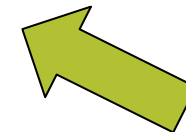
Medicatie



Verkeerd gebruik van
hulpmiddelen



Omgevingsfactoren



Vallen bij personen met dementie



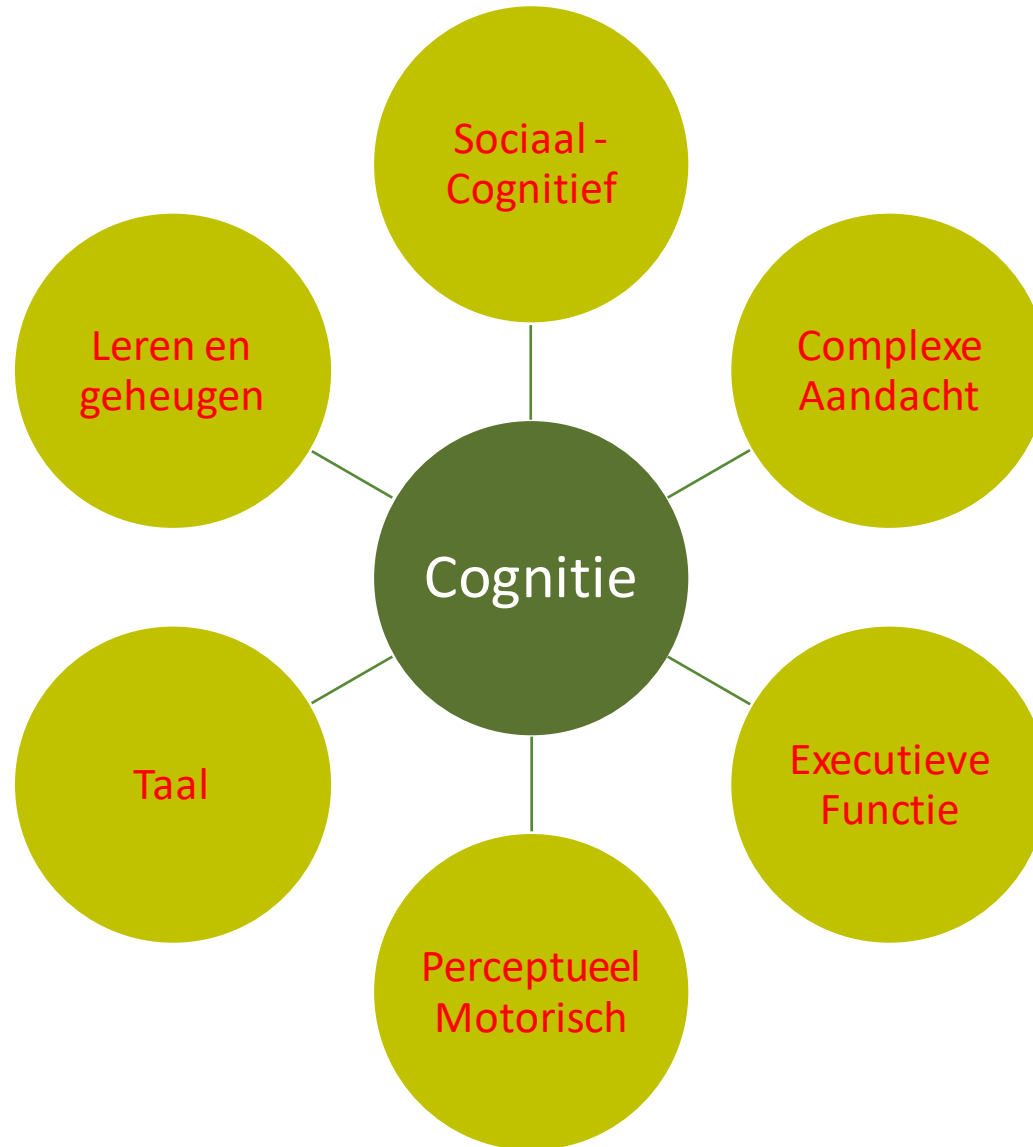
- Valincidentie x 2-3
- 2/3 valt jaarlijks
- Letsels hebben meer impact
 - Ernstiger
 - Postoperatieve complicaties
 - institutionalisering
- Valpreventiemaatregelen hebben beperkt succes

Vallen bij de bejaarde



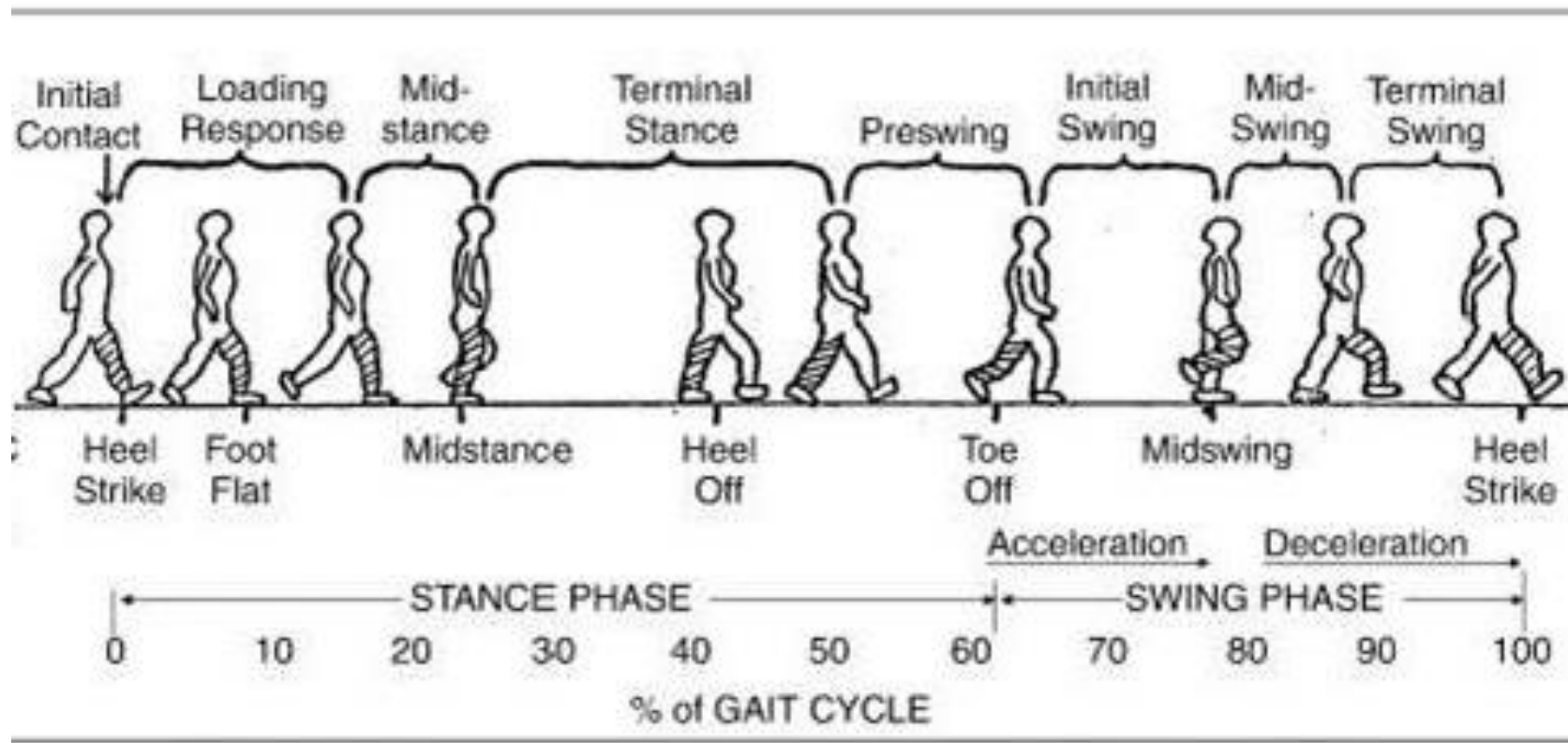
- Locomotoriek
- Evenwicht
- Cognitie
 - Sensorische input (visueel, proprioceptief, vestibulair)
 - Motorische planning
 - Executie (planning, initiatie, automatisatie, integratie, coördinatie)

Gang en cognitie



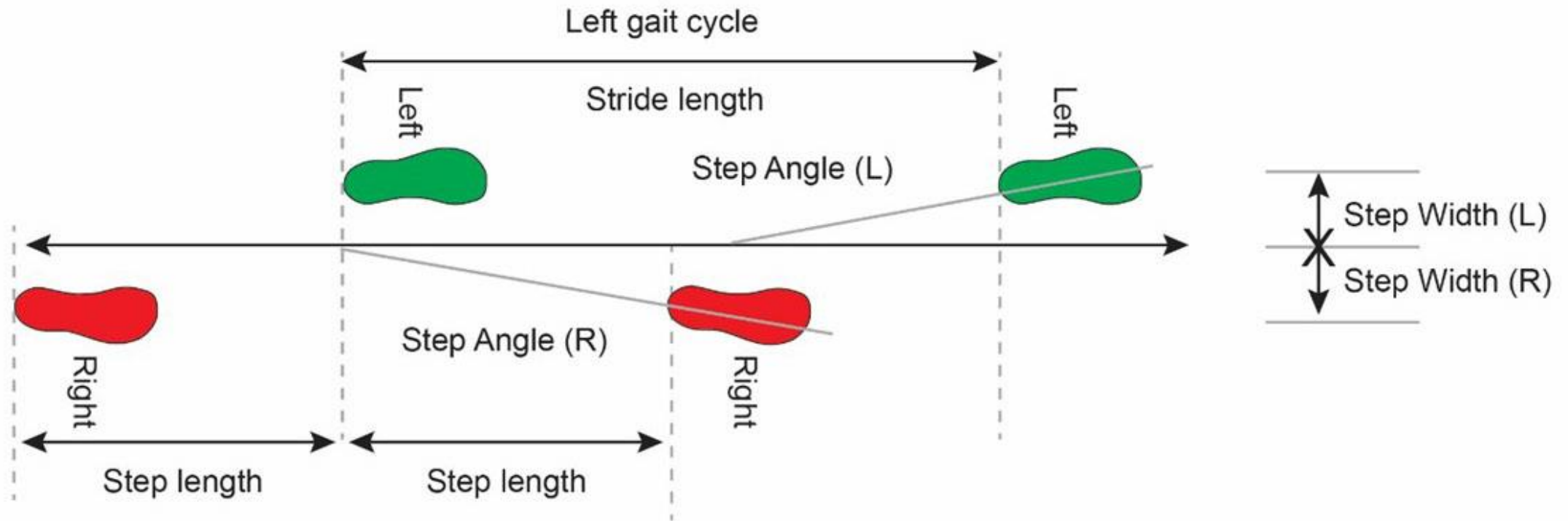


Ganganalyse - parameters





Ganganalyse - parameters



Ganganalyse



Term	Definition
Gait speed	Distance walked per unit time
Step width	Lateral distance between the heels for consecutive heel strikes of the two feet
Stride width	Perpendicular distance from the heel of one foot to the line connecting two consecutive heel strikes of the contralateral foot
Step length	Distance between the heels in the anteroposterior direction for consecutive heel strikes of opposite feet
Stride length	Distance between the heels in the anteroposterior direction for consecutive heel strikes of the same foot
Stride time	Time between consecutive heel strikes of the same foot
Cadence	Number of steps taking per unit time
Gait variability	Step-to-step deviations/variations in gait parameters
Gait cycle	One complete cycle of one limb starting when the foot first contacts the ground to when the same foot next contacts the ground
Stance phase	Phase of gait cycle from touchdown to liftoff of the same foot
Swing phase	Phase of gait cycle during which the foot of interest is not on the ground
Double support	Both feet are simultaneously contacting the ground
Single support	Only one foot is in contact with the ground





Ganganalyse bij ouder worden

- Staplengte verkort
- Gangsnelheid vertraagt
- Double stance time verlengt

→ behoud stabiele gang

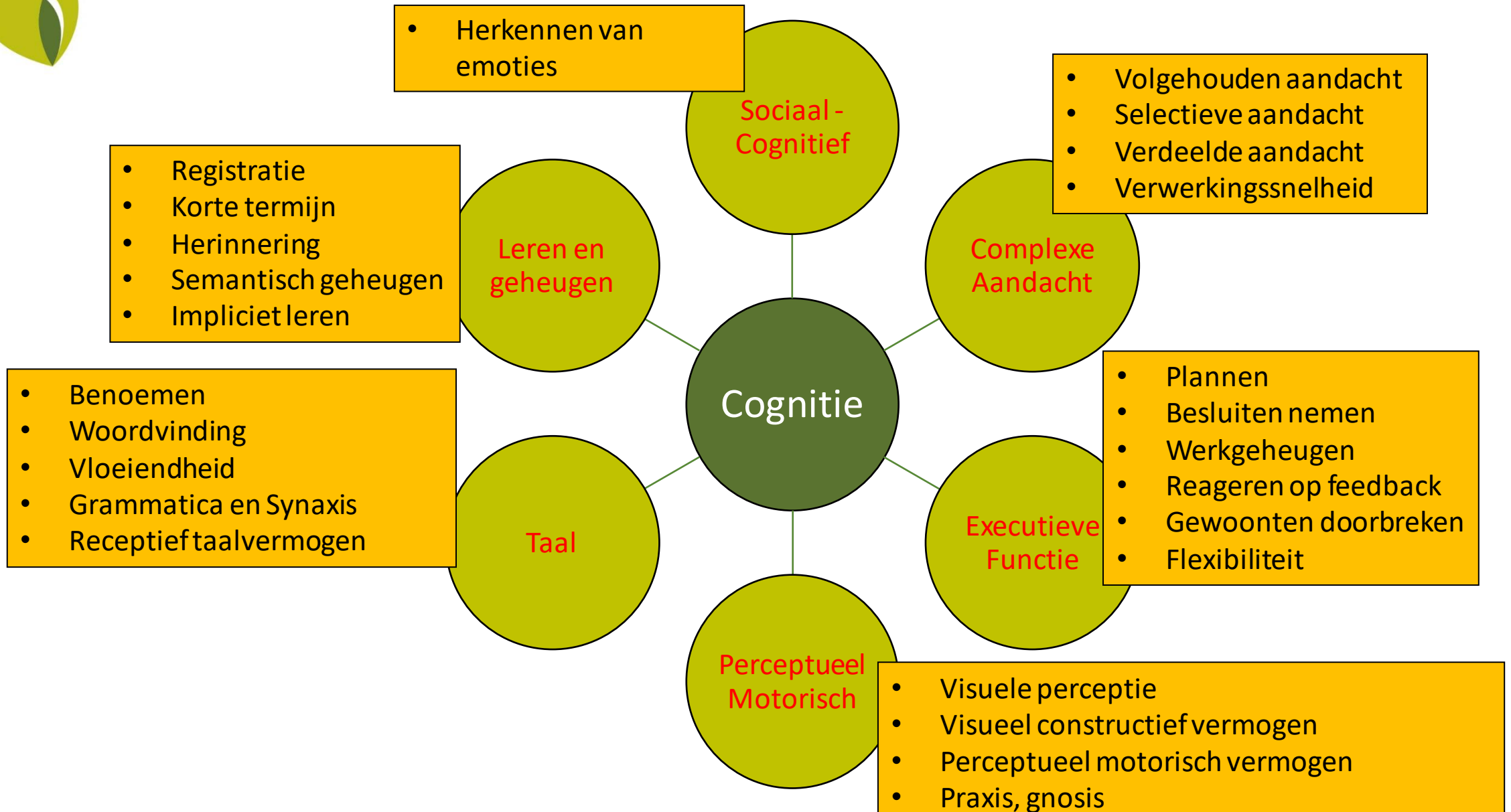


- Verdere ↓ gangparameters
 - Temporele parameters
 - Snelheid
 - Cadans
 - Stride time
 - Stride time variabiliteit
 - Stance time
 - Stride lenght tijdens eenvoudige taak
 - Stide lenght tijdens tweevoudige taak
 - Stride time variability

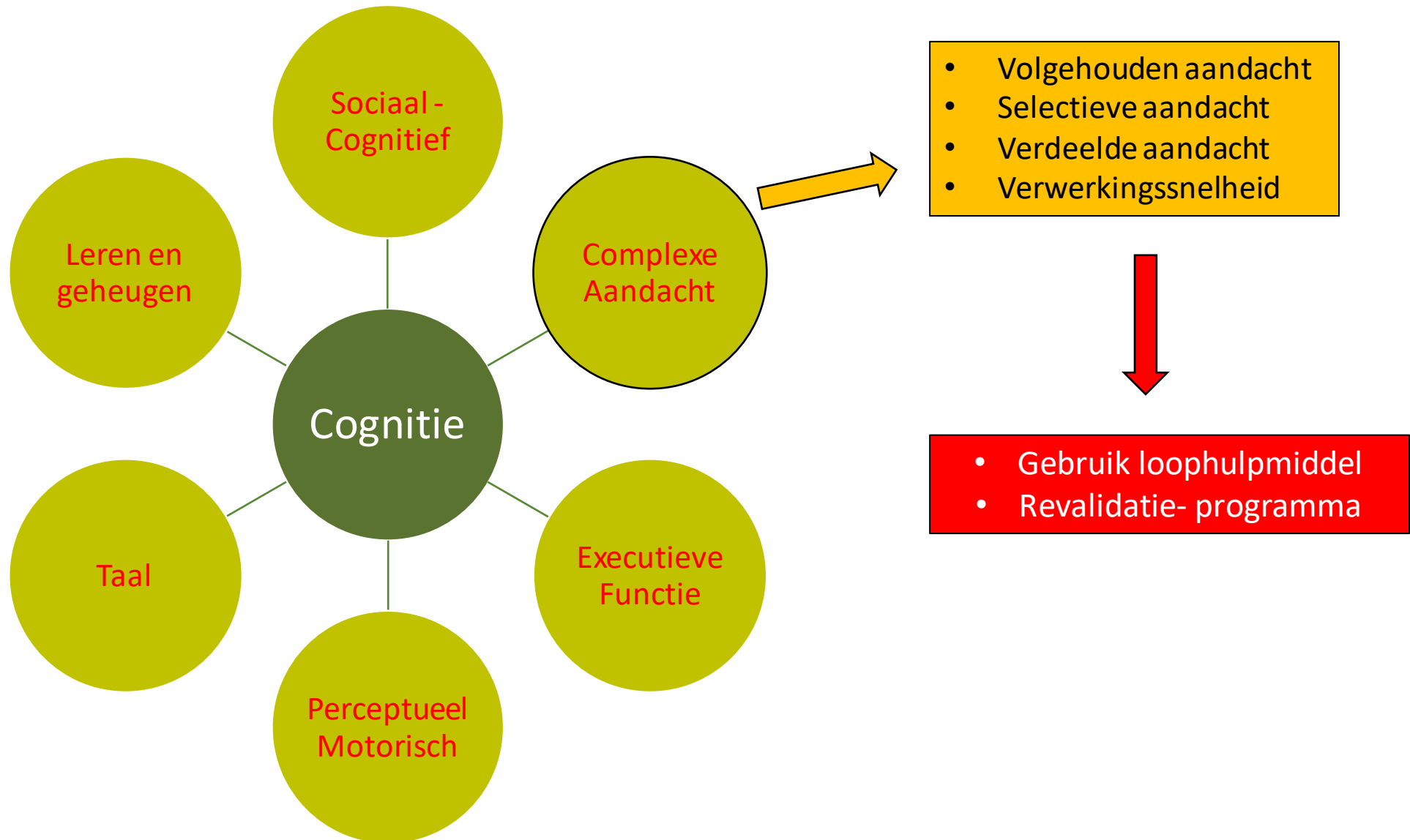


- Voorspeller voor cognitieve achteruitgang
 - 3-9 jaar voor diagnose dementie
 - MCI
 - Dementie
 - Non- AD dementie en vasculaire dementie

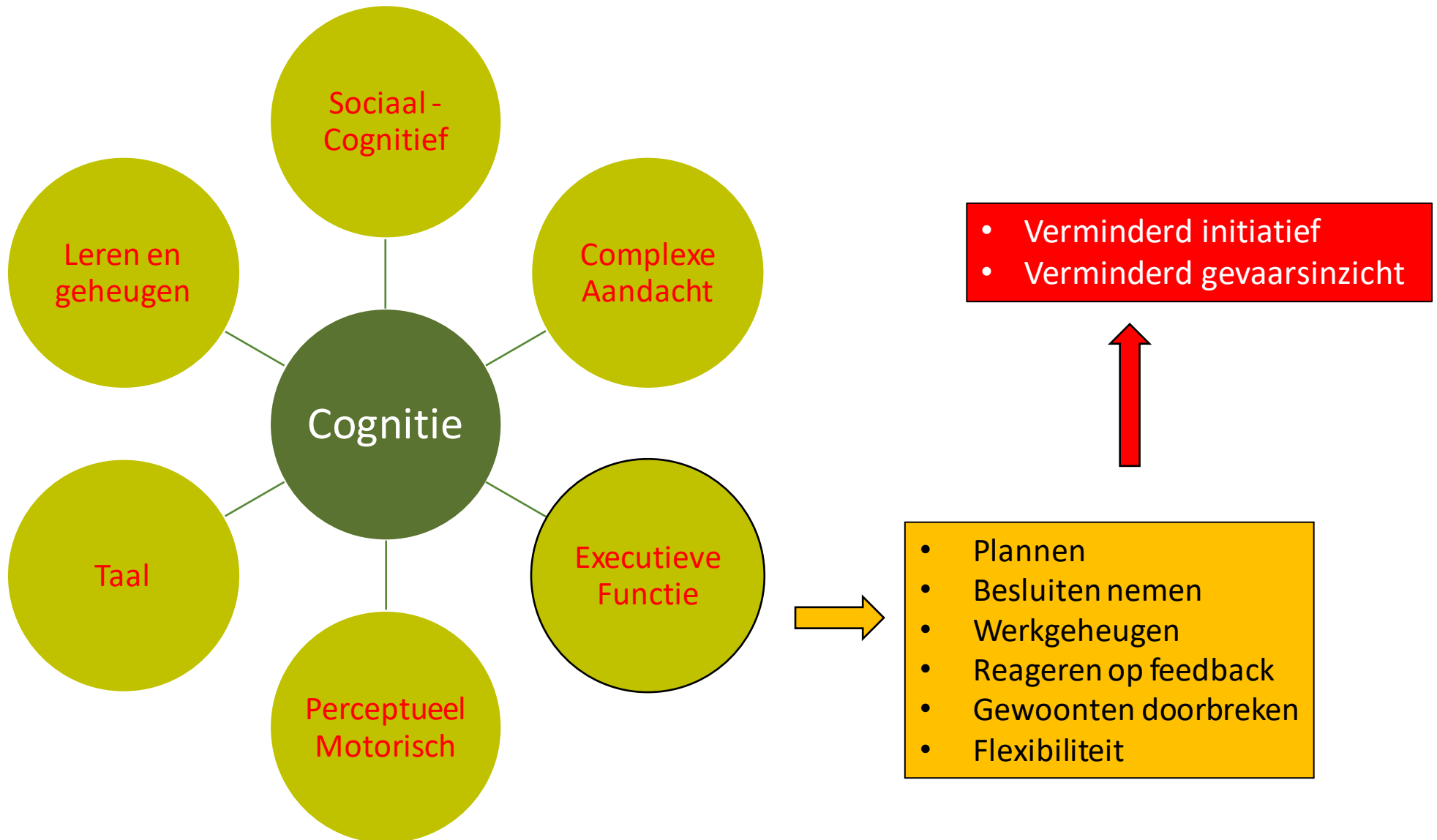
Gang en cognitie



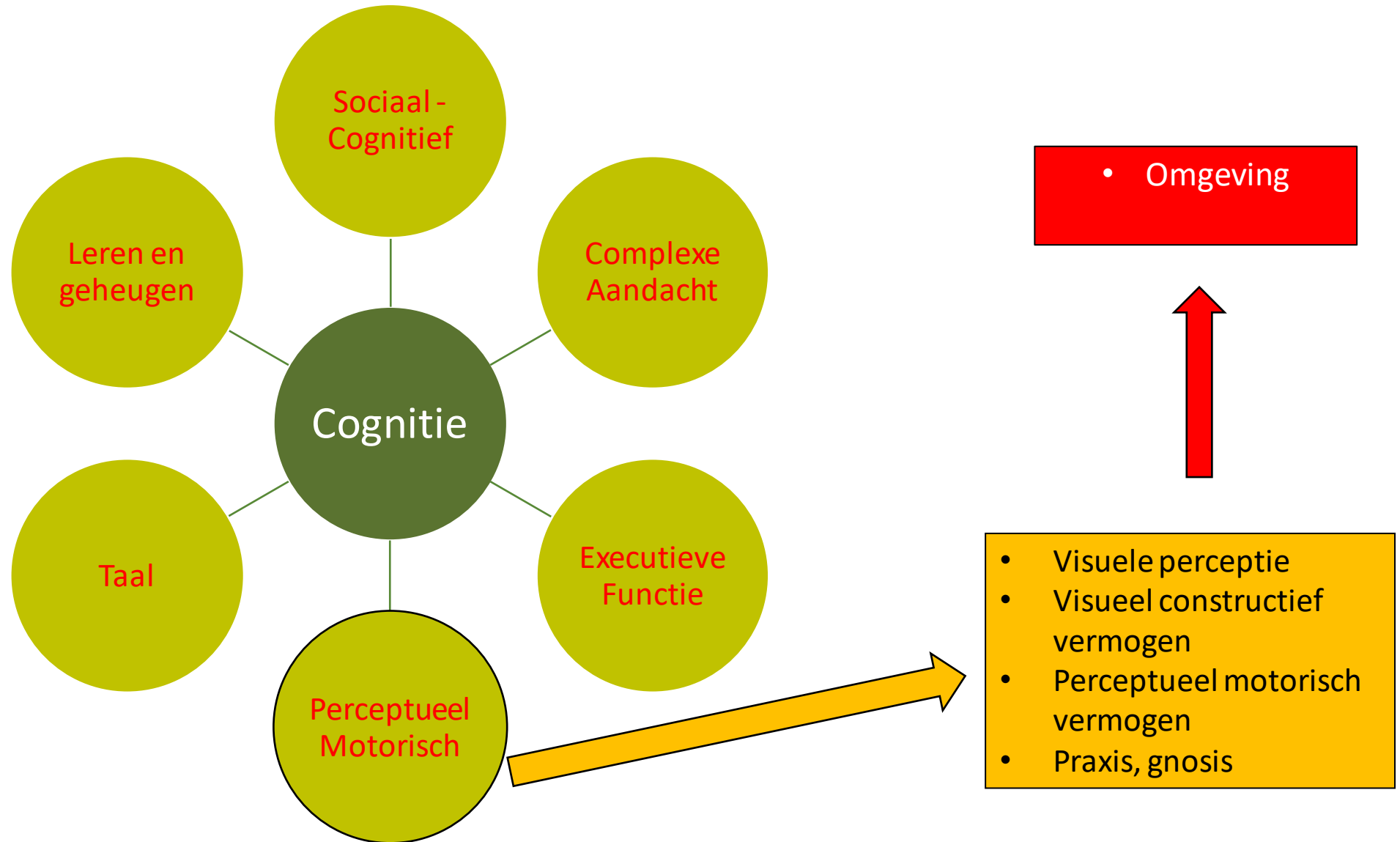
Gang en cognitie



Gang en cognitie



Gang en cognitie



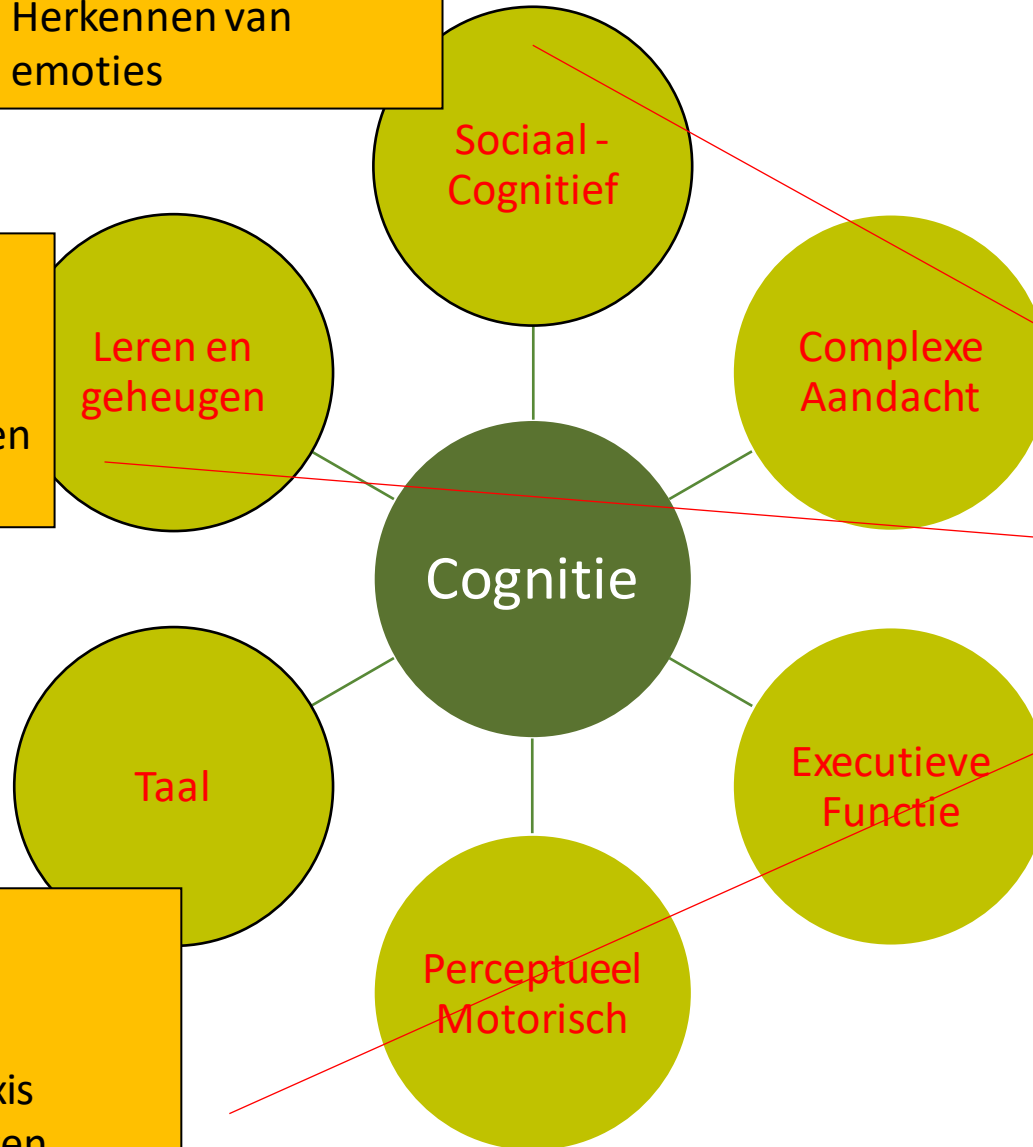
Gang en cognitie



- Herkennen van emoties

- Registratie
- Korte termijn
- Herinnering
- Semantisch geheugen
- Impliciet leren

- Benoemen
- Woordvinding
- Vloeiendheid
- Grammatica en Synaxis
- Receptief taalvermogen



- Orientatie
- Dwaalgedrag
- Begrijpen instructies
- Aangeven angst, pijn, ...

Interventies



- Multifactorieel
- **NOG MEER** patiëntgericht





- **Identificatie risicofactoren**
 - Chronische pathologie
 - Acute pathologie
- **Kinesithérapie**
 - Kracht
 - Lenigheid
 - Evenwicht
 - Conditie
 - Transfer training



- Medicatie-nazicht

Benzo-diazepines, neuroleptica, antidepressiva, anti-epileptica, diuretica, anti-arritmica, digoxine

- Orthostatisme

- Schoeisel

- Valangst

- Osteoporose



- Nazicht executieve functies
 - + training executieve functies
- Nog meer op maat patiënt
 - Loophulpmiddel aangepast
 - ↓ Initiatief
 - ↓ Ziekte-inzicht -> veilige omgeving
 - ↓ Leervermogen

Vragen ?





- www.valpreventie.be
- Milisen K., Leysens G., Vanaken D., Poels J., Vlaeyen E., Janssens E., Dejaeger E., Gielen E., Bautmans I., Balligand E., Adriaenssens J., Cambier D., Goemaere S., De Coninck L., Vandierendonck S., De Meester F., Van Acker R., Hamblok T., & Cuneson B. (2017). Vlaamse richtlijn 'Valpreventie bij thuiswonende ouderen'. www.valpreventie.be, Leuven & www.ebmpracticenet.be, Antwerpen.
- Cohen JA, Verghese J. Gait and dementia. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:419-427. doi: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00022-4.
- Zhang W, Low LF, Schwenk M, Mills N, Gwynn JD, Clemson L. Review of Gait, Cognition, and Fall Risks with Implications for Fall Prevention in Older Adults with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019;48(1-2):17-29. doi: 10.1159/000504340.
- Chiamonte R, Cioni M. Critical spatiotemporal gait parameters for individuals with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Hong Kong Physiother J*. 2021 Jun;41(1):1-14. doi: 10.1142/S101370252130001X.
- Darweesh SKL, Licher S, Wolters FJ, Koudstaal PJ, Ikram MK, Ikram MA. Quantitative gait, cognitive decline, and incident dementia: The Rotterdam Study. *Alzheimers Dement*. 2019 Oct;15(10):1264-1273. doi: 10.1016/j.jalz.2019.03.013.
- Axer H, Axer M, Sauer H, Witte OW, Hagemann G. Falls and gait disorders in geriatric neurology. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010 May;112(4):265-74. doi: 10.1016/j.clineuro.2009.12.015.
- Beauchet O, Annweiler C, Callisaya ML, De Cock AM, Helbostad JL, Kressig RW, Srikanth V, Steinmetz JP, Blumen HM, Verghese J, Allali G. Poor Gait Performance and Prediction of Dementia: Results From a Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Jun 1;17(6):482-90. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.092.
- Eriksson S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Risk factors for falls in people with and without a diagnose of dementia living in residential care facilities: a prospective study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008 May-Jun;46(3):293-306. doi: 10.1016/j.archger.2007.05.002.
- Ceïde ME, Ayers EI, Lipton R, Verghese J. Walking While Talking and Risk of Incident Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018 May;26(5):580-588. doi: 10.1016/j.jagp.2017.12.009 •



Vroegtijdige zorgplanning bij neurocognitieve stoornissen

Practopics - plus
Dr. Sandrine Gilliot



Overzicht

- Casus
- Wat
- Waarom
- Wanneer
- Drempels
- Wilsbekwaamheid
- Conclusie



CASUS

94j alleenstaande vrouw

- VG: hartfalen, aortaklepstenose, CNI
- Via spoed binnen met dyspnoe, koorts, zuurstofnood 10L
- DD/ pneumonie en cordecompensatie
- DNR gesprek op spoed: "Dokter, ik heb schrik om te sterven, ik wil 'alles' nog!"



Did You Know?

9 in 10 people think it's important to talk about their healthcare wishes,



but only 3 in 10 people have actually talked with loved ones about their wishes for treatment and care.¹





WAT

- Advance Care Planning (ACP) of vroegtijdige zorgplanning (VZP)

= proces

waarbij persoon, in overleg met naasten/zorgverleners

- op voorhand
- doelstellingen en beslissingen omtrent manier van zorg
- permanente dialoog

Who should be involved in advance care planning?





WAT





WAAROM

Doel: zorg geven overeenkomend met waarden, verwachtingen + levensgeschiedenis

zorg = 3-voudig : patiënt/familie/zorgverlener

Benefits of Advance Care Planning



Helps ensure you receive care that is consistent with your beliefs, values and preferences.



Helps lessen the stress, anxiety and depression of loved ones or family members



Reduces non-beneficial transfers to acute care and unwanted interventions



Can improve end-of-life care, and person and family satisfaction with care



Verwachtingen vs realiteit





Hoe wensen mensen te sterven?

- In hun slaap
- Zonder het te beseffen
- Niet voorafgegaan door een periode van aftakeling of pijn



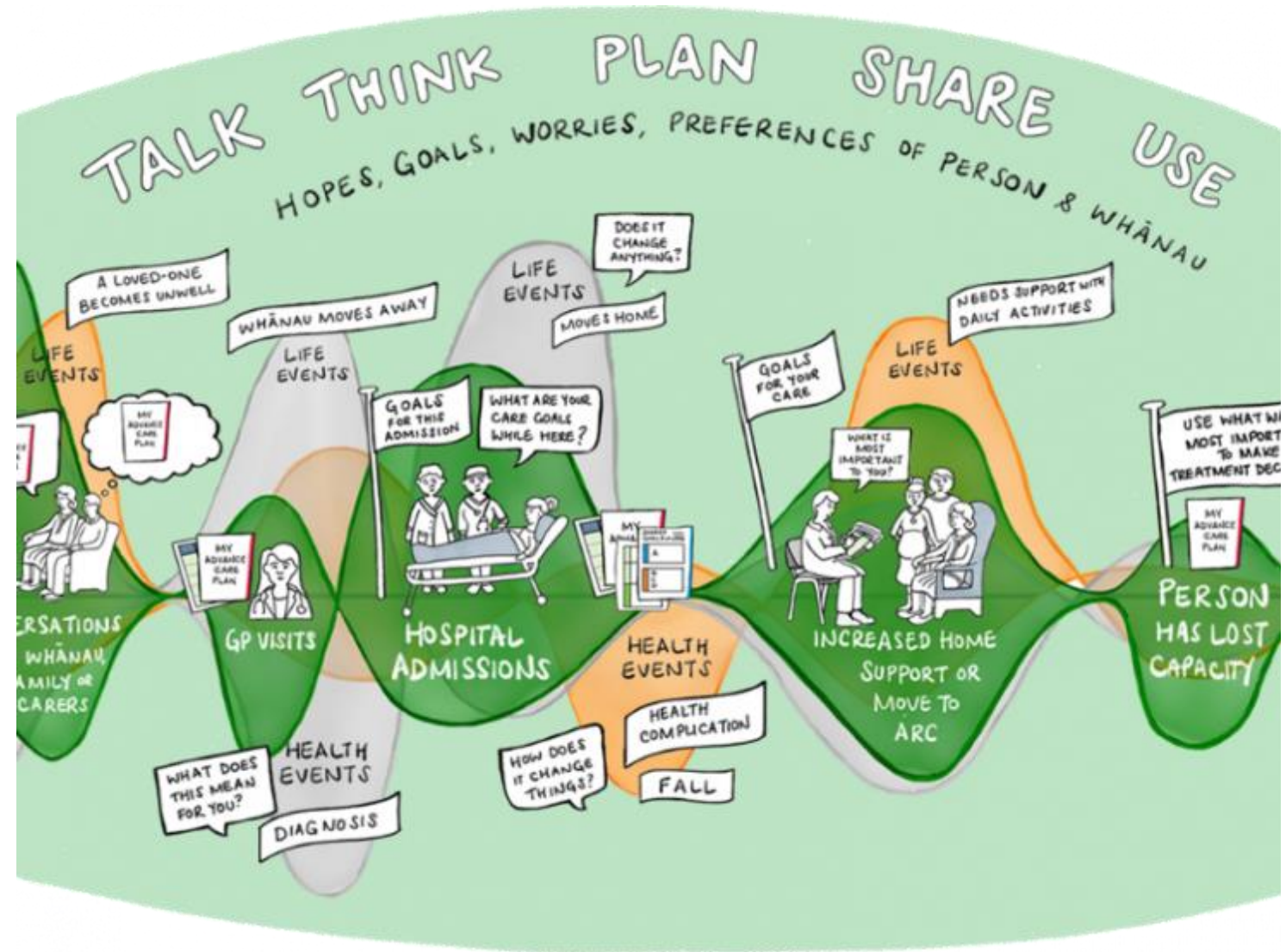
Hoe sterven mensen?

- 74% in zorgvoorzieningen
- 1/3 incontinent - volledig zorgafhankelijk
- 40% wilsonbekwaam
- Gedomineerd door complexe medische en ethische beslissingen



Wanneer

- Zo vroeg mogelijk
- Belang thuiszorg!
- VZP = continu proces
altijd herzienbaar
≠ 1 gesprek





Talking About Healthcare Wishes

Do's and Don'ts

DO let your loved ones know what matters to you, and the decisions you would want them to make.

Here's what's important to me...



DON'T start the conversation at an inconvenient time.

Happy Birthday to you...
Is now a bad time to talk about my medical wishes?



DO write down your healthcare wishes and who can advocate for you if you are unable.

Feels good to finally do this.



DON'T keep putting it off.

The best time to discuss this is... far in the future!

Wrong!



Visit landmarkhealth.org to learn more about advance directives and documenting your healthcare wishes.



Drempels/valkuilen

- Vaak 'te laat' om over vtzp te spreken
- Uitstelgedrag
- Tijdsdruk
- Gebrek aan ervaring
- Financieel aspect (geen nomenclatuur-nummer)





Moeilijkheden voor de arts

- VZP nog sterk gelinkt aan prognose
 - Moeilijk om prognose in te schatten
 - Optimistische schattingen
 - Langer gekend > minder geneigd om gesprek te starten
- Bij dementie is 'vroeg'tijdige zorgplanning noodzakelijk
 - Frequent bij personen met dementie
 - Cardiorespiratoir arrest
 - Infecties
 - Eetstoornissen / slikstoornissen
 - Opname



Uitkomst reanimatie bij ouderen

Uitkomst REA na hartstilstand buiten het ziekenhuis

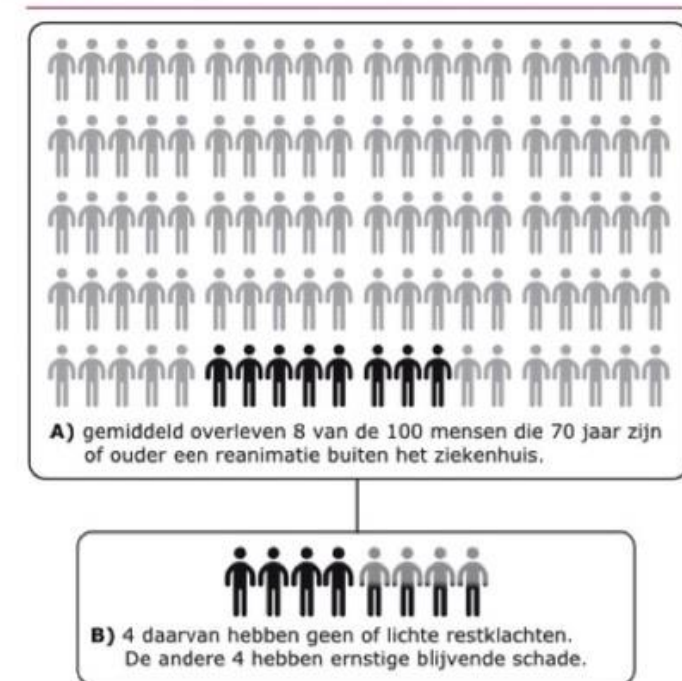
Leeftijd	Overleving (levend het ziekenhuis verlaten)*	Geen tot milde neurologische schade (CPC 1-2)*	Overleving na 1 jaar	Significant kleinere overlevingskansen bij:
70+	2,4-14%	1,2-5,7%	Slechts 1 studie gevonden	Ouderen met verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit), o.a. bij levercirrose, kanker, hypercholesterolemie
80+	3,3-9,4%	Geen uitkomsten gevonden	Geen uitkomsten gevonden	

Uitkomst REA na hartstilstand in het ziekenhuis

Leeftijd	Overleving (levend het ziekenhuis verlaten)*	Geen tot milde neurologische schade (CPC 1-2)*	Overleving na 1 jaar	Significant kleinere overlevingskansen bij:
70+	5,9-32,7%	17%	8-11,3%	Ouderen met ADL-afhankelijkheid en/of verschillende chronische aandoeningen (comorbiditeit), o.a. bij (metastatische of hematologische) maligniteit, sepsis, leverinsufficiëntie, nierfalen, acute neurologische aandoeningen, gastrointestinale comorbiditeit, hypotensie, pneumonie aneurysma dissekans, uremie en pulmonaire embolie.
80+	11-17%	Geen uitkomsten gevonden	Geen uitkomsten gevonden	

* % van de mensen met een circulatiestilstand dat gereanimeerd werd en levend het ziekenhuis verliet

Figuur 2 Uitkomst bij ouderen na reanimatie buiten het ziekenhuis





Bij dementie

VZP vereist een wilsbekwame persoon

- opmaken als wilsbekwaam
- liefst in aanwezigheid van arts die de wilsbekwaamheid attesteert



Wilsbekwaamheid

“decision-making”

4 voorwaarden:

Informatie begrijpen

Keuzes maken en mededelen

Redeneren: informatie rationeel afwegen

Aard van situaties inschatten



Neuropsychologie voor decision-making



Executieve Functies



Plannen

De vaardigheid om een plan te bedenken om een doel te bereiken of een taak te voltooien.



Organiseren

De vaardigheid om je materialen op orde te hebben of dingen volgens een bepaald systeem te arrangeren of te ordenen.

Timemanagement

De vaardigheid om in te schatten hoeveel tijd je hebt, hoe je die kunt indelen en hoe je je aan tijdslimieten en deadlines kunt houden.



Taakinitiatie

De vaardigheid om zonder dralen aan een taak te beginnen, ook als je de taak niet leuk vindt.



Werkgeheugen

De vaardigheid om informatie in het geheugen vast te houden tijdens de uitvoering van complexe taken.



Doelgericht doorzettingsvermogen

De vaardigheid om doelen te kunnen formuleren en deze binnen een gestelde tijd kunnen behalen.

Volgehouden aandacht

De vaardigheid om de aandacht erbij te houden, ondanks afleidingen, vermoeidheid of verveling.



Reactie inhibitie

De vaardigheid om na te denken voor je iets doet.



Emotieregulatie

De vaardigheid om emoties te kunnen reguleren om doelen te bereiken, taken af te maken en gedrag aan te passen.



Flexibiliteit

De vaardigheid om je aan te passen aan nieuwe situaties en om te gaan met verandering.

Metacognitie

De vaardigheid om een stapje terug te doen om je eigen handelen en de situatie te overzien.





Wilsbekwaam bij dementie

Testen

geen gouden standaard , noch gevalideerd in het Nederlands
Is niet te reduceren tot enkel MMSE!

In praktijk:

via GDZ of observatie in het ziekenhuis met verder neuropsychologisch onderzoek



Wilsbekwaamheid bij dementie

Voer een formele klinische beoordeling van de wilsbekwaamheid uit bij:

- bij twijfel of discussie (tussen zorgverleners en/of naasten)
- wanneer de gevolgen van de beslissing(en) ingrijpend kunnen zijn
- bij voorkeur in een multidisciplinair team met expertise in dementie



Wilsbekwaamheid bij dementie

- = fluctuerend
- taak-specifiek beoordelen: voor een bepaalde beslissing op een bepaald moment
- met de persoon zelf met maximale participatie



Wilsbekwaamheid

Wat met euthanasie bij dementie?

- Volgens Belgische wetgeving niet mogelijk !
- ⇔ uitzonderlijk in Nederland wel



TIPS

Enkele algemene communicatietips bij dementie:

- rustige omgeving - weinig afleiding
- eenvoudige taal - korte zinnen
- Spreek iets rustiger dan anders
- één vraag tegelijk - zoveel mogelijk gesloten vragen
- Vermijd humor-dubbelzinnigheden
- Tempo laag houden : vertraagde verwerkingsnelheid



Conclusie

- = proces
- Beter zorg
- Zo vroeg mogelijk starten



Referenties

- Multidisciplinaire richtlijn anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen (www.verenso.nl)
- www.uptodate.com
- VZP bij personen met dementie (www.pallialine.be)
- Dementia, Decision-Making, and Capacity, R. Ryan Darby , Harv Rev Psychiatry. 2017
- Assessment of Healthcare Decision-making capacity, W. Palmer et al, Archives of Clinical Neuropsychology 31, 2016
- Euthanasie bij patiënten met dementie, S. van der Meer, Ned tijdschr Geneesk 2020



ALASKA NATIVE
TRIBAL HEALTH
CONSORTIUM

YOUR CARE, YOUR CHOICES



VRAGEN?



Q&A