

Mijn thuis mijn kwaliteit van leven:

Crisissituaties bij thuiswonende ouderen

Lectoraat Klantenperspectief
in Ondersteuning en Zorg

Eerste resultaten voorverkenningfase (fase 0)

Uitkomsten enquête: 35 zorgprofessionals (Zorggroep Almere en IJsselheem)

54% casemanagers dementie, rest (wijk)verpleegkundigen, POH, zorgconsulent, verzorgende.



Wat verstaan respondenten onder crisis?

- “Een nood- of spoedsituatie waarbij onveiligheid ontstaat door ontwrichting op sociaal, psychosociaal of lichamelijk gebied, door specifieke differentiërende factoren”.

Gebruikte & bekende meetinstrumenten

- Respondenten weten meerdere meetinstrumenten te noemen.
- 74% van de respondenten maakt geen gebruik van dergelijke meetinstrumenten.
- Meetinstrumenten worden het meest gebruikt door casemanagers (nb. casemanagers zijn ook het best vertegenwoordigd in de respons).
- Genoemde en ook gebruikte meetinstrumenten: CSI, GDS, EDIZ, valrisicoscore, SNAQ, DOS, BEM, RCPZ.
- Overige genoemde meetinstrumenten: GFI, Wzd-criteria (gevaar), Alzheimer-website, GGZ-standaarden, Vilans-protocollen, Ecogram.

Uitkomsten literatuuronderzoek

Factoren die bijdragen aan ontstaan van crisissituaties bij thuiswonende ouderen:



Cognitief en gedrag:

- Dementie en cognitieve achteruitgang → verlies van zelfzorg, problemen met medicatie/voeding → onveilige thuissituatie.
- Psychiatrische en gedragsproblemen / verlies van (zelf)zorg → lichamelijke achteruitgang.

Fysiek en medisch

- Valincidenten en mobiliteitsproblemen / cognitieve beperkingen of polyfarmacie.
- Ondervoeding / medicatiefouten / gebrek aan monitoring → acute verslechtering.

Sociaal en mantelzorg

- Overbelasting mantelzorgers → leidt tot uitputting → zorg valt weg
- Gebrek aan sociaal netwerk en steun.

Professioneel en systeem

- Fragmentatie zorgsysteem → meerdere loketten en gebrekkige samenwerking tussen professionals → gebrek aan monitoring.
- Onvoldoende vroegsignalering → vroege tekenen van achteruitgang of overbelasting niet opgepakt → ruimte voor escalatie.
- Tekort aan personeel/expertise → hoge caseloads in wijkzorg → tijdige crisispreventie onhaalbaar.

Omgeving & leefstijl

- Onveilige woning → obstakels en ontbreken van aanpassingen verhoogd valrisico → valincident.
- Digitale uitsluiting → geen toegang tot zorgtechnologie → geen monitoring en ondersteuning.
- Alcoholmisbruik → cognitieve en lichamelijke uitdagingen, verhoogd valrisico, verwardheid → escalatie.

Wat verstaan respondenten onder ‘crisis’?

leidend tot opname in een verpleeghuis:



Praktijkcasussen

CRISIS

Analyse van 8 casussen: Zorggroep Almere (n=3) en IJsselheem (n=5).

Diversiteit in ziektebeelden

Breed scala aan ziektebeelden voorafgaand aan crisis en opname. Relatie tussen ziektebeelden en ontstaan crisis niet altijd duidelijk.

- Cognitieve achteruitgang (bijv. dementie).
- Neurologische aandoeningen.
- Lichamelijke problemen: hart- en longziekten, galblaasproblemen, visusstoornissen.
- Psychische achteruitgang.
- Mobiliteitsproblemen → moeilijk lopen en frequente valincidenten.

Betrokkenheid familie en netwerk

Ondersteuning niet altijd mogelijk of aanwezig om verschillende redenen:

- Geen of afwezige familie, kinderen, mantelzorgers; klein steunsysteem.
- Familie overbelast door zorgzwaarte.
- Familie zelf ziek of zorgbehoevend.
- Werkverplichtingen netwerk hinderen mantelzorg en ondersteuning.

Zorgmijdend gedrag

Bij bepaalde cliënten zorgmijdend of -weigerend gedrag. Voorkeur voor thuis blijven wonen, ook bij 24/7 zorgbehoefte. Weigering van opname. Accepteren vaak alleen zorg van familie of mantelzorgers. Keren na revalidatie vaak weer terug naar huis op eigen verzoek of door "ontslag" revalidatiekliniek. Regelmatig volgt niet veel later dan alsnog een (crisis) opname in een verpleeghuis.

De factoren en patronen die uit de literatuur naar voren komen, zijn te herkennen in de casusanalyse